

DOCUMENT DE POSICIONAMENT

Recomanacions de la Societat Catalana de Digestologia i de la Societat Catalana d'Endoscòpia Digestiva Mèdico-Quirúrgica pel restabliment de l'activitat d'endoscòpia segons l'evolució de la pandèmia per COVID-19

Abril 2020



Societat
Catalana de
Digestologia



Societat Catalana
d'Endoscòpia Digestiva
Mèdico-Quirúrgica



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS



Correspondència

Carme Loras Alastruey

Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd)

email: : cloras@mutuaterrassa.cat / cloras76@hotmail.com

Recomanacions de la Societat Catalana de Digestologia i de la Societat Catalana d'Endoscòpia Digestiva Mèdico-Quirúrgica pel restabliment de l'activitat d'endoscòpia segons l'evolució de la pandèmia per COVID-19

Abril de 2020

Autors:

Marco Antonio Alvarez (1), Francesc Balaguer (2), Luis Barranco (1),
Xavier Bessa (1), Xavier Calvet (3, 11), Juan Colán (4), Jorge Espinós (5,6),
Maria Esteve (5, 11), Jordi Gordillo (7), Joan B. Gornals (8),
Jordi Guardiola (8), Carlos Guarner Argente (7), , Miquel Masachs (9),
Alfredo Mata (6,10), Liseth Rivero (2), Francisco Rodriguez Moranta (8),
Hugo Uchima (4,6), Carme Loras (5,11).

[1] Hospital del Mar, [2] Hospital Clínic de Barcelona, [3] Hospital Parc Taulí, [4] Hospital
Germans Trias i Pujol, [5] Hospital Universitari Mútua Terrassa, [6] Centro Médico Teknon, [7]
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, [8] Hospital Universitari de Bellvitge, [9] Hospital de la Vall
d'Hebron, [10] Hospital Broggi. [11] Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades
Hepáticas y Digestivas (CIBERehd)

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ
2. ASPECTES RELACIONATS AMB LA PRIORITZACIÓ I REPROGRAMACIÓ DE LES PROVES ENDOSCÒPIQUES
 - 2.1. PRIORITZAR I REPROGRAMAR EN FUNCIÓ DE LA GRAVETAT
 - 2.2. ENDOSCÒPIES DIGESTIVES BAIXES (EDB)
 - 2.3. CIRCUIT DE SOL·LICITUD D'EXPLORACIONS ENDOSCÒPIQUES GRAVETAT
3. ASPECTE RELACIONATS AMB LA SEGURETAT
 - 3.1 CRIBRATGE DELS PACIENTS I PERSONAL
 - 3.1.1. PACIENTS
 - 3.1.2. PERSONAL SANITARI
 - 3.2 EPIS
4. ASPECTES RELACIONATS AMB L'ESTRUCTURA
 - 4.1 PROGRESSIÓ DE L'ACTIVITAT
 - 4.2 MESURES GENERALS
 - 4.3 VOLUM DE PROGRAMACIÓ
5. BIBLIOGRAFIA
6. ANNEX 1
CRITERIS DE PRIORITZACIÓ I REPROGRAMACIÓ DE
LES EXPLORACIONS ENDOSCÒPIQUES
ESTABLERTS PER L'AEG-SEED
7. ANNEX 2
RECOMANACIONS DE LA ESGE PER LA PRIORITZACIÓ I
REPROGRAMACIÓ DE LES EXPLORACIONS ENDOSCÒPIQUES

1. INTRODUCCIÓ

Davant la situació d'Emergència Sanitària a Catalunya degut a la pandèmia per la COVID-19 causada pel virus SARS-CoV-2, la Societat Catalana de Digestologia (SCD) i la Societat Catalana d'Endoscòpia Digestiva Mèdico-Quirúrgica (SCMQ) van formular unes recomanacions a les unitats d'endoscòpia per tal de contenir la propagació de la malaltia. Un cop superada la primera fase de la pandèmia i en el context d'un progressiu descens dels casos hospitalitzats, es planteja com reprendre a una activitat de les unitats d'endoscòpia, adaptada en fases segons l'evolució de la pandèmia.

Les prioritats del document han estat dos:

- Oferir la màxima qualitat en l'atenció als nostres pacients i
- Mantenir un alt nivell de protecció, tant pels pacients com pel personal sanitari.

Per això un grup d'especialistes de les dos societats han elaborat unes recomanacions per tal d'estructurar la tornada progressiva a una activitat adaptada a l'evolució de la pandèmia per tal que sigui el més ràpida possible, sempre tenint en compte tant la seguretat del pacient com la del personal de les unitats d'endoscòpia.

2. ASPECTES RELACIONATS AMB LA PRIORITZACIÓ I REPROGRAMACIÓ DE LES PROVES ENDOSCÒPIQUES

2.1. Prioritzar i reprogramar en funció de la gravetat

Per tal de prioritzar i reprogramar en funció de la gravetat, es recomana seguir els criteris de priorització establerts per l'AEG-SEED. El document encara està en fase d'elaboració, pel que s'annexa un full d'Excel provisional, (Annex 1). Es recomana programar inicialment aquelles exploracions de prioritat 1. Posteriorment procedirem, en funció de les disponibilitats de cada unitat, a programar les de menor prioritat, de manera progressiva. S'entén que aquests criteris son un ajut a la decisió, però no substituiran el criteri clínic i en molts casos es precisarà d'una valoració individual cas per cas. També s'adjunten les recomanacions de la ESGE ja publicades per la priorització i reprogramació de les proves endoscòpiques (Annex 2, figura 2).

2.2. Endoscòpies digestives baixes (EDB)

En el cas de les Endoscòpies digestives baixes (EDB) per símptomes a les que es pretengui descartar una neoplàsia de còlon-recte es proposa realitzar primer un test immunològic de sang oculta a la femta per valorar la seva prioritació. Es recomana realitzar primer aquelles exploracions amb una prova positiva (punt de tall de > 10 ug/g, adaptable a les capacitats de cada unitat).

2.3. Circuit de sol·licitud d'exploracions endoscòpiques

Es recomana modificar el circuit de sol·licitud d'exploracions endoscòpiques provinents dels metges d'atenció primària. En aquest sentit es recomana no programar noves peticions de rutina provinents d'atenció primària fins a la normalització de l'activitat i la realització de les d'exploracions que es considerin preferents actualment diferides.

Es recomana establir sistemes de coordinació amb atenció primària per tal de donar suport a la prioritització de les proves i garantir que aquesta s'ajusti a les presents recomanacions. En aquest sentit es pot valorar la creació de circuits que facilitin la realització de el test de sang oculta en femta i l'ús de sistemes àgils de comunicació com són les consultes virtuals.

2.4. No reactivar el programa de detecció precoç

Es recomana no reactivar el programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte. Per tant, caldrà acordar amb els responsables del programa que no es reactivi l'enviament de cartes per convidar a participar mitjançant la determinació de sang oculta en femta fins al restabliment de l'activitat adaptada post-pandèmia.

Els participants d'aquest programa que prèviament a la situació d'emergència sanitària tinguin un resultat de sang oculta en femta positiu, es programarà una colonoscòpia amb els criteris de prioritització de la AEG-SEED (Annex 1).

3. ASPECTES RELACIONATS AMB SEGURETAT

Els aspectes de seguretat es podran modificar a mesura que disposem de mètodes serològics fiables que demostrin que la població i el personal d'endoscòpia ha adquirit immunitat.

3.1. Cribatge de tots els pacients i personal

Es recomana no reactivar el programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte. Per tant, caldrà acordar amb els responsables del programa que no es reactivi l'enviament de cartes per convidar a participar mitjançant la determinació de sang oculta en femta fins al restabliment de l'activitat adaptada post-pandèmia.

3.1.1. Pacients

Per programar les proves endoscòpiques es imprescindible determinar si el pacient presenta una infecció per SARS-CoV-2.

Es recomana:

- a. **Triatge telefònic previ:** Un a tres dies abans de l'endoscòpia es realitzarà una entrevista estructurada sobre els símptomes i contactes. Si el pacient presenta símptomes de COVID 19 o ha tingut contacte íntim recent amb un pacient COVID positiu, es diferirà l'endoscòpia i l'avaluació prèvia unes 2-3 setmanes fins el pacient estigui asimptomàtic.
- b. **Triatge amb test previ:** Un a tres dies abans de l'endoscòpia es realitzarà un frotis nasal i faringi amb determinació de la PCR del SARS-CoV-2 a tots els pacients. En cas d'un resultat positiu es diferirà l'endoscòpia fins que es comprovi que s'ha superat la fase contagiosa (2-3 setmanes). Les úniques excepcions seran les endoscòpies amb indicació de risc vital (generalment, hemorràgia digestiva alta o baixa, impactació de cos estrany i colangitis obstructiva).

- c. **Triatge el dia de la prova:** es demanarà als pacients que informin sobre l'aparició de nous símptomes, es tornarà a realitzar una entrevista estructurada de símptomes i contactes, i una presa de temperatura corporal.
- d. **En cas de que no es disposi d'una PCR del pacient abans de l'endoscòpia** o dubtes de la fiabilitat de la mateixa (retard >3-4 dies entre data PCR - data programació), es procedirà a la prova amb totes les precaucions recomanades per a pacients amb COVID 19.

3.1.2. Personal Sanitari

Es recomana el cribratge setmanal de tot personal d'endoscòpia amb PCR per SARS-CoV-2 amb frotis nasal i faringi

3.2 EPIs

En funció de si el pacient és COVID + o no el nivell de protecció serà de risc alt o intermedi respectivament. Es seguirà les recomanacions ja establertes per la SCD i la SCMQ. Estan disponibles a la web de la SCD com a document de posicionament. D'acord amb aquest document, tot el personal d'endoscòpia haurà de poder disposar del material de protecció adequat segons la implicació que es tingui amb el procediment.

4. ASPECTES RELACIONATS AMB L'ESTRUCTURA

4.1 Progressió de l'activitat

Es recomana progressar a l'activitat adaptada post-pandèmia en un sistema de tres fases. La progressió d'una fase a un altre es farà en funció de que es disposi dels recursos necessaris. El moviment entre fases pot ser bidireccional depenent de la situació epidemiològica. Per tant, les fases seran dinàmiques i seria possible tant tornar a una fase prèvia com progressar a una fase més avançada.

De forma general, es recomana anular l'activitat programada en un període d'almenys 2 setmanes, i anar programant les proves de pacients prioritzats seguint les recomanacions de l'AEG-SEED.

Fase 1: Correspon al funcionament d'endoscòpia en el període de pandèmia. Els recursos i personal d'endoscòpia estan dedicats de manera pràcticament exclusiva al tractament dels pacients amb COVID. Solament es disposa d'un equip d'endoscòpia. Només és possible fer aquelles endoscòpies urgents o de pacients hospitalitzats.

Fase 2 o de transició: es comença a augmentar l'activitat endoscòpica. S'inclouen totes aquelles endoscòpies urgents que ja es fan a la Fase 1 + aquelles endoscòpies ambulatories establertes com prioritat alta (1) per l'AEG-SEED. En funció de la disponibilitat s'ampliarà progressivament a les endoscòpies amb prioritat mitja si és viable segons els criteris de prioritització establerts per l'AEG-SEED.

S'iniciarà amb l'obertura d'una segona sala d'endoscòpia, ampliant progressivament el número de sales segons les capacitats dels centres.

Per obrir una nova sala caldrà disposar del personal sanitari corresponent, alliberat de tasques relacionades amb la cura dels pacients COVID i EPIs, suficients per assegurar el funcionament de la sala durant la següent setmana.

La Fase 3 correspon a la de normalitat adaptada post-pandèmia:

Caldrà que tot el personal i les sales estiguin treballant al 100%. S'hauran de mantenir les normes de seguretat esmentades en aquest document.

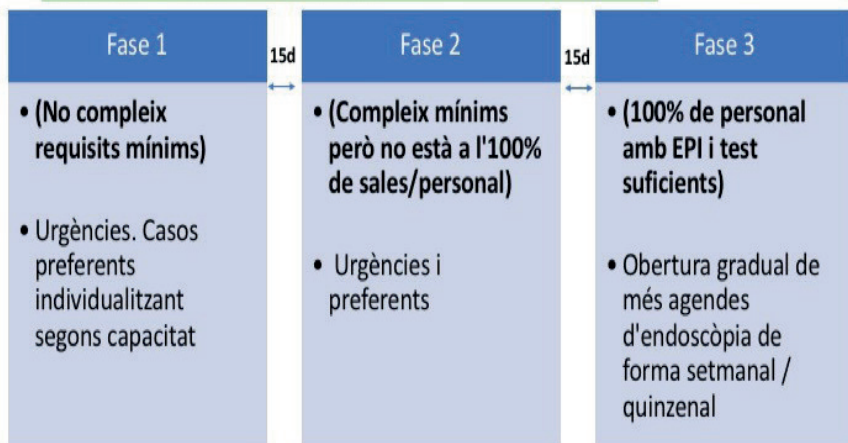
Es programaran de forma progressiva les endoscòpies amb prioritats mitja i baixa, segons els criteris de prioritització establerts per l'AEG-SEED. Un cop fetes les endoscòpies demorades es plantejarà iniciar amb les que poden esperar entre 6-12 mesos, els seguiments programats i finalment, es plantejarà la reactivació del programa de cribratge de CCR.

Figura 1. Fases de la reactivació de l'activitat d'endoscòpia

Activitat de les unitats d'Endoscòpia per fases segons capacitat (personal, EPI i test)

REQUISITS MÍNIMS PER AVANÇAR DE FASE 1:

- A) 2 EQUIPS DE ENDOSCÒPIA (2 endoscopistes, 2 enf, 2 aux, i considerar 2 anestestesistes)
- B) EPI per a mínim 15 dies
- C) PCR disponible (triatge i personal). Serologies.



4.2. Mesures generals

De forma general i independent de la fase s'ha de:

- a. Determinar setmanalment les sales que hi haurà disponibles en funció de l'evolució de l'epidèmia i els recursos de personal i seguretat.
- b. Disposar de tot l'equipament de monitorització i reanimació cardiopulmonar necessaris per dur a terme les endoscòpies amb la màxima seguretat possible.

- c. Assegurar la distància correcte entre pacients a la sala de recuperació i a les sales d'espera.
- d. En cas d'endoscòpies urgents i si hi ha varis pacients COVID +, fer una sala d'alt risc. En cas de tenir solament una sala, intentar deixar els pacient COVID + per a l'últim del dia i fer posteriorment neteja i ventilació exhaustiva de la sala.
- e. Neteja de sales: en cas d'alt risc o COVID + activar el protocol de cada centre. En cas de baix risc, assegurar de disposar del personal que garanteixi una correcta neteja de les superfícies després de cada procediment en fase activa de la pandèmia.

4.3 Volum de programació

D'ara endavant s'hauran d'adoptar mesures de seguretat més estrictes (EPIs, neteja de sales, etc), que probablement s'hauran de mantenir de manera indefinida. En funció de l'experiència d'aquests dies, el circuit per realitzar una endoscòpia digestiva és molt més lent del que es podia fer prèviament a la pandèmia. Això afecta directament a les agendes i la capacitat de realitzar exploracions per dia i sala.

Es recomana que en el cas de passar a la fase 2 i quan es realitzin exploracions diagnòstiques, es programin entre 4-6 pacients per sala i sessió d'aproximadament 5 hores. En cas d'exploracions terapèutiques, aquest temps haurà de ser variable en funció del tipus de procediment i l'expertesa. A mesura que s'avanci en la progressió de les fases, el número d'exploracions per sala i dia pot ser molt variable i s'haurà d'adaptar segons les idiosincràsies de cada centre.

5. BIBLIOGRAFIA

1. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet*. 2020 Mar 21;395(10228):922.
2. ESGE and ESGENA Position Statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID-19 pandemic. *Endoscopy*. 2020 Apr 17. doi: 10.1055/a-1155-6229.
3. Repici A, Maselli R, Colombo M, et al. Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know. *Gastrointest Endosc*. 2020 Mar 14. pii: S0016-5107(20)30245-5. doi:10.1016/j.gie.2020.03.019.
4. Danese S, Ran ZH, Repici A, et al. Gastroenterology department operational reorganisation at the time of covid-19 outbreak: an Italian and Chinese experience. *Gut*. 2020 Apr 16. pii:gutjnl-2020-321143. doi: 10.1136/gutjnl-2020-321143.
5. Repici A, Pace F, Gabbiadini R, et al; ITALIAN GI-COVID19 Working Group. Endoscopy units and the COVID-19 Outbreak: A Multi-Center Experience from Italy. *Gastroenterology*. 2020 Apr 10. pii: S0016-5085(20)30466-2. doi: 10.1053/j.gastro.2020.04.003.
6. Castro Filho EC, Castro R, Fernandes FF, et al. Gastrointestinal endoscopy during COVID-19 pandemic: an updated review of guidelines and statements from international and national societies. *Gastrointest Endosc*. 2020 Apr 5. pii: S0016-5107(20)34132-8. doi: 10.1016/j.gie.2020.03.3854.
7. Document de posicionament de la Societat Catalana de Digestologia i la Societat Catalana d'Endoscòpia Digestiva Mèdico-Quirúrgica. Mesures de contenció en les unitats d'endoscòpia davant el COVID-19. http://www.scdigestologia.org/docs/docs_posicionament/24_MESURES_DE_CONTENCIO_DEL_COVID-19.pdf

6. ANNEX 1. CRITERIS DE PRIORITZACIÓ I REPROGRAMACIÓ DE LES EXPLORACIONS ENDOSCÒPIQUES ESTABLERTS PER L'AEG-SEED

CODI / CÓDIGO DE PRIORITAT (ver llegend a la dreta)	ASISTENCIA TELEMÁTICA RECOMENDADA					
	1	2	3	4	5	6
GASTROSCOPIA						
1 Hallazgos radiológicos de alta sospecha de neoplasia o estenosis	1					
2 Diagnóstico de etiología grave o rápidamente progresiva	1					
3 Dolor u odinofagia graves o rápidamente progresivos	1	2				
4 Disfagia u odinofagia crònica o no progresiva	1					
5 Disfagia o ERGE persistentes a pesar de tratamiento adecuado > 5 meses de evolución, sin síntomas de alarma	1					
6 Dispepsia o ERGE persistente con antecedentes familiares de primer grado de cáncer gástrico sin síntomas de alarma	2		3	4		
7 Dolor tóxico no cardiológico	2					
8 Síntomas abdominales altos inespecíficos sin síntomas de alarma y > 6 meses de evolución	3		3	4		
9 Síntomas abdominales inespecíficos sin síntomas de alarma de inicio reciente	3					
10 Síntomas persistentes con sospecha clínica de origen neoplásico	3					
11 Vómitos persistentes SIN sospecha clínica de origen neoplásico	1	2				
12 Vómitos persistentes SIN sospecha clínica de origen neoplásico	1	2				
13 Resto de indicaciones						
14 Tratamiento en el que una patología GI puede modificar la actitud terapéutica (p.e. historia de úlcera en pacientes que precisan iniciar tratamiento anticoagulante)	1					
15 Enfermedades complicadas post-quirúrgicas (delimitación de saturar) con terapia de vado, profílicas, saturadas...	1					
16 Inhibidores de la coagulación para evitar estenosis o hipotensión	1					
17 Colocación de stents gástricos	1					
18 Control de cicatrización de úlcera gástrica	2		3	4		
19 Endoscópia grado C / D de LA (descartar complicaciones)	2					
20 Episodios previos de intoxicación alimentaria (estudio etiológico)	2		3	4		
21 Endoscópia estenosítica. Evaluación de respuesta terapéutica	2		3	4		
22 Revisión programada de gastroscopia endoscópica	2		3	4		
23 Ligadura de VE en pacientes para profilaxis secundaria tras un episodio de HDA reciente	1					
24 Ligadura de VE tras > 1 ligadura previa hasta completar erradicación	2					
25 Ligadura de VE en pacientes para profilaxis primaria que no toleren o con contraindicación para los beta-bloqueantes	2		3	4		
26 Seguimiento post erradicación VE o VG	1	2				
27 Inyección de adrenergicos en pacientes con VG como profilaxis secundaria tras episodio de HDA reciente	1	2				
28 Inyección de adrenergicos de VO tratados con adhesivos tisulares	1	2				
29 Diagnóstico de lesiones de alto grado	1	2				
30 Terapéutica (RME o DSE) de neoplasia endoscópica, gástrica precoz o lesiones con displasia visible en esófago de Barrett	1	2				
31 Terapéutica (RME o DSE) de adenomas duodenales	1	2				
32 Terapéutica de TNE tipo I < 20 mm	2					
33 Seguimiento Esófago de Barrett post-radical (recurrencia)	2			4		
34 Seguimiento Esófago de Barrett tras resección endoscópica de lesión visible (delectar lesión residual o recurrencia)	2			4		
35 Seguimiento esófago de Barrett con histología indeterminada para displasia después de tratamiento con BP para re-evaluación	2		3	4	5	
36 Seguimiento de esófago de Barrett sin displasia	2					
37 Reevaluación de paciente con lesiones preneoplásicas del TGI alto remitidos desde otros Centros	2					
38 Estudio anemia ferropénica en paciente asintomático	2					
39 Estudio hiperferritina para descartar VE o VG en pacientes con datos de riesgo de fibrosis hepática avanzada	1					
40 Tratamiento de angiodisplasia OAVE sintomático	1					
41 Tratamiento de angiodisplasia OAVE asintomático	1					
42 Diagnóstico de lesiones preneoplásicas de HDA sin otra causa	2					
43 Diversificación de Zenker sin antecedentes previos de broncoscopia	2		3	4		
44 Diversificación de Zenker con antecedentes previos de broncoscopia	2					
45 Tratamiento de acalasia con dilatación o botxina botulínica sin repercusión clínica importante	1	2				
46 Tratamiento de acalasia con dilatación o botxina botulínica con repercusión clínica importante	1	2				
47 Biopsias previas de mucosa gástrica con > 2 DAG sin lesión visible	1					
48 Biopsias previas de mucosa gástrica con displasia << DBG sin lesión visible en una única gastroscopia previa	1					
49 Biopsias previas de mucosa gástrica con displasia << DBG sin lesión visible en > 1 gastroscopia previa	2		3	4		
50 Seguimiento de gastritis atrofica amtral sin MI	2					
51 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con MI solo en trocero, sin AF de CG, sin MI incompleta, sin gastritis tipo A ni infección H pylori persistente	2					
52 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
53 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
54 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
55 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
56 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
57 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
58 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
59 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
60 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
61 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
62 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
63 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
64 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
65 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
66 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
67 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
68 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
69 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
70 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
71 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
72 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
73 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
74 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
75 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
76 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
77 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
78 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
79 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
80 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
81 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
82 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
83 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
84 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
85 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
86 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
87 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
88 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
89 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
90 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
91 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
92 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
93 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
94 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
95 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
96 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
97 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
98 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
99 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					
100 Seguimiento de gastritis atrofica amtral con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente	2					



Codi	CÓDIGO DE PRIORIDAD (ver leyenda a la derecha)	ALTA MEDIA BAJA (rango 6-12 meses)						RECOMENDADA
		1	2	3	4	5	6	
52	Seguiment de M/I atrofia gàstrica sin displasia després de reseció de lesió visible							
53	Seguiment de M/I atrofia gàstrica corporal sin displasia y sin antecedents familiars CG							
54	Seguiment de M/I atrofia gàstrica sin displasia CON antecedents familiars CG							
55	Seguiment de lesions preneoplàsiques de l'alto (barret, atúria, M/I) en pacients de > 80 anys o amb comorbilitat important							
56	Seguiment de lesions preneoplàsiques de l'alto (barret, atúria, M/I) en pacients de > 80 anys o amb comorbilitat important amb antecedents familiars CG							
57	Seguiment tras hèrèptica mediante RMN ODS para descartar lesió residual o recidiva con histología previa >= DAG							
58	Sospeita malabsorció / celiaquà o confirmació tras serologia celiaquà positiva							
59	Tratamiento acidasa con PDEM							
60	Diarrea crònica en estuio							
61	Poliectomia gástrica en paciente asintomático y lesión de < 20 mm no sugestiva de neoplasia gástrica precoz							
62	Síndromes hereditarios de CCR para descartar neoplasias gástricas asociadas (PAF, Peutz-Jeghers) sin gastroscopia previa							
63	Síndromes hereditarios de CCR para descartar neoplasias gástricas asociadas (PAF, Peutz-Jeghers) sin gastroscopia previa							
64	Estudio de cáncer gástrico familiar sin gastroscopia previa							
65	Estudio de cáncer gástrico familiar con gastroscopia previa							
66	Seguiment de políps gástrics hiperplàsics no resectats							
67	Seguiment per políps de gèmulas (túrculas) sin síndromes hereditarios de neoplasia digestiva							
68	Seguiment per políps de gèmulas (túrculas) sin síndromes hereditarios de neoplasia digestiva							
69	Seguiment per síndrome MALT de baix grau tras irradiació de H. pylori							
70	Estudio de neoplasias tubo digestivo alto	1						
71	Estadificación colangiocarcinoma intrahepático	1						
72	Drenaje pseudoquistes y colecciones pancreáticas en paciente con clínica	1						
73	PAAF de lesiones focales sólidas de páncreas	1						
74	PAAF de adenopatías en contexto de neoplasia	1						
75	Dilatación de la vía biliar y ectasia	1						
76	PAAF de probable neoplasia de la vía biliar	1						
77	Sospeita de litis plàstica en estomago	1						
78	Colelitostomía o colecistoproctostomía guiada por USE	1						
79	PAAF de lesió suprapancreàtica patològica	1						
80	Estudio de posible Diehlafy	1						
81	Sospeita de tumor neuroendocrino pancreático	2						
82	PAAF de probable ecidiva neoplàsica	2						
83	Estudio de colelitólisis post-pancreatitis aguda	2						
84	Estudio probable ampuloma	2						
85	Gastroenterostomosis guiada por USE	2						
86	Estudio f-PAAF de lesiones quísticas pancreáticas únicas de reciente diagnóstico con signos de riesgo por técnicas de imagen	2						
87	Estudio f-PAAF de lesiones subepiteliales gástricas > 3 cm	2						
88	Estudio f-PAAF de lesiones subepiteliales gástricas > 3 cm	2						
89	Estudio f-PAAF de lesiones subepiteliales gástricas > 3 cm	2						
90	Estudio pancreatitis idiopática	3						
91	Estudio pancreatitis idiopática	3						
92	Estudio pancreatitis idiopática	3						
93	Estudio pancreatitis idiopática	3						
94	Estudio pancreatitis idiopática	3						
95	Estudio pancreatitis idiopática	3						
96	Estudio pancreatitis idiopática	3						
97	Estudio pancreatitis idiopática	3						
98	Estudio pancreatitis idiopática	3						
99	Estudio pancreatitis idiopática	3						
100	Estudio pancreatitis idiopática	3						
101	Estudio pancreatitis idiopática	3						
102	Estudio pancreatitis idiopática	3						
103	Estudio pancreatitis idiopática	3						
104	Estudio pancreatitis idiopática	3						

CODI / CÓDIGO DE PRIORIDAD (ver izquierda a la derecha)	ALTA, MEDIA, BAJA (rango 6-12 meses)						ASISTENCIA TELEMATICA RECOMENDADA
	1	2	3	4	5	6	
105							
106							
107							
108							
109							
110							
111							
112							
113							
114							
115							
116							
117							
118							
119							
120							
121							
122							
123							
124							
125							
126							
127							
128							
129							
130							
131							
132							
133							
134							
135							
136							
137							
138							
139							
140							
141							
142							
143							
144							
145							
146							
147							
148							
149							
150							
151							
152							
153							
154							
155							
156							
157							

Codi	CÒDIGO DE PRIORIDAD (ver leyenda a la derecha)	ALTA MEDIA BAJA							ASISTENCIA TELEMÁTICA
		1	2	3	4	5	6	7	
158	Estreñimiento crónico / Distensión abdominal / Dolor abdominal en >= 50 años sin EEI, sin anemia, sin SDOH ni FR de CCR								
159	Estreñimiento crónico / Distensión abdominal / Dolor abdominal en < 50 años sin EEI, sin anemia, sin SDOH ni FR de CCR								
160	Diarrea crónica sin EI, malabsorción, origen infeccioso, anemia, sangrado, FR de CCR, ni VPH, sin colonoscopia previa con biopsias								
161	Campo de rinitis intestinal de reciente comienzo en < 50 años								
162	Inicio de síntomas de síndrome de intestino irritable	1	2						
163	Inicio de síntomas de síndrome de intestino irritable	1	2						
164	Creación poblacional de CCR (>= 50 años, asintomático y con TSOH+H5)								
165	Sospecha de CCR por prueba de imagen o exploración física	1	2						
166	Sospecha de CCR por criterios clínicos (Guía NICE 2015, actualizada en 2017*)	1	2						
167	Estudio tras episodio de diverticulitis aguda no complicada								
168	Estudio tras episodio de diverticulitis aguda complicada o con diagnóstico incierto								
169	Alta sospecha clínica de EI	1	2						
170	Evaluación de extensión de EI (excluido cribado de displasia) sin colonoscopia previa	1	1						
171	Evaluación de actividad de EI (excluido cribado de displasia) sin colonoscopia previa reciente o de tercer grado	1	1						
172	Evaluación de actividad de EI (excluido cribado de displasia) con colonoscopia previa reciente y buen control clínico								
173	Sospecha de infección anatómica postquirúrgica en paciente con EI	1	2						
174	Sospecha de infección anatómica postquirúrgica en paciente con EI	1	2						
175	Cribado de displasia en paciente con EI (riesgo intermedio o bajo**) sin colonoscopia previa	3	3	4	4				
176	Cribado de displasia en paciente con EI (riesgo intermedio o bajo**) con colonoscopia previa	3	3	4	4				
177	Vigilancia de pólipos de colon: 1 o 2 lesiones con DBS) < 10 mm					5			
178	Vigilancia de pólipos de colon: >= 1 lesión avanzada*** o >= 3 adenomas no avanzados					5			
179	Lesiones serradas sin displasia < 10 mm (incluye cualquier número de pólipos e n ri recto-sigma < 10 mm)					5			
180	Evaluación tras resección fragmentada de >= 1 lesión de >= 20 mm	3	3	4	4				
181	CCR p T1 a resecado e endoscópicamente sin FR de MTS linfática	3	3	4	4				
182	CCR intervenido quirúrgicamente (protocolo de vigilancia que comienza al año de la cirugía)								
183	Seguimiento de adenomas >= 80 años (o >= 75 años con comorbilidad)								
184	Cribado por antecedentes de CCR en 1 familiar de primer grado o >= 1 familiar de segundo o tercer grado								
185	Cribado por antecedentes de CCR en 2 familiares de primer grado								
186	Cribado por antecedentes de CCR en 3 familiares de primer grado								
187	Vigilancia en SII Lynch	3	3	4	4				
188	Vigilancia en SII Lynch	3	3	4	4				
189	Vigilancia en SII Lynch	3	3	4	4				
190	Vigilancia en Síndrome de Poliposis serrada con < 5 pólipos, ningún adenoma avanzado o pólipo serrado avanzado en colono previa	3	3	4	4	5			
191	Resección comleja (RME o UERM) de lesiones con baja probabilidad de neoplasia avanzada per diagnóstico óptico	3	3	4	4				
192	Resección comleja (RME, UERM, RTME o DSE) de lesiones con alta probabilidad de neoplasia avanzada per diagnóstico óptico****	3	3	4	4				
193	Terapéutica de estenosis de colon (cualquier etiología) sin obstrucción	1	2						
194	Colocación de endopròtesis con intenció palliativa	1	1						
195	Colocación de endopròtesis con intenció palliativa	1	1						

*Se valorará, en función de la disponibilidad local o posible inconveniencia para los pacientes, la realización preta de TSOH+ para reasignar el nivel de prioridad.

5 Se recomienda ajustar prioridad en función de edad, sexo y resultado cuantitativo del TSOH+.

**Antecedentes personales de CCR, adenomas o EI.

***Antecedentes familiares de primer grado con CCR o adenomas avanzados o SII. hereditario de CCR.

****https://www.nice.org.uk/guidance/ing-22/chapter/1-Recommendations-organised-by-site-of-cancer-involvement-gastrointestinal-tact-cancers

CODI: CÒDIGO DE PRIORIDAD (ver leyenda a la derecha)

1 2 3 4 5 6 ASISTENCIA TELEMATICA RECOMENDADA

ALTA, MEDIA, BAJA (rango 6 - 12 meses)

***Riesgos de CCR en pacientes con EII (CU, IC, de colon y colitis) no terminada a los 8 años de inicio de los síntomas o al cumplir 50 o más años de edad, con independencia de la duración de la EII.
 Alto riesgo: colitis extensa con actividad grave o estenosis o displasia en últimos 5 años o anteced. fam. de CCR < 50 años o CEP asociada. Riesgo medio: colitis extensa con actividad leve o moderada, pseudopolipos o anteced. fam. de CCR con >= 50 años. Riesgo bajo: el resto.
 y aquellos con CEP concomitante
 ***Lesión avanzada: Adenoma >= 10 mm, componente vellosa o DAG. Lesión serrada >= 10 mm o con displasia.
 ****Alta probabilidad de neoplasia avanzada por diagnóstico óptico: patrón VI de Kurlo o NICE 2B o Sinó IIIA o non-lifting o componente depírido (0-1c)



ESGE and ESGENA Position Statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID-19 pandemic



Authors

Ian M. Gralnek¹, Cesare Hassan^{1,2}, Ulrike Beilenhoff³, Giulio Antonelli², Alanna Ebigo⁴, Maria Pellisé⁵, Marianna Arvanitakis⁶, Pradeep Bhandari⁷, Raf Bisschops⁸, Jeanin E. Van Hooft⁹, Michal F. Kaminski¹⁰, Konstantinos Triantafyllou¹¹, George Webster¹², Heiko Pohl¹³, Irene Dunkley¹⁴, Björn Fehrke¹⁵, Mario Gazic¹⁶, Tatjana Gjergjek¹⁷, Siiri Maasen¹⁸, Wendy Waageneers¹⁹, Marjon de Pater²⁰, Thierry Ponchon²¹, Peter D. Siersema²², Helmut Messmann⁴, Mario Dinis-Ribeiro²³

Institutions

- 1 Institute of Gastroenterology and Hepatology, Emek Medical Center, Afula, Israel & Rappaport Faculty of Medicine Technion Israel Institute of Technology, Haifa, Israel
- 2 Nuovo Regina Margherita Hospital, Rome, Italy
- 3 Ulm, Germany
- 4 III. Medizinische Klinik Universitätsklinikum Augsburg, Augsburg, Germany
- 5 Department of Gastroenterology, Hospital Clinic de Barcelona. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain
- 6 Department of Gastroenterology, Erasme University Hospital, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium
- 7 Portsmouth Hospital NHS Trust, Gastroenterology, Portsmouth, United Kingdom
- 8 Department of Gastroenterology and Hepatology, Catholic University of Leuven (KUL), TARGID, University, Hospitals Leuven, Leuven, Belgium
- 9 Department of Gastroenterology and Hepatology, Amsterdam University Medical Centers, University of Amsterdam, The Netherlands
- 10 Department of Cancer Prevention and Department of Oncological Gastroenterology, The Maria Skłodowska-Curie National Research Institute of Oncology, Warsaw, Poland
- 11 Hepatogastroenterology Unit, 2nd Department of Internal Medicine - Propaedeutic, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Attikon University General Hospital, Athens, Greece
- 12 Department of Gastroenterology, University College London Hospitals, London, United Kingdom
- 13 Dartmouth Geisel School of Medicine, Hanover NH, VA Medical Center, Section of Gastroenterology, White River Junction, VT., USA
- 14 North West Anglia NHS Foundation Trust, Hinchingsbrooke, United Kingdom
- 15 Inselspital, Bern, Switzerland
- 16 General hospital, Bjelovar, Croatia
- 17 University Medical Centre, Ljubljana, Slovenia
- 18 Tallinn Healthcare College, Tallinn, Estonia
- 19 Hvidovre Hospital, Copenhagen, Denmark
- 20 Amsterdam UMC location AMC, Amsterdam, The Netherlands
- 21 Gastroenterology Division, Edouard Herriot Hospital Lyon, France
- 22 Department of Gastroenterology and Hepatology, Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands
- 23 Gastroenterology Department, Portuguese Oncology Institute of Porto, Portugal

Bibliography

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1155-6229>

Published online: 2020 | Endoscopy

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0013-726X

Corresponding author

Mario Dinis Ribeiro, Instituto Português de Oncologia – Gastroenterologia, Rua Dr. Bernardino de Alameda, Porto 4200-072, Portugal
mario@med.up.pt

ABSTRACT

We are currently living in the throes of the COVID-19 pandemic that imposes a significant stress on health care providers and facilities. Europe is severely affected with an exponential increase in incident infections and deaths. The clinical manifestations of COVID-19 can be subtle, encom-

* co-first authors

Position statement



passing a broad spectrum from asymptomatic mild disease to severe respiratory illness. Health care professionals in endoscopy units are at increased risk of infection from COVID-19. Infection prevention and control has been shown to be dramatically effective in assuring the safety of both health care professionals and patients. The European Society of Gastrointestinal Endoscopy (www.esge.com) and the European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (www.esgena.org) are joining forces to provide guidance during this pandemic to help assure the highest level of endoscopy care and protection against

COVID-19 for both patients and endoscopy unit personnel. This guidance is based upon the best available evidence regarding assessment of risk during the current status of the pandemic and a consensus on which procedures to perform and the priorities on resumption. We appreciate the gaps in knowledge and evidence, especially on the proper strategy (ies) for the resumption of normal endoscopy practice during the upcoming phases and end of the pandemic and therefore a list of potential research questions is presented. New evidence may result in an updated statement.

Introduction

The outbreak of COVID-19 disease has spread from its original cluster in Hubei province, China [1, 2] throughout the world, and has been declared a pandemic by the World Health Organization [3]. Europe is severely affected with an exponential increase in the number of COVID-19 cases and deaths [4]. It has been estimated that approximately 10% of Health Care Professionals (HCP) have become COVID-19 positive in Western countries [5, 6]. The clinical manifestations of COVID-19 are varied, encompassing a broad spectrum from asymptomatic mild disease, to severe critical respiratory illness leading to respiratory failure, multiorgan failure and death [1, 2, 7–9]. Thus, high clinical suspicion and appropriate risk stratification of patients are needed.

HCP in endoscopy units are at increased risk of infection by COVID-19 from inhalation of airborne droplets, conjunctival contact, and potential fecal-oral transmission [2, 10]. Peri-endoscopic aerosolized infections have been reported, making upper GI endoscopy a high-risk procedure [11–17]. In addition, live virus has been found in patient stool [10, 18–20]. As a mechanism of entry, the angiotensin-converting enzyme II (ACE2) receptor, widely expressed in the intestinal tract [21], is likely used by the virus to enter human cells [2] making lower GI endoscopy procedures of uncertain risk status. Furthermore, infected HCP may transmit the infection to their colleagues, patients, families, and communities as hospital-based epidemics have been reported in European countries [22].

Infection prevention and control (IPC) has been shown to be dramatically effective in assuring the safety of both HCP and patients. This is not limited to the use of personal protective equipment (PPE), but is also based on a transparent and detailed IPC strategy, risk stratification of patients, correct use of PPE and interventions based on testing, separation and isolation of patients at high risk of COVID-19 [22–25].

Given the simultaneous COVID-19 outbreak in all European countries, a rational approach regarding limited resources is important [22, 26]. Shortages do not only apply to PPE, but also to the availability of hospital infrastructure including HCP staff, availability of beds (including ICU beds), and medical equipment such as ventilators. On the other hand, the need to protect the patient population, especially patients at high risk of COVID-19 morbidity, has forced Endoscopy Units to post-

pone a disproportionate number of procedures, weighing case-by-case the benefit of endoscopy with the risk of COVID-19 infection. A clear and thoughtful policy regarding the timely rescheduling of these postponed endoscopy procedures will be required.

The European Society of Gastrointestinal Endoscopy (www.esge.com) and the European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (www.esgena.com) have joined forces to provide guidance in order to assure the highest level of protection against COVID-19 for both patients and health care personnel. This position statement was first presented as an online statement March 18, 2020 (www.esge.com and www.esgena.com) and is now updated.

This ESGE-ESGENA Position Statement will provide guidance on 4 main topics:

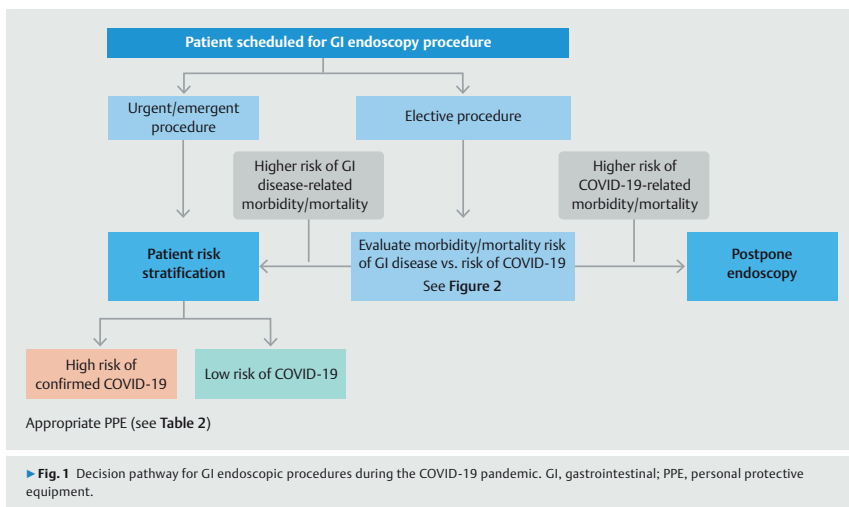
1. How to perform gastrointestinal (GI) endoscopies during the COVID-19 viral pandemic?
2. Which GI endoscopy procedures should always be done? Which should be postponed?
3. How to protect GI endoscopy unit personnel during the pandemic?
4. What knowledge is currently missing and what is needed in this evolving field?

Methods

A Pubmed/MEDLINE search was performed using 'severe acute respiratory distress syndrome coronavirus 2', 'COVID-19', 'endoscopy, digestive system endoscopy', 'gastrointestinal endoscopic examination, therapy' as MeSH terms. As our aim was to provide guidance rather than clinical recommendations, statements by international medical bodies such as the World Health Organization and the European and US Centers' for Disease Prevention and Control were prioritized. Furthermore, the most recent guidance available to date issued by major gastroenterology societies was reviewed.

Guidance was grouped according to the three main phases of an endoscopic procedure, that is, pre-, intra- and post-procedure.

In order to define the proper timing of endoscopy according to clinical indication, between the 23rd and 25th of March 2020, the ESGE Governing Board addressed the main GI endoscopy



procedures, assigning them to predefined priority stratification groups and thereby differentiating between procedures that can be systematically performed or postponed, and those that must be assessed on a case-by-case basis weighing the trade-offs of the medical indication / necessity with the COVID-19 risks. Endoscopic procedures were assigned to a group if an agreement/consensus of $\geq 75\%$ was reached. When agreement/consensus was not reached, the endoscopic procedure was recommended to be performed on a case-by-case basis.

All Governing Board members were also asked to vote on the level of priority for rescheduling postponed endoscopic procedures (high or low priority) and to assign every endoscopic procedure a proposed rescheduling time (in weeks).

Part I: How to perform gastrointestinal (GI) endoscopies during the COVID-19 viral pandemic

General comments

1. The entire staff of the endoscopy unit must be appropriately trained and informed on the IPC strategy for COVID-19 [22]. This should include potential sources of contamination, hygiene measures, COVID-19 risk factors, correct use of PPE, and interventions, such as separation, isolation and testing, for high-risk or infected patients.
2. Health Care Professionals (HCP) in endoscopy units should be triaged daily: staff should assess themselves according to potential risk factors, symptoms and signs (daily

measurement of temperature). Those considered to be at high-risk of COVID-19 should be isolated and tested.

3. COVID-19 can effectively be inactivated by commonly used disinfectants having virucidal activity (EN 14885). Reprocessing of flexible endoscopes and endoscopic accessories should be performed according to published guidelines [28]. Reuse of any disposable GI endoscopic device is strongly discouraged. During reprocessing, mucosal surfaces must be protected as recommended [28]. Additional precautions should be taken in the reprocessing of equipment, such as FFP2/3 masks, after endoscopy in confirmed COVID-19 cases.
4. Each GI endoscopy unit should have a detailed plan for the cleaning and disinfecting of endoscopy procedure rooms [29]. Cleaning the endoscopy unit with virucidal agents is recommended as infection by contact is possible. This is mandatory after each case in patients at high-risk of or known infection with COVID-19 [29].
5. If feasible, online care should be provided (e.g. telemedicine). If this is to replace an outpatient clinic visit, audio and video transmission is preferred and formal documentation in the patient's medical record should be performed.
6. Washing of hands with soap and warm water (for at least 20seconds) or use of alcohol-based hand rub, before and after all patient interactions, after contact with potentially infectious sources, and before and after gowning, should be done by all GI endoscopy unit personnel. Mobile phones, pens, computer workstations, and medical equipment should not be shared. Jewelry (watches, rings, bracelets) should not be worn by GI endoscopy unit HCP.

Position statement



Pre-procedure Risk Management

- Risk stratification of patients for possible COVID-19 infection should be done 1 day prior to GI endoscopy (by phone preferably) and then again on the day of endoscopy [13, 30, 31] by questioning for symptoms and contacts; or if / when available through tests for virus infection or immunity (► Fig. 1).
 - Please note that:
 - Given the current pandemic status of COVID-19 (April 2020), it may be reasonable according to the local situation, that all patients be considered at high-risk for COVID-19 infection and proper measures should be taken to protect HCP.
 - In the different phases of this pandemic, based on epidemiological factors, testing and potential immunity, patient risk stratification may be possible, converting previously high-risk patients to low-risk.
- During patient assessment on the day of endoscopy, use of surgical masks is recommended for both the HCP and the patient and a distance of at least 1–2 meters is recommended, as well as the use of a physical barrier, such as glass or face-shield, if possible. Before entering the GI endoscopy unit, temperature measurement should be performed on all patients.
- Relatives and caregivers should not have access to the GI endoscopy unit. If it is exceptionally required, they should undergo the same risk assessment as the patient.
- For patients who are considered at high risk for COVID-19, separate pre- and post-GI endoscopy recovery areas (or timeslots) should be arranged.
- Whenever possible, all patients entering the GI endoscopy unit should wear respiratory protective equipment (facial mask).

Intra-procedure risk management

- During the current situation in most countries, only essential and fully trained endoscopy personnel should be present in endoscopy cases, all using a full set of PPE. Training programs should be adjusted during this phase, and the use of e-learning is to be encouraged.
- According to the patient's risk status, PPE should include gloves, hairnet, protective eyewear (goggles or face shield), waterproof gowns, booties/shoe covers, and respiratory protective equipment. High-filter respiratory masks (FFP2/3) and booties/shoe covers should be used for high-risk or infected cases [13, 22, 25] (► Table 2). Putting on and taking off PPE must be performed as recommended [32] – see also ESGENA-Poster www.esgena.org. In situations of limited availability of masks/respiratory protective equipment, a protective face shield is a useful alternative tool. Prolonged use of face masks/respiratory protective equipment of up to 4 hours is acceptable.
- Although different GI endoscopic procedures may have different levels of risk, for the sake of simplicity and safety we recommend the same personal protection measures for all procedures, both upper or lower GI endoscopies [25, 33, 34].

► Table 1 Risk stratification for potential COVID-19 infection in patients requiring gastrointestinal endoscopy.

Low-risk patient	<p>No symptoms (eg, cough, fever, shortness of breath or diarrhea) AND No history of contact with COVID positive individual AND No travel or residence in a location reporting community transmission of COVID-19 during previous 14 days Negative testing for COVID 19 (with adequate accuracy and proper epidemiological setting)</p>
High-risk patient	<p>Presence of symptoms with adequate sensitivity (eg, cough, fever, shortness of breath or diarrhea) OR Travel or residence in a location reporting community transmission of COVID-19 during previous 14 days (eg, most European regions in April 2020) OR Contact with COVID-19 positive (or very likely to be positive) individual</p>

► Table 2 Health-professional personal protective equipment stratified by patient risk

Low-Risk Patient	High-risk or Positive patient
Surgical mask ¹	Respiratory PPE (FFP2/ FFP3 mask) ²
Gloves ³	Two pairs of gloves ³
Booties/shoe covers	Booties/shoe covers
Disposable hairnet	Disposable hairnet
Protective eyewear (goggles or disposable face shield)	Protective eyewear (goggles or disposable face shield)
Water-proof disposable gowns ⁴	Water-proof disposable gowns ⁴

¹ DIN EN 14683:2019-6

² DIN EN 149:2001-10

³ DIN EN 420/DIN EN 374

⁴ DIN EN 14126:2004-01

- Whenever possible, in patients who are considered to be at high risk or who are known to be positive for the COVID-19 virus, GI endoscopy should be performed only if medically indicated and if available, in a negative-pressure room by experienced staff [29]. If the only negative-pressure rooms are located outside the endoscopy unit, it must be ensured that these rooms are properly equipped for performing any GI endoscopy procedure. If negative-pressure rooms are not available, endoscopy should be performed in a dedicated room with adequate ventilation. All the other aforementioned protective measures should be taken and the risk of postponing endoscopy versus the risk of COVID-19 infection should be considered.
- For patients in intensive care units (ICUs), GI endoscopy should be performed bedside.

Post-procedure risk management

1. Consider tracing and contacting patients at 7 and 14 days to inquire about any new COVID-19 diagnosis, or development of COVID-19 symptoms.
2. Contaminated waste and endoscopic devices from patients at high risk of or with suspected or confirmed COVID-19 should be disposed of using the specific local regulations related to high-risk waste management.

Part II: Timing of endoscopy during the COVID-19 pandemic according to medical indication

1. GI endoscopy units should strongly consider temporarily postponing elective, non-urgent endoscopy procedures, based upon availability of local human resources and local policies that may depend on regional/national pandemic rules/regulations (► Fig. 1 and ► Fig. 2)

2. The following list of GI endoscopy procedures should always be performed (► Fig. 2)

- Acute upper/lower GI bleeding with hemodynamic instability
- Capsule/enteroscopy for urgent/emergent bleeding
- Anemia with hemodynamic instability
- Foreign body in esophagus and/or high-risk foreign body in the stomach
- Obstructive jaundice
- Acute ascending cholangitis

3. During the current COVID-19 pandemic, the following list of GI endoscopy procedures should be **postponed with no need to reschedule before 12 weeks** (low priority) (► Fig. 2)

- Surveillance for:
 - Barrett's Esophagus without dysplasia or Low-Grade Dysplasia or after endoscopic treatment
 - Gastric atrophy/Intestinal Metaplasia
 - Inflammatory Bowel Disease
 - Primary Sclerosing Cholangitis
- Post-endoscopic resection (including immediate endoscopy after resection), surgical resection of cancer or post-polytomy surveillance
- Diagnosis/surveillance of Lynch syndrome and other hereditary syndromes
- Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome-like symptoms
- Diagnosis of reflux disease, dyspepsia (no alarm symptoms)
- Screening in high risk patients for esophageal cancer, gastric cancer, colon cancer (primary screening endoscopy) or pancreatic cancer
- Bariatric GI endoscopy procedures (e. g., intra-gastric balloons, endoscopic sleeve gastroplasty)

4. Each of the following GI endoscopy procedures warrant a **case-by-case evaluation** based upon medical necessity (► Fig. 2). In general, therapeutic endoscopic procedures or those affecting prognosis (and whenever further therapies can be assured), namely those that are cancer-related or severely symptomatic, should be ranked as "high-priority" (either to be performed immediately or postponed within 12 weeks). All others "low priority" may be either performed immediately or post-poned to beyond 12 weeks on a case-by-case assessment.

High-priority endoscopy procedures

- Endoscopic treatment of high-grade dysplasia (HGD) or early intra-mucosal cancer in the esophagus, stomach, or large colonic polyps at high-risk of submucosal invasion
- Malignant stricture stenting
- PEG/PEJ/NJ tube
- Upper GI fistula/leakage
- Dysphagia or dyspepsia with alarm symptoms present
- Upper GI bleeding without hemodynamic instability
- Rectal bleeding
- Colonoscopy for melena after negative upper-GI endoscopy
- Severe anemia with no hemodynamic instability
- Tissue acquisition needed for the initiation of systemic therapy/surgery
- Colonoscopy within organized FOBT + CRC screening programme
- Foreign body in the stomach, low-risk
- Benign stricture requiring dilation/stenting
- Radiologic evidence of mass
- Lymph node EUS sampling
- Gallstone-related pancreatitis
- Pancreatic mass/stricture
- Biliary stricture dilation
- Pancreatico-biliary stent replacement for non-urgent indication
- Necrosectomy

Low-priority endoscopy procedures

- Endoscopic treatment of esophageal or gastric low-grade dysplasia (LGD)
- Duodenal polyp
- Ampullectomy
- Band ligation/non-emergency
- Iron deficiency anemia
- Pancreatic cyst (depending on risk features)
- Biliary stricture/no urgency (no cholangitis, no jaundice, etc.)
- Submucosal lesion EUS sampling
- Achalasia (POEM, balloon dilatation)
- gFOBT/FIT + (outside of an organized regional/national screening program)

Conclusion

The COVID-19 pandemic is having a disruptive effect on the workflow and safety of GI-endoscopy units worldwide. Most GI endoscopy units in Europe are having to manage the current si-

Position statement

 Thieme

Perform always

- Acute upper/lower GI bleeding with hemodynamic instability
- Capsule/enteroscopy for urgent/emergent bleeding
- Anemia with hemodynamic instability
- Foreign body in esophagus and/or high-risk foreign body in the stomach
- Obstructive jaundice
- Acute ascending cholangitis

Case by case management – high priority

- Endoscopic treatment of high-grade dysplasia (HGD) or early intra-mucosal cancer in the esophagus, stomach, or large colonic polyps at high-risk of submucosal invasion
- Malignant stricture stenting
- PEG/PEJ/NJ tube
- Upper GI fistula/leakage
- Dysphagia or dyspepsia with alarm symptoms present
- Upper GI bleeding without hemodynamic instability
- Rectal bleeding
- Colonoscopy for melena after negative upper-GI endoscopy
- Severe anemia with no hemodynamic instability
- Tissue acquisition needed for the initiation of systemic therapy/surgery
- Colonoscopy within organized FOBT+ CRC screening programme
- Foreign body in the stomach, low-risk
- Benign stricture requiring dilation/stenting
- Radiologic evidence of mass
- Lymph node EUS sampling
- Gallstone-related pancreatitis
- Pancreatic mass/stricture
- Biliary stricture dilation
- Pancreatico-biliary stent replacement for non-urgent indication
- Necrosectomy

Case by case management – low priority

- Endoscopic treatment of esophageal or gastric low-grade dysplasia (LGD)
- Duodenal polyp
- Ampullectomy
- Band ligation/non-emergency
- Iron deficiency anemia
- Pancreatic cyst (depending on risk features)
- Biliary stricture/no urgency (no cholangitis, no jaundice, etc.)
- Submucosal lesion EUS sampling
- Achalasia (POEM, balloon dilation)
- gFOBT/FIT+ (outside of an organized regional/national screening program)

Postpone always

- Surveillance for
 - Barrett's Esophagus without dysplasia or Low-Grade Dysplasia or after endoscopic treatment
 - Gastric atrophy/Intestinal Metaplasia
 - Inflammatory Bowel Disease
 - Primary Sclerosing Cholangitis
- Post-endoscopic resection (including immediate endoscopy after resection), surgical resection of cancer or post-polypectomy surveillance
- Diagnosis/surveillance of Lynch syndrome and other hereditary syndromes
- Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome-like symptoms
- Diagnosis of reflux disease, dyspepsia (no alarm symptoms)
- Screening in high risk patients for esophageal cancer, gastric cancer, colon cancer (primary screening endoscopy) or pancreatic cancer
- Bariatric GI endoscopy procedures (e.g., intra-gastric balloons, endoscopic sleeve gastropasty)

► Fig. 2 List of indications for endoscopic procedures according to rescheduling recommendations and priority.

tuation with shortages of personnel and PPEs, substantial reductions in the volume of screening endoscopy procedures, enormous pressures on prioritizing endoscopic procedures, and postponing many procedures without knowing exactly when patients will be rescheduled.

GI endoscopy units should consider this ESGE position statement against local rules and recommendations. Also, due to the COVID-19 pandemic, individual clinical judgment and local re-

sources may lead to alternative perspectives in regard to which procedures/patients are to be prioritized and when to resume a more regular endoscopy procedure schedule. It should be noted that 54% of survey respondents reported that the decision to postpone GI endoscopy procedures was related to lack of PPE. This must command our community's full attention for future outbreaks or similar emergent medical situations.

► Table 3 Suggested Research Agenda
Infection and workflow/unit/staff
<ul style="list-style-type: none"> How to consider the lingering effects of COVID 19 during the coming months/years in our endoscopy practice? When and how should a patient suspected of having COVID 19 be tested in relation to performance of a GI endoscopy procedure? How often, or if at all, should medical staff/endoscopy staff be tested for COVID 19 and by which methods? How did COVID-19 affect the endoscopy unit's workflow? How to take care of the psychological well-being of the GI endoscopy unit staff? What are the financial consequences of the COVID-19 outbreak for the endoscopy unit? How did COVID-19 affect fellows' training, education, and research (meeting, e-learning, CME credits, collaborations, etc.)? How to stimulate/compensate the staff to work extra hours to catch up with the patient waiting lists after the pandemic?
Procedural protection
<ul style="list-style-type: none"> Is there any difference in COVID 19 transmission risk between upper and lower GI endoscopy? Is oral and/or fecal transmission a true/equal hazard? Which are the fundamental PPEs that are required and how to confront their shortages? What is the difference in using a FFP2 vs two surgical masks vs one surgical mask on infection risk?
Rescheduling and disease risk
<ul style="list-style-type: none"> What is the burden in terms of cancer progression of delaying GI endoscopy procedures due to the COVID-19 pandemic? How did you organize the GI endoscopy care for patients? How to prioritize postponed GI endoscopy procedures after the pandemic is over? What are the "acceptable" waiting times, stratified by the type of GI endoscopy procedure?

We also believe that further research is urgently needed in order to clarify the overall burden of COVID-19 on our GI endoscopy units but also in relation to how to effectively run endoscopic units during and after this pandemic (► **Table 3**).

Competing interests

I. M. Gralnek has received lecture fees from Astra-Zeneca, Taro Pharma, Vifor Pharma and 3D Matrix (ongoing); consultant fees from Boston Scientific, GI view, Motus GI and Symbionix (ongoing); and is DSMB Member by Intec Pharma, MAB member by Motus GI. J. E. van Hooft has received lecture fees from Medtronic (2014–2015) and Cook Medical (2019), and consultancy fees from Boston Scientific (2014–2017); her department has received research grants from Cook Medical (2014–2019) and Abbott (2014–2017). M. Kaminski has received lecture fees from Boston Scientific (2018–ongoing) and consultancy fees from Olympus and Fujifilm (2018-ongoing). P. D. Siersema has received research grants from Norgine, Pentax, Microtech, Yakult and Motus GI (ongoing) and is on the Advisory Board of Motus GI. G. Antonelli, C.

Hassan, A. Ebigo, M. Pellisé, M. Arvanitakis, P. Bhandari, R. Bisschops, K. Triantafyllou, G. Webster, H. Pohl, T. Ponchon, H. Messmann, M. Dinis-Ribeiro have no competing interest.

References

- [1] Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020; doi:10.1056/NEJ-Moa2002032
- [2] Huang C, Wang Y, Li X et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020; 395: 497–506
- [3] WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>
- [4] Download today's data on the geographic distribution of COVID-19 cases worldwide. European Centre for Disease Prevention and Control; 2020; <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/download-todays-data-geographic-distribution-covid-19-cases-worldwide>
- [5] Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet*; 2020; [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30627-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30627-9/abstract)
- [6] Ng K, Poon BH, Kiat Pua TH et al. COVID-19 and the Risk to Health Care Workers: A Case Report. *Ann Intern Med*; 2020; <https://annals.org/aim/fullarticle/2763329/covid-19-risk-health-care-workers-case-report>
- [7] Wang D, Hu B, Hu C et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. [Epub ahead of print]. *JAMA* 2020; doi:10.1001/jama.2020.1585
- [8] Wu C, Chen X, Cai Y et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. 2020
- [9] Young BE, Ong SWX, Kalimuddin S et al. Epidemiologic Features and Clinical Course of Patients Infected With SARS-CoV-2 in Singapore. *JAMA*. 2020
- [10] Gu J, Han B, Wang J. COVID-19: Gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission. [Epub ahead of print]. *Gastroenterology* 2020; doi:10.1053/j.gastro.2020.02.054
- [11] Tang JW, Li Y, Eames I et al. Factors involved in the aerosol transmission and control of ventilation in healthcare premises. *J Hosp Infect* 2006; 64: 100–114
- [12] Parodi SM, Liu VX. From Containment to Mitigation of COVID-19 in the US. *JAMA*; 2020; <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763187>
- [13] Repici A, Maselli R, Colombo M. Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know. *Gastrointestinal Endoscopy*; 2020; [https://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(20\)30245-5/abstract](https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(20)30245-5/abstract)
- [14] Lui RN, Wong SH, Sánchez-Luna SA et al. Overview of guidance for endoscopy during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. [Epub ahead of print]. *J Gastroenterol Hepatol* 2020; doi:10.1111/jgh.15053
- [15] Sultan S, Lim JK, Altayar O. AGA Institute Rapid Recommendations for Gastrointestinal Procedures During the COVID-19 Pandemic. *Gastroenterology*; 2020; [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(20\)30458-3/abstract](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(20)30458-3/abstract)
- [16] JOINT GASTROENTEROLOGY SOCIETY MESSAGE: COVID-19 Use of Personal Protective Equipment in GI Endoscopy. <https://www.asge.org/home/advanced-education-training/covid-19-asge-updates-for-members/joint-gastroenterology-society-message-covid-19-use-of-personal-protective-equipment-in-gi-endoscopy>

Position statement

Thieme

- [17] Endoscopy activity and COVID-19: BSG and JAG guidance – update 03.04.20. The British Society of Gastroenterology; 2020: <https://www.bsg.org.uk/covid-19-advice/endoscopy-activity-and-covid-19-bsg-and-jag-guidance/>
- [18] Xiao F, Tang M, Zheng X et al. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2. [Epub ahead of print]. *Gastroenterology* 2020; doi:10.1053/j.gastro.2020.02.055
- [19] Kanne JP. Chest CT Findings in 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infections from Wuhan, China: Key Points for the Radiologist. *Radiology* 2020; 295: 16–17 doi:10.1148/radiol.2020200241
- [20] Song Y, Liu P, Shi XL. SARS-CoV-2 induced diarrhoea as onset symptom in patient with COVID-19. *Gut*; 2020: <https://gut.bmj.com/content/early/2020/03/16/gutjnl-2020-320891>
- [21] Hamming I, Timens W, Bultuis MLC. Tissue distribution of ACE2 protein, the functional receptor for SARS coronavirus. A first step in understanding SARS pathogenesis. *J Pathol* 2004; 203: 631–637
- [22] Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings. European Centre for Disease Prevention and Control; 2020: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>
- [23] Guidance for wearing and removing personal protective equipment in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed COVID-19. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-wearing-and-removing-personal-protective-equipment-healthcare-settings>
- [24] Zhang Y, Zhang X, Liu L et al. Suggestions for infection prevention and control in digestive endoscopy during current 2019-nCoV pneumonia outbreak in Wuhan, Hubei province, China. *Endoscopy* 2020; 52: 312–314
- [25] Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)
- [26] Cloth masks and mask sterilisation as options in case of shortage of surgical masks and respirators. European Centre for Disease Prevention and Control; 2020: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/cloth-masks-sterilisation-options-shortage-surgical-masks-respirators>
- [27] GI Endoscopy Activity and COVID-19: Next steps – Updated 03.04.20. The British Society of Gastroenterology; 2020: <https://www.bsg.org.uk/covid-19-advice/gi-endoscopy-activity-and-covid-19-next-steps/>
- [28] Beilenhoff U, Biering H, Blum R et al. Reprocessing of flexible endoscopes and endoscopic accessories used in gastrointestinal endoscopy: Position Statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastroenterology Nurses and Associates (ESGENA) – Update 2018. *Endoscopy* 2018; 50: 1205–1234
- [29] Calderwood AH, Day LW, Muthusamy VR. ASGE Quality Assurance in Endoscopy Committee. et al. ASGE guideline for infection control during GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2018; 87: 1167–1179
- [30] Recomendaciones de la SEED: Protección en Unidades de Endoscopia frente al COVID-19. https://wseed.es/images/site/guia_clinica/2020/RecomendacionesSEED_ProteccionUnidadesEndoscopia_Coronavirus.pdf
- [31] Epidémie de COVID-19: recommandations en endoscopie digestive. SFED; 2020: <https://www.sfed.org/professionnels/actualites-pro/epidemie-de-covid-19-recommandations-en-endoscopie-digestive>
- [32] CDC sequence for putting on personal protective equipment (PPE). <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/ppe-sequence.pdf>
- [33] van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. [Epub ahead of print]. *New England Journal of Medicine* 2020; doi:10.1056/NEJMc2004973
- [34] Brewster DJ, Chrimes NC, Do TB et al. Consensus statement: Safe Airway Society principles of airway management and tracheal intubation specific to the COVID-19 adult patient group. *Med J Aust*; Published online: 16 March 2020.

Secretaria Tècnica



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARIS



Sr. Enric Clarella

L'Acadèmia. Departament d'Activitats i Congressos

Major de Can Caralleu, 1-7 • 08017 Barcelona

Tel. 932 031 852 • Fax 932 123 569

enricclarella@academia.cat

www.scdigestologia.org

Documents publicats

- | | | |
|--|-------------|--|
| | 2011 | Utilitat Diagnòstica del Fibroscan®
Utilitat Diagnòstica de la Càpsula Endoscòpica |
| | 2012 | Tractament Triple de l'Hepatitis Crònica C, Genotip 1
Sedació a l'Endoscòpia Digestiva |
| | 2013 | Maneig de l'Hemorràgia Digestiva per Hipertensió Portal
Recomanacions pel Maneig de l'Hemorràgia Digestiva Baixa Aguda |
| | 2014 | Valoració i Tractament de la Pancreatitis Aguda
Recomanacions pel Maneig del Fetge Gras no Alcohòlic |
| | 2015 | Recomanacions per l'Avaluació i Tractament del Pacient Cirròtic Crític
Diarrea Crònica: Definició, Classificació i Diagnòstic |
| | 2016 | Hemorràgia Digestiva Alta No Deguda a Hipertensió Portal
Malalties Hepàtiques Autoimmunes |
| | 2017 | Recomanacions per al Maneig de les Malalties Vasculars Hepàtiques
Actualització en el Tractament de la Infecció per <i>Helicobacter pylori</i> |
| | 2018 | Maneig de la Insuficiència Hepàtica Aguda Greu
Diagnòstic i Tractament de la Síndrome de l'Intestí Irritable |
| | 2019 | Actualització del calendari vacunal en pacients no oncològics
amb malalties inflamatòries cròniques en tractament amb
immunosupressor i/o biològic
Vies Clíniques Malalties Hepàtiques
Abordatge inicial de les malalties funcionals digestives |
| | 2020 | Selecció del donant per a la transferència de microbiota fecal
Epidemiologia, etiologia, diagnòstic i tractament de la pancreatitis crònica
Efectes Adversos Gastrointestinals de la Immunoteràpia
Efectes Adversos Hepàtics de la Immunoteràpia i el seu impacte en el
maneig de Pacients amb Carcinoma Hepatocel·lular
Mesures de contenció en les unitats d'endoscòpia davant el COVID-19
Ecografia per especialistes en patologia digestiva
Recomanacions de la Societat Catalana de Digestologia i de la Societat
Catalana d'Endoscòpia Digestiva Médico-Quirúrgica pel restabliment de
l'activitat d'endoscòpia segons l'evolució de la pandèmia per COVID-19 |