

Consideraciones gastroenterológicas en el marco de la pandemia COVID-19

Gastroenterological considerations in the framework of the COVID-19 pandemic

Comité Nacional de Gastroenterología

GENERALIDADES

La enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) ha azotado a la ciudad de Wuhan y a otros sitios de China en diciembre de 2019. El 12 de febrero de 2020, el nuevo coronavirus se denominó coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), mientras que la enfermedad asociada con él ahora se conoce como COVID-19. En marzo de 2020 la OMS la declaró una pandemia a nivel mundial. Comparado con el MERS-CoV (por *Middle East respiratory syndrome*) y el SARS-CoV, el SARS-CoV-2 parece ser menos letal pero más contagioso.

El virus comparte el 87,1 % de su genoma con el SARS-CoV y es capaz de usar todas las proteínas ACE2 (excepto para ACE2 de ratón) y de esa manera ingresa a las células que expresan el receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), abundantemente expresada en las células glandulares del estómago, duodeno y epitelio rectal; de esta manera permiten la entrada del SARS-CoV-2 dentro de la célula huésped que expresa dicho receptor. Se han descrito otros dos

receptores (receptor ANPEP para el virus HCoV-229E y receptor DPP4 para el virus MERS-CoV) que se encuentran altamente expresados en los enterocitos proximales y distales. Por todo esto las células del intestino delgado podrían ser más vulnerables al ataque en COVID-19.

Es sabido que la principal ruta de contaminación es mediante las partículas virales dispersas en el flujo de aire (tos y estornudo) a través de las gotitas de Flugge y a través de superficies contaminadas, cuando penetran a través de las mucosas ocular, nasal y bucal, pero debemos tener en cuenta que se ha detectado RNA viral en las fauces, en orina y heces, lo que sugiere que los viriones infecciosos son secretados desde las células gastrointestinales infectadas y por lo tanto la ruta fecal-oral debería ser considerada.^{1,2}

El período medio de incubación es de 5,1 días (95 % de intervalo de confianza –IC– de 4,5 a 5,8 días) y un 97,5 % desarrolla síntomas dentro de los 11,5 días (IC de 8,2 a 15,6 días) de la infección.

Los síntomas de la enfermedad en más de un 80 % son leves (fiebre,

Comité Nacional de Gastroenterología:

Ortiz G; Zubiri C, González L; Gouman A; Trotta L; Gallo J; Alarcón G; Daruich M.

Grupo de Trabajo de Enfermedad Celiaca:

Toca M; Mora M; Wagener M; Bastianelli C; Furnes R; Litwin N; Coccolo S; Menéndez L; Marchisone S; Bottero A; Martin G; Kahane V.

Grupo de trabajo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal:

Contreras M; Orsi M; Guzmán L; Bravo S; Afazani A; Donato G; Vidal J; Benedetti L; Petri V; Grinblat V; Oropeza G; Manterola M.

Grupo de trabajo de Endoscopia:

Ninomiya I; Riga C; Villarroel J; Antoniska M; Letta K; Vázquez J; Aliberti G; Borobia P; Rubin J; Paz S; Lucero N; Fernández J; Valdez M; Bermedo V.

tos, odinofagia, malestar general), mientras que aproximadamente el 20 % pueden tener manifestaciones clínicas más graves (dificultad respiratoria, neumonía) que requieran hospitalización.

A medida que se desarrollan las presentaciones clínicas de esta enfermedad, han surgido los síntomas extrapulmonares de la misma, especialmente los relacionados con el sistema digestivo. Mientras que la forma de transmisión principal y más conocida es la respiratoria, existe la posibilidad de la vía de transmisión fecal-oral que fue descrita en varias series de casos y escenarios clínicos.

Aunque los síntomas gastrointestinales son considerados pocos frecuentes con la infección por coronavirus, los estudios y las primeras experiencias realizados en China muestran que los vómitos y la diarrea pueden presentarse en adultos y en niños. Solo el 3,4 % de los pacientes con COVID-19 no tuvieron síntomas respiratorios, pero sí presentaron síntomas digestivos

En un estudio de 204 adultos en China, con una media de edad de 54,9 años, el 48,5 % experimentó uno o más síntomas digestivos incluyendo: falta de apetito (el 40,1 %), diarrea (el 14 %), vómitos (el 4 %), o dolor abdominal (el 2 %).³

Se sabe que ACE2 controla la inflamación intestinal. Por lo tanto, la interacción entre COVID-19 y ACE2 podría interrumpir dicha función, provocando principalmente la diarrea.⁴

También se ha descrito la existencia de hematoquezia en lactantes graves y casos de recién nacidos. Puede además cursar con aumento de transaminasas ya sea por afección directa del virus o secundaria a la medicación antirretroviral.

Del análisis de los estudios y experiencia recogida hasta el momento se puede resumir que:

1. El virus se encuentra en el aparato digestivo, en intestino delgado y colon, como así también en la vía biliar y la vesícula biliar y se lo ha hallado en materia fecal. Existe la posibilidad de transmisión vía fecal-oral.
2. Aunque la presencia de síntomas digestivos, no es lo que conlleva a la gravedad del cuadro del paciente, es importante tenerlos en cuenta para evitar la propagación de la enfermedad.
3. Según lo que se conoce sobre el origen de la pandemia, en la ciudad de Wuhan podría incluso decirse que los alimentos contaminados pudieron iniciar la enfermedad.

4. Si bien el 45 % de los pacientes no tienen síntomas digestivos, los síntomas gastrointestinales pueden ser una única manifestación, aun sin síntomas respiratorios, o pueden estar ausentes o acompañarlos.
5. La diarrea se asemeja a una diarrea viral, de corta duración, no grave. No hay otras descripciones publicadas. Los vómitos son síntomas menos frecuentes. Con dolor abdominal tipo cólico.
6. La anorexia es el síntoma más frecuente, y la anosmia se describe en un 30 % de los pacientes, y en un 20 % como primer síntoma. Otro síntoma descrito es la disusia.⁵
7. Ante la realización de procedimientos como recolección de muestra fecal o endoscópicos en pacientes con COVID-19, se debe tener en cuenta que la liberación de virus por esta vía persiste incluso semanas, luego de haber negativizado las secreciones respiratorias.

Enfermedad celíaca y COVID-19

Hasta el momento no existen evidencias científicas que demuestren un mayor riesgo de padecer infección por COVID-19 en pacientes con enfermedad celíaca (EC).

Los pacientes celíacos que no presentan adherencia estricta a la dieta libre de gluten pueden presentar una mayor susceptibilidad para el padecimiento de ciertas infecciones bacterianas o a virus como influenza y herpes zoster. Algunos factores que explicarían esta mayor susceptibilidad son:

- una función deficitaria del bazo (hipoesplenismo),
- desnutrición,
- deficiencia de vitamina D,
- las alteraciones en la permeabilidad de la mucosa intestinal,
- disbiosis (cambios en la composición, diversidad y/o función de la microbiota [“flora”] intestinal).³

Se recomienda, por lo tanto, que la población de pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca, adhieran de manera rigurosa y estricta a la dieta sin gluten, y reforzar el concepto que se trata de personas sanas que comen de manera diferente. Que sigan los consejos y recomendaciones emitidos por diferentes organismos oficiales para evitar el contagio del virus, especialmente las formuladas por las autoridades sanitarias.³

Pacientes con sospecha de enfermedad celíaca en el proceso diagnóstico

El riesgo inmediato de exposición a este virus está cambiando rápidamente y a medida que el brote se expande geográficamente, ese riesgo aumenta. Asimismo, los trabajadores de la salud que atienden pacientes con COVID-19 tienen riesgo elevado de infección.

Cuando la biopsia intestinal es necesaria para el diagnóstico y no puede ser realizada por la pandemia de COVID-19, se debe recomendar al paciente, si es posible y su situación clínica lo permite, continuar con gluten en la dieta hasta confirmar el diagnóstico.⁴

Enfermedad inflamatoria intestinal y COVID-19

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) *per se* no parece ser un factor de riesgo para adquirir SARS-CoV-2, ni para una infección más grave.

Actualmente no hay publicaciones que indiquen un empeoramiento del curso de COVID-19 por el tratamiento relacionado con la EII como tampoco se podría excluir el riesgo de inducir la activación clínica en individuos con infección por SARS-CoV-2 asintomática.

El riesgo de un manejo inadecuado de la EII provocado por el miedo al virus puede tener un impacto significativo en la salud de estos pacientes, por lo tanto, se les aconseja que mantengan sus terapias, particularmente cuando están en remisión.

Los pacientes con EII deberían seguir las recomendaciones dadas por la OMS a la población general:

- Higiene de manos regularmente.
- Desinfectar superficies con soluciones basadas en alcohol o lavandina.
- Mantener distanciamiento social de al menos 1,5 metros.
- Evitar tocar los ojos, las manos y la boca.
- Permanecer en el hogar.
- Usar tapaboca.
- Evitar el desplazamiento de pacientes. Por esta razón se ha derivado a los médicos locales la tarea de realizar el control en su lugar de residencia.

Los niños deberían continuar las visitas de seguimiento para garantizar un monitoreo adecuado de la enfermedad. Sin embargo, las consultas remotas por telemedicina, junto con el uso de marcadores sustitutos de inflamación (calprotectina fecal, PCR, resultados informados

por el paciente) pueden ser una alternativa a las visitas al consultorio cara a cara durante la epidemia, especialmente para aquellos en remisión. La opción de retrasar las visitas debe considerarse de forma individual.

La enfermedad activa debe tratarse de acuerdo con la guía estándar de los protocolos para enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica (PIBD por sus siglas en inglés) como antes de las epidemias, ya que el riesgo de complicaciones supera cualquier riesgo de complicaciones de COVID-19, especialmente en niños.

Actualmente no hay evidencia concreta de que ninguno de los tratamientos de la EII aumente el riesgo de adquirir SARS-CoV-2 o de una infección más grave. Por lo tanto, los niños no infectados generalmente deben continuar su tratamiento médico, incluidos los inmunomoduladores y las terapias biológicas, ya que el riesgo de un brote de enfermedad supera cualquier riesgo estimado de infección por SARS-CoV-2. Esto es especialmente cierto en niños que tienen una infección mucho más leve.

Los corticosteroides se pueden usar para tratar las recaídas de la enfermedad, pero como siempre se recomienda en niños, la dosis de este medicamento debe ser disminuida lo antes posible.

En la enfermedad de Crohn, se debe preferir la nutrición enteral exclusiva.

El uso de anti-TNF debe continuarse a intervalos y dosis regulares. Los centros de infusión deben minimizar el hacinamiento e implementar procedimientos de detección de sospecha de COVID-19.

Se debe desaconsejar el cambio de infliximab a adalimumab en un niño estable a menos que sea imposible administrar infusiones intravenosas, ya que el riesgo de exacerbación de la enfermedad después de dicho cambio se ha documentado en el contexto de los ensayos clínicos.

No existe una indicación clara de suspender el tratamiento de la EII durante la infección con COVID-19. No obstante, recomendamos suspender el tratamiento inmunosupresor durante una enfermedad febril aguda hasta que la fiebre disminuya y el niño vuelva a su estado habitual, independientemente del estado de la prueba de SARS-CoV-2. En caso de pruebas positivas de SARS-CoV-2 en un niño asintomático, la decisión de los cambios terapéuticos debe ser individualizada.

La mesalamina nunca debe suspenderse.

Las cirugías electivas y las endoscopias no urgentes deben posponerse durante la epidemia.

Pacientes con EII e infección por COVID-19 confirmada

1. Extremar en todos ellos las normas de higiene, limitación de los contactos y medidas ya enunciadas.
2. Evitar visitas innecesarias al médico y buscar canales alternativos de comunicación.
3. Posponer endoscopias y/o cirugías que no sean de extrema necesidad.
4. Realizar descenso acelerado de esteroides sistémicos y suspenderlos si ello fuera posible al igual que los inmunosupresores.
5. Mantener el tratamiento con el que se logró la remisión aunque se sugiere si es posible retrasar la aplicación hasta la resolución de los síntomas de COVID-19.

Recomendaciones en endoscopia frente al COVID-19

1. Restringir las actividades de las Unidades de Endoscopia a los procedimientos urgentes.
2. Realizar los procedimientos con un nivel de protección adecuado.

Los procedimientos endoscópicos son invasivos y con alto riesgo de infección. Nuestra prioridad es ofrecer la mejor atención a nuestros pacientes, sin obviar la correcta protección del endoscopista y su equipo de trabajo para evitar el contagio, ya que el porcentaje de contagios entre el personal de las unidades de endoscopia de esta pandemia se encuentra alrededor del 4,3 %.

El objetivo es evitar el contagio de paciente a paciente, del paciente al personal, del personal al personal y del personal al paciente.

Recomendaciones previas a la endoscopia

Se aconseja suspender toda actividad de endoscopia ambulatoria programada y limitar la endoscopia digestiva a la actividad hospitalaria vital:

- Pacientes con hemorragia digestiva alta en situación de inestabilidad hemodinámica en los que se pueda realizar una terapéutica endoscópica.
- Pacientes con impactación esofágica por cuerpo extraño.

Estratificación del riesgo

Nivel de riesgo según el paciente	
Riesgo bajo	Asintomático, sin contacto con nadie con SARS-CoV-2 +, no procede de áreas de alto riesgo en los 14 días previos.
Riesgo intermedio	*Presencia de síntomas sin contacto con nadie con SARS-CoV-2 +, no procede de áreas de alto riesgo en los 14 días previos.
	*Asintomático, pero contacto con alguien con SARS-Cov-2 +, o procedencia de áreas de alto riesgo en los 14 días previos.
Riesgo alto	Mínimo un síntoma, más contacto con alguien con SARS-CoV-2 + o procedencia de áreas de alto riesgo en los 14 días previos.
Nivel de riesgo según el procedimiento	
Endoscopia de riesgo Intermedio	Endoscopia baja (colonoscopia).
Endoscopia de riesgo alto	Endoscopia alta (incluye colangiopancreatografía endoscópica retrógrada –ERCP- y ecoendoscopia).

- Pacientes con ingesta de cáusticos.
- Pacientes con colangitis obstructiva que precisen colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.
- Pacientes oncológicos que precisen un tratamiento endoscópico.
- Determinadas colonoscopías, cuya rentabilidad diagnóstica sea inaplazable.
- Se aconseja formar equipos de trabajo fijos: endoscopista, enfermera o asistente en endoscopia, anestesiólogo, auxiliar y camillero, para evitar infecciones cruzadas entre el personal.
- No compartir ordenadores ni celulares.
- Se aconseja preparar una sala de endoscopia para procedimientos de alto riesgo de contagio (habitación con presión negativa y poco material accesorio, o al pie de la cama).
- Se aconseja realizar *triage* de infección por virus SARS-CoV-2 según los criterios establecidos por la OMS, de todos los pacientes que acuden a la unidad de endoscopia.

Triaje de infección por virus SARS-CoV-2

- 24 h antes por llamada telefónica:
 - ¿Ha tenido fiebre >37,5 °C, tos, mialgias, cefalea, dolor de garganta o disnea?
 - ¿Tiene un familiar con quien conviva con sospecha o confirmación de COVID-19?
 - ¿Procede de áreas de alto riesgo de COVID-19?
- Tomar la temperatura del paciente antes de entrar a la sala.
- Darle un barbijo y guantes.
- Acompañantes fuera de la unidad de endoscopia o ingresar con barbijo y guantes.

Equipo de protección individual (EPI)

Riesgo intermedio

Colocación del EPI:

1. Colocación de la cofia o gorro
2. Lavado de manos
3. Colocación del camisolín impermeable
4. Colocación del barbijo quirúrgico
5. Colocación de antiparras o gafas
6. Colocación de dos pares de guantes

Protección del personal en función del riesgo

Riesgo	Endoscopia baja	Endoscopia alta
Intermedio	Gafas de protección personal Doble guante Gorro Camisolín impermeable Barbijo quirúrgico o N95	Gafas de protección personal Doble guante Gorro Camisolín impermeable Barbijo quirúrgico Barbijo N95
Alto	Gafas de protección personal Doble guante Gorro Camisolín impermeable Barbijo quirúrgico Barbijo N95	

Retiro del EPI:

1. Lavado de guantes con alcohol al 70 %
2. Retirar el segundo par de guantes
3. Lavado de guantes con alcohol al 70 %
4. Retirar el camisolín doblándolo hacia adentro
5. Retirar las antiparras
6. Retirar el barbijo
7. Retirar la cofia
8. Descartar el segundo par de guantes
9. Lavado de manos con alcohol al 70 %

Riego alto

Colocación del EPI:

1. Ambo con chaqueta dentro de los pantalones, bolsillos vacíos, sin ID
2. Pelo recogido, sin aros, ni joyas.
3. Lavado de manos
4. Colocación de barbijo N95
5. Colocación de cofia o gorro
6. Colocación del primer par de guantes
7. Colocación de camisolín impermeable
8. Colocación de antiparras
9. Colocación de barbijo quirúrgico
10. Colocación del segundo par de guantes

Retiro del EPI:

1. Higiene de guantes por 30 segundos
2. Retiro del segundo par de guantes
3. Higiene de guantes por 30 segundos
4. Desabrochar el camisolín con la mano del lado de la alzada
5. Estirar la bata y hacer una bola
6. Higiene de guantes por 30 segundos

7. Salir del quirófano o sala

8. Higiene de guantes por 30 segundos
9. Retirar el barbijo quirúrgico
10. Higiene de guantes por 30 segundos
11. Retirar las antiparras
12. Higiene de guantes por 30 segundos
13. Limpiar las antiparras
14. Higiene de guantes por 30 segundos
15. Retirar la cofia o gorro
16. Higiene de guantes por 30 segundos
17. Retirar el primer par de guantes
18. Lavado de manos por 1 minuto
19. Retirar el barbijo N95 (ojos y boca cerrados)
20. Lavado de manos por 1 minuto
21. Poner guantes simples
22. Realizar una segunda desinfección de las antiparras
23. Retirar los guantes
24. Higiene de manos por 1 minuto

REFERENCIAS

1. Xiao F, Tang M, Zheng X, Liu Y, Li X, Shan H. Evidence for Gastrointestinal Infection of SARS-CoV-2. *Gastroenterology*. 2020;158(6):1831-1833.e3
2. Gu J, Han B, Wang J. COVID-19: Gastrointestinal Manifestations and Potential Fecal-Oral Transmission. *Gastroenterology*. 2020;158(6):1518-1519.
3. Murray KF, Gold BD, Shamir R, Agostoni C, et al. Coronavirus Disease 2019 and the Pediatric Gastroenterologist. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. June 2020;70(6):720-726.
4. Liang W, Feng Z, Rao S, Xiao C, et al. Diarrhoea may be underestimated: a missing link in 2019 novel coronavirus. *Gut*. 2020;69(6):1141-1143.
5. Pan L, Mu M, Yang P, Sun Y, et al. Clinical Characteristics of COVID-19 Patients With Digestive Symptoms in Hubei, China: A Descriptive, Cross-Sectional, Multicenter Study. *Am J Gastroenterol*. 2020;115(5):766-773.