

Journal Pre-proof

Recomendaciones para la Reapertura y Reinicio de Actividades de las Unidades de Neurogastroenterología ante la pandemia por COVID-19. Posicionamiento de la Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología



J. M Remes-Troche M.A. Valdovinos-Díaz R. Viebig C. Defilippi L.M.
Bustos-Fernández L. Sole A.C. Hani-Amador

PII: S0375-0906(20)30083-5

DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.rgmx.2020.07.001>

Reference: RGMX 656

To appear in: *Revista de Gastroenterología de México*

Received Date: 28 May 2020

Accepted Date: 7 July 2020

Please cite this article as: Remes-Troche JM, Valdovinos-Díaz MA, Viebig R, Defilippi C, Bustos-Fernández LM, Sole L, Hani-Amador AC, Recomendaciones para la Reapertura y Reinicio de Actividades de las Unidades de Neurogastroenterología ante la pandemia por COVID-19. Posicionamiento de la Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología, *Revista de Gastroenterología de México* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.07.001>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2020 Published by Elsevier.

Recomendaciones para la Reapertura y Reinicio de Actividades de las Unidades de Neurogastroenterología ante la pandemia por COVID-19.

Posicionamiento de la Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología.

Recommendations for the reopening and activity resumption of the neurogastroenterology units in the face of the COVID-19 pandemic.

Position of the Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología

J. M. Remes-Troche.^a, M. A. Valdovinos-Díaz.^b, R. Viebig.^c, C. Defilippi.^d, L. M. Bustos-Fernández.^e, L. Sole.^f, A. C. Hani-Amador.^g

Recibido el 28 de mayo de 2020; aceptado el 07 de julio de 2020.

^a Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana, Veracruz, México.

^b Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

^c Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas de Gastroenterologia e Especialidades. São Paulo. Brasil.

^d Sección de Gastroenterología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

^e Centro Medico Bustos Bustos Fernández

^f Consultorios de Motilidad Digestiva (CMD) Buenos Aires, Argentina

^g Unidad de Gastroenterología Hospital San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá , Colombia

Correspondencia: Dr. José María Remes Troche. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana, Veracruz, México. Dirección: Iturbide S/N. Col Centro. CP 91400, Veracruz, Veracruz, México Teléfono: (52) 229 9322292

Correo electrónico: jose.remes.troche@gmail.com, joremes@uv.mx

RESUMEN

La pandemia por COVID 19 ha obligado a establecer medidas para evitar los contagios durante la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas en gastroenterología. Los estudios motores del tubo digestivo implican un riesgo elevado e intermedio de transmisión de la infección por este virus. Dada su indicación electiva o no urgente en la mayoría de los casos, recomendamos diferir la realización de estas pruebas hasta que haya un control significativo de la tasa de infección en cada país, durante la pandemia. Cuando las autoridades sanitarias permitan el regreso a la normalidad y en ausencia de un tratamiento efectivo o una vacuna preventiva de la infección por COVID 19,

recomendamos un protocolo estricto para clasificar a los pacientes de acuerdo a su estatus infecto-contagioso mediante el uso apropiado de pruebas para la detección del virus y su respuesta inmune, así como el uso de medidas de protección que deberá seguir el personal de la salud para evitar el contagio durante la realización de una prueba de motilidad gastrointestinal.

Palabras clave: COVID 19, Neurogastroenterología, motilidad, manometría, pHmetría

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has forced the establishment of preventive measures against contagion during the performance of diagnostic and therapeutic tests in gastroenterology. Digestive tract motility tests involve an intermediate and elevated risk for the transmission of COVID-19 infection. Given their elective or non-urgent indication in the majority of cases, we recommend postponing those tests until significant control of the infection rate in each Latin American country has been achieved during the pandemic. When the health authorities allow the return to normality, and in the absence of an effective treatment for or preventive vaccine against COVID-19 infection, we recommend a strict protocol for classifying patients according to their infectious-contagious status through the appropriate use of tests for the detection of the virus and the immune response to it, and the following of protective measures by the healthcare personnel to prevent contagion during the performance of a gastrointestinal motility test.

Keywords COVID-19; Neurogastroenterology; Motility; Manometry; pH study

INTRODUCCIÓN

La infección por SARS-CoV2 o COVID-19 ha sido, desde sus orígenes, altamente contagiosa. El virus se propagó rápidamente por todo el planeta y a la fecha de mayo de 2020, ha infectado a más de 5 millones de personas en 188 países.¹ Debido a su alta tasa de infección, letalidad y falta de inmunidad previa, esta nueva infección se ha percibido como una gran amenaza para la vida y la salud de la población humana mundial.

El primer caso de COVID-19 en América Latina se informó en Brasil el 26 de febrero de 2020 y la primera muerte el 7 de marzo en Argentina.² En México, el primer caso se informó el 25 de febrero y la primera muerte el 18 de marzo. Por otra parte, en Colombia el primer caso fue el 6 de marzo y la primera muerte de un médico fue el 11 de abril.³ Por ello en la actualidad (Mayo de 2020) se considera que Latino América es el epicentro de la pandemia. Ante tal situación los gobiernos de los países Latinoamericanos y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han declarado (en distintas fechas y de acuerdo con la tendencia epidemiológica de cada país) estados de emergencia de salud y han implementado acciones como restricciones en los sectores público, privado y social que incluyen: cuarentena voluntaria, cierre de escuelas, cierre de fronteras y vuelos internacionales, distanciamiento social y limitación de actividades no esenciales.

Como en otras partes del mundo, la atención médica ha cambiado dramáticamente para aquellas enfermedades no urgentes, que involucran la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos como los que se realizan en las unidades de Neurofisiología y/o Motilidad Digestiva. Aunque existen ya posicionamientos al respecto de cómo trabajar y/o reiniciar las actividades en estas unidades, por ejemplo el de la Asociación Americana de Nerogastroenterología y Motilidad (ANMS) ⁴ o el del Grupo Español de Motilidad Digestiva (GEMD) ⁵ y debido a que el comportamiento epidemiológico, la disponibilidad de equipos de protección, la capacidad de realizar pruebas diagnósticas serológicas para corroborar inmunidad y el contexto económico-social es diferente en Latinoamérica, un grupo de expertos miembros de la Sociedad Latinoamericana de Nerogastroenterología (SLNG) se reunieron de forma virtual para elaborar un documento consensuado con las recomendaciones para la realización de estudios motores del tubo digestivo.

Este documento establece una serie de lineamientos para priorizar, seleccionar y realizar los procedimientos de Nerogastroenterología más frecuentemente indicados en las unidades digestivas

ante el contexto del COVID-19 como la manometría y medición del reflujo esofágico, la manometría anorrectal y biorretroalimentación, y las pruebas de aliento.

METODOLOGÍA

Por convocatoria de la presidencia y el comité científico de la SLNG, el 15 de abril de 2020 un grupo de expertos en el área de la Neurogastroenterología de varios países de Latinoamérica se reunieron de forma virtual para proclamar la creación de un documento que guíe la forma de reanudar y realizar los procedimientos de motilidad digestiva ante el escenario de la pandemia por COVID19. En esa primera reunión se organizaron 3 grupos de trabajo para revisar y establecer las recomendaciones para las áreas de: 1) pruebas funcionales esofágicas, 2) pruebas funcionales anorrectales y 3) pruebas de aliento. Las recomendaciones se establecieron con base a recomendaciones, consensos y evidencia disponible hasta el momento, pero considerando también adecuarlas a los escenarios que cada país Latinoamericano vivirá durante las distintas fases de la pandemia. Posteriormente se realizaron 2 reuniones virtuales más para analizar, revisar y modificar las recomendaciones de cada grupo de trabajo. El día 27 de mayo de 2020 en una última reunión virtual los 7 miembros de este grupo de trabajo aprobaron por *unanimidad* las recomendaciones que a continuación se describen.

PROCEDIMIENTOS DE MOTILIDAD Y RIESGO DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2.

Riesgo alto: Es claro que por la naturaleza del virus y su vía de transmisión todos los procedimientos generadores de aerosoles conllevan un riesgo muy elevado de infección para el personal expuesto. Así pues, dentro de los estudios de motilidad digestiva habría que considerar a la *manometría esofágica, pHmetría-impedancia, pH-metría con cápsula inalámbrica, manometría antroduodenal* y a las *pruebas de aliento* como de *alto riesgo*.

Riesgo intermedio: El hecho de que se haya detectado la proteína de la nucleocápside del virus en células epiteliales gastrointestinales y RNA del virus en heces, deja abierta la posibilidad de trasmisión fecal del SARS-CoV-2.(8,9) En un metaanálisis al respecto, Tian y col.⁶ demuestran que entre 36%-53% de los sujetos infectados la PCR fecal se vuelve positiva, 2 a 5 días más tarde que la PCR en esputo. Además, encuentran que la excreción fecal de las partículas virales puede persistir hasta 11 días después de la excreción de esputo en 23%-82% de los pacientes. Cheung y col.⁷ en otro metaanálisis estiman que la prevalencia de RNA viral en heces en los pacientes con COVID-19 es de 48.1% (95% CI, 38.3-57.9), e incluso se reportó el caso de un paciente de 78 años en el cual el RNA viral persistió hasta 33 días. Es importante mencionar que el hecho de detectar partículas virales en heces no necesariamente implica la transmisión por esta vía, pero ante la incertidumbre y siguiendo los lineamientos para la colonoscopia, la manometría anorrectal (MAR), la biorretroalimentación, la prueba de expulsión con balón, la electromiografía, la manometría colónica y el baróstato deben considerarse como procedimientos con **riesgo intermedio**.⁸

La realización de tránsito colónico con marcadores radiopácos o mediante cápsula inteligente, si bien se consideran procedimientos no invasivos, involucra el exponerse a sujetos de los cuales no sabemos si pudieran cursar con un estado de portador asintomático, por lo que sugerimos que se consideren también como pruebas con **riesgo intermedio**.

¿CUANDO REGRESAR?

En sentido estricto es importante mencionar que **NO EXISTE ningún procedimiento** que se considere **urgente** como para que se realice durante la fase epidémica de la pandemia por COVID-19. De acuerdo con múltiples guías y recomendaciones, diferir todos los procedimientos "electivos" de motilidad debe manejarse en el contexto de la indicación clínica y debe adecuarse a la realidad de cada país Latinoamericano. Se alienta el diálogo con los médicos y los pacientes para explicar y comprender de la situación.

La reapertura de los laboratorios de motilidad en cada país dependerá de varios factores que incluyen:

a) *Situación epidemiológica de la región.* Esta se establece de acuerdo con la autoridad sanitaria de cada país considerando las fases (Tabla 1) establecidas por la OMS 9 para la pandemia de COVID-19:

- *Fase 1 (Importación de casos):* En este primer escenario, la enfermedad llega a un país a través de una persona o un número pequeño de personas que adquirieron el virus en el extranjero, por lo que el número de casos se limita a unas cuantas decenas.
- *Fase 2 (Contagios comunitarios):* Para esta etapa de la pandemia, comienzan a surgir algunos brotes de la enfermedad en personas sin antecedentes de viaje. Las primeras personas que llegaron al país con COVID-19 contagian a aquellos con los que tuvieron contacto y estos, a su vez, siguen propagando la enfermedad. Los casos confirmados empiezan a superar los cientos y la contención se convierte en un asunto más complicado.
- *Fase 3 (Contagio epidémico):* Esta es la etapa más crítica en el avance de una epidemia, pues significa que la enfermedad ya está presente en todo el país y hay un número elevado de brotes comunitarios (miles de personas). El principal riesgo es que el número de enfermos se dispare de manera exponencial y saturen las instalaciones y los servicios médicos.

La Organización Mundial de la Salud también reconoce otros escenarios posibles, una vez que la situación empieza a estabilizarse y la curva de contagios desciende.

- *Fase 4 (Segunda ola):* Es probable que, una vez que se reduzcan los contagios de manera local, regresen los casos de importación y se produzca una segunda ola de enfermos infectados. Esto puede ocurrir entre tres a nueve meses después de que haya concluido la tercera fase.

- Fase 5 (Fin de la epidemia): La Organización Mundial de la Salud será la encargada de declarar el final de la pandemia una vez que la gran mayoría de los países se encuentren a salvo y con una situación de contagios controlada.

En países con adecuados sistemas de vigilancia epidemiológica la declaración de las fases se establece con base a la tasa de duplicación en el número de contagios (“R₀”) que expresa la tasa de reproducción del patógeno.¹⁰ Por ello, si se halla más cerca de un valor de 2, el país experimenta un crecimiento exponencial. Un R₀=1 indica que la tasa de infección se mantiene constante y cuando es menor de 1 (es decir, si cada persona contagia a menos de 1 individuo) el número de infectados disminuye.

- b) *Disponibilidad de equipos de protección personal.* Es claro que el riesgo de infección en los profesionales de la salud es mayor si no cuentan con los equipos de protección personal (EPP) adecuado (ver más adelante). Sin embargo, es importante reconocer que a nivel mundial existe un desabastecimiento de material, por lo que la disponibilidad en algunos de nuestros países puede ser limitada. Incluso algunas asociaciones como la Sociedad Interamericana de Endoscopía Digestiva 11 y la Sociedad Asiática del Pacífico para la Endoscopia Digestiva (declaraciones APSDE-COVID) 12 emiten sus recomendaciones con base a la disponibilidad de EPP. Nosotros consideramos que esto puede constituir una pieza clave en la reapertura de los procedimientos de fisiología digestiva en nuestra región (Tabla 1).
- c) *Tipo de institución en donde se realizarán los estudios de motilidad:* Los centros ambulatorios especializados en estas técnicas tiene un riesgo menor comparada con instituciones hospitalarias o clínicas ya que tienen una menor circulación de pacientes. Además, permiten descongestionar la demanda en instituciones con internación.

La Tabla 1 resume el reinicio de actividades considerando las fases, la disponibilidad de EPP y la urgencia de los procedimientos de las principales pruebas diagnósticas de motilidad digestiva.

¿EN QUE PACIENTE Y CON QUE PRUEBAS REGRESAR?

Una vez que se considere el regreso o reapertura de las actividades es importante considerar cada uno de los siguientes aspectos que se mencionan a continuación:

A) SELECCIÓN DEL PACIENTE

De acuerdo con el GEMD⁵ por el momento NO existe evidencia científica concluyente que avale realizar pruebas microbiológicas pre-procedimiento para el diagnóstico de SARS-CoV-2 con el objetivo de modificar las medidas de protección frente a la infección. Sin embargo, es importante reconocer que cada vez hay más sujetos infectados por SARS-CoV-2 que se están recuperando, pero también una alta proporción de sujetos que pueden ser portadores asintomáticos. La forma de conocer si el paciente está infectado es mediante la realización de pruebas de RT-PCR; mientras que para conocer el estado inmunológico se utilizan pruebas serológicas (IgM e IgG contra SARS-CoV-2). De acuerdo a la disponibilidad de estas pruebas en cada país es recomendable la realización de estas previo a que el paciente se someta a las pruebas neurofisiológicas. De esta manera, los pacientes con indicación de un estudio de motilidad digestiva deben clasificarse como sigue:

1. Paciente con cuadro clínico compatible o con prueba de RT-PCR (+)
2. Paciente asintomático con prueba de RT-PCR (+)
3. Paciente que tuvo infección por COVID y desarrolló respuesta inmune: RT-PCR (-) e IgM (-) con IgG (+)
4. Paciente en quién se desconoce el estado de infección o inmunológico

En los primeros 2 casos la prueba no se programará y se debe reagendar al menos por 4 semanas (Figura 1), y se recomienda corroborar que la infección activa se ha resuelto si el paciente tiene RT-PCR negativa 24-48 horas antes del estudio. En el caso 3 no habría problema en realizarse la prueba.

Es importante mencionar que la disponibilidad y acceso a estas pruebas de biología molecular y serología puede ser variable en cada país, por lo en que el escenario 4 habría que asumir riesgo potencial de infección y realizar la prueba con todo el EPP (es probable que sea el escenario más común en nuestros países).

Es muy importante tomar en cuenta que si bien la prueba de RT-PCR es el “estándar de oro”, es importante considerar que existe variabilidad en su certeza diagnóstica. Por ejemplo, se reporta que hay hasta un 30% de falsos negativos si se realiza en los primeros días de la infección o fase presintomática.¹³ Por lo tanto, había que adecuar las recomendaciones de acuerdo con la sensibilidad y especificidad de cada prueba, y promover que los laboratorios que realicen estos ensayos usen las pruebas que comercialmente han demostrado el mejor rendimiento diagnóstico.

B) SELECCIÓN DE LA PRUEBA CON BASE A LA URGENCIA.

B.1 Estudios Funcionales Esofágicos

Los estudios fisiológicos esofágicos, incluyendo *manometría esofágica* (convencional o de alta resolución), *pH-metría de 24 horas* o estudios de *pH-impedancia* son pruebas diagnósticas realizadas habitualmente en pacientes ambulatorios, en el contexto de síntomas de reflujo gastroesofágico o de disfagia sin causa obstructiva. Tienen un amplio espectro de indicaciones clínicas entre ellos la evaluación de síntomas esofágicos (disfagia, regurgitación y dolor torácico) que no responden a terapia antisecretora y que no son explicados por la evaluación endoscópica alta, evaluación de la función motora esofágica previo a una cirugía antireflujo y evaluación de síntomas de reflujo persistentes a pesar de terapia médica, así como el desarrollo de disfagia postoperatoria.¹⁴⁻¹⁵

En general son exámenes electivos, que **en forma excepcional** pueden tener algunas **indicaciones urgentes** (Tabla 1). Existen ciertas indicaciones médicas que pudieran tener cierto grado de urgencia, estas han sido recientemente expuestas por la ANMS.⁴ La presencia de una probable

acalasia con síntomas severos (disfagia importante con imposibilidad de alimentación e hidratación por boca) o la presencia de grandes hernias hiatales con riesgo de aspiración o vólvulo e imposibilidad de mantener la hidratación y la nutrición por vía oral son indicaciones con urgencia relativa o **semi-urgentes**. En el caso de las hernias hiatales gigantes de no ser posible realizar la manometría debido a limitaciones relacionadas a COVID, se debe de proceder a la cirugía sin manometría previa.

Todas las otras indicaciones como disfagia sin baja de peso, estudios de reflujo previo a una cirugía antireflujo, estudios debido a síntomas de reflujo refractarios, sospecha de eructos supragástricos o síndrome de rumiación pueden ser pospuestos.¹⁶

Mientras no exista un regreso a la realización de pruebas funcionales se recomienda apoyar el diagnóstico de acalasia o en la evaluación de la disfagia, mediante la realización de estudios baritados ya que pueden ser de utilidad. En el caso de los pacientes con síntomas de reflujo se recomienda continuar, cambiar o ajustar la dosis de los medicamentos mientras no sea posible completar su evaluación diagnóstica.

B.2 Estudios Funcionales Anorrectales y Terapia de Bioretroalimentación

Es importante destacar que de acuerdo al IAPWG (International Anorectal Physiology Working Group) y la clasificación de Londres, las indicaciones convencionales para realizar pruebas funcionales anorrectales (primordialmente manometría anorrectal [MAR])¹⁷ son: 1) evaluación de síntomas de estreñimiento y/o trastornos de la defecación, 2) evaluación de incontinencia fecal (IF), 3) evaluación de los trastornos anorrectales dolorosos, 4) evaluación pre y postoperatoria de anastomosis ileorrectales, rectopexia, fistulotomías, etc; y 5) evaluación del trauma obstétrico. También es importante mencionar que la MAR, aparte de tener una finalidad diagnóstica, en muchos centros se usa para la terapia de biorretroalimentación en pacientes con estreñimiento y/o incontinencia fecal.

En este sentido, y revisando las indicaciones, consideramos remarcar que las pruebas funcionales anorrectales **no son procedimientos de urgencia** por lo que se debe diferir su realización durante la fase exponencial de la pandemia.

Se consideran algunas situaciones **semi-urgentes** que cuando se reanuden laboratorios deben de priorizarse (Tabla 1). Regresar primero a la realización de MAR en los pacientes que ya recibían terapia de bioretroalimentación o se habían programado para iniciarla antes de la pandemia, se sustenta por su grado de evidencia IA y IIB respectivamente, en el manejo del estreñimiento y la incontinencia fecal, de acuerdo con la ANMS.¹⁸ Además, el reinicio en los pacientes con IF, se apoya con base a que la MAR aporta un abordaje fisiopatológico en más del 90% de los casos. Por ejemplo, la hipotonía del esfínter (presión basal en reposo baja) se asocia con IF pasiva,^{19,20} mientras que la hipo contractilidad (incapacidad para lograr un aumento de presión durante la contracción voluntaria) sugiere que la IF, específicamente la de urgencia, puede ser secundaria a lesiones del esfínter anal externo (EAE). En un estudio prospectivo realizado por Rao y col. la MAR no solo se confirmó la impresión clínica, sino que aportó nueva información no detectada clínicamente en pacientes con IF e influyó en la decisión del tratamiento en la mayoría de los casos.²¹

Mientras no se pueda regresar a la normalidad, las recomendaciones para los pacientes que no hayan terminado sus sesiones de bioretroalimentación incluyen: continuar con los ejercicios del piso pélvico en casa aprendidos durante el entrenamiento o bien, usando dispositivos electrónicos.²² Si previo a la pandemia se instruyó a los pacientes con este tipo de ejercicios, se recomienda continuar haciéndolos de forma regular. En el caso del estreñimiento y las proctalgias crónicas, reconocemos que este tipo de patologías afectan considerablemente la calidad de vida de los pacientes, pero al tener un carácter crónico consideramos que pueden esperar para la realización de MAR, siempre y cuando se les ofrezca a los pacientes tratamiento médico sintomático (laxantes, antiespasmódicos, etc.) para mitigar la intensidad de los síntomas. Si hubiera sospecha de disinergia defecatoria en relación con

pujo inapropiado los ejercicios de respiración abdominal pueden ser útiles.²³ Si existe la sospecha de alteraciones en la defecación relacionadas con la postura, la corrección de estas e incluso el uso de un dispositivo para favorecer la apertura del ángulo recto anal (banquito de 6 pulgadas para favorecer flexión de rodillas) pudiera ser de ayuda.²⁴

La realización de otras pruebas anorrectales y que en cuya técnica implique la colocación de catéteres o dispositivos en el anorrecto o su manipulación, como por ejemplo *electromiografía de superficie, barostato, latencia de nervios pudendos*, deben seguirse las mismas recomendaciones que se emiten para la MAR. Respecto a la indicación de estas pruebas ninguna se considera **urgente** y deberán programarse hasta que se regrese a la normalidad en las unidades de neurogastroenterología. En el caso del *tránsito colónico con marcadores radiopacos* o con *cápsula inalámbrica*, si bien no es un proceso generador de aerosoles, se recomienda diferirlo ya que los pacientes y médicos están frecuentemente acudiendo a las unidades de salud para darle seguimiento y vigilancia al estudio. Finalmente, *la manometría colónica*, al requerir necesariamente que la colocación del catéter sea asistida por colonoscopía, se considera un procedimiento de riesgo intermedio, y de igual forma habrá que diferirlo hasta la etapa final de la pandemia.

B.3 Pruebas de Aliento

Las pruebas de aliento son estudios que se utilizan ampliamente para la evaluación de distintas alteraciones funcionales como el sobrecrecimiento bacteriano, intolerancia a distintos carbohidratos (principalmente lactosa) así como el estándar para corroborar erradicación de la infección por *con Helicobacter pylori*.²⁵⁻²⁶ Son estudios programados y en ninguna situación entrarían en una urgencia médica durante la pandemia por COVID-19.

Si bien las boquillas de filtro de algunos sistemas incorporan una válvula unidireccional y un filtro de control de infecciones, que han demostrado que elimina el 99% y el 96.5% de las bacterias y

virus en el aire, respectivamente, no se han realizado pruebas específicas para demostrar si son capaces de evitar la infección por SARS-CoV-2.

¿COMO REGRESAR?

A continuación, se detalla en general los pasos a seguir considerando que pudieran existir algunas variaciones de acuerdo con la prueba que se realice.^{4,5}

A. Preparación del paciente.

- a) Se sugiere tener una entrevista telefónica 24hs antes con el paciente para identificar síntomas (tos, fiebre, mialgias, anosmia, ageusia, diarrea) sugerentes de COVID-19. Si se identifica alguno de estos síntomas se recomienda cancelar y posponer hasta que se reevalúe el caso. El paciente debe de ser dirigido a un servicio (clínica, urgencias, infectología, etc.) en donde se le pueda hacer prueba de RT-PCR y manejo apropiado. Esta recomendación dependerá del protocolo para atención de COVID-19 que tenga establecido cada país.
- b) Los pacientes de preferencia deben de acudir solos, y si eso no es posible únicamente con un acompañante idealmente menor de 65 años. Se deberá de proveer de cubrebocas (mascarilla) al paciente y al acompañante en caso de que ingresen sin él a la unidad. El paciente y acompañante deberán aplicarse gel desinfectante en las manos o lavado de manos.
- c) Se recomienda que el acompañante no entre a la Unidad a menos que el paciente requiera asistencia específica, debiendo permanecer en la sala de espera.
- d) Antes de la entrada a la sala donde se realizará el procedimiento, y en todo paciente, se deberá preguntar nuevamente por la presencia de síntomas respiratorios o fiebre, con el fin de estratificar su riesgo de transmisión, y obtener una medida de la temperatura corporal. Ante el caso de sospecha, se cancelará el procedimiento y se pospone el procedimiento.

B. Durante el procedimiento

a) *Cuidado del personal*

- Fomentar la aplicación de medidas básicas de higiene para la prevención de la infección en todo el personal.
- Dado que en la gran mayoría de los países latinoamericanos nos encontramos en una fase de transmisión comunitaria en la cual existe documentación de diseminación vía individuos asintomáticos, se recomienda utilizar elementos de protección personal en todo el personal sanitario involucrado en la realización de los procedimientos.
- En la Figura 2 se muestra el EPP recomendado para cada procedimiento.
- No realizar el procedimiento si no se dispone de los EPP necesarios para garantizar la seguridad de los estudios manométricos.
- Instruirse en la adecuada colocación y retiro de los EPP.

b) *Cuidado y recomendaciones de uso con el equipo*

- Se recomienda que la preparación del equipo y calibración catéter, se realice antes de ingresar el paciente a la sala, para disminuir el tiempo de exposición.
- Si se utiliza consentimiento informado, promover el uso de un consentimiento “verbal o grabado” en caso de que los comités locales lo permitan. De lo contrario considerar desinfección de este tipo de material (bolígrafos o lápices) e insistir en lavado de manos luego del contacto con el mismo.
- Se pedirá al paciente que entre sin pertenencias personales (celular, gafas, llaves, etc.) a la sala.

- Para el caso de MAR se pedirá se cambien en un baño específico (el cual deberá de seguir el protocolo de limpieza especial para COVID-19)
- Todo el material utilizado (jeringas, bandejas en caso de vómitos) debiera ser desechable.
- El examen debe ser realizado por un experto, no se recomienda más de 2 personas en la sala durante la realización del procedimiento.
- El sistema manométrico se puede cubrir en película plástica en cada examen, así como el teclado de la computadora.

Situaciones para considerar en estudios esofágicos

- En el caso de *estudio de pH y pH/impedancia*, si es posible privilegiar el uso de sondas desechables o de un solo uso.
- Si se cuenta con *equipo de alta resolución de estado sólido sin impedancia*, pudiera ser de utilidad el uso de funda desechable.
- En el caso de equipos de *pH antiguos* que poseen una funda de cuero para su portabilidad, se puede utilizar como alternativa usar una bolsa plástica para cubrir la funda y evitar el daño de esta durante la desinfección post examen.
- Se recomienda utilizar el protocolo de Chicago y evitar realizar maniobras innecesarias que prolonguen la duración del estudio.
- En la medida de lo posible, si se cuenta con más de una sala de procedimientos, podrían realizarse en salas alternas para proporcionar el tiempo suficiente para la sanitización en caso de tener más de 2 estudios al día.

Situaciones para considerar en estudios anorrectales

- Si durante la realización del tacto rectal, y previo a la introducción de la sonda de manometría se encuentra que existe materia fecal, habitualmente se recomienda colocar un enema y esperar unos 30 minutos para la realización de la prueba. En el contexto de la pandemia de COVID-19 NO recomendamos esta medida que puede aumentar el riesgo de exposición. Si se prefiere, se puede recomendar el uso del enema en casa previo a la realización del estudio.
- Se recomienda realizar el protocolo de Londres ya que la duración de la prueba es de 15 minutos, y que lo realice un experto.
- Se promueve el uso de sistemas de alta resolución ya que los sistemas de perfusión tienen el inconveniente de necesitar perfundir constantemente los catéteres con agua, lo que conlleva la salida constante de agua al conducto anal y esto aumenta el riesgo de contacto con fluidos corporales.
- Se recomienda el uso de sistemas que tienen una funda desechable para el catéter ya que es más seguro para el paciente.
- En caso de realizar prueba de expulsión con balón al final del estudio se recomienda usar una sonda desechable

C. Postprocedimiento

Estas medidas están sujetas a revisión continua, según la situación global de cada hospital, las necesidades diarias, la disponibilidad del material para adecuarse a las mismas y las recomendaciones de las autoridades competentes en cada país.

- Realizar la desinfección y reprocesamiento de los catéteres siguiendo los protocolos habituales.

- No reutilizar los dispositivos de un solo uso.
- Asignar personal de limpieza dedicado exclusivamente a la unidad de fisiología
- Aplicar protocolos para la limpieza y desinfección de los materiales que hayan contactado con el paciente o con sus secreciones como mesa de exploración, teclado, pantallas.
- La desinfección y limpieza se realizará con un desinfectante incluido en la política de limpieza y desinfección de las instituciones. Este virus se inactiva tras 5 minutos de contacto con desinfectantes como la lejía, alcohol al 70% o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 1000 ppm de cloro activo.
- Gestionar los residuos siguiendo los protocolos locales cada centro para material con alta capacidad infectiva categoría B (UN3291).
- Mantener la distancia interpersonal de 1-2 metros, las medidas de higiene básicas y el flujo independiente de pacientes en las salas de recuperación.
- Considerar la implementación de programas de seguimiento de los pacientes entre los 7-15 días después del procedimiento para valorar la aparición de síntomas compatibles con infección por SARS-CoV-2.
- Promover la entrega de reportes y recomendaciones no impresas, es decir reportes en línea.

CONCLUSIONES

La pandemia por COVID 19 ha obligado a establecer medidas para evitar los contagios durante la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas en gastroenterología. Los estudios motores del tubo digestivo implican un riesgo elevado e intermedio de transmisión de la infección por este virus. Dada su indicación electiva o no urgente en la mayoría de los casos, recomendamos diferir la

realización de estas pruebas hasta que haya un control significativo de la tasa de infección en cada país, durante la pandemia. Cuando las autoridades sanitarias permitan el regreso a la normalidad y en ausencia de un tratamiento efectivo o una vacuna preventiva de la infección por COVID 19, recomendamos un protocolo estricto para clasificar a los pacientes de acuerdo a su estatus infecto-contagioso mediante el uso apropiado de pruebas para la detección del virus y su respuesta inmune, así como el uso de medidas de protección que deberá seguir el personal de la salud para evitar el contagio durante la realización de una prueba de motilidad gastrointestinal. Finalmente, reconocemos que estas recomendaciones pueden cambiar en el futuro conforme la evidencia con respecto a las medidas de seguridad se vaya generando.

Conflictos de interés.

Jose María Remes Troche es miembro del consejo asesor de Takeda, Asofarma y Biocodex. Ha dado pláticas para Takeda, Asofarma, Medtronic, Carnot y Alfasigma.

Miguel Ángel Valdovinos Díaz es miembro del consejo asesor de Takeda. Ha dado pláticas para Takeda, Asofarma, Medtronic, Carnot y Grünenthal.

Laura Sole ha dado pláticas para Roemmers, Casasco, Asofarma, Temis Lostaló y Raffo

Albis Cecilia Hani Amador ha dado pláticas para Medtronic, Takeda, Abbott, Biopas, Astra Zeneca.

Claudia Defilippi ha dado pláticas para Pharma Investi, Ferrer, Axon Pharma.

Luis María Bustos Fernández declara no tener ningún conflicto de interés.

Ricardo Veibig declara no tener ningún conflicto de interés.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Referencias

References

1 (accessed on May 1st,2020)

2 Rodríguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP. COVID-19 in Latin America: The Implications of the First Confirmed Case in Brazil Travel Med Infect Dis. 2020 Feb 29;101613. doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101613. Online ahead of print.

3 <https://coronavirus.gob.mx/covid-19/> (accessed on April 28th,2020)

4 J, Moshiree B, Rao S, et al. American Neurogastroenterology and Motility Society (ANMS) Task Force Recommendations for Resumption of Motility Laboratory Operations During the COVID-19 Pandemic. In press

5 <https://gemd.org/index.php/2020/05/08/recomendaciones-asenem-reanudacion-actividad-pandemia-covid19/>

6 Tian Y, Rong L, Nian W, et al. Review article: gastrointestinal features in COVID-19 and the possibility of faecal transmission. Aliment Pharmacol Ther. 2020;51:843-51.

7 Cheung KS, Hung IF, Chan PP, et al. Gastrointestinal Manifestations of SARS-CoV-2 Infection and Virus Load in Fecal Samples from the Hong Kong Cohort and Systematic Review and Meta-analysis, Gastroenterology (2020), doi: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.03.065>.

8 Recomendaciones generales de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) y la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) y sobre el funcionamiento en las unidades de endoscopia digestiva y gastroenterología con motivo de la pandemia por SARS-CoV-2 (18 de marzo). Rev Esp Enferm Dig 2020;112:319-22.

9 https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjwtkj2BRBYEiwAqfzurz8oBaHWYjUgPIWRt2mqvQGTBwNM2WRMgzfhzV_ndBDTPqyVd8mfURoCea4QAvD_BwE

10 Ridenhour B, Kowalik JM, Shay DK. El número reproductivo básico (R_0): consideraciones para su aplicación en la salud pública. Rev Panam Salud Publica. 2015;38:167– 76.

11 Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva. Recomendaciones para las unidades de endoscopia durante la pandemia de coronavirus (COVID-19). Version 3.1 ESPAÑOL Actualizado al 16 de abril de 2020.

12 Chiu PWY, Ng SC, Inoue H, et al. Practice of endoscopy during COVID-19 pandemic: position statements of the Asian Pacific Society for Digestive Endoscopy (APSDE-COVID statements). Gut. 2020 Apr 2:gutjnl-2020-321185. doi: 10.1136/gutjnl-2020-321185.

13 Kucirka LM, Lauer SA, Laeyendecker O, et al. Variation in False-Negative Rate of Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction-Based SARS-CoV-2 Tests by Time Since Exposure [published online ahead of print, 2020 May 13]. Ann Intern Med. 2020;M20-1495.

14 Dhawan I, O'Connell B, Patel A, et al. Utility of Esophageal High-Resolution Manometry in Clinical Practice: First, Do HRM. Dig Dis Sci 2018; 63: 3178-86.

- 15 Hasak S, Brunt LM, Wang D, et al. Clinical Characteristics and Outcomes of Patients With Postfundoplication Dysphagia. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019;17:1982-90.
doi:10.1016/j.cgh.2018.10.020
- 16 YY, Bredenoord AJ, Gyawali CP. Recommendations for Essential Esophageal Physiologic Testing during the Covid-19 Pandemic. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2020, doi: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.04.075>.
- 17 EV, Heinrich H, Knowles CH, et al. The international anorectal physiology working group (IAPWG) recommendations: Standardized testing protocol and the London classification for disorders of anorectal function. *Neurogastroenterol Motil.* 2020;32:e13679.
- 18 Rao SS, Benninga MA, Bharucha AE, et al. Whitehead WE. ANMS-ESNM position paper and consensus guidelines on biofeedback therapy for anorectal disorders. *Neurogastroenterol Motil.* 2015;27:594-609.
- 19 Felt-Bersma RJ, Klinkenberg-Knol EC, Meuwissen SG. Anorectal function investigations in incontinent and continent patients. Differences and discriminatory value. *Dis. Colon Rectum* 1990; 33: 479–85.
- 20 Bharucha AE, Fletcher JG, Harper CM, et al. Relationship between symptoms and disordered continence mechanisms in women with idiopathic faecal incontinence. *Gut* 2005; 54: 546–55.
- 21 Ozturk R, Niazi S, Stessman M, et al.. Long-term outcome and objective changes of anorectal function after biofeedback therapy for faecal incontinence. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;15:20:667-74.
- 22 Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J, et al. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterology.* 2003;125:1320–29.
- 23 van Engelenburg-van Lonkhuyzen ML, Bols EM, et al. Effectiveness of Pelvic Physiotherapy in Children With Functional Constipation Compared With Standard Medical Care. *Gastroenterology.* 2017;152:82-91.
- 24 García-Zermeño KR, Amieva-Balmori M, Martínez-Conejo A, et al. Influence of a Defecation
- 25 Pimentel M, Saad RJ, Long MD, Rao SSC. ACG Clinical Guideline: Small Intestinal Bacterial Overgrowth. *Am J Gastroenterol.* 2020;115:165-78. doi:10.14309/ajg.0000000000000501
- 26 Rezaie A, Buresi M, Lembo A, et al. Hydrogen and Methane-Based Breath Testing in Gastrointestinal Disorders: The North American Consensus. *Am J Gastroenterol.* 2017;112:775-84.
doi:10.1038/ajg.2017.46

Selección del paciente

1. Paciente con cuadro clínico compatible o con prueba de RT-PCR (+)
2. Asintomático con RT-PCR (+)
3. Paciente cuyo estado de infección o inmunológico es desconocido
4. Paciente con infección resuelta (inmunizado): evidencia de RT-PCR (-) ó



| Procedimiento | Equipo de protección personal | | | | | | |
|----------------------------------|---|------------------|---------|--------|---------------------------|------------------|---------------|
| | Mascarilla N95 o equivalente (FFP2 -FFP3) | Gorro desechable | Guantes | Lentes | Careta o protector facial | Bata impermeable | Cubre calzado |
| Pruebas funcionales esofágicas | ✓ | ✓ | ✓✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Pruebas funcionales anorrectales | ✓ | ✓ | ✓✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Pruebas de aliento | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |