



Por un niño
sano en un
mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

MIEMBRO de la ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE PEDIATRÍA y de la ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE PEDIATRÍA

Actualización bibliográfica sobre el manejo de pacientes con Enfermedades Inflamatorias Intestinales asociada a la pandemia por COVID-19

Dada la situación de urgencia que vivenciamos ante la pandemia el Grupo de Expertos del Comité de Gastroenterología de la SAP ha decidido reunir la información científica publicada hasta la fecha en relación al manejo y tratamiento de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII) durante la pandemia COVID 19

El objetivo del presente documento es proporcionar a los profesionales de la salud la comprensión y el conocimiento sobre la mejor atención que podemos ofrecer a nuestros pacientes en general y particularmente a aquellos pacientes con EII que reciben tratamiento inmunosupresor / inmunomodulador.

Generalidades

La enfermedad de Coronavirus 2019 (COVID-19) ha azotado a la ciudad de Wuhan y a otros sitios de China en diciembre de 2020. (1)

El 12 de febrero de 2020, el nuevo coronavirus se denominó coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), mientras que la enfermedad asociada con él ahora se conoce como COVID-19.

En marzo de 2020 la OMS la ha declarado una pandemia a nivel mundial. (2)

Comparado con el MERS-CoV y el SARS-CoV el SARS-CoV2 parece ser menos letal pero más contagioso.

El virus comparte 87.1 % de su genoma con el SARS-Co V 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 ACE2, siendo abundantemente expresada en las células glandulares del estómago, duodeno y epitelio rectal, permitiendo la entrada del SARS-CoV-2 dentro de la célula huésped y no en aquellas células que no expresan este receptor. (3)

La principal ruta de contaminación parece ser que 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 éstas penetran a través de las mucosas ocular nasal y bucal.

La detección positiva de RNA viral en las fauces, en orina y heces sugiere que los viriones infecciosos son secretados desde las células gastrointestinales infectadas y por lo tanto la ruta fecal-oral debería ser considerada. (4,5)

El período medio de incubación es de 5.1 días (95% de intervalo de confianza de 4.5 a 5.8 días) y un 97.5 % desarrolla síntomas dentro de 11.5 días (CI de 8,2 a 15.6 días) de la infección.

La mayoría de los pacientes presentan como manifestaciones clínicas fiebre, escalofríos, tos, dificultad respiratoria, mialgias generalizadas, somnolencia, disnea y neumonía intersticial con rápida evolución de una focal unilateral a opacidades en vidrio esmerilado difuso bilateral dentro de 1 a 3 semanas. (6)

Otros síntomas descritos a tener en cuenta en éstos pacientes son la diarrea acuosa, síntoma que suma interés entre los profesionales que asisten a pacientes con EII pero no reportada como diarrea con sangre, la anosmia, disglusia y recientemente, precisamente hace 3 días las manifestaciones dermatológicas, con lo cual se podrían esperar nuevas manifestaciones.

La evidencia de los análisis de casos hasta la fecha demuestra que la infección por COVID-19 causa una enfermedad leve (fiebre, tos seca, mialgias, neumonía leve) en el 80% de los casos y la mayoría se recuperan.

El 14% tiene una enfermedad más grave y el 6% de los infectados experimentan una enfermedad crítica con necesidad de cuidados intensivos y alta mortalidad sobre todo en grupos de riesgo como son los que padecen enfermedades crónicas.

Uno de los primeros estudios realizados en China (R. Mao y col.) que incluyó a 1099 pacientes con COVID-19 confirmados por laboratorio procedentes de 552 hospitales estableció que los síntomas digestivos como náuseas o vómitos, o ambos, y diarrea se observaron en 55 (5,6%) y 42 (3,8%) pacientes.

En relación a patologías crónicas preexistentes 261 (23-7%) pacientes con COVID-19 informó tener al menos una comorbilidad, como hipertensión, diabetes y enfermedad coronaria. (7)

El curso de la enfermedad de COVID-19 en niños es predominantemente benigno con síntomas leves o incluso sin síntomas y hasta la fecha la mortalidad ha sido muy baja (casos reportados en EEUU, Reino Unido)

COVID19 y EII

Ésta pandemia ha planteado muchos interrogantes y un gran desafío para los profesionales que asisten a pacientes con enfermedades crónicas.

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una enfermedad crónica que requiere de un manejo complejo. La mayoría de los pacientes con EII requieren ser tratados con glucocorticoides, inmunomoduladores y/ o agentes biológicos lo cual hace imprescindible tener conocimientos sobre la probabilidad de experimentar efectos colaterales ante una infección en el curso del tratamiento.

Consideraciones generales

Hasta el presente la mayoría de los trabajos publicados indican que los niños con EII, con y sin terapia inmunosupresora y biológica, no parecen tener un mayor riesgo de contraer la infección por SARS-CoV-2, en comparación con la población general. (8)

Un reporte publicado por F. Zingone y col (9) en contraposición establece que los pacientes con EII podrían tener un mayor riesgo de infección por SARS-CoV-2, y el riesgo de un curso clínico grave de COVID-19 podría aumentar en individuos con enfermedad crónica en tratamiento inmunomodulador.

Actualmente no hay publicaciones que indiquen un empeoramiento del curso 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 los éstos pacientes, como lo indica el aumento de los brotes de EII cuando se retrasó la terapia de los pacientes en China y Corea del Sur. El manejo de las recaídas de la enfermedad en este período en áreas epidémicas ha sido difícil, por lo tanto, se aconseja a los pacientes que mantengan sus terapias, particularmente cuando están en remisión.

En resumen **no habría justificación para discontinuar las terapias en pacientes con EII a la luz de la pandemia actual de SARS-CoV-2, especialmente en niños quienes tienen comparado con la población adulta una EII más extensa y severa por un lado y una infección COVID -19 más leve por el otro.**

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

- Regularmente lavar las manos a fondo con desinfectante basado en alcohol o lavar las manos con agua y jabón.
- Limpiar superficies con un desinfectante basado en alcohol.
- Mantener una distancia al menos un metro de alguien que está tosiendo o estornudando.

- Evitar tocar ojos, manos y boca (una máscara puede prevenir esto).
- Permanecer en el hogar si uno no se siente bien.
- Usar una máscara para evitar infección a otra gente en caso de síntomas leves y en algún caso cuando la distancia útil no puede ser guardada.
- Dada la gravedad del COVID 19 se sugiere evitar el desplazamientos de pacientes por ésta razón se ha derivado a los médicos locales, la tarea de realizar el control en su lugar de residencia a estos pacientes. La derivación oportuna tiene que ser reservada para ciertos casos.

Consideraciones específicas

El brote de COVID-19 ha ocurrido en países con alta morbilidad de EII como el este de Asia (Corea y Japón Europa (Italia, Alemania, España y Francia) y América del Norte (USA) y se han publicado recomendaciones puntuales por parte de sociedades científicas, grupos de expertos y experiencias en distintos países o regiones.

Un hospital terciario en Beijing, bajo la especial condición de los últimos dos meses, (10) se adoptaron nuevos métodos de comunicación para el seguimiento tal como aplicaciones de comunicaciones móviles, consulta de mensajes a distancia, Línea directa (hotline) y telesalud referenciando a los pacientes con EII activa severa a especialistas locales a través de una red profesional. Los profesionales han enviado cuestionarios a pacientes a través de mails, aplicaciones en comunicaciones móviles, y mensaje de texto (aprobado por el Comité de Ética del Hospital) para monitorear el progreso de la enfermedad. Recabaron 125 respuestas efectivas.

Previamente los pacientes habían sido clasificados en 4 niveles de severidad según su clasificación en: severo (22, 17.6%), moderado (32, 25.6%), leve (31, 24.8%) y en remisión (40, 32.0%).

Los resultados fueron los siguientes: en el período del brote de COVID-19, 18 (14.4%) pacientes presentaron recaída, 12 (9.6 %) habían mejorado, y 95 (76 %) pacientes permanecieron sin cambios.

El 70.4 % de los pacientes informaron que la pandemia del COVID-19 impactó sobre su visita programada, 64 (51.2%) pacientes atendieron su consulta por aplicaciones en comunicaciones móviles, 6 (4.8 %) pacientes recibieron seguimiento online, 6 (4.8 %) pacientes fueron atendidos por webinar, y 16 (12.8 %) pacientes concurren a hospital de día ó departamentos de emergencia donde no trataban pacientes COVID-19 (10)

Para el interés general de pacientes con EII en cuanto a consejos sobre dieta, técnicas de relajación, webinar fue una efectiva y eficiente fuente para proveer información tanto a pacientes como a profesionales de la salud a nivel primario.

Luego de la publicación de R.Mao, el grupo Italiano de Padua (11) concuerda con la evidencia actual de no respaldar la suspensión del tratamiento en curso y también sugieren al igual que lo reportado por el grupo de trabajo COVID-19 de la ECCO que, siempre que sea posible durante la pandemia de COVID-19, se debe considerar y posponer el inicio del tratamiento con medicamentos inmunosupresores y productos biológicos. Sin embargo, para pacientes con actividad clínica sustancial, no siempre es posible atenerse a ésta recomendación.

Según la ECCO, (10) los pacientes adultos con EII podrían tener un mayor riesgo de infección por SARS-CoV-2, y el riesgo de un curso clínico grave de COVID-19 podría aumentar en individuos con enfermedad crónica en tratamiento inmunomodulador, Por otro lado no es posible excluir el riesgo de inducir la reactivación clínica en individuos portadores de EII con una infección por SARS-CoV-2 asintomática.

Ante esta evidencia el Grupo de EII de Porto de la ESPGHAN mediante un consenso llevado a cabo entre 37 expertos también se expide (12)

Los puntos abordados y sus conclusiones son las siguientes:

a) Establece que la EII per se no parece ser un factor de riesgo para adquirir SARSCoV-2, ni para una infección más grave. 100% de acuerdo

b) Para disminuir el riesgo de contraer SARS-CoV2 en niños con EII, recomendamos utilizar las mismas medidas que en la población local durante la pandemia (por ejemplo, buena higiene de manos, evitar el contacto con cualquier persona con síntomas respiratorios y distanciamiento social). 100% de acuerdo

c) Cuando sea posible por la situación y los recursos locales, 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. 97% de acuerdo.

d) La enfermedad de la EII activa debe tratarse de acuerdo con la guía estándar de los protocolos de PIBD como antes de las epidemias, ya que el riesgo de complicaciones de la EII activa supera cualquier riesgo de complicaciones de COVID-19, especialmente en niños. 97% de acuerdo

e) Actualmente no hay evidencia concreta de que ninguno de los tratamientos de EII aumente el riesgo de adquirir SARS-CoV-2 o de una infección más grave una vez infectada. 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-CoV2. Esto es especialmente cierto en niños que tienen una infección mucho más leve. 97% de acuerdo.

f) Los corticosteroides se pueden usar para tratar las recaídas de la enfermedad, pero como siempre se recomienda en niños que la dosis de éste medicamento debe ser disminuida lo antes posible. 97% de acuerdo.

g) En la enfermedad de Crohn, se debe preferir la nutrición enteral exclusiva. 92% de acuerdo.

h) 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. 97%de acuerdo

i) 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. 97% de acuerdo.

j) 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 la salud normal, independientemente del estado de la prueba de SARS-CoV2.

En caso de pruebas positivas de SARS-CoV-2 en un niño asintomático, la decisión de los cambios terapéuticos debe ser individualizada. 97% de acuerdo

k) La mesalamina nunca debe suspenderse. 100% de acuerdo.

l) Las cirugías electivas y las endoscopias no urgentes deben posponerse durante la epidemia. 97% de acuerdo.

Todas las declaraciones están limitadas a los niños y se basan en los datos emergentes pero limitados, disponibles hasta marzo de 2020 y es posible que las declaraciones sufran cambios en la medida que se acumulen datos sobre PIBD y COVID-19.

Las siguientes dos declaraciones no recibieron el consenso del grupo de Porto y, por lo tanto, se eliminaron:

“Hasta un tercio de los pacientes con COVID-19 pueden presentar síntomas gastrointestinales, principalmente diarrea o náuseas. Por lo tanto, estos síntomas durante una infección activa no necesariamente indican un brote de la EII subyacente.

"En niños con síntomas sospechosos de COVID-19, se recomienda la prueba de SARS-CoV2 antes de cualquier cambio terapéutico".

En nuestro grupo de expertos no tenemos datos que nos permita avalar o no, lo que sucede en relación con la primera declaración desestimada.

Ante la segunda declaración que no fue avalada por el grupo de expertos de Porto nuestra opinión es que cualquier niño con EII y síntomas sospechosos de Covid 19 deben ser sometidos a prueba de SARS-CoV2 ante cualquier cambio terapéutico.

Los 10 problemas frecuentes que se presentan en pacientes adultos, adolescentes y niños con EII los cuales están avalados por la bibliografía

1) En caso de urgencia de EII con o sin fiebre ¿cómo proceder?

Cada hospital ha reestructurado los caminos y flujos de los pacientes para evitar cualquier contacto entre los sospechosos de tener COVID-19 del resto de los pacientes.

Dependiendo de los protocolos nacionales y locales, los pacientes con sospecha de síntomas de COVID-19 no deben ir al hospital, a menos que tengan síntomas respiratorios de moderados a severos.

El contacto cercano con el centro de referencia es importante para dar las indicaciones correctas en el momento adecuado, incluso cuándo o no ir al hospital. Si el paciente vive lejos del centro de referencia de EII, (pacientes del interior del país) el equipo de EII puede pedirle al equipo de un centro más cercano que se encargue de la hospitalización de estos pacientes.

El mismo concepto puede aplicarse en caso de brotes o complicaciones de EII.

2) En pacientes asintomáticos con enfermedad estable durante más de 1 año, ¿debemos retrasar/posponer las visitas de infusión para limitar el contacto con los hospitales? En caso afirmativo, ¿para qué tipo de tratamiento IV?

Las visitas de infusión se pueden retrasar según las condiciones locales.

Para aquellos con calprotectina normal y/u otros biomarcadores normales se puede posponer Infliximab cada 10 semanas.

El ensayo GEMINI muestra que los pacientes aleatorizados de Vedolizumab a placebo pueden mantener la remisión hasta la semana 24, por lo tanto, posponer el Vedolizumab a 4-8 semanas más de lo programado puede ser razonable, según las situaciones locales.

3) ¿Existe alguna posibilidad de cambiar de productos biológicos IV a inyecciones subcutáneas? ¿En qué circunstancias debo cambiar o no?

El cambio electivo en la enfermedad de Crohn de Infliximab a Adalimumab puede conducir a una mayor pérdida de respuesta, por lo que el cambio a medicamentos subcutáneos debe limitarse a los centros donde ya no hay infusiones disponibles.

Se puede considerar un enfoque diferente para aquellos que comienzan un nuevo producto biológico. En este caso, se pueden preferir medicamentos subcutáneos, junto con un programa de educación remota del paciente y el servicio de entrega a domicilio.

Debido a la falta de datos sobre el cambio electivo en pacientes con CU, Infliximab no debe cambiarse a Adalimumab o Golimumab

4) Si mi paciente bajo terapia de tratamiento inmunosupresor/inmunomodulador ha recibido instrucciones para permanecer aislado en casa por sospecha de infección por COVID-19 (fiebre, dificultad para respirar leve), ¿debe el médico aconsejar posponer los tratamientos? son todos iguales?

No hay datos que demuestren que las terapias inmunosupresoras aumenten un riesgo de COVID-19 complicado o un riesgo de mal pronóstico.

Sin embargo, dado que el recuento bajo de las células T CD4 + en la sangre están asociadas con un mayor tiempo de eliminación del virus y un curso más severo de la enfermedad, puede ser razonable detener las tiopurinas en caso de sospecha de infección al igual que posponer la aplicación del metotrexato.

Los productos biológicos, si están en mantenimiento deberían posponerse hasta la resolución de la infección.

El equilibrio entre el riesgo de brote de EII y el curso de COVID-19 debería conducir nuestra decisión sobre todo en población pediátrica donde el curso del COVID-19 no implica ni conduce a un peor pronóstico

Conclusión: dado que el COVID-19 evoluciona (hacia la recuperación o la muerte) en aproximadamente 3-4 semanas, la interrupción temporal de la terapia inmunosupresora y /o biológica no tendría mayor impacto en el riesgo de un brote de EII.

5) ¿Los pacientes que están recibiendo esteroides, que debemos aconsejar ante la posibilidad de infección COVID-19?

La bibliografía sugiere tratar de evitar los esteroides ante la posibilidad de una infección COVID-19. Por otro lado, en pacientes con EII en tratamiento con corticoesteroides se aconseja el uso de bajas dosis de esteroides y éstos usarlos a corto plazo ($\leq 0.5-1$ mg / kg durante 7 días) ya que puede ser beneficioso para controlar la inflamación.(reportado por el grupo de Porto)

6) En pacientes con enfermedad de EII activa, ¿hay medicamentos para la EII que debemos evitar iniciar en este momento?

En términos generales, los brotes de EII deben tratarse de inmediato acorde a las guías estándares de los protocolos de PIBD como antes de la pandemia para evitar la hospitalización y las complicaciones de las EII activa y sobre todo aquellas que requieren cirugía.

El riesgo de complicaciones de la EII activa supera cualquier riesgo de complicaciones de COVID 19.

Todos los medicamentos indicados para tratar los brotes de EII se pueden usar en esta etapa.

Ante el debut de EII severo sería preferible indicar el uso de biológicos antes del esquema de Troulove tanto en CU como EC.

Como se mencionó anteriormente, la adición de tiopurinas a los esteroides o anticuerpos monoclonales se debe usar con precaución porque la reducción en las células T CD4 + puede retrasar la eliminación del virus.

Por la misma razón, se deben evitar las moléculas pequeñas, a menos que se disponga de haya alternativas válidas

7) Ante un paciente con alta sospecha de EII, cuál sería el rol de la endoscopia?

En primer término descarte una infección habitual como siempre lo hace, Clostridium difficile e infecciones gastrointestinales generales, pero tenga en cuenta que podría también ser una presentación COVID-19 ya que hasta el 50% de los pacientes con COVID-19 presentarán síntomas gastrointestinales y por lo tanto es necesario descartarlo.(13)

Una consideración especial en la pandemia COVID-19 es la indicación de estudios endoscópicos. (14,15,16). En contraste, con otras entidades donde la endoscopia digestiva diagnóstica puede posponerse cuando no peligra el cuadro clínico del paciente (sospecha de enfermedad celiaca, pólipo juvenil, etc.), ante la fuerte sospecha de una enfermedad crónica como lo son las enfermedades inflamatorias intestinales y la hepatitis autoinmune asociada, sabemos que el retrasar el diagnóstico y por ende la terapéutica sería de mayor riesgo para el paciente .Dado que el correcto diagnóstico en EII se hace de acuerdo a los criterios de Porto donde la evaluación endoscópica con toma de biopsias es imprescindible, los riesgos de exposición de los mismos puede estar justificado. Se recomienda realizar las intervenciones endoscópicas en un sector de quirófano, si fuera posible con presión negativa de aire, donde los integrantes formen equipos de trabajo fijos (endoscopista, asistente de endoscopia, secretario, anestesiólogo y técnico de anestesia, camillero y personal de limpieza) cuenten con el equipo de protección personal adecuado.

8) Con respecto al tratamiento ante un nuevo diagnóstico de EII

En la enfermedad leve: los aminosalicilatos y el budesonide son consideradas drogas seguras.

En enfermedad izquierda o distal: recomendamos la terapia oral con mesalazina agregando mesalazina o budesonida por vía rectal.

En la enfermedad moderada y severa: Si se confirma COVID 19, o ante fuerte sospecha, se aconseja no comenzar con las terapias de EII y esperar de 7 a 14 días para aclarar el curso.

En pacientes pediátricos con Enfermedad de Crohn se puede inducir la remisión con ALIMENTACIÓN ENTERAL EXCLUSIVA.

Cuando sea necesario iniciar tratamiento con corticoides y/o biológicos, recomendamos extremar las medidas de aislamiento tanto para el paciente como para todos sus contactos. Teniendo en cuenta que los corticoides sistémicos son de > riesgo éstos no se recomiendan al igual que las tiopurinas o metotrexato por lo que se sugiere comenzar con biológicos.

En caso de necesidad impostergable de cirugía, recomendamos seguir las guías de cada institución.

9) Ante una recaída preguntarse

¿Es este un brote "típico" de la EII para este paciente?

Recuerde que para la mayoría de los pacientes, el médico a cargo y el paciente con EII será consiente en la forma en que manifiesta un brote. Si es una presentación diferente, considerar lo que podría estar pasando.

Se aconseja métodos no invasivos para evaluar la actividad de la enfermedad y para determinar que se trata realmente de una reactivación de la EII de base descartando otras posibles causas: abandono de la medicación, uso de AINES, infecciones concomitantes: gastroenteritis, C. difficile, CMV, etc.

Tener en cuenta, que, aunque en bajo porcentaje, el COVID-19 puede presentarse con síntomas digestivos, por lo que recomendamos interrogatorio exhaustivo y seguimiento estricto sobre la presentación de alguna otra manifestación compatible con COVID-19.

Dado que se recomienda evitar los procedimientos endoscópicos no esenciales durante la recaída, se debe incluir la PCR (si el paciente produce PCR), la calprotectina fecal (aunque todavía no sabemos con seguridad si el SARS-CoV-2 puede alterar el resultado), así como las pruebas de laboratorio habituales.

En pacientes en quienes se confirma o sospecha fuertemente una recaída de la EII y sea necesario escalar su tratamiento, recomendamos extremar las medidas de aislamiento tanto para el paciente como para todos sus contactos.

Recordamos la escala de riesgo sugerida en la actualización previa donde corticoides es de > riesgo que biológicos.

Recomendamos no iniciar tratamientos con tiopurinas ni metotrexate en la generalidad de los casos (considerar situaciones especiales, antecedentes y factores predictivos).

En enfermedad izquierda o distal, recomendamos reforzar la terapia oral con mesalazina agregando mesalazina o budesonida por vía rectal.

Cirugías: en caso de necesidad impostergable de cirugía, recomendamos seguir las guías de cada institución.

10) Pacientes con EII e Infección por COVID-19 confirmada

1. Extremar en todos ellos las normas de higiene, limitación de los contactos y medidas enunciadas en la comunicación anterior.

2. Evitar visitas innecesarias al médico buscando canales alternativos de comunicación.

3. Posponer endoscopías y/o cirugías que no sean de extrema necesidad.

4. Realizar descenso acelerado de esteroides sistémicos, suspendiéndolos si ello fuera posible al igual que 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.

Como aún existen controversias y la evidencia clínica recabada con respecto a la suspensión o el mantenimiento de los biológicos es escasa, se recomienda que los pacientes sean instruidos para no suspenderlos mientras se contactan con su médico de cabecera.

Conclusiones

Estamos en una etapa difícil, el manejo de pacientes con EII requiere de todo nuestro esfuerzo para brindarles la mejor atención.

Creemos que durante la pandemia antes del inicio del tratamiento con inmunosupresores y biológicos deberían incluir pruebas de SARS-CoV-2 incluso si los pacientes son asintomáticos o no tienen antecedentes de viajes o contacto de alto riesgo.

Sugerimos implementar en cada centro una vía válida para la atención y resolución de problemas menores que no necesitan dirigirse a su centro de atención (whatsapp, mails, Telemedicina entre otros)

Implementar interconsultas con los centros de referencia mediante consultas a través de las OCD de cada hospital ya que éstos pacientes necesitan de la visión inter y multidisciplinaria

El grupo de expertos de EII del Comité de Gastroenterología estará a disposición mediante nuestro correo de Notigastro.

Autores: Contreras M; Orsi M; Bravo S; Guzman L; Afazani A; Donato G; Vidal J; Benedetti L; Petri V; Grinblat V; Trotta L; Daurich L; Oropeza G; Manterola, M; Gallo J; Menendez, L.

Bibliografía

1. Zhou P, Yang XL, Wang XG, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020;579(7798):270-3.
2. World Health Organization. *Coronavirus*. 2020. <https://www.who.int/health-topics/coronavirus> Accessed March 11, 2020.
3. Meo SA, Alhowikan AM, Al-Khlaiwi T, et al. Novel coronavirus 2019-nCoV: prevalence, biological and clinical characteristics comparison with SARS-CoV and MERS-CoV. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2020;**24**:2012–9.
4. Xiao F, Tang M, Zheng X, et al. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2. *Gastroenterology*. 2020;PAP. DOI: 10.1053/j.gastro.2020.02.055
5. Gu J, Han B, Wang J. COVID-19: Gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission. *Gastroenterology*. 2020;PAP. • DOI: 10.1053/j.gastro.2020.02.054
6. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;PAP. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032
7. Mao R, Liang J, Shen J, et al. Implications of COVID-19 for patients with pre-existing digestive diseases. *Lancet Gastroenterol Hepatol* doi:10.1016/S2468-1253(20)30076-5.
8. Are Patients with Inflammatory Bowel Disease at Increased Risk for Covid-19 Infection? Giovanni Monteleone, Sandro Ardizzone. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2020, 1–3
9. Viral screening before initiation of biologics in patients with inflammatory bowel disease during the COVID-19 outbreak. Fabiana Zingone, Edoardo Vincenzo Savarino. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020
10. COVID-19 outbreak and inflammatory bowel disease management: a questionnaire survey from realistic practice. Xiaoyin Bai, Hong Yang, Jiaming Qian. *Journal of Crohn's and Colitis* 2020 1-3.
11. Inflammatory Bowel Disease Care in the COVID-19 Pandemic Era: The Humanitas, Milan, Experience. Gionata Fiorino, Mariangela Allocca, Federica Furfaro, Daniela Gilardi, Alessandra Zilli, Simona Radice, Antonino Spinelli, Silvio Danese. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2020, 1–4
12. COVID-19 and Paediatric Inflammatory Bowel Diseases: Global Experience and Provisional Guidance (March 2020) from the Paediatric IBD Porto group of ESPGHAN Dan Turner MD PhD1, Ying Huang MD PhD 2, Javier Martín-de-Carpi MD PhD3, Marina Aloi MD PhD4, Gili Focht MPH1, Ben Kang MD MS5, Ying Zhou MD PhD2, Cesar Sanchez MD6, Michael D. Kappelman MD MPH7, Holm H. Uhlig MD, DPhil 8, Gemma Pujol-Muncunill MD3, Oren Ledder1, Paolo Lionetti MD, PhD9, Jorge Amil Dias MD10, Frank M. Ruemmele MD PhD11, Richard K. Russell MD PhD12

13. How should you treat active IBD during the SARS-CoV-2 pandemic? David T. Rubin, MD, Professor of Medicine, University of Chicago Medicine(Posted to IBD-circle.within3.com on March 21, 2020)

14. Suggestions of Infection Prevention and Control in Digestive Endoscopy During Current 2019-nCoV Pneumonia Outbreak in Wuhan, Hubei Province, China. Yafei Z, Xiaodan Z, L L, Hongling W, Qiu Z. World Endo Org2020.

15. Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know. Repici A, Maselli R, Colombo M, et al. Gastrointest Endosc 2020.

16. COVID-19 and the Pediatric Gastroenterologist .Karen F. Murray, MD, Benjamin D. Gold, Raanan Shamir, MD ,Carlo Agostoni, MD Reinaldo Pierre-Alvarez MD. IDB Medical Group. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, Publish Ahead of Print DOI : 10.1097/MPG.0000000000002730