

## **Recomendaciones para el manejo de pacientes portadores de enfermedad renal frente a la epidemia de coronavirus (COVID-19)**

Ante la epidemia global de infección por coronavirus (COVID-19), la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), La Sociedad de Trasplantes de America Latina y el Caribe ( STALYC) y la Asociación Iberoamericana de Infectología, elaboraron un documento conjunto que establece recomendaciones para el manejo de la epidemia a nivel regional, con especial énfasis en pacientes con enfermedad renal **y trasplante en general** .

Estas recomendaciones resumen las mejores prácticas sugeridas al momento actual de acuerdo a la información disponible, con el objetivo de facilitar la toma de decisiones a nivel local, con especial foco en las poblaciones susceptibles portadoras de enfermedad renal aguda, crónica, pacientes trasplantados **de los diferentes órganos** y el personal de salud a su cargo. Independientemente de ello, es responsabilidad de los Ministerios de Salud de cada país, y de las instituciones de asistencia, dictar las mejores estrategias posibles para contener la epidemia de coronavirus de acuerdo a la epidemiología local y las capacidades de los servicios de salud

### **Estas recomendaciones se realizan bajo los siguientes supuestos:**

- 1) el COVID-19 es un virus respiratorio que se está propagando por todo el mundo, y que recientemente ha comenzado a presentar casos en Latinoamérica. Es altamente probable que la Región presente amplia diseminación del virus a nivel poblacional, en los próximos 6 meses (otoño-invierno 2020)
- 2) La población portadora de enfermedad renal crónica (ERC), y en especial pacientes en tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal), **asi como pacientes con trasplante en general** integran el grupo de mayor riesgo de presentación clínica grave y mortalidad asociada a la infección por COVID-19.
- 3) La población que presenta cuadro grave de infección por COVID-19, tiene alta probabilidad de presentar injuria renal aguda (IRA) que requiera tratamiento sustitutivo renal agudo, con alto consumo de recursos humanos y materiales.
- 4) La población con ERC que recibe tratamiento en centros de hemodiálisis constituye un grupo de riesgo, debido a su estado inmunológico comprometido, la comorbilidad asociada y por la alta probabilidad de diseminación de la infección en el lugar donde recibe el tratamiento.
- 5) El personal de salud asignado al cuidado de pacientes en tratamiento sustitutivo renal agudo o crónico, es altamente capacitado, escaso y con baja posibilidad de reemplazo.
- 6) En ausencia al momento actual de una vacuna y o de tratamiento específico efectivos, las estrategias de contención de la epidemia se centran en los siguientes aspectos:
  - a) Disminución de la diseminación en pacientes susceptibles
  - b) Identificación temprana de caso probable

- c) Soporte precoz de caso confirmado para limitar la extensión y severidad del daño

En este contexto, las acciones de educación y prevención, con involucramiento de pacientes, sus familiares y el personal de atención a la salud son de máxima relevancia.

En el momento actual existen reportes de casos y estudios clínicos en marcha destinados a obtener tratamientos específicos de la infección (asociación de antiretrovirales, hidroxicloroquina, interferón, modificación de la prescripción de IECA/ARA II, etc).

En ausencia de evidencia suficiente para indicar terapias específicas, al momento actual, las Sociedades firmantes realizan las siguientes recomendaciones.

### **Recomendaciones**

Desde el punto de vista nefrológico existen dos escenarios: a) pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 (ERC-5) en terapia de reemplazo renal (TRR) crónica y b) pacientes que desarrollan injuria renal aguda (IRA).

A) Pacientes con ERC en TRR: los pacientes en hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplantados, son un grupo de alto riesgo para el desarrollo de complicaciones, la mayor posibilidad de contagio se presentará en los pacientes que reciben tratamiento en centros hemodiálisis.

Recomendaciones:

#### **1) Los *pacientes*:**

- a) Deben ser instruidos en la aplicación de medidas universales de seguridad, enfatizando el lavado de manos y limitación del contacto físico con otros pacientes y el personal de salud (darse la mano, **besarse** por ejemplo),
- b) Deben ser capaces de realizar autodiagnóstico y reporte inmediato (telefónico) a la unidad de diálisis en caso de presentar síntomas de sospecha por COVID-19 (fiebre, tos seca, dolor de garganta, disnea), evitando acudir a la unidad de diálisis antes de recibir instrucciones.
- c) Deben recibir vacuna para gripe estacional (Influenza), con el objetivo de disminuir la circulación de otros virus respiratorios graves y que pueden confundir diagnóstico.

#### **2) Las *Unidades de diálisis y trasplante***

- a) **Colocar cartelería indicando los síntomas de sospecha y su comunicación al centro de diálisis.** Deberán implementar medidas para identificar pacientes con signos y síntomas de infecciones respiratorias antes de entrar al área de tratamiento (llamadas telefónicas un día antes de cada sesión o consulta, control de temperatura y lavado de manos o uso de alcohol, triage previo al ingreso a la sala de espera de pacientes).

- b) Se deberá instruir al personal para identificar casos portadores de cuadro clínico grave, que requieren transferencia inmediata a centro hospitalario, mediante la evaluación clínica de marcadores de mal pronóstico (disnea, taquipnea, taquicardia) o la aplicación de scores de gravedad (Quick SOFA, por ejemplo)
- c) En las **Unidades de Hemodiálisis crónica**, los pacientes sintomáticos y /o con confirmación de infección por COVID 19 no deben compartir áreas comunes con el resto de los pacientes (traslado, sala de espera, sala de diálisis, comedores, etc). Las Unidades de Hemodiálisis crónica podrán tomar alguna de las siguientes estrategias, que dependerá de las capacidades de cada Unidad y de las capacidades de respuesta del sistema de salud local.

**Pacientes** sin signos de alarma o enfermedad grave, se podrá proceder con alguna de las siguientes estrategias (orden decreciente de prioridad):

- i) Separación de los pacientes sintomáticos por turno, mediante redistribución de pacientes o apertura de turnos suplementarios (último turno). En este caso, las medidas de protección del personal y la limpieza de área deben maximizarse, de acuerdo a las recomendaciones de manejo de pacientes infectados realizadas por las autoridades sanitarias locales.
- ii) Transferencia de los pacientes a programa de diálisis domiciliaria (de estar disponible)
- iii) Transferencia de pacientes a un centro de hemodiálisis de referencia para pacientes infectados, definido por la autoridad sanitaria local/regional
- iv) Transferencia de pacientes para ingreso hospitalario y hemodiálisis en Unidades de agudos. Esta opción dependerá de las capacidades del sistema de salud para la atención de pacientes en general. Debe tenerse en cuenta que los servicios hospitalarios y las unidades de diálisis de agudos, pueden estar sometidos a sobredemanda que limite las capacidades de atención de los pacientes.

Paciente que consulte en la Unidad de diálisis con síntomas respiratorios, no deberá entrar en contacto directo con otros pacientes susceptibles.

Debe ser evaluado para diferir el procedimiento de diálisis después del último turno, por un periodo de 14 días (cuarentena) o hasta que se confirme el diagnóstico.

En caso que el procedimiento no pueda diferirse por urgencia dialítica el paciente deberá recibir medidas de aislamiento respiratorio maximizado (ponerse una mascarilla (quirúrgicas o N95) antes de ingresar a la sala de tratamiento, será ubicado en las esquinas de la sala de diálisis, manteniendo la separación con otros puestos mas de 1,85 mts). Terminada la sesión de hemodiálisis el paciente será enviado a centros de detección.

- d) Se recomienda que las **Unidades de Diálisis Peritoneal ambulatoria** instrumenten todas las acciones dirigidas a mantener los pacientes en tratamiento domiciliario, si la situación clínica lo permite. Se debe asegurar seguimiento por el equipo de salud a nivel domiciliario, e instruir al paciente para reconsulta en caso de aparición de síntomas o signos de alarma.

3) El *personal* de los centros de diálisis

- a) Debe cumplir con las precauciones universales de seguridad aplicables al personal de salud del área de hemodiálisis, de acuerdo a la situación epidemiológica de los pacientes que asiste, y de acuerdo a las recomendaciones de la autoridad sanitaria competente.
- b) Para la asistencia de pacientes no conocidos como portadores de COVID-19, debe utilizar medidas de protección estándar y limitar el contacto directo con pacientes sin el uso de medidas de protección individual.
- c) Debe limitarse el uso de áreas comunes (áreas de descanso, comedores comunes), donde exista concentración de personal
- d) Debe asegurarse el cumplimiento de lavado de manos o aplicación de alcohol gel antes y después del contacto con cada paciente.
- e) En caso de presentar síntomas sugestivos de infección o noción de contacto con caso confirmado, debe informarse a su supervisor inmediato antes de concurrir a la unidad de diálisis o entrar en contacto con pacientes u otros trabajadores del área de la salud.
- f) En caso de asistir a pacientes con caso probable o confirmado de COVID-19, debe utilizar las medidas de protección maximizadas, sugeridas por la autoridad sanitaria competente.

B) En el caso de los pacientes con IRA, se recomienda:

- Contar con áreas hospitalarias exclusivas para la asistencia de pacientes infectados que cuenten con capacidad de administrar diálisis, tanto a nivel de cuidados moderados como en cuidados intensivos.
- En caso de no tener áreas hospitalarias exclusivas, cada área hospitalaria deberá:
  - Disponer de un área aislada para dializar a estos pacientes.
  - En caso de tener dos o más puestos de hemodiálisis en el mismo ambiente la separación entre los puestos de hemodiálisis deberá ser de al menos 1.85 metros.
- Si no hay disponibilidad de centros hospitalarios con servicios de hemodiálisis en UCI o sala convencional, y el paciente debe ser transportado a una unidad de hemodiálisis crónica para recibir tratamiento, aplican las recomendaciones establecidas para el manejo de pacientes infectados en unidades de hemodiálisis crónica (apartado A. 2, 3 y 4)

No habiendo evidencia de superioridad de una modalidad de diálisis sobre otra, los pacientes deben recibir tratamiento sustitutivo renal de acuerdo a las mejores prácticas y evidencia disponible para el tratamiento de la IRA, ajustada a la disponibilidad de recursos tecnológicos y humanos determinada por la situación local y el estado clínico de los pacientes.

Los ***pacientes trasplantados*** deben seguir las medidas generales de protección estándar (lavado de manos, uso de mascarillas en lugares públicos etc ).

Potenciales Donantes.

**Durante las** últimas semanas diferentes sociedades científicas y organismos de ámbito internacional o nacional han ido publicando informes en relación a la enfermedad, indicando que **se desconoce el potencial de transmisión del SARS-CoV-2 mediante el trasplante de sustancias de origen humano, es decir, órganos, tejidos, células y sangre.** Por tanto, hasta que no se disponga de más información acerca de la epidemiología y patogénesis de la infección, se recomienda a las autoridades sanitarias **posponer la donación de órganos, sangre, células y tejidos de donantes tras la posible exposición a un caso confirmado o tras regresar de países con transmisión local sostenida.**

Además, **aquellos casos confirmados de COVID-19 deberían descartarse como donantes durante un período tras la resolución de los síntomas y de completar la terapia,** debido a la incertidumbre en cuanto a la posible viremia y persistencia del virus en el organismo. **Para los potenciales donantes de órganos en riesgo de haber sido infectados, se deberían realizar las pruebas de laboratorio pertinentes para descartar la presencia del mencionado virus.**

**El período de tiempo definido varía entre 14 y 28 días de unas recomendaciones a otras, en función de si se establece como plazo de seguridad el tiempo máximo de incubación (14 días) o el doble del mismo.**

Ante la ausencia de experiencia y datos, hasta el momento, en el ámbito de la donación y el trasplante y, teniendo en cuenta que, aunque el período de incubación oscila entre 2 y 14 días podrían existir casos que se salgan de lo "estadísticamente normal", en nuestro caso consideraremos 21 días como plazo de seguridad.

En el caso de la **donación de fallecido** se recomienda **desestimar la donación ante un posible donante que haya visitado alguna de las áreas afectadas o haya estado expuesto a un caso confirmado en los 21 días previos y que además presente clínica compatible o cuyo cribado resulte positivo para SARS-CoV-2.**

En cuanto a la **donación de vivo** se recomienda **posponer la donación si se ha visitado alguna de las áreas afectadas o se ha estado expuesto a un caso confirmado en los 21 días previos.**

**Observación:** todos los casos sospechosos o confirmados deben ser reportados de acuerdo a lo que establezca la autoridad sanitaria competente.

Estas recomendaciones serán actualizadas de acuerdo a la liberación de información con nivel de evidencia suficiente y/o actualizaciones realizadas los organismos internacionales, que pueda incorporarse dentro de las políticas públicas de salud.

**Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión**

**Asociación Iberoamericana de Infectología.**

**Sociedad de Trasplantes de América Latina y el Caribe**

Firman: todos los que participaron de alguna forma en la redacción de este documento

**Bibliografía:**

Yang X et al Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia

in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. Lancet Respir Med.

2020 Feb 24. pii: S2213-2600(20)30079-5. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5. [Epub ahead

of print]

Wang D et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel

Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. Published online February 7, 2020.

doi:10.1001/jama.2020.1585

Organizacion Nacional de Trasplantes de España