

Consideraciones en Aislamiento de Paciente COVID-19 Positivo en Diálisis

1 de Mayo de 2020

Para abordar este tema, debemos primero entender cómo es la inmunidad mediada por anticuerpos anti SARS CoV-2, el coronavirus, que produce la enfermedad COVID-19.

Los estudios disponibles hasta ahora sobre la cinética de anticuerpos anti SARS CoV-2 han demostrado que solo el 75% de la población infectada desarrolla títulos detectables de anticuerpos IgM e IgG a partir del día 7 al 10, sin saber ciertamente si esos anticuerpos son neutralizantes, es decir, si confieren inmunidad. De hecho, un estudio demostró que hasta un 30% de la población no desarrolla anticuerpos neutralizantes, por lo que la presencia de anticuerpos NO asegura la recuperación de la enfermedad, y menos el que el paciente no sea infectante.

Sumado a esto, la OMS ha recalcado la importancia de que los test serológicos sean muy acuciosos (específicos) para detectar anticuerpos anti SARS CoV-2, ya que, de los 6 Coronavirus existentes, 4 que causan el resfriado común y que circulan ampliamente, pueden producir anticuerpos que podrían reaccionar en forma cruzada con los test serológicos para SARS CoV-2, dando así falsos positivos.

Recientemente el Minsal ha recomendado que los pacientes con compromiso de su sistema inmune guarden 28 días de aislamiento desde que inició síntomas para ser considerados sin riesgo de contagio. Siendo así, la pregunta es ¿Deben los pacientes en programa de diálisis ser considerados como parte de este grupo de riesgo?

Lo que sabemos de la amplia literatura existente, es que los pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada tienen compromiso de su inmunidad celular y humoral, y es así como varias guías recomiendan que, por ejemplo, estos pacientes reciban vacunas especiales dado su estado de inmunosupresión (ejemplo: Neumococo), e incluso recomiendan mayor dosis dada la baja tasa de seroconversión (ejemplo: para vacuna VHB e Influenza).

Con respecto al test de salida o test que asegure que un paciente ya no es infectante, hasta ahora solo se ha recomendado la realización de PCR para SARS CoV-2 en hisopado nasofaríngeo para asegurar el “clearance del virus”, pero esto en grupos donde es fundamental asegurar que se puede suspender el aislamiento (ejemplo: trabajadores de la salud). Sin embargo, en población general, esto no se ha recomendado dado el costo y la poca disponibilidad de test de PCR. A esto se suma que, a la fecha, hay reportes de pacientes, ya asintomáticos, con test positivo luego de 14 días del diagnóstico, dando pie a plantear la posibilidad de que restos de RNA viral presentes no necesariamente indican aún la presencia de enfermedad COVID-19 infectante.

Dada todas estas consideraciones podemos a la fecha recomendar:

1. Para casos confirmados de pacientes con IRC Etapa 5 en programa de Dialisis, mantener medidas de aislamiento en la Unidad de Diálisis por 28 días desde el inicio de los síntomas.
2. Respecto a los test serológicos, mirarlos con cautela, a la fecha actual con los datos disponibles, y no realizar test serológicos de detección de anticuerpos para tomar decisiones de cuándo suspender el aislamiento.
3. La realización de PCR para SARS CoV-2 en hisopado nasofaríngeo luego de 14 días de aislamiento, podría dar una falsa seguridad de un estado no infectante que a la fecha no podemos asegurar, amén de que la persistencia de PCRs positivas tampoco es claro que el paciente continúe enfermo.

Referencias:

1. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. Nature <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x> (2020).
2. Management of hemodialysis patients with suspected or confirmed COVID-19 Infection: Perspective of two nephrologists in the United States. *Kidney360* Publish Ahead of Print, published on March 25, 2020 as [https://doi:10.34067 /KID.0001452020](https://doi:10.34067/KID.0001452020)
3. A systematic review of antibody mediated immunity to coronaviruses: antibody kinetics, correlates of protection, and association of antibody responses with severity of disease. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.14.20065771> this version posted April 17, 2020.
4. Neutralizing antibody responses to SARS-CoV-2 in a COVID-19 recovered patient cohort and their implications. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.30.20047365> this version posted April 6, 2020.
5. Managing the COVID-19 Pandemic: International Comparisons in Dialysis Patients. *Kidney International* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.04.007> .
6. “Immunity passports” in the context of COVID-19. Scientific brief 24 April 2020.
7. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2020 Mar 23. pii: S1473-3099(20)30196-1. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30196-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30196-1)
8. Recurrence of positive SARS-CoV-2 RNA in COVID-19: A case report. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.003> *International Journal of Infectious Diseases*

9. SARS-CoV-2 turned positive in a discharged patient with COVID-19 arouses concern regarding the present standard for discharge. International Journal of Infectious Diseases (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.007>
10. Molecular immune pathogenesis and diagnosis of COVID-19. <https://doi.org/10.1016/j.jpha.2020.03.001> Journal of Pharmaceutical Analysis

Estas consideraciones han sido elaboradas por el Comité Asesor de Diálisis de la Sociedad Chilena de Nefrología: Dra. Patricia Díaz, Dra. Patricia Herrera, Dr. Eduardo Briones, Dr. Ricardo Valjalo.

Fue revisado y aprobado por el Presidente de la Sociedad Chilena de Nefrología, Dr. Rubén Torres, con fecha 01 de Mayo de 2020.