

COVID-19 y pacientes con enfermedad renal en diálisis



Por Alan Klinger, MD

Estoy escribiendo esto a mediados de marzo de 2022, ya que el último pico de infección por COVID con la variante Omicron

ha disminuido rápidamente en todos los estados de USA., pero el análisis de aguas residuales ha mostrado lugares en USA donde la infección por el virus en algunas comunidades está aumentando nuevamente. Una nueva subvariante, BA.2, representa aproximadamente el 23% de los casos. En el extranjero, el Reino Unido está experimentando un aumento de las hospitalizaciones por infección de COVID, y muchos lugares en el Lejano Oriente tienen infecciones atroces. Los efectos del aumento repentino de casos de Omicron en todo el mundo durante el invierno pasado han afectado profundamente a los pacientes en diálisis... es probable que los efectos duren hasta bien entrada la primavera de 2022, incluso si no vemos más aumentos repentinos o nuevas variantes de este astuto virus. El efecto de la pandemia en nuestro sistema de atención médica y en la industria de la diálisis es generalizado, lo que provoca escasez de suministros, interrupciones en la cadena de suministro y desafíos para el personal, incluida la “Gran Renuncia”, en la que aproximadamente 33 millones de estadounidenses renunciaron a sus trabajos desde la primavera de 2021. Los trabajadores restantes han experimentado estrés, exceso de trabajo y agotamiento. Los desacuerdos sobre el uso de mascarillas, vacunas y mandatos gubernamentales fracturan al país y generan ira y desconfianza. Los centros de diálisis reflejan muchos de estos factores estresantes y han realizado ajustes para tratar de mantener seguros a sus pacientes.

Aquí hay una lista parcial de los efectos de esta pandemia de dos años:

La Gran Renuncia

1. Ha habido escasez de personal técnico de enfermería y diálisis en todo el país. Tantos como 1 de cada 4 o 1 de cada 5 empleados han dejado sus trabajos, parte de la “Gran Renuncia”. Los bonos de retención han tenido una utilidad limitada para mantener a muchos cuidadores profesionales en sus trabajos. Atraer personal nuevo para trabajar en las vacantes ha resultado muy difícil, incluso cuando se ofrecen incentivos monetarios, como bonos de contratación. Esta escasez de personal en algunas áreas ha resultado en cierre de turnos e incluso cierre de instalaciones. Otros centros han considerado reducir el tiempo de diálisis, para permitir que su limitada cantidad de personal administren diálisis a todos los pacientes.
2. Menos personal que atiende a más pacientes (en los turnos que permanecen abiertos) dedican todo su tiempo a la atención directa de los pacientes, lo que deja poco o ningún tiempo para actividades como la mejora de la calidad, los proyectos centrados en el paciente o la recopilación y elaboración de informes de datos. En momentos tan estresantes, es difícil para los centros compilar los datos exigidos por el gobierno e informar estos datos, lo que a su vez dificultará el uso de los datos para comprender nuestros desafíos de calidad y seguridad.
3. Las interrupciones en la fabricación y la cadena de suministro han provocado la escasez de algunas soluciones de dializado. Incluso cuando los fabricantes pueden producir estas soluciones esenciales, la escasez de conductores de camiones y personal de entrega reduce la cantidad de estos suministros que se entregan a tiempo,



según sea necesario, a las instalaciones de diálisis en USA. El resultado es que muchos centros de diálisis han reducido el volumen de dializado para cada diálisis. Por ejemplo, en las instalaciones donde el flujo estándar de dializante es de 800 ml/min, se han reducido a 600 o 500 ml/min para preservar la solución de dializado disponible y asegurar el suministro para todos los pacientes. Si bien los estudios han demostrado que la eficacia de la diálisis con estos índices de flujo de dializado más lentos no se reduce mucho, estos índices de flujo de dializado más lentos son algo menos que ideales. Los fabricantes han reducido el inventario de la planta de algunas variedades de solución de dializado, por lo que la solución utilizada por algunos pacientes ha tenido que cambiar. El personal de diálisis ha monitoreado cuidadosamente los análisis de sangre de los pacientes y ha medido la efectividad de la diálisis según las mediciones de Kt/V, para asegurar que estos cambios no resulten en cambios significativos en la atención del paciente.

Vacunación

Se ha recomendado encarecidamente a los pacientes y al personal de diálisis que reciban la inmunización y los refuerzos contra el COVID-19 cuando califiquen para hacerlo y estos grupos se encuentran entre los porcentajes más altos de inmunización en la mayoría de las comunidades. Si bien algunos se han mostrado escépticos y reacios, muchos más han buscado vacunarse por completo y recibir refuerzos lo antes posible.

Algunos estudios han demostrado que los pacientes inmunocomprometidos, como los pacientes con trasplante de riñón que toman medicamentos inmunosupresores, tienen una respuesta mucho menor a la vacuna contra el COVID-19 que la población normal. Los niveles más bajos de anticuerpos que desarrollan estos pacientes en respuesta a la inmunización los hace más susceptibles a la infección por COVID-19 y sus complicaciones. Algunos estudios han demostrado que los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, muchos de los cuales tienen otras enfermedades del sistema como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas y vasculares, también tienen una producción reducida de anticuerpos después de la vacunación. Es difícil identificar qué pacientes de diálisis están inmunocomprometidos y cuáles no. Por esta razón, muchos nefrólogos creen que es prudente identificar a todos los pacientes de diálisis como inmunocomprometidos y ofrecerles la misma protección que recomiendan los CDC para las personas con inmunodepresión moderada o grave. Eso incluye una dosis adicional de ARNm o vacuna de vector para que se considere completamente vacunado y luego dosis de refuerzo después de los 3- 6 meses.

Tratamiento de la infección por COVID-19

Hasta hace poco, había poco que los pacientes con infección leve o moderada por COVID-19 pudieran hacer aparte de descansar, aislarse, tomar analgésicos según fuera necesario y mantenerse bien hidratados. No existían medicamentos antivirales efectivos similares a los antibióticos que tratan infecciones bacterianas como el estafilococo. En los últimos meses, la FDA ha dado autorización de uso de emergencia a varios medicamentos y combinaciones de medicamentos que reducen efectivamente la carga viral y

disminuyen los síntomas y posibles complicaciones del COVID-19. Remdesivir, que se ha utilizado en hospitales para tratar infecciones graves de COVID-19, ahora está disponible para pacientes ambulatorios y funciona bien contra este virus. Sin embargo, no se ha estudiado adecuadamente en pacientes con enfermedad renal y actualmente no se recomienda para pacientes en diálisis. Han aparecido en el mercado otros medicamentos antivirales nuevos, pero tampoco han sido aprobados para su uso en pacientes de diálisis. Paxlovid es un medicamento combinado que funciona bien para tratar Omicron pero tiene varias interacciones con otros medicamentos que limitan su uso. No ha sido aprobado para su uso en pacientes con enfermedad renal avanzada o diálisis. Estos y otros medicamentos antivirales deben estudiarse más detenidamente en pacientes con enfermedad renal avanzada antes de que puedan usarse ampliamente. Otra categoría de medicamentos, los anticuerpos monoclonales, se han utilizado para reducir las complicaciones de la enfermedad e incluso se pueden utilizar de forma profiláctica para prevenir infecciones en pacientes de riesgo. Sotrovimab es un anticuerpo monoclonal neutralizante diseñado que, a diferencia de los anticuerpos monoclonales desarrollados anteriormente, muestra una fuerte evidencia de detener la propagación de la variante Omicron. Evushield, una combinación de 2 anticuerpos monoclonales humanos de acción prolongada, ha sido autorizado para la profilaxis de COVID-19 en pacientes con alto riesgo de esta infección. Por lo tanto, los pacientes en diálisis, considerados por muchos nefrólogos como inmunocomprometidos y con alto riesgo de



infección, son candidatos a esta terapia. En resumen, mientras que la variante Omicron de COVID-19 está retrocediendo rápidamente, siguen siendo posibles nuevos picos de infección. El efecto de una pandemia de dos años en la fuerza laboral, incluido el personal de diálisis, ha tenido efectos profundos en nuestra capacidad para brindar diálisis de rutina en USA. Menos enfermeras y técnicos, menos conductores y personal de entrega de suministros han reducido en conjunto la cantidad de centros de diálisis que operan en todo el país y teniendo, además, una disponibilidad limitada de soluciones de diálisis. Si bien la seguridad sigue siendo la prioridad principal de los proveedores de diálisis, estas limitaciones han afectado sustancialmente a la industria de la diálisis. La vacunación y los refuerzos de COVID han demostrado ser muy exitosos en la reducción de enfermedad y muerte en la población de diálisis: antes de que estas terapias estuvieran disponibles, los pacientes de diálisis infectados con COVID-19 a menudo tenían una tasa de mortalidad del 20% o más. Dado que la mayoría de los pacientes han sido inmunizados, la tasa de mortalidad y hospitalización de los pacientes con COVID-19 en diálisis es mucho más baja. Los nuevos medicamentos antivirales y los anticuerpos monoclonales son efectivos en el tratamiento de pacientes con COVID-19 no hospitalizados, y necesitamos más estudios sobre la seguridad y eficacia de estos medicamentos en pacientes en diálisis. Una combinación de anticuerpos monoclonales de acción prolongada, Evushield, ha sido útil para prevenir infecciones en pacientes de alto riesgo con inmunodeficiencia y puede resultar valiosa para la población de diálisis.

Alan S. Klinger, MD, Profesor Clínico de Medicina, Facultad de Medicina de Yale y Presidente del Comité Asesor de Excelencia en la Atención al Paciente, Sociedad Estadounidense de Nefrología.

