

## INFECCIÓN POR COVID EN HEMODIALISIS, IMPACTO DE LA SEGUNDA OLA EN EXTREMADURA

Eva Vazquez<sup>1</sup>, Rosa María Ruiz-Calero<sup>1</sup>, Maria Victoria Martín<sup>1</sup>, Antonia Fernández<sup>2</sup>, Maria Cruz Cid<sup>3</sup>, Olga Sánchez<sup>4</sup>, Silvia Gonzalez<sup>5</sup>, Miguel Ángel Suarez<sup>6</sup>, Gaspar Tovar<sup>7</sup>, Teresa Hernández<sup>8</sup>.

1 Hospital Universitario de Badajoz. 2 FMC Villanueva, 3 FMC Badajoz, 4 FMC Mérida, 5 Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, 6 Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, 7 FMC Coria, 8 FMC Cáceres.

**Introducción:** Los pacientes de hemodiálisis (HD) tienen un elevado riesgo para infección por Covid-19. Durante la primera ola la incidencia en Extremadura fue menor (2,6%) que la media descrita a nivel nacional y mayor en Cáceres (Ca) 5,6% que en Badajoz (Ba) 1,1%. La necesidad de ingreso y aislamiento supone un grave problema organizativo en las Unidades de HD. Nuestro objetivo fue analizar incidencia de infección por Covid en Unidades de HD de Extremadura, estudiar manejo, presentación clínica, parámetros analíticos, ingresos, tratamiento, evolución y mortalidad durante la segunda ola.

**Material y método:** Estudio observacional multicéntrico durante el periodo comprendido entre 15 de agosto y 15 de diciembre de 2020 en 683 pacientes prevalentes distribuidos en 5 Unidades hospitalarias y 7 Unidades Extrahospitalarias.

**Resultados:** La incidencia fue del 6,8 % con 46 pacientes positivos. Todos los centros tuvieron algún caso, aunque uno con mayor incidencia (16,1%). Entre provincias la incidencia fue diferente Ba (8,1%)/Ca (4,1%). 58,7% eran varones, edad media 69,3±11,9 años, tiempo HD: 29 meses (RIC 47,4). Nefropatía diabética fue etiología más frecuente 16%, pero 35% tenían DM, 86% HTA y 56% enfermedad cardiovascular. 42% tuvieron contacto con positivo en HD y 37% comunitario, 21% no contacto conocido. Presentaron síntomas el 67% de los casos siendo los más frecuentes fiebre y tos en 46,5%. Precisarón ingreso hospitalario 41,6%, la mayoría con neumonía bilateral en Rx de tórax., estos presentaban linfopenia y elevación reactantes de fase aguda. La mediana del tiempo de ingreso fue 10 días (RIC 11). Fallecieron 9 pacientes (19,5%) de ellos 3 tras estancia en UCI (mediana 15 días). La mayoría de los pacientes ingresados recibieron Antibióticos, Esteroides y Anticoagulación. Se consideró fin de aislamiento: PCR negativa (56%) o IgG positiva (54%) siendo la mediana del tiempo de aislamiento 17 días (RIC 7). No encontramos diferencias entre el grupo de ingreso y no ingreso ni en mortalidad en relación a edad, etiología, tiempo en HD y comorbilidad.

**Conclusiones:** Observamos aumento en la tasa de incidencia respecto a la primera ola con una distribución desigual entre provincias. La mortalidad es elevada, mayor que en población general, no mayor a la descrita en HD. La existencia de hasta un tercio de pacientes asintomáticos obliga a hacer estudio en contactos para evitar brotes en las unidades de HD. Consideramos importante el estudio de serología porque redujo el tiempo de aislamiento ante la persistencia de PCR positiva ayudando a resolver el problema organizativo.