

BIBLIOGRAFIA INVESTIGACION COVID 19 #8

8 ABRIL 2020

REDACTADO * POR EL PR ANNE-CLAUDE CREMIEUX HOPITAL SAINT LOUIS, AP-HP

[CLIQUEZ ET RETROUVEZ LES PRECEDENTES BIBLIOGRAPHIES SUR LE SITE WEB DE LA DRCI](#)

* LA SÉLECTION DE LOS ARTICULOS SE HACE CON LA AYUDA COLLECTIVA DEL INSERM

| JOURNAL AUTOR | TITULO | PRINCIPAL PREGUNTA A RESPONDER | PUNTOS CLAVE |
|--|---|---|---|
| Lancet Vol 395 April 4, 2020 (Anna Petherick) | Developing antibody tests for SARS-CoV-2 | ¿Dónde estamos en el desarrollo de las pruebas serológicas? | Un tema esencial para todos los gobiernos, las pruebas serológicas que permitan identificar a las personas que han estado en contacto con el virus. Múltiples aplicaciones: enviar a las personas inmunizadas de regreso al trabajo, validar una vacuna... Las empresas están inundadas de solicitudes. Sin embargo, ninguno de los test "candidatos" está completamente validado. La FDA ha relajado sus reglas de autorización de comercialización y se reserva el derecho de retirar del mercado a posteriori los test con un rendimiento insuficiente. El antígeno candidato preferido es la proteína Spike (S) (completa o su dominio de unión al receptor), que inducen la producción de AC neutralizantes. Otros equipos están estudiando también la Nucleo capsid protein (NCP). El desafío es evitar falsos + vinculados a reacciones cruzadas con otros coronavirus (SARS y coronavirus endémico). La hipótesis privilegiada es que la inmunidad conferida por la infección se prolonga (¡al menos 17 años para el primer SARS!) |
| Aerosol Science and Technology | The coronavirus pandemic and aerosols: Does | ¿Qué es esta historia del aerosol? | Como señalan estos especialistas, "la pregunta es fácil de hacer pero la respuesta es compleja". El SARS-CoV-2 generalmente se considera transmitido por las llamadas gotas de Flügge (partículas > 5 µm que se sedimentan rápidamente después de su emisión al toser, estornudar y |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Editorial (Sima Asadi)</p> | <p>COVID-19 transmit via expiratory particles?</p> | <p>(visto por los especialistas delaérosol)</p> | <p>hablar) más que por aerosol (partículas finas <5 µm transportadas por flujo de aire a largas distancias). El artículo señala que se sabe poco sobre el papel de los aerosoles y Covid-19. Esto no nos impide desconfiar de alguien que habla y sobre todo en voz alta porque Flügge ya había demostrado en 1890 que hablar es suficiente para emitir sus famosas gotas. En resumen, si no tienes una máscara, ¡habla menos fuerte!</p> |
| <p>MMWR Volume 26, Number 7—July 2020 Research Letter (Jianyun Lu)</p> | <p>COVID-19 Outbreak Associated with Air Conditioning in Restaurant, Guangzhou, China, 2020</p> | <p>¿Debería desconfiar de los restaurantes con aire acondicionado? (consejos para después de la cuarentena)</p> | <p>A propósito de 10 casos agrupados en 3 familias diferentes. Un paciente de Wuhan que cenó el 24 de enero en un restaurante en Guangzhou con 3 miembros de su familia, y en las 2 mesas vecinas había otras dos familias. Por la noche cae enfermo. 12 días después, otras 9 personas de estas 3 familias se infectaron. Las 3 mesas estaban en fila de frente a una unidad de aire acondicionado y la hipótesis de los autores es que las gotas emitidas por el paciente presintomático fueron transportadas por el flujo de aire del acondicionador, lo que explica que las personas a más de 1 o 2 metros hayan sido contaminadas. Moraleja: desconfíe de las personas comunicativas y especialmente si el aire acondicionado le reenvía sus gotas de Flügge.</p> |
| <p>Science First release: 31 March 2020 (Luca Ferretti)</p> | <p>Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing</p> | <p>¿Podría una aplicación de internet permitirnos seguir suficientemente rápido las cadenas de contaminación?</p> | <p>La importancia de la transmisión en la etapa presintomática (evaluada según diferentes estudios en 1/3 a 1/2 de las transmisiones versus 0 para el SARS) explica la necesidad de un "rastreo de contactos" muy rápido y efectivo para poner en cuarentena en el hogar los contacto antes del inicio de los síntomas. El éxito del control de la epidemia dependerá en gran medida del tiempo que lleve aislar a los pacientes y poner en cuarentena los contactos. El "rastreo de clásico de contactos " (contact tracing classique) no permite esta velocidad e integridad a diferencia del "rastreo digital de contactos " (Digital contact tracing) utilizado en ciertos países de Asia (China, Corea del Sur, etc.). También se discuten aspectos éticos.</p> |
| <p>Euro Surveillace 2 April 2020 (Henrik Sjödin)</p> | <p>Only strict quarantine measures can curb the coronavirus disease (COVID-19) outbreak in Italy, 2020</p> | <p>Quel confinement pour un contrôle rapide de l'épidémie ?</p> | <p>Modelización en función de carácter completo o no del confinamiento y el número de personas por hogar. Básicamente, cuanto menos completo sea el confinamiento, más tiempo llevara reducir las nuevas infecciones. Lo mismo ocurre con la cantidad de personas por hogar: cuanto más grande es, más hay casos intrafamiliares. Aboga por un confinamiento estricto y suficientemente prolongado.</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>JAMA Research Letter April 6, 2020 (CA Hogan)</p> | <p>Sample Pooling as a Strategy to Detect Community Transmission of SARS-CoV-2</p> | <p>¿Hubo una propagación comunitaria del virus en la región de San Francisco antes de la detección de los primeros casos?</p> | <p>El estudio de muestras agrupadas se ha utilizado para la vigilancia de ciertas enfermedades infecciosas (por ejemplo, tracoma). Los autores agruparon (muestras de 10 pts por tubo) todas las muestras nasofaríngeas y LBA negativo para la investigación de patógenos, recolectadas del 1 de enero al 26 de febrero. 292 grupos correspondientes a 2740 muestras nasofaríngeas y 148 lavados broncoalveolares se analizaron. Dos de esas muestras resultaron positivas + (21 y 23 de febrero). Confirma la ausencia de circulación viral no detectada antes de finales de febrero, la fecha que corresponde a la detección de los primeros casos sintomáticos.</p> |
| <p>BMJ March 2020 epub (Mahase E)</p> | <p>Covid-19: Doctors are told not to perform CPR on patients in cardiac arrest (C Spaulding, HEGP)</p> | <p>¿Se debe reanimar el paro cardíaco durante una pandemia de COVID?</p> | <p>Carta a BMJ indicando que los hospitales universitarios en Birmingham (Reino Unido) han dado instrucciones al personal médico y paramédico para que NO reanimar a un paciente COVID + o sospechoso si no están protegidos. Decisión difícil, no discutida hasta la fecha por las asociaciones médicas eruditas. Mayor riesgo de demora tratar los paros cardíacos con consecuencias deletereas en el pronóstico si el paro no está relacionado con la infección o si el paciente sospechoso de COVID no está infectado ...</p> |
| <p>European Heart Journal, March 30 2020 epub (Hua A et al)</p> | <p>Life threatening cardiac tamponade complicating myopericarditis in COVID-19 (C Spaulding, HEGP)</p> | <p>Un caso clínico de infección por COVID 19 revelado por taponamiento cardíaco</p> | <p>La mujer de 47 años se presenta en la sala de emergencias con fiebre, tos, disnea, hipotensión. El ultrasonido encuentra abundante derrame pericárdico con signos de compresión de las cavidades derechas. El drenaje del lecho se realiza con una mejora inmediata en el cuadro clínico. Primer caso de infección del COVID 19 manifestándose por un taponamiento.</p> |
| <p>J Med Virol. 2020 Mar 31 (Han H et al)</p> | <p>Analysis of heart injury laboratory parameters in 273 COVID-19 patients in one hospital in Wuhan, China (C Spaulding, HEGP)</p> | <p>Medición de marcadores cardíacos en 273 pacientes del hospital de Wuhan</p> | <p>Revisión retrospectiva: 273 pacientes: 198 no graves, 60 graves, 15 críticos. Aumento de NT pro BNP, mioglobina y troponina ultrasensible: más frecuentes en casos graves y críticos y asociados con un aumento de la mortalidad. Confirmación de datos publicados previamente sobre el valor pronóstico de troponina, NT pro BNP y mioglobina</p> |
| <p>Stroke April 2020 epub (Lyden P et al)</p> | <p>Temporary Emergency Guidance to US Stroke Centers During the COVID-19 Pandemic</p> | <p>Recomendaciones de la AHA sobre el manejo del accidente cerebrovascular durante la</p> | <p>1) Pueden existir signos neurológicos o estar en primer plano durante una infección COVID, especialmente en los ancianos 2) Se ha informado apoplejía en el 5,9% de las infecciones por COVID 19. ¿Mecanismo? 3) El manejo del accidente cerebrovascular en emergencias puede verse afectado por: a) la renuencia de los pacientes a ir a la sala de</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | <p>On Behalf of the AHA/ASA Stroke Council Leadership</p> <p>(C Spaulding, HEGP)</p> | <p>pandemia de COVID</p> | <p>emergencias durante un período de pandemia b) el uso de recursos de salud para COVID, en particular camas de reanimación</p> <p>4) Protección del personal difícil cuando atiende a un paciente sospechoso de COVID con un accidente cerebrovascular: interrogatorio de los signos de infección a menudo imposible</p> <p>Aboga por una mayor vigilancia en el manejo del accidente cerebrovascular durante una pandemia COVID 19</p> |
| <p>Stroke April 2020 epub</p> <p>(Khosravani H et al)</p> | <p>Protected Code Stroke Hyperacute Stroke Management During the COVID-19 Pandemic (C Spaulding, HEGP)</p> | <p>Protocolo para el manejo del accidente cerebrovascular durante la pandemia de COVID</p> | <p>1) La evaluación de pacientes sospechosos de COVID es difícil en el contexto de un accidente cerebrovascular 2) Si paciente con sospecha COVID (fiebre, tos, etc.) o es imposible hacer interrogatorio: protección del personal. Adaptación del manejo del accidente cerebrovascular para COVID + o pacientes sospechosos</p> |
| <p>Circulation April 2020 epub</p> <p>(Klerkin KJ)</p> | <p>Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Cardiovascular Disease (C Spaulding)</p> | <p>Revisión de la infección por COVID 19 y las manifestaciones cardíacas</p> | <p>Revisión de la infección por COVID 19 y las manifestaciones cardíacas dirigida a los cardiólogos. Plantea el problema del trasplante: ¿debemos continuar con los trasplantes de corazón durante un período endémico?</p> <p>Revisión general destinada a cardiólogos</p> |
| <p>European Journal of Preventive Cardiology April 1 2020 epub</p> <p>(Tee Joo Yeo)</p> | <p>Substituting Angiotensin-(1-7) to Prevent Lung Damage in SARSCoV2 Infection? (C Spaulding)</p> | <p>Propuesta: usar Ang- (1-7) en las formas severas</p> | <p>Revisión de la interacción entre el virus COVID y ACE-2, y propuesta: usar Ang (1-7) en formas severas</p> <p>Proposición terapéutica para las formas graves</p> |
| <p>European Journal of Preventive Cardiology April 1 2020 epub</p> <p>Tee Joo Yeo et al</p> | <p>Have a heart during the COVID-19 crisis: Making the case for cardiac rehabilitation in the face of an ongoing pandemic</p> <p>(C Spaulding)</p> | <p>Experiencia de un cardiólogo en Singapur especializado en rehabilitación.</p> | <p>En Singapur se suspenden los programas de rehabilitación cardíaca. Discusión sobre las consecuencias.</p> <p>Discusión sobre el impacto de la pandemia en el manejo de pacientes cardíacos</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2020.03.31.20038935</p> <p>(Yang, G et al)</p> | <p>Angiotensin II Receptor Blockers and Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors Usage is Associated with Improved Inflammatory Status and Clinical Outcomes in COVID-19 Patients With Hypertension</p> <p>(M Azizi, HEGP)</p> | <p>Estudio retrospectivo monocéntrico chino que evalúa el impacto del uso de ARA2 / IEC en la gravedad de COVID-19</p> | <p>126 pacientes con COVID-19 con hipertensión incluyendo 43 en ARA2 / IEC. El grupo ARA2 / IEC tuvo concentraciones más bajas de PCR ($p = 0.049$) y procalcitonina (PCT, $p = 0.008$) en comparación con el grupo que recibió otros medicamentos antihipertensivos. Se observó una proporción menor pero no significativa de pacientes críticos (9.3% vs 22.9%; $p = 0.061$) y una tasa de mortalidad más baja (4.7% vs 13.3%; $p = 0.216$) en el grupo ARA2 / IEC que en el grupo no ARA2 / IEC.*</p> |
| <p>Emerg Microbes Infect. 2020 Dec;9(1):757-760</p> <p>(Meng J)</p> | <p>Renin-angiotensin system inhibitors improve the clinical outcomes of COVID-19 patients with hypertension</p> <p>(M Azizi, HEGP)</p> | <p>Etude rétrospective monocentrique chinoise évaluant l'impact de l'utilisation des ARA2 / IEC sur la gravité du COVID-19</p> | <p>42 pacientes infectados COVID-19 hipertensos, incluyendo 17 tratados con ARA2 / IEC. En el Grupo ARA2 / IEC, solo 4 pacientes (23,5%) fueron clasificados como graves y ningún paciente falleció. 12 pacientes en el grupo no tratado con ARA2 / IEC (48%) se clasificaron en la categoría grave y un paciente falleció.*</p> <p>Deux* Dos estudios con muchos límites metodológicos debido a numerosos sesgos y factores de confusión, pero que estarían a favor de NO interrumpir los tratamientos con IEC / ARA2 en los infectados</p> |
| <p>medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2020.04.02.20047050</p> <p>(Chorin E et al.)</p> | <p>The QT Interval in Patients with SARS-CoV-2 Infection Treated with Hydroxychloroquine /Azithromycin</p> <p>(M Azizi, HEGP)</p> | <p>Etude américaine rapportant les cas de prolongation de QT sous HCQ+AZI</p> | <p>Medición de QT en 84 pacientes hospitalizados por COVID19 y recibiendo HCQ + AZI. 4 pacientes fallecieron por falla multiorgánica, sin signos de arritmia. No se observó torsade de pointe (TDP). El ECG se realizó a $4,3 \pm 1,7$ días. El QTc se extendió de 435 ± 24 ms a 463 ± 32 ms ($p < 0.001$).</p> <p>El 11% de los pacientes tuvieron un alargamiento importante de QTc > 500 ms, lo que se asocia con riesgo de TDP y muerte súbita, y por lo tanto, una indicación formal de suspender el tratamiento responsable. El QTC básico no es predictivo del alargamiento de QTc > 500 ms.</p> <p>El estudio confirma el riesgo potencialmente arritmogénico de la Asociación HCQ + AZI y la necesidad absoluta de realizar un ECG de control cuando se utilizan fuera de sus indicaciones.</p> |

JAMA Cardiology
Published online
April 3, 2020

(Bavishi C, et al)

Coronavirus Disease
2019 (COVID-19)
Infection and Renin
Angiotensin System
Blockers (M Azizi,
HEGP)

Una revisión adicional sobre los inhibidores de la ECA y los ARA2 retomando todas las recomendaciones sobre la **continuación de estos tratamientos durante la infección COVID19 si el estado de la volemia y la hemodinámica lo permiten**. Se están realizando ensayos clínicos para evaluar el efecto de la introducción de un ARA2 en pacientes Covid 19 ambulatorios u hospitalizados

IS
19
1)
1
n
ers
3P)

les patients covid 19 ambulatoires ou hospitalisés.

Table. Recommendations on the Use of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) and Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

| Professional society; source | Date of release | Key statements |
|---|-----------------|---|
| HFSA, ACC, and AHA; https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2020/03/17/08/59/hfsa-acc-aha-statement-addresses-concerns-re-using-raas-antagonists-in-covid-19 | March 17, 2020 | "The HFSA, ACC, and AHA recommend continuation of RAAS antagonists for those patients currently prescribed such agents for indications for which these agents are known to be beneficial, such as heart failure, hypertension, or ischemic heart disease. In the event patients with cardiovascular disease are diagnosed with COVID-19, individualized treatment decisions should be made according to each patient's hemodynamic status and clinical presentation. Therefore, be advised not to discontinue RAAS-related treatments, beyond actions based on standard clinical practice." |
| ESC Council on Hypertension; https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-(CHT)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-angiotensin-receptor-blockers | March 13, 2020 | "The Council on Hypertension strongly recommend that physicians and patients should continue with their usual anti-hypertensive therapy because there is no clinical or scientific evidence to suggest that treatment with ACEi or ARBs should be discontinued because of the COVID-19 pandemic." |
| ESH; https://www.eshonline.org/spotlights/esh-statement-on-covid-19/ | March 12, 2020 | <ul style="list-style-type: none"> "In stable patients with COVID-19 infections or at risk for COVID-19 infections, treatment with ACEi and ARBs should be executed according to the recommendations in the 2018 ESC/ESH guideline." "The currently available data on COVID-19 infections do not support a differential use of ACEi or ARBs in COVID-19 patients." |
| Hypertension Canada; https://hypertension.ca/wp-content/uploads/2020/03/2020-30-15-Hypertension-Canada-Statement-on-COVID-19-ACEi-ARB.pdf | March 13, 2020 | <ul style="list-style-type: none"> "However, there is no evidence that patients with hypertension or those treated with ACEi or ARB antihypertensive therapy are at higher risk of adverse outcomes from COVID-19." "We endorse patients with hypertension to continue with their current blood pressure management." |
| The Canadian Cardiovascular Society and the Canadian Heart Failure Society; https://www.ccs.ca/images/2020/03/2020-30-15-CCS-CHFS-statement-regarding_COVID-19.pdf | March 15, 2020 | "The Canadian Cardiovascular Society and the Canadian Heart Failure Society strongly recommend the discontinuation of guideline-directed medical therapy (GDMT) involving Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors (ACEi), Angiotensin Receptor Blockers (ARB) or Angiotensin Receptor Neprilysin (ARNi) in hypertensive or heart failure patients as a result of the COVID-19 pandemic." |
| International Society of Hypertension; https://ish-world.com/news/a-statement-from-the-international-society-of-hypertension-on-covid-19/ | March 16, 2020 | "[T]here is no good evidence to change the use of ACE-inhibitors or ARBs for the management of blood pressure in the context of avoiding or treating COVID-19 infection." |

BMJ
2020;369:m1313
doi:
10.1136/bmj.m1313
(Published 2 April
2020) (Aronson JK
et al.)

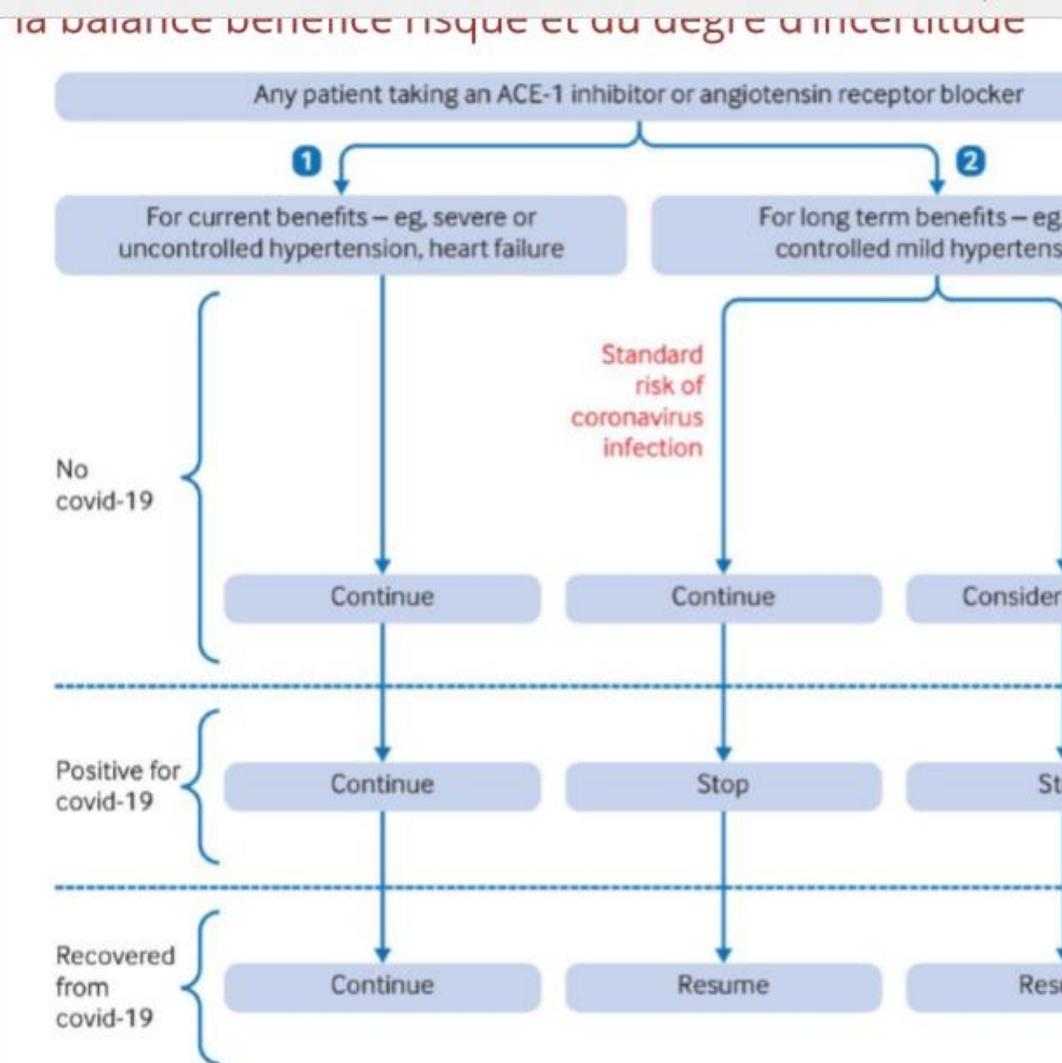
Drugs and the renin-
angiotensin system in
COVID-19

(M Azizi, HEGP)

Punto de vista inglés equilibrado sobre la continuación de los IEC y ARA2 durante la infección COVID19, que sería razonable teniendo en cuenta el equilibrio riesgo-beneficio y el grado de incertidumbre actual.

Drugs and the
renin-angiotensin
system in COVID-
19

(M Azizi, HEGP)



| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>Journal of Thrombosis and Thrombolysis https://doi.org/10.1007/s11239-020-02105-8</p> <p>Shiyu Yin</p> | <p>Difference of coagulation features between severe pneumonia induced by SARS-CoV2 and non-SARS-CoV2</p> <p>(M Azizi, HEGP)</p> | <p>Interés de la anticoagulación en formas graves de Covid19(estudio retrospectivo chino)</p> | <p>99 (22.0%) pacientes del grupo COVID recibieron tratamiento con heparina durante al menos 7 días, en los cuales 94 recibieron HBPM (40–60 mg de enoxaparina / día) y 5 recibieron UFH (10,000–15,000 U / día).</p> <p>No se encontraron diferencias en la mortalidad a los 28 días entre los usuarios de heparina y los no usuarios en el grupo COVID (30.3% vs. 29.7%, P = 0.910)</p> <p>cuando el dímero D> 3.0 µg / mL (6 ULN), una mortalidad significativamente menor fue observada en los pacientes tratados con heparina en relación a los no tratados en el grupo COVID (32.8% vs. 52.4%, P = 0.017).</p> <p>Beneficio potencial de una anticoagulación más marcada si los dímeros D son altos, porque los pacientes tienen mayor riesgo.</p> |
| <p>CIRCULATIONAHA . (Lakkireddy, D)</p> | <p>Guidance for Cardiac Electrophysiology During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic from the Heart Rhythm Society COVID-19 Task Force; Electrophysiology Section of the American College of Cardiology; and the Electrocardiography and Arrhythmias Committee of the Council on Clinical Cardiology, American</p> | <p>Recomendaciones de 3 sociedades estadounidenses de cardiología (HRS / AHA / ACC) para el tratamiento de pacientes con patología arritmica durante este período de pandemia de COVID-19</p> | <p>1) Reducir el riesgo de exposición de todo el equipo médico y administrativo en caso de un paciente con COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> . Identificar clínicamente los pacientes sospechosos y confirmarlos . Limite los desplazamientos del paciente y respetar las reglas de distancia. . Proporcionar a los cuidadores equipos de protección personal. . Use las mejores salas de intervención dedicadas . Sincronizar los gestos anestésicos e intervencionistas . Promover procedimientos de intervención rápida. . Realizar cardioversiones en USIC . En caso de paro CR limitar al número esencial el número de personal equipado y hacer intubación temprana . Luego des procedimiento posterior, favorezca la |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | <p>Heart Association</p> <p>(T Lavergne, HEGP)</p> | | <p>visita virtual (video seguro) en lugar de presencial . Acortar la duración de la hospitalización. . Reducir el tiempo de exposición del personal (especialmente aquellos a riesgo) con rotaciones de los estudiantes entre los sectores de intervención y tele consultación.</p> <p>2) Jerarquizar la urgencia de los gestos intervencionistas</p> <p>3) Limitar las consultas presenciales a los casos urgentes que requieran un examen clínico del paciente y favorecer la teleconsulta</p> <p>4) Favorecer la teletransmisión para el seguimiento de prótesis eléctricas cardíacas implantables cuando no es necesario un gesto de reprogramación</p> <p>5) Tener en cuenta el riesgo de provocar arritmias de un tratamiento para la selección del medicamento y su seguimiento.</p> |
| <p>NICE guidelines : COVID-19 and dialysis service delivery</p> <p>March 2020</p> | <p>Pr Alexandre Karras, Le Dr Aurélien Lorthioir et le Dr Olivia Lenoir</p> <p>(HEGP)</p> | <p>How can we maximise the safety of patients on dialysis, while protecting staff from infection during the COVID-19 pandemic ?</p> | <p>- Comunicación con los pacientes: solicitar a los pacientes que informen cualquier síntoma de Covid19 antes de abandonar su hogar. Privilegiar las entrevistas telefónicas, evitar interacciones cara a cara innecesarias, enviar los tratamientos a domicilio. En caso de abandonar el hogar, aplicar adecuadamente las mismas recomendaciones para el distanciamiento social de la población en general.</p> <p>- Pacientes No Covid19: usar transporte personal, limitar el tiempo en la sala de espera</p> <p>- Pacientes Covid + o pacientes sospechosos: seguir las recomendaciones que se aplican a la</p> |

población general, test, aislamiento.

- Profesionales de la salud: seguir las recomendaciones que se aplican a los profesionales de la salud.

- Transporte de pacientes a los centros de diálisis: asegúrese de que los servicios de transporte continúen prestando sus servicios para que los pacientes no falten a la diálisis.

- Caracterización de casos y cohortes: agrupar pacientes según su estado de Covid : confirmado, sospechoso, contacto o sin riesgo.

-Minimizar los riesgos de infección cruzada, si es posible, separar las entradas y los circuitos para pacientes positivos y negativos. Asegúrese de que los procedimientos de limpieza sean apropiados.

-Seleccionar y clasificar pacientes antes de ingresar al centro de diálisis. En caso de sospecha, testear al paciente rápidamente antes de la diálisis y, si es posible, retrase la diálisis hasta la recepción de los resultados.

Si es necesario, póngase en contacto con otros centros de diálisis para discutir nuevos métodos de organización con otros, si es posible, reduzca la frecuencia de la diálisis.

- Organización del servicio con personal reducido - Suministro de diálisis en el hogar

-Minimiser les risques d'infections croisées, si possible séparer les entrées et les circuits pour les patients positifs et les patients négatifs. S'assurer que les procédures de nettoyage sont adaptées.

-Screener et trier les patients avant leur entrée dans le centre de dialyse. En cas de suspicion tester le patient rapidement avant la dialyse et si possible décaler la dialyse jusqu'à réception des résultats.

Selon les nécessités se mettre en relation avec d'autres centres de dialyse pour discuter de

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | nouvelles modalités d'organisation à plusieurs, si possible diminuer la fréquence des dialyses. - Organisation du service avec effectif personnel réduit - Approvisionnement de la dialyse à domicile |
|--|--|--|--|