

## Recomendaciones a seguir para pacientes pediátricos candidatos a un trasplante de órgano sólido durante el periodo de pandemia por SARS-COV-2

1. La ONT y la OCATT han recomendado oficialmente la necesidad de realizar una PCR a SARS-COV-2 a cualquier donante y receptor de trasplante de órgano sólido.
2. Hay que realizar un *check-list* para valorar sintomatología compatible con COVID-19 a todos los pacientes pediátricos que tengan que someterse a un trasplante de órgano sólido. Se preguntará por los contactos confirmados de COVID-19 en los 21 días previos. También se considera contacto si ha sido ingresado en una UCI o cualquier unidad de hospitalización con un caso confirmado de COVID. La encuesta epidemiológica no es un factor excluyente para la donación sino que sirve para ponderar el riesgo/beneficio por el receptor y para hacer la trazabilidad en caso de transmisión.
3. La valoración del riesgo por el receptor debe hacerse de manera individualizada, teniendo en cuenta lo siguiente:
  - Disponibilidad de recursos UCI/ REA.
  - Riesgo/beneficio del riesgo de infección de SARS-CoV-2 (según el número de casos y la posibilidad de ingreso en condiciones ideales de aislamiento) frente la necesidad de trasplante (situación clínica del paciente).
4. Inicialmente, se descartará cualquier donante cadáver que sea COVID-19 confirmado.
5. Los casos de potenciales donantes vivos que sean COVID-19 confirmados deben descartarse como donantes hasta un periodo de tiempo de un mínimo de 21 días desde la resolución de los síntomas y dos PCR negativas separadas un mínimo de 24 horas.
6. En caso de que el potencial receptor presente una **sintomatología compatible**, se solicitará PCR a SARS-COV-2 en aspirado nasofaringe y se detendrá el trasplante.
7. En caso de que el potencial receptor esté **asintomático**, se solicitará PCR a SARS-COV-2 en aspirado nasofaríngeo por el circuito habitual y se realizará una TC de tórax de alta resolución.
  - a. Si la TC es compatible con COVID-19, independientemente del resultado de la PCR se detendrá el trasplante.\*
  - b. Si la TC de tórax no es compatible con COVID-19 y la PCR a SARS-COV-2 es positiva, se detendrá el trasplante.\*
  - c. Si la TC de tórax no es compatible con COVID-19 y la PCR a SARS-COV-2 es negativa, se procederá al trasplante con normalidad.
  - d. Si la TC no es compatible con COVID-19 y la PCR está pendiente de resultado, se pueden dar dos situaciones:

| Protocolo  | Versión |
|--|---------|
| Trasplante de órgano sólido en paciente pediátrico durante la pandemia de COVID-19 | 2       |

- Es posible esperar el resultado de la PCR: se demorará la intervención hasta disponer de los resultados, actuando en consecuencia.
  - No se puede demorar la intervención y se considera el paciente como a candidato al trasplante: se considerará el paciente como COVID-19 + a nivel de utilización de equipos de protección individual y se realizará la intervención siguiendo las medidas establecidas en el protocolo "Intervención quirúrgica en paciente con infección o sospecha de infección por SARS-CoV-2 (COVID-19)".
- e. De forma urgente no se realizarán estudios serológicos a donantes ni receptores.

8. Es obligatorio realizar biovigilancia con formularios de notificación y seguimiento de los casos que hayan desarrollado COVID-19 en cualquier receptor de órganos.

\* En caso de paciente pediátrico en Urgencia 0 de trasplante con una TC de tórax compatible con COVID-19 y/o PCR positiva a SARS-COV-2, el equipo multidisciplinario de trasplante valorará individualmente la necesidad de proceder con la intervención.

\*\* Hay que tener presente que aunque la PCR y la TC pulmonar sean negativos, esto no descarta al 100% que donante y/o receptor sean positivos y la decisión final de aceptación/rechazo del trasplante y el seguimiento posterior del paciente dependerá del equipo multidisciplinar de trasplante.

| Protocolo  | Versión |
|--|---------|
| Trasplante de órgano sólido en paciente pediátrico durante la pandemia de COVID-19 | 2       |

## Pruebas microbiológicas disponibles

### PCR a SARS-COV-2 en muestra respiratoria:

- Hasta el momento que disponemos de una técnica de "**point-of-care**" que nos genere resultados en menos de 1-1'5 hora, el tiempo medio de respuesta de la técnica de PCR en muestra respiratoria es **de 8 horas** (5- 24 horas).
- La PCR a SARS-COV-2 se debe realizar lo antes posible de cara a tratar de disponer de los resultados en el máximo número de pacientes posible.

### Pruebas serológicas:

- Los **test rápidos** (10 min, disponibilidad 24/7) por técnicas de inmunocromatografía tienen una buena sensibilidad (80-96% dependiendo del fabricante) en pacientes con síntomas a partir del 6º día. En pacientes asintomáticos todavía no disponemos de datos suficientes. En pacientes COVID + post-trasplante no ofrecen buenos resultados.
- Disponemos de **técnicas ELISA** (disponible en horario laborable) que detecta IgG e IgA. Los resultados en pacientes sintomáticos son muy buenos. IgA sería equivalente a la IgM (en principio se positiviza un poco antes).
- Cuando lleguen, se evaluará la utilidad de **técnicas CLIA** (IgG e IgM).

**Se hará una serología IgG de ELISA (o CLIA) de forma programada antes del trasplante a los candidatos que se considera que se trasplantarán en breve. Si fuera negativa, se podría recoger suero el día 0 igualmente.**

## Equipos de protección individual (EPIs) de los profesionales del área quirúrgica

Se utilizarán los EPIs descritos en el protocolo "Intervención quirúrgica en paciente con infección o sospecha de infección por SARS-CoV-2 (COVID-19)" en su última versión disponible en la intranet del centro.

16 de abril 2020