

FORO ARGENTINO DE EMERGENCIAS

WWW.URGENCIAS.ORG

NEUROBIOLOGY OF COVID-19

JOURNAL OF ALZHEIMER'S DISEASE

Esta revisión describe una clasificación en tres etapas del impacto de COVID-19 en el sistema nervioso central y recomienda que los pacientes hospitalizados con el virus se sometan a una resonancia magnética para detectar posibles daños neurológicos e informar el monitoreo posterior al alta. En la etapa 1, el daño viral se limita a las células epiteliales de la nariz y la boca, y en la etapa 2, los coágulos de sangre que se forman en los pulmones pueden viajar al cerebro y provocar un accidente cerebrovascular. En la etapa 3, el virus cruza la barrera hematoencefálica e invade el cerebro. Los autores expresan que "Los pacientes hospitalizados con COVID-19 deben someterse a una evaluación neurológica e idealmente una resonancia magnética cerebral antes de salir del hospital; y, si hay anomalías, deben hacer un seguimiento con un neurólogo en 3 a 4 meses".

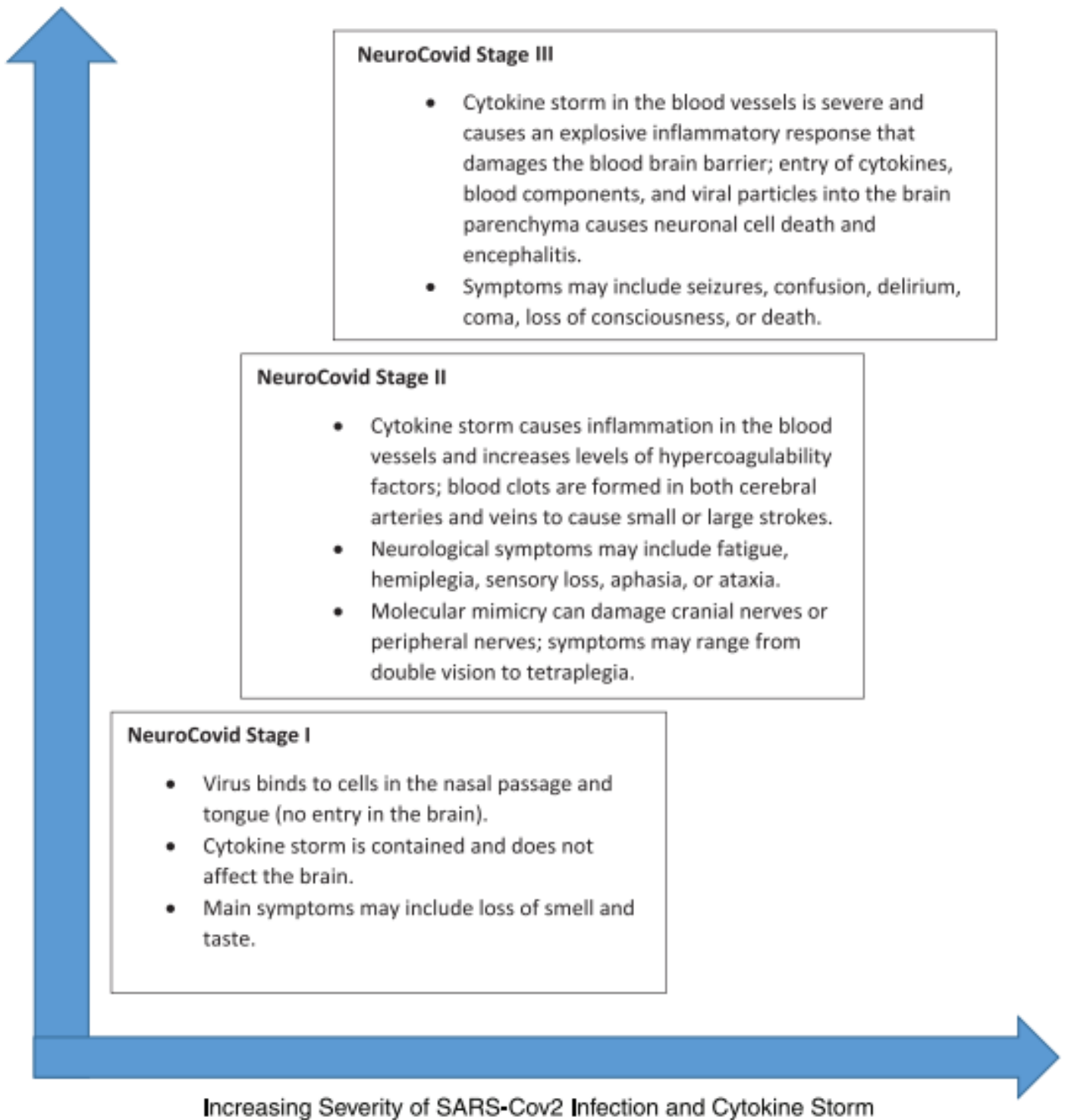
Journal of Alzheimer's Disease, vol. 76, no. 1, pp. 3-19, 2020

EDITORES

Silvio Aguilera	Alberto J. Machado
Gabriel Funtowicz	Florencia Danze
Cristian Acosta	Emilio Maciá
Martín Ypas	Perla Pahnke

07 DE JULIO DE 2020





Journal of Alzheimer's Disease, vol. 76, no. 1, pp. 3-19, 2020



GUILLAIN–BARRÉ SYNDROME ASSOCIATED WITH SARS-COV-2

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Describe un grupo de cinco pacientes con síndrome de Guillain Barré que fueron diagnosticados en el norte de Italia desde el inicio de la actual pandemia. Cuatro de estos pacientes presentaron hisopados positivos al inicio de los síntomas y uno fue negativo (hisopado orofaríngeo y lavado broncoalveolar pero con test serológico positivo posterior. Los síntomas cardinales fueron debilidad de miembros inferiores, parestesias y parálisis facial. El tiempo de aparición de la cuadriparesia/plejía fue de 36 a 96 horas. Ninguno presentó disautonomía. Los hallazgos de laboratorio, estudio de LCR fueron compatibles con dicho cuadro y las alteraciones en el estudio electromiográfico en 3 pacientes fueron características de este síndrome y en 2 con enfermedad desmielinizante. También se les realizó RMN contrastada que mostró realce en nervios caudales y faciales. En todos los pacientes se instauró tratamiento con inmunoglobulinas, uno requirió también plasmaféresis. Al mes de iniciado el tratamiento dos pacientes continuaron bajo AVM en UTI, dos bajo rehabilitación y solo uno recibió el egreso hospitalario. Al igual que en las presentaciones habituales, el intervalo entre el inicio de este síndrome y el cuadro infeccioso que lo precede fue de 5 a 10 días.

N Engl J Med 2020;382:2574-6


07 DE JULIO DE 2020



RESPIRATORY FAILURE AND NON-INVASIVE RESPIRATORY SUPPORT DURING THE COVID-19 PANDEMIC: AN UPDATE FOR RE-DEPLOYED HOSPITAL DOCTORS AND PRIMARY CARE PHYSICIANS

BRITISH MEDICAL JOURNAL

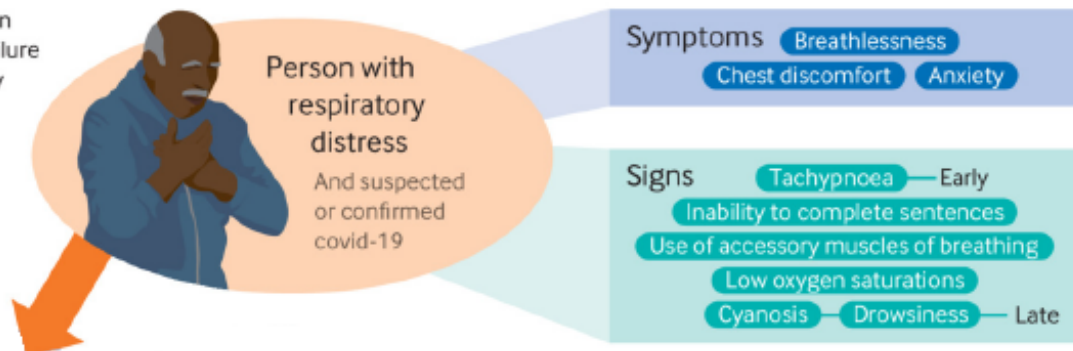
Este artículo actualiza a los médicos especialistas de atención primaria y no respiratorios o intensivistas sobre el reconocimiento y el manejo no invasivo de la insuficiencia respiratoria aguda y ayudará a los médicos generales en el posterior apoyo ambulatorio de los pacientes durante su recuperación.

thebmj Visual summary 

Covid-19: Options for respiratory support

How to support increased oxygen requirements for patients with respiratory failure

Covid-19 typically causes pneumonia, which in severe cases is associated with respiratory failure that is particularly resistant to supplementary oxygen therapy, and may occur despite relatively well preserved lung mechanics. This graphic provides an overview of different types of non-invasive respiratory support available outside of the intensive care unit, or for people not suitable for full invasive ventilation.



BMJ 2020;369:m2446

07 DE JULIO DE 2020



Focused history and examination

Commence supplementary oxygen if required to achieve target oxygen saturation

SpO₂ 92-96%*

If concern of type 2 respiratory failure: 88-92%

Consider blood gas testing

Arterial or capillary blood gas analysis can help differentiate type 1 from type 2 respiratory failure

Hypoxia



Hypercapnia



Safety net

Even if blood gas results are normal, extra vigilance is required, as patients with covid-19 can deteriorate rapidly

Type 1 respiratory failure

In covid-19, breathlessness may not be as severe as expected for a given level of hypoxia

Titrate respiratory support to severity of hypoxia

Use clinical judgement alongside observations to select an appropriate level of support, and escalate as needed to stabilise blood gases

Respiratory rate

Physical signs

Blood gas results

Oxygen saturation

Mild

Moderate

Severe

Very severe



Nasal cannula

Well tolerated but lower oxygen flow



Simple face mask

Simple to use and moderate oxygen flow



Reservoir mask

Provides higher oxygen flow



Nasal high flow oxygen

Widespread use may overwhelm hospital oxygen supply



CPAP†

Increases gas exchange but patients may not tolerate



Venturi mask

Suitable when there is concern of type 2 respiratory failure



Non-invasive ventilation

Positive airway pressure that varies during breathing cycle

Oxygen flow L/min

1-6

5-10

15

Up to 70

15

2-15

0-15

FiO₂†

24-50%

40-60%

60-90%

Up to 100%

Up to 100%

24-60%

Pros

Widely available

Simple to use

Predictable FiO₂

Cons

Prevents talking, eating, drinking

Rebreathing risk at low flows

Aerosol generating procedure

Can cause dryness of the upper airway

Type 2 respiratory failure

In covid-19, T2RF is uncommon. However, it may occur in patients vulnerable to hypoventilation, or in patients with very severe disease and/or fatigue. In this situation, refer urgently to intensive care if appropriate.

In type 2 respiratory failure, alveolar hypoventilation leads to hypercapnia with associated hypoxia. Management aims to reduce carbon dioxide levels whilst maintaining acceptable oxygenation

Target SpO₂ 88-92%



Venturi mask

Suitable when there is concern of type 2 respiratory failure

2-15

24-60%



Non-invasive ventilation

Positive airway pressure that varies during breathing cycle

0-15

2-15

24-60%

Widely available

Simple to use

Predictable FiO₂

Prevents talking, eating, drinking

Rebreathing risk at low flows

Aerosol generating procedure

Can cause dryness of the upper airway



COVID-19 EN ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA

TASA DE NATALIDAD

Es más probable que la pandemia de COVID19 provoque una caída en las cifras de nacimientos en Estados Unidos y no un nuevo baby boom, posiblemente dejando al país con cerca de medio millón de nacimientos menos de lo que se esperaría, según la predicción de Brookings Institution y la organización sin fines de lucro March of Dimes. Los investigadores examinaron datos de estudios económicos anteriores sobre la fertilidad en Estados Unidos durante la recesión de 2007-2009 y la pandemia de influenza de 1918. Después de analizar esos datos, junto con otros factores como la pérdida de empleos durante la pandemia de COVID-19, predijeron que el país podría registrar una caída de alrededor de 300.000 a 500.000 nacimientos debido a la COVID-19.

Fuente: Boletín epidemiológico de Córdoba

COVID-19: LOPINAVIR-RITONAVIR DOES NOT BENEFIT HOSPITALISED PATIENTS, PRELIMINARY REPORT

Los últimos hallazgos del estudio RECOVERY de la Universidad de Oxford sobre posibles medicamentos COVID-19 no muestran ningún beneficio clínico en pacientes hospitalizados tratados con el antiviral lopinavir-ritonavir para el VIH. El ensayo asignó al azar a 1.596 pacientes a recibir lopinavir-ritonavir y 3.376 a atención habitual, según un comunicado de prensa que describe los hallazgos. Los investigadores no encontraron diferencias significativas en el punto final primario de mortalidad a los 28 días, y los resultados fueron consistentes entre los diferentes subgrupos de pacientes. Los investigadores tampoco encontraron ninguna evidencia de beneficio para la progresión a ventilación mecánica o la duración de la estadía en el hospital.

BMJ 2020;370:m2650



INVITADA DE LA SEMANA

DRA. ALEJANDRA SANCHEZ CABEZAS

**Médica. Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud.
Doctora en Ciencias Políticas**

TIEMPOS DE PANDEMIA, URGENTES E INTERMINABLES

2020, marzo, vuelta de las vacaciones, un nuevo año laboral. Planes, nuevo gobierno, brote de dengue y sarampión. Nada nuevo, todo de nuevo. Inesperadamente la realidad se interrumpe. COVID-19, aislamiento social, refuncionalización de tareas. Ansiedad, miedo, enojo, incertidumbre. Conviven los aplausos con falta de kits de protección, gobiernos guiados por científicos con escarnio público. Se paró el país, se paró el mundo. Los sistemas de salud fueron invadidos por la incertidumbre, la exposición personal y la soledad. Se incrementaron los niveles de estrés y de padecimiento. ¿Cómo afrontarlo? Si bien se abrieron espacios de intercambio de información, que es la forma en que tradicionalmente resolvemos nuestros terrores, nos debemos espacios que puedan convertir lo apremiante y acuciante en materia de reflexión. Necesitamos identificar lo necesario y constante, encontrar nuestras potencias, encauzar la fuerza que surge de la mística de sanar, de estar al lado de los otros con la realidad metiéndose en nuestras entrañas. Allí, donde el olvido no desaparece. Generar espacios de reflexión donde los médicos y médicas estemos presentes con todo nuestro ser, con nuestros miedos y nuestros sueños para transformar el dolor en potencia. Para no sobrevivir a la ansiedad, al miedo, al enojo y a la incertidumbre con un mientras tanto. Para que seamos verdaderos protagonistas de nuestras vidas, olvidemos que es imposible y hagámoslo.

**Si deseas contactarte o recibir este news letter: info@urgencias.org
Visítanos en: www.urgencias.org**

07 DE JULIO DE 2020

