

FORO ARGENTINO DE EMERGENCIAS

WWW.URGENCIAS.ORG

SYMPTOM DURATION AND RISK FACTORS FOR DELAYED RETURN TO USUAL HEALTH AMONG OUTPATIENTS WITH COVID-19 IN A MULTISTATE HEALTH CARE SYSTEMS NETWORK — UNITED STATES, MARCH–JUNE 2020

MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT. JULY 24, 2020

En una encuesta telefónica multiestatal de 270 adultos sintomáticos que dieron positivo para SARS-CoV-2, el 35% no había regresado a su estado de bienestar habitual cuando fueron entrevistados 2 a 3 semanas después de la prueba. La recuperación tardía (síntomas de fatiga, tos y dificultad para respirar) fue evidente en casi una cuarta parte de los jóvenes de 18 a 34 años, en un tercio de los de 35 a 49 años y en un 47% de los de más de 50 años que no estaban lo suficientemente enfermos como para requerir hospitalización.

[Morbidity and Mortality Weekly Report](#)

EDITORES

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

28 DE JULIO DE 2020



SYMPTOM DURATION AND RISK FACTORS FOR DELAYED RETURN TO USUAL HEALTH AMONG OUTPATIENTS WITH COVID-19 IN A MULTISTATE HEALTH CARE SYSTEMS NETWORK — UNITED STATES, MARCH–JUNE 2020

FIGURE. Self-reported symptoms at the time of positive SARS-CoV-2 reverse transcription–polymerase chain reaction (RT-PCR) testing results and unresolved symptoms 14–21 days later among outpatients (N = 274)* — 14 academic health care systems,† United States, March–June 2020

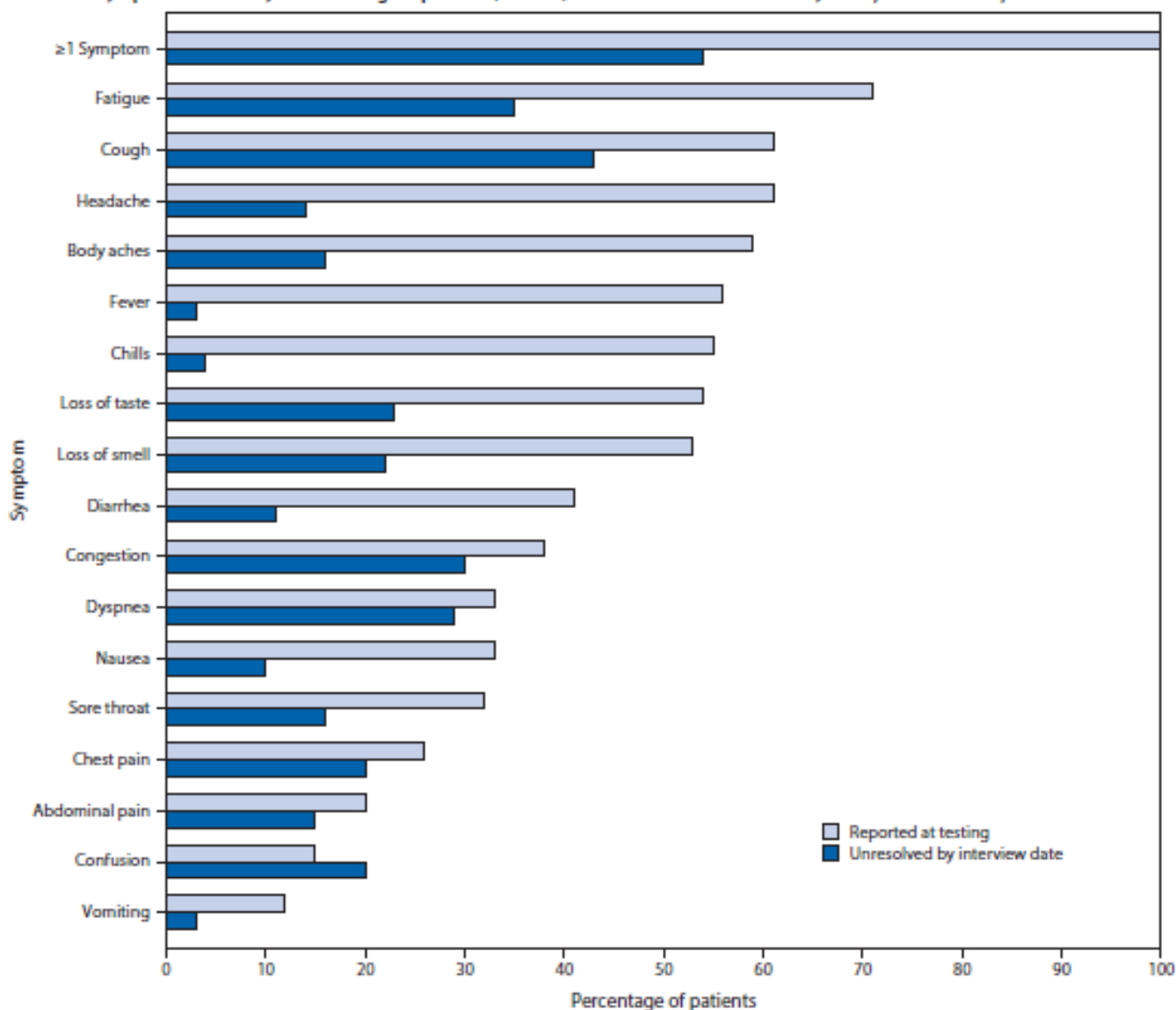


TABLE 2. Characteristics associated with not returning to usual health among symptomatic outpatients with SARS-CoV-2 real-time reverse transcription–polymerase chain reaction (RT-PCR)–positive test results (N = 270)* reported at an interview conducted 14–21 days after testing — 14 academic health care systems,† United States, March–June 2020

Characteristic	Odds of not returning to “usual health” at 14–21 days after testing	
	Unadjusted odds ratio (95% CI) [§]	Adjusted odds ratio (95% CI) ^{§,¶}
Age group (yrs)		
18–34	Referent	Referent
35–49	1.40 (0.73–2.67)	1.38 (0.71–2.69)
≥50	2.64 (1.39–5.00)	2.29 (1.14–4.58)

Morbidity and Mortality Weekly Report



EFFECT OF SYSTEMIC GLUCOCORTICOIDS ON MORTALITY OR MECHANICAL VENTILATION IN PATIENTS WITH COVID-19

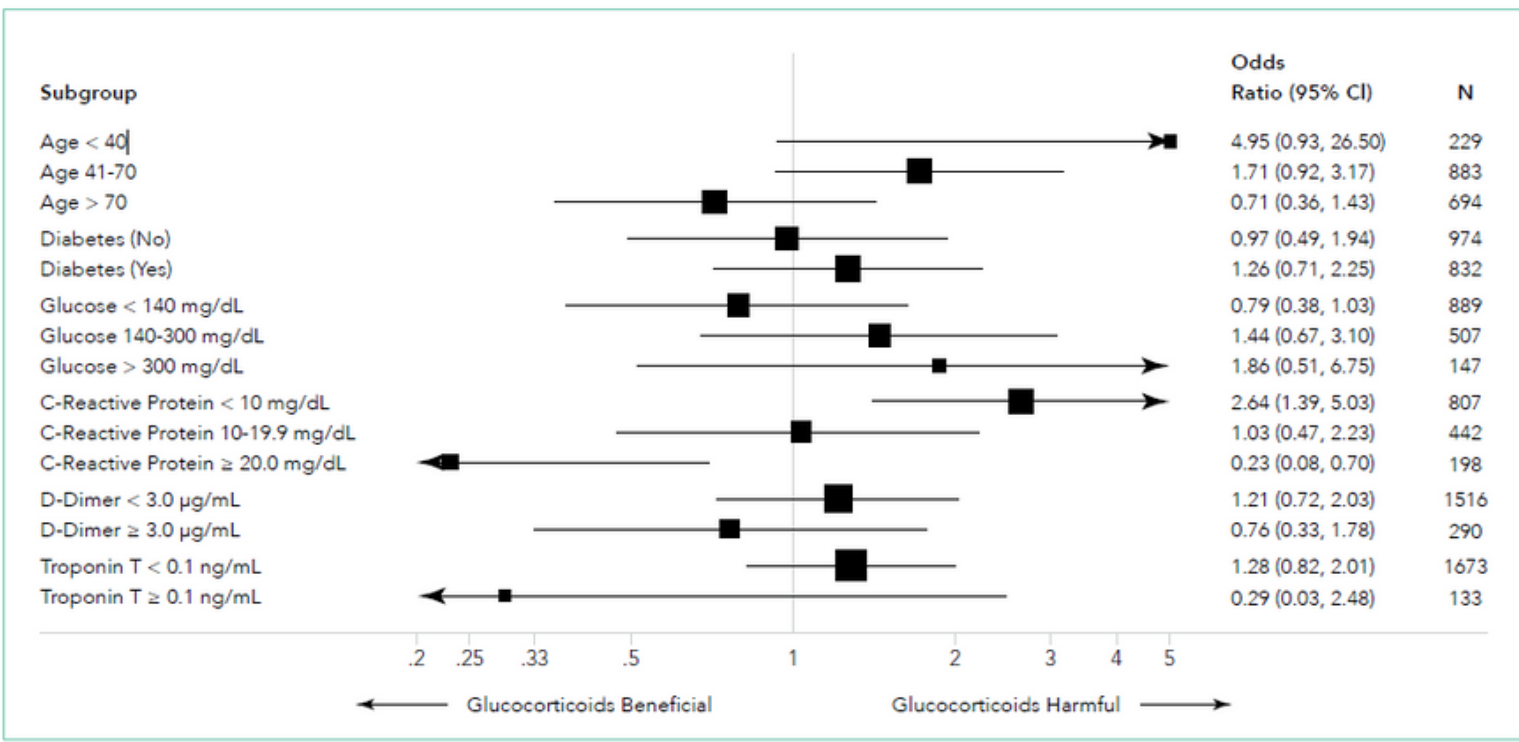
JOURNAL OF HOSPITAL MEDICINE

Este estudio de Nueva York confirmó los hallazgos del ensayo RECOVERY, comentado la semana pasada en nuestro news letter, pero también muestra que los beneficios eran ciertos para los esteroides más allá de la dexametasona. Se trató a un grupo de 140 pacientes con esteroides dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario y se compararon los resultados con un grupo control de 1.666 pacientes similares que no recibieron esteroides. La mayoría de los que recibieron esteroides recibieron prednisona; algunos recibieron dexametasona y metilprednisolona. Los pacientes con altos niveles de inflamación, con niveles de PCR al menos 20 mg/dL, el tratamiento con esteroides se asoció con una reducción del 77% en el riesgo de necesitar ventilación mecánica o morir (odds ratio [OR], 0.23, 95% IC, 0.08-0.70). Pero cuando los niveles de PCR eran inferiores a 10 mg/dL se asoció con un riesgo casi tres veces mayor de ventilación mecánica o muerte (OR, 2.64). Advierten que los pacientes con bajos niveles de inflamación podrían enfrentar un riesgo significativamente mayor de resultados graves con el uso de esteroides.

[2020 Society of Hospital Medicine DOI 10.12788/jhm.3497](https://doi.org/10.12788/jhm.3497)



EFFECT OF SYSTEMIC GLUCOCORTICOIDS ON MORTALITY OR MECHANICAL VENTILATION IN PATIENTS WITH COVID-19



Mortality or Mechanical Ventilation by CRP Value

CRP Subgroup	OR (95% CI)	aOR* (95% CI)
0-9.9 mg/dL (n = 807)	2.64 (1.39-5.03)	3.14 (1.52-6.50)
10-19.9 mg/dL (n = 442)	1.03 (0.47-2.23)	1.05 (0.46-2.39)
≥20 mg/dL (n = 198)	0.23 (0.08-0.70)	0.20 (0.06-0.67)

*Parsimonious model adjusted for body mass index, chronic obstructive pulmonary disease, asthma, rheumatologic disease, previous glucocorticoid use, ferritin, and procalcitonin. Abbreviations: aOR, adjusted odds ratio; CI, confidence interval; CRP, C-reactive protein; OR, odds ratio.



LABORATORY TESTING OF SARS COV-2: A NEW YORK INSTITUTIONAL EXPERIENCE

ADVANCES IN MOLECULAR PATHOLOGY

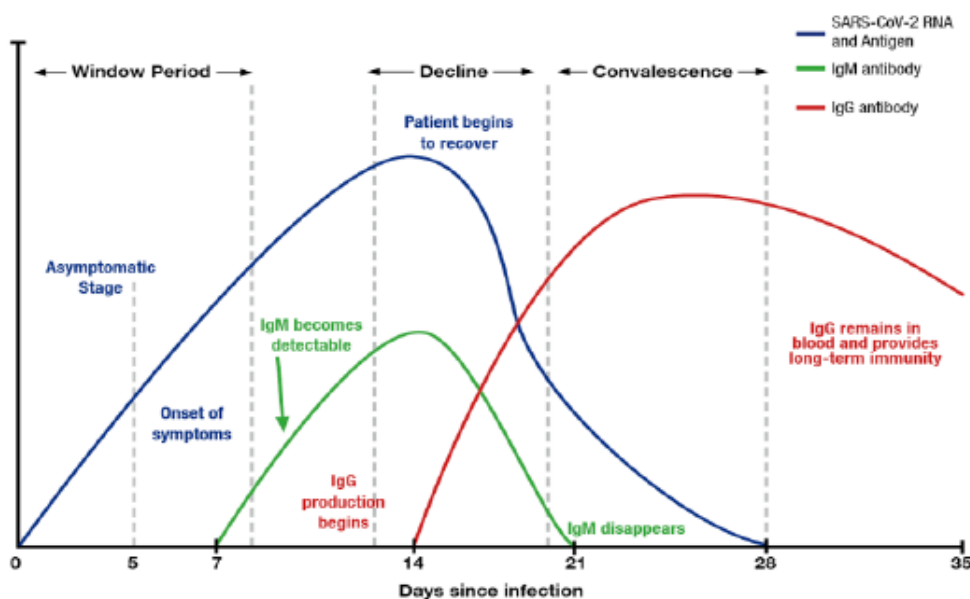
Este es un excelente relato acerca de los test diagnósticos de la enfermedad COVID-19. Existen dos categorías principales de pruebas utilizadas para detectar infección viral actual o pasada: test moleculares y serológicos. Los test moleculares tienen como objetivo determinar si un paciente está infectado activamente con un patógeno de interés, mientras que el propósito de las pruebas serológicas es determinar la exposición previa. Los test serológicos determinan el historial de exposición de un paciente. Los test más utilizados para la detección de SARS-CoV-2 utilizan reacción en cadena de la polimerasa o transcriptasa inversa (RT-PCR). Diversos informes documentan el éxito con diferentes tipos de muestras que van desde hisopos nasofaríngeos, orofaríngeos, nasales anteriores y turbinados nasales medios, hisopos hasta lavados nasales y saliva. Los ensayos moleculares pueden detectar ARN viral tanto cuando los pacientes están eliminando activamente el virus (infección actual) como si tienen ARN viral residual presente. Por lo tanto, estos ensayos son más útiles en entornos agudos para detectar pacientes con SARSCoV-2, donde los resultados pueden optimizar la terapia potencial y los protocolos de aislamiento para garantizar que se utilicen los protocolos de equipo de protección personal adecuados para la contención del virus.

[Advances in Molecular Pathology](#)



LABORATORY TESTING OF SARS COV-2: A NEW YORK INSTITUTIONAL EXPERIENCE

El otro tipo principal de test de diagnóstico es serológico. Estos ensayos determinan el historial de exposición de un paciente. En este momento, se desconoce si la detección de anticuerpos equivale a inmunidad. Estos ensayos detectan la presencia de anticuerpos contra los antígenos de SARS-CoV-2 en el suero de un paciente. Hay un retraso entre la infección viral inicial y la producción de anticuerpos por parte del sistema inmune. Durante este tiempo, denominado el "período de ventana", un paciente que está infectado con SARS-CoV-2, pero aún no ha producido anticuerpos, sería negativo en dicho ensayo. A medida que el sistema inmunitario aumenta la respuesta contra el virus, inicialmente se producen anticuerpos IgM, que son de corta duración, seguidos de una respuesta de anticuerpos IgG más duradera. El tiempo medio estimado de seroconversión es de 7-12 días, y prácticamente todos los pacientes con COVID-19 producen anticuerpos detectables aproximadamente 15 días después del inicio de los síntomas.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON COVID-19 EN ESPAÑA: RESULTADOS DEL REGISTRO SEMI-COVID-19

Hasta el 30 de junio de 2020 se incluyeron 15.111 pacientes de 150 hospitales Su mediana de edad fue 69,4 años (rango: 18-102 años) y el 57,2% eran hombres. Las prevalencias de hipertensión, dislipemia y diabetes mellitus fueron 50,9%, 39,7% y 19,4%, respectivamente. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (84,2%) y tos (73,5%). Fueron frecuentes los valores frecuentes de ferritina (73,5%), lactato deshidrogenasa (73,9%) y dímero D (63,8%), así como la linfopenia (52,8%). Los fármacos antivirales más utilizados fueron la hidroxicloroquina (85,6%) y el lopinavir/ritonavir (61,4%). El 33,1% tuvo problemas distrés respiratorios. La tasa de mortalidad global fue del 21,0%, con un marcado incremento con la edad (50-59 años: 4,7%, 60-69 años: 10,5%, 70-79 años: 26,9%, ≥80 años: 46%).

[Revista Clínica Española](#)

TOCILIZUMAB FOR SEVERE COVID-19: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

El tocilizumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea el receptor de interleucina (IL)-6 para detener la producción de inflamación. Esta revisión sistemática y metanálisis mostró que la mortalidad por todas las causas de pacientes con COVID-19 grave fue similar entre los grupos de **tocilizumab** y control (16,2% [39/241] frente a 24,1% [85/352], RR, 0,61; IC 95%, 0,31-1,22). El riesgo de ingreso en la UCI fue similar entre el **tocilizumab** y los grupos de control (35.0% vs. 15.8%, RR, 1.51; IC 95%, 0.33-6.78). El requerimiento de Ventilación Mecánica fue similar entre el **tocilizumab** y los grupos de control (32.4% vs. 28.6%, RR, 0.72; IC 95%, 0.05-10.96). No hay evidencia concluyente de que **tocilizumab** proporcione algún beneficio adicional a los pacientes con COVID-19 grave.

[International Journal of Antimicrobial Agents](#)



N95 RESPIRATOR CLEANING AND REUSE METHODS PROPOSED BY THE INVENTOR OF THE N95 MASK MATERIAL

THE JOURNAL OF EMERGENCY MEDICINE

Este artículo, escrito por el desarrollador de la máscara N95, Peter Tsai, describe métodos simples para conservar las máscaras N95 que están respaldados por alguna evidencia. Las recomendaciones incluyen:

- Las máscaras N95 se pueden rotar, 1 máscara cada 3–4 días.
- Las máscaras N95 se pueden calentar a 70° C (158°F) durante 60 minutos.
- Las máscaras N95 se pueden hervir durante 5 minutos.
- Las máscaras N95 se pueden limpiar con vapor a 125°C (257°F) durante 5 minutos.
- **NO RECOMENDADO:** Uso de agua y jabón (54% eficiencia de filtrado) y alcohol (67% eficiencia de filtrado)

Estos métodos conservan una eficiencia de filtrado del 92.4–98.5%

The Journal of Emergency Medicine



N95 RESPIRATOR CLEANING AND REUSE METHODS PROPOSED BY THE INVENTOR OF THE N95 MASK MATERIAL



(A) Use of a hospital blanket warmer to heat N95 masks to 70°C (158°F) for 60 min. (B) There may be other, better methods to hang N95 masks, but note that masks may need to be > 6" from the walls of the heater to prevent mask degradation, depending on the temperature of the surface of the walls.

