

FORO ARGENTINO DE EMERGENCIAS

WWW.URGENCIAS.ORG

**TWO METRES OR ONE: WHAT IS THE EVIDENCE FOR PHYSICAL DISTANCING
IN COVID-19?**

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Para facilitar el retorno a la normalidad en situaciones sociales se deberían considerar medidas graduadas teniendo en cuenta múltiples factores y no solo medidas de distanciamiento físico fijas. Esto no solo proporcionaría una mayor protección en los entornos de mayor riesgo sino también mayor libertad en situaciones de menor riesgo. Los autores coinciden que la dispersión de partículas virales depende de numerosos factores, entre ellos la corriente aérea. La evidencia actual sugiere que SARSCOV2 podría viajar a una distancia superior a 2 metros en situaciones tales como toser y/o gritar. Las reglas de distanciamiento social deberían considerar múltiples factores que pueden afectar el riesgo incluyendo la ventilación, ocupación (cantidad de personas en un salón) y tiempo de exposición

[**BMJ 2020;370:m3223**](#)

EDITORES

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



13 DE OCTUBRE DE 2020

| Type and level of group activity | Low occupancy | | | High occupancy | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|-------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| | Outdoors and well ventilated | Indoors and well ventilated | Poorly ventilated | Outdoors and well ventilated | Indoors and well ventilated | Poorly ventilated |
| Wearing face coverings, contact for short time | | | | | | |
| Silent | Low | Low | Low | Low | Low | Medium |
| Speaking | Low | Low | Low | Low | Low | Medium |
| Shouting, singing | Low | Low | Medium | Medium | Medium | High |
| Wearing face coverings, contact for prolonged time | | | | | | |
| Silent | Low | Low | Medium | Low | Medium | High |
| Speaking | Low | * Low | Medium | * Medium | Medium | High |
| Shouting, singing | Low | Medium | High | Medium | High | High |
| No face coverings, contact for short time | | | | | | |
| Silent | Low | Low | Medium | Medium | Medium | High |
| Speaking | Low | Medium | Medium | Medium | High | High |
| Shouting, singing | Medium | Medium | High | High | High | High |
| No face coverings, contact for prolonged time | | | | | | |
| Silent | Low | Medium | High | Medium | High | High |
| Speaking | Medium | Medium | High | High | High | High |
| Shouting, singing | Medium | High | High | High | High | High |

Risk of transmission

Low ■ Medium ■ High ■

* Borderline case that is highly dependent on quantitative definitions of distancing, number of individuals, and time of exposure

Risk of SARS-CoV-2 transmission from asymptomatic people in different settings and for different occupation times, venting, and crowding levels



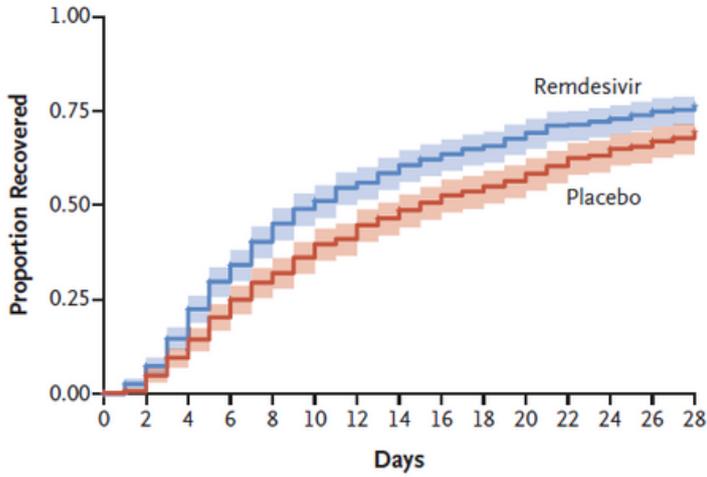
NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

En este mismo espacio presentamos la semana pasada una revisión de remdesivir que incluía 210 pacientes y que no aconsejaba su uso. Este es un ensayo doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo de remdesivir intravenoso en adultos que fueron hospitalizados con Covid-19 y tenían evidencia de infección del tracto respiratorio inferior. Un total de 1.062 pacientes fueron aleatorizados (541 asignados a remdesivir y 521 a placebo). Las estimaciones de Kaplan-Meier de mortalidad fueron del 6,7% con remdesivir y del 11,9% con placebo el día 15 y del 11,4% con remdesivir y del 15,2% con placebo el día 29 (índice de riesgo, 0,73; IC del 95%, 0,52 a 1,03). Se informaron eventos adversos graves en 131 de los 532 pacientes que recibieron remdesivir (24,6%) y en 163 de los 516 pacientes que recibieron placebo (31,6%). Los autores concluyen que el remdesivir fue superior al placebo al acortar el tiempo de recuperación en adultos que fueron hospitalizados con Covid-19 y tenían evidencia de infección del tracto respiratorio inferior.

[DOI: 10.1056/NEJMoa2007764](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2007764)



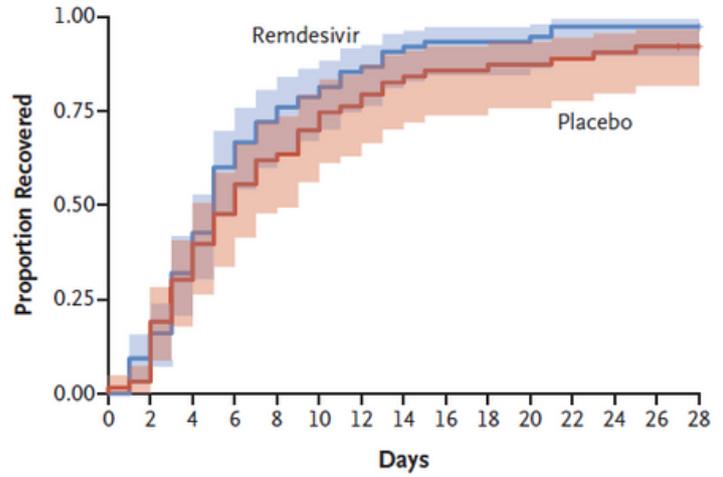
Overall



No. at Risk

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Remdesivir | 541 | 513 | 447 | 366 | 309 | 264 | 234 | 214 | 194 | 180 | 166 | 148 | 143 | 131 | 84 |
| Placebo | 521 | 511 | 463 | 408 | 360 | 326 | 301 | 272 | 249 | 234 | 220 | 200 | 186 | 169 | 105 |

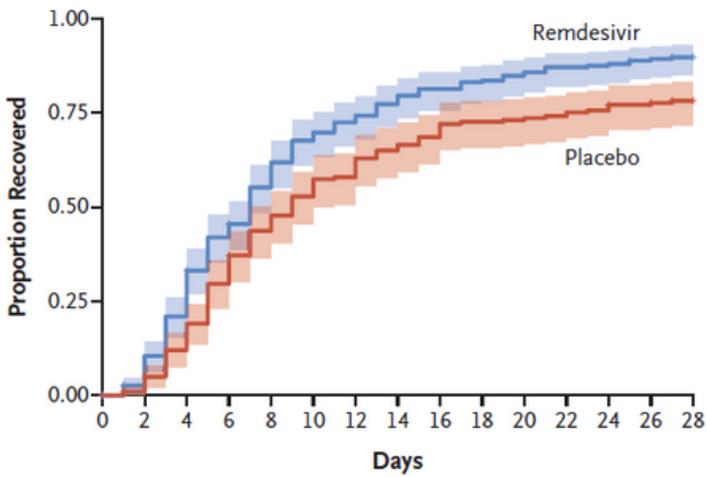
Patients Not Receiving Oxygen



No. at Risk

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|
| Remdesivir | 75 | 68 | 51 | 30 | 21 | 16 | 11 | 7 | 5 | 5 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Placebo | 63 | 61 | 44 | 33 | 24 | 19 | 15 | 11 | 9 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 2 |

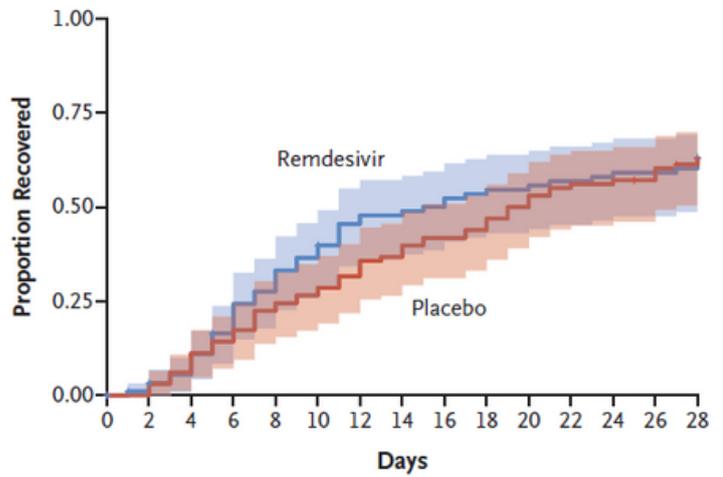
Patients Receiving Oxygen



No. at Risk

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Remdesivir | 232 | 223 | 181 | 132 | 101 | 73 | 62 | 51 | 42 | 38 | 34 | 29 | 28 | 24 | 13 |
| Placebo | 203 | 199 | 175 | 140 | 111 | 93 | 83 | 69 | 62 | 54 | 53 | 51 | 48 | 44 | 28 |

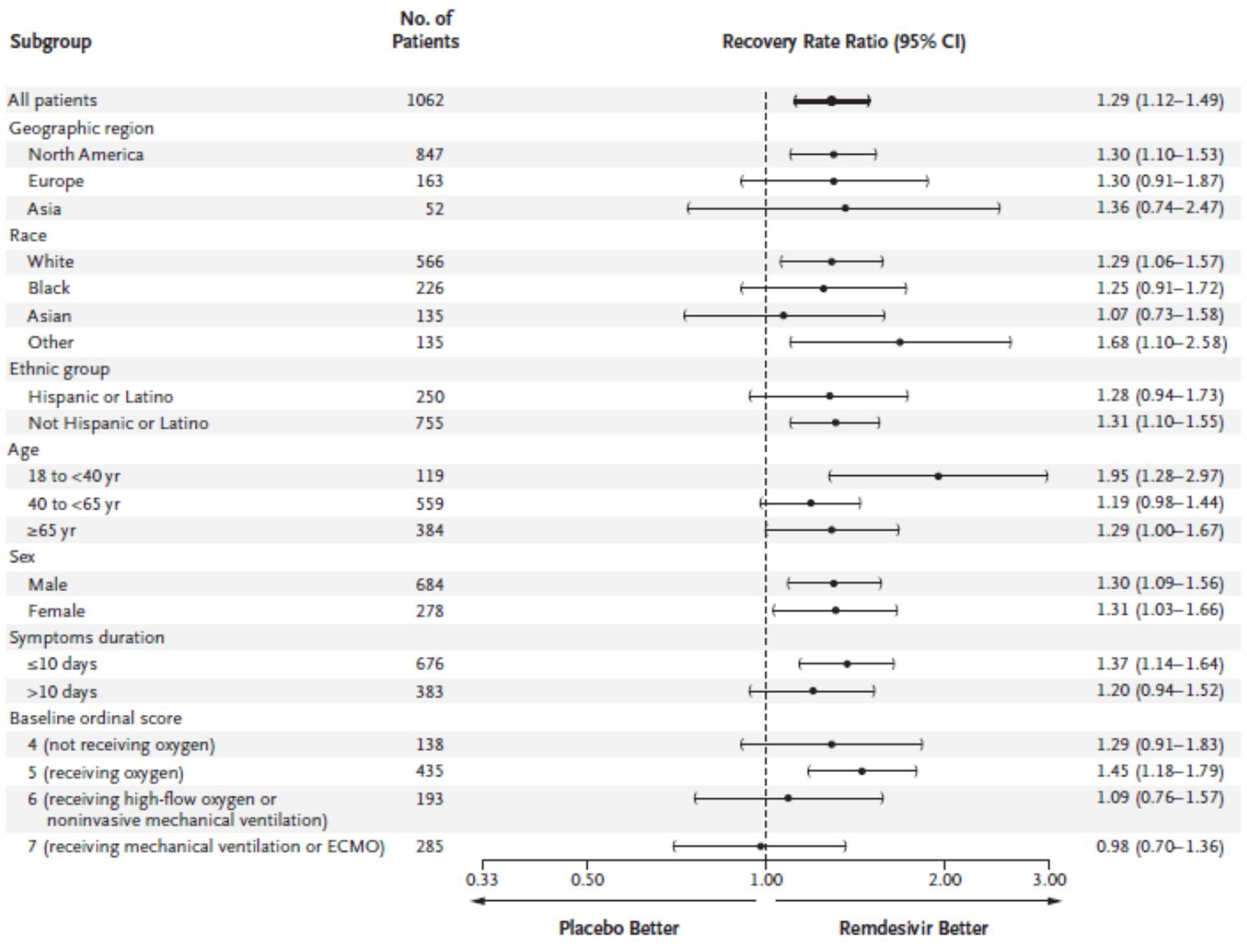
Patients Receiving High-Flow Oxygen or Noninvasive Mechanical Ventilation



No. at Risk

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Remdesivir | 95 | 91 | 86 | 75 | 65 | 57 | 48 | 46 | 44 | 41 | 40 | 38 | 37 | 36 | 27 |
| Placebo | 98 | 98 | 92 | 84 | 76 | 72 | 67 | 62 | 57 | 55 | 49 | 44 | 43 | 41 | 27 |





Time to Recovery According to Subgroup

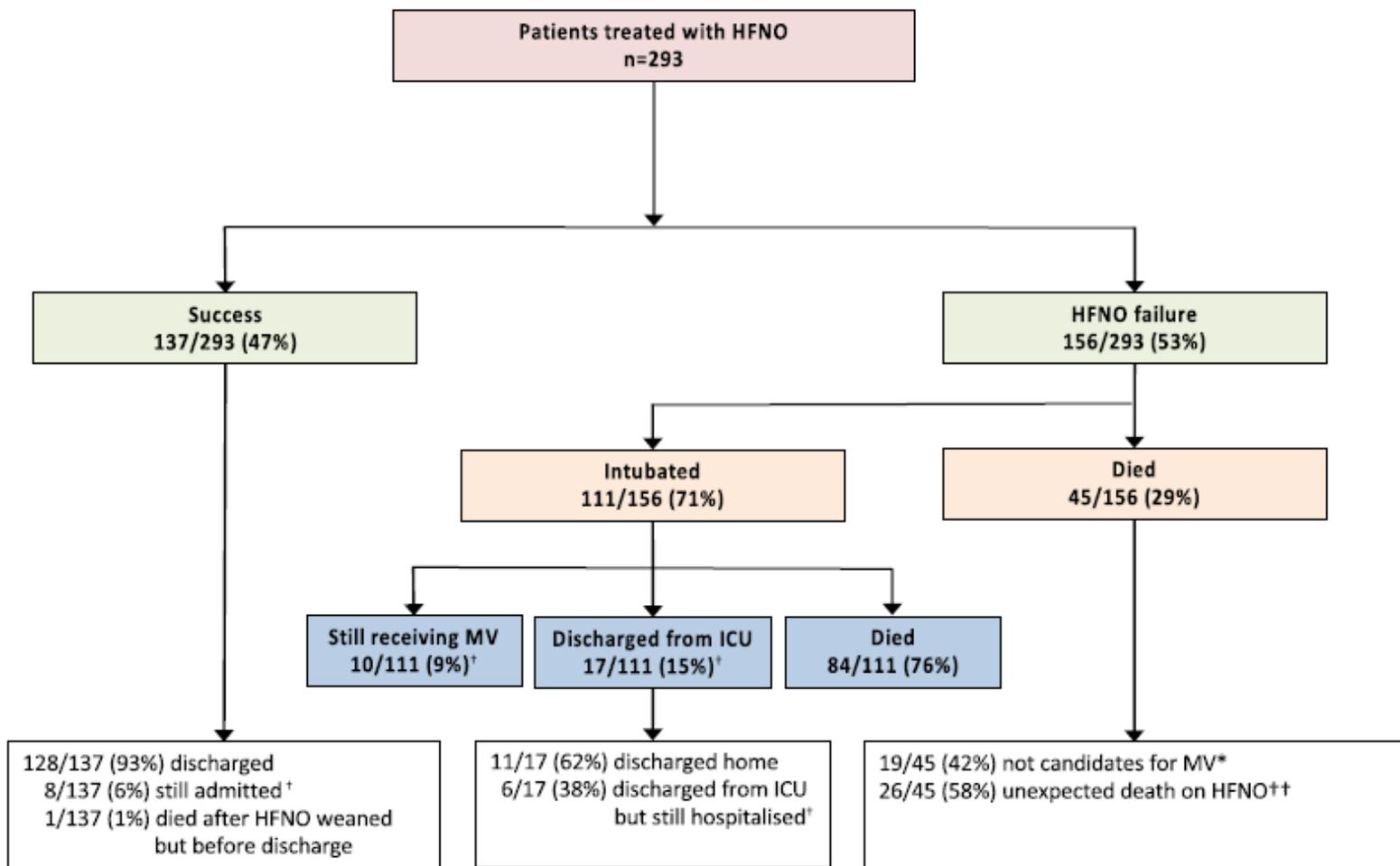


ECLINICALMEDICINE

Se incluyeron pacientes consecutivos con insuficiencia respiratoria (IR) relacionada con COVID-19 tratados con Cánula nasal de alto flujo (CNAF) en dos hospitales terciarios en Ciudad del Cabo, Sudáfrica. El resultado primario fue la proporción de pacientes que fueron destetados con éxito de la CNAF, mientras que el fracaso comprendió la intubación o la muerte con CNAF. De los 293 pacientes, 137 (47%) fueron destetados con éxito de la CNAF. La mediana de duración del CNAF fue de 6hs (3-9) en los tratados con éxito frente a 2 (1-5) días en los que fracasaron ($p < 0,001$). Una relación más alta de saturación de oxígeno/ FiO_2 con la frecuencia respiratoria (escore de ROX) dentro de las 6 h (puntuación de ROX-6) después del inicio de la CNAF se asoció con el éxito del procedimiento (0.43, IC del 95% 0.31 0.60), al igual que el uso de esteroides (0.35, IC del 95% 0,19 0,64). Una puntuación ROX-6 de 3,7 fue un 80% de predicción de un destete exitoso mientras que ROX-6 de 2,2 fue un 74% de predicción de fracaso. Los autores concluyen que, en un entorno de recursos limitados, la CNAF para la IR grave por COVID-19 es factible y casi la mitad de los que lo reciben pueden ser destetados con éxito sin necesidad de ventilación mecánica.

<https://www.journals.elsevier.com/eclinicalmedicine>





HFNO: high-flow nasal cannula oxygen; ICU: intensive care unit; MV: mechanical ventilation, DNR: do not resuscitate.

Success = weaned from HFNO; Failure= need for intubation or death.

* Triaged due local facility protocol, DNR order or pre-specified patient preference.

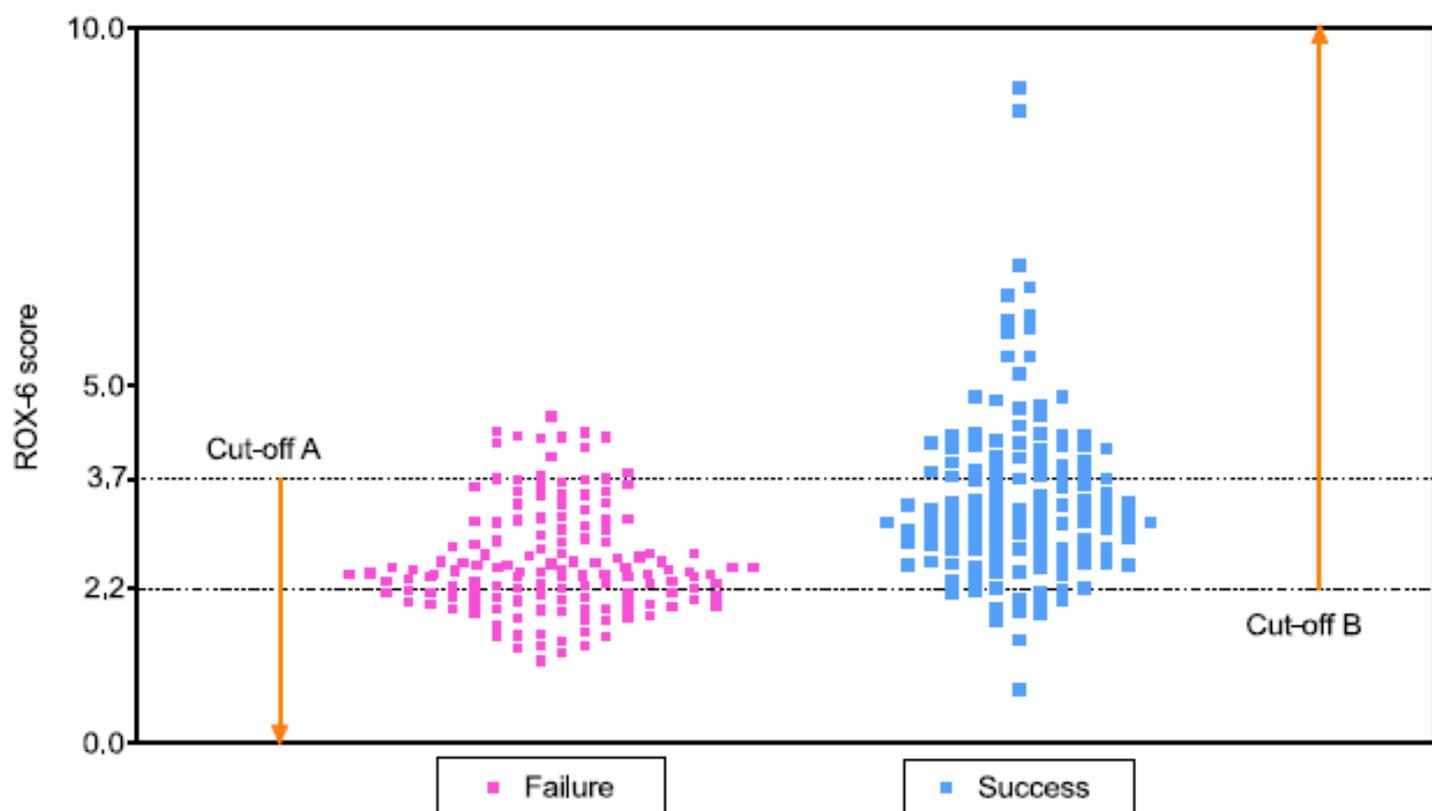
† Survival to hospital discharge = 139/269 (52%): denominator excludes those still in hospital or ventilated in ICU (n = 24).

†† Sudden death = abrupt unexpected death on HFNO (intubation was not being considered at the time).



| | Total (n = 293) | Failure (n = 156) | Success (n = 137) | P-value |
|--|------------------|-------------------|-------------------|---------|
| SpO ₂ (%) | | | | |
| Median (IQR) | 90 (86–94) | 89 (83–92) | 91 (89–94) | <0.001 |
| FiO ₂ (%) | | | | |
| Median (IQR) | 90 (85–95) | 90 (90–95) | 90 (80–93) | <0.001 |
| Respiratory rate (breaths/mins) | | | | |
| Median (IQR) | 37 (30–43) | 40 (34–46) | 32 (28–40) | <0.001 |
| Heart rate (beats/mins) | | | | |
| Median (IQR) | 101 (90–108) | 104 (92–110) | 97 (88–105) | <0.001 |
| SpO ₂ /FiO ₂ ratio | | | | |
| Median (IQR) | 100 (93–107) | 98 (89–103) | 104 (98–115) | <0.001 |
| ROX index at 6 h (ROX-6) | | | | |
| Median (IQR) | 2.78 (2.25–3.62) | 2.41 (2.06–3.05) | 3.26 (2.72–4.10) | <0.001 |
| Modified ROX index at 6 h (mROX-6) | | | | |
| Median (IQR) | 2.90 (2.16–3.74) | 2.33 (1.92–3.12) | 3.44 (2.67–4.20) | <0.001 |

Oxygen requirement and respiratory parameters after 6 h on HFNO.



| Cut-point | Sensitivity | Specificity | PPV | NPV |
|-----------|-------------|-------------|-----|-----|
| 3.7 | 90% | 37% | 56% | 81% |
| 2.7 | 68% | 77% | 72% | 73% |
| 2.2 | 33% | 90% | 74% | 60% |

ALERTA EN EL VATICANO POR UN BROTE ENTRE GUARDIAS SUIZOS

Cuatro miembros de la Guardia Suiza dieron positivo para el SARS-CoV-2 y presentaron síntomas, informó el 12 de octubre la Santa Sede, en momentos en los que un repunte en los casos de COVID-19 en la Italia circundante penetra los muros del Vaticano. Los cuatro miembros están aislados y se están rastreando sus contactos, dijo el Vaticano. Se unen a otros tres residentes de la Santa Sede que dieron positivo al virus en las últimas semanas, además de la decena de funcionarios que se contagiaron durante la primera ola del brote. Italia está registrando un fuerte repunte de casos de COVID-19. La región de Lazio alrededor del Vaticano es de las zonas más afectadas por esta segunda ola de la pandemia.

PRIMERA MUERTE POR REINFECCIÓN

Una mujer holandesa de 89 años, una de los 25 casos de reinfección con el SARS-CoV-2 conocidos en el mundo, falleció por los efectos de la segunda vez que enfermó de COVID-19, agravados por una forma rara de cáncer de médula ósea que padecía. De esta forma se convierte en la primera muerte conocida por una reinfección por el SARS-CoV-2. Dos meses después de superar la COVID-19, la mujer empezó nuevas sesiones de quimioterapia, pero empezó a tener fiebre, a toser y a sufrir una fuerte falta de aire solo dos días después, por lo que fue readmitida en el hospital. Fue sometida a una PCR, en la que dio positivo, pero dio negativo en dos pruebas serológicas que se le hicieron para detectar si aún tenía anticuerpos contra el virus en su sangre, después de la primera vez que se contagió.



ASSOCIATION OF RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM INHIBITORS WITH MORTALITY AND TESTING POSITIVE OF COVID-19; META-ANALYSIS.

JOURNAL OF MEDICAL VIROLOGY

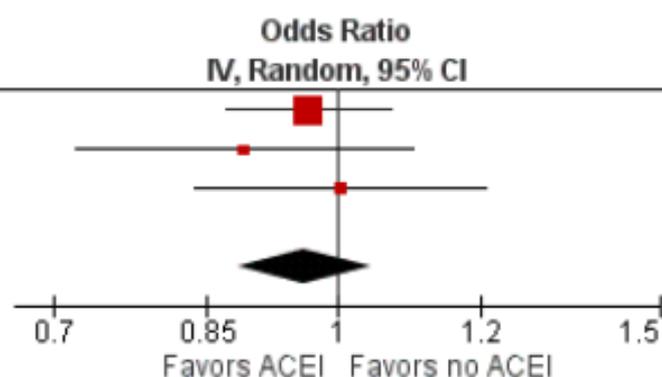
Los autores realizaron dos metaanálisis para investigar el efecto de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y los bloqueantes del receptor de la angiotensina II (BRA II) sobre la mortalidad y la susceptibilidad al COVID-19. Se identificaron tres estudios elegibles para el primer análisis y 14 estudios elegibles para el segundo análisis. El primer análisis demostró que el uso de IECA o BRA II no afectó las tasas positivas de la prueba (razón de posibilidades [OR] [intervalo de confianza [IC]]=0,96 [0,88-1,04]; $p=0,69$, OR [IC]=0,99 [0,91-1,08]; $p=0,35$, respectivamente). El segundo análisis mostró que el uso de IECA y/o BRA II no afectó la mortalidad hospitalaria (razón de riesgo [RR] [95% [IC]] = 0,88 [0,64-1,20], $p=0,42$). El análisis de subgrupos mediante estudios limitativos de pacientes con hipertensión mostró que el uso de IECA y/o BRA II se asoció con una reducción significativa de la mortalidad hospitalaria en comparación con el no uso de IECA o BRA II (RR [IC]=0,66 [0,49-0,89], $p=0,004$). Concluyen que el análisis mostró que el uso de IECA y/o BRA II no se asoció ni con las tasas positivas de COVID-19 ni con la mortalidad de los pacientes con COVID-19.

[doi: 10.1002/jmv.26588](https://doi.org/10.1002/jmv.26588)



| Study or Subgroup | Weight | Odds Ratio IV, Random, 95% CI |
|-----------------------|---------------|----------------------------------|
| Mancia | 64.3% | 0.96 [0.87, 1.07] |
| Mehta | 15.3% | 0.89 [0.72, 1.10] |
| Reynolds | 20.3% | 1.00 [0.84, 1.21] |
| Total (95% CI) | 100.0% | 0.96 [0.88, 1.04] |

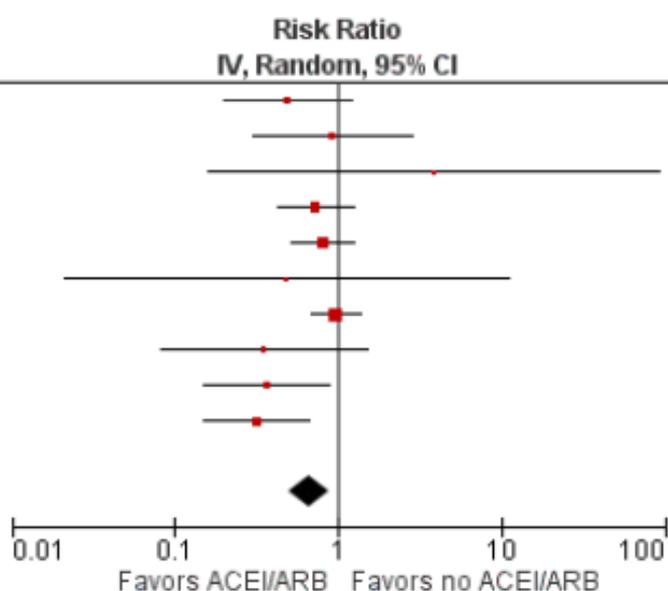
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 0.73, df = 2 (P = 0.69); I² = 0%
 Test for overall effect: Z = 0.95 (P = 0.34)



Comparisons of the testing positive rates of COVID-19 for those who were on ACEI vs. for those who were not on ACEI

| Study or Subgroup | Weight | Risk Ratio IV, Random, 95% CI |
|-----------------------|---------------|----------------------------------|
| Conversano | 8.4% | 0.49 [0.20, 1.20] |
| Gao | 5.8% | 0.93 [0.30, 2.84] |
| Hu | 0.8% | 3.86 [0.16, 93.31] |
| Jung | 16.7% | 0.72 [0.42, 1.23] |
| Li | 20.0% | 0.81 [0.51, 1.26] |
| Meng | 0.9% | 0.48 [0.02, 11.16] |
| Tadeschi | 24.2% | 0.97 [0.68, 1.39] |
| Yang | 3.6% | 0.35 [0.08, 1.51] |
| Zhang | 8.4% | 0.37 [0.15, 0.89] |
| Zhou | 11.1% | 0.31 [0.15, 0.66] |
| Total (95% CI) | 100.0% | 0.66 [0.49, 0.89] |

Heterogeneity: Tau² = 0.06; Chi² = 12.95, df = 9 (P = 0.16); I² = 30%
 Test for overall effect: Z = 2.77 (P = 0.006)



Comparisons of in-patient mortality of COVID-19 for patients with hypertension who were on ACEI and/or ARB and for patients with hypertension who were not on ACEI or ARB.

ACEI: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
 ARB: bloqueantes del receptor de la angiotensina

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

