

FORO ARGENTINO DE EMERGENCIAS

WWW.URGENCIAS.ORG

**EXTRAPULMONARY MANIFESTATIONS OF SEVERE ACUTE RESPIRATORY
SYNDROME CORONAVIRUS-2 (SARS-COV-2) INFECTION**

JOURNAL OF MEDICAL VIROLOGY

Aunque la actual pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) está dominada más comúnmente por la afectación pulmonar, es un gran imitador, que afecta múltiples órganos en una miríada de formas. Estas diversas manifestaciones pueden estar relacionadas con el tropismo viral y las respuestas inmunitarias del huésped, aunque no se han aclarado los mecanismos precisos. Los autores hacen una excelente revisión de las manifestaciones extrapulmonares que, por cuestiones de extensión no se pueden presentar en este espacio.

[doi: 10.1002/jmv.26595](https://doi.org/10.1002/jmv.26595)

EDITORES

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

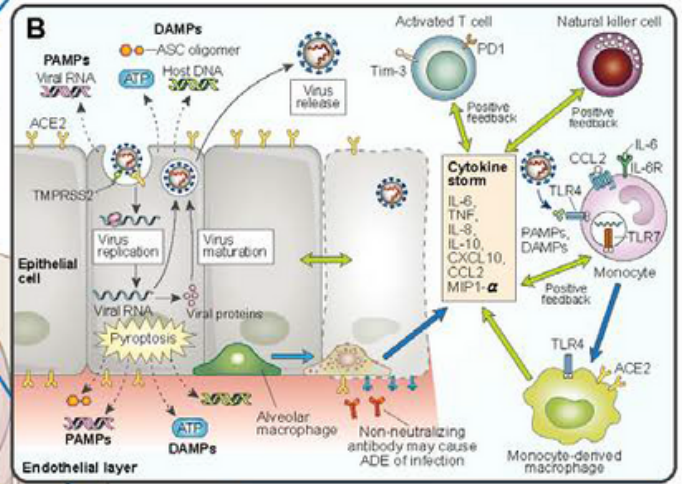
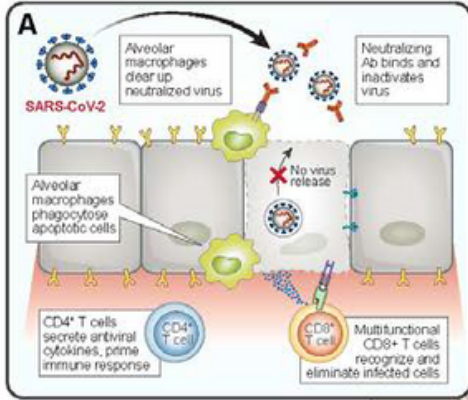
20 DE OCTUBRE DE 2020



Neurologic >30%

- Stroke (0.8-5.7%)
- Impaired consciousness (2-15%)
- Anosmia 5%
- Ageusia 5%

Ocular >30% Conjunctivitis



Hepatic >20%

- Elevated AST, ALT, GGT, total bilirubin

Cardiac >25%

- Elevated Troponin levels (7-28%)
- Myocarditis
- EKG abnormalities >8%
- RV dilation and dysfunction 39%

Endocrine >30%

- Hyperglycemia
- Ketoacidosis
- Subacute thyroiditis
- Low T3

Renal 25%

- Acute kidney injury (AKI) 36%
- Proteinuria (40-65%)
- Hematuria (27-46%)
- Requiring RRT 5%

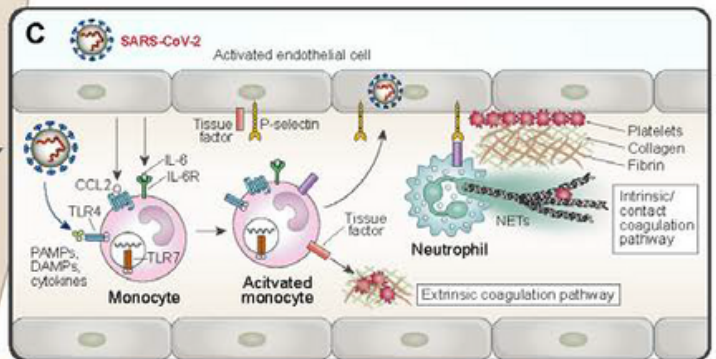
Gastrointestinal (3-8%)

- Abdominal pain 4%
- Diarrhea 8%
- Nausea/vomiting 8%



Dermatologic >20%

- Morbilliform 47%
- Penicillin/Chilblains-like 19%
- Urticaria 19%
- Vesicular 9%
- Livedoid/Necrotic 6%



Hematologic >75%

- Lymphopenia 80%
- Elevated D-dimer 46%
- DIC 70% in non-survivors
- Venous thromboembolism 25%
- Microthrombi in multiple organs



RELATIONSHIP BETWEEN OBESITY AND SEVERE COVID-19 OUTCOMES IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES: RESULTS FROM THE CORONADO STUDY

DIABETES, OBESITY & METABOLISM

Los autores evaluaron específicamente la relación entre las clases de índice de masa corporal (IMC) y pronóstico temprano de COVID-19 en pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2 (DM2). Entre 1.965 pacientes con DM2, se analizaron 434 (22,1%) de peso normal (18,5-24,9 kg/m², grupo de referencia), 726 (36,9%) con sobrepeso (25-29,9 kg/m²) y 805 (41,0%) sujetos obesos, incluidos 491 (25,0%) con obesidad clase I (30-34,9 kg/m²) y 314 (16,0%) con obesidad clase II/III (≥ 35 kg/m²). En un modelo multivariable ajustado, el resultado primario (es decir, ventilación mecánica (VM) y/o muerte al día 7) se asoció significativamente con sobrepeso (OR 1,65 [1,05-2,59]), obesidad clase I (OR 1,93 [1,19-3,14]) y clase II/III (OR 1,98 [1,11-3,52]). Después del ajuste multivariable, el resultado primario por muerte al día 7 se asoció significativamente con la obesidad en pacientes menores de 75 años, mientras que dicha asociación ya no se encontró en los mayores de 75 años. Concluyen que el sobrepeso y la obesidad se asocian a un mal pronóstico temprano en pacientes con DM2 hospitalizados por COVID-19. Es importante destacar que el impacto deletéreo de la obesidad en el pronóstico de COVID-19 ya no se observó en los ancianos, lo que destaca la necesidad de un manejo específico en esta población.

<https://doi.org/10.1111/dom.14228>

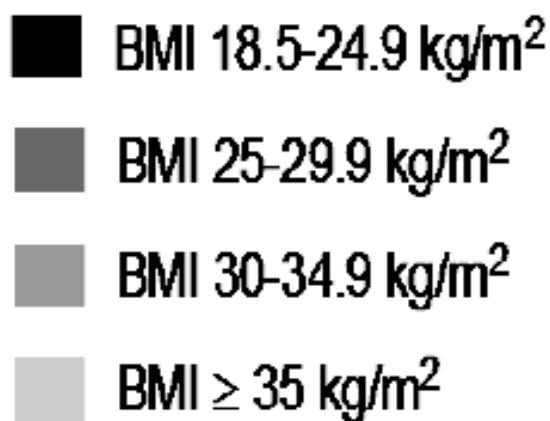


	Primary outcome by D7			
	Events/total number of participants (%)		Odds Ratio (95% CI)	
	< 75 yrs	≥ 75 yrs	< 75 yrs	≥ 75 yrs
All				
BMI				
18.5-24.9 kg/m ²	46/210 (21.9%)	53/224 (23.7%)	1	1.15 (0.54-2.44), P=0.7251
25-29.9 kg/m ²	126/442 (28.5%)	65/284 (22.9%)	1.73 (0.92-3.24), P=0.0897	1.85 (0.95-3.64), P=0.0726
≥ 30kg/m ²	191/566 (33.7%)	65/239 (27.2%)	2.32 (1.25-4.30), P=0.0077	1.68 (0.83-3.43), P=0.1507
<i>p-value</i>			0.0733	
<i>p-value for interaction</i>			0.4767	

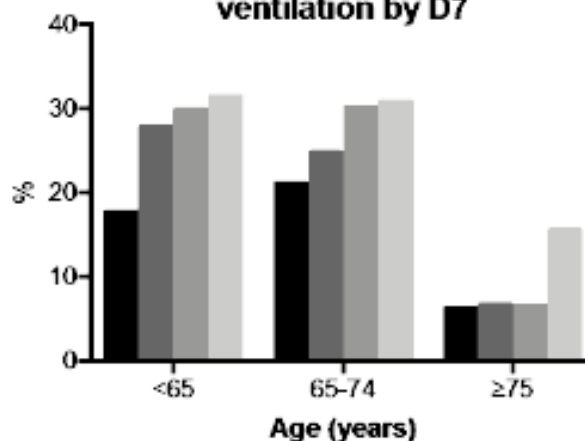
Association of BMI subgroups with the different outcomes by day 7 according to age (< or ≥ 75 years), using multiple logistic regression with multivariable adjustment.

BMI: Índice de masa corporal

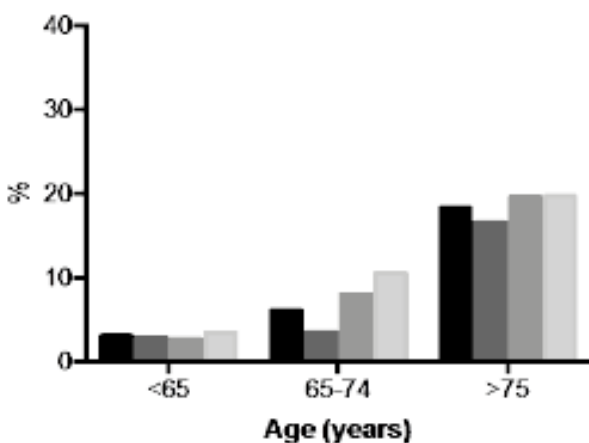




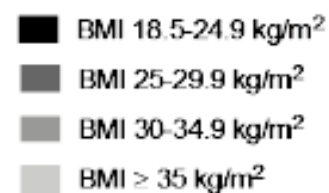
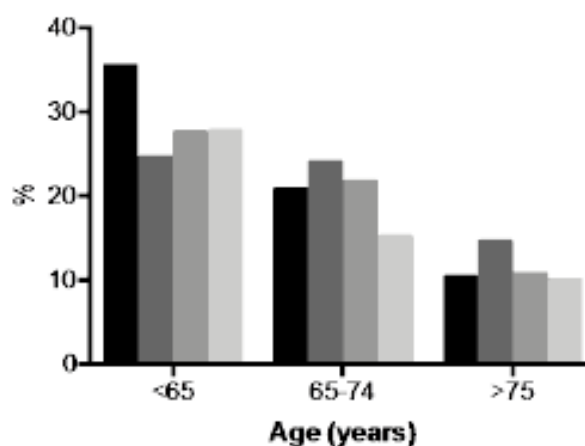
Intubation for mechanical ventilation by D7



Death by D7



Discharge by D7



Distribution of COVID-19-related outcomes per age and BMI subgroups



CLINICAL EFFICACY OF INTRAVENOUS IMMUNOGLOBULIN THERAPY IN CRITICAL ILL PATIENTS WITH COVID-19: A MULTICENTER RETROSPECTIVE COHORT STUDY

CLINICAL & TRANSLATIONAL IMMUNOLOGY

Los autores muestran un estudio de cohorte multicéntrico realizado en China para evaluar el efecto terapéutico de la administración de inmunoglobulina endovenosa (IgIV) a pacientes con enfermedad COVID-19 críticos. Los resultados primarios fueron la mortalidad a los 28 y 60 días, y los resultados secundarios fueron: duración total de la hospitalización y duración total de la enfermedad. En los 325 pacientes enrolados, 174 casos utilizaron IgIV y 151 casos no. La mortalidad a los 28 días mejoró con IgIV después de ajustar los factores de confusión en la cohorte general ($P=0,0014$), y la duración de la enfermedad intrahospitalaria y total fue más prolongada en el grupo de IgIV ($P < 0,001$). El análisis de subgrupos mostró que solo en pacientes con tipo crítico, la IgIV podría reducir significativamente la mortalidad a los 28 días, disminuir la respuesta inflamatoria y mejorar algunas funciones de los órganos (todos $P < 0,05$); la aplicación de IgIV en la etapa temprana (ingreso ≤ 7 días) con una dosis alta (> 15 g por día) mostró una reducción significativa en la mortalidad a 60 días en los pacientes de tipo crítico. Los autores concluyen que la administración temprana de IgIV con dosis altas mejora el pronóstico de los pacientes de tipo crítico con COVID-19.

[doi: 10.1002/cti2.1192](https://doi.org/10.1002/cti2.1192)



Effects of IVIG treatment on the primary and secondary outcomes in all patients

	Total (N = 325)	IVIG (N = 174)	Non-IVIG (N = 151)	P-value	P-value [*]
Primary outcomes N (%)					
28-day mortality	42 (13%)	22 (13%)	20 (13%)	0.872	0.014
60-day mortality	55 (17%)	33 (19%)	22 (15%)	0.292	0.469
Secondary outcome, median (IQR)					
In-hospital days	20.0 (14.0–28.0)	23.5 (16.0–33.0)	16.0 (13.0–22.0)	< 0.001	0.012
Total course of disease	28.0 (19.0–37.0)	31.0 (23.0–39.0)	23.0 (17.0–31.0)	< 0.001	< 0.001

Total course of disease: time from illness onset to death or discharge, days

* Adjusted for age; gender; temperature; SBP; comorbidity; PaO₂/FiO₂; WBC; NEU; LYM; PCT; CRP; LAC; ALT; clinical classifications; SOFA; APACH II.



PAÍSES DE TODO EL MUNDO REGISTRAN RÉCORDS DE CASOS DE COVID-19 Y APLICAN NUEVAS RESTRICCIONES

La segunda ola de COVID-19 volvió a golpear con fuerza a Europa, donde numerosos países registraron el 17 de octubre un récord de contagios e impusieron nuevas restricciones para intentar frenar el avance de la pandemia. Las nuevas infecciones en el continente europeo se dispararon 44% esta semana, mientras que disminuyeron en América Latina, Medio Oriente y Asia. Francia se convirtió en el tercer país con más infecciones diarias, con 30.543 en las últimas 24 horas, lo que llevó al Gobierno francés a tomar medidas drásticas, con la imposición a partir del 17 de octubre de un toque de queda en París y otras grandes ciudades que afecta a unos 20 millones de personas. También en el Reino Unido, el país más afectado de Europa por la COVID-19, con más de 43.400 muertos, impuso nuevas restricciones a la mitad de la población de Inglaterra, es decir, a unos 28 millones de habitantes. En Bélgica, el tercer país con más muertes por COVID-19 cada millón de habitantes en el mundo, los cafés y restaurantes también cerrarán a partir del 19 de octubre durante un mes y habrá un toque de queda por la noche. En tanto, en Italia, donde se registró el cuarto día de récord de positivos con 10.952 nuevos casos en la víspera, la región norteña de Lombardia, principal foco del rebrote, cerró el 18 de octubre sus bares y restaurantes y suspendió todos los eventos deportivos.



THE LOW-HARM SCORE FOR PREDICTING MORTALITY IN PATIENTS DIAGNOSED WITH COVID-19: AMULTICENTRIC VALIDATION STUDY

JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS

Los autores buscaron determinar la precisión de la puntuación LOW-HARM (linfopenia, saturación de oxígeno, glóbulos blancos, hipertensión, edad, lesión renal y lesión miocárdica) para predecir la muerte por coronavirus 2019 (COVID-19). Derivaron la puntuación como un nomograma de Fagan concatenado para el teorema de Bayes utilizando datos de cohortes publicadas de pacientes con COVID-19. Validaron el puntaje en 400 ingresos hospitalarios COVID-19 consecutivos (200 muertes y 200 sobrevivientes) de 12 hospitales en México. Determinaron la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de LOW-HARM para predecir muerte hospitalaria. Las puntuaciones de LOW-HARM y sus distribuciones fueron significativamente más bajas en los pacientes que fueron dados de alta en comparación con los que murieron durante su hospitalización 5 (DE: 14) versus 70 (DE: 28). El área general bajo la curva para la puntuación LOW-HARM fue de 0,96 (intervalo de confianza del 95%: 0,94-0,98). Un punto de corte > 65 puntos tenía una especificidad del 97,5% y un valor predictivo positivo del 96%. Los autores concluyen que la puntuación LOW-HARM medida al ingreso hospitalario es altamente específica y clínicamente útil para predecir la mortalidad en pacientes con COVID-19.

<https://doi.org/10.1002/emp2.12259>

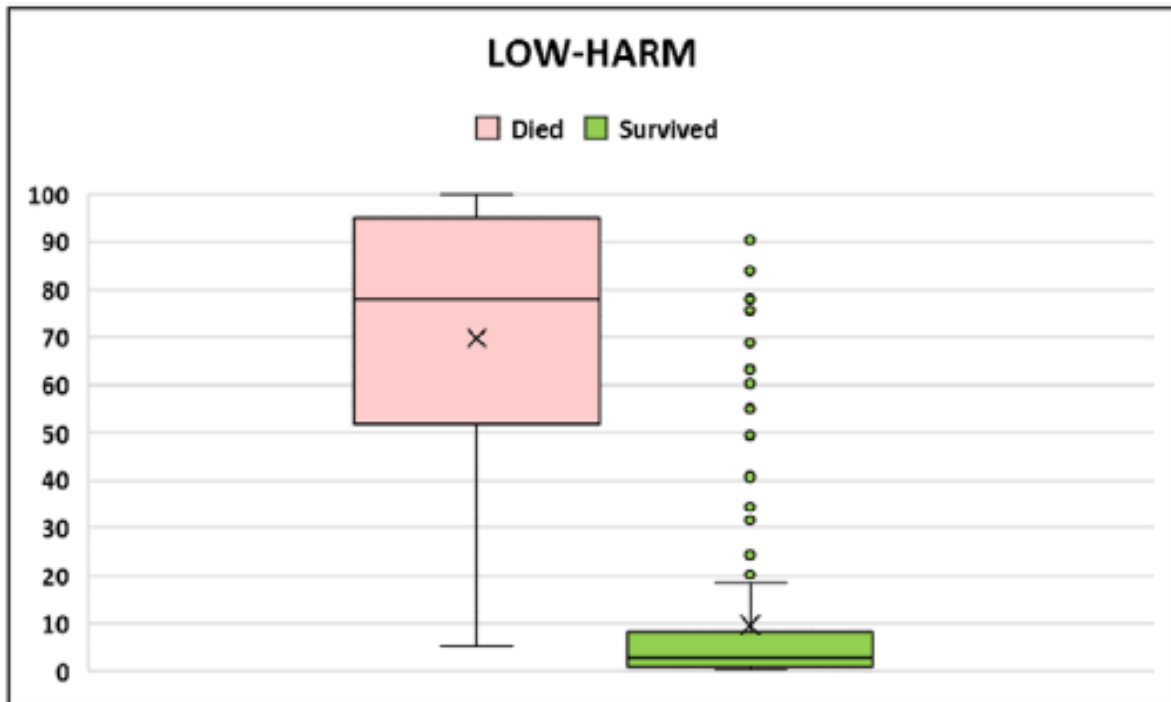
20 DE OCTUBRE DE 2020



Frequency of each LOW-HARM score component according to clinical outcome

Variable	Survivors (n = 200)	Deaths (n = 200)	P value ^a
Lymphocytes < 800 cells/ μ L	65 (32.5)	146 (73)	<0.01
SpO ₂ < 88% (%)	73 (36.5)	191 (95.5)	<0.01
White blood cells > 10,000 cells/ μ L	20 (10)	113 (56.5)	<0.01
Hypertension (%)	40 (20)	95 (47.5)	<0.01
Serum creatinine > 1.5 mg/dL (%)	4 (2)	78 (36)	<0.01
Cardiac injury ^b (%)	22 (11)	118 (59)	<0.01
Creatine phosphokinase > 185 U/L	16 (8)	38 (19)	
hsTnl > 99th P100	5 (2.5)	78 (39)	
Myoglobin	1 (0.5)	2 (1)	

Frequency of each LOW-HARM score component according to clinical outcome



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

