

# FORO ARGENTINO DE EMERGENCIAS

[WWW.URGENCIAS.ORG](http://WWW.URGENCIAS.ORG)

**RISK OF VENOUS THROMBOEMBOLISM AFTER CARBON MONOXIDE  
POISONING: A NATIONWIDE POPULATION-BASED STUDY**

**ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE**

En este artículo se compara el riesgo de tromboembolismo venoso (embolia pulmonar o trombosis venosa profunda) después de la intoxicación por monóxido de carbono (CO).

Se incluyeron a 22.699 pacientes. El riesgo de tromboembolismo venoso fue significativamente elevado durante los días 0 a 90 después de la intoxicación por CO. Los autores concluyen que el riesgo de tromboembolismo venoso persistió hasta 90 días después de la intoxicación por CO. El riesgo de embolia pulmonar aumentó 22 veces y el de trombosis venosa profunda 10 veces, especialmente en el primer mes después de la intoxicación por CO. Los pacientes deben ser monitoreados por riesgo de tromboembolismo venoso después de una intoxicación por CO.

<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.08.454>

## EDITORES

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



**Table 2.** Number and OR of venous thromboembolisms for sequential 3-month periods after carbon monoxide poisoning (n=22,699).

	No. of Patients		OR	95% CI
	Cohort Period	Crossover Period		
<b>Venous thromboembolism period, days</b>				
0-90	91	23	3.96	2.50-6.25
91-180	17	18	0.94	0.49-1.83
181-270	15	27	0.56	0.30-1.04
271-360	15	13	1.15	0.55-2.43
<b>Pulmonary embolism period, days</b>				
0-90	50	8	6.25	2.96-13.18
91-180	4	6	0.67	0.19-2.36
181-270	5	8	0.63	0.20-1.91
271-360	3	2	1.50	0.25-8.98
<b>Deep venous thrombosis period, days</b>				
0-90	50	17	2.94	1.70-5.10
91-180	16	13	1.23	0.59-2.56
181-270	11	20	0.55	0.26-1.15
271-360	12	11	1.09	0.48-2.47



# READMISSION AND DEATH AFTER INITIAL HOSPITAL DISCHARGE AMONG PATIENTS WITH COVID-19 IN A LARGE MULTIHOSPITAL SYSTEM

JAMA

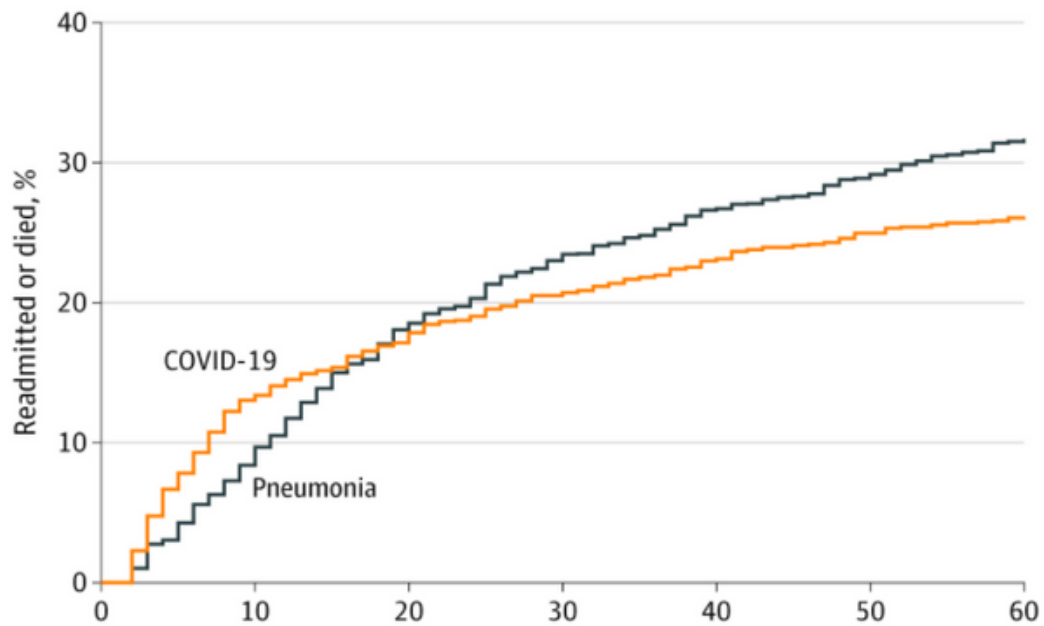
En este artículo, se mide la tasa de readmisión, los motivos de la readmisión y la tasa de muerte después del alta hospitalaria entre los pacientes con COVID-19 en el sistema nacional de atención de la salud de Asuntos de Veteranos (VA). Se identifican cohortes de comparación de hospitalizaciones por neumonía no COVID e insuficiencia cardíaca durante el mismo tiempo. Hubo 2.179 hospitalizaciones por COVID-19 de los cuales 1.775 (81,5%) sobrevivieron. De éstos, 354 fueron readmitidos, 162 fallecieron y 479 fueron readmitidos o fallecieron. Los diagnósticos de readmisión más comunes fueron COVID-19, sepsis, neumonía e insuficiencia cardíaca. Se incluyeron en el estudio 1.799 pacientes con neumonía y 3.505 con insuficiencia cardíaca que sobrevivieron en las comparaciones ponderadas con pacientes con COVID-19. Los sobrevivientes de COVID-19 tuvieron tasas más bajas de reingreso o muerte a los 60 días que los supervivientes emparejados de neumonía (26,1% frente a 31,7%;  $p=0,006$ ) e insuficiencia cardíaca (27,0% frente a 37,0%;  $p<0,001$ ). Sin embargo, los sobrevivientes de COVID-19 tuvieron tasas más altas de reingreso o muerte en los primeros 10 días después del alta que los sobrevivientes de neumonía (13,4% frente a 9,7%;  $p = 0,01$ ) e insuficiencia cardíaca (13,9% frente a 8,8%;  $p <0,001$ ). Los autores concluyen que el 27% de los sobrevivientes de hospitalización por COVID-19 fueron readmitidos o murieron 60 días después del alta, y esta tasa fue más baja que la de los sobrevivientes de neumonía o insuficiencia cardíaca. Sin embargo, las tasas de readmisión o muerte fueron más altas que las de neumonía o insuficiencia cardíaca durante los primeros 10 días después del alta después de la hospitalización por COVID-19, lo que sugiere un período de mayor riesgo de deterioro clínico.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2774380>

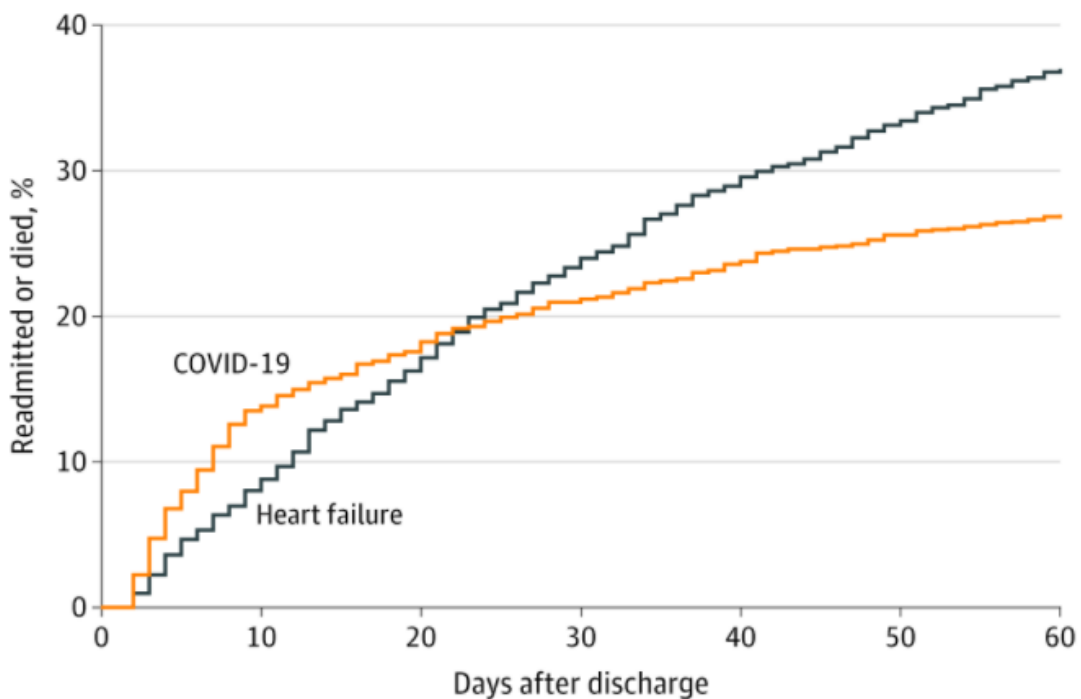
3 DE FEBRERO DE 2021



**A** COVID-19 vs pneumonia



**B** COVID-19 vs heart failure



**A**, Included 1.366 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) and 1.799 with pneumonia. The hazard ratios for 0 to 10 days were 1.43 (95% CI, 1.09-1.87); for 11 to 20 days, 0.51 (95% CI, 0.36-0.74); for 21 to 40 days, 0.63 (95% CI, 0.45-0.88); and for 41 to 60 days, 0.57 (95% CI, 0.38-0.85).

**B**, Included 1.430 patients with COVID-19 and 3.505 with heart failure. The hazard ratios for 0 to 10 days were 1.62 (95% CI, 1.31-2.01); for 11 to 20 days, 0.55 (95% CI, 0.41-0.74); for 21 to 40 days, 0.43 (95% CI, 0.33-0.56); and for 41 to 60 days, 0.39 (95% CI, 0.28-0.55).

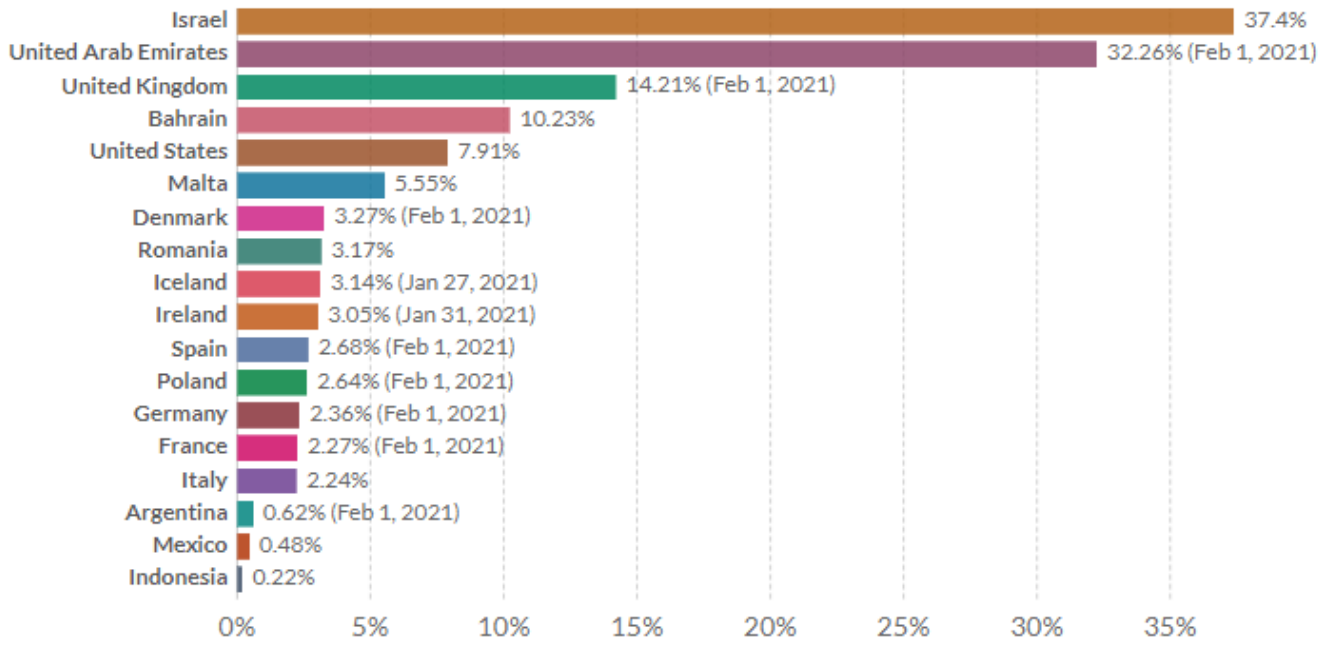


# La COVID-19 en el mundo

## Share of people who received at least one dose of COVID-19 vaccine, Feb 2, 2021

Our World in Data

Share of the total population that received at least one vaccine dose. This may not equal the share that are fully vaccinated if the vaccine requires two doses.



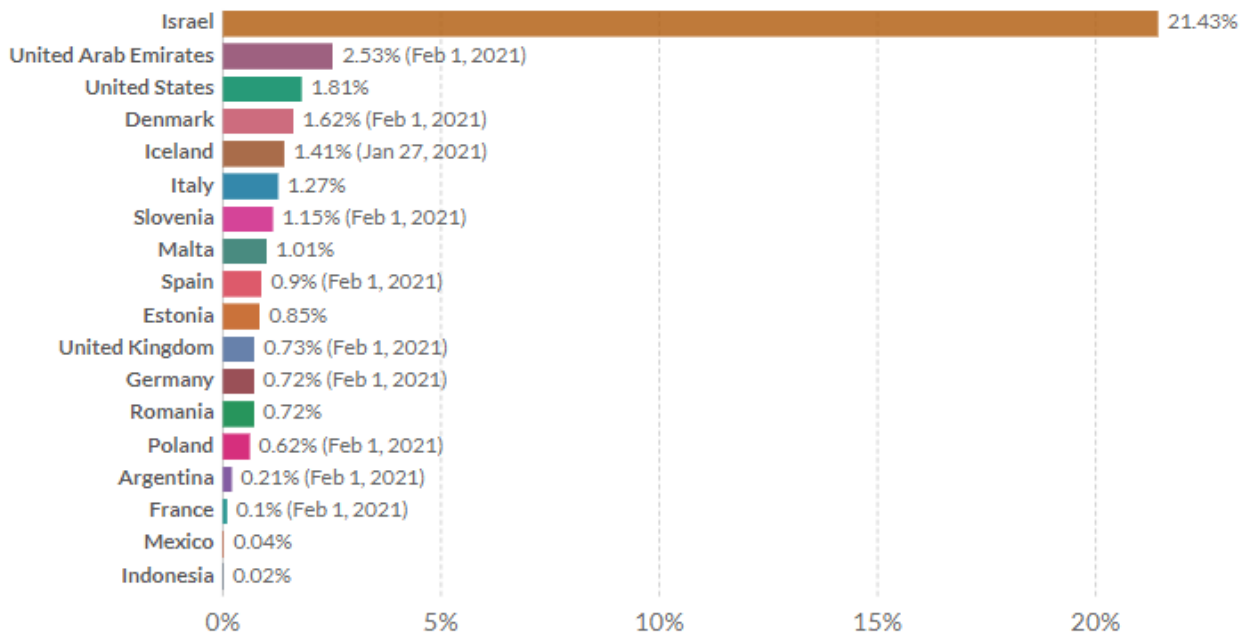
Source: Official data collated by Our World in Data - Last updated 3 February, 09:00 (London time)

CC BY

## Share of the population fully vaccinated against COVID-19, Feb 2, 2021

Our World in Data

Share of the total population that have received all doses prescribed by the vaccination protocol. This data is only available for countries which report the breakdown of doses administered by first and second doses.



Source: Official data collated by Our World in Data - Last updated 3 February, 09:00 (London time)

CC BY



# CARDIAC MYOSIN ACTIVATION WITH OMECANTIV MECARBIL IN SYSTOLIC HEART FAILURE

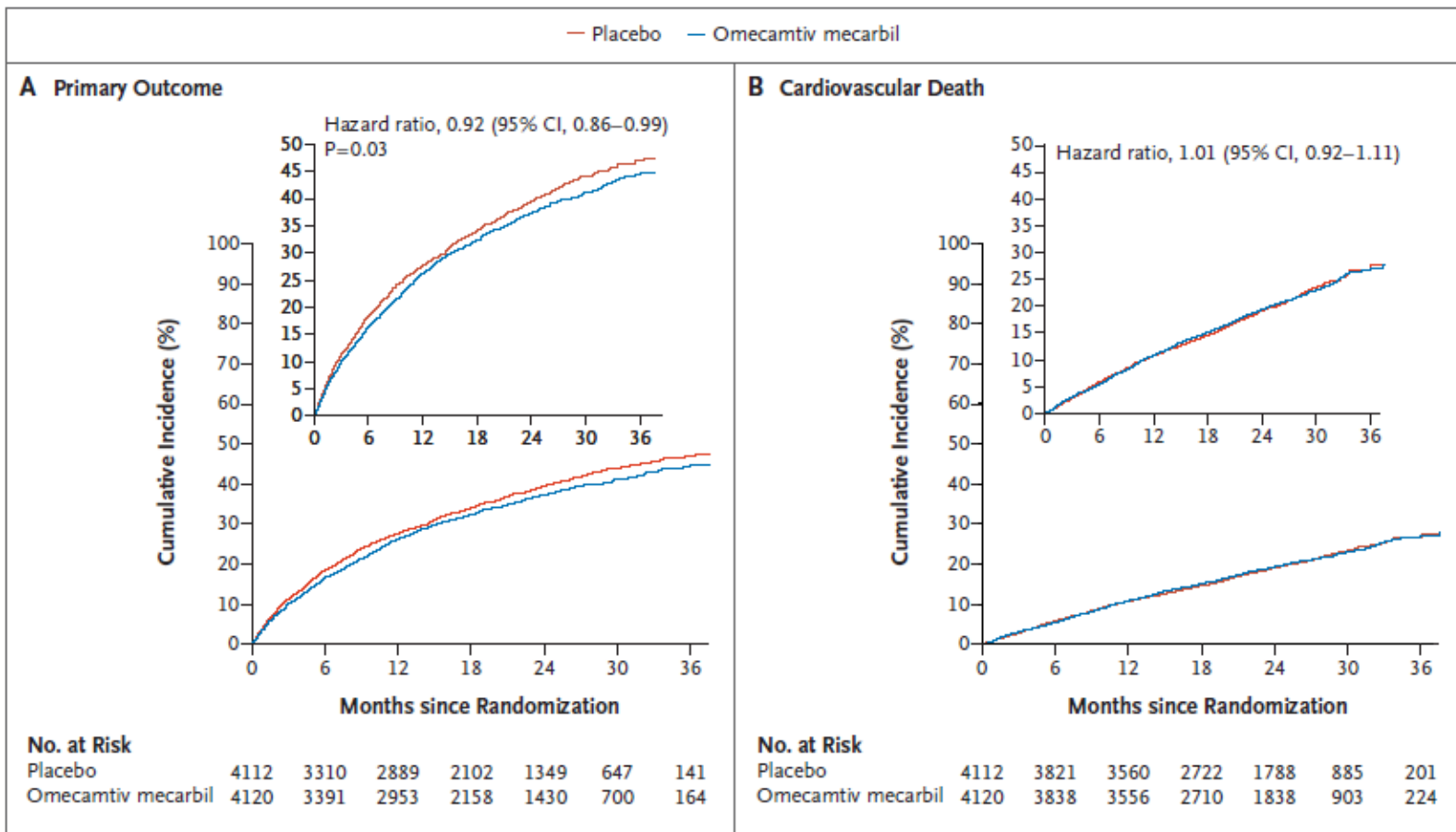
NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Se ha demostrado que el activador cardíaco selectivo de miosina omecamtiv mecarbíl mejora la función cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. Se asignaron aleatoriamente a 8.256 pacientes (pacientes hospitalizados y ambulatorios) con insuficiencia cardíaca crónica sintomática y una fracción de eyección del 35% o menos para recibir omecamtiv mecarbíl (25 mg, 37,5 mg o 50 mg dos veces al día) o placebo, además de la terapia estándar para la insuficiencia cardíaca. El resultado primario fue una combinación de un primer evento de insuficiencia cardíaca (hospitalización o visita urgente por insuficiencia cardíaca) o muerte por causas cardiovasculares. Durante una mediana de 21,8 meses, se produjo un evento de resultado primario en 1.523 de 4.120 pacientes (37,0%) en el grupo de omecamtiv mecarbíl y en 1.607 de 4.112 pacientes (39,1%) en el grupo de placebo (índice de riesgo, 0,92; 95% de confianza intervalo [IC], 0,86 a 0,99; P = 0,03). Un total de 808 pacientes (19,6%) y 798 pacientes (19,4%), respectivamente, murieron por causas cardiovasculares (índice de riesgo, 1,01; IC del 95%, 0,92 a 1,11). En la semana 24, el cambio con respecto al valor inicial para la mediana del nivel de péptido natriurético pro-B-terminal N-terminal fue un 10% menor en el grupo de omecamtiv mecarbíl que en el grupo de placebo. La frecuencia de eventos de arritmia cardíaca isquémica y ventricular fue similar en los dos grupos. Los autores concluyen que, entre los pacientes con insuficiencia cardíaca y una eyección reducida, los que recibieron omecamtiv mecarbíl tuvieron una menor incidencia de una combinación de un evento de insuficiencia cardíaca o muerte por causas cardiovasculares que los que recibieron placebo.

[DOI: 10.1056/NEJMoa2025797](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2025797)

3 DE FEBRERO DE 2021





The primary outcome was a composite of a heart-failure event or cardiovascular death, whichever occurred first. The cumulative incidence of the primary composite outcome (Panel A) and death from cardiovascular causes (Panel B) was estimated with the use of the Kaplan–Meier method. Hazard ratios and 95% confidence intervals were estimated with the use of Cox regression models stratified according to randomization location and geographic region, with the trial group as an explanatory variable. Analyses were performed in the intention-to-treat population in the full analysis set. The inset in each panel shows the same data on an enlarged y axis.



# REAL-WORLD COMPARATIVE SAFETY AND EFFICACY OF TENECTEPLASE VERSUS ALTEPLASE IN ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH LARGE VESSEL OCCLUSION

## THERAPEUTIC ADVANCES IN NEUROLOGICAL DISORDERS

El objetivo de este trabajo fue comparar la seguridad y eficacia del tenecteplase intravenoso con el alteplase IV para los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo (ACVI) con oclusión de grandes vasos (OGV) en la práctica clínica diaria. Se evaluaron prospectivamente a pacientes tratados con trombólisis intravenosa con o sin trombectomía mecánica en dos centros terciarios de ictus. Los pacientes fueron tratados con alteplase en dosis estándar (0,9 mg/kg) o 0,25 mg/kg de tenecteplase. Diecinueve pacientes recibieron tenecteplase y 39 recibieron alteplase. Se observó una tasa más alta no significativa de trombectomías evitadas (32% versus 18%,  $p=0.243$ ) y una tasa más alta no significativa de hemorragia intracerebral sintomática (HICS) (16% versus 5%,  $p=0.201$ ) en el grupo de tenecteplase. La tasa de mejoría neurológica importante en 24 h fue mayor en el grupo de tenecteplase (64% frente a 33%,  $p = 0,046$ ) pero se atenuó marginalmente en los análisis multivariados (OR ajustado 10,22, IC del 95%: 0,73-142,98;  $p=0,084$ ). La mRS al alta, la mRS a los 3 meses y la independencia funcional a los 3 meses (puntuaciones de mRS de 0 a 2) no difirieron ( $p > 0,2$ ) entre los dos grupos. Las tasas de mortalidad a los 3 meses (11% versus 18%,  $p=0,703$ ) fueron similares en los dos grupos. No surgió una asociación independiente entre el agente trombolítico y los resultados de seguridad o eficacia en los análisis de regresión multivariable. Los autores concluyen que en este estudio piloto observacional los pacientes con ACVI con OGV tratados con tenecteplase tenían una mayor probabilidad de lograr una mejoría neurológica temprana en comparación con los pacientes tratados con alteplase, pero esta asociación se atenuó después del ajuste por posibles factores de confusión. No hubo diferencias significativas en los resultados funcionales o de seguridad a los 3 meses entre los dos grupos.

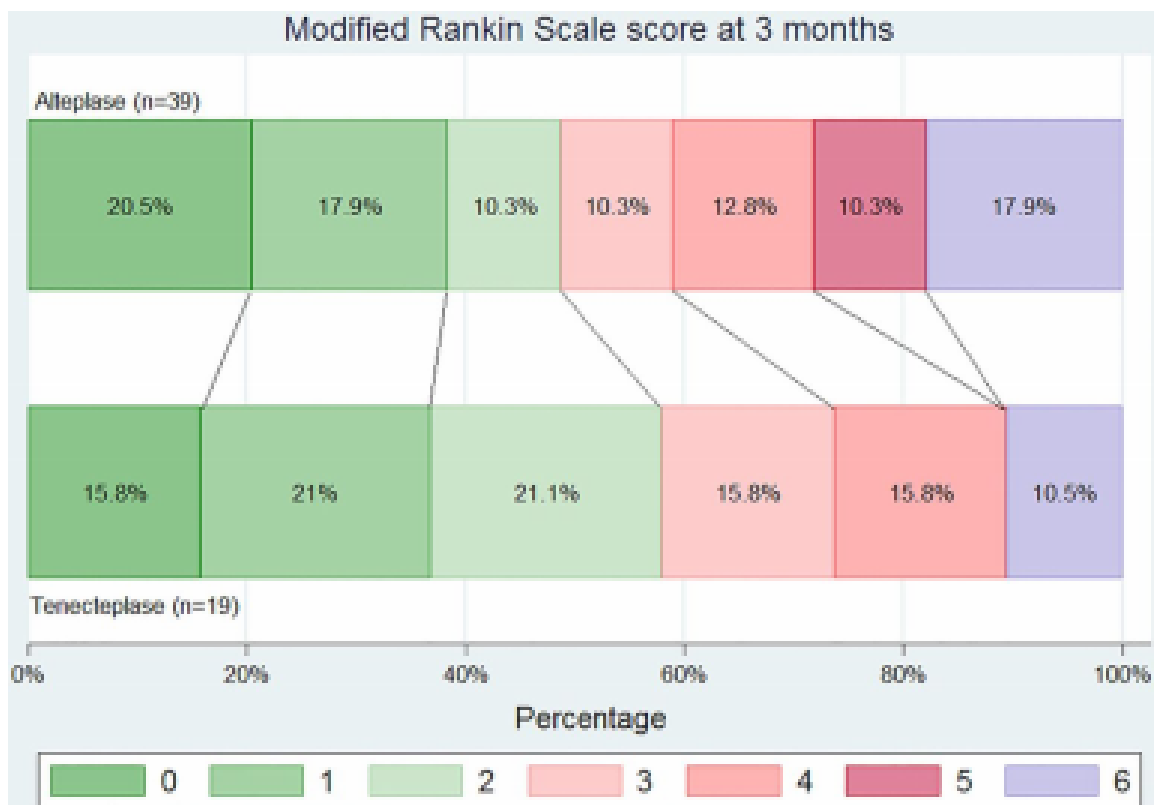
<https://doi.org/10.1177/1756286420986727>





**Table 2.** Outcomes in patients treated with tenecteplase and alteplase.

	Tenecteplase (n = 19)	Alteplase (n = 39)	p-value
Averted mechanical thrombectomy (%)	31.5%	17.9%	0.243
Any intracranial hemorrhage (%)	21.7%	7.7%	0.201
Symptomatic intracranial hemorrhage (%)	15.8%	5.1%	0.318
NIHSS score 24 h, points (median, IQR)	7 (2-10)	9 (3-15)	0.440
DNIHSS 24 h, % (median, IQR)	65% (46-75)	41% (0-65)	0.222
Major neurological improvement at 24 h* (%)	64.2%	33.3%	0.046
Discharge mRS score, points (median, IQR)	3 (1-5)	3 (1-5)	0.707
3-month mRS score, points (median, IQR)	2 (1-4)	3 (1-5)	0.466
3-month Functional Independence (%) <sup>†</sup>	57.9%	48.7%	0.512
3-month Mortality (%)	10.5%	17.9%	0.703



# RAPID SYSTEMATIC REVIEW: THE APPROPRIATE USE OF QUICK SEQUENTIAL ORGAN FAILURE ASSESSMENT (QSOFA) IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

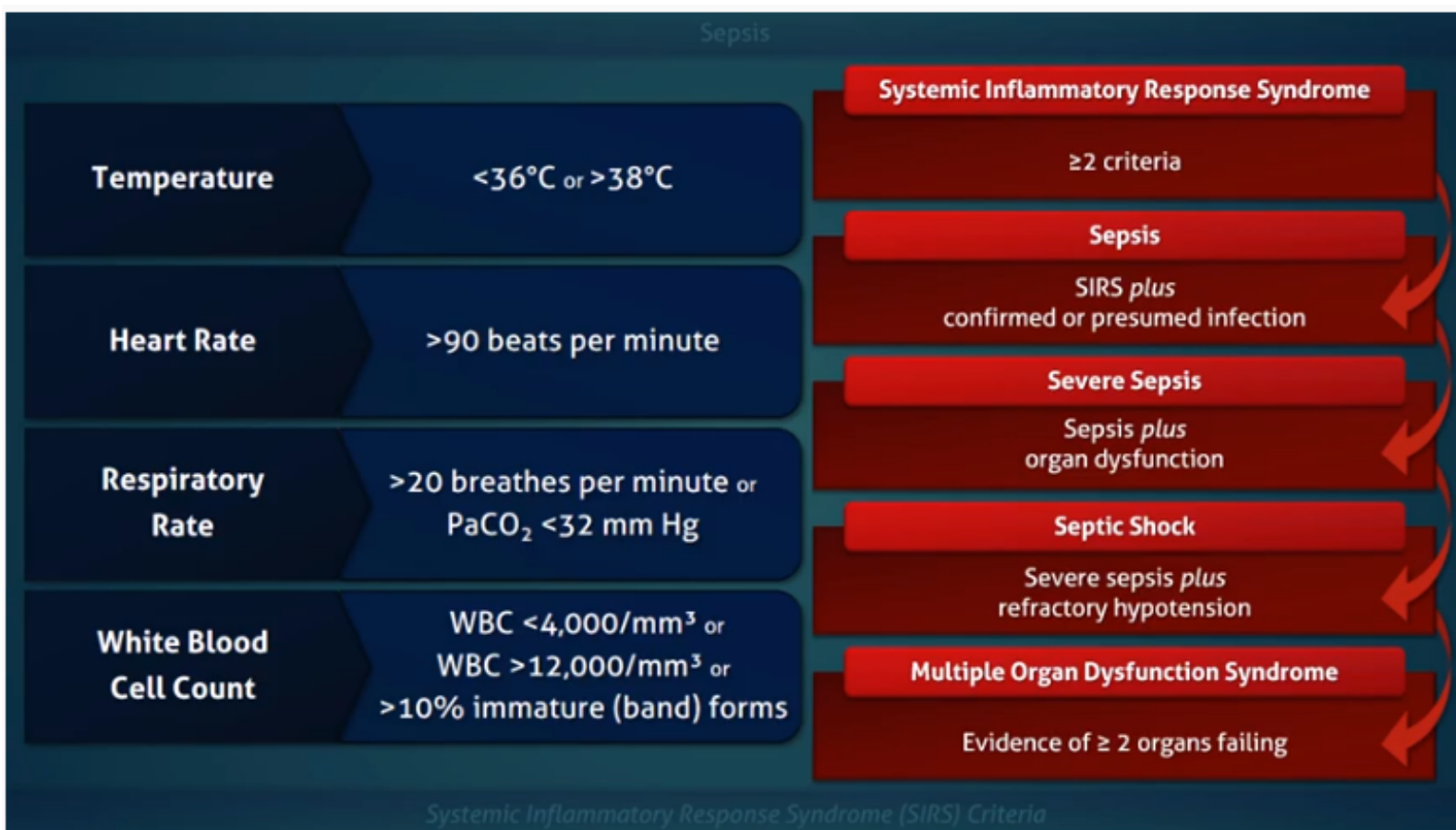
## THE JOURNAL OF EMERGENCY MEDICINE

El concepto de sepsis ha sido redefinido recientemente por un grupo de trabajo internacional. El grupo de trabajo recomendó el uso de la puntuación rápida Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) en lugar de los criterios del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) para identificar a los pacientes con alto riesgo de mortalidad por sepsis fuera de la unidad de cuidados intensivos, incluso en los departamentos de emergencia (DE). Sin embargo, el resultado principal de qSOFA es la predicción del riesgo de mortalidad, que no es la principal medida de resultado considerada en el servicio de urgencias. Desde la perspectiva del servicio de urgencias, las prioridades son la identificación (diagnóstico) del paciente séptico y luego el inicio de intervenciones sensibles al tiempo que salvan vidas. Los autores realizaron una revisión estructurada de PubMed desde enero de 2012 hasta diciembre de 2018. Se utilizaron estos estudios para estimar la sensibilidad y especificidad de SIRS y qSOFA para el diagnóstico de sepsis. Se incluyen 11 artículos en esta revisión. Los autores concluyen que parece que qSOFA tiene un desempeño deficiente en comparación con SIRS como herramienta de diagnóstico para pacientes en DE que pueden tener sepsis o shock séptico. Sin embargo, qSOFA tiene una gran precisión pronóstica para la mortalidad en aquellos pacientes con urgencias que ya han sido diagnosticados con sepsis o shock séptico.

<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.06.043>

3 DE FEBRERO DE 2021





Sepsis: Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) Criteria

### Quick Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score

qSOFA (Quick SOFA) Criteria	Points
Respiratory rate $\geq 22$ /min	1
Change in mental status	1
Systolic blood pressure $\leq 100$ mmHg	1

Si deseas contactarte o recibir este news letter: [info@urgencias.org](mailto:info@urgencias.org)  
 Visítanos en: [www.urgencias.org](http://www.urgencias.org)

