

ESTUDIO ADENI-UCI: ANÁLISIS DE LAS DECISIONES DE NO INGRESO EN UCI COMO MEDIDA DE LIMITACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL

Escudero-Acha P, Leizaola O, Lázaro N, Cordero M, Cossío AM, Ballesteros D, Recena P, Tizón AI, Palomo M, M. del Campo M, S. Freita S Duertol.J, Bilbao MM, Vidal B, González-Romeroo D, Diaz-Dominguez F, Revuelto J, Blascor ML, Domezains Ma. de la Concepció M, Pavía-Pesquerat O, Rubio O, Estella A, Pobo A, Gomez Acebo I, González-Castroa A
 Med Intensiva. 2022; Vol. 46. Núm. 4. páginas 192-200

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar las variables asociadas a las decisiones de rechazo al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como medida de limitación de tratamiento de soporte vital.

DISEÑO: Prospectivo, multicéntrico.

ÁMBITO: Sesenta y dos UCI de España entre febrero de 2018 y marzo de 2019.

PACIENTES: Mayores de 18 años a los que se les negó el ingreso a una UCI como medida de limitación de tratamiento de soporte vital.

INTERVENCIONES: Ninguna.

VARIABLES DE INTERÉS PRINCIPAL: Comorbilidades de los pacientes, situación funcional previa medida por la escala KNAUS y Karnofsky; escalas pronósticas de Lee y Charlson; gravedad del enfermo medida por las escalas APACHE II y SOFA, motivo que justifica la toma de la decisión, persona a la cual es transmitida la información; fecha de alta o fallecimiento

intrahospitalario, destino al alta hospitalaria.

RESULTADOS: Se registraron un total de 2.312 decisiones de no ingreso como medida de limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV), de las cuales se analizaron 2.284. El principal motivo de consulta fue la insuficiencia respiratoria (1.080 [47,29%]). La pobre calidad de vida estimada de los enfermos (1.417 [62,04%]), la presencia de una enfermedad crónica grave (1.367 [59,85%]) y la limitación funcional previa de los pacientes (1.270 [55,60%]) fueron los principales motivos esgrimidos para denegar el ingreso. La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue del 60,33%. La futilidad del tratamiento se constató como factor de riesgo asociado a mortalidad (OR: 3,23; IC 95%: 2,62-3,99).

CONCLUSIONES: Las decisiones para limitar el ingreso en UCI como medida de LTSV se basan en los mismos motivos que las decisiones tomadas dentro de la UCI. La futilidad valorada por el intensivista se relaciona adecuadamente con el resultado final de muerte.

ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN PAÍSES DE LAS AMÉRICAS

Medina Hernández Edith Johana, Muñiz Olite Jorge Luis y Barco Llerena Evelyn
 Rev. Panamá Salud Pública. 2022; 46: e49. Publicado en línea el 21 de junio de 2022.
 DOI: 10.26633/RPSP.2022.49

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la evolución de la pandemia de la COVID-19 entre los países de las Américas, comparando datos de los sistemas de salud

previo a la llegada del virus a la Región, frente a los casos y muertes acumuladas antes del uso de las estrategias de inmunización de la población, y el estado actual de la vacunación.

MÉTODOS: Se realizó un análisis multivariante HJ-Biplot y análisis de cluster, para 28 países de la Región de las Américas, en tres momentos del tiempo: diciembre de los años 2019, 2020 y 2021.

RESULTADOS: En el continente americano se observa heterogeneidad en las acciones implementadas para contener la pandemia, la cual se refleja en diferentes grupos de naciones.

CONCLUSIONES: No todos los países de la Región de las Américas cuentan con las condiciones de salubridad necesarias para afrontar la contención de la COVID-19. A cierre de 2019 Estados Unidos, Canadá, Brasil y Cuba

se observaron con ventajas frente a los demás países de la Región, sin embargo, la pertinencia de las acciones implementadas durante el año 2020 para contener la pandemia, generaron diferentes grupos de países según la prevalencia de contagios y muertes. En tal momento, Bolivia, Ecuador y México, presentaron niveles críticos de letalidad. A cierre de 2021, tras la implementación de los planes de vacunación, Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Panamá, Estados Unidos y Uruguay registraron más del 60% de su población con el esquema de vacunación completo.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2018-19: METODOLOGÍA Y PERSPECTIVAS

Romero-Martínez Martín, Shamah-Levy Teresa, Vielma-Orozco Edgar, Heredia-Hernández Octavio, Mojica-Cuevas Jaime, Cuevas-Nasu Lucía, Rivera-Dommarco Juan
Salud Pública Méx 61 (6) 03 Mayo 2021 Nov-Dec 2019
[HTTPS://DOI.ORG/10.21149/11095](https://doi.org/10.21149/11095)

RESUMEN

OBJETIVO: Describir el diseño metodológico de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 (Ensanut 2018-19).

MATERIAL Y MÉTODOS: La Ensanut 2018-19 es una encuesta probabilística de hogares. Se describen los siguientes elementos del diseño: alcance de la encuesta, procedimiento de muestreo, procedimiento de medición, procedimiento de inferencia y organización logística.

RESULTADOS: Se obtuvieron 44 069 entrevistas de viviendas completas y 82 490 entrevistas

completas de individuos. La tasa de respuesta de hogar fue 87%. La tasa de respuesta de individuos fue de 98%.

CONCLUSIONES: El diseño probabilístico de la encuesta permite hacer inferencias estadísticas válidas sobre parámetros de interés para la salud pública a nivel nacional y para las 32 entidades federativas. Además, algunos de sus resultados son comparables con los de la Ensanut 2012 para poder identificar potenciales cambios en los estados de salud y nutrición de la población mexicana, para que en caso de ser necesario se adecuen las políticas de salud.

EVALUACIÓN DE LA VACUNA MRNA-1273 EN NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS DE EDAD

Evan J. Anderson, C. Buddy Creech, Vladimir Berthaud, Arin Piramzadian, Kimball A. Johnson, Marcus Zervos, Fredric Garner, Carl Griffin, Khozema Palanpurwala, Mark Turner, Jeffrey Gerber, Richard L. Bennett, et al.
N Engl J Med 2022; 387:1673-1687
DOI: 10.1056/NEJMoa2209367

RESUMEN

FONDO: Se desconoce la seguridad, la reactogenicidad, la inmunogenicidad y la eficacia de la vacuna contra la enfermedad por coronavirus

mRNA-1273 2019 (Covid-19) en niños pequeños.

MÉTODOS: La parte 1 de este ensayo de fase 2-3 en curso fue de etiqueta abierta para la selección de dosis; la parte 2 fue una evaluación

de la dosis seleccionada, cegada por el observador y controlada por placebo. En la parte 2, asignamos aleatoriamente a niños pequeños (6 meses a 5 años de edad) en una proporción de 3:1 para recibir dos inyecciones de 25 µg de mRNA-1273 o placebo, administradas con 28 días de diferencia. Los objetivos principales fueron evaluar la seguridad y la reactogenicidad de la vacuna y determinar si la respuesta inmunitaria en estos niños no fue inferior a la de los adultos jóvenes (de 18 a 25 años de edad) en un ensayo de fase 3 relacionado. Los objetivos secundarios fueron determinar las incidencias de Covid-19 y la infección por coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo después de la administración de mRNA-1273 o placebo.

RESULTADOS: Sobre la base de los resultados de seguridad e inmunogenicidad en la parte 1 del ensayo, la dosis de 25 µg se evaluó en la parte 2. En la parte 2, 3040 niños de 2 a 5 años de edad y 1762 niños de 6 a 23 meses de edad fueron asignados aleatoriamente recibir dos inyecciones de 25 µg de mRNA-1273; 1008 niños de 2 a 5 años de edad y 593 niños de 6 a 23 meses de edad fueron asignados al azar para recibir placebo. La mediana de duración del seguimiento después de la segunda inyección

fue de 71 días en la cohorte de 2 a 5 años y de 68 días en la cohorte de 6 a 23 meses. Los eventos adversos fueron principalmente de bajo grado y transitorios, y no se identificaron nuevos problemas de seguridad. En el día 57, las concentraciones medias geométricas de anticuerpos neutralizantes fueron 1410 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1272 a 1563) entre los niños de 2 a 5 años y 1781 (IC del 95 %, 1616 a 1962) entre los niños de 6 a 5 años. 23 meses de edad, en comparación con 1391 (IC 95%, 1263 a 1531) entre adultos jóvenes, que habían recibido inyecciones de 100 µg de mRNA-1273, hallazgos que cumplieron con los criterios de no inferioridad para las respuestas inmunitarias para ambas cohortes de edad. La eficacia estimada de la vacuna contra la COVID-19 fue del 36,8 % (IC del 95 %, 12,5 a 54,0) entre los niños de 2 a 5 años y del 50,6 % (IC del 95 %, 21,4 a 68,6) entre los de 6 a 23 meses. -viejos, en un momento en que B.1.1.529 (omicron) era la variante circulante predominante.

CONCLUSIONES: Se encontró que dos dosis de 25 µg de la vacuna mRNA-1273 eran seguras en niños de 6 meses a 5 años de edad y provocaron respuestas inmunitarias que no fueron inferiores a las de los adultos jóvenes.