

Cuadro I
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE ACUERDO
CON SUPERVIVENCIA O FALLECIMIENTO RELACIONADOS CON COVID-19,
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA, DEL 15 DE FEBRERO AL 28 DE JUNIO DE 2020.
México, 2020

Variable n=199	Total n=136	Supervivencia n=63	Fallecimiento	p-value
Edad, media(DE)	53.2 (13)	50.2 (12.5)	59.7 (11.8)	<0.001*
Sexo				
Mujer, n(%)	64 (32.2)	47 (34.6)	17 (27)	
Hombre, n(%)	135 (67.8)	89 (65.4)	46 (73)	0.287‡
Comorbilidades				
No, n(%)	68 (34.2)	45 (33.1)	23 (36.5)	
Sí, n(%)	131 (65.8)	91 (66.9)	40 (63.5)	0.636‡
DM				
No, n(%)	103 (51.8)	74 (54.4)	29 (46)	
Sí, n(%)	96 (48.2)	62 (45.6)	34 (54)	0.271‡
HAS				
No, n(%)	139 (69.8)	95 (69.9)	44 (69.8)	
Sí, n(%)	60 (30.2)	41 (30.1)	19 (30.2)	0.999‡
Sobrepeso				
No, n(%)	145 (72.9)	100 (73.5)	45 (71.4)	
Sí, n(%)	54 (27.1)	36 (26.5)	18 (28.6)	0.757‡
Obesidad grado I				
No, n(%)	169 (84.9)	111 (81.6)	58 (92.1)	
Sí, n(%)	30 (15.1)	25 (18.4)	5 (7.9)	0.055‡
Tabaquismo				
No, n(%)	151 (75.9)	102 (75)	49 (77.8)	
Sí actual, n(%)	28 (14.1)	17 (12.5)	11 (17.5)	
Sí previo, n(%)	20 (10.1)	17 (12.5)	3 (4.8)	0.171§
Alcoholismo				
No, n(%)	175 (87.9)	121 (89)	54 (85.7)	
Sí, n(%)	24 (12.1)	15 (11)	9 (14.3)	0.512‡
Cardiopatía				
No, n(%)	193 (97)	133 (97.8)	60 (95.2)	
Sí, n(%)	6 (3)	3 (2.2)	3 (4.8)	0.383§
Enfermedad renal				
No, n(%)	182 (91.5)	125 (91.9)	57 (90.5)	
Sí, n(%)	17 (8.5)	11 (8.1)	6 (9.5)	0.736‡
EPOC				
No, n(%)	194 (97.5)	135 (99.3)	59 (93.7)	
Sí, n(%)	5 (2.5)	1 (0.7)	4 (6.3)	0.036§

* Se utilizó U-Mann-Whitney

‡ Se realizó Ji cuadrada

§ Se realizó la prueba exacta de Fisher

DE: Desviación estándar; DM: diabetes mellitus; HAS: hipertensión arterial sistémica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

tados de la ENSARS-CoV-2. Salud Publica Mex. 2020;00:1-20. <https://doi.org/10.21149/11875>

3. Singh AK, Gupta R, Ghosh A, Misra A. Diabetes in COVID-19: prevalence, pathophysiology, prognosis and practical considerations. Diabetes Metab Syndr. 2020;14(4):303-10. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.004>

4. Salazar M, Barochiner J, Espeche W, Ennis I. COVID-19, hipertensión y enfermedad cardiovascular [COVID-19 and its relationship with hypertension and cardiovascular disease]. Hipertens Riesgo Vasc. 2020;37(4):176-80. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.06.003>

5. Emami A, Javanmardi F, Pirbonyeh N, Akbari A. Prevalence of underlying diseases in hospitalized patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Arch Acad Emerg Med. 2020;8(1):e35 [citado septiembre 19, 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7096724/>

Identificación de un brote de SARSCoV-2 (Covid-19) en un centro gerontológico de la Ciudad de México

Señor editor: En el presente estudio describimos un brote de SARS-CoV-2 (Covid-19) en un centro gerontológico durante el 17 de mayo al 21 de julio de 2020, causado por un residente y que se extendió por infección cruzada. El envejecimiento se acompaña de un estado de fragilidad y de enfermedades crónicas degenerativas que provocan deterioro funcional, discapacidad y aumento de la mortalidad.¹ Se analizaron 102 residentes, edad promedio de 82.5 ± 8.8 años, 54% positivo al nuevo coronavirus. Al realizar una prueba exacta de Fisher se encontró que, entre mayor fue la gravedad del paciente con Covid-19, mayor fue su mortalidad (cuadro I). Los residentes físicamente más frágiles presentaron una mayor frecuencia de infección en comparación con los clasificados como robustos. Se analizó la asociación de factores de riesgo mediante un modelo de regresión logística múltiple y se encontró que las personas más susceptibles presentaron una razón de momios (RM) de 11.6 de morir por Covid-19

en comparación con las que tenían mejor condición ($p=0.024$).

La diabetes mellitus se presentó en 36.4%; 30.4% de los fallecidos tenía la enfermedad. Los síntomas clínicos fueron atípicos: diarrea, abatimiento funcional y fiebre; 9% presentaba antecedentes de neoplasias y empleo crónico de corticoesteroides.

Actualmente existe un riesgo cinco veces mayor de morir por Covid-19 en personas mayores de 60 años y 80% de las muertes ocurre entre quienes tienen al menos una comorbilidad. Esto se convierte en un tema preocupante, ya que la letalidad en México por Covid-19 es de 10.5%, superior al promedio mundial (3%).^{2,3}

A partir del primer caso diagnosticado por SARS-CoV-2 se instauraron medidas de contención, toma de temperatura, cuartos de aislamiento, sanitización continua, aplicación de alcohol-gel, uso de cubrebocas y realización de la prueba RT-PCR para SARS-CoV-2. En los casos confirmados, se daba aviso a la autoridad sanitaria y, si mostraba signos de gravedad, el paciente se trasladaba a unidades hospitalarias designadas para atender casos de gravedad.

En México residen 15.4 millones de personas mayores de 60 años, y al ser una población vulnerable, se deben realizar pruebas de detección temprana, aislamiento, seguimiento de contactos e identificación de factores de riesgo con la finalidad de disminuir la propagación y mortalidad causada por el SARS-CoV-2.^{4,5}

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Alejandro Hernández-Solis, MSc,⁽¹⁾
 Ana Karen Solís-Zúñiga, MD,⁽²⁾
 Marcos Enrique Salgado-Carrillo, MHA,⁽²⁾
 María de Guadalupe Juárez-Hernández, MD,⁽²⁾
 Pablo Álvarez-Maldonado, MHA,⁽¹⁾
 Arturo Reding-Bernal, PhD,⁽³⁾
 reding_79@yahoo.com

(1) Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax,
 Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga,
 Ciudad de México, México.

Cuadro I
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS SEGÚN LA SUPERVIVENCIA
COVID-19 DE UN BROTE DE SARSCoV-2 EN UN
CENTRO GERONTOLÓGICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO,
DEL 17 DE MAYO AL 21 DE JULIO DE 2020

Variable n= 23	Muerte n= 32	Supervivencia	p-value
Edad, media (DE)	84.2 (11.1)	81.4 (8.0)	0.343*
Sexo			
Mujer, n (%)	7 (30.4)	12 (37.5)	0.587 [‡]
Diabetes mellitus, n (%)	7 (30.4)	13 (40.6)	0.438 [‡]
Hipertensión arterial, n (%)	15 (65.2)	20 (62.5)	0.836 [‡]
Cardiopatía, n (%)	7 (30.4)	5 (15.6)	0.190 [‡]
Obesidad, n (%)	2 (8.7)	3 (9.4)	1.000 [§]
EPOC, n (%)	6 (26.1)	4 (12.5)	0.290 [§]
Tabaquismo			
No, n (%)	9 (39.1)	12 (37.5)	
Sí, n (%)	1 (4.3)	3 (9.4)	
Ya no fuma, n (%)	13 (56.5)	17 (53.1)	0.840 [§]
Inmunosupresión			
Ninguna, n (%)	20 (87.0)	30 (93.8)	
Cáncer, n (%)	3 (13.0)	1 (3.1)	
Uso de esteroides, n (%)	0 (0.0)	1 (3.1)	0.298 [§]
Fragilidad			
Robusto	3 (13.0)	11 (34.4)	
Prefrágil, n (%)	8 (34.8)	12 (37.5)	
Frágil, n (%)	12 (52.2)	9 (28.1)	0.100 [§]
Otras enfermedades			
Ninguna, n (%)	19 (82.6)	28 (87.5)	
Una o más, n (%)	4 (17.4)	4 (12.5)	0.707 [§]
Hospitalización o permanencia en asilo por Covid-19			
Asilo, n (%)	4 (17.4)	22 (68.8)	
Hospital, n (%)	19 (82.6)	10 (31.2)	<0.001 [§]
Grado de enfermedad			
Asintomático, n (%)	2 (8.7)	16 (50.0)	
Leve, n (%)	0 (0.0)	5 (15.6)	
Moderado, n (%)	8 (34.8)	10 (31.2)	
Grave, n (%)	13 (56.5)	1 (3.1)	<0.001 [§]

* Se realizó una prueba U de Mann-Whitney.

[‡] Se realizó una prueba Ji cuadrada de Pearson.

[§] Se realizó una prueba exacta de Fisher.

DE: desviación estándar; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Otras enfermedades: dislipidemia, asma, enfermedad renal crónica y síndrome de la apnea obstructiva del sueño.

- (2) Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico Arturo Mundet. Ciudad de México, México.
 (3) Dirección de Investigación, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/112192>

Referencias

1. Wang B, Li R, Lu Z, Huang Y. Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. *Aging*. 2020;12(7):6049-57. <https://doi.org/10.18632/aging.103000>
2. Emami A, Javanmardi F, Pirbonyeh N, Akbari A. Prevalence of underlying diseases in hospitalized patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Arch Acad Emerg Med*. 2020;8(1):e35.
3. Ramos C. Covid-19: la nueva enfermedad causada por un coronavirus. *Salud Publica Mex*. 2020;62(2):225-27. <https://doi.org/10.21149/11276>
4. Li B, Yang J, Zhao F, Zhi L, Wang X, Liu L, et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. *Clin Res Cardiol*. 2020; 109(5):531-38. <https://doi.org/10.1007/s00392-020-01626-9>
5. Vejar-Aguirre T, Jáuregui-Ulloa E, Gallo-Sánchez K, Mejía-García JA, Zavala-Hernández R, Arredondo A. Evidencias y tendencias para tomar decisiones sobre medidas de contención y mitigación de Covid-19 en Jalisco, México. *Salud Publica Mex*. 2020;62(5):457-59. <https://doi.org/10.21149/11724>

Depresión y síndrome de Burnout en personal de salud durante la contingencia sanitaria por Covid-19

Señor editor: En el presente estudio se analizó la prevalencia de factores asociados con el síndrome de Burnout (SB) y síntomas de depresión (SD) en el personal de salud del estado de Chihuahua durante el brote por Covid-19. Se aplicó en formato digital el inventario de Burnout de Maslach y la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) a 983 trabajadores del área de la salud

(651 mujeres) entre el 15 de abril y el 30 de mayo de 2020.

La prevalencia global de SB fue 11.5% y de SD fue de 25.7%, cifras que fueron mayores en personal de enfermería, con 15.2 y 30.0%, respectivamente. Por otra parte, mediante un análisis de varianza y estimación de riesgo relativo (RR), se observó que las variables asociadas con SB fueron perfil laboral de medicina y enfermería (RR= 2.2, IC= 1.3-3.6, $\text{Xi}^2= 44.5$), edad de 20-39 años (RR= 2.1, IC= 1.3-3.2, $\text{Xi}^2= 10.9$), jornadas de trabajo ≥ 9 horas (RR= 2.7, IC= 1.8-4.1, $\text{Xi}^2= 9.2$) y cantidad de sueño ≤ 6 horas (RR= 6.8, IC= 3.6-12.9, $\text{Xi}^2= 44.5$) ($p < 0.05$). Mientras que, con la presencia de SD, las variables asociadas fueron ser mujer (RR= 2.4, IC= 1.7-3.4, $\text{Xi}^2= 26.6$), edad de 20-39 años (RR= 2.5, IC= 1.8-3.4, $\text{Xi}^2= 33.3$), jornada de trabajo ≥ 9 horas (RR= 2.2, IC= 1.6-3.0, $\text{Xi}^2= 23.5$) y cantidad de sueño ≤ 6 horas (RR= 4.6, IC= 3.0-6.2, $\text{Xi}^2= 68.7$), resultados con un nivel de confianza de 95% ($p < 0.05$).

Los resultados observados en el presente análisis coinciden con estudios realizados en otros países durante la presente contingencia sanitaria, donde se ha observado mayor prevalencia de SB y SD en personal médico y de enfermería.¹ La experiencia de epidemias sanitarias anteriores indica que las alteraciones psicósomáticas en personal de salud que atiende a los pacientes durante la contingencia tienden a agravarse con el tiempo. En un reciente meta-análisis en trabajadores de la salud que atendieron la contingencia por el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) en 2002 y durante el brote por influenza H1N1 en 2009, se encontró la presencia de estrés posttraumático hasta tres años después del periodo de contingencia, en 40% de quienes inicialmente habían manifestado esta condición.²

Hasta el momento, la evidencia en la literatura a nivel mundial ha demostrado la necesidad de atender la salud mental en el personal de

salud, el cual ha tenido una mayor recaída durante la contención del brote por SARS-CoV-2. Por lo tanto, es importante la valoración de la salud mental y el diseño de estrategias de protección y atención psicosocial dentro y fuera del ámbito laboral.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Sofía Álvarez Reza, M en SP,⁽¹⁾
 Luis Alberto Flores-Olivares,
 D en C de la Cultura Física,⁽¹⁾
luis_flores_00@hotmail.com
 Monserrat Fernández-López, Psiq,⁽¹⁾
 Claudia Elena Durán-Oyarzabal,
 M en Terapia Familiar,⁽¹⁾
 Patricia Maricela Hernández-Granillo,
 M en Psicoterapia,⁽¹⁾
 Enrique Tapia-Ortega, L en Psic.⁽¹⁾

(1) Instituto Chihuahuense de Salud Mental.
 Chihuahua, México.

<https://doi.org/10.21149/112203>

Referencias

1. da Silva-Neto RM, Rodrigues-Benjamin CJ, de Madeiros-Carvalho PM, Rolim-Neto ML. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2020; 104:110062. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110062>
2. Vyas KJ, Delaney EM, Webb-Murphy JA, Johnston SL. Psychological impact of deploying in support of the US response to Ebola: a systematic review and meta-analysis of past outbreaks. *Military Medicine*. 2016;181(11-12):e1515-31. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00473>

Remdesivir, compuesto con potencial terapéutico contra SARS-CoV-2

Señor editor: La pandemia actual por Covid-19 ha llevado al límite los sistemas de salud a nivel mundial, debido a que aún no se cuenta con un tratamiento eficaz que haga frente a esta emergencia sanitaria. Ante ello, se han empleado distintas estrategias farmacológicas, muchas