

- El distanciamiento social impactó positivamente en los números totales, pero negativamente en la salud mental. El mensaje "Si tienes síntomas leves, quédate en casa" generaba incertidumbre ya que, en presencia de sintomatología, no todos tienen acceso a una consulta digital. Contar con un protocolo de bioseguridad da la confianza para un acercamiento presencial. Al estar dentro del domicilio, se impactó positivamente en la salud mental de los pacientes y familiares, y se igualaron las oportunidades.

En conclusión, generar un modelo de seguimiento clínico y contactos basado en telemedicina y bioseguridad, siguiendo los cinco componentes previos y con flexibilidad para adecuarlo a las necesidades locales, es una estrategia adecuada de manejo del paciente ambulatorio. Utilizar el *task-shifting*, monitorizar y derivar oportunamente permiten un seguimiento integral. Además, este modelo tiene un alto valor costo-beneficio a nivel social e individual.

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

Oscar San Román-Orozco, L en Med,⁽¹⁾
Isidro A Gutiérrez-Álvarez, Oncol Pediat, M en CM,⁽²⁾
nuberu.1958@gmail.com
Paola Celedón-Leal, Pasante de Med,⁽²⁾
Juan Ernesto Muñoz-Arellano, L en Med,⁽²⁾
Nuri Villaseñor-Cuspinera, L en Med, Esp en Med
Nucl, M en Bioét.⁽²⁾

(1) School of Global Public Health,
New York University. Nueva York, EUA.

(2) Clínica de Atención Integral COVID-19,
Universidad Autónoma de Querétaro.
Querétaro, México

<https://doi.org/10.21149/12076>

Referencias

- I. Li Z, Chen Q, Feng L, Rodewald L, Xia Y, Yu H, et al. Active case finding with case management: the key to tackling the COVID-19 pandemic.

- The Lancet. 2020;396(10243): 63-70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31278-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31278-2)
 2. Cain WS, Gent JF, Goodspeed RB, Leonard G. Evaluation of olfactory dysfunction in the Connecticut Chemosensory Clinical Research Center. The Laryngoscope. 1988;98(1):83-88. <https://doi.org/10.1288/00005537-198801000-00017>

Comorbilidad asociada con infección por SARS-CoV-2 (Covid-19), en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Señor editor: Se realizó un estudio transversal para analizar 199 pacientes diagnosticados con infección respiratoria por SARS-CoV-2 (Covid-19) mediante la prueba RT-PCR, del 15 de febrero al 28 de junio de 2020. La edad promedio fue de 53.2 ± 13 años, 135 (67.8%) masculinos y 64 (32.2%) femeninos. Hubo comorbilidades en 131 individuos (65.8%), con fallecimiento de 30.5% durante los primeros días de hospitalización. De 68 (34.2%) pacientes sin antecedentes de enfermedades crónicas, 33.8% falleció. La diabetes mellitus se presentó en 48.2% de los casos y la hipertensión arterial en 60 casos (30.2%) (cuadro I). En México, 8.6 millones de personas padecen diabetes mellitus y más de 15 millones hipertensión arterial, por lo que las enfermedades crónicas se presentan en 50% de los adultos. Además, junto con los padecimientos mencionados, tener más de 60 años es un factor que favorece el aumento de complicaciones y muerte por Covid-19. De manera contraria, a diferencia de la situación en México, en los países asiáticos las muertes han sido, en su mayoría, pacientes que rebasan los 70 años de edad.^{1,2} La infección por Covid-19 es común en pacientes con diabetes, tal y como se observa en nuestro estudio, donde hay una variación en diferentes series. Se observan ejemplos de lo anterior en China, donde la prevalencia de diabetes fue de 5%, en Italia de 36% y en EUA de 58%. El 72% fue hospitalizado en unidades de cuidados intensivos (UCI), en comparación con 37% de pacientes sin comorbilidades. El control glucémico deficiente implica mayor riesgo de complicaciones y muerte. En nuestra serie observamos que 80% de los pacientes presentó glucosa sérica mayor de 300 mg/dl y HbA1c media de 15%.³ También encontramos sobrepeso en 54 pacientes (27.1%), 18 de los cuales fallecieron; la obesidad se asocia con formas más severas de la enfermedad en pacientes jóvenes con un IMC mayor a 35, lo que implica dos veces más riesgo de requerir UCI y más complicaciones en la intubación frente a pacientes con peso normal.⁴ La tasa de mortalidad es alta en personas con enfermedades crónicas, por lo que es imprescindible contar con un adecuado control médico en el primer nivel de atención y seguir puntualmente las medidas de prevención.⁵

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

Alejandro Hernández-Solis, MSc,⁽¹⁾
drhernandezsolis@yahoo.com.mx
Berenice Torres-Rojas, MD,⁽¹⁾
Arturo Reding-Bernal, PhD.⁽²⁾

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

(2) Dirección de Investigación, Hospital General
de México Dr. Eduardo Liceaga.
Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/12218>

Referencias

1. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados. México: SS, INSP, Inegi, 2018 [citado septiembre 19, 2020]. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentation_resultados.pdf
2. Gaona-Pineda EB, Mundo-Rosas V, Méndez-Gómez-Humarán I, Gómez-Acosta LM, Ávila-Arcos MA, Cuevas-Nasu L, et al. Vulnerabilidad, conocimiento sobre medidas de mitigación y exposición ante COVID-19 en adultos de México: Resul-

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 Pública 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 crónicodegenerativas 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