
CARTAS AL EDITOR

Respuesta a la crítica del artículo “Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México”

Señor editor: La crítica al artículo “Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México”,¹ del cual somos autores, se pregunta sobre la pertinencia de utilizar las escalas *General Anxiety Disorders* de 2 y 7 ítems (GAD-2 y GAD-7) o si debería de preferirse la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS), opción por la cual abogan los críticos.² En cuanto a esto, varias razones respaldan la decisión de utilizar las dos versiones de la GAD en la investigación que realizamos.

Cabe señalar que el análisis de la GAD se inserta en el proyecto de la Encuesta Nacional sobre los Efectos del Covid-19 en el Bienestar de los Hogares Mexicanos (Encovid-19), la cual, desde abril de 2020,³ mide mensual y bimestralmente, con muestras representativas de México, los impactos de la pandemia en múltiples ámbitos, como la inseguridad alimentaria y la reducción de ingresos, entre otros.⁴ En este caso, si la CAS se hubiera creado en octubre de 2020,

como afirman los críticos, no podría haberse incluido en el proyecto y no podría haberse hecho un monitoreo temprano.

Por otra parte, y más importante aún, las GAD se eligieron porque pueden utilizarse en estudios epidemiológicos para conocer la prevalencia de Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG) en toda la población.^{5,6} En cambio, los críticos explican que la CAS se diseñó para valorar la ansiedad en “pacientes que puedan haber sufrido de Covid-19 o tenido contacto con familiares que sufrían de esta enfermedad”.² La CAS, por lo tanto, se diseñó para una población específica –pacientes y familiares con Covid-19– y no para la población general, como es el objetivo de la Encovid-19 y del artículo al utilizar las GAD. Los críticos justifican el uso de la CAS con dos artículos que analizan su calidad psicométrica en español, utilizando muestras por conveniencia de estudiantes universitarios, la gran mayoría sin Covid-19.^{2,7} Notablemente, uno de esos estudios se apoya en la propia GAD-7 como criterio para calcular puntos de corte.⁸ Por ello, a diferencia de las GAD,^{6,9} no hay evidencia suficiente del uso de la CAS para estimar prevalencias a nivel nacional y no es pertinente para un estudio como la Encovid-19.

Una característica del TAG es la dificultad de la persona que responde para identificar la fuente de la ansiedad que padece.¹⁰ A pesar de ello, en los cinco ítems del CAS se precisa que el coronavirus es la fuente o el detonador del síntoma (“Tuve problemas para quedarme o permanecer dormido porque estaba pensando en el coronavirus [Covid-19]”). Las GAD sólo preguntan por la presencia del síntoma sin restringir su fuente al Covid-19 (“¿Con qué frecuencia sintió que no podía dejar de preocuparse o que no podía controlar la preocupación?”). La ventaja de la estrategia de medición de las GAD es doble: el participante no requiere haber estado expuesto al virus para responder y la medición captura otras fuentes de ansiedad, como podría ser la pérdida de empleo. Además de que la propia ansiedad se explica por diversos determinantes sociales, la pandemia por Covid-19 es un fenómeno con graves consecuencias en salud, pero también de severos impactos socioeconómicos que afectan de forma inequitativa el bienestar de las personas.^{4,11} Con su estrategia de medición no es claro que la CAS capture otras fuentes de ansiedad más allá del contacto con el virus y, por tanto, probablemente subestime la prevalencia de ansiedad.

Recientemente se publicó en *The Lancet* una revisión sistemática de la literatura que estudia el impacto de la pandemia de Covid-19 en la prevalencia de depresión y ansiedad en el mundo.¹¹ Uno de los criterios de elegibilidad de los estudios fue que las escalas utilizadas se adecuaron a las clasificaciones del DSM-IV-TR y el ICD-10, manuales donde se estandarizan las definiciones de trastornos de salud mental y en donde se enlistan los síntomas que miden las escalas más robustas. En la lista de estudios elegidos, la GAD-7 es una de las más comunes. Resulta revelador que en la revisión se excluyeron escalas creadas *ad hoc* para la pandemia. Por un lado, las escalas *ad hoc* no cuentan con mediciones basales, por lo que no puede estimarse si las prevalencias aumentan o no y tampoco será fácil evaluar cambios a futuro. Por el otro, las estimaciones que se obtienen son poco equiparables con las afectaciones causadas por otros tipos de desastres. En suma, las escalas *ad hoc* como la CAS, por ser coyunturales, tienen un uso limitado.

Finalmente, por las razones anteriores confirmamos la pertinencia de las GAD y sostenemos la recomendación de utilizarlas para estudios poblacionales como la Encovid-19.

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

Pablo Gaitán-Rossi, D en Bienestar Social,⁽¹⁾
 Víctor Pérez-Hernández, M en Econ Aplicada,⁽¹⁾
 Mireya Vilar-Compte, D en Políticas de Salud,⁽²⁾
 Graciela Teruel-Belismelis, D en Econ.⁽¹⁾
 chele.teruel@ibero.mx

(1) Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad, Universidad Iberoamericana. Ciudad de México, México.

(2) Department of Public Health, Montclair State University. Nueva Jersey, Estados Unidos de América.

<https://doi.org/10.21149/13653>

Referencias

1. Gaitán-Rossi P, Pérez-Hernández V, Vilar-Compte M, Teruel-Belismelis G. Prevalencia

mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Publica Mex.* 2021;63(4):478-85. <https://doi.org/10.21149/12257>

2. Anaya-Chumpitaz KA, Cubas-Núñez PA. Escala CAS, una nueva valoración de ansiedad generalizada por Covid-19 en México. *Salud Publica Mex.* 2022;64(3):240-1. <https://doi.org/10.21149/13416>

3. Teruel-Belismelis G, Pérez-Hernández VH, Gaitán-Rossi P, López-Escobar E, Vilar-Compte M, Triano-Enríquez M, et al. Encuesta Nacional sobre los Efectos del COVID-19 en el Bienestar de los Hogares Mexicanos (ENCOVID-19-ABRIL). México: EQUIDE, 2020. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3950528>

4. Teruel-Belismelis G, Pérez-Hernández VH. Estudiando el bienestar durante la pandemia de Covid-19: la Encovid-19. *Rev Mex Sociol.* 2021;83:125-67 [citado ene 2022]. Disponible en: <http://mexicanadesociologia.unam.mx/index.php/v83ne/463-v83nea5>

5. Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, et al. Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. *Medical Care.* 2008;46(3):266-74. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>

6. Plummer F, Manea L, Trevel D, McMillan D. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *Gen Hosp Psych.* 2016;39:24-31. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.11.005>

7. Caycho-Rodríguez T, Barboza-Palomino M, Ventura-León J, Carbajal-León C, Noé-Grijalva M, Gallegos M, et al. Traducción al español y validación de una medida breve de ansiedad por la COVID-19 en estudiantes de ciencias de la salud. *Ansiedad Estres.* 2020;26(2-3):174-80. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.001>

8. González-Rivera JA, Rosario-Rodríguez A, Cruz-Santos A. Coronavirus Anxiety Scale: A New Instrument to Measure Anxiety Symptoms Associated with COVID-19. *Rev Avanc Psicol.* 2020;6(3):e163. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.163>

9. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, Rojas J. The assessment of generalized anxiety disorder: psychometric validation of the Spanish version of the self-administered GAD-2 scale in daily medical practice. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:114. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-114>

10. American Psychiatric Publishing. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

11. Santomauro DF, Mantilla-Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2021;398(10312):1700-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

Covid-19 en la Región de las Américas

Señor editor: Después de dos años del reporte a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de varios casos de neumonía con etiología desconocida, las variantes del SARS-CoV-2 (Covid-19)¹ continúan generando contagios a nivel global. Cabe señalar que fue agitado el camino que se recorrió en el proceso por encontrar la vacuna después del 11 de marzo, cuando la OMS declaró como pandemia al nuevo Covid-19.² En Estados Unidos (EUA) y Canadá la vacunación se inició el 14 de diciembre; en México el 24 de diciembre y en Argentina el 29 de diciembre de 2020.³

Por otro lado, el año 2021 inició entre aperturas y restricciones en países de Europa y la Región de las Américas y en el transcurso del año se identificaron diferentes mutaciones del coronavirus. Además, en diciembre de ese mismo periodo se registró a nivel global un aumento de casos y de hospitalizaciones a causa de la variante ómicron.

Al observar retrospectivamente, los datos de los países de la Región que reportaron mayor número de contagios por Covid-19, ya finalizando el año 2020, correspondieron a EUA, Brasil, Colombia, Argentina y México; al revisar nuevamente las cifras con corte al 31 de diciembre del 2021, éstas mostraron un aumento considerable de un año a otro, como se puede observar en el cuadro I.⁴

Los contagios acumulados al finalizar el año 2020 se ubicaron de mayor a menor en el siguiente orden de países: EUA, Brasil, Colombia, Argentina y México. Al finalizar el año 2021, estos datos siguieron la misma tendencia de contagios; sin embargo, Argentina se ubicó por encima de Colombia. En cuanto a los fallecidos en el año 2020, en la escala de mayor a menor, EUA tuvo el mayor número, seguido de Brasil, México, Argentina y Colombia; al finalizar el año 2021,

Cuadro I
CONTAGIOS Y FALLECIDOS DEBIDO A COVID-19 EN PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS. 2020 Y 2021

País	Contagios 2020	%	Contagios 2021	Aumento de contagios en un año	%	Fallecidos 2020	%	Fallecidos 2021	Aumento de fallecidos en un año	%
EUA	19 346 790	36.82	52 543 602	33 196 812	63.18	335 789	41.32	812 577	476 788	58.68
Brasil	7 619 200	34.25	22 246 276	14 627 076	65.75	193 875	31.34	618 534	424 659	68.66
Colombia	1 626 461	31.72	5 127 791	3 501 330	68.28	42 909	33.06	129 798	86 889	66.94
Argentina	1 613 928	29.45	5 480 305	3 866 377	70.55	43 163	36.87	117 066	73 903	63.13
México	1 413 935	35.78	3 951 946	2 538 011	64.22	124 894	41.80	298 819	173 925	58.20

Fuente: Datos tomados de la OMS en dos momentos: con corte al 31 de diciembre de 2020 y con corte al 31 de diciembre 2021⁴

Colombia se ubicó por encima de Argentina.

Asimismo, el año 2021 finalizó con alerta en países de Europa y la Región de las Américas debido al aumento de contagios; sin embargo, este año presentó una diferencia respecto de 2020, el cual se caracterizó por cierres y restricciones frente a la movilidad de la población. En este caso, el autocuidado y el uso de la mascarilla son las recomendaciones que se dan sin que se afecte la apertura, en la cual se ha avanzado en la gran mayoría de los países.

En conclusión, la vacunación es una opción necesaria para proteger a la población, y cabe señalar que se cuenta con tratamientos avalados por la comunidad científica que los países han adquirido para combatir los efectos del virus y sus variantes. Se espera que llegue pronto el momento en el que el virus deje de ser considerado pandemia y pase a ser una enfermedad endémica.

Declaración de conflicto de intereses. Las autoras declararon no tener conflicto de intereses.

Lyda Victoria Rueda-Hernández, M en Cal Salud,⁽¹⁾
 Caryn Patrice West, PhD.⁽²⁾

(1) Departamento de Instrumentación Quirúrgica, Universidad de Santander. Bucaramanga, Colombia.
 (2) Division of Tropical Health and Medicine, James Cook University. Cairns, Queensland, Australia.

<https://doi.org/10.21149/13603>

Referencias

1. Huang X, Wei F, Hu L, Wen L, Chen K. Epidemiology and clinical characteristics of COVID-19. Arch Iran Med. 2020;23(4):268-71. <https://doi.org/10.34172/aim.2020.09>
2. Redacción Médica. Coronavirus: la OMS declara la pandemia a nivel mundial por Covid-19. Redacción Médica. 2020 [citado dic 27, 2021]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-pandemia-brote-de-covid-19-nivel-mundial-segun-oms-1895>
3. Organización Mundial de la Salud. Vacunas contra la COVID-19. Ginebra: OMS [citado may 14, 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>
4. Organización Mundial de la Salud. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Situation by Region, Country, Territory & Area. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://covid19.who.int/table>

Outcomes of neonates born to women with Covid-19

Dear editor: Pregnant women with Covid-19 are at higher risk for preeclampsia/eclampsia, maternal mortality, preterm birth, low birth weight, and other complications.¹⁻⁶ Neonatal SARS-CoV-2 positivity rate ranges from 0 to 12%.^{1,2,6} Our study aimed to identify the clinical characteristics and outcomes of newborns from Mexican women with Covid-19.

We conducted a retrospective study at three hospitals in Monterrey, Mexico, from March 2020 to March 2021. We included 73 newborns from women with SARS-CoV-2 infection at the time of delivery and compared them with 104 newborns from negative-mothers (table I). All women with Covid-19 severity corresponded with mild or asymptomatic infection. We followed the protocols from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) for newborn approach, in which all infants born to infected mothers were tested with a minimum of one nasopharyngeal sample for SARS-CoV-2 RT-PCR at 24 hours of birth. The SARS-CoV-2 positivity rate was 6.8% at 24 hours. There was an increased prevalence of premature birth [12 (16.4%) vs 7 (6.7%), $p=0.05$], neonatal respiratory symptoms [8 (11%) vs 1 (0.9%), $p=0.004$], and need for mechanical ventilation [7 (9.6%) vs 1 (1%), $p=0.009$]. No deaths were reported. Cesarean delivery rate for Covid-19 mothers was 86.3%, which positions Mexico as the highest rate for these women.

We document that asymptomatic infection and mild Covid-19 increases the rate of neonatal adverse outcomes, such as premature birth, neonatal respiratory symptoms, and need for mechanical ventilation. It is imperative to ensure an effective SARS-CoV-2 screening for pregnant women upon admission, to imple-

Table 1
MATERNAL AND NEONATAL CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES FOLLOWING COVID-19 DURING PREGNANCY IN THREE HOSPITALS IN MONTERREY, MEXICO, FROM MARCH 2020 TO MARCH 2021

Variable	Overall n=177 n (%)	SARS-CoV-2 positive n=73 n (%)	SARS-CoV-2 negative n=104 n (%)	p value
Parity; median (IQR)	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	0.809
Maternal age (years); median (IQR)	28 (24-32)	28 (23-32)	28 (24-33)	0.322
Maternal comorbidities				
Any	24 (13.5)	10 (13.7)	14 (13.5)	0.999
Hypothyroidism	8 (4.5)	1 (1.4)	7 (6.7)	
Pregestational diabetes	1 (0.6)	0	1 (1)	
Chronic hypertension	1 (0.6)	1 (1.4)	0	0.157
Gestational diabetes	9 (5.1)	4 (5.5)	5 (4.8)	
Preeclampsia	5 (2.8)	4 (5.5)	1 (1)	
Gestational age at delivery (weeks); median (IQR)	38.4 (38-39.1)	38.4 (37.2-39.3)	38.3 (38-39)	0.699
Mode of delivery				
Vaginal	14 (7.9)	10 (13.7)	4 (3.8)	
Cesarean	163 (92.1)	63 (86.3)	100 (96.2)	0.023
Time to RT-PCR SARS-CoV-2 testing;* median (IQR)	3 (1-4)	2 (0-4)	3 (1-4)	0.176
Maternal Covid-19 symptoms				
Asymptomatic		55 (75.3)		
Mildly symptomatic		18 (24.7)		
Severe disease		0 (0)		
Antenatal and obstetric complications				
Intrauterine growth restriction	7 (4)	3 (4.1)	4 (3.8)	0.999
Oligohydramnios	7 (4)	3 (4.1)	4 (3.8)	0.999
Premature rupture of membranes	13 (7.3)	8 (11)	5 (4.8)	0.149
Preterm delivery	19 (10.7)	12 (16.4)	7 (6.7)	0.050
Fetopathy	2 (1.1)	2 (2.7)	0	0.169
Maternal length of hospital stay (days); median (IQR)	2 (2-3)	2 (2-2.5)	2 (2-3)	0.089
Neonatal Variable				
Male	97 (54.8)	41 (56.2)	56 (53.8)	0.878
Female	80 (45.2)	32 (43.8)	48 (46.2)	
Birth weight (grams); median (IQR)	3 200 (2 905-3 510)	3 200 (2 695-3 560)	3 210 (2 980-3 465)	0.565
Small for gestational age	12 (6.8)	6 (8.2)	6 (5.8)	0.526
Normal for gestational age	156 (88.1)	62 (84.9)	94 (90.4)	
Large for gestational age	9 (5.1)	5 (6.8)	4 (3.8)	
1-min Apgar score; median (IQR)	9 (9-9)	9 (9-9)	9 (9-9)	0.683
5-min Apgar score; median (IQR)	10 (9-10)	10 (10-10)	10 (9-10)	0.131
Silverman-Anderson respiratory severity score; median (IQR)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0.846
Preterm	19 (10.7)	12 (16.4)	7 (6.7)	0.050
Fetopathy	2 (1.1)	2 (2.7)	0	0.169
Small for gestational age	12 (6.8)	6 (8.2)	6 (5.8)	0.526
Respiratory symptoms	9 (5.1)	8 (11)	1 (1)	0.004
NICU admission	8 (4.5)	6 (8.2)	2 (1.9)	0.066
Oxygen therapy	20 (11.3)	10 (13.7)	10 (9.6)	0.472
Time with oxygen therapy (days); median (IQR)	1 (1-3)	1.5 (1-3)	1 (1-1)	0.085
Mechanical ventilation	8 (4.5)	7 (9.6)	1 (1)	0.009
Time with mechanical ventilation (days); median (IQR)	1 (0-3)	0 (0-2)	7 (7-7)	0.101
Length of hospital stay (days); median (IQR)	2 (2-3)	2 (2-2)	2 (2-3)	0.028

IQR: interquartile range, NICU: neonatal intensive care unit, RT-PCR: reverse transcription polymerase chain reaction

* Days before delivery

ment appropriate precautions and risk stratification of the binomial.

Declaration of conflict of interests. The authors declare that they have no conflict of interests.

José Iván Castillo-Bejarano, MD,^(1,2)

Daniel Siller-Rodríguez, MD,^(1,2)

Daniela Cisneros-Saldaña, MD,⁽³⁾

Jesús María Garza-Cantú, MD,^(1,2)

Raúl Garza-Bulnes, MD,^(2,4)

Jorge Vera-Delgado, PhD,⁽⁵⁾

Claudia Ruiz-Rodríguez, MD,^(1,2)

Orlando Sebastián Alanís Cruz, MD,⁽³⁾

Fernando García-Rodríguez, MD,⁽³⁾

Abiel Homero Mascareñas-De los Santos, MD,⁽³⁾

a_mascarenas@hotmail.com

(1) Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, Hospital de Alta Especialidad Christus Muguerza.

Monterrey, Nuevo León, Mexico.

(2) Universidad de Monterrey.

Monterrey, Nuevo León, Mexico.

(3) Departamento de Pediatría, Hospital

Universitario Dr. José Eleuterio González,

Universidad Autónoma de Nuevo León.

Monterrey, Nuevo León, Mexico.

(4) Departamento de Pediatría, Hospital Conchita, Christus Muguerza. Monterrey, Nuevo León, Mexico.

(5) Departamento de Microbiología, Hospital de

Alta Especialidad Christus Muguerza.

Monterrey, Nuevo León, Mexico.

<https://doi.org/10.21149/13660>

References

1. Lamba V, Lien J, Desai J, Talati AJ. Management and short-term outcomes of neonates born to mothers with active perinatal SARS-CoV-2 infection. *BMC Pediatrics*. 2021;21(1):400. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02872-0>
2. Di Toro F, Gjoka M, Di Lorenzo G, De Santo D, De Seta F, Maso G, et al. Impact of COVID-19 on maternal and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect*. 2021;27(1):36-46. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.10.007>
3. Wenling Y, Junchao Q, Xiao Z, Ouyang S. Pregnancy and COVID-19: management and challenges. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2020;62:e62. <https://doi.org/10.1590/s1678-9946202062062>
4. Duran P, Berman S, Niermeyer S, Jaenisch T, Forster T, Gomez Ponce de Leon R, et al. COVID-19 and newborn health: systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44(54):1-12. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.54>
5. Dubey P, Thakur B, Reddy S, Martinez CA, Nurnnabi M, Manuel SL, et al. Current trends and geographical differences in therapeutic profile and outcomes of COVID-19 among pregnant women - a systematic review and meta-analysis.

BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):247.

<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03685-w>

6. Villar J, Ariff S, Gunier RB, Thiruvengadam R,

Rauch S, Kholin A, et al. Maternal and neonatal

morbidity and mortality among pregnant women

with and without COVID-19 infection. *JAMA Pe-*

diatr. 2021;175(8):817-26. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.1050>

Birth weight percentiles in Western-Mexico

Dear editor: Neonatal weight in relation to gestational age is a tool for evaluating fetal growth, future risks and a benchmark for growth follow-up.¹ Fetal growth determinants are maternal, placental, and genetic,² all of them influenced by environmental changes, therefore it is recommended that reference tables are updated periodically.

We present birth weight for gestational age and gender (BW-GA-G) reference percentiles in Western-Mexico. Results derive from cross-sectional data of 3 971 live singleton births at *Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca* in 2017. Our sample population is mostly low and medium-low class and their healthcare is provided by the public health services. We included births from 29 to 41 weeks, with known gestational age menstrual and/or by a first-trimester ultrasound and unaffected by pathologies known to influence fetal growth.

Demographic traits of the mothers were: mean age 24 years (13 to 45), mean pregnancies two (1 to 12), with a partner 85% (3 368) and at least basic education 99% (3 923).

Females were 1 970 (49.6%) and males 2 001 (50.4%). From 31 to 41 weeks it was possible to complete the estimated sample of 170 cases (α 0.05, β 0.80, SD 300 grams). Birthweight for gestational age results for females and males are presented in table I. The mean difference between males and females was 110 grams (0 to 331), which was statistically significant

($p < 0.001$). The average weight gain per week was nearly 200 grams for both genres.

Our gender-specific centiles were similar to a dataset including the whole country¹ and to results from the reference study of the '70s conducted in Mexico City.³ It is interesting, considering the time-lapse and regional diversity.

In agreement with previous studies, we found that males were significantly heavier and larger than females^{1,3,4} and that babies in northern Mexico are larger.^{1,5} There is evidence of gender-specific differences in fetal growth, like metabolic processes linked to chromosome "X" or "Y" expressed less in females or a difference in placental function favoring growth in males.⁵

We provide BW-GA-G percentilar tables that can be used in clinical practice or epidemiological studies. These new centiles are a tool to determine gestational age, assess fetal growth and small or large for gestational age babies.

Declaration of conflict of interests. The authors declare that they have no conflict of interests.

América Aime Corona-Gutiérrez, MD, PhD,^(1,2)

aacorona@hcg.gob.mx

Eva Elizabet Camarena-Pulido, MD, PhD,^(1,2)

Juan Pablo Arellano-Cárdenas, MD,⁽¹⁾

Mireya Robledo-Aceves, MD, PhD,⁽³⁾

Claudia Angélica Quezada-Salazar, MD,⁽³⁾

Larissa María Gómez-Ruiz, MD, MSc,⁽³⁾

Rene Oswaldo Pérez-Ramírez, MD,⁽³⁾

(1) Gynecology and Obstetrics Department, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca.

Guadalajara, Mexico.

(2) Health Sciences University Center, Guadalajara

University. Guadalajara, Mexico.

(3) Pediatrics and Neonatology Department,

Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca.

Guadalajara, Mexico.

<https://doi.org/10.21149/13898>

References

1. Flores-Huerta S, Martinez-Salgado H. Peso al nacer de los niños y niñas derechohabientes del IMSS. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2012;69(1):30-9.

Table I
BIRTHWEIGHT FOR GESTATIONAL AGE. GUADALAJARA, MEXICO, 2017

Females	n	p3	p10	p50	p90	p97	SD	SE
29	50	547	604	1 055	1 400	1 797	319	45
30	50	732	850	1 048	1 555	1 796	262	37
31	170	786	892	1 331	1 790	1 938	337	26
32	170	1 046	1 200	1 600	2 005	2 224	330	25
33	170	1 035	1 287	1 776	2 189	2 395	355	27
34	170	1 400	1 757	2 135	2 717	3 111	386	30
35	170	1 625	1 801	2 275	2 750	2 964	355	27
36	170	2 220	2 265	2 505	2 950	3 111	251	19
37	170	2 540	2 600	2 750	3 130	3 369	221	17
38	170	2 796	2 880	3 228	3 580	3 685	263	20
39	170	2 910	2 940	3 278	3 580	3 685	227	17
40	170	2 922	3 061	3 300	3 590	3 687	198	15
41	170	2 893	2 995	3 425	3 650	3 675	242	19
Males								
29	81	701	908	1 175	1 479	1 619	236	26
30	50	945	1 001	1 245	1 509	1 833	214	30
31	170	786	946	1 340	1 799	1 953	334	26
32	170	1 046	1 200	1 590	2 099	2 370	355	27
33	170	980	1 346	1 890	2 390	2 525	384	29
34	170	1 400	1 757	2 135	2 717	3 111	388	30
35	170	1 901	2 111	2 435	2 890	3 058	304	23
36	170	2 346	2 400	2 683	3 193	3 318	298	23
37	170	2 700	2 715	3 135	3 555	3 615	280	21
38	170	2 750	3 000	3 300	3 610	3 848	276	21
39	170	2 945	3 035	3 385	3 615	3 760	243	19
40	170	3 060	3 075	3 535	3 760	3 910	227	17
41	170	3 146	3 180	3 405	3 660	3 700	171	13

n: number, SD: Standard deviation, SE: Standard error

2. Regnault TRH, Limesand SW, Hay WW. Factors influencing fetal growth. *NeoReviews*. 2001;2(6):19e-128. <https://doi.org/10.1542/neo.2-6-e119>

3. Jurado GE, Abarca-Arroyo A, Osorio-Roldan C, Campos-Ordaz R, Saavedra-Mujica A, Alvarez-de-los-Cobos J, Parra-Jimenez S. Evaluación del peso y la longitud corporal fetal en la ciudad de México. *Gac Med Mex*. 1970;102(2):63-195.

4. Rios JM, Tufiño-Olivares E, Reza-López S, Sanín LH, Levario-Carrillo M. Birthweight percentiles by gestational age and gender for children in the North of Mexico. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2008;22(2):88-194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2007.00898.x>

5. Meakin AS, Cuffe JSM, Darby JRT, Morrison JL, Clifton VL. Let's talk about placental sex, baby: Understanding mechanisms that drive female- and male-specific fetal growth and developmental

outcomes. *Int J Mol Sci*. 2021;22(12):6386. <https://doi.org/10.3390/ijms22126386>

Violencia intrafamiliar, tiempo para una articulación efectiva

Señor editor: Le escribimos con referencia al manuscrito "Violencia en el hogar contra mujeres adultas durante el confinamiento por la pandemia de Covid-19 en México"¹ publicado en su revista, escrito por Valdez-Santiago y colaboradores, sobre el cual

decidimos contrastar los hallazgos con la evidencia de publicaciones colombianas, dada la importancia y relevancia del tema.

La violencia contra la mujer es uno de los fenómenos sociales que ha tomado protagonismo durante la emergencia sanitaria. Esto responde al incremento del riesgo de sufrir violencia al quedarse en casa, ya que, usualmente, estos hechos suceden en las unidades de vivienda y son propiciados por la pareja íntima.²

En Colombia existen líneas de atención y orientación para mujeres víctimas de violencia, como la 155 y la Púrpura del Distrito Capital, entre otras. Estas registraron un incremento alarmante de 112% entre marzo y noviembre de 2020, respecto al mismo periodo de 2019, con un pico en el mes de mayo. Sin embargo, llama la atención que las denuncias sobre violencia contra la mujer realizadas a la Fiscalía General de la Nación disminuyeron 15% en 2020 respecto a las del año inmediatamente anterior, así como las valoraciones realizadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Lo anterior sólo evidencia que el confinamiento aumentó la brecha entre las víctimas y la protección que el Estado puede brindar. Esto se puede haber presentado por diversos factores como la limitación en el acceso a esas rutas de atención debido a las medidas de aislamiento social o por el hecho de convivir con su agresor.³

La organización *Innovations for Poverty Action* (IPA) realizó una encuesta longitudinal como parte de una iniciativa llamada "Respuestas efectivas contra el Covid-19" con el objetivo de recolectar información en nueve países, incluyendo Colombia, sobre preguntas críticas relacionadas con política pública durante la pandemia. Aunque la muestra no fue representativa a nivel nacional, se evidenció que, de los encuestados en Colombia, 7% de los que vivían con su pareja reportaron estar preocupados por la violencia física entre la pareja desde el inicio

del confinamiento, y que 22% de las familias reportaron un incremento en la frecuencia de discusiones y conflictos en el hogar. Esta cifra disminuyó a 8% en septiembre con la finalización de la cuarentena estricta obligatoria.⁴

Por lo anterior, es importante crear una conciencia más amplia sobre este tipo de violencia y el impacto de la crisis sanitaria en ella. Debe realizarse un trabajo articulado de las instituciones que permita fortalecer el acceso y la atención, para promover la prevención y garantizar la protección de la mujer.

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

Angélica María Dávila-Raigoza, MD,⁽¹⁾
Herney Andrés García-Perdomo, PhD,^(1,2)
herney.garcia@correounivalle.edu.co

(1) Grupo de Investigación UROGIV, Escuela de Medicina, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

(2) Departamento de Cirugía/Urología, Escuela de Medicina, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

<https://doi.org/10.21149/13445>

Referencias

1. Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L, Flores K, Ramos-Lira L. Violencia en el hogar contra mujeres adultas durante el confinamiento por la pandemia de Covid-19 en México. *Salud Publica Mex.* 2021;63(6):782-8. <https://doi.org/10.21149/13244>
2. Roesch E, Amin A, Gupta J, García-Moreno C. Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. *BMJ.* 2020;369:m1712. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1712>
3. Corporación Sisma Mujer. Derechos de las mujeres y de las niñas durante la pandemia de Covid-19 en Colombia. Boletín No. 23 [internet]. Bogotá: Sisma Mujer, 2020 [citado 20 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.sismamujer.org/wp-content/uploads/2021/08/27-11-2020-Derechos-de-las-Mujeres-y-COVID-19_-Sisma-Mujer.pdf
4. Innovations for Poverty Action. Análisis de la Encuesta RECOVR en Colombia - Round 1. 2020

[citado 20 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.poverty-action.org>

Variability in case fatality rate risk due to Covid-19 and health services provider

Dear editor: We would like to share ideas on the publication "Variability in case fatality rate risk due to Covid-19 according to health services provider in Mexico City hospitals".¹ García-Peña and colleagues discovered significant disparities in healthcare quality and access between health subsystems. To enhance health outcomes, García-Peña and colleagues stated that increasing the capacity and quality of the various health subsystems is critical. In Covid-19, there are a variety of factors that influence mortality. We believe that the health subsystem's quality and capacity are crucial issues that are rarely discussed. Even if there are centralized public health policies at the national level, the implementation in diverse environments may differ. There is an issue with medical personnel's expertise in the local hospital, and there should be a system for competence testing.² Furthermore, the local health center administrator's vision is critical. Some administrators may be blind and refuse to promote disease control and care quality for Covid-19 patients.³

Declaration of conflict of interests. The authors declare that they have no conflict of interests.

Rujittika Mungmunpantipantip, PhD,⁽¹⁾
rujittika@gmail.com
Viroj Wiwanitkit, MD.⁽²⁾

(1) Private academic consultant. Bangkok, Thailand.

(2) Adjunct professor, Joseph Ayobabalola University. Ikeji-Arakeji, Nigeria.

<https://doi.org/10.21149/13817>

Referencias

1. García-Peña C, Bello-Chavolla OY, Castrejón-Pérez RC, Jácome-Maldonado LD, Lozano-Juárez LR. Variability in case fatality rate risk due to Covid-19 according to health services provider in Mexico City hospitals. *Salud Publica Mex.* 2022;64(2):119-30. <https://doi.org/10.21149/12995>
2. Apaijitt P, Wiwanitkit V. Knowledge of coronavirus disease 2019 (COVID-19) by medical personnel in a rural area of Thailand. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2020;41(10):1243-44. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.159>
3. Saithong C. COVID-19 outbreak, primary health care center and vision of local administrator of primary health care center. *Case Study Case Rep.* 2020;10(2):17-8. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1nzdISOfoTVvfaaLFfcVlk9VFaoDPlyDu/view>

In response to the comment on the article "Variability in case fatality rate risk due to Covid-19 according to health services provider in Mexico City hospitals"

Dear editor: Thank you very much for the comments on our research. We agree with Rujittika Mungmunpantipantip, and Viroj Wiwanitkit, on the subsystem's quality and capacity relevance. We want to add that fragmentation of health services is a serious concern in national contexts such as the Mexican one since this situation hinders coordination between different health providers and any effort aimed at a homologation of administrative processes.¹ On the other hand, the policymaking process usually emphasizes the design phase, leaving the implementation phase as the most susceptible link of the chain to fail;² in this sense, health

policy is not the exception. The case during the Covid-19 pandemic may be similar, leading to significantly different health outcomes between health subsystems, such as those discussed in our manuscript. Specifically, this could be related to internal differences in organizational culture, human and material resources, and other external variables to the national planning and strategy. Therefore, we agree that it is important to generate performance evaluation and coordination mechanisms at the national and local levels to enable the sharing of knowledge and best

practices, improve service quality and reduce adverse outcomes.

Declaration of conflict of interests. The authors declare that they have no conflict of interests.

Carmen García-Peña, PhD,⁽¹⁾

mcgarcia@inger.gob.mx

Omar Yaxmehén Bello-Chavolla, PhD,⁽²⁾

Roberto Carlos Castrejón-Pérez, PhD,⁽²⁾

Luis David Jácome-Maldonado, MSc,⁽³⁾

Luis Raymundo Lozano-Juárez, MSc.⁽³⁾

(1) Dirección de Investigación,
Instituto Nacional de Geriátria. Mexico City, Mexico.

(2) Instituto Nacional de Geriátria.
Mexico City, Mexico.

(3) Laboratorio de Políticas Públicas,
Instituto Nacional de Geriátria. Mexico City, Mexico.

<https://doi.org/10.21149/13845>

References

1. Bossert T, Blanchet N, Sheetz S, Pinto D, Cali J, Pérez-Cuevas R. Comparative review of health system integration in selected countries in Latin America. Inter-American Development Bank, 2014. Available from: <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Comparative-Review-of-Health-System-Integration-in-Selected-Countries-in-Latin-America.pdf>
2. Peckham S, Hudson B, Hunter D, Redgate S. Policy success: What is the role of implementation support programmes? *Social Policy Admin.* 2022;56(3):378-93. <https://doi.org/10.1111/spol.12771>