

CARTAS AL EDITOR

Desigualdades socioespaciales de la mortalidad por Covid-19 después de la vacunación masiva en Buenos Aires, Argentina

Señor editor: En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), durante los dos mayores picos de casos de Covid-19 durante 2020-2021, se observaron desigualdades socioespaciales en la mortalidad por esta enfermedad.¹ Se analizó la persistencia de estas inequidades de la mortalidad en un contexto nuevo de vacunación masiva, aumento de casos y dominancia de la variante Ómicron,² a partir de datos sociodemográficos y de mortalidad.

Se utilizaron datos de los 48 barrios de la CABA sobre muertes por Covid-19, en dos grupos etarios, 0-59 y 60+ años, ocurridas entre el 1 diciembre de 2021 y el 28 de marzo de 2022;¹ el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI), comúnmente usado para reflejar el nivel de pobreza estructural, y la densidad poblacional de cada barrio. Se calcularon regresiones de Poisson considerando la estructura espacial de los barrios¹ y se utilizó la población estimada en 2021 como *offset*, para estimar la asociación entre la mortalidad por Covid-19 y diferentes niveles de pobreza, asimismo, se clasificaron en terciles (nivel bajo, medio y alto de porcentaje con NBI). Se calculó un modelo para cada grupo etario (0-59 y 60+ años)

incluyendo la densidad poblacional como covariable.

Entre diciembre de 2021 y el 28 de marzo de 2022 se notificaron 117 y 1 119 fallecimientos por Covid-19 en poblaciones de 0-59 y 60+ años, respectivamente. Mientras el tercil con niveles altos de pobreza se concentró en el sur de la CABA, las distribuciones geográficas de la mortalidad por Covid-19 en ambos grupos etarios no fueron coincidentes con la de pobreza, como tampoco con la densidad poblacional (figura 1).^{3,4} Esto se vio reflejado en los riesgos relativos (RR) de mortalidad asociados con el porcentaje de hogares con NBI, tanto en población de 0-59 años (tercil de nivel bajo: referencia; nivel medio: RR=0.88, IC= 0.52,1.47; nivel alto: RR=1.51, IC= 0.95,2.40) como en población de 60+ años (tercil de nivel bajo: referencia; nivel medio: RR=0.88, IC= 0.72,1.07; nivel alto: RR=1.07, IC= 0.86,1.32). Lo mismo sucedió con la densidad poblacional (población de 0-59 años: RR=1.09, IC= 0.91,1.28; población de 60+ años: RR=0.97, IC= 0.89,1.04).

La ausencia de desigualdades socioespaciales en la mortalidad por Covid-19 entre barrios de la CABA podría deberse al nivel alto de vacunación contra esta enfermedad empleando dos dosis, la cual ha abarcado a 82% de la población a finales de 2021.⁵ Los resultados de este análisis sugieren que las tasas de vacunación pudieron haber sido relativamente homogéneas entre barrios de diferente nivel socioeconómico, considerando

las peores condiciones de salud prevalecientes en barrios de menor nivel socioeconómico. En el caso de las vacunaciones de refuerzo (tercera y cuarta dosis), se recomienda intensificar las campañas de vacunación con un enfoque de equidad geográfica.

Declaración de conflicto de intereses. El autor declara no tener conflicto de intereses.

Carlos M Leveau, M en Epid, D en Geogr.^(1,2)
cmleveau@hotmail.com

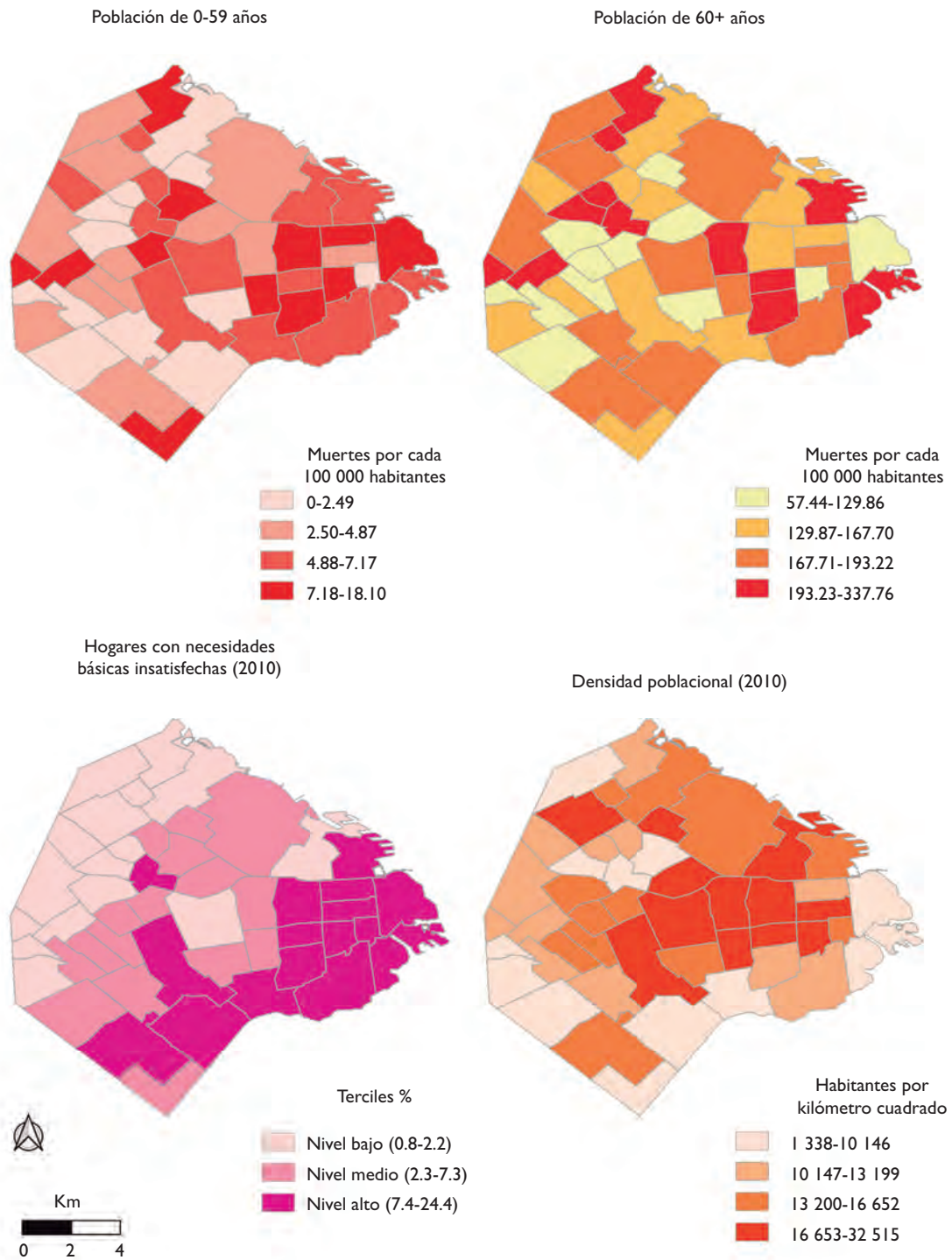
(1) Instituto de Producción, Economía y Trabajo, Universidad Nacional de Lanús, Remedios de Escalada, Argentina.

(2) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, Argentina.

<https://doi.org/10.21149/13888>

Referencias

1. Leveau CM, Soares-Bastos L. Desigualdades socio-espaciales de la mortalidad por COVID-19 en tres olas de propagación: un análisis intraurbano en Argentina. *Cad Saude Publica*. 2022;38:e00163921. <https://doi.org/10.1590/0102-311XES163921>
2. Proyecto PAIS. Reporte N°31. 2022 [citado mayo 10, 2022]. Disponible en: <http://pais.qb.fcen.uba.ar/files/reportes/pais-reporte31.pdf>
3. Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires Data - Casos COVID-19, 2022 [citado abril 4, 2022]. Disponible en: <https://data.buenosaires.gob.ar/>
4. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Argentina: WebINDEC: Población / Censos, 2022 [citado abril 4, 2022]. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/nivel3_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41
5. Vacunación Covid 19 en Argentina. La Nación, 2021 [citado junio 2, 2022]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/vacunacion-covid-19-en-argentina-cuantas-dosis-se-aplicaron-al-31-de-diciembre-nid31122021/>



Fuentes: Gobierno de la ciudad de Buenos Aires,³ Instituto Nacional de Estadística y Censos⁴

FIGURA I. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR COVID-19 POR GRUPO ETARIO, DEL PORCENTAJE DE HOGARES CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS Y LA DENSIDAD POBLACIONAL EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA. DICIEMBRE DE 2021 A MARZO DE 2022

Leucemia y Covid-19 (Leucovid-19): efecto de la pandemia sobre el diagnóstico de leucemia aguda en la Ciudad de México previo a Ómicron

Señor editor: Desde el inicio de la pandemia, los pacientes con cáncer fueron considerados como población susceptible a la infección por SARS-CoV-2, lo que obligó a emitir recomendaciones que incluyeron la suspensión de estrategias como la inmunoterapia y el trasplante de progenitores hematopoyéticos, así como aplazar tratamientos debido a la reconversión hospitalaria.¹ A diferencia de otras enfermedades, las neoplasias sanguíneas se asociaron con una mayor mortalidad, en especial las leucemias agudas.² Aunado a la alta mortalidad, otro de los efectos descritos durante la pandemia fue la reducción del número de casos de leucemia aguda, efecto relacionado con el confinamiento y con la reconversión hospitalaria, pero sin descartar algún efecto del virus sobre la leucemogénesis.³ Debido a que la Ciudad de México es una región con alta prevalencia de casos de leucemia,⁴ fue de nuestro interés describir el comportamiento de

las leucemias agudas y compararlas con periodos previos a la pandemia.

Para el análisis utilizamos los registros clínicos de pacientes hematológicos con diagnóstico de leucemia aguda de *novo* que acudieron al Hospital General de México durante cuatro diferentes periodos, que abarcaron desde el inicio (2009-2010), mediados (2015-2016) y finales de la década previa a la pandemia (2018-2019), incluyendo el periodo de la pandemia por Covid-19 (marzo 2020-diciembre 2021).

Durante las tres primeras oleadas (2020-2021) se diagnosticaron 236 casos, con una media de edad de 34 años (1-81 años); el grupo etario más afectado fue entre los 10 y 35 años (n=116, 49.2%). La leucemia aguda linfoide fue el tipo más frecuente (n=150, 63.6%), pero al dividir por edad, la leucemia mieloide aguda fue más frecuente por encima de los 35 años. A pesar de que la frecuencia de casos de leucemia linfoide fue semejante a periodos previos, un subtipo específico (leucemia promielocítica aguda) mostró un descenso significativo (4.7 vs. 11.1% en el periodo previo). Esto se representa en la figura 1.

Alrededor del mundo, países como Alemania o Noruega registra-

ron un descenso en los casos diagnosticados con cáncer, en especial en los primeros meses de la pandemia. Este descenso era esperado debido a la suspensión de programas de detección oportuna, como cáncer de seno o colon.⁵

En nuestro país, la pandemia colapsó las unidades hospitalarias, pero al contar con un modelo de atención centralizada no se modificó el número de casos con leucemia aguda. Una de las explicaciones es la poca sospecha, ya que los cambios en los conteos sanguíneos (citopenias) y en las pruebas de coagulación (dimero D elevado, alargamiento de pruebas de coagulación, hipofibrinogenemia) presentes en la leucemia promielocítica pueden semejar casos severos de SARS-CoV-2, lo que dificulta la sospecha y enmascara el diagnóstico.⁶

En conclusión, la distribución de los casos de leucemia aguda fue semejante a la de años previos, con excepción de la leucemia promielocítica aguda. Aún es prematuro generar conclusiones acerca de los efectos a largo plazo de la infección por SARS-CoV-2, por lo que debemos continuar expectantes a cualquier cambio en la incidencia, no sólo de leucemia sino de enfermedades inmunes o diferentes tipos de cáncer.

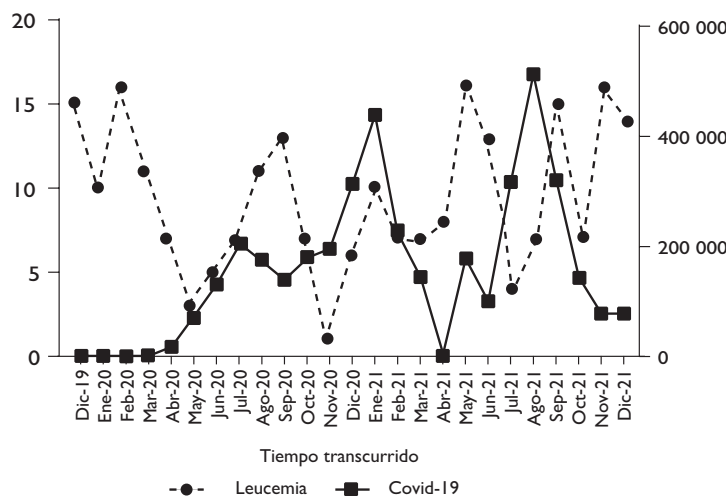


FIGURA 1. PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA AGUDA Y COVID-19 DURANTE LAS PRIMERAS TRES OLEADAS. MÉXICO

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

Adán Germán Gallardo-Rodríguez,
M en C, Nutr Clín,⁽¹⁾

Carlos Martínez-Murillo, PhD, MD, Hemat,⁽²⁾

Daniela Pérez-Sámano, MD, Hemat,⁽²⁾

Irma Olarte-Castillo, PhD, Biol Molec,⁽³⁾

Adolfo Martínez-Tovar, PhD, Biol Molec,⁽³⁾

Christian Omar Ramos-Peñaflor,
PhD, M en C, Hemat.⁽²⁾

leukemiachop33@gmail.com

(1) Departamento de Investigación en Hematología,
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.
Ciudad de México, México.

(2) Departamento de Hematología,
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.
Ciudad de México, México.

(3) Laboratorio de Biología Molecular,
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.
Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/13757>

Referencias

1. Moujaess E, Kourie HR, Ghosn M. Cancer patients and research during COVID-19 pandemic: A systematic review of current evidence. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2020;150:102972. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2020.102972>

2. Vijenthira A, Gong IY, Fox TA, Booth S, Cook G, Fattizzo B, et al. Outcomes of patients with hematologic malignancies and COVID-19: a systematic review and meta-analysis of 3377 patients. *Blood.* 2020;136(25):2881-92. <https://doi.org/10.1182/blood.2020008824>

3. Jarvis KB, Lind A, LeBlanc M, Ruud E. Observed reduction in the diagnosis of acute lymphoblastic leukaemia in children during the COVID-19 pandemic. *Acta Paediatr.* 2021;110(2):596-7. <https://doi.org/10.1111/apa.15576>

4. Pérez-Saldivar ML, Fajardo-Gutiérrez A, Bernáldez-Ríos R, Martínez-Avalos A, Medina-Sanson A, Espinosa-Hernández L, et al. Childhood acute leukemias are frequent in Mexico City: descriptive epidemiology. *BMC Cancer.* 2011;11:355. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-11-355>

5. Jacob L, Kalder M, Kostev K. Decrease in the number of patients diagnosed with cancer during the COVID-19 pandemic in Germany. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2022;1-7. <https://doi.org/10.1007/s00432-022-03922-5>

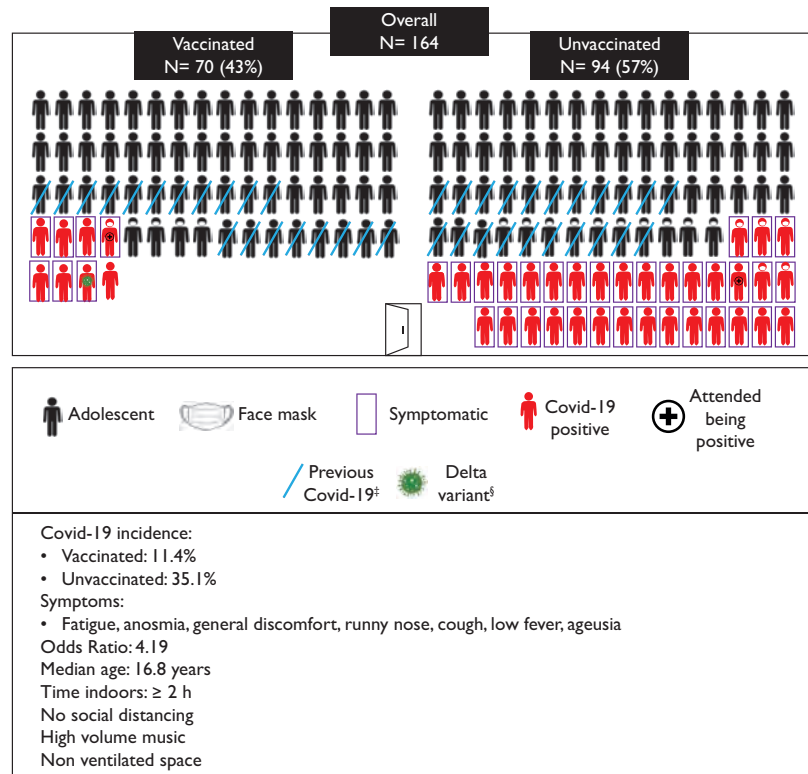
6. Farmer I, Okikiolu J, Steel M, Wanniarachchi C, Littlewood S, Gupta S, et al. Acute promyelocytic leukaemia lying under the mask of COVID-19-a diagnostic and therapeutic conundrum. *Br J Haematol.* 2020;190(4):e248-50. <https://doi.org/10.1111/bjh.16864>

Superspreading event of Covid-19 in adolescents: is there a difference between the vaccinated and the unvaccinated?

Dear editor: In May 2021, a private indoor event for adolescents took place in Mexico City. The event was held in a closed non-ventilated room. A rapid Covid-19 antigen test performed 24 hours prior was mandatory to attend the event. After the event, a sample

from a symptomatic fully vaccinated person was sequenced and SARS-CoV-2 delta variant of concern was found.

The studied population included N=164 adolescents 15 to 19 years old. Of the attendees, 43% were vaccinated (n=70) and 57% (n=94) were unvaccinated. The incidence of Covid-19 in the studied population was 25% (95%CI 18.6 to 32.4) (N=41) (figure 1). There were two people that attended the event even when they were positive in



* 164 adolescents with a median age of 16.8 attended a private, non-ventilated event with high volume music, no social distancing measures and a low use of face masks for two or more hours. All performed an antigen rapid test 24 hours prior to the event. Two known Covid-19 positive individuals attended the event resulting in 41 (25%) positive cases of which 40 were symptomatic. No reinfection resulted from the event; the 47 individuals (28.7%) that reported having Covid-19 in the previous year were negative and reported no symptoms after the event; 70 (42.7%) of the attendees were vaccinated with at least one dose having lower incidence of Covid-19 (11.4%, 95%CI: 15.1-21.3) than the unvaccinated cohort (35.1%, 95%CI: 25.5-45.6). The crude OR was 4.19 (95%CI: 1.79-9.8). None of the adolescents, or their close contacts, needed hospitalization, or died from Covid-19. One sample of a fully vaccinated symptomatic individual was sequenced, and the Delta variant of concern was found. High volume music was played at all times in the non-ventilated indoor area, increasing the risk of SARS-CoV-2 transmission through elevated vocal effort contributing to higher aerosol emissions (21)

[‡] Previous Covid-19 at least 14 days before the event

[§] Only one sample was sequenced

FIGURE 1. ADOLESCENTS SUPERSPREADING EVENT.* MEXICO CITY, 2021

the antigen rapid test taken before the event. One was vaccinated and reported using a face mask during most of the event, the other one was not vaccinated and took off its face mask during most of the event. Most (87.8%) only used a face mask to enter the event and removed it once inside or did not use it at all.

There were 70 (42.7%) people that were vaccinated with at least one dose, 50 persons were fully vaccinated and 20 were partially vaccinated; 19 (27.1%) had Covid-19 in the year before the event and fully recovered before attending the event; none had a reinfection; 92.9% reported not using a face mask during the event. After the party, eight (11.4%) out of the 70 vaccinated adolescents resulted Covid-19 positive; seven (14%) were fully vaccinated and one (5%) was partially vaccinated. Only one fully vaccinated person was asymptomatic.

In total, there were 94 (57.3%) people that were unvaccinated; 28 (29.8%) had Covid-19 in the year

before the event and fully recovered before attending the event; none had a reinfection; 83.7% reported not using a face mask during the event. After the party, 33 (35.1%) of the unvaccinated adolescents were Covid-19 positive; there were no asymptomatic persons in this cohort. The Covid-19 incidence in unvaccinated individuals was 35.1% (95%CI 25.5 to 45.6), and in vaccinated individuals was 11.4% (95%CI 5.1 to 21.3). This difference was a statistically significant ($\chi^2= 12.6, p=0.00, OR= 4.19$ (95%CI 1.79-9.8)).

The reported symptoms were similar in both cohorts for infected adolescents. Vaccinated individuals reported a runny nose more frequently (87.5 vs. 48.5% $p=0.046$) while unvaccinated reported more fatigue (90.9 vs. 62.5% $p=0.04$) (figure 2).

This study shows that in the described superspreading event, the unvaccinated adolescent cohort had a statistically higher incidence of Covid-19 than the vaccinated adoles-

cent cohort. We confirmed that vaccines decreased the risk of contagion but once an adolescent was infected with Covid-19, the symptoms were similar for both groups.

Spreading events have become more common while individuals (vaccinated or unvaccinated) engage with other people in social events with almost complete relaxation of safety measures. The results of this study show the permeability of implementing a unique mitigating strategy thus evidencing the urgency to communicate the importance of layering protective measures to reduce risk of transmission and infection during the Covid-19 pandemic.¹⁻³

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

Carol Perelman, QFB,⁽¹⁾

Andrea Fastlicht, Est de Econ,⁽²⁾

Alejandro Sanchez-Flores,

D en Genóm y Bioinform,⁽³⁾

Talia Wegman-Ostrosky, D en Genóm Hum.⁽⁴⁾

taliaw@gmail.com

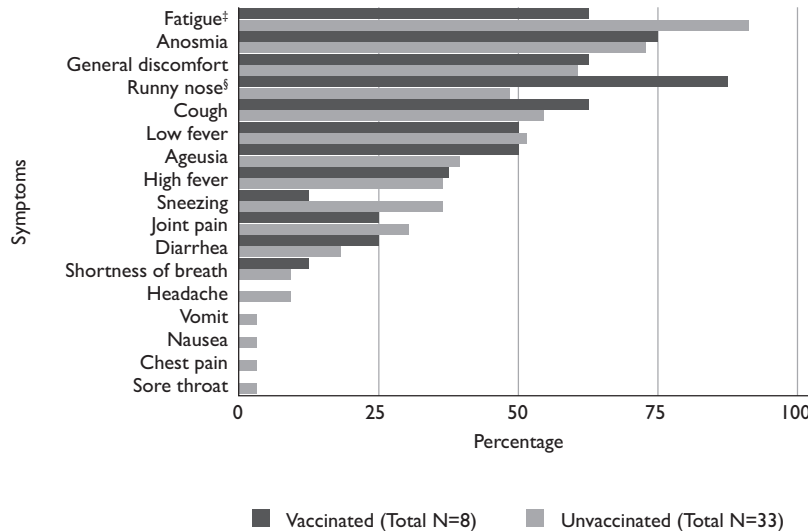
(1) Universidad Nacional Autónoma de México. Mexico City, Mexico.

(2) Universidad Iberoamericana. Mexico City, Mexico.

(3) Unidad Universitaria de Secuenciación Masiva y Bioinformática, Universidad Nacional Autónoma de México. Cuernavaca, Morelos, Mexico.

(4) Subdirección de Investigación Básica, Instituto Nacional de Cancerología. Mexico City, Mexico.

<https://doi.org/10.21149/13456>



* Both cohorts had similar symptoms. Only one fully vaccinated individual was asymptomatic. Fatigue was reported mainly in the unvaccinated and runny nose was mainly reported in the vaccinated

‡ Unvaccinated adolescents reported fatigue more frequently $p < 0.05$

§ Vaccinated adolescents reported runny nose more frequently $p < 0.05$

FIGURE 2. PERCENTAGE OF SYMPTOMS* IN COVID-19 POSITIVE VACCINATED AND UNVACCINATED ADOLESCENTS, 2021

Referencias

1. Stein R. Fauci Warns Dangerous Delta Variant Is The Greatest Threat To U.S. COVID Efforts. NPR. Jun 22 2021 [cited 2021 Aug 31]. Available from: <https://www.npr.org/sections/health-shots/2021/06/22/1008859705/delta-variant-coronavirus-unvaccinated-u-s-covid-surge>

2. Linsenmeyer K, Gupta K, Madjarov R, Charness ME. Cryptic transmission of the Delta variant AY.3 sublineage of SARS-CoV-2 among fully vaccinated patients on an inpatient ward. MedRxiv. 2021. <https://doi.org/10.1101/2021.08.05.21261562>

3. Bergwerk M, Gonen T, Lustig Y, Amit S, Lipsitch M, Cohen C, et al. Covid-19 breakthrough infections in vaccinated health care workers. N Engl J Med. 2021;385:1474-84. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2109072>

Covid-19 en la población LGBTIQ+ en Ecuador: Perspectivas de una junta asesora comunitaria

Señor editor: Las poblaciones LGBTIQ+ sufren violencia estructural, misma que ha incrementado a raíz de la pandemia por Covid-19, lo que evidencia las brechas de desigualdad con respecto al derecho a la salud. En un marco de investigación-acción participativa, recogimos información sobre los riesgos en salud que enfrenta esta comunidad; de esta forma pretendemos, de alguna manera, reparar su falta de inclusión y acortar la distancia entre su voz y la toma de decisiones.

En mayo de 2021 mantuvimos un conversatorio con una junta asesora comunitaria (JAC) conformada por líderes de organizaciones de la sociedad civil para documentar sus perspectivas sobre los sistemas de salud en la emergencia sanitaria. Se reconoció el acierto de la autoridad sanitaria al emitir una resolución para la entrega de terapia antirretroviral hasta por tres meses para personas que viven con VIH-sida.¹ No obstante, se cancelaron muchos servicios públicos de diagnóstico de VIH y fueron las organizaciones civiles quienes adoptaron el liderazgo de mantener esta oferta a la población LGBTIQ+.

Con respecto a los servicios de salud mental, pocos mantuvieron su atención presencial y la mayoría migró su atención a videollamadas y redes sociales. Lamentablemente, para algunas personas este cambio implicaba riesgos y dificultades por la falta de privacidad derivada de la convivencia con sus familiares. Otros obstáculos fueron la falta de personal, la alta demanda de personas en situaciones de crisis y las dificultades propias del bajo acceso a dispositivos tecnológicos y conexión a internet. En el caso de personas LGBTIQ+ de zonas rurales,

migrantes y/o de minorías étnicas, esta situación resultó más compleja, lo que implicó posiblemente la desatención a personas más vulnerables.

En lo que respecta a los servicios relacionados con Covid-19, para el sector LGBTIQ+ en situación de vulnerabilidad no existieron acciones focalizadas.² A esto se sumó la preocupación y el temor a vacunarse que experimentaron algunas personas transgénero con terapia hormonal por desconocer si están en mayor riesgo de presentar efectos secundarios.

Ha transcurrido tiempo suficiente para que los distintos estados reflexionen sobre las maneras en las que se puede mejorar la respuesta a la pandemia a futuro. Con las experiencias compartidas desde la JAC conocemos que, para la población LGBTIQ+, la pandemia continúa exacerbando vulnerabilidades preexistentes, por lo que sugerimos que la política pública para la equidad garantice la protección de los sectores más afectados por la crisis y priorice los sectores paralizados por la pandemia que coinciden con alta representación femenina y de personas LGBTIQ+.

Desde un punto de vista interseccional, se debe priorizar a aquellos miembros de la población LGBTIQ+ que pertenezcan a otros grupos históricamente marginados. Para garantizar la sostenibilidad, las respuestas deben ser coordinadas entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil con apoyo financiero nacional e internacional.

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

Rodrigo A Aguayo-Romero, PhD en Psic Clin,⁽¹⁻³⁾

Paula Hidalgo-Andrade, PhD en Psic,⁽⁴⁾

paula.hidalgo@udla.edu.ec

Carlos Hermosa-Bosano, PhD en Psic,⁽⁴⁾

Catalina Correa-Salazar, DPH, M en Psic,⁽⁵⁾

Diane Rodríguez-Zambrano, M en Gen y Des,

M en Psic Jur y Fore,^(6,7)

Efraín Soria-Alba, Lic en Psic Educ.⁽⁸⁾

Junta asesora comunitaria: Daan Acosta,

Colectivo Rural LGBTI, Nobol, Ecuador; Emilio Villafuerte, Asociación Nacional Valientes de Corazón, Guayaquil, Ecuador; Marilyn Victoria Santillán Garrido, representante de la Plataforma Revolución Trans, Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador; Nicole Carolina Gavilán Vaca (Nico), Unidad de Salud Trans "Tayra Evelyn Ormeño", Quito, Ecuador; Ricardo Javier Benalcázar T, Fundación Ecuatoriana Equidad, Quito, Ecuador; y tres personas que prefirieron no ser nombradas.

(1) Brigham and Women's Hospital. Boston, Estados Unidos.

(2) Harvard Medical School. Boston, Estados Unidos.

(3) The Fenway Institute. Boston, Estados Unidos.

(4) Escuela de Psicología y Educación,

Universidad de Las Américas. Quito, Ecuador.

(5) Community Health and Prevention Department,

Drexel University. Filadelfia, Estados Unidos.

(6) Estados Asociación Silueta X de Guayaquil.

Guayaquil, Ecuador.

(7) Centro Psico Trans de Quito. Quito, Ecuador.

(8) Fundación Ecuatoriana Equidad. Quito, Ecuador.

<https://doi.org/10.21149/13840>

Referencias

1. Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública. Memorando Nro. MSP-SNVSP-2021-0852-M. Quito, 2021.

2. El Universo. Grupos LGBTI de Ecuador piden mayor atención del Estado durante la emergencia. Ecuador: El Universo, 2020 [citado 18 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/04/24/nota/7821906/grupos-lgbti-ecuador-piden-mayor-atencion-estado-durante-emergencia/>

Retrasos en el tratamiento del cáncer de mama: una enfermedad peligrosa

Señor editor: Como es de su conocimiento, en México no deben pasar más de 46 días entre el diagnóstico por imagen y el inicio del tratamiento definitivo del cáncer de mama.¹ Al respecto, nos complace compartir el cumplimiento de este indicador en 10 de los 14 casos identificados en nuestro programa de tamizaje con mastografía de 2021.

Antes de dar más información, debemos precisar que nuestra res-

ponsabilidad con las participantes se centró en la gestión de los resultados imagenológicos, debido a que la campaña es auspiciada por un programa especial del gobierno federal que no guarda relación directa con las actividades “propias” del Instituto Nacional de Cancerología (Incan). Esto no significa que dejamos de unirnos –globalmente– a la causa. Muestra de ello fueron las cuatro pacientes sin derechohabencia que recibieron tratamiento en el instituto. Los casos restantes buscaron atención en distintas instituciones, tanto del sector público como del privado, de acuerdo con las oportunidades de resolución de cada mujer. No obstante, el Incan mantuvo siempre la mirada fija a largo plazo. Es decir, las pacientes fueron seguidas hasta iniciar su tratamiento, respetando el alcance de nuestras competencias.

Ahora bien, todo se ensombreció cuando nos percatamos de que había cuatro mujeres en quienes se cometieron errores capitales que provocaron un retraso de cinco meses entre el diagnóstico por imagen y el tratamiento, y que son el motivo de la presente carta. Es cierto que las pacientes en comentamos fueron partícipes de este fenómeno, sin embargo, todas las determinaciones sociales-económicas-políticas que hemos discutido en torno a estos casos nos advierten que la mala gestión administrativa del sistema de salud mexicano (incluyendo citas excesivas o aplazadas, desaparición de expedientes, repetición injustificada de exámenes médicos, etc.) fue el detonante con mayor peso en los retrasos.

A propósito, cuidar los tiempos de atención en los pacientes con cáncer no es un concepto nuevo. En 1930, Pack y Gallo definieron al “retraso en el tratamiento del cáncer de mama” como un periodo de más de tres meses entre el descubrimiento de los síntomas por parte de la paciente hasta el inicio del tratamiento.²

Reiteramos que, en estos casos, el retraso de cinco meses ocurrió desde el diagnóstico radiológico, lo que implica que el riesgo de su sobrevida pudiera ser inminente. Tras estos actos que violentan la salud de las mujeres con cáncer de mama, exhortamos a todos los actores políticos, médicos y administrativos a tomar decisiones que ayuden a evitar eventos adversos en la práctica médica, y que las discusiones sobre los retrasos en la atención de esta neoplasia permanezcan abiertas porque, claramente, es un acto de impericia que es aún vigente.

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

R Yolanda Villaseñor-Navarro, M Radial Oncol,⁽¹⁾
Isabel Sollozo-Dupont, D en Farmacol,⁽¹⁾
sodi8507@gmail.com

(1) Instituto Nacional de Cancerología.
Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/13967>

Referencias

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. México: Diario Oficial de la Federación, 2011 [citado may 17, 2022]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011#gsc.tab=0
2. Pack GT, Gallo JS. The culpability for delay in the treatment of cancer. *Am J Cancer*. 1938;33(3):443-62. <https://doi.org/10.1158/ajc.1938.443>

Aproximación a la distribución de los costos directos de la diabetes tipo 2 en Colombia

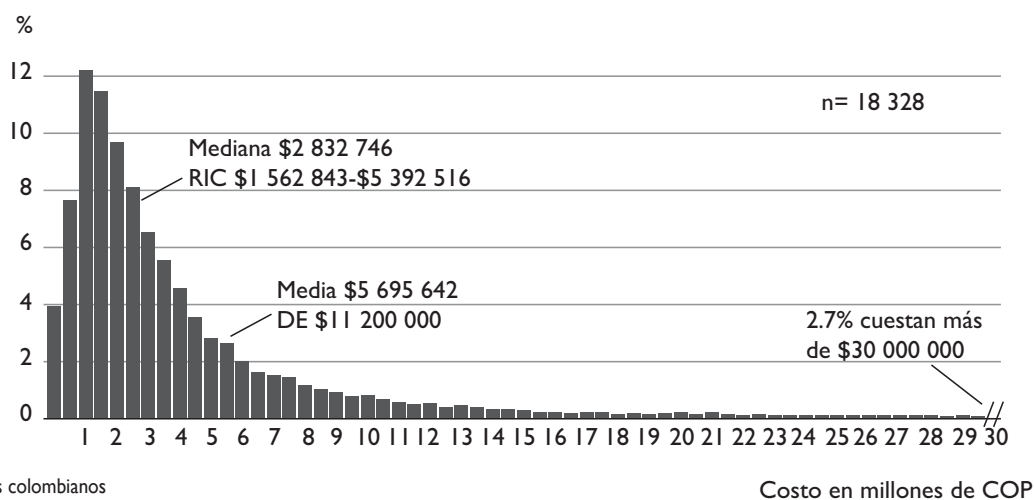
Señor editor: Como parte de un estudio para evaluar el impacto clínico y económico de la introducción de nuevos antidiabéticos orales en pa-

cientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 en una de las principales aseguradoras privadas (conocidas como EPS) en Colombia, se recogieron los costos médicos directos de cada uno de 18 328 sujetos durante el año previo a la prescripción del nuevo antidiabético oral. La distribución de esos costos es interesante, ya que dista de ser normal: como se observa en la figura 1, está sesgada hacia la derecha, además, la mediana es significativamente menor que la media;¹ la moda se encuentra en el extremo izquierdo y, hacia la derecha de la gráfica, se observa una cola extensa con frecuencias bajas, la cual representa los costos más complejos de la cohorte.

Como ha sido ampliamente discutido en la bibliografía, los costos en salud tienden a tener una distribución sesgada que se ha caracterizado como una distribución *gamma*.^{2,3} En este caso, se contó con unos parámetros *gamma* (0.09;2), con la mayoría de los costos por debajo de la media, pero una larga cola que se extiende a la derecha, constituida por esos pacientes que le cuestan al sistema de 5 a 10 o más veces el costo medio. Cabe señalar que esta distribución ya ha sido reportada en otras condiciones clínicas, como la enfermedad renal crónica⁴ o el gasto de bolsillo en salud.⁵ Hasta donde sabemos, ésta sería la primera vez en que se reportan datos de la vida real de una cohorte de personas con diabetes en la región.

Como se muestra en la figura 1, alrededor de 4% de los pacientes tendría un costo anual de menos de 500 000 pesos colombianos (COP) (152 dólares estadounidenses (USD), a la tasa de cambio promedio de 2019, de 1 USD= 3 281 COP); 23.5% tendría un costo anual de entre uno y dos millones de COP (305 a 610 USD); mientras que 2.7% de los pacientes cuesta a la aseguradora más de 30 000 000 COP (9 143 USD).

Conocer y entender esa distribución es esencial, no sólo para quienes



COP: pesos colombianos
 USD: dólares estadounidenses
 RIC: rango intercuartílico
 DE: desviación estándar
 1 USD = 3 281 COP

FIGURA 1. COSTOS ANUALES EN PESOS COLOMBIANOS 2019 DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA ASEGURADORA PRIVADA

buscan proyectar costos futuros sino para realizar ejercicios de modelación de enfermedades complejas, como es el caso de la diabetes.

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

Eduar D Echeverri, MD,⁽¹⁾
 Alvaro J Ruiz-Morales, MD, MSc,⁽²⁾
 Martin Rondon, MSc,⁽²⁾
 Diego Rosselli MD, MSc,⁽²⁾
 diego.rosselli@gmail.com

(1) Maestría de Epidemiología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia.

(2) Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

<https://doi.org/10.21149/13822>

Referencias

1. Figueroa-García J, Granados-García V, Roldán-Valadez E, Rojano-Mejía D, Cruz-Toledo JE, Palomo-Piñón S. Cost analysis of drug treatment in hypertensive patients at social security health care family medicine units. *Salud Publica Mex.* 2022;64(2):188-95. <https://doi.org/10.21149/12972>
2. Malehi AS, Pourmotahari F, Angali KA. Statistical models for the analysis of skewed healthcare cost data: a simulation study. *Health Econ Review.*

- 2015;5(1):1-6. <https://doi.org/10.1186/s13561-015-0045-7>
3. Wong CK, Jiao F, Tang EH, Tong T, Thokala P, Lam CL. Direct medical costs of diabetes mellitus in the year of mortality and year preceding the year of mortality. *Diabetes Obes Metab.* 2018;20(6):1470-8. <https://doi.org/10.1111/dom.13253>
4. Rosselli D, Rueda JD, Diaz CE. Cost-effectiveness of kidney transplantation compared with chronic dialysis in end-stage renal disease. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2015;26(4):733-8. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.160175>
5. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Santero M, Prado-Galbarro FJ, Rosselli D. Health-related out-of-pocket expenses in older Peruvian adults: analysis of the national household survey on living conditions and poverty 2017. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2018;35(3):390-9. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.353.3815>

Estado actual del traumatismo craneoencefálico en niños en el estado de Querétaro

Señor editor: El trauma craneoencefálico (TCE) es cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica.¹ Debido a que se considera la causa principal de morbilidad y mortalidad

en las primeras cuatro décadas de la vida, el tratamiento oportuno y rápido por parte del especialista es vital para evitar la lesión cerebral secundaria.^{1,2}

Durante nueve años hemos analizado a 716 pacientes pediátricos con TCE, los cuales son atendidos en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en Querétaro. De ellos, 30.8% corresponde al grupo de 2 a 5 años de edad que, a su vez, es el grupo que más lesiones craneoencefálicas sufre. Asimismo, las lesiones predominan en el sexo masculino (60.3 vs. 39.6% en el femenino) ($p=.000$, IC95% RR 1.3,1.4).

Los mecanismos de lesión más frecuentes fueron caídas de las escaleras (11%), seguidos de atropellos (9.5%), accidentes automovilísticos (8.3%), maltrato infantil (8%), accidentes en bicicletas (6.9%) y accidentes en motocicleta (6.7%). Cabe señalar que, en el caso de los accidentes automovilísticos, el total de los pacientes no viajaron de la manera apropiada en que debe hacerlo un niño en un vehículo.

El lugar donde predominan los accidentes en la población pediátrica

es el hogar (44.96%; $p=.000$, IC95% RR 2), mientras que el sitio de menor riesgo de accidentes es la escuela, con 1.82%.

Los diagnósticos más frecuentes son el hematoma epidural (18.4%) y las fracturas de la bóveda craneal (15.6%), los cuales tienen además una asociación muy importante ($p=.000$, IC95% RR= 5).

Sólo 32% de los pacientes de este grupo fue tratado medicamente; el resto requirió algún tipo de tratamiento quirúrgico según el caso.

La secuela más importante es la epilepsia (38.1%; $p=.000$, IC95% RR 3.7,4.6), con una mortalidad de 19%.

El tiempo transcurrido desde que el paciente sufre un accidente hasta que es valorado por el neurocirujano es, en promedio, de cinco horas. No obstante, el tiempo de valoración incrementa cuando el paciente llega a otro hospital, por lo cual tarda en ser enviado al hospital de la atención definitiva de 4 a 5 veces más que las cinco horas ($p=.003$).

Finalmente, los mecanismos de protección sólo se utilizaron en 3.27% ($p=.003$) de los casos.

La prevención del trauma craneal es muy importante, por lo cual debe existir una difusión adecuada en cuanto a los equipos de protección cuando la actividad o las condiciones así lo requieran.

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

Felipe Chavelas-Ochoa, Neuro Ped,⁽¹⁾
boosfelipe@yahoo.com.mx

Amy Méndez-Leyva, M Gal,⁽²⁾

Ana Camille Gleason-Domínguez, M Pas Serv Soc,⁽³⁾

Montserrat Bolaños-Fernández, Est Med.⁽³⁾

(1) Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.
Santiago de Querétaro, Querétaro, México.

(2) Universidad Anáhuac. Querétaro, México.

(3) Universidad Autónoma del Estado de Querétaro.
Santiago de Querétaro, Querétaro, México.

<https://doi.org/10.21149/13896>

Referencias

- Organización Panamericana de la Salud. Traumatismo craneoencefálico. OPS, 2018 [citado 11 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/938-tce-traumatismo-craqueoencefálico>
- Hung KL. Pediatric abusive head trauma. *Bio-medical Journal*. 2020;43(3):240-50. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.03.008>

¿Es incorrecta la prevalencia de síntomas depresivos presentada en el informe de la Ensanut 2018-19?

Señor editor: La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) brinda información sobre la salud de la población mexicana. Dentro de sus áreas se encuentra la sintomatología depresiva (SD), la cual es medida con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). Salinas-Rodríguez y colaboradores establecieron un punto de corte (PC) de nueve para identificar SD con la CESD-7.¹ Este PC ha sido utilizado en la Ensanut 2018-19 para estimar la prevalencia de SD, la cual es de 17.9%, según el informe final.² Sin embargo, parece existir un error involuntario en este cálculo.

La CESD-7 requiere invertir uno de sus reactivos, pues se encuentra redactado en sentido contrario. Cuando éste se invierte, se suma con los demás y se estima la prevalencia de SD con el PC de 9, se obtiene un valor de 13.6%, el cual dista del 17.9% reportado en el informe oficial. Al indagar las posibles causas de esta discrepancia, se halló que cuando no se invertía el reactivo, la prevalencia estimada coincidía con lo reportado en el informe. Sin embargo, este procedimiento sería incorrecto, pues el PC de Salinas-Rodríguez y colaboradores se obtuvo con la sumatoria de los reactivos luego de invertir el ítem.¹ Para confirmar lo hallado, también se estimó la prevalencia estratificada según sexo y localidad. En ambos casos, el cálculo incorrecto coincidía con el reporte oficial, mientras que el cálculo corregido indicaba valores más bajos (cuadro I).

Cabe aclarar que esta no es la primera vez que se reporta el cálculo correcto de la prevalencia de SD.³ Sin embargo, según conocimiento del autor, hasta la fecha no se ha realizado una aclaración explícita del error del informe oficial.

Declaración de conflicto de intereses. El autor declaró no tener conflicto de intereses.

Cuadro I
PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA SEGÚN DOS MÉTODOS DE CALIFICACIÓN. MÉXICO, 2018-19

Población	Ítem 6 sin invertir (incorrecto)		Ítem 6 invertido (correcto)	
	%	IC95%	%	IC95%
Nacional	17.9	17.3,18.4	13.6	13.1,14.1
Sexo				
Hombre	12.3	11.7,13.0	8.8	8.2,9.4
Mujer	22.5	21.6,23.3	17.6	16.9,18.4
Localidad				
Urbana	17.3	16.7,18.0	13.2	12.6,13.8
Rural	19.9	18.9,20.9	15.0	14.0,15.9

Pablo D. Valencia, BSc.⁽¹⁾
pabvalenciam@gmail.com

(1) Facultad de Estudios Superiores Iztacala,
Universidad Nacional Autónoma de México,
Tlalnepantla de Baz, Estado de México, México.

<https://doi.org/10.21149/113774>

Referencias

1. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo MM, Franco-Núñez A, Gutiérrez-Robledo LM, et al. Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). *Salud Publica Mex.* 2013;55(3):267-74. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i3.7209>
2. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
3. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S. Sí-

tomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):840-50. <https://doi.org/10.21149/11558>

Respuesta a: ¿Es incorrecta la prevalencia de síntomas depresivos presentada en el informe de la Ensanut 2018-19?

Señor editor: Agradecemos la comunicación del BSc. Pablo D. Valencia. Hemos revisado el análisis e identificado el error en la obtención del puntaje para determinar sintomatología depresiva en el reporte de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 (Ensanut 2018-19). Por ende, realizaremos la corrección en el cálculo y publicaremos una errata en el informe en línea de la Ensanut 2018-19.¹

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

Ruth Argelia Vázquez-Salas, D en Epidem.⁽¹⁾
Aremis Villalobos-Hernández, D en Est Pobl.⁽¹⁾
alvillalobos@insp.mx
Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez, PhD.⁽²⁾

(1) Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

<https://doi.org/10.21149/113971>

Referencias

1. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf