



CARTA CIENTÍFICA

Coronavirus disease (COVID-19) como causa de mortalidad en Colombia



Coronavirus disease (COVID-19) mortality in Colombia

El 6 de marzo de 2021 se cumplió el primer año del diagnóstico inicial de COVID-19 en Colombia, y para la fecha se documentaron 2.273.245 casos confirmados, 33.203 casos activos y 60.412 fallecidos, de los cuales un 79% correspondían a población mayor de 60 años (47.501/60.412) con un mayor porcentaje en hombres, con 63,6% (38.450/60.412), que en mujeres, con un 36,3% (21.962/60.412)¹.

Describir la mortalidad en tiempos de pandemia no es fácil, por lo que el gobierno nacional ha venido realizando la vigilancia demográfica de la mortalidad a través del seguimiento del exceso de mortalidad para establecer cuántas personas mueren por causa directa de la COVID-19 o con la infección concomitante, o por otras causas². Recientemente describimos el incremento en la mortalidad en personas mayores en Colombia³, donde documentamos un aumento del 15% de mortalidad en mayores de 60 años en los últimos 5 años.

Teniendo en cuenta que mundialmente 7 de las 10 principales causas de mortalidad son enfermedades crónicas no transmisibles⁴, y que la infección por síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus cambió el comportamiento en términos de mortalidad en la población general durante los últimos 10 años, nos propusimos

describir el impacto de la COVID-19 en términos de mortalidad en el país.

En marzo de 2021 realizamos un estudio de corte transversal a partir de datos de mortalidad por todas las causas en población general desde enero de 2020 hasta el 31 de octubre del mismo año (corte disponible hasta la fecha en datos de mortalidad en el país)⁵, calculando las primeras 10 causas de mortalidad de la población general en Colombia, evaluando las principales causas de mortalidad en el país según la lista 6/67 de la OMS en el mismo periodo de tiempo.

Como observamos en la **tabla 1** para la fecha comprendida entre enero de 2020 hasta el 31 de octubre del mismo año se presentaron 238.121 muertes en ambos sexos; para ambos grupos la primera causa de muerte fue enfermedad por la COVID-19, representada en 29.415 muertes en hombres y 17.421 muertes en mujeres. En orden de frecuencia en mortalidad para hombres el segundo puesto fue enfermedad isquémica del corazón, con 19.347 muertes, y en tercer puesto agresiones (homicidios), que no aparece en el grupo de mujeres, con 9.058 muertes.

Cuando realizamos el análisis de las tasas de mortalidad en todos los grupos de edad comparando el tercer trimestre de 2019, con 51.434 muertes registradas (26.127 hombres/25.307 mujeres) y con las 81.908 muertes registradas en el tercer trimestre de 2020 (45.992 hombres/35.916 mujeres), notamos un aumento en la tasa de 30.474 muertes (exceso de muertes), lo que representa una variación del 52% para el mismo período; este aumento se

Tabla 1
Muertes en población general en 2020 según el grupo de causas (Lista 6/67 OMS)⁵

| Código Grupo | Grupo de causas-hombres | Enero-octubre 2020 | % |
|--------------|--|--------------------|------|
| | Total nacional | 135.354 | 100 |
| 109 | Resto de enfermedades infecciosas (COVID-19) | 29.415 | 21,7 |
| 303 | Enfermedades isquémicas del corazón | 19.347 | 14,3 |
| 512 | Agresiones (homicidios) | 9.058 | 6,7 |
| 307 | Enfermedades cerebrovasculares | 5.931 | 4,4 |
| 605 | Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores | 5.283 | 3,9 |
| 302 | Enfermedades hipertensivas | 4.018 | 3,0 |
| 501 | Accidentes de transporte terrestre | 3.643 | 2,7 |
| 601 | Diabetes mellitus | 3.534 | 2,6 |
| 108 | Infecciones respiratorias agudas | 3.369 | 2,5 |
| 203 | Tumores malignos de los órganos digestivos | 3.062 | 2,3 |
| | Otros grupos causas | 48.694 | 36,0 |
| Código Grupo | Grupo de causas-mujeres | Enero-octubre 2020 | % |
| | Total nacional | 102.767 | 100 |
| 109 | Resto de enfermedades infecciosas (COVID-19) | 17.421 | 17,0 |
| 303 | Enfermedades isquémicas del corazón | 15.470 | 15,1 |
| 307 | Enfermedades cerebrovasculares | 6.385 | 6,2 |
| 605 | Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores | 4.509 | 4,4 |
| 302 | Enfermedades hipertensivas | 4.288 | 4,2 |
| 601 | Diabetes mellitus | 4.045 | 3,9 |
| 203 | Tumores malignos de los órganos digestivos | 3.130 | 3,0 |
| 614 | Resto de las enfermedades | 3.075 | 3,0 |
| 609 | Resto de enfermedades del sistema digestivo | 2.928 | 2,8 |
| 206 | Tumor maligno de mama | 2.909 | 2,8 |
| | Otros grupos causas | 38.603 | 37,6 |

Tomada de: Defunciones no fetales cifras definitivas 2020. Oct 31, 2020⁵.

relaciona con la segunda ola de la epidemia por la COVID-19 en el país.

Para el 2020 las defunciones por causa natural en hombres se incrementaron un 76%, las causas más frecuentes fueron: resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias código 109, grupo en el que se incluyeron las muertes asociadas a la COVID-19, enfermedades isquémicas del corazón código 303 y enfermedades cerebrovasculares código 307. En mujeres el incremento de fallecimientos por causas naturales fue del 42%. Las causas más frecuentes fueron: resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias código 109, enfermedades isquémicas del corazón código 303 y enfermedades cerebrovasculares código 307.

De la misma manera encontramos un incremento del 30% en la mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca en ambos sexos cuando comparamos los años 2019 y 2020, lo cual puede ser debido al descuido del control de condiciones crónicas durante el año en que se ha convivido con la infección por la COVID-19, el miedo de las personas mayores a acudir a instituciones de salud y las recomendaciones de aislamiento preventivo obligatorio que se tomaron para su protección⁶.

Nuestro trabajo nos permite concluir que la mortalidad en Colombia tuvo un incremento porcentual con el fenómeno de la pandemia por la COVID-19 en 2020, siendo los principales afectados las personas mayores que generaron el mayor porcentaje de mortalidad en el país.

La población mayor en Colombia requiere un enfoque de atención diferencial⁷, buscando la disminución de carga de enfermedad desde etapas más tempranas del curso de vida, dado el claro impacto de la multimorbilidad en la mortalidad por COVID-19⁸, pero con menos del 10% de especialistas en geriatría de los requeridos⁹, sin niveles asistenciales integrados y con la capacidad instalada actual para entrenamiento en geriatría tardaríamos 3 décadas en lograr este objetivo.

Agradecimientos

A nuestras familias por su acompañamiento.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Salud. Boletín COVID-19 en Colombia. Mar 06, 2021 [consultado 6 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>.
2. Alvarez Castaño V. Exceso de mortalidad por todas las causas y COVID-19. Reclaficación de la mortalidad por COVID-19 [consultado 29 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/vigilancia-demografica-mortalidad-covid-19-colombia2020.pdf>.
3. Gutiérrez Cortes WA, Perdomo Morales PA. COVID-19 mortality in older people in Colombia. *J Am Geriatr Soc.* 2021;1–3. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.17134>.
4. La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019 [consultado 6 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-12-2020-oms-revela-principales-causas-muerte-discapacidad-mundo-2000-2019>.
5. Defunciones no fetales cifras definitivas 2020. Oct 31, 2020 [consultado 6 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2019>.
6. Gutiérrez W. Recomendaciones de flexibilización del aislamiento obligatorio en personas mayores. *Revista ACGG.* 2020;34:87–92. Disponible en: http://acgg.org.co/wp-content/uploads/Art7_Revista_Gerontologia_Vol34_Final.pdf.
7. Gutiérrez Cortes WA. Papel del geriatra colombiano ante la pandemia por COVID-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020;55:358–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.010>.
8. Gutiérrez Cortes WA, Tovar CAR. Geriatricians, health care of the elderly and the COVID-19 pandemic. *J Geriatr Med.* 2020;2:46–8. <http://dx.doi.org/10.36959/452/582>.
9. Gutiérrez WA, Tovar CAR. Human talent in geriatrics in Colombia and its relevance for the management of COVID-19. *Lancet Healthy Longev.* 2021;2:E123–4. [http://dx.doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00005-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00005-2).

William Arbey Gutiérrez Cortes^{a,b,*},
Jhonatan Andrés Portes Ortiz^b, María Alejandra Rodríguez Ospina^b
y Dennis Lucía Hernández Córdoba^b

^a Pontificia Universidad Javeriana. Fundación Universitaria Navarra, Uninavarra, Neiva, Huila, Colombia

^b Facultad de Salud, Universidad Surcolombiana, Neiva, Huila, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: willimedico@gmail.com,
wa.gutierrez@uninavarra.edu.co (W.A. Gutiérrez Cortes).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.04.002>

0211-139X/ © 2021 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Intención de vacunarse contra la COVID-19 en adultos mayores peruanos



Intention to vaccinate against COVID-19 in Peruvian older adults

Con los recientes acuerdos del gobierno peruano con los laboratorios Sinopharm, Pfizer y Astrazeneca para la adquisición de vacunas contra la COVID-19, surge la pregunta de si un número suficiente de personas estarían dispuestas a ser inmunizadas para controlar la pandemia y la manera de garantizar que la población esté adecuadamente informada sobre la vacuna¹.

Las percepciones individuales sobre las vacunas pueden influir fuertemente en la decisión de vacunarse contra la COVID-19². Un estudio que encuestó a 13.426 personas de 19 países reportó que el 71,5% indicaron tener algo o mucha probabilidad de vacunarse contra la COVID-19 y el 14,1% tenía poca o ninguna probabilidad de vacunarse; mientras que el 14,2% tuvo una opinión neutral³. Además, se ha reportado que la mayor probabilidad de ser vacunado contra la COVID-19 se asocia de forma significativa con la

edad avanzada⁴, ya que el aumento de la edad es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad y complicaciones de esta infección⁵. Comprender la intención de vacunarse contra la COVID-19 y sus factores asociados permitiría desarrollar estrategias de salud pública que ayudaran a superar las dudas sobre las vacunas, especialmente en la población adulta mayor y otras que están en riesgo⁵. Por lo tanto, el objetivo de esta carta científica es presentar resultados preliminares sobre la intención de vacunarse contra la COVID-19 y su asociación con factores contextuales y sociodemográficos en una muestra de adultos mayores peruanos.

Participaron 182 adultos mayores de la ciudad de Lima (media_{edad} = 75,34 años; DE = 12,04; 52,2% hombres y 47,8% mujeres). El 59,8% de los adultos mayores reportó estar casado; el 30,8% divorciado; el 6% soltero y el 3,9% viudo. El 33,5% era jubilado, mientras que el 49,5% el y 17% tenían un trabajo fijo y temporal, respectivamente. La mayoría (70,3%) tenían la primaria completa; el 20,3% primaria incompleta; el 4,9% secundaria completa y solo el 4,4% tenían estudios universitarios completos. El 61,5% indicó no haber tenido COVID-19, aunque el 15,4% indicó que no sabía, pero