Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 4(especial8), 67-73, 2026
DOI: https://doi.org/10.62574/4kwf8d92

Comorbilidades y gravedad de la COVID-19 en pacientes hospitalizados: revisión narrativa

Comorbidities and severity of COVID-19 in hospitalized patients: a narrative review

María Ilusión Solís-Sánchez
ua.mariass79@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0001-8290-2926

José Luis Cerano-Fuentes
jose.cerano@unini.edu.mx
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México
https://orcid.org/0009-0005-0611-0977

Nancy Yolanda Urbina-Romo
ua.nancyur26@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0009-3394-8774

Carlos Antonio Escobar-Suárez
ua.carlosescobar@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0002-9280-1555

RESUMEN

Objetivo: analizar la frecuencia de las comorbilidades en los pacientes hospitalizados por COVID-19 y su relación con la gravedad y la mortalidad. **Método:** revisión narrativa de literatura indexada en PubMed y SciELO; se seleccionaron 15 documentos: series de casos, cohortes nacionales, metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados. **Resultados:** la hipertensión, la diabetes y la obesidad fueron las comorbilidades más frecuentes en China, Estados Unidos, México y Perú. Tener una comorbilidad aumentó el riesgo de ingreso en cuidados intensivos, ventilación o muerte (HR 1,79), y tener dos o más, aún más (HR 2,59). La lesión renal aguda afectó al 36,6 % de los hospitalizados, y el buen control glucémico se asoció con menor mortalidad. La dexametasona redujo la mortalidad en quienes requerían oxígeno o ventilación. **Conclusión:** identificar las comorbilidades al ingreso permite estratificar el riesgo y vigilar las complicaciones renales y metabólicas.
Descriptores: COVID-19; comorbilidad; hospitalización. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To analyze the frequency of comorbidities in patients hospitalized for COVID-19 and their relationship with severity and mortality. **Method:** Narrative review of literature indexed in PubMed and SciELO; 15 documents were selected: case series, national cohorts, meta-analyses and randomized clinical trials. **Results:** Hypertension, diabetes and obesity were the most frequent comorbidities in China, the United States, Mexico and Peru. Having one comorbidity increased the risk of intensive care admission, ventilation or death (HR 1.79), and having two or more increased it further (HR 2.59). Acute kidney injury affected 36.6% of hospitalized patients, and good glycemic control was associated with lower mortality. Dexamethasone reduced mortality in patients requiring oxygen or ventilation. **Conclusion:** Identifying comorbidities on admission makes it possible to stratify risk and to monitor renal and metabolic complications.
Descriptors: COVID-19; comorbidity; hospitalization. (Source, DeCS).

Recibido: 02/09/2026. Revisado: 04/09/2026. Aprobado: 04/10/2026. Publicado: 20/10/2026.
Artículo de revisión

INTRODUCCIÓN

La COVID-19, causada por el SARS-CoV-2, se describió en Wuhan, China, a finales de 2019. En la primera serie hospitalaria, Huang et al. informaron que 13 de 41 pacientes (32 %) requirieron cuidados intensivos (1). Desde entonces, se ha observado que la evolución de la enfermedad es muy variable: la mayoría de los pacientes presenta un cuadro leve, pero una proporción desarrolla neumonía grave, insuficiencia respiratoria y daño de otros órganos.

Las enfermedades crónicas previas se identificaron pronto como uno de los principales determinantes de esa variabilidad. En la serie nacional china de Guan et al., con 1099 pacientes, el 23,7 % presentaba al menos una enfermedad coexistente, proporción que ascendía al 38,7 % en los casos graves frente al 21,0 % en los no graves (2). Conocer qué comorbilidades son más frecuentes y cuánto aumentan el riesgo es útil para el triaje, la asignación de recursos y la priorización de la prevención en los pacientes más vulnerables.

El objetivo de esta revisión fue analizar la frecuencia de las comorbilidades en los pacientes hospitalizados por COVID-19 en distintas regiones, incluida América Latina, su relación con la gravedad y la mortalidad, y las complicaciones y los tratamientos más relevantes en esta población.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. La búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO con los términos «COVID-19», «SARS-CoV-2», «comorbidity», «hypertension», «diabetes», «obesity», «hospitalized patients», «mortality», «comorbilidades» y «hospitalización», en español, inglés y portugués.

Se incluyeron series de casos y cohortes de pacientes hospitalizados con datos sobre comorbilidades, estudios poblacionales sobre factores asociados con la muerte, metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados sobre el tratamiento de la COVID-19 grave, con preferencia por los estudios de mayor tamaño y por los realizados en América Latina. Se excluyeron las fuentes no académicas, los boletines sin datos verificables y los documentos que no trataban el tema.

Cada documento se verificó en su fuente original (revista, PubMed o SciELO) antes de su inclusión. Se seleccionaron 15 documentos: siete estudios de series o cohortes hospitalarias, una cohorte poblacional, un metaanálisis sobre el sexo, un metaanálisis sobre coinfecciones, dos estudios sobre complicaciones renales y metabólicas y tres ensayos clínicos aleatorizados. Al tratarse de una revisión narrativa, no se realizó un análisis cuantitativo combinado de los resultados.

RESULTADOS

Comorbilidades y riesgo de gravedad

En China, el análisis nacional de Guan et al. con 1590 pacientes mostró que la presencia de una o más comorbilidades aumentaba el riesgo del desenlace compuesto de ingreso en cuidados intensivos, ventilación mecánica o muerte (HR 1,79), y que el riesgo era aún mayor con dos o más (HR 2,59); las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión (16,9 %) y la diabetes (8,2 %) (3). En Nueva York, entre 5700 pacientes hospitalizados, la hipertensión afectó al 56,6 %, la obesidad al 41,7 % y la diabetes al 33,8 %, y el 60,3 % eran varones (4).

A escala poblacional, el estudio OpenSAFELY, con más de 17 millones de adultos del Reino Unido, identificó la edad avanzada, el sexo masculino y diversas comorbilidades como factores asociados con la muerte por COVID-19 (5). El metaanálisis de Peckham et al., con más de 3 millones de casos, confirmó que los varones tenían más probabilidad de ingresar en cuidados intensivos (OR 2,84) y de morir (OR 1,39) que las mujeres (6).

Comorbilidades en América Latina

En los primeros 9468 casos confirmados en Ecuador, el 55,4 % eran varones, la Costa fue la región más afectada y las comorbilidades fueron un determinante importante de la mortalidad (7). En México, Pérez-Sastré et al. analizaron 155 017 casos confirmados en adultos: la hipertensión (20,5 %), la obesidad (19,8 %) y la diabetes (16,8 %) fueron las más frecuentes, y tener dos o tres comorbilidades cardiometabólicas multiplicó la prevalencia de muerte (razón de prevalencia 4,45) (8). En Tacna, Perú, la obesidad (31,6 %), la hipertensión (27,1 %) y la diabetes (24,5 %) fueron las comorbilidades más frecuentes en 351 pacientes hospitalizados (9). La Tabla 1 resume estos estudios.

Tabla 1. *Comorbilidades más frecuentes en estudios de pacientes con COVID-19.*

Estudio	País y población	Comorbilidades más frecuentes	Relación con la gravedad
Guan et al. (2)	China, 1099 pacientes	Al menos una enfermedad coexistente: 23,7 %	38,7 % en graves frente a 21,0 % en no graves
Guan et al. (3)	China, 1590 pacientes	Hipertensión 16,9 %; diabetes 8,2 %	Una comorbilidad: HR 1,79; dos o más: HR 2,59
Richardson et al. (4)	Estados Unidos, 5700 hospitalizados	Hipertensión 56,6 %; obesidad 41,7 %; diabetes 33,8 %	Predominio masculino: 60,3 %
Pérez-Sastré et al. (8)	México, 155 017 adultos	Hipertensión 20,5 %; obesidad 19,8 %; diabetes 16,8 %	Dos o tres comorbilidades: RP 4,45 de muerte
Hueda-Zavaleta et al. (9)	Perú, 351 hospitalizados	Obesidad 31,6 %; hipertensión 27,1 %; diabetes 24,5 %	Factores asociados con la muerte hospitalaria

Fuente: elaboración propia (2026) a partir de los estudios citados. HR: razón de riesgos; RP: razón de prevalencia.

Tratamiento de la COVID-19 grave

El tratamiento de los pacientes hospitalizados se basa en ensayos aleatorizados. En el ensayo RECOVERY, la dexametasona redujo la mortalidad a 28 días en los pacientes que recibían oxígeno o ventilación mecánica, pero no en los que no requerían soporte respiratorio (10). El remdesivir acortó el tiempo de recuperación en el ensayo ACTT-1 (11), aunque no redujo la mortalidad en el ensayo Solidarity de la Organización Mundial de la Salud (12). Estos resultados indican que el beneficio del tratamiento depende de la gravedad, lo que refuerza la importancia de la estratificación del riesgo al ingreso.

Complicaciones agudas y comorbilidades

En los pacientes hospitalizados es necesario distinguir las comorbilidades previas de las complicaciones agudas de la enfermedad. La neumonía viral, la insuficiencia respiratoria y la sepsis son manifestaciones de la COVID-19 grave y no infecciones distintas: en el metaanálisis de Lansbury et al., la coinfección viral se identificó solo en el 3 % y la bacteriana en el 7 % de los pacientes hospitalizados (13).

La enfermedad renal y la diabetes tienen un doble papel, como comorbilidad y como complicación. En Nueva York, Hirsch et al. observaron insuficiencia renal aguda en el 36,6 % de 5449 pacientes hospitalizados, y en el 89,7 % de los que requirieron ventilación mecánica (14). En los pacientes con diabetes tipo 2, Zhu et al. mostraron que un buen control glucémico durante la hospitalización se asociaba con una mortalidad mucho menor (HR ajustado 0,14) (15).

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión muestran que la hipertensión, la diabetes y la obesidad son las comorbilidades más frecuentes en los pacientes hospitalizados por COVID-19 en Asia, Estados Unidos y América Latina (2,3,4,8,9), y que su presencia, sobre todo cuando se combinan, aumenta el riesgo de gravedad y muerte (3,5,8). La proporción de pacientes con comorbilidades varía mucho entre estudios, desde cifras bajas en China hasta más de la mitad de los hospitalizados con hipertensión en Nueva York (3,4), lo que refleja diferencias en la prevalencia de base de estas enfermedades, en la edad de las poblaciones y en los criterios de hospitalización.

En América Latina, la obesidad tuvo un peso mayor que en las series asiáticas (8,9), en coherencia con la alta prevalencia de enfermedades cardiometabólicas en la región. En Ecuador, las comorbilidades fueron un determinante de la mortalidad desde la fase inicial de la epidemia (7). Estos datos respaldan la identificación sistemática de la hipertensión, la diabetes, la obesidad y la enfermedad renal crónica al ingreso, junto con la edad y el sexo masculino (5,6), para estratificar el riesgo.

La distinción entre comorbilidades y complicaciones es relevante para interpretar los registros hospitalarios. La neumonía viral, la insuficiencia respiratoria o la sepsis reflejan la gravedad de la COVID-19 y no factores de riesgo previos, y la coinfección es poco frecuente (13). La lesión renal aguda, muy frecuente en los pacientes ventilados (14), y la hiperglucemia, cuyo control se asocia con una menor mortalidad (15), deben vigilarse durante la hospitalización.

El beneficio del tratamiento también depende de la gravedad: la dexametasona solo redujo la mortalidad en los pacientes con soporte respiratorio (10), y el remdesivir acortó la recuperación sin reducir la mortalidad (11,12). Por ello, la estratificación inicial, que incluye las comorbilidades y la necesidad de oxígeno, orienta tanto el nivel de atención como el tratamiento.

Esta revisión tiene limitaciones. Al ser narrativa, la selección de los estudios puede no ser exhaustiva y no se combinaron cuantitativamente los resultados. Además, la mayoría de los estudios procede de las primeras olas de la pandemia, antes de la vacunación y de la aparición de nuevas variantes, y las definiciones de comorbilidad y de gravedad difieren entre ellos. Se requieren estudios analíticos en hospitales ecuatorianos, con el paciente como unidad de análisis, para conocer el perfil local.

CONCLUSIÓN

La hipertensión, la diabetes y la obesidad son las comorbilidades más frecuentes en los pacientes hospitalizados por COVID-19, y su presencia, especialmente cuando se combinan, aumenta el riesgo de ingreso en cuidados intensivos, ventilación mecánica y muerte. En América Latina, la carga cardiometabólica es particularmente relevante.

La identificación de estas comorbilidades al ingreso, junto con la edad, el sexo y la necesidad de oxígeno, permite estratificar el riesgo y orientar el tratamiento. Durante la hospitalización, se recomienda vigilar la función renal y la glucemia y distinguir en los registros las comorbilidades previas de las complicaciones agudas.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES), por el apoyo brindado al desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS

1. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395(10223):497-506.
2. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382(18):1708-20.
3. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, Liang HR, Chen ZS, Li YM, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. Eur Respir J. 2020;55(5):2000547.
4. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. JAMA. 2020;323(20):2052-9.
5. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. Nature. 2020;584(7821):430-6.
6. Peckham H, de Gruijter NM, Raine C, Radziszewska A, Ciurtin C, Wedderburn LR, et al. Male sex identified by global COVID-19 meta-analysis as a risk factor for death and ITU admission. Nat Commun. 2020;11(1):6317.
7. Ortiz-Prado E, Simbaña-Rivera K, Gómez Barreno L, Diaz AM, Barreto A, Moyano C, et al. Epidemiological, socio-demographic and clinical features of the early phase of the COVID-19 epidemic in Ecuador. PLoS Negl Trop Dis. 2021;15(1):e0008958.
8. Pérez-Sastré MA, Valdés J, Ortiz-Hernández L. Características clínicas y gravedad de COVID-19 en adultos mexicanos. Gac Med Mex. 2020;156(5):379-87.
9. Hueda-Zavaleta M, Copaja-Corzo C, Bardales-Silva F, Flores-Palacios R, Barreto-Rocchetti L, Benites-Zapata VA. Factores asociados a la muerte por COVID-19 en pacientes admitidos en un hospital público en Tacna, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2021;38(2):214-23.
10. RECOVERY Collaborative Group; Horby P, Lim WS, Emberson JR, et al. Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19. N Engl J Med. 2021;384(8):693-704.
11. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, Mehta AK, Zingman BS, Kalil AC, et al. Remdesivir for the treatment of Covid-19: final report. N Engl J Med. 2020;383(19):1813-26.
12. WHO Solidarity Trial Consortium; Pan H, Peto R, Henao-Restrepo AM, Preziosi MP, Sathiyamoorthy V, Abdool Karim Q, et al. Repurposed antiviral drugs for Covid-19: interim WHO Solidarity trial results. N Engl J Med. 2021;384(6):497-511.

13. Lansbury L, Lim B, Baskaran V, Lim WS. Co-infections in people with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. J Infect. 2020;81(2):266-75.
14. Hirsch JS, Ng JH, Ross DW, Sharma P, Shah HH, Barnett RL, et al. Acute kidney injury in patients hospitalized with COVID-19. Kidney Int. 2020;98(1):209-18.
15. Zhu L, She ZG, Cheng X, Qin JJ, Zhang XJ, Cai J, et al. Association of blood glucose control and outcomes in patients with COVID-19 and pre-existing type 2 diabetes. Cell Metab. 2020;31(6):1068-77.

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/