

Investigación de brote por COVID-19 en un Centro de Protección de Personas Mayores, Leticia–Amazonas, mayo de 2020

Cindy Marleyi Sanabria Castellanos ¹, Jorge Luis Díaz Moreno ¹, Hernán Quijada Bonilla ².

1. Instituto nacional de salud, FETP Colombia

2. Director Centro de operaciones de emergencia, brotes y epidemias en salud pública, Instituto Nacional de Salud

Citación sugerida: Sanabria Castellanos CM, Díaz Moreno JL, Quijada Bonilla H. Investigación de brote por COVID-19 en un Centro de Protección de Personas Mayores, Leticia – Amazonas, mayo de 2020. Colombia 2021. REN [Internet]. 2021 jun.; 3(1):24-37. <https://doi.org/10.33610/01229907.2021v3n1a2>

Resumen

Antecedentes: en Leticia, Amazonas, en un Centro de Protección se presentó un brote por COVID-19. El primer resultado confirmado correspondió a una persona mayor con síntomas respiratorios.

Objetivo: caracterizar las variables sociodemográficas y epidemiológicas de la población confirmada por COVID-19 en el centro de protección de personas mayores en Leticia, Amazonas en mayo de 2020.

Materiales y métodos: se realizó un estudio de brote con diseño descriptivo transversal, en el cual se recolectó información de casos confirmados y probables por COVID-19 en personas de 60 años y más y funcionarios en un Centro de Protección en Leticia, Amazonas.

Resultados: el centro de protección presentó 33 beneficiarios, con media de edad de 75,6 años. El 96,8 % (30) de los beneficiarios fue mayor de 60 años, el 70,5 % (12/17) del total de casos confirmados en población beneficiaria

presentó síntomas; se identificó una razón de prevalencia 2,25 (IC 95 %: 1,02–4,97). La tasa de ataque en beneficiarios fue 51,6 % y en funcionarios de 48,4 %.

Conclusión: las personas mayores alojadas en centros de protección presentan una alta tasa de contagios y muertes asociada a la presencia de comorbilidades y a la inapropiada implementación de protocolos de bioseguridad y cuidado.

Palabras clave (DeSC): infecciones por coronavirus; COVID-19, anciano; refugio.

Correspondencia a: Cindy Marleyi Sanabria Castellanos, Instituto Nacional de Salud; csanabria@ins.gov.co



COVID-19 outbreak investigation in a center for the protection of the elderly, Leticia-Amazonas, May 2020

Cindy Marleyi Sanabria Castellanos¹, Jorge Luis Díaz Moreno¹, Hernán Quijada Bonilla².

1. Instituto nacional de salud, FETP Colombia

2. Director Centro de operaciones de emergencia, brotes y epidemias en salud pública, Instituto Nacional de Salud

Suggested citation: Sanabria Castellanos CM, Díaz Moreno JL, Quijada Bonilla H. Investigación de brote por COVID-19 en un Centro de Protección de Personas Mayores, Leticia – Amazonas, mayo de 2020. Colombia 2021. REN [Internet]. 2021 jun.; 3(1):24-37. <https://doi.org/10.33610/01229907.2021v3n1a2>

Abstract

Background: In Leticia, Amazonas, an outbreak of COVID-19 occurred in a protection center. The first confirmed result corresponded to an elderly person with respiratory symptoms.

Objective: To characterize the sociodemographic and epidemiological variables of the population confirmed by COVID-19 in the elderly protection center in Leticia, Amazonas in May 2020.

Materials y methods: An outbreak study with a cross-sectional descriptive design was carried out, in which information was collected on confirmed and probable cases by COVID-19 from persons aged 60 years and older and staff members at the Protection Center in Leticia, Amazonas.

Results: The protection center had 33 beneficiaries, with a median age of 75.6 years. Of the beneficiaries, 96,8 % (30) were over 60 years of age, 70,5 % (12/17) of the total number of confirmed cases in the beneficiary population presented symptoms; a prevalence ratio of 2,25 (95 % CI: 1.02-4.97) was identified. The attack rate in beneficiaries was 51,6 % and 48,4 % in staff members.

Conclusion: Elderly people housed in protection centers have a high rate of infections and deaths associated with the presence of comorbidities and inadequate implementation of biosecurity and care protocols.

Key words (DeSC): Coronavirus infections; COVID-19; elderly; shelter.

Correspondencia a: Cindy Marleyi Sanabria Castellanos, Instituto Nacional de Salud; csanabria@ins.gov.co

Introducción

A inicios de los años 60's se identificaron los coronavirus, estos pertenecen a un grupo de virus compuestos por una capa lipídica con proteínas estructurales, que confieren al virus su forma de corona, razón por la cual recibe su nombre (1). Estos se clasifican por su genética, son microorganismos patógenos que ocasionan enfermedades respiratorias, entéricas, hepáticas y del sistema nervioso central (2).

En el 2003, el Coronavirus SARS (SARS-CoV), originario de China, se propagó en más de 32 países infectando aproximadamente a 8 000 personas con una tasa de mortalidad del 10 % (2). En el 2012, un brote de enfermedad respiratoria en Arabia Saudita fue causado por el Coronavirus MERS (MERS-CoV), caracterizado por síntomas como tos, fiebre, disnea, neumonía e inclusive síntomas gastrointestinales (3). Se estimó que la mortalidad asociada a la infección por el MERS fue del 35 % (4). Las poblaciones afectadas sufrieron de múltiples cambios sociales y económicos (2).

En el 2019 en la provincia de Hubei, Wuhan (China), se identificó un nuevo Coronavirus denominado SARS-CoV-2, que ocasionó la enfermedad denominada COVID-19. El origen de este virus se presume que es de la interacción estrecha entre seres humanos y animales, más conocido como zoonosis (1).

El SARS-CoV-2 se transmite en humanos por la aspersión de micro gotas al estornudar o toser (1), se caracteriza por presentar infección respiratoria aguda, con sintomatología que puede ser leve, moderada o severa; entre esta se puede ver fiebre, tos, adinamia, odinofagia, cefalea y síntomas gastrointestinales (5). Asociado al rápido crecimiento de la epidemia en diferentes países, la Organización Mundial de la Salud declaró emergencia en Salud Pública, el 30 de enero de 2020, debido al alto potencial de diseminación y propagación de la enfermedad, invitando a los países e instituciones en salud pública a tomar medidas de atención en la epidemia del coronavirus en: preparación, vigilancia y prevención, contención y mitigación (6).

Con corte al 06 de julio de 2020 se presentaron 11 418 475 casos confirmados en el mundo (7), de los cuales 94 711 fueron en la región de las Américas (8). En Colombia, luego del Comité de Evaluación del Riesgo COVID-2019, el 02 de marzo de 2020, se declaró el país en riesgo alto para COVID-19 (9), preparando al sector salud con protocolos y guías en el manejo para la epidemia en conjunto con Migración Colombia. Así como, la implementación de declaraciones de salud y procedencia en los espacios portuarios y fronteras para llevar el seguimiento de casos probables.

En Colombia el primer caso se identificó el 06 de marzo del 2020, luego del análisis de laboratorio realizado a una paciente, procedente de Italia, quien presentó sintomatología asociada con el



virus y que consultó al servicio de salud luego de la estadía de varios días en el país (10). Posterior a ello, en los primeros 10 días del mismo mes, se confirmaron dos casos positivos de nacionales colombianos procedentes de España (11), por lo cual, el país entró en fase de contención del virus.

El Ministerio de Salud y Protección Social, declaró Emergencia en Salud Pública en todo el país y la fase de mitigación el 31 de marzo de 2020 (12). Desde el inicio del brote hasta el 06 de julio se confirmaron 120 281 casos positivos, con mayor prevalencia de la enfermedad en el grupo etario entre 20 y 59 años. Se registraron 4 210 fallecidos con mayor proporción en el grupo etario mayores de 50 años (7).

Para la fecha uno de los departamentos más afectados fue el Amazonas y según la notificación al Sistema de Vigilancia la capital Leticia. Según el Censo de Población y Vivienda de 2018 del DANE, el departamento cuenta con un total de 42 844 habitantes, de los cuales el 51,5 % son hombres y el restante mujeres. La población se distribuye en mayor proporción en grupos de edad entre los 5 y 39 años, y su población se reconoce con pertenencia étnica indígena en un 43,7 % (13).

La primera semana de mayo del 2020 la Secretaria Departamental de Salud del Amazonas anunció un brote en un Centro de Protección de Personas Mayores en Leticia, razón por la cual se realizó activación de un Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) con el grupo en

formación del *Field Epidemiology Training Program* (FETP) del Instituto Nacional de Salud.

El objetivo de esta investigación de brote fue la caracterización epidemiológica y sociodemográfica de la población confirmada con COVID-19 en un Centro de Protección de Personas Mayores en Leticia, Amazonas.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de brote de tipo descriptivo en un Centro de Protección para Personas Mayores en Leticia, Amazonas. Se tomó como población de estudio el total de funcionarios y beneficiarios. Se utilizaron las siguientes definiciones de caso: Caso probable de Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo, con manejo ambulatorio: persona beneficiaria o funcionario del centro de protección de personas mayores, con al menos uno de los siguientes síntomas: fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/astenia, anosmia o hipogeusia que no requiera hospitalización. Caso confirmado por laboratorio: caso probable con RT-PCR o prueba antigénica positiva para SARS-CoV-2. Caso asintomático: persona beneficiaria o funcionario del centro de protección de personas mayores, que sea contacto estrecho de caso confirmado de COVID-19, esta persona no ha manifestado síntomas en los primeros 7 días posteriores a la última exposición no protegida.

Plan de recolección de datos: el 29 de abril en el municipio de Leticia, en el marco de actividades de tamizaje poblacional, la Secretaría Departamental de Salud recibió el resultado positivo de una muestra RT-PCR para COVID-19 de un beneficiario, con síntomas respiratorios de una semana de evolución, de un centro de protección para personas mayores. El 07 de mayo la entidad territorial se desplazó al establecimiento para la obtención de muestras e implementación de medidas generales de control. El 15 de mayo se recibió el resultado del tamizaje donde se confirmó la presencia de casos entre el personal beneficiario y funcionarios del establecimiento.

Para la caracterización del brote del evento por COVID-19 en el centro de protección, se realizaron las siguientes actividades:

- Revisión de las fichas de notificación obligatoria de Sivigila para los eventos 345, 346 y 348 del Centro de Protección.
- Revisión de los resultados de laboratorio del tamizaje realizado por la Secretaría Departamental de Salud de los funcionarios y beneficiarios.
- Revisión de cada una de las investigaciones epidemiológicas de campo del Centro de Protección.
- Revisión de los antecedentes clínicos registrados en el seguimiento de cada beneficiario del centro de protección.

Plan de análisis: se realizó a través del software Epi-info versión 7.0. Se establecieron frecuencias y porcentajes de los datos recolectados. Las medidas de frecuencia fueron representadas en tablas y gráficos en Excel.

Consideraciones éticas: De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se realizó una investigación con riesgo mínimo, ya que se emplearon técnicas y métodos de investigación documental, así como procedimientos que proveen resultados diagnósticos como el tamizaje con prueba PCR-RT para SARS-CoV-2 respetando el principio de proporcionalidad y derechos del sujeto mediante la firma del consentimiento informado y el respeto a la libertad del individuo.

Resultados

El Centro de Protección de Personas Mayores, ubicado en el municipio de Leticia, Amazonas, es una institución de carácter público dedicada al cuidado y atención de la persona mayor¹, ubicada al sur oeste de la ciudad, cuenta con una capacidad para alojar 33 beneficiarios (personas mayores) y cuenta con 31 funcionarios en turnos rotativos para la atención de la población.

En cuanto a la distribución por sexo, entre los beneficiarios (33), el 78,8 % (26) son hombres y el 21,2 % (7) mujeres. Cuenta con 31 funcionarios, de los cuales el 87,1 % (27) son mujeres y

el 12,9 % (4) son hombres. La media de edad entre la población beneficiaria fue de 75,6 años con una desviación estándar de 10,4 años; en los funcionarios la media de edad fue de

37,4 años con una desviación estándar de 12,6 años.

El 96,8 % (30) de los beneficiarios fueron mayores de 60 años, mientras que para los funcionarios la distribución fue entre los 20 y 69 años (tabla 1).

Tabla 1. Distribución por grupos de edad de beneficiarios y funcionarios del Centro de Protección de Personas Mayores, Leticia, Amazonas, mayo 2020

Beneficiarios				
Grupo de edad	N	%	IC 95%	
			Min	Max
10 a 20 años	0	0	0	10,58
20 a 29 años	0	0	0	10,58
30 a 39 años	0	0	0	10,58
40 a 49 años	1	3,0	0,08	15,76
50 a 59 años	0	0	0	10,58
60 a 69 años	5	15,15	5,11	31,9
70 a 79 años	16	48,48	30,8	66,46
Más de 80 años	11	33,33	17,96	51,83
Total	33	100		
Funcionarios				
Grupo de edad	n	%	IC 95%	
			Min	Max
10 a 20 años	1	3,23	0,08	16,7
20 a 29 años	10	32,26	16,68	51,37
30 a 39 años	10	32,26	16,68	51,37
40 a 49 años	4	12,9	3,63	29,83
50 a 59 años	4	12,9	3,63	29,83
60 a 69 años	2	6,45	0,79	21,42
70 a 79 años	0	0	0	11,22
Más de 80 años	0	0	0	11,22
Total	31	100		

Fuente: Equipo de Respuesta Inmediata, Instituto Nacional de Salud.

El 90,9 % (30) de los beneficiarios tenía antecedentes médicos, de los cuales el 46,6 % (14) presentó hipertensión arterial junto con diagnósticos como diabetes, EPOC, insuficiencia renal, enfermedad cardíaca, entre otros.

El 54,5 % (18) de los beneficiarios estaba afiliado a Nueva EPS, el 39,4 % a Mallamás (13) y el restante no tenía

afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

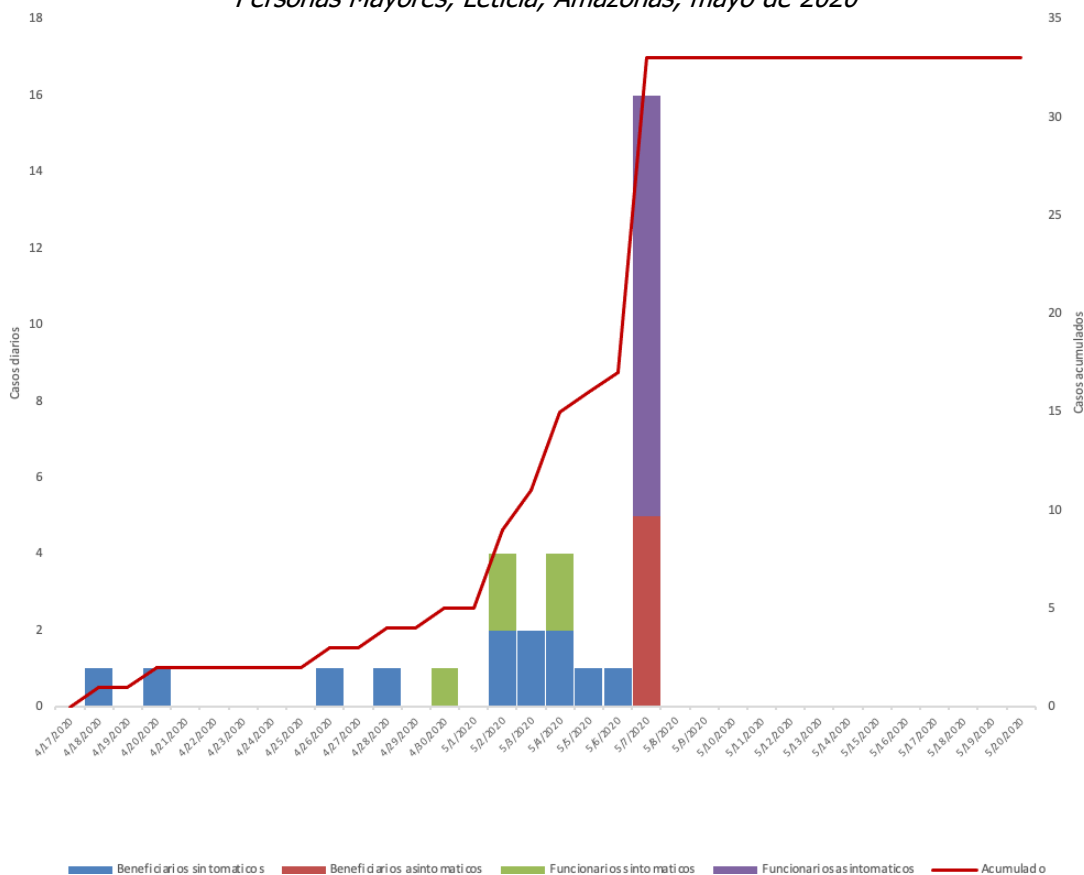
Se realizaron 57 pruebas RT PCR2 para SARS- CoV-2 en muestras respiratorias, de esta 33 tuvieron resultado positivo y 24 resultado negativo. En tres personas no se realizó la obtención de muestras, por presentar dificultad para la recolección por cuadros de demencia y

restricción física, y en dos de ellas por mortalidad. Estos últimos fueron clasificados como casos confirmados por nexos epidemiológicos a muerte por COVID-19. La tasa de ataque en la población de los beneficiarios fue del 51,6 % y para funcionarios de 48,4 %.

El 24,2 % (8) de los casos confirmados en personas mayores fue en personas con pertenencia étnica indígena de las etnias Uitoto, Bora, Andoque, Cocama y Tikuna. En el tamizaje realizado en el centro de protección de personas mayores el 51,6 % (33) de los casos fue confirmado para SARS-CoV-2 por

resultado de prueba molecular positiva, de los cuales el 48,5 % (16) no presentó sintomatología y el 51,5% (17) presentó síntomas. Sin embargo, se identificó que el 29,0 % (9) presentó sintomatología, con un resultado negativo para SARS-CoV-2. En la curva epidémica por fecha de inicio de síntomas se identificó que el primer caso inició síntomas el 18 de abril y correspondió a una persona mayor (beneficiario) el cual se encontraba en hospitalización, por lo cual se identificó una fuente propagada de transmisión de la enfermedad. En los funcionarios no se identificaron síntomas previos al caso índice (Figura 2).

Figura 2. Curva epidémica por fecha de inicio de síntomas del brote en el Centro de Protección de Personas Mayores, Leticia, Amazonas, mayo de 2020



Fuente: Equipo de Respuesta Inmediata, Instituto Nacional de Salud.

Entre los casos confirmados por pruebas moleculares y que desarrollaron sintomatología no se identificaron diferencias estadísticamente significativas

con los casos asintomáticos y con resultado positivo, con una razón de prevalencia de 1,28 (IC 95%, 0,81–1,96) (tabla 2).

Tabla 2. Presentación de casos que desarrollaron síntomas y resultados de RT-PCR en el Centro de Protección de Personas Mayores, Leticia, Amazonas, mayo 2020

Síntomas	Resultado Rt- PCR		
	Si	No	Total
Si	17	9	26
No	16	15	31
Total	33	24	57
	Punto	95 % Intervalo de Confianza	
	Estimado	Límite inferior	Límite superior
Razón de prevalencia (RP)	1,2668	0,8151	1,9688 (T)
Diferencia de Riesgo (RD%)	13,7717	-11,6034	39,1468 (T)

Fuente: equipo de respuesta inmediata, Instituto Nacional de Salud.

En relación con el desarrollo de síntomas según la ubicación población beneficiaria o funcionarios que fueron confirmados por biología molecular, se identificó que el 70,5 % (12/17) de la población beneficiaria presentó síntomas, mientras

que en los funcionarios la proporción de casos que presentó fue del 31,2 % (5/16); se identificó una razón de prevalencia 2,25 (IC 95%, 1,02–4,97) (tabla 3).

Tabla 3. Presentación de síntomas por beneficiarios y funcionarios en el Centro de Protección de Personas Mayores, Leticia, Amazonas, mayo 2020

Ubicación	Síntomas		
	Si	No	Total
Beneficiario	12	5	17
Funcionario	5	11	16
Total	17	16	33
	Punto	95% Intervalo de Confianza	
	Estimado	Límite inferior	Límite superior
Razón de prevalencia (RP)	2,2588	1,0263	4,9717 (T)
Diferencia de Riesgo (RD%)	39,3382	7,9536	70,7229 (T)

Fuente: equipo de respuesta inmediata, Instituto Nacional de Salud.

En el centro de protección de personas mayores se notificaron dos muertes que fueron confirmadas por unidad de

análisis, con base en el nexo epidemiológico entre los beneficiarios y por el cuadro clínico asociado a la

enfermedad por la COVID-19. Se presentó una tasa de letalidad de 10,5 % entre la población beneficiaria y de 5,7 % en toda la institución.

Los dos casos de mortalidad fueron hombres mayores a los 60 años. El primer caso tenía 65 años, sin antecedentes registrados, que inició sintomatología el 24 de abril. El segundo caso tenía 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial y demencia senil, con inicio de síntomas el 27 de abril. Los dos beneficiarios fallecen el 07 de mayo de 2020.

En la visita al Centro de Protección de Personas Mayores por parte del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI), los funcionarios refirieron que se realizó cierre del comedor comunitario del centro poco tiempo antes del inicio del brote, así como indicaron que el usó de elementos de protección personal e implementaron protocolos de bioseguridad para el cuidado de los beneficiarios.

Durante la visita se evidenció por parte del ERI que la institución no contaba con protocolos para el ingreso de funcionarios y visitantes, cómo tamizaje de signos y síntomas, uso de elementos de protección personal, cambio de vestuario, higiene de manos, limpieza y desinfección de elementos personales.

El centro no implementó de forma adecuada los protocolos correspondientes, no realizó aislamiento de casos probables o confirmados por la COVID-19, ni mantuvo el distanciamiento social entre los beneficiarios. No se observó organización y adecuación de los

alojamientos para el aislamiento de los beneficiarios, esto asociado al poco espacio estructural de la institución y poca o nula divulgación de protocolos a funcionarios, no existió la descripción de las funciones específicas y horarios de los funcionarios teniendo en cuenta que existieron beneficiarios confirmados por la COVID-19.

Implementación de medidas de control

Se implementaron medidas y protocolos de bioseguridad en el centro de protección de personas mayores. Se indicó fortalecer los protocolos a la entrada, realizando procesos de desinfección y cambio de vestuario al ingreso por parte de los funcionarios, así como de los visitantes y de aquellos beneficiarios que necesitaban salir. Se recomendó limitar el ingreso de visitantes, así como la restricción total del servicio de comedor comunitario por el riesgo de contagio.

Se estableció como tarea diaria a los funcionarios la indagación y diligenciamiento de signos y síntomas de funcionarios, visitantes y beneficiarios, así como, la restricción del acceso de personas con cuadros clínicos similares a la enfermedad por COVID-19.

Al interior de la institución se indicó implementar el uso de los elementos de protección personal adecuados por parte de los funcionarios durante la jornada laboral, así como, llevar a cabo el protocolo de higiene de manos, manteniendo dentro del centro de protección el lavado de manos cada tres



horas por parte de funcionarios y beneficiarios.

Se establecieron protocolos de distanciamiento físico entre los beneficiarios con métodos de barrera física o espacio suficiente para ello, con medidas para cohortizar sintomáticos. Se indicó adecuar los espacios de posible aislamiento de aquellos beneficiarios que han tenido sintomatología o han sido casos confirmados para COVID-19. Se promovieron jornadas en horarios diferenciales para alimentación, baño y lavado de manos, así como procesos de desinfección al tener contacto con aquellos beneficiarios.

Discusión

El aumento alarmante de las cifras de contagio por la COVID-19 en el mundo, por la fácil propagación del virus, obligó a los profesionales de la salud y a los equipos interdisciplinarios a identificar las poblaciones con mayor riesgo y pronóstico desfavorable en el marco de la pandemia. Según informes epidemiológicos de diferentes países asiáticos y europeos, los grupos poblacionales con mayor riesgo de complicaciones clínicas al contagiarse con el nuevo coronavirus fueron las personas mayores de 60 años y las personas con enfermedades crónicas de base como enfermedad cardiovascular crónica, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, cáncer, entre otras (14).

La población de personas mayores que presentó sintomatología tuvo mayor probabilidad de ser hospitalizado, sin embargo, aproximadamente el 50 % de

los casos confirmados por COVID-19 asintomáticos con el paso de los días desarrolló sintomatología respiratoria (15).

En Colombia el ascenso del número de contagios por COVID-19 continuó desde la notificación del primer caso, distribuyéndose con mayor frecuencia en edades entre los 20 y 50 años, sin embargo, la población que presentó mayor gravedad y complicación clínica fue la población de 60 años y más, llegando inclusive a tener un desenlace fatal. Las complicaciones más frecuentes fueron neumonía bacteriana, insuficiencia cardíaca o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (16).

Conclusiones

La población de personas de 60 años y más del municipio de Leticia, en el departamento del Amazonas, no fue ajena a la situación del país en el marco de la pandemia por COVID-19, presentando para ese grupo de edad una de las más altas tasas de morbimortalidad en el país.

Este comportamiento pudo estar asociado a la fisiología de las personas mayores, a la carga de enfermedad por genética, envejecimiento y hábitos, así como diferentes factores determinantes como el contexto económico, social, cultural y dificultad para el acceso a los servicios de salud.

El brote que se registró en un centro de protección de personas mayores se detectó a partir del caso de uno de los beneficiarios al que se le realizó una

prueba de tamizaje con resultado positivo para SARS-CoV-2. Esta institución contaba con diferentes servicios como el alojamiento y cuidado de personas mayores, así como el comedor comunitario, por lo cual ingresaban beneficiarios para el servicio en los horarios de alimentación. Adicional a ello, en la institución las visitas no se encontraban restringidas, así mismo, no se estaban implementando los protocolos de bioseguridad en el marco de la pandemia.

Dentro de las diferentes fuentes probables de contagio en el centro de protección se encontraron los beneficiarios que asistían a servicios médicos asistenciales o de alimentación, los visitantes o quizá los funcionarios que ingresaban a sus jornadas laborales y egresaban todos los días, ya que como se mencionó tenían actividad constante en sus servicios sin ninguna medida de precaución para ello.

Esta dinámica en la población de la institución se convirtió en el factor de riesgo junto con las insuficientes medidas de bioseguridad, limpieza y desinfección, inadecuado e insuficiente uso de elementos de protección personal, organización de las tareas diarias de los funcionarios con los beneficiarios con casos probables o confirmados, así como las debilidades en la implementación de protocolos de aislamiento y distanciamiento físico entre los beneficiarios.

La falta de cuidado, control y vigilancia sumado a los riesgos de las instituciones,

como el centro de protección, que prestan servicios de alojamiento, alimentación y cuidado de personas de más de 60 años en el mundo ha generado mayor morbimortalidad en la población (15), lo cual podría mitigarse con la vigilancia y control de la implementación de protocolos, planes y programas de educación en salud en funcionarios y beneficiarios, así como la adecuación de las instalaciones para lograr mayor espacio en el cual los beneficiarios no se encuentren en hacinamiento y tengan espacios amigables para realizar actividades físicas y culturales que fomenten hábitos saludables.

Recomendaciones

Identificar el brote de COVID-19 en un hogar para personas mayores, como el centro de protección, señala la necesidad de implementar medidas de control sanitario y educación en salud en instituciones que sirven como alojamiento temporal o permanente para la población de 60 años y más, ya que la permanencia en instituciones como refugios, centros penitenciarios, hospitales y albergues se considera un factor de riesgo para la aparición y propagación de enfermedades infectocontagiosas que pueden deteriorar la salud de las personas (17).

La implementación estricta de protocolos de bioseguridad, limpieza y desinfección, la caracterización de los beneficiarios, el seguimiento al estado de salud de los beneficiarios, así como las medidas de control estricto en el ingreso y egreso de



beneficiarios, visitantes y funcionarios es indispensable para prevenir la aparición de enfermedades transmisibles.

Se recomienda realizar capacitaciones periódicas a los funcionarios, de las instituciones, como el centro de protección de personas mayores, en prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como en bioseguridad, limpieza y desinfección,

con el fin de ser promotores de salud y realizar un adecuado cuidado de las personas beneficiarias de 60 años y más.

Se debe realizar la articulación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y autoridades territoriales para gestión de necesidades en medicamentos y atención integral de los beneficiarios que así lo requieran.

Referencias

1. Centers for Disease Control and Prevention [Sitio virtual]. [Atlanta]: CDC; 2020 [citado 2020 mzo. 10]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/2019-ncov-factsheet-sp.pdf>
2. Avella CG. Bases Moleculares de la Replicación de Coronavirus TEGV. Madrid; 2007.
3. Organización Mundial de la Salud. [Sitio virtual]. [Ginebra]: Organización Mundial de la Salud; 2019 [citado 2020 mzo. 10]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/mers-cov/es/>
4. Organización Mundial de la Salud. [Sitio virtual]. [Ginebra]: Organización Mundial de la Salud; 2019 [citado 2020 mzo.10]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov))
5. Backer J, Klinkenberg D, Wallinga J. The incubation period of 2019-nCoV infections among travellers from Wuhan, China. *Eurosurveillance*. 2020. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.2000062
6. Pacific, World Health Organization. Regional Office for the Western. The COVID-19 Risk Communication Package For Healthcare Facilities. [Ginebra]: WHO; 2020.
7. Instituto Nacional de Salud. BES: Boletín Epidemiológico Semanal, Semana epidemiológica 17 [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2020. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020/Boletin_epidemiologico_semana_17.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud. [Sitio virtual]. [Washington]: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>.

9. Ministerio de Salud y Protección Social. [Sitio virtual]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020 [citado 2020 mzo. 10]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Riesgo-de-coronavirus-en-Colombia-paso-de-moderado-a-alto.aspx>.

10. Ministerio de Salud y Protección Social. [Sitio virtual]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020 [citado 2020 mzo. 10]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-dos-nuevos-casos-de-COVID-19.aspx>.

11. Ministerio de Salud y Protección Social. [Sitio virtual]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020 [citado 2020 abr. 16]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-entra-en-fase-de-mitigacion-de-la-COVID-19.aspx>.

12. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. [Sitio virtual]. Colombia: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas; 2020. Disponible en: <https://sitios.dane.gov.co/cnpv/#!/>.

13. Steinman M, Perry L. Meeting the care needs of older adults isolated at home during the COVID-19 Pandemic. *JAMA Intern Med.* 2020 abr. 16; 180(6): 819-820. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1661.

14. Mills J, Kaye K, Mody L. COVID-19 in older adults: clinical, psychosocial, and public health considerations. *JCI Insight.* 2020 my. 21; 5(10):e139292. doi: 10.1172/jci.insight.139292.

15. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et. al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet.* 2020 mzo. 11; 395(10229): 1054-1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

16. Ministerio de la Protección Social. Guía de Atención en Salud en Albergues. [Internet]. Colombia: Ministerio de la Protección Social [citado 2020 abr. 05]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/comunicadosPrensa/Documents/Gu%C3%ADa_Preliminar_Albergues.pdf.

17. Ministerio de la Protección Social. Guía de Atención en Salud en Albergues. [Internet]. Colombia: Ministerio de la Protección Social [citado 2020 abr. 05]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/comunicadosPrensa/Documents/Gu%C3%ADa_Preliminar_Albergues.pdf.



18. World Health Organization. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Internet]. [Ginebra]: World Health Organization; 2020 mzo. 11 [citado 2020 abr. 16]. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>.
19. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. [Sitio virtual]. Colombia: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas; 2020. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-etnicos>.
20. Ministerio de Salud y de Protección Social. Documento Metodológico Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y de Protección Social; 2018.
21. Ministerio de Salud y de Protección Social. Documento Metodológico Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y de Protección Social; 2018.
22. Organización Panamericana de la Salud. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE): Investigación epidemiológica de campo: aplicación al estudio de brotes. Segunda Edición Revisada. Washington: All Type Assessoría Editorial Ltda; 2002.
23. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et. al. Clinical course and risk factors for mortality of adult in patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*. 2020 mzo. 28; 395(10229):1054-1062. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS21.pdf>