

Brotes por COVID-19 y su afectación en población adulta mayor institucionalizada en hogares geriátricos, Bogotá D.C., 2020

Ana María Blandón Rodríguez.
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.
Secretaría Distrital de Salud
amblandon@saludcapital.gov.co

Resumen

Los objetivos principales del artículo fueron caracterizar social y demográficamente los brotes por COVID-19 presentados en la población de hogares geriátricos ubicados en la ciudad de Bogotá, determinar el porcentaje de hospitalización y defunción, y describir las principales causas de morbilidad y mortalidad. Se realizó un análisis descriptivo, a partir de la base de datos nominal de brotes, consolidada por el subsistema de urgencias y emergencias de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, durante el año 2020. Se encontró que el mayor número de casos se dio en las semanas epidemiológicas 28 y 29. Las localidades de influencia de la Subred Centro Oriente aportaron el mayor número de casos, donde el 64,8 % fue entre mujeres; la mayoría de los casos (58,3%) pertenecía al régimen contributivo; el porcentaje de hospitalización fue el 5,4 %, en los grupos de edad de 65 años y más, la principal causa de morbilidad y mortalidad fue la insuficiencia respiratoria aguda. Se concluye que un porcentaje importante de casos por COVID-19 presentados en hogares geriátricos tuvieron una evolución favorable, tras no requerir manejo intrahospitalario. Las principales causas de muerte son las patologías respiratorias como consecuencia de las afectaciones y complicaciones del COVID-19. Las principales comorbilidades que se identificaron en la

población son: hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes tipo II.

Palabras claves: brote, geriátrico, comorbilidades, mortalidad, bioseguridad

Introducción

El 31 de diciembre del 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan, provincia de Hubei, en China, informó sobre un conglomerado de 27 casos de neumonía de etiología desconocida con inicio de síntomas el 8 de diciembre del 2019; los casos reportaban antecedente de exposición común a un mercado de mariscos, pescados y animales vivos ubicados en Wuhan. El 7 de enero del 2020, las autoridades chinas identificaron un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae* como agente causante del brote, que fue denominado *nuevo coronavirus* y posteriormente SARS-CoV-2. Dado que los casos de coronavirus suelen causar síntomas respiratorios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió recomendaciones de protección personal contra la infección, para evitar el contagio de otras personas.

Según la OMS, «La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, al pasar del 12 % al 22 %» (1). El aumento de este grupo etario, que en su mayoría cuenta con enfermedades crónicas y un sistema inmunológico debilitado producto de la edad, hace que sea más difícil que pueda combatir nuevas infecciones, colocándolo entre la población vulnerable. Aunado a esto, principalmente, vive una serie de situaciones familiares, por las pérdidas o duelos que pueda sufrir, y a nivel social, sus condiciones económicas no son muy favorables (1). La pandemia por COVID-19 representa un problema para la salud pública que afecta a las personas adultas mayores al tener un alto riesgo de mortalidad.

Desde los inicios de pandemia de coronavirus, diversos estudios apuntaron a los adultos mayores como el principal foco de riesgo de muerte (2). Así mismo, el director para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Hans Kluge, indicó que «las muertes causadas por el coronavirus en hogares de ancianos representan hasta la mitad de los fallecimientos en algunos países (2).».

En el distrito existen 526 hogares geriátricos (cuatro públicos y 522 privados), distribuidos en las localidades de Suba, Usaquén, Engativá, Mártires, Kennedy, Barrios Unidos, Fontibón, Teusaquillo, Puente Aranda, Rafael Uribe, Antonio Nariño, San Cristóbal, Chapinero, Ciudad Bolívar, La Candelaria, Santa Fe, Bosa y Tunjuelito. En los hogares geriátricos privados residen 8350 personas mientras que en los hogares públicos viven 183 (3).

En la atención de los brotes en estos establecimientos, los equipos de respuesta inmediata de las subredes integradas de servicios realizaron las investigaciones epidemiológicas de campo, en donde se hicieron cercos epidemiológicos, toma de muestras y se dieron recomendaciones de medidas de control, como aislamiento de casos y contactos, distanciamiento físico, higiene respiratoria y lavado de manos.

El propósito de este estudio es caracterizar el comportamiento de la infección por SARS-CoV2 en los brotes presentados en los hogares geriátricos del Distrito Capital. Así mismo, caracterizar social y demográficamente los brotes por COVID-19 presentados en la población de hogares geriátricos ubicados en la ciudad de Bogotá, determinar el porcentaje de hospitalización y defunción describiendo las principales causas de mortalidad y morbilidad.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, a partir de la base de datos nominal de brotes elaborada por el subsistema de urgencias y emergencias en salud pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá utilizando el programa Excel®, de marzo a diciembre del año 2020.

La respuesta a urgencias, emergencias y desastres ocurridos en el Distrito Capital se da a través de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI), los cuales hacen parte del Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático, como una estructura operativa y funcional, conformadas bajo el modelo del Instituto Nacional de Salud, a través de la Resolución 746 del 2009. El alcance de los ERI abarca el conocimiento del riesgo, la reducción y la respuesta ante la presentación de eventos en donde se detecten dos o más casos y se activará con un caso en situaciones especiales, bien por el tipo del evento (Espii) o por el sitio de ocurrencia. El componente de urgencias y emergencias en salud pública responde al Proyecto 7828 con la meta 18: atender el 100 % de los brotes y emergencias en salud pública, así como los eventos de interés en Salud Pública Internacional (Espii). Los eventos de brotes o epidemias que se atienden por parte del ERI incluyen: enfermedades transmisibles con dos o más casos, enfermedades inmunoprevenibles, uno o más casos sospechosos de eventos en eliminación o erradicación o de fuente desconocida clasificada en el *RSI 2005* como una emergencia en salud pública de interés internacional (Espii) y verificación de noticias y rumores en salud pública tanto en el contexto distrital como local (4).

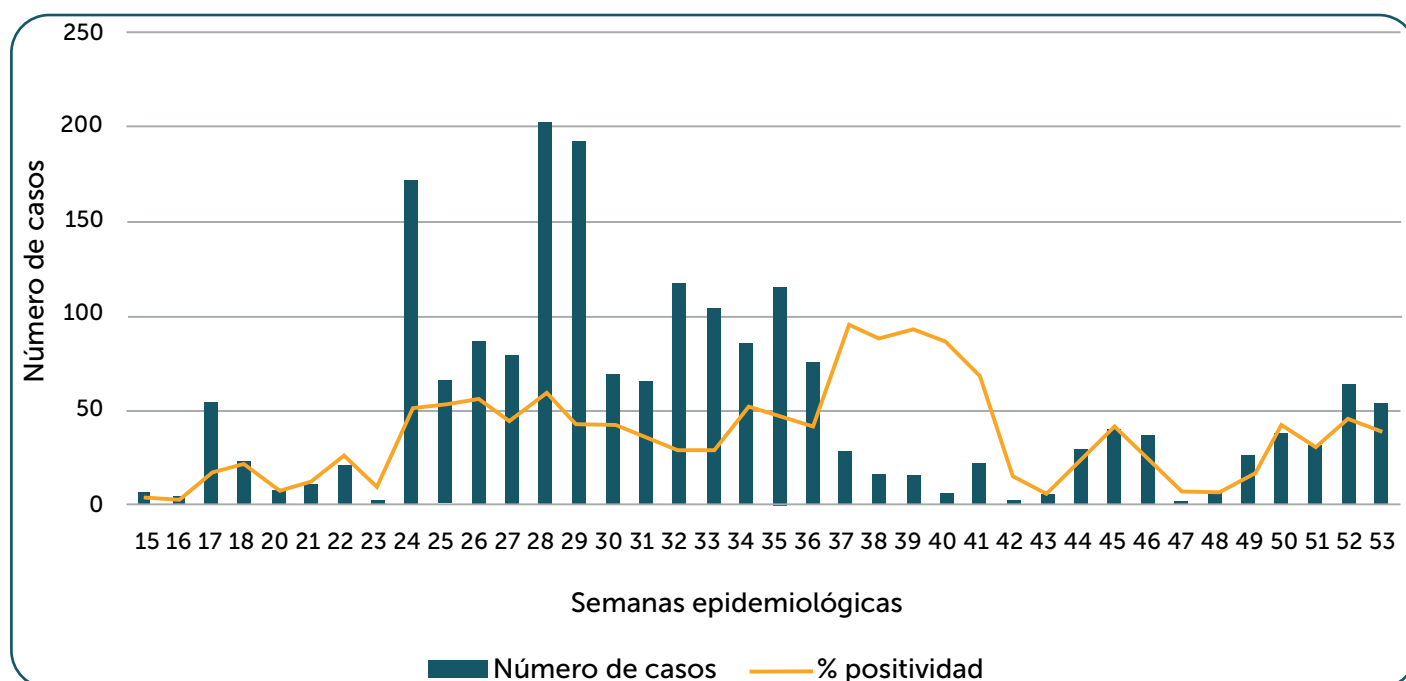
Las limitaciones que se tuvieron en el estudio son principalmente la mala calidad en la información frente a comorbilidades y causas de defunción, las cuales retrasaron el análisis al ser necesario ajustar la información con los subsistemas de las subredes.

Resultados

Al analizar la información, se observó que el mayor porcentaje de positividad se presentó

en las semanas epidemiológicas 28 y 29 contrastado con el mayor número de casos que se registró en las semanas epidemiológicas 37 y 39 (figura 1).

Figura 1. Porcentaje de positividad por COVID-19 en hogares geriátricos, en Bogotá, semanas epidemiológicas 15-53 del 2020



Fuente: base nominal brotes 2020, Subsistema de Urgencias y Emergencias, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

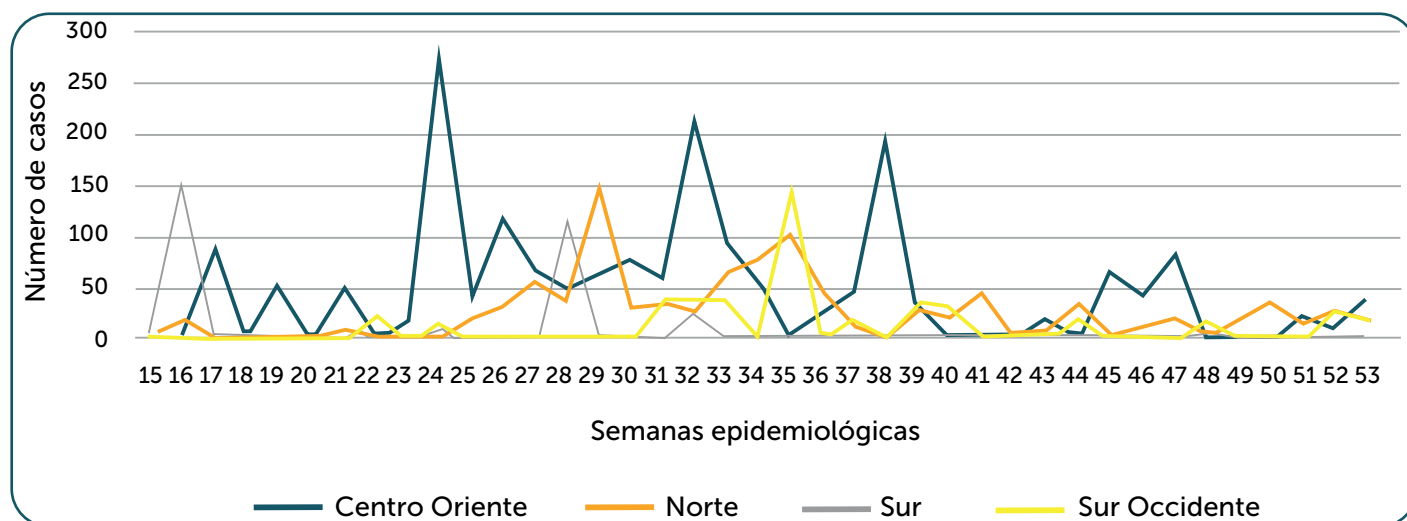
Aunque en las localidades del área de influencia de la Subred Integrada de Servicios en Salud Norte se encuentra la mayor concentración de hogares geriátricos, se observa que el mayor número de casos se presentaron en las localidades de la Subred Integrada de Servicios en Salud Centro Oriente, con picos en las semanas 24 y 32 (figura 2).

La mayor proporción de casos se observa en el sexo femenino con un 64,8%; por pertenencia étnica, el grupo *otros* aporta el 99,9 % de los casos; el régimen contributivo, el 58,3 % de los casos; el grupo de edad de 65 y más, el 63,2 % del total de casos (tabla 1).

La población menor de 20 años que hace parte de las personas afectadas en los brotes en los hogares geriátricos son hijos de trabajadores que viven dentro de las instalaciones de estos hogares, mientras que los mayores de 20 años o más son trabajadores o cuidadores de los adultos mayores.

El 94,6 % de los pacientes en los hogares geriátricos no necesitaron hospitalización (tabla 2).

Figura 2. Brotes por COVID-19 en hogares geriátricos distribuidos por Subredes Integradas de Servicios de Salud, en Bogotá, semanas epidemiológicas 15-53 del 2020



Fuente: Base nominal brotes 2021, Subsistema de Urgencias y Emergencias, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

Tabla 1. Clasificación social y demográfica en los brotes por COVID-19 en hogares geriátricos, en Bogotá, semanas epidemiológicas 15-53 del 2020

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	2.405	64,8
	Masculino	1.309	35,2
Pertenencia étnica	Indígena	1	0,0
	ROM (gitano)	0	0,0
	Raizal	0	0,0
	Palanquero	0	0,0
	Afrocolombiano	2	0,1
	Otros	3.711	99,9
Régimen de seguridad social	Contributivo	2167	58,3
	Especial	28	0,8
	Indeterminado	4	0,1
	No asegurado	33	0,9
	Excepción	6	0,2
	Subsidiado	1.476	39,7

Variable	Categoría	Casos	%
Grupo de Edad	1 a 4	2	0,1
	5 a 9	1	0,0
	10 a 14	3	0,1
	15 a 19	20	0,5
	20 a 24	151	4,1
	25 a 29	152	4,1
	30 a 34	136	3,7
	35 a 39	173	4,7
	40 a 44	115	3,1
	45 a 49	155	4,2
	50 a 54	137	3,7
	55 a 59	122	3,3
	60 a 64	199	5,4
	65 y más	2.348	63,2
Total		3.714	100

Fuente: base nominal brotes 2020, Subsistema Urgencias y Emergencias, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

Tabla 2. Hospitalización en los brotes por COVID-19 en hogares geriátricos, en Bogotá, semanas epidemiológicas 15-53 del 2020

Hospitalizado	Casos	%
No	3.513	94,6
Sí	201	5,4
Total	3.714	100

Fuente: base nominal brotes 2020, Subsistema Urgencias y Emergencias, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

Se observa que la mayoría de los pacientes superaron la infección por COVID 19, sin embargo, el 7,8 % falleció (tabla 3).

De los pacientes fallecidos por COVID-19, el 54,3% no tuvieron tratamiento hospitalario (tabla 4).

Tabla 3. Estado final de las personas institucionalizadas en los brotes por COVID-19 en hogares geriátricos, en Bogotá, semanas epidemiológicas 15-53 del 2020

Estado final	Casos	%
Vivo	3.423	92,2
Muerto	291	7,8
Total	3.714	100

Fuente: base nominal brotes 2020. Subsistema Urgencias y Emergencias, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

Tabla 4. Distribución de residentes fallecidos en los brotes por COVID-19 en hogares geriátricos, en Bogotá, semanas epidemiológicas 15-33 del 2020

Muertos	Casos	%
Hospitalizados	133	45,7
No hospitalizados	158	54,3
Total	291	100

Fuente: base nominal brotes 2020, Subsistema Urgencias y Emergencias. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

De los pacientes fallecidos, a los cuales se les brindó tratamiento hospitalario, el 14,3% pertenecía a la localidad de Antonio Nariño;

13,5 % a la localidad de Barrios Unidos y el 12% hacía parte de la localidad de Chapinero (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de personas fallecidas por localidad y acceso a hospitalización en los brotes por COVID-19 en hogares geriátricos, en Bogotá, semanas epidemiológicas 1-33 del 2020

Localidad	Hospitalizados	%	No hospitalizados	%	Total
Antonio Nariño	19	14,3	2	1,3	21
Barrios Unidos	18	13,5	13	8,2	31
Chapinero	16	12,0	7	4,4	23
Ciudad Bolívar	15	11,3	11	7,0	26
Engativá	11	8,3	0	0,0	11
Fontibón	10	7,5	1	0,6	11

Localidad	Hospitalizados	%	No hospitalizados	%	Total
Kennedy	8	6,0	9	5,7	17
Los Mártires	8	6,0	6	3,8	14
Puente Aranda	6	4,5	40	25,3	46
Rafael Uribe Uribe	6	4,5	10	6,3	16
San Cristóbal	5	3,8	37	23,4	42
Santa Fe	4	3,0	2	1,3	6
Suba	3	2,3	15	9,5	18
Teusaquillo	3	2,3	2	1,3	5
Tunjuelito	1	0,8	1	0,6	2
Usaquén	0	0,0	2	1,3	2
Total	133	100	158	100	291

Fuente: base nominal brotes 2020, Subsistema Urgencias y Emergencias. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

El 15,8 % de las personas fallecidas residían en hogares geriátricos ubicados en la localidad de Tunjuelito, seguido del 14,4 % por la localidad de Antonio Nariño (tabla 6).

Tabla 6. Distribución por localidad de residencia de personas fallecidas en los brotes por COVID- 19 en hogares geriátricos, en Bogotá, semanas epidemiológicas 15-33 del 2020

Localidad	Casos	%
Tunjuelito	46	15,8
Antonio Nariño	42	14,4
Suba	31	10,7
Usaquén	26	8,9
Los Mártires	23	7,9
Kennedy	21	7,2
Chapinero	18	6,2
Rafael Uribe	17	5,8

Localidad	Casos	%
San Cristóbal	16	5,5
Engativá	14	4,8
Barrios Unidos	11	3,8
Puente Aranda	11	3,8
Fontibón	6	2,1
Santa Fe	5	1,7
Ciudad Bolívar	2	0,7
Teusaquillo	2	0,7
Total	291	100

Fuente: base nominal brotes 2020, Subsistema urgencias y emergencias, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

La principal causa de muerte fue la insuficiencia respiratoria aguda (19,2 %), seguida por el choque séptico secundario a neumonía por COVID-19 (12 %) (tabla 7).

El 93,5 % de las personas fallecidas por COVID-19 en los hogares geriátricos pertenecen al grupo de 65 años y más (tabla 8).

Tabla 7. Causas de defunción de las personas institucionalizadas en los brotes por COVID-19 en hogares geriátricos, en Bogotá, semanas epidemiológicas 15-53 del 2020

Causa de defunción	Casos	%
Insuficiencia respiratoria aguda	119	41
Neumonía viral	81	28
Choque séptico	55	19
Infarto agudo de miocardio	23	8
Choque séptico de origen urinario	9	3
Otros diagnósticos	3	1
Total	291	100

Fuente: base nominal brotes 2020, Subsistema Urgencias y Emergencias, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

Tabla 8. Grupo de edad de las personas institucionalizadas fallecidas en los brotes por COVID-19 en hogares geriátricos, en Bogotá, semanas epidemiológicas 15-53 del 2020

Grupo de edad	Casos	%
35 a 39	2	0,7
40 a 44	1	0,3
45 a 49	1	0,3
50 a 54	0	0,0
55 a 59	3	1,0
60 a 64	12	4,1
65 y más	272	93,5
Total	291	100

Fuente: base nominal brotes 2020, Subsistema Urgencias y Emergencias, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

Se observó que el 48 % de los pacientes fallecidos tenían hipertensión; el 31 % diabetes y el 8 % padecía enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Discusión

Toda la humanidad es susceptible a enfermarse por COVID-19. El grupo poblacional más vulnerable es el de las personas mayores. El envejecimiento es un fenómeno natural del ser humano. La pandemia generada a nivel mundial por COVID-19 ha producido un impacto importante en los adultos mayores (población con una edad mayor o igual a 60 años), cuya incidencia se ve reflejada en la alta tasa de mortalidad en este grupo etario.

Del estudio realizado se observa que el mayor porcentaje de mortalidad lo presentaron los mayores de 65 años, quienes aportan el 93,5% del total de fallecidos, hecho que es

concordante con la literatura revisada. Un estudio procedente de España expone cómo existe una creciente evidencia internacional en la cual se afirma que las personas que viven en hogares geriátricos o lugares de larga estancia son particularmente vulnerables a las infecciones graves por SARS-CoV2 y están experimentando altas tasas de mortalidad. La edad avanzada y las comorbilidades, como la hipertensión, la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, son factores de riesgo, así como el entorno cerrado con estrecho contacto con otros residentes y con el personal que los atiende favorece la transmisión (5); así mismo, los datos de mortalidad ajustados, con la información suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), reportan que el porcentaje de fallecidos por edad en los grupos de pacientes entre 60 a 69, 70 a 79, 80 a 89, y 90 y más es de 12,2 %, 22,5 %, 28,9 % y 53,9 %, respectivamente. Las personas mayores son más susceptibles de morir por COVID-19 debido al proceso de inmunosenescencia que

favorece la fragilidad, la multimorbilidad y la severidad de la infección (6).

La pandemia y las cuarentenas decretadas con la finalidad de contener la propagación del virus generaron en el adulto mayor un cambio en su rutina habitual, debiendo permanecer aislados e inactivos. Bajo esta circunstancia, se observaron cambios en el ciclo sueño-vigilia, disminución del efecto de fármacos, apatía y mayor falta de iniciativa, con lo cual generó mal control de las patologías crónicas y aumentó el riesgo de desarrollar enfermedades mentales como ansiedad y depresión.

La transmisión a partir de personas asintomáticas, evidenciada en esta infección, es aún mayor en estos entornos, ya que la detección de síntomas en las personas adultas mayores es especialmente compleja por la respuesta inmune alterada asociada al envejecimiento, la alta prevalencia de comorbilidades, el deterioro cognitivo y la frecuencia de tos crónica que enmascara la sintomatología. Las principales causas de muerte observadas en estos establecimientos son la insuficiencia respiratoria aguda, las neumonías y el choque séptico. Lo anterior es similar a lo observado en un estudio retrospectivo realizado en China (597 hospitales, n = 1590); se demostró que la presencia de cualquier comorbilidad se ha asociado con mayor riesgo de desarrollar síndrome de dificultad respiratoria aguda en pacientes con infección por SARS-CoV-2 (3,4 veces), así como neumonía (7).

Las limitaciones que se tuvieron en el estudio son principalmente la mala calidad en la información frente a comorbilidades y causas de defunción, estas retrasaron el análisis y fue necesario ajustar la información con los subsistemas de las subredes.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Actualización de la estrategia frente a la COVID-19. Ginebra; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3lzdr3G>
2. Aguirre A Francisco y France Presse Agencia (2020). Una tragedia humana inimaginable: OMS alerta sobre el impacto del coronavirus en hogares de adultos mayores. Recuperado de <https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/unatragedia-humana-inimaginable-oms-alerta-sobre-el-impacto-del-coronavirus-enhogares-de-adultos-mayores>
3. Censo IPIPM Bogotá D. C. Subsistema de Vigilancia Intensificada Subred Integrada de servicios Sur Occidente
4. Secretaría de Salud. Lineamientos de urgencias y emergencias en salud pública. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, vigencia julio a octubre 2021. Bogotá; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3G3aDdr>
5. Martínez B. Pobreza, discapacidad y derechos humanos. REDIS. 2013;1(1): 9-32. DOI: <https://doi.org/10.5569/33>
6. Caja Costarricense de Seguro Social. Atención a las personas adultas mayores residentes en Hogares de Larga Estancia (HLE) durante la pandemia de COVID-19. San José; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3ALjRdv>
7. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, Liang HR, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. Eur Respir J. 2020; 55(5): 2000547. DOI: 10.1183/13993003.00547-2020