



Comunicado técnico de la Junta Directiva de los Capítulos Eje Cafetero y Suroccidente de la Asociación Colombiana de Infectología – ACIN 18 de agosto de 2026

COMUNICADO TECNICO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI) EN ALBERGUES TEMPORALES.

Este documento establece las directrices técnicas para la prevención y control de infecciones (PCI) en albergues temporales durante situaciones de emergencia, desplazamientos poblacionales o brotes epidémicos. Se integra con los estándares internacionales de saneamiento básico en desastres, evidencia reciente sobre brotes en albergues en diferentes partes del mundo, y los lineamientos CDC para albergues post-desastre.

El documento orienta la vigilancia sindrómica, medidas de aislamiento, saneamiento, higiene, control ambiental y coordinación interinstitucional para reducir la transmisión de patógenos entéricos, respiratorios y transmitidos por vectores.

Los albergues temporales son entornos de alto riesgo para la transmisión de enfermedades infecciosas debido al hacinamiento, infraestructura limitada, interrupción de servicios de salud y fallas en agua potable y saneamiento. La evidencia internacional muestra que la ausencia de vigilancia temprana y medidas de PCI favorece brotes de norovirus, influenza, COVID-19 y otras infecciones.

Este documento unifica lineamientos de prevención y control de infecciones y saneamiento básico para garantizar una respuesta rápida, coordinada y basada en evidencia.

Los brotes en albergues temporales se caracterizan por:

- Transmisión acelerada de patógenos entéricos y respiratorios.
- Dificultades en vigilancia epidemiológica y reporte oportuno.
- Interrupción de agua potable, saneamiento e higiene.
- Limitaciones en aislamiento, distanciamiento y control ambiental.

La integración de medidas prevención y control de infecciones con estándares de saneamiento básico y vigilancia permite:

- Reducir la transmisión fecal-oral, respiratoria y por vectores.
- Detectar brotes precozmente mediante vigilancia sindrómica activa.
- Implementar medidas de aislamiento y distanciamiento efectivas.
- Garantizar agua segura, saneamiento adecuado y prácticas de higiene.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional en emergencias.

Objetivo General

Establecer lineamientos técnicos para la prevención y control de infecciones en albergues temporales, integrando vigilancia epidemiológica, medidas de aislamiento, estándares de saneamiento y lineamientos internacionales

Objetivos Específicos

1. Implementar vigilancia sindrómica activa desde la apertura del albergue.
2. Establecer medidas de aislamiento, distanciamiento y control ambiental.
3. Garantizar agua potable, saneamiento e higiene según estándares internacionales.
4. Reducir la transmisión de patógenos entéricos, respiratorios y transmitidos por vectores.
5. Articular la respuesta con autoridades de salud, operadores de agua y organismos de socorro.
6. Documentar y reportar datos de vigilancia para toma de decisiones.

Riesgo epidemiológico en albergues temporales

Los albergues favorecen brotes por varias condiciones que confluyen entre las cuales se encuentran: hacinamiento y proximidad física, infraestructura limitada para aislamiento, interrupción de agua potable y saneamiento, alta rotación de residentes y personal, dificultades para la vigilancia y reporte.

Vigilancia y detección temprana

Componentes de vigilancia

- Tamizaje diario de síntomas gastrointestinales, respiratorios, fiebre y brote.
- Reporte inmediato de casos sospechosos.
- Coordinación con vigilancia municipal, departamental, entes territoriales y centros de salud
- Documentación y análisis de tendencias.

Medidas clave de control de infecciones

Detección y tamizaje

- Tamizaje sindrómico diario de residentes y personal evaluando síntomas respiratorios, enfermedad diarreica aguda, fiebre, presencia de brote.
- Vigilancia de mordeduras por animales para establecer protocolo de exposición rábica.
- Identificación de sintomáticos respiratorios y pacientes sospechosos de tuberculosis para derivación a estudios microbiológicos, uso de mascarilla quirúrgica y estudio de contactos.

Aislamiento

- Aislamiento inmediato de personas sintomáticas.
- Exclusión laboral del personal enfermo.
- Espacios separados para casos sospechosos y confirmados.

Distanciamiento físico

- Disposición “cabeza-pie” al dormir.
- Distancia mínima de 2 metros entre cabezas.
- Reducción de hacinamiento mediante redistribución de espacios.

Higiene de manos y desinfección ambiental

- Lavado de manos en puntos críticos con disponibilidad de lavamanos, jabón y preferiblemente toallas de papel (de no ser posible cambiar frecuentemente las toallas de tela).
- Disponibilidad de alcohol glicerinado para higiene de manos.
- Limpieza y desinfección continua, mínimo una vez al día.
- Uso de desinfectantes efectivos contra norovirus y otros patógenos resistentes (Ver tabla 1.).

Tabla 1. Preparación y diluciones clave con Hipoclorito de Sodio

Uso / Área	Concentración objetivo (ppm)	Dilución práctica de Hipoclorito al 5%	Tiempo de contacto
Desinfección de rutina (pisos, paredes, mesas, pomo de puertas, superficies de contacto frecuente)	1,000 ppm (0.1%)	20 mL por litro de agua (aprox. 1 cucharada sopera colmada por litro o 100 mL en 5 L de agua)	Mínimo 10 minutos
Brote activo de síndrome gastroentérico / Derrames de fluidos (vómito, heces, sangre en baños o dormitorios)	5,000 ppm (0.5%)	100 mL por litro de agua (1 parte de cloro por 9 partes de agua)	Mínimo 10 a 20 minutos

La concentración requerida depende del tipo de área o del nivel de contaminación por fluidos corporales

Uso de mascarillas

- Uso universal de mascarilla para residentes y personal de la salud en brotes respiratorios/sintomáticos respiratorios

Servicios médicos in situ

- Disponibilidad de atención médica en el albergue.
- Evaluación clínica de casos sintomáticos.
- Derivación oportuna a servicios de salud.

Vacunación

- Durante el tamizaje de ingreso y la vigilancia diaria, se identificará la presencia de esquemas incompletos de vacunación en la población infantil y adultos de alto riesgo.
- Priorización de influenza, COVID-19, sarampión, varicela, meningococo, tétanos, tosferina y poliomielitis.

Las aéreas deben permanecer aireadas para reducir la concentración de microorganismo en el área, si se evidencia la presencia de vectores como insectos garantizar la presencia de mallas o anjeos.

Recomendaciones Saneamiento básico.

Área recomendada

Los albergues deben garantizar un mínimo de espacio por persona según el tipo de estancia. Para albergues de evacuación se requieren aproximadamente 1.86 metros cuadrados por persona. Para albergues generales, el espacio mínimo recomendado es de 3.72 metros cuadrados por persona. En el caso de albergues médicos, el estándar es mayor y varía entre 5.57 y 9.29 metros cuadrados por persona, dependiendo de las necesidades especiales de los residentes.

La separación mínima entre camas debe ser de 0.76 metros para reducir riesgos de hacinamiento y facilitar la circulación y más de 2m entre cabezas con disposición cabeza-pie en brote respiratorio. Además, se debe prever un espacio para silla de ruedas por cada 200 ocupantes.

Se debe considerar y tener en cuenta si en el albergue se van a recibir familiar/personas con mascotas, se debe tener el censo de las mascotas, su estado de vacunación, se debe determinar un lugar específico para las necesidades de las mascotas, medidas de recolección y depósito de excretas, control de ectoparásitos e idealmente revisión por parte de grupo de veterinaria. En caso de que la mascota no cuente con carné de vacunación se debería evaluar el caso y determinar necesidad de vacunas por parte de médico veterinario.

Promoción de la Higiene

Participación y comportamiento: Se debe fomentar el lavado de manos con jabón en momentos clave (después de defecar, antes de cocinar o comer y tras limpiar a un niño).

- Acceso a artículos de higiene: Cada familia debe disponer de un kit básico que incluya:
 - Jabón para uso corporal (al menos 250 g/persona/mes).
 - Jabón para lavar ropa (al menos 200 g/persona/mes).
 - Recipientes de almacenamiento de agua con tapa y cuello estrecho.

- Materiales de higiene menstrual adecuados, dignos y culturalmente aceptables para mujeres y niñas.

Abastecimiento de Agua

- Cantidad mínima:
 - 15 litros por persona al día como mínimo para satisfacer las necesidades básicas de bebida, cocina e higiene personal. En centros de salud la cifra sube a 5 L/paciente ambulatorio/día y 40-60 L/paciente hospitalizado/día.
 - 1 ducha por cada 15 personas
 - Estaciones de lavado de manos 1 por cada 15 personas; insumos de lavado con agua, jabón y toallas o alcohol glicerinado en gel con $\geq 60\%$ alcohol
- Calidad del agua:
 - Preferiblemente agua embotellada para uso crítico como beber e higiene oral
 - En caso de uso de agua de tubería se debe garantizar cero bacterias coliformes fecales por cada 100 ml en el punto de entrega
 - Evaluar la calidad del agua antes de la desinfección, si esta es muy turbia realizar método de filtrado con tela fina limpia o colador de café y esperar decantación, extraer el sobrenadante y trasladar a otro recipiente para dar tratamiento, ya que la materia orgánica neutraliza el desinfectante y reduce su eficacia.
 - El tratamiento de agua con cloro para consumo se basa en agregar hipoclorito de sodio (cloro líquido/lejía sin aroma) al agua en dosis calculadas según el volumen, la turbidez del agua, y la concentración de hipoclorito de sodio que se cuente, con un tiempo de contacto de al menos 30 minutos antes de consumirla.
 - Dosis recomendadas CDC/OMS
 - Agregar aproximadamente 10 gotas de hipoclorito por cada litro de agua si se trata de hipoclorito de sodio al 1%, 4 gotas por cada litro de agua si es hipoclorito al 4%, o 2 gotas por cada litro de agua si es hipoclorito de sodio al 5%. (VERIFICAR LA CONCENTRACIÓN DE HIPOCLORITO DE SODIO EN LA ETIQUETA PARA REALIZAR LA PREPARACIÓN CORRECTA).
- Acceso y distancia:
 - Máximo 500 metros desde la vivienda hasta el punto de agua.
 - El tiempo total de espera en la cola no debe superar los 30 minutos.
 - Al menos 1 punto de agua por cada 250 personas (p. ej., un grifo de alto flujo).

Gestión de Excretas

- Ratio de sanitarios: Máximo 20 personas por sanitario/letrina.
- Diseño y distribución:
 - Separados por sexo, con cerrojos internos y con iluminación nocturna para garantizar la seguridad de mujeres y niñas.

- Ubicados a más de 30 metros de cualquier fuente de agua subterránea y al menos 1.5 metros por encima del nivel freático (Capa de líquido subterráneo acumulada a poca profundidad).
- Situados a no más de 50 metros de distancia de las viviendas.
- Inclusividad: Los baños deben incluir adaptaciones físicas (barras de apoyo, rampas) para personas con discapacidad o movilidad reducida

Manejo de Residuos Sólidos y Control de Vectores:

- Almacenamiento de basura:
 - Contenedores de 100 litros con tapa por cada 10 hogares (o disponer de una fosa de basuras al menos a 15 metros del hogar).
 - Ninguna vivienda debe estar a más de 100 metros de un contenedor comunal.
 - Aguas residuales: Controlar y eliminar el estancamiento de aguas alrededor de puntos de agua para evitar la proliferación de mosquitos y vectores de enfermedades.
 - Gestión de residuos médicos: En instalaciones sanitarias, los desechos infecciosos y punzocortantes deben alojarse en contenedores rígidos y eliminarse en incineradores o fosas de bioseguridad dedicadas.
 - Manejo de residuos sólidos con contenedores cubiertos y recolección periódica (al menos semanal).

Personal de asistencia

- Registro y documentación continua de personal y voluntarios.
- Uso de mascarilla quirúrgica en personal asistencial y voluntarios, así como higiene con alcohol glicerinado según estándares OMS.
- Servicios profesionales de limpieza para dormitorios, comedor, cocina, cuidado infantil y baños con uso de cloro orgánico idealmente para limpieza.
- Proporción cuidador:niño según edad (0-12 meses 1:3; 13-24 meses 1:5; 25-35 meses 1:6; 3-5 años 1:10; 6-12 años 1:12).
- En caso de lactancia materna se debe garantizar acomodar a la madre/cuidador en la zona de aislamiento manteniendo precauciones.
- Servicios médicos, apoyo de salud mental y seguridad disponibles en el sitio.

Alimentación

El manejo seguro de alimentos en albergues es un componente crítico de la prevención y vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), ya que las condiciones de hacinamiento, infraestructura dañada y recursos limitados en estos entornos facilitan brotes de gastroenteritis aguda (GEA), predominantemente por norovirus, así como cólera, salmonelosis y hepatitis E en campamentos de refugiados. La mayoría de los patógenos causantes de diarrea se transmiten por vía fecal-oral, a través de contaminación de superficies, manos de personas infectadas o cuidadores, y vectores como agua o alimentos. En albergues de evacuación, el hacinamiento y las deficiencias en saneamiento amplifican este riesgo de transmisión persona a persona y por fómites, no solo por alimentos contaminados

Recomendaciones sobre alimentación y manipulación de alimentos:

- Tres comidas al día para todos los residentes.
- Alimentos de proveedor o contratista con licencia (fuente segura).

- Temperatura de alimentos calientes >60°C; fríos < 4°C.
- Almacenamiento adecuado: alimentos secos protegidos, nada en el piso, refrigeradores monitoreados y documentados.
- Manejo higiénico: uso de guantes, utensilios apropiados, prevención de contaminación cruzada.
- Instalaciones de apoyo: estaciones de lavado de manos y área de lavado de utensilios limpias.
- En caso de realizar/manipular alimentos en los albergues se sugiere seleccionar un grupo de manipuladores de alimentos el cual debe recibir capacitación por parte del grupo de vigilancia y control de la calidad de los alimentos, contar con carnet de vacunación para Hepatitis A virus y si no cuenta con la vacuna proceder a realizar vacunación.
- Se debe hacer un lavado cuidadoso de productos frescos como vegetales, hierbas aromáticas y verduras.
- Higiene de manos antes y después de preparar alimentos, antes de comer, después de usar el baño o manipular basura, especialmente en entornos públicos
- Prácticas de inocuidad alimentaria para evitar contaminación cruzada entre alimentos, superficies de cocina y utensilios durante compra, preparación y almacenamiento; cocción y mantenimiento de carnes y huevos a temperaturas adecuadas
- Aislamiento y precauciones de contacto para personas sintomáticas con diarrea, evitando su participación en la manipulación de alimentos compartidos.
- Se sugiere realizar una trazabilidad de los alimentos preparados/administrados en los albergues dejando en la medida de las posibilidades una contramuestra de los alimentos entregados, la cual se debe refrigerar a 4°C y máximo por 48h.

Respuesta ante brote activo

- La implementación rápida de aislamiento, tamizaje y medidas de prevención y control de infecciones reduce la transmisión tras el pico del brote. De acuerdo con la enfermedad infecciosa/brote que se tenga se determinaran las medidas de aislamiento respectivo: gotas, contacto, aerosoles, vectores y se determinará si las medidas de aislamiento se pueden garantizar o no en el albergue o se debe hacer traslado a centro asistencial que cuente con las condiciones de aislamiento requeridas por el paciente.
- La comunicación interinstitucional es clave para la contención.
- La integración de medidas de prevención y control de infecciones, saneamiento básico permite disminuir casos de norovirus, COVID-19 e influenza.
- Evaluación por profesional de la salud para indicación de quimioprofilaxis activa de ser necesario. No automedicarse
- Se debe hacer estudio de brote según lineamientos del Instituto Nacional de Salud (INS) adaptados a las condiciones de albergue como se describe a continuación

El proceso aborda en 10 pasos metodológicos estandarizados para la investigación de campo:

1. Confirmar la existencia del brote

- Comparar el número de casos observados con la línea de base histórica (si se cuenta con una línea de base).

2. Confirmar el diagnóstico

- Verificar los hallazgos clínicos en los casos índice y secundarios.
- Coordinar con la Red Nacional de Laboratorios (RNL) e Inocuidad de Alimentos/Agua según el evento para la toma, transporte y procesamiento de muestras biológicas o ambientales.

3. Establecer una definición operativa de caso Definir criterios claros de inclusión para clasificar la población afectada:

- **Caso sospechoso:** Criterios clínicos y epidemiológicos básicos.
- **Caso probable:** Manifestaciones clínicas específicas + nexos epidemiológico.
- **Caso confirmado:** Confirmación por laboratorio o por nexos epidemiológico estricto.

4. Búsqueda activa de casos (BAC)

- Realizar la **BAC en el albergue y con los contactos**.

5. Caracterización epidemiológica (Tiempo, Lugar y Persona)

- **Tiempo:** Construcción de la **curva epidémica** (casos por hora, día o semana epidemiológica) para inferir la fuente de exposición (fuente puntual, continua o propagada) y determinar el período de incubación.
- **Lugar:** Mapeo de casos (georreferenciación), tasas de ataque por área geográfica o ubicación del albergue.
- **Persona:** Caracterización por edad, sexo, ocupación, comorbilidades y factores de riesgo clave.

6. Formular hipótesis

- Postular la causa más probable, la fuente de contaminación o transmisión, el modo de propagación y los factores de exposición asociados.

7. Evaluar y poner a prueba las hipótesis

- Realizar estudios analíticos según la magnitud y disponibilidad de datos:

- **Estudios de Cohorte:** Cálculo de Tasas de Ataque (TA) y Riesgo Relativo (RR).
 - **Estudios de Casos y Controles:** Cálculo de Odds Ratio (OR).
- Evaluar significancia estadística e intervalos de confianza.

8. Implementar medidas inmediatas de prevención y control

- No esperar a los resultados analíticos o de laboratorio para intervenir.
- **Sobre la fuente:** Aislamiento de casos, decomiso de alimentos, clausura temporal de fuentes de agua/establecimientos, retiro de medicamentos o lotes contaminados.
- **Sobre el modo de transmisión:** Control de vectores, desinfección de superficies, optimización de protocolos de bioseguridad/higiene de manos, optimización de condiciones de saneamiento con énfasis en estrategia WASH.
- **Sobre la población susceptible:** Vacunación de bloqueo, quimioprofilaxis, educación en salud.

9. Comunicación del riesgo

- Emitir comunicados claros a la población del albergue y a la comunidad sobre medidas preventivas sin generar pánico.
- Mantener canal técnico de comunicación con autoridades territoriales de salud y prestadores.

10. Elaborar el informe final y divulgación: Estructurar la documentación técnica estandarizada:

- **Informe preliminar (primeras 24 horas):** Alerta inicial y medidas inmediatas.
- **Informes de avance:** Monitoreo del comportamiento y efectividad de las intervenciones.
- **Informe final:** Consolidación metodológica, hallazgos analíticos, conclusiones y recomendaciones estructurales para evitar la reaparición.
-

Consideraciones adicionales

- En brotes respiratorios de alta transmisibilidad, incluso medidas intensivas pueden ser insuficientes; considerar alojamiento no congregado.
- Documentar y compartir datos de vigilancia con autoridades de salud.
- Mantener coordinación con operadores de agua, saneamiento y organismos de socorro.
- Garantizar accesibilidad para personas con discapacidad y grupos vulnerables.
- Manejo de casos pediátricos: En caso de que un menor de edad o lactante requiera aislamiento por presentar síntomas entéricos o respiratorios, el aislamiento se realizará en compañía de su madre, padre o cuidador

principal. El cuidador deberá cumplir estrictamente con las medidas de precauciones estándar y basadas en la transmisión (uso de mascarilla quirúrgica, higiene frecuente de manos y distanciamiento dentro del módulo).

- **Protección y promoción de la lactancia materna:**

- La lactancia materna no debe suspenderse ante cuadros infecciosos respiratorios o gastrointestinales leves de la madre o del lactante.
- La madre sintomática respiratoria debe lavar sus manos con agua y jabón o aplicar alcohol glicerinado al $\geq 60\%$ antes de amamantar y utilizar mascarilla quirúrgica durante el contacto cercano con el lactante.
- En las zonas de aislamiento se garantizará un espacio seguro, privado y con condiciones de higiene para la extracción o amamantamiento.

- **Búsqueda activa e inmunización post-exposición:** Ante la detección de un caso sospechoso o confirmado de enfermedades inmunoprevenibles de alta transmisibilidad, se activará de inmediato la aplicación de vacunas o inmunoglobulinas post-exposición a los contactos estrechos vulnerables, según la guía epidemiológica nacional vigente.

- **Protocolos de quimioprofilaxis activa:** En situaciones epidemiológicas específicas o ante la confirmación de brotes por patógenos particulares, el equipo médico in situ administrará quimioprofilaxis dirigida a los contactos de alto riesgo siguiendo el protocolo epidemiológico territorial.

Control Ambiental de Interiores, Gestión de Riesgos y Fauna Nociva

- **Ventilación y Calidad del Aire Interior:**

- Para mitigar la transmisión de patógenos transmitidos por aerosoles o gotas (influenza, COVID-19, tuberculosis, entre otros), se debe garantizar la **ventilación cruzada continua** mediante la apertura permanente de ventanas y puertas en áreas de dormitorios comunes, comedores y módulos de aislamiento.
- Se desaconseja el uso de sistemas de aire acondicionado central sin filtros HEPA o que recirculen el aire sin renovación externa.

- **Manejo de Lencería y Control de Parásitos y Vectores Extra-vectoriales:**

- La ropa de cama, cobijas y lencería deben lavarse periódicamente con agua caliente (idealmente a una temperatura $\geq 60^{\circ}\text{C}$) o desinfectarse adecuadamente para prevenir la proliferación de ectoparásitos (piojos, chinches, pulgas) asociados a hacinamiento.

- **Lineamiento para el Manejo Seguro de Cadáveres in situ:**

- En caso de fallecimiento dentro de las instalaciones del albergue, el cuerpo debe permanecer en el área de aislamiento o en un espacio designado, ventilado y restringido al público hasta la llegada de la autoridad competente.
- El personal que manipule el cuerpo aplicará Precauciones Estándar (guantes, bata, mascarilla quirúrgica o N95, y protección ocular) y evitará la fuga de fluidos corporales mediante el uso de bolsas cadavéricas impermeables.

Recomendaciones de vigilancia de infecciones transmitidas por vectores en contextos de desastres y albergues

Los desastres naturales incrementan el riesgo de enfermedades transmitidas por vectores debido a la proliferación de criaderos de mosquitos, el hacinamiento en albergues y el colapso de la infraestructura sanitaria. Estos factores exigen medidas de vigilancia epidemiológica y control vectorial adaptadas a cada fase del desastre.

Enfermedades relevantes en contextos de desastre

Existen varias enfermedades que pueden incrementar dependiendo del área geográfica afectada, se pueden dividir en las que son transmitidas por mosquitos como malaria, dengue, fiebre amarilla, arbovirosis como Zika; las transmitidas por roedores como leptospirosis (especialmente riesgo aumentado tras inundaciones), enfermedades por mordedura de ratas y otras enfermedades como tifus.

Las aguas estancadas crean condiciones ideales para la cría de mosquitos, aumentando la densidad larvaria, las tasas de maduración y la actividad de picadura. El período de latencia puede variar de días a semanas, lo cual es crítico para la predicción y la vigilancia.

Medidas de prevención y control vectorial

De acuerdo con la presencia o no de vectores en los albergues, se pueden utilizar varias medidas, la principal medida es el control ambiental el cual incluye drenaje de agua estancada, uso de larvicidas en sitios de cría limitados y eliminación de charcos no utilizados, eliminación de reservorios de agua, uso de repelentes y mosquiteros. Adicionalmente se debe hacer un manejo integrado de plagas con vigilancia y control de mosquitos y roedores los cuales deben mantenerse durante emergencias.

Estándares Operativos de Vigilancia Sindrómica y Criterios de Derivación

Definiciones Operativas de Caso Sindrómico para Tamizaje Diario

- **Síndrome Respiratorio Agudo:** Todo residente o personal con inicio reciente de fiebre, tos, odinofagia, rinorrea o dificultad respiratoria.
- **Enfermedad Diarreica Aguda (EDA):** Presencia de 3 o más deposiciones líquidas o semilíquidas en 24 horas, o deposiciones con sangre visible, asociadas o no a emesis o fiebre.
- **Síndrome Febril Agudo / Febril Íctero-Hemorrágico:** Fiebre de aparición súbita acompañada de cefalea, mialgias, artralgias, brote/exantema, ictericia o manifestaciones hemorrágicas (orientado a la detección temprana de dengue, chikunguña, zika, leptospirosis o malaria).

Criterios de Alarma y Derivación Médica de Urgencia (Triage)

Cualquier persona identificada en el tamizaje que presente uno o más de los siguientes **signos de alarma** debe ser derivada de manera inmediata a una institución de salud de mayor complejidad:

- **En lactantes y niños:** Signos de deshidratación grave (letargia, ojos hundidos, llanto sin lágrimas, pliegue cutáneo muy lento), dificultad respiratoria (tirajes intercostales, estridor, aleteo nasal, cianosis), convulsiones, emesis persistente o rechazo total a la vía oral.

- **En adultos:** Dificultad para respirar o taquipnea significativa, dolor torácico persistente, alteración del estado de conciencia o desorientación, hipotensión o signos de choque, oliguria o anuria.

Medidas complementarias de control de infecciones

- Restablecer higiene y saneamiento básico (kits WASH)
- Fortalecer programas de vacunación y sistemas de vigilancia para detección temprana de brotes

Indicadores de Monitoreo

Indicador	Definición Operativa / Fórmula	Meta Recomendada
Proporción de sintomáticos aislados	No. de sintomáticos en área de aislamiento / Total de sintomáticos detectados por tamizaje	(≥ 95%).
Monitoreo de ventilación	Porcentaje de dormitorios y zonas comunes con ventilación cruzada activa	(100%).
Adherencia a vacunación contactos	Cobertura de inmunización post-exposición realizada dentro de las primeras 48-72 horas tras el hallazgo del caso.	
Litros/persona/día distribuidos	Volumen total de agua potable entregado o disponible en el albergue dividido entre el número total de residentes por día.	≥ 15 L/persona/día para uso doméstico básico.
Cloro residual libre	Concentración de cloro activo presente en el agua en los puntos de entrega o consumo tras el tiempo de contacto adecuado.	0.2 – 0.5 mg/L (ppm) en el punto de entrega (hasta 1.0 mg/L durante brotes de origen hídrico).
Número de letrinas/persona	Proporción entre el número total de sanitarios/letrinas operativos y accesibles y la población total albergada.	Máximo 1 letrina por cada 2 (1: 20).

Indicador	Definición Operativa / Fórmula	Meta Recomendada
Número de duchas/persona	Proporción entre el número total de duchas operativas y con privacidad y la población total albergada.	Mínimo 1 ducha por cada 1 (1: 15).
Litros de alcohol glicerinado/albergue	Volumen total de solución hidroalcohólica ($\geq 60\%$) distribuido y reabastecido semanal o mensualmente según el número de estaciones de higiene activa.	Disponibilidad continua sin desabastecimiento o (100% de estaciones reabastecidas diariamente).
Disponibilidad de jabón	Cantidad promedio de jabón entregada por persona al mes para higiene personal y lavado de ropa.	≥ 250 g/persona/mes para uso corporal y ≥ 200 g/persona/mes para ropa.
Tiempo de espera en puntos de agua	Tiempo total transcurrido en la fila desde que la persona llega al punto de agua hasta que termina de llenar sus recipientes.	Máximo 30 minutos.
Número de casos detectados por tamizaje diario	Conteo acumulado diario de residentes o personal sintomáticos identificados durante la búsqueda activa de casos (SRA, EDA, Febriles).	Seguimiento diario (100% de la población evaluada diariamente) con reporte en < 24 horas.
Tiempo entre identificación y aislamiento	Horas o minutos transcurridos desde que se detecta a una persona sintomática en el tamizaje hasta su reubicación en la zona de aislamiento.	Inmediato (< 2 horas desde la detección).

Indicador	Definición Operativa / Fórmula	Meta Recomendada
Cobertura de vacunación	Porcentaje de la población priorizada (o contactos estrechos) con esquema de vacunación al día o inmunizada tras el ingreso.	≥ 95% para esquemas prioritarios
Número de visitas de vigilancia epidemiológica	Frecuencia de supervisiones técnicas o auditorías de salud pública e infectología realizadas in situ en el albergue.	Mínimo 1 visita diaria en fase aguda / brote y semanal en fase de mantenimiento.

La Junta Directiva de los Capítulos Eje Cafetero y Suroccidente de la Asociación Colombiana de Infectología-ACIN actualizará estas recomendaciones de acuerdo con la evolución clínica, sanitaria y epidemiológica de la emergencia.

**Junta Directiva
Capítulos Eje Cafetero y Suroccidente
Asociación Colombiana de Infectología – ACIN**

Este documento constituye una orientación técnica de la Junta Directiva de los Capítulos Eje Cafetero y Suroccidente de la Asociación Colombiana de Infectología y no sustituye la valoración clínica individual ni los protocolos institucionales aplicables

Estas recomendaciones complementan, pero no sustituyen, los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y las autoridades sanitarias territoriales. Su aplicación debe adaptarse a la condición clínica de cada persona, los recursos disponibles y los lineamientos nacionales, territoriales e institucionales vigentes.

Bibliografía

1. Sphere Association. *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*. 4th ed. Geneva: Sphere Association; 2018.
2. Ergönül Ö, Keske Ş, Ksinzik A, et al. The Challenges in the Monitoring of Infectious Diseases After the Earthquake in Türkiye in 2023. *Lancet Infect Dis*. 2023;23(11):e482-e488.
3. Ridpath AD, Bregman B, Jones L, et al. Challenges to Implementing Communicable Disease Surveillance in New York City Evacuation Shelters After Hurricane Sandy. *Public Health Rep*. 2015;130(1):48-53.

4. Karmarkar E, Jain S, Higa J, et al. Outbreak of Norovirus Illness Among Wildfire Evacuation Shelter Populations. *MMWR*. 2020;69(20):613-617.
5. Baggett TP, Scott JA, Le MH, et al. Clinical Outcomes and Cost-effectiveness of Strategies for Sheltered Homelessness During COVID-19. *JAMA Netw Open*. 2020;3(12):e2028195.
6. Self JL, Montgomery MP, Toews KA, et al. Shelter Characteristics and Infection Prevention Practices. *Am J Public Health*. 2021;111(5):854-859.
7. Patrick R, Lee K, Kuan M, et al. Norovirus, COVID-19, and Influenza Outbreaks at Eaton Shelter. *MMWR*. 2026;75(26):337-342.
8. Chapman LAC, Kushel M, Cox SN, et al. Infection Control Strategies in Homeless Shelters. *BMC Med*. 2021;19(1):116.
9. WHO. *Guidelines for Drinking-water Quality*. 4th ed. Geneva: WHO; 2017.
10. UNICEF. *WASH in Emergencies Technical Guidelines*. New York: UNICEF; 2019.
11. CDC. *Environmental Health Disaster Shelter Assessment Guide y Emergency Shelters in Disaster Response: Operational Considerations*. CDC; 2024.
12. Lantagne D, Person B, Smith N, Mayer A, Preston K, Blanton E, Jellison K. Emergency water treatment with bleach in the United States: the need to revise EPA recommendations. *Environ Sci Technol*. 2014 May 6;48(9):5093-100. doi: 10.1021/es405357y. Epub 2014 Apr 8. PMID: 24684410.
13. Connelly CR, Gerding JA, Jennings SM, et al. Continuation of Mosquito Surveillance and Control During Public Health Emergencies and Natural Disasters. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(28):938-940. doi:10.15585/mmwr.mm6928a6.
14. Messenger LA, Furnival-Adams J, Chan K, et al. Vector Control for Malaria Prevention During Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Lancet Glob Health*. 2023;11(4):e534-e545. doi:10.1016/S2214-109X(23)00044-X.
15. Chan EYY, Sham TST, Shahzada TS, et al. Narrative Review on Health-Edrm Primary Prevention Measures for Vector-Borne Diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):E5981. doi:10.3390/ijerph17165981.
16. Garsow AV, Campbell E, Closs G, Kowalczyk BB. Food Safety Challenges in Refugee Camps: What Do We Know? *J Food Prot*. 2021 May 1;84(5):876-884. doi: 10.4315/JFP-20-316. PMID: 33411925.
17. Shane AL, Mody RK, Crump JA, Tarr PI, Steiner TS, Kotloff K, Langley JM, Wanke C, Warren CA, Cheng AC, Cantey J, Pickering LK. 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. *Clin Infect Dis*. 2017 Nov 29;65(12):e45-e80. doi: 10.1093/cid/cix669. PMID: 29053792; PMCID: PMC5850553.
18. Instituto Nacional de Salud (INS). Lineamientos para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública; 2026.
19. Instituto Nacional de Salud (INS). Manual de investigación de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos-ETA. Bogotá D.C.: Instituto

Nacional de Salud, Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata; 2023.

20. Instituto Nacional de Salud (INS). Protocolo de vigilancia en salud pública: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y brotes nosocomiales. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2024.
21. Instituto Nacional de Salud (INS). Manual del estudiante: Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (FETP Colombia). Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2022.
22. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Módulos de Principios de epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). Unidad 5: Investigación epidemiológica de campo: aplicación al estudio de brotes. 2a ed. revisada. Washington, D.C.: OPS; 2011.