

# Ruta de manejo del adulto mayor con sospecha de infección por SARS CoV-2/COVID-19 en centros de protección de larga estancia para adultos mayores en el departamento del Valle del Cauca - Colombia

Wikler Bernal Torres<sup>1</sup>  
Diego Andrés Pérez Marmolejo<sup>1</sup>  
Brenda Gómez Gonzalez<sup>2</sup>  
Ximena Castro-Flórez<sup>3</sup>  
Leidy Aristizábal Gómez<sup>4</sup>  
José Mauricio Ocampo Chaparro<sup>5</sup>  
María Teresa Calzada<sup>6</sup>

## Artículo original



Fecha de recepción: 19 de junio de 2020 • Fecha de aceptación: 01 de agosto de 2020

Torres W, et al. Ruta de manejo del adulto mayor con sospecha de infección por SARS CoV-2/COVID-19 en centros de protección de larga estancia para adultos mayores en el departamento del Valle del Cauca - Colombia. Revista ACGG. 2020; 34 (1):51-66.

## Resumen

La pandemia actual por COVID-19 supone un riesgo en grupos vulnerables, entre ellos, los adultos mayores, quienes presentan manifestaciones atípicas, complicaciones durante la infección por SARS CoV-2 y mayor mortalidad. Dentro de este grupo quienes residen en centros de protección de larga estancia tienen no sólo condiciones de vulnerabilidad biológica sino además psicosocial. La presente revisión toma en cuenta las características diferenciales de esta pobla-

<sup>1</sup> Residente de tercer año de Medicina Interna. Universidad Libre seccional Cali, Colombia. wiklerenet@hotmail.com, diegoa-perez@unilibre.edu.co

<sup>2</sup> Residente segundo año de especialización en Geriátría. Departamento de Medicina Familiar. Universidad del Valle. Colombia. brenda.gomez@correounivalle.edu.co

<sup>3</sup> Médico, Universidad Santiago de Cali; Especialista en Medicina Familiar, Universidad del Valle; Estudiante Doctorado en Ciencias Biomédicas, Universidad del Valle, Facultad de Salud. Universidad del Valle, Cali, Colombia. ximena.castro@correounivalle.edu.co

<sup>4</sup> Médico internista y geriatra. Universidad de caldas; experto universitario en cuidados paliativos, Universidad de la Rioja, Facultad de salud; profesor especialización medicina interna Universidad Libre, Cali - Colombia. leidy.aristizabal@unilibre.edu.co

<sup>5</sup> Médico Familiar y Geriatra; magíster en Epidemiología y Gerontología social, Departamento de Medicina Interna. Grupo Interinstitucional de Medicina Interna (GIMI 1), Universidad Libre, Cali, Colombia; Departamento de Medicina Familiar, Universidad del Valle, Cali, Colombia. jose.m.ocampo@correounivalle.edu.co

<sup>6</sup> Odontóloga, especialista en Gerontología, Universidad del Valle; Magíster en Gerontología, envejecimiento y vejez, Universidad de Caldas; Grupo de investigación Gerontología y Geriátría. Universidad del Valle, Cali, Colombia. maria.t.calzada@correounivalle.edu.co

ción y su contexto e incluye medidas de tamización y prevención de la enfermedad para los residentes y el personal que labora en estos centros, como la identificación y caracterización de los casos probables de COVID-19 para la determinación del manejo requerido de la infección, incluyendo aquellos que requieren atención paliativa. Estas actividades permiten, además de implementar estrategias diferenciales de atención, la adopción de rutas de remisión y contraremisión acordes con las necesidades de protección de esta población vulnerable.

**Palabras clave:** adulto mayor; infecciones por coronavirus, hogares para ancianos; vías clínicas.

## Introducción

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) confirmó la pandemia por SARS CoV-2 originada en Wuhan (China), ha tenido un crecimiento rápido que ha dejado más de siete millones de contagiados en el mundo, considerándose un serio problema de salud pública (1, 2). Se ha denominado COVID-19 a la enfermedad infecciosa causada por este nuevo coronavirus, el cual presenta manifestaciones clínicas y un grado de severidad variable de acuerdo con el grado de susceptibilidad del huésped, sus comorbilidades y su edad (3).

Dado que la población con mayor riesgo de complicaciones y mortalidad son los adultos mayores (AM) de 60 años y en este grupo aquellos con mayor probabilidad a ser infectados son los institucionalizados en hogares de larga estancia, las condiciones de hacinamiento y la alta prevalencia de trastornos neurocognitivos que les impide acatar las recomendaciones para prevenir el contagio, como el uso adecuado de mascarilla respiratoria, el lavado constante de manos, incluso mantener una distancia de al menos dos metros con los demás habitantes de los hogares, se convierte en una tarea difícil de cumplir (3, 4). Pretendemos durante esta revisión brindar una guía que permita direccionar y orientar las medidas que deben adoptar los centros de protección de larga estancia en todo el territorio nacional, de tal manera que se logre impactar de manera favorable en la preparación, mitigación y contención de un potencial brote de la enfermedad a nivel institucional. Ello representa un tema de alto interés gubernamental, económico, social y humanitario.

Los centros de protección de larga estancia para AM en nuestro país presentan diferentes

condiciones de infraestructura, recursos tecnológicos, humanos y económicos, por tal razón, las pautas descritas a través de esta guía son adaptables a cada institución para ser implementadas de acuerdo con la capacidad de cada centro asistencial.

## Definiciones

Las definiciones operativas de caso están sujetas a cambios y serán actualizadas de acuerdo con la dinámica del evento en el territorio nacional. Invitamos al lector a revisar las definiciones actualizadas por el Instituto nacional de salud (INS) (5).

El INS desarrolló cinco *definiciones operativas de caso*, que están identificadas por sus respectivos códigos de notificación, de tal manera que las definiciones de caso 1 (Cód. 348) y 2 (Cód. 346) estarán vigentes por el periodo de transición de apertura de la cuarentena. Progresivamente, ante la disponibilidad de pruebas antigénicas y de anticuerpos, se utilizarán las otras 3 definiciones (muerte por caso confirmado (Cód. 348), (Cód. 345) y asintomáticos) (5).

Cabe destacar la importancia de familiarizarse con la descripción de contacto estrecho, el cual puede ser comunitario, en el transporte o del personal de salud. Dado que la guía va orientada a instituciones que prestan servicios de salud, se considera de vital importancia citarla a continuación.

Contacto estrecho del personal de la salud se refiere a:

- Trabajador de la salud que no utilizó respirador de alta eficiencia N95 o superior durante la atención del caso

confirmado de COVID-19 en procedimientos que generan aerosoles (por ejemplo: reanimación cardiopulmonar, intubación orotraqueal, terapia con nebulizador, aspiración de traqueostomía, procedimientos que estimulan el reflejo de la tos, cambio de sonda de gastrostomía de 3 vías, inserción de sondas naso u orogástricas).

- Trabajador del ámbito hospitalario que realizó atención clínica (examen físico, obtención de muestras, aspirado de secreciones, etc.) o atención al usuario (personal administrativo) a pacientes confirmados de COVID-19 y que no usó los elementos de protección personal completos y adecuadamente.

Las exposiciones del personal sanitario también incluyen contacto a menos de dos metros por más de 15 minutos con un caso de COVID-19 o contacto con material potencialmente infeccioso de COVID-19 y no usó de los elementos de protección personal completos y adecuadamente (5).

Ejemplos de exposición no protegida: sin todos los elementos de protección personal (guantes, gorro, tapabocas, monogafas o pantalla facial completa, bata manga larga anti fluido) a secreciones respiratorias de caso confirmado para COVID-19 o inadecuada higiene de manos posterior al contacto directo con secreciones respiratorias de caso confirmado para COVID-19.

## **Población con mayor riesgo de complicaciones y mortalidad**

Los AM y en este grupo aquellos con mayor susceptibilidad son los AM institucionaliza-

dos en hogares de larga estancia, así como los individuos con multimorbilidad tales como, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, historia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, diabetes mellitus, enfermedad renal o hepática crónica, la obesidad, los fumadores activos o aquellos con algún grado de inmunosupresión (3).

Por otro lado, la condición de fragilidad es un estado de alta vulnerabilidad para desarrollar desenlaces adversos en salud como muerte, hospitalización y discapacidad, entre otras, en AM (6). La alta prevalencia de fragilidad en personas AM y su asociación con muerte en quienes presentan COVID-19 se pudo establecer en un estudio multicéntrico observacional de cohorte realizado en Europa, en el que se evaluó la fragilidad que incluyó 1564 pacientes con una media de edad de 74 años. Los pacientes se clasificaron con la escala clínica de fragilidad (CFS) comparando CFS 1-2, los Hazard Ratio (HR) para admisión hospitalaria 1,55 en CFS 3-4; 1,83 en CFS 5-6; 2,39 CFS 7-9 y mortalidad a los 7 días 1,22 en CFS 3-4; 1,62 en CFS 5-6; 3,12 para CFS 7-9 (6).

Los AM y quienes tienen grandes síndromes geriátricos establecidos son también uno de los grupos más vulnerables, lo cual puede estar influenciado por el proceso de envejecimiento fisiológico, la inmunosenescencia e inflamm-aging (7,8). Adicionalmente, un grupo con características particulares son aquellos AM con trastorno neurocognitivo mayor (TNCM), dado que presentan dificultades para recordar o cumplir las instrucciones de uso de mascarilla respiratoria, lavado de manos e higiene respiratoria. Así mismo, este grupo poblacional puede no reconocer y tener menor capacidad de informar sus síntomas, no respetar el distanciamiento físico, por

lo cual resulta un reto adicional en la atención a este grupo (9).

## Manifestaciones clínicas y reconocimiento síntomas por SARS CoV-2 en el adulto mayor

Las manifestaciones de infección por SARS CoV-2/COVID-19 pueden ser variables. En el AM se presenta mayor exacerbación o descompensación de sus enfermedades crónicas base, síntomas atípicos o alteraciones a nivel cognitivo, estas características hacen de esta, una enfermedad grave con complicaciones potencialmente mortales (3,7). En esta población, la presentación clínica del COVID-19 es

variable, no presentan fiebre incluso en infecciones graves, lo que puede ser un factor confundidor en el diagnóstico de esta población y, por lo tanto, no se debe excluir ante la ausencia de esta (10).

Los síntomas atípicos pueden ser más prevalentes en esta población y pueden manifestarse como diarrea, caídas, delirium o declinación funcional y en algunos casos se pueden enmascarar los síntomas por la presencia de comorbilidades o uso de medicamentos de base (11). En los casos más severos, puede producir neumonía, complicarse con un síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y generar choque distributivo, cardiogénico o mixto (Figura 1) (12).

Signos y síntomas de covid-19 en personas mayores que viven en centros de protección de larga estancia					
Signos típicos en la población general			Signos atípicos en adultos mayores		
<b>Fiebre</b> Temperatura > 38°C	<b>Tos</b> De nueva aparición o cambios en tos conocida	<b>Disnea</b> Percepción de ahogo y/o cambios en la saturación	• Debilidad	• Vómito	• Desorientación
			• Caídas	• Diarrea	• Somnolencia
				• Pérdida del apetito	• Lesiones cutáneas

**Figura 1.** Manifestaciones clínicas en adultos mayores que residen en centros de protección de larga estancia. Modificado de: Grupo de investigación en la cronicidad de Catalunya central (c3rg) 2020.

Lo más preocupante es el número de pacientes asintomáticos a los que se les ha realizado prueba de identificación RT-PCR para SARS CoV-2 que, al ser positiva, desarrollan síntomas hasta 4 días después de la misma, incluso un porcentaje no despreciable no los presentan. Lo anterior, asociado con la demostrada transmisión en fases presintomáticas, hace muy vulnerable a los centros de atención de larga estancia a un brote nosocomial difícil de contener (13,14).

## Preparación, contención y mitigación en los centros de protección de larga estancia para adultos mayores ante el riesgo inminente de introducción del SARS CoV-2

Pese a tener un aislamiento preventivo obligatorio para todas los AM, ordenado por la resolución 470 del 2020 (15), hasta el mes

de junio del 2020 en Colombia se tenían registrados el 15% de los casos en la población mayor o igual a 60 años (16). Aún se desconoce el estado real de los centros vida, centros día y centros de protección de larga estancia para AM en el territorio nacional, lo cual motiva a tener como primera herramienta de abordaje prevenir la infección de los AM, dado que son la población más susceptible de complicaciones.

Por todo lo anterior, y ante la inminente introducción del SARS CoV-2 en los centros de protección, se propone en esta ruta dividir en 2 etapas de respuesta de cada centro asistencial, sin desconocer qué parte fundamental de la implementación de estas estrategias comprende la vinculación de los organismos gubernamentales y no gubernamentales de la región.

## 1. Fase de preparación

Está dirigida para que el centro de protección de larga estancia adopte las medidas para prevenir la infección por COVID-19, de modo que se regulan actividades de los AM, se limita el ingreso de personas diferentes al personal prestador de los servicios a menos de que exista una urgencia o que se encuentre alguno de los residentes en final de vida, garantizando el uso adecuado de los elementos de protección personal (EPP).

En caso de que un AM presente síntomas típicos o atípicos considerados de alarma, deben seguir las recomendaciones de paciente con COVID-19 sospechoso para proteger a los otros residentes del centro, adicionalmente, contactar telefónicamente a las secretarías departamentales, distritales o municipales de salud e IPS para reportar el caso y priorizar la

atención psicosocial de la población residente (17).

Como estrategia para la atención óptima de los residentes en caso de brote y evitar la exclusión de enfoque diagnóstico y terapéutico solo por edad, consideramos la caracterización de los AM residentes. Para ello, es importante conocer la población de acuerdo con variables demográficas, comorbilidades y estado funcional, lo cual permitirá guiar y definir la mejor opción individualizada de diagnóstico y tratamiento.

Para la caracterización de la población de AM, se requiere de la realización de tres instrumentos: aplicación de la escala clínica de fragilidad (CFS), escala NECPAL y definir las voluntades anticipadas. Para la evaluación de la fragilidad, se plantea la aplicación de la escala de fragilidad (CFS), la cual es una forma de evaluar la funcionalidad física de un AM, determinando el estado general de salud después de haber sido evaluado por un experto clínico. En la escala se puede encontrar una puntuación de 1-3, en el que el paciente se considera fenotipo “fit o robusto”, 4 “prefrágil”, 5 “levemente frágil”, 6 “frágil moderado”, 7 “frágil severo”, 8 “frágil muy severo” y 9 “enfermo terminal”.

El criterio NECPAL es instrumento que identifica varios parámetros con valor pronóstico para la identificación oportuna de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidad de cuidados paliativos. Es una herramienta clínica y factible en la toma de decisiones clínicas. La identificación de parámetros según la enfermedad, la severidad, estado de fragilidad y estado específico de progresión según patología permite identificar pacientes candidatos a cuidado paliativo (18-20).

Los criterios NEWS y su versión actualizada NEWS2, son un sistema de puntuación sencillo de realizar por el personal de salud en el cual se asigna un puntaje a las mediciones fisiológicas que se pueden tomar de forma rápida en el servicio de urgencias y en este caso en el centro de protección de larga estancia, entre las cuales se incluyen: frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial sistólica, frecuencia del pulso nivel de conciencia o la presencia de confusión y la

temperatura. A cada una de estas variables se le asigna un punto y si el paciente requiere oxígeno suplementario para mantener una saturación dentro de límites normales, se le agregan 2 puntos más. La puntuación se realiza de 0 puntos paciente con bajo riesgo o >7 paciente con alto riesgo y que según esta se podrá definir cuál es la gravedad en las condiciones en las que se encuentra el paciente y nos indica el nivel de atención donde debe ser manejado (Figura 2) (21).

Clasificación NEWS2	Riesgo clínico	Respuesta clínica
0	Bajo	Continuar cuidados de enfermería. Signos vitales cada 12 horas.
1-4	Bajo	Continuar cuidados de enfermería. Signos vitales cada 4-6 horas.
3 en cualquier parámetro	Bajo - medio	Respuesta urgente en piso o sala* Signos vitales cada hora
5-6	Medio	Respuesta urgente en piso o sala* Signos vitales cada hora
7 o más	Alto	Respuesta emergente** Monitoreo continuo de signos vitales

\*Respuesta por médico o equipo capacitado para atender pacientes con deterioro agudo.

\*\* El equipo de respuesta rápida debe estar capacitado para el manejo crítico, incluyendo manejo de vía aérea.

**Figura 2.** Puntuación de Score NEWS. Adaptado de: Royal College of Physicians (21).

Se recomienda que la caracterización de los AM de los centros sea realizada por un médico especialista (geriatra, internista o médico familiar) a través del modelo de la teleconsulta con el fin de establecer una ruta de atención según la condición del paciente y en los casos que sea necesario una exploración más detallada de forma presencial mediante una valoración geriátrica integral.

Una de las mayores preocupaciones es el espacio de la planta física de los centros, por esta razón, en la medida de sus posibilidades, se deben adoptar áreas de acuerdo con el riesgo de exposición de sus residentes y, si es necesario, disponer de áreas limpias (libres de casos sospechosos o infección por COVID-19), una zona roja para pacientes con sospecha de COVID-19 el cual sería un espacio de transición

para toma de muestras, o mientras se define un traslado hacia otra institución (Figura 3).

Determinar la vulnerabilidad del centro asistencial a tener la introducción del SARS CoV-2 en plena fase nacional de mitigación es complejo y deben asumir que el riesgo es alto e

inminente, de esta manera, sus estrategias deben ir orientadas a mitigar los riesgos que pueden controlar, haciendo énfasis en la identificación oportuna a través de la tamización con RT-PCR de infección en el personal de salud como una de las fuentes de contagio descritas (22).



1. Restringir visitas / Solo personal esencial / Verificar vacunación.
2. Uso permanente de mascarilla / Higiene de manos cada 3 horas.
3. Señalice los pasillos de circulación y de sillas habilitadas.
4. Activiades de alimentación, rehabilitación y ocio escalonadas.
5. Uso de las Tic's.
6. Educación en uso de elementos de protección personal.
7. Seguir lineamientos de la guía del ministerio.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/List/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/asif13-adulto-mayor.covid-19.pdf>

**Figura 3.** Actividades de la fase de contención.

**Fuente:** elaboración propia



## 2. Fase de contención y mitigación

Esta fase será activada en el momento que se presente un caso sospechoso de infección por SARS CoV-2/COVID 19 y cumpla los criterios de caso determinados por el INS, el AM afectado será trasladado a la zona dis-

puesta de aislamiento y el centro de protección será puesto en cuarentena mientras se activa la ruta de remisión según su estado y valoración previa de la caracterización por médico especialista, con el fin de establecer prioridad y nivel de atención requerido (Figura 4) (23).

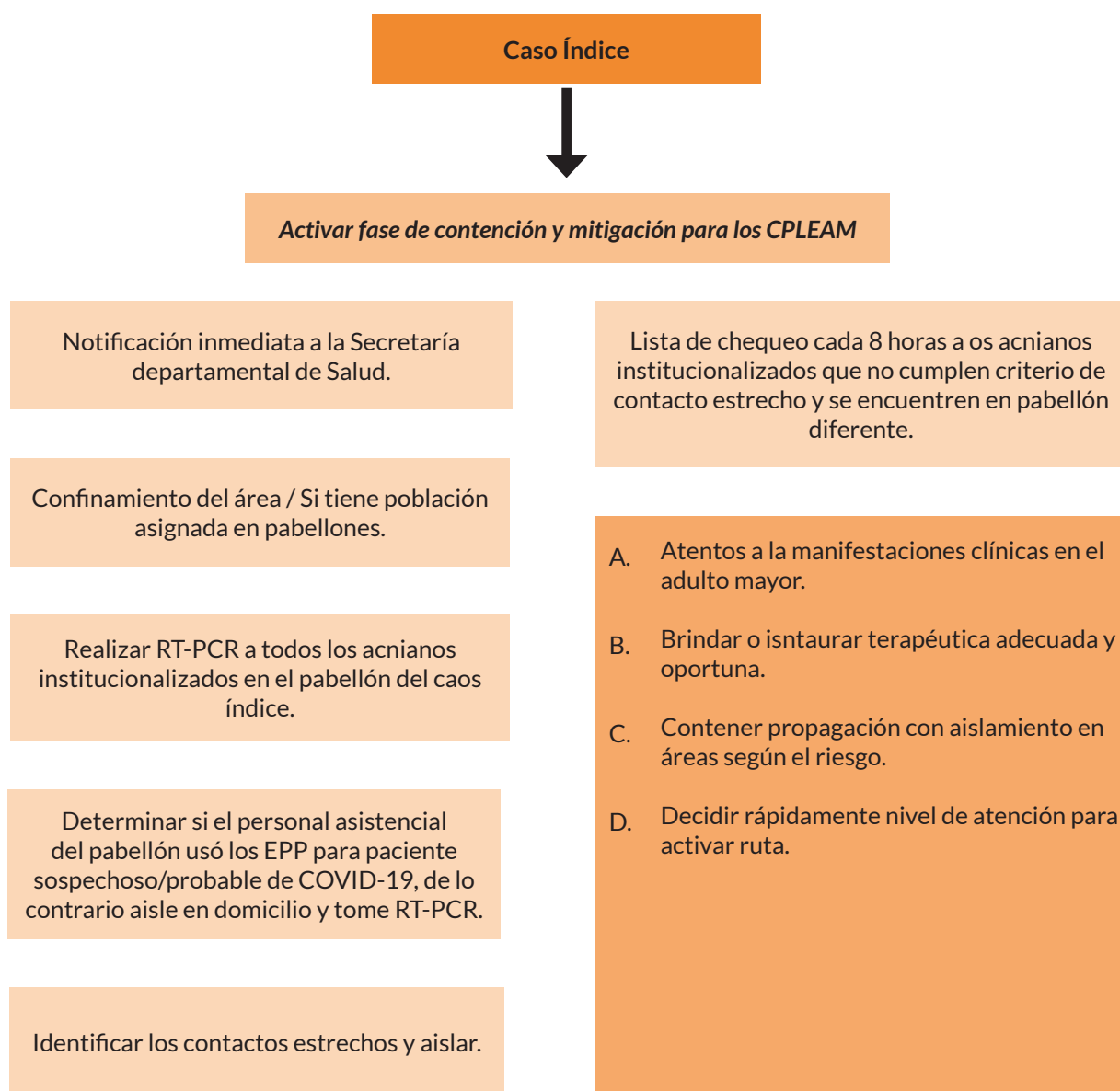


Figura 4. Fase de contención y mitigación.

Fuente: elaboración propia

Se debe implementar por parte del personal que se encuentra en los centros de protección todas las medidas de bioseguridad, disposición y manejo seguro de los residuos determinados en las guías del ministerio de salud (24).

Se sugiere no emplear mascarilla en el AM que presente discapacidad cognitiva, en quienes no puedan garantizarse la comprensión de las instrucciones para su uso correcto de forma ininterrumpida, AM con estado de conciencia disminuido, con dificultad para respirar como condición pulmonar basal y en el que el uso de la mascarilla suponga una barrera para la ventilación normal o cualquiera otra situación donde no pueda retirarse sin ayuda de otra persona (25). Esta recomendación toma en cuenta la necesidad de aislamiento social, el riesgo de contaminación cruzada cuando no puede mantenerse de forma correcta la mascarilla y la necesidad de que el paciente tenga capacidad intrínseca de defender su vía aérea.

### **Ruta de remisión para centros de protección de larga estancia**

La propuesta es iniciar una ruta clara de remisión según la evaluación individual de los

pacientes, de acuerdo con la caracterización previamente realizada y en caso de no tenerla cuando el paciente sea notificado al centro regulador de urgencias. Debe tomarse en cuenta la escala clínica de fragilidad (CFS), criterios NECPAL y si existen o no voluntades anticipadas.

Los AM que tengan una directriz de manejo médico invasivo (CFS 1-4, sin voluntades anticipadas de no reanimación o intubación; CFS 5 sin criterios NCEPAL (19), sin voluntades anticipadas de no reanimación o intubación) y según la severidad de síntomas según escala NEWS (26) se deben priorizar el ingreso a una institución hospitalaria con disponibilidad de cuidado intensivo, esto permite no retardar el ingreso a UCI dada la mayor mortalidad observada en este grupo poblacional.

Los AM CFS 1-4 con voluntades anticipadas, CFS 5 con criterios NCEPAL positivos o CFS 6 y según la severidad de síntomas según la clasificación de NEWS pueden ser remitido a una institución de manejo no invasivo dispuesto por la red hospitalaria de salud y sus respectivas aseguradoras (Figura 5) (18,19,26).

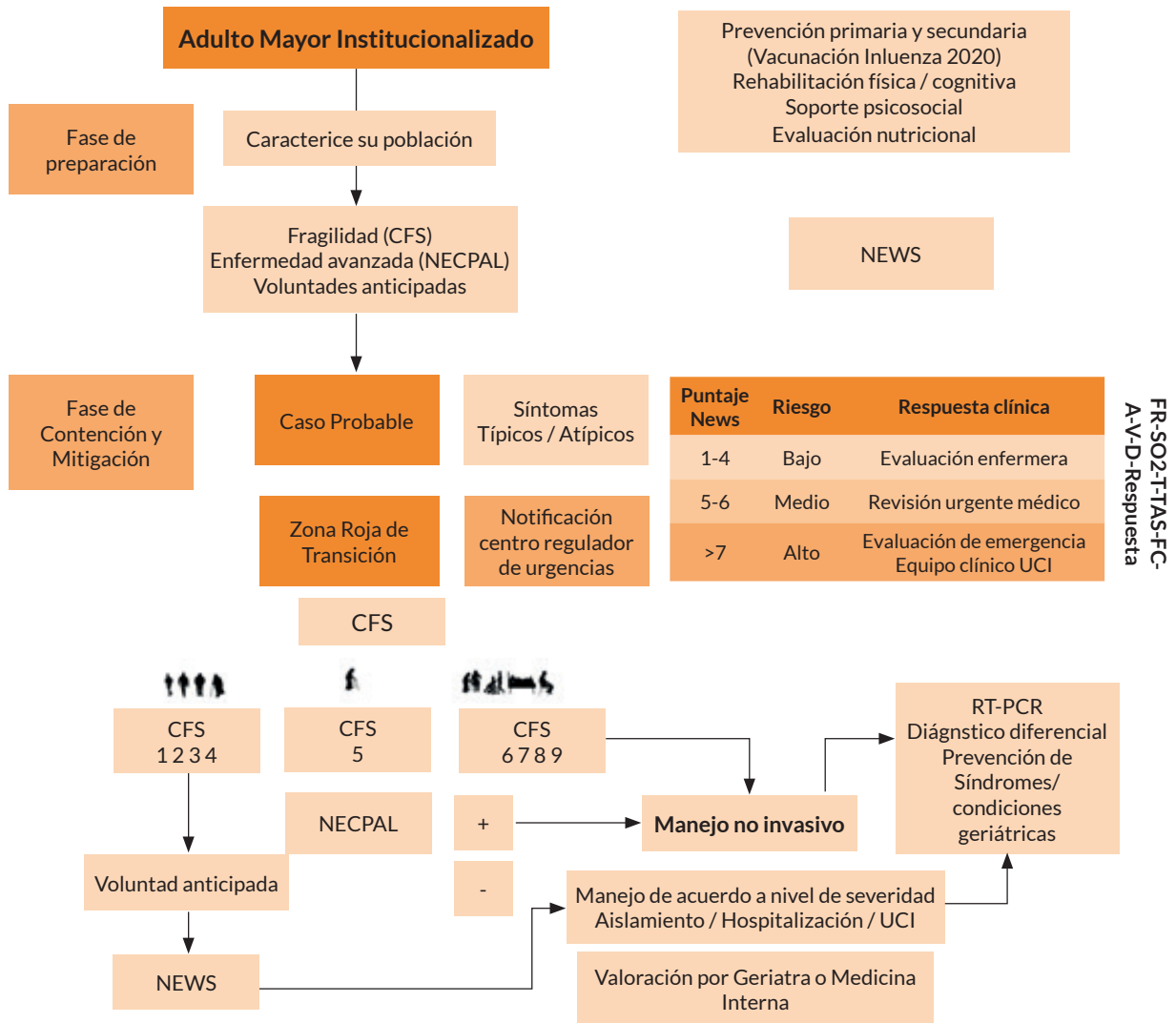


Figura 3. Actividades de la fase de contención.  
Fuente: elaboración propia

### Ruta de contrarremisión para centros de protección de larga estancia

#### Atención del AM caso confirmado por COVID-19 para completar aislamiento preventivo por 21 días

El AM que según criterio médico hospitalario pueda ser manejado de forma extrahospita-

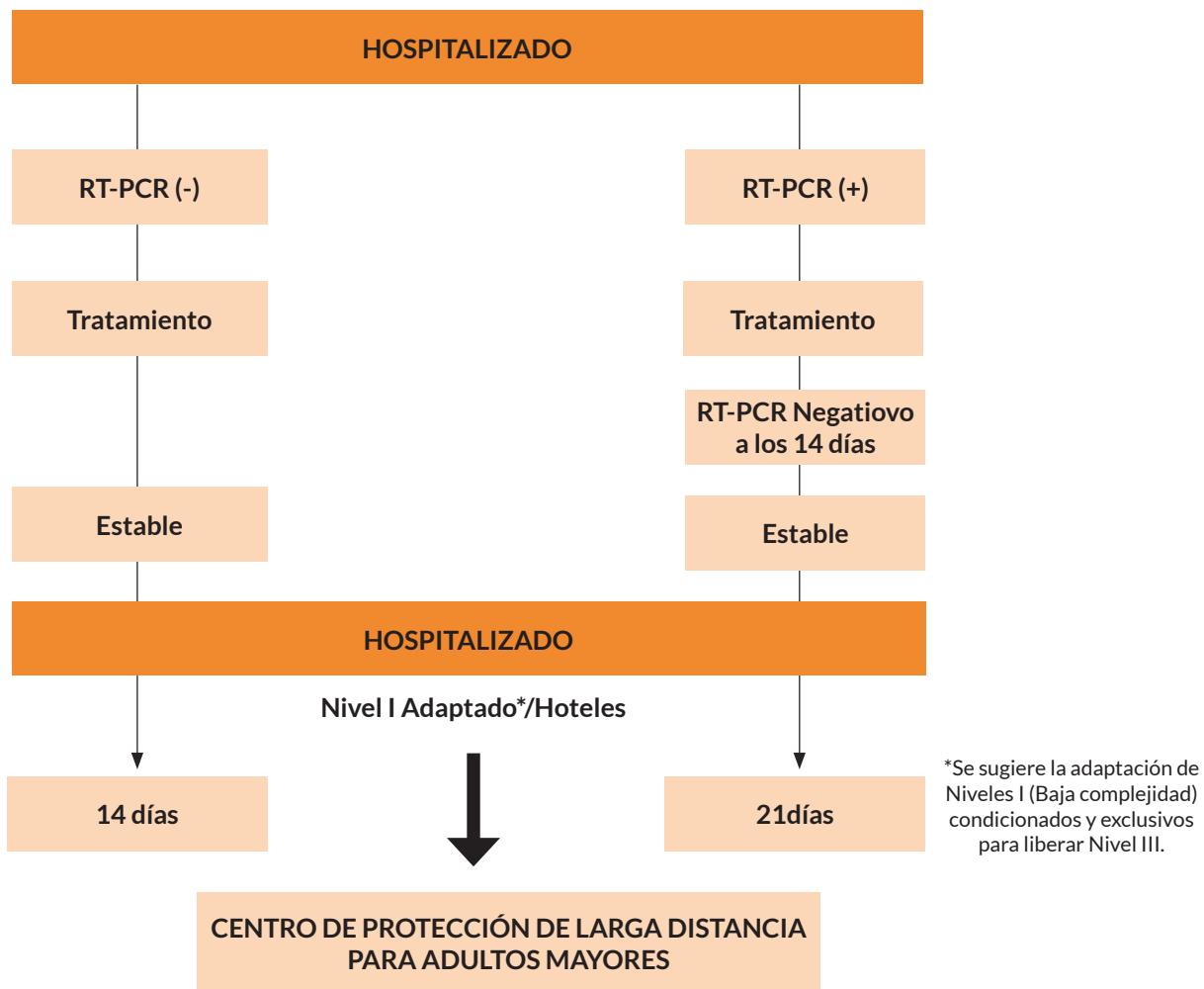
ria con el fin de evitar contagio al resto de residentes debe guardar un aislamiento preventivo de 21 días desde la toma de la prueba positiva y contar con una prueba de control RT-PCR que sea negativa a los 14 días. Para este fin, se requiere de un espacio adaptado, ya sea un nivel I de atención u hoteles, lo cual debe ser coordinado entre la aseguradora del paciente, involucrar recursos familiares en caso

de que sea posible y activar los prestadores de atención domiciliaria, según las necesidades de cada uno y del centro de referencia (27-29).

**Atención del AM caso descartado, quien estuvo en contacto con pacientes confirmados o sospechosos y requiere regresar al centro de protección social**

El AM que fue remitido por sospecha de COVID-19, pero a quien se le descarta la

infección y estuvo en sala hospitalaria de atención de pacientes con infección o sospecha de COVID-19 y requiera ser trasladado al centro de protección dado el riesgo de transmisión nosocomial cruzada el AM debe cumplir 14 días de aislamiento para observación clínica previo al ingreso al centro de protección de larga estancia. Para este fin, se requiere de un espacio adaptado ya sea un nivel I de atención u hoteles (Figura 6).



**Figura 6.** Contraremisión del paciente hospitalizado con sospecha o confirmación de infección por COVID-19. Fuente: elaboración propia.

## Conclusión

El impacto de la infección por COVID-19 en los centros de protección de larga estancia para AM a nivel mundial han llevado a gran mortalidad de esta población, debido a una falta de consenso, reconocimiento de las manifestaciones atípicas y directrices claras para la preparación, contención y mitigación en estos países, lo cual ha motivado la propuesta de una ruta de atención diferenciada no solo por edad cronológica sino por edad biológica, teniendo en cuenta los principios éticos como autonomía y la importancia de la planificación anticipada de la atención.

La caracterización de AM residentes en centros de protección de larga estancia permite la aten-

ción óptima en caso de brote y, por ende, contagio masivo. De igual manera, evita la exclusión de los pacientes en el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, al considerar falsamente que la edad es un limitante de la atención.

Esta clasificación permite direccionar el AM a un tratamiento individualizado según los requerimientos clínicos, bien sea de tipo invasivo o no invasivo, el retorno a los centros de protección una vez haya resuelto la enfermedad con la utilización adecuada de los recursos en salud en asocio con las entidades gubernamentales y no gubernamentales.

La Figura 7 resume las consideraciones del contexto y de los AM residentes en centros de protección de larga estancia.



Figura 7. Determinantes del riesgo en los centros de protección de larga estancia para adultos mayores. Fuente: elaboración propia.

## Agradecimientos

Por el apoyo a

- Universidad Libre - Facultad de Salud, Programa de Especialización de Medicina Interna. Seccional Cali, Colombia
- Universidad del Valle, Facultad de Salud, Programa de Especialización de Geriátrica. Cali - Colombia.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali. Grupo de salud pública y vigilancia epidemiológica.

## Referencias

1. He F, Deng Y, Li W. Coronavirus disease 2019: What we know? *J Med Virol*. 2020;(March):719–25.
2. Zhou P, Yang X Lou, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* [Internet]. 2020;579(7798):270–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>
3. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497–506.
4. Facility C, Mcmichael TM, Ph D, Currie DW, Ph D, Clark S, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. 2020;1–7.
5. Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la covid- 19. 2020;1–39.
6. Hewitt J, Carter B, Vilches-Moraga A, Quinn TJ, Braude P, Verduri A, et al. The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2020;0(0):1–8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266720301468>
7. Outcomes M. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. 2020;323(11):1061–9.
8. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;323(11):1061–9.
9. Ministerio de salud Argentina. Recomendaciones para la prevención y abordaje de COVID-19 en residencias de personas mayores [Internet]. Ministerio de salud Argentina. 2020. p. 1–6. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/cuidarnos>
10. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10224):565–74. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8)
11. Norman RE, Stall NM, Sinha SK. Typically Atypical: COVID -19 Presenting as a Fall in an Older Adult . *J Am Geriatr Soc*. 2020;1–2.
12. Saavedra Trujillo CH. Resumen: Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/ COVID-19 en establecimientos de atención de la salud - Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. *Infectio*. 2020;24(3).
13. Spicer K, Bardossy AC, Oakley LP, Tanwar S, Dyal JW, Harney J, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. 2020;1–10.
14. Gandhi M, Yokoe DS, Havlir D V. Editorial: Asymptomatic Transmission , the Achilles ' Heel of Current Strategies to Control Covid-19. 2020;1–3.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 470 del 20 de marzo de 2020 [Internet]. 2020. p. 3. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-470-de-2020.pdf>
16. INS. Instituto Nacional de Salud [Internet]. 2020. Available from: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

17. Nieto C. Mayores En Aislamiento Preventivo Frente Al Coronavirus (Covid-19) Ministerio De Salud Y Protección Social. Soc Minist Salud Y Protección. 2020;2:1-17.
18. Chong E, Chia JQ, Law F, Chew J, Chan M, Lim WS. Validating a Standardised Approach in Administration of the Clinical Frailty Scale in Hospitalised Older Adults. Ann Acad Med Singapore. 2019;48(4):115-24.
19. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: Development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. BMJ Support Palliat Care. 2013;3(3):300-8.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2665 de 2018 - Documento de Voluntad Anticipada. 2018.
21. Royal College of Physicians. National Early Warning Score: standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS [Internet]. London; 2017. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news>
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de laboratorio durante la pandemia del SARS-CoV-2 (covid-19) en Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Bogotá, abril de 2020. 2020;2:1-15.
23. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19. 2020.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para el manejo de residuos generados en la atención en salud ante la eventual introducción del virus COVID -19 a Colombia. 2020;1-12.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Considerations for Wearing Cloth Face Coverings [Internet]. CDC. [citado 2020 Jul 16]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/preventgetting-sick/cloth-face-cover-guidance.html>
26. Smith GB, Prytherch DR, Meredith P, Schmidt PE, Featherstone PI. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. Resuscitation [Internet]. 2013;84(4):465-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.12.016>
27. 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. Lancet [Internet]. 2020;395(10229):1054-62. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
28. OPS Organización Panamericana de Salud. Atención inicial de personas con infección respiratoria aguda (IRA) en el contexto de la infección por coronavirus (COVID-19) en establecimientos de salud: evaluar el riesgo, aislar, referir - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Organ Panam la Salud. :Version 1.
29. OPS Organización Panamericana de Salud. Recomendaciones para la Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta a la Pandemia de COVID-19. 2020;1-24.