



INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE

Respuesta global a COVID-19 para proveedores y sistemas de atención médica de emergencia: del Grupo de trabajo de IFEM sobre hacinamiento y bloqueo de acceso a la DE

La enfermedad del coronavirus (COVID-19) fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020. ¹A partir del 25 de marzo de 2020, el virus ha afectado a 169 países con más de 450,000 casos confirmados. y más de 21,000 muertes. ^{1,2,3} Este comunicado de prensa es para confirmar el apoyo del IFEM a los procedimientos que deben promulgarse de inmediato para garantizar la entrega de atención de emergencia oportuna y efectiva, incluyendo la pronta admisión del paciente y proteger la integridad de la atención médica global como lo define la OMS.⁴

1. Medidas inmediatas y agresivas para limitar la transmisión de COVID-19.

- Distanciamiento social (más de 2 metros),
- Las herramientas de detección ⁵deben estar disponibles con instrucciones claras para:
 - Autoaislamiento de individuos sintomáticos
 - Auto cuarentena de individuos expuestos
 - Cuarentena laboral para trabajadores de atención médica de primera línea
- La cancelación de todas las reuniones grandes ('grandes' determinadas por las directrices específicas de la región y los gobiernos locales) ⁶, hasta evitar grupos de más de 2 personas a la vez
- Cierre de lugares no esenciales.
- Cancelación de servicios no esenciales, y
- Fortalecimiento de los laboratorios y los sistemas de salud pública para que las pruebas estén disponibles y se pueda realizar el seguimiento y seguimiento de contactos. En áreas de bajos recursos donde las pruebas no están ampliamente disponibles, enfatizamos que las medidas sociales descritas anteriormente son particularmente importantes.

2. Asegúrese de que los proveedores de primera línea tengan EPP adecuados o alternativas de EPP si se agotan los recursos.

El equipo de protección personal adecuado, que incluye mascararas N 95, mascarillas quirúrgicas, protección para ojos y cara, batas, guantes e instalaciones para la higiene de manos, deben estar disponible para todos los trabajadores de la salud . Estos deben usarse de acuerdo con la guía de la OMS y los médicos deben garantizar la práctica de [las técnicas correctas de colocación y retirada](#) para evitar infracciones no intencionadas del protocolo. El agotamiento del EPP es inevitable en algunas regiones y la necesidad de una conservación inmediata a nivel mundial es esencial, como por ejemplo:



INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE

- Usar una máscara quirúrgica o un respirador N95 durante el mayor tiempo posible durante un turno, cambiando solo si está húmedo, contaminado o se siente que ha degradado la protección
- Usando batas lavables
- Reutilizando formas de PPE que se puedan limpiar de manera segura, por ejemplo, gafas, algunos protectores faciales, etc.
- Limitar el personal que atiende pacientes, y
- Implementando telemedicina donde sea posible.

Además, es esencial involucrar a ingenieros y expertos en diseño de mascarillas / respiradores en enfoques de colaboración para diseñar sistemas de protección que se puedan hacer con recursos locales. No se sabe que el uso actual de un "pañuelo" o "bufanda en la cara" cuando se agotan los recursos sea seguro. Los materiales específicos que pueden filtrar el virus deben identificarse para el reemplazo de la máscara. Estos deben estar disponibles y designarse de manera que puedan usarse fácilmente para proteger a los trabajadores de la salud, mientras esperan el reabastecimiento. Además, debe determinarse el valor de la luz ultravioleta o la tecnología de microondas en los materiales de esterilización para su reutilización.

3. Los médicos vulnerables deben ser protegidos.

Los proveedores de servicios de salud con riesgo de desarrollar enfermedades graves (p. Ej., Mayores de 60 años, comorbilidades subyacentes, inmunodeprimidos) deben tener asignaciones de trabajo que limiten su exposición, incluidas las responsabilidades de telemedicina.⁷

Los departamentos de emergencia deben desarrollar políticas específicas de la institución con respecto a la dotación de personal basada en la demografía de los proveedores de atención de emergencia.

4. Deben protegerse las poblaciones vulnerables de la comunidad.

Los ancianos, las personas con comorbilidades, las personas con problemas de salud mental importantes, los grupos indígenas u otras personas que dependen de otros para recibir apoyo están particularmente en riesgo. Esto incluye a aquellos que viven en hogares de ancianos, viven en viviendas de alta densidad y personas que viven en la calle. Con la identificación temprana de estas personas o instituciones, los voluntarios y las familias de la comunidad local pueden configurar el monitoreo telefónico y los médicos pueden apoyar esto con la telemedicina.

Se pueden realizar visitas en móviles para garantizar que estos grupos tengan suministros básicos adecuados, como alimentos, medicamentos, etc., y que se les envíe una evaluación médica según sea necesario.



INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE

5 . Crear y preservar la capacidad hospitalaria.

En muchos países, incluso con medidas apropiadas de contención, mitigación y supresión, se espera que el aumento de pacientes que requieren hospitalización y cuidados intensivos supere las capacidades actuales. Los países que esperan este aumento deberían prepararse adecuadamente. Esto puede involucrar:

- Cancelar cirugías electivas
- Transferir a todos los pacientes que no requieren hospitalización a atención ambulatoria,
y
- Aumento de la capacidad de camas hospitalarias y de UCI.

Los médicos deben seguir siendo autónomos en la toma de decisiones para el ingreso del paciente, confiando en su juicio, pautas y experiencia.

6. Rediseño funcional inmediato del departamento de emergencias

La Federación Internacional de Medicina de Emergencia reconoce que los sistemas de atención de emergencia en todo el mundo modificarán su capacidad para responder a una oleada de pacientes.^{9 La}

Las preparaciones deben incluir

- Separe las áreas de atención al paciente COVID-19 de alto riesgo y bajo riesgo COVID-19 y el personal donde sea posible, 8
- Establecimiento de líneas directas de telesalud bien apoyadas para desviar a los pacientes de bajo riesgo del servicio de urgencias,
- Pruebas COVID-19 fuera de los hospitales para pacientes preocupados o enfermos leves,
- Evaluación COVID-19 en un área designada cerca o en el hospital con la capacidad de realizar pruebas limitadas, como radiografías de tórax y laboratorios mínimos, con el fin de determinar si es necesario el ingreso,
- Preservar un área en el servicio de urgencias solo para pacientes con COVID-19 sospechosos o conocidos con enfermedades agudas que necesitan reanimación,
- Designar salas de hospitalización COVID-19 y unidades de cuidados intensivos,

Se recomienda, si es posible, el despliegue de recursos (prehospitalarios) como equipos móviles de COVID-19 que pueden establecer centros médicos de atención o brindar atención en



INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE

hogares de ancianos, refugios, etc. y ambulancias para el cuidado de casos de COVID-19. Los equipos prehospitalarios pueden participar en la reducción de los volúmenes de DE a través de estas evaluaciones en el hogar. La comunicación continua entre las profesiones y organizaciones de salud (por ejemplo, entre el hospital y el EMS) es crítica.

Es esencial que en este oleaje no se olvide el cuidado de los pacientes que no tienen COVID-19, ya que pueden convertirse en víctimas no registradas en esta pandemia.

7. Se debe considerar la implementación de TODOS los proveedores de atención médica, incluidos los estudiantes.

Para hacer esto, las organizaciones deben examinar las habilidades de los alumnos y otros proveedores de atención médica y relacionarlas con las tareas de manera adecuada. Por ejemplo,

- Los médicos retirados o en riesgo pueden hacer telemedicina.
- Los estudiantes de medicina, enfermería, paramédicos, etc. pueden apoyar clínicas de baja complejidad, como sitios de prueba o centros de inmunización cuando hay una vacuna disponible.
- Despliegue de voluntarios no médicos para brindar apoyo a los vulnerables en la comunidad, ayudar en hospitales en capacidades apropiadas, o incluso trabajar en problemas técnicos de nivel superior, como desafíos relacionados con la escasez de EPP, etc.

8. Los paliativos c son

Se llamará a los médicos de emergencias para que brinden cuidados paliativos en lugar de intervenciones agudas para pacientes que tienen pocas esperanzas de supervivencia. Esto debe hacerse dentro de un marco ético y de una manera que sea compasiva con el individuo y la familia, al tiempo que protege a los miembros de la familia de la inoculación.

*Finalmente, TODAS las instituciones deben priorizar las necesidades físicas y psicológicas del personal.*¹¹

El IFEM reconoce que COVID-19 afectará a algunos países más que a otros, y la respuesta debe adaptarse en consecuencia. Al evaluar las medidas propuestas aquí, las repercusiones para la salud psicológica de la población, la estabilidad económica y la estabilidad longitudinal no deben pasar sin consideración.¹²⁻¹⁴ Sin embargo, en los países donde existe el riesgo de una propagación significativa, se deben tomar medidas inmediatas descritas aquí para minimizar el impacto de este virus. IFEM puede desempeñar un papel en el intercambio de información y el apoyo entre los médicos internacionales de medicina de emergencia.



INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE

Para cualquier pregunta relacionada con este comunicado de prensa o este tema, comuníquese con Eddy Lang (eddy.lang@albertahealthservices.ca), Kim Hansen (hansenke@gmail.com), Arshia Javidan (arshia.javidan@mail.utoronto.ca) o Laurie Mazurik (lmazurik@gmail.com).

Bibliografía

1. Coronavirus Disease (COVID-19) - events as they happen [Internet]. [cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
2. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center [Internet]. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. [cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/>
3. COVID-19 Epidemiology. Center for Infectious Disease Research and Policy. [cited 2020 Mar 23]. Available from <http://www.cidrap.umn.edu/covid-19/epidemiology>
4. Emergency care [Internet]. [cited 2020 Mar 21]. Available from: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/emergency-care>
5. COVID-19 Self Assessment for Ontarians [Internet]. [cited 2020 Mar 22]. Available from: <https://covid-19.ontario.ca/self-assessment>
6. CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - Resources for K-12 Schools and Childcare Programs [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [cited 2020 Mar 22]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/large-events/index.html>
7. Canadian Association of Emergency Physicians. Hospitals to must always provide a safe working environment - especially in a COVID-19 pandemic context. 2020 Mar 11. Available from: <https://caep.ca/wp-content/uploads/2020/03/COVID-HHR-Final.pdf>
8. NHS England. Clinical guide to the management of emergency department patients during the coronavirus pandemic. 17t March 2020 Version 1. Available from https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/Specialty-guide_ED-and-coronavirus_V1_17-March.pdf
9. Kandel N, Chungong S, Omaar A, Xing J. Health security capacities in the context of COVID-19 outbreak: an analysis of International Health Regulations annual report data from 182 countries. The Lancet [Internet]. 2020 Mar 18 [cited 2020 Mar 21]. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30553-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30553-5/abstract)



INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE

10. The World Health Organization. COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan. 2020 Feb 12. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf>
11. World Health Organisation. Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak. 12 March 2020 [cited Mar 22 2020]. Available from. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
12. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med* [Internet]. 2020 Mar 13 [cited 2020 Mar 20];27(2). Available from: <https://academic.oup.com/jtm/article/27/2/taaa020/5735321>
13. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis*. 2004 Jul;10(7):1206–12.
14. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):912–20.