

## **Transcripción del seminario web «Prepárese, no se asuste»: Actualización de los CDC y la respuesta de los centros de salud con respecto al COVID-19**

**Viernes 6 de marzo de 2020 de 1 p. m. a 2 p. m. Hora del Este**

### **Oradores:**

- Lisa DiFedele, MPH, Administradora de prevención y control de infecciones, International Community Health Services (ICHS)
- Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH, Consultora sénior, Centers for Disease Control and Prevention
- George Lee, MD, Director médico, Asian Health Services
- Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA, Directora, Comunicación digital, National Association of Community Health Centers
- Tina T. Wright, Directora de manejo de emergencias, Massachusetts League of Community Health Centers/Presidenta, Emergency Management Advisory Coalition (EMAC)
- Ron Yee, MD, MBA, FAAFP, Director médico, National Association of Community Health Centers

### **Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

En nombre de la Asociación Nacional de Centros de Salud Comunitarios (NACHC), la junta directiva, el personal y nuestro director general, Tom Van Coverden, les agradecemos por unirse a este seminario web de crítica importancia. «Prepárese, no se asuste» es la actualización de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) con respecto al COVID y la respuesta de los centros de salud. En primer lugar, nuestros pensamientos y oraciones están con aquellos que han perdido seres queridos o que están en estado crítico debido al COVID-19 y para aquellos que están en la primera línea de atención evaluando y cuidando a los 29 millones de personas que atendemos a través del programa del Community Health Center. Queremos que sepan que estamos con ustedes. Los centros de salud son la red más grande de proveedores de atención primaria en la nación, con 12 000 en cada estado, territorio, en el Distrito de Columbia y en Puerto Rico. Son estratégicos para cualquier tipo de respuesta de emergencia. Ya sea un desastre natural, incendio o enfermedad transmisible, sabemos cómo hacer esto. La biografía estará disponible en el sitio web de NACHC, por lo que haré breves las presentaciones para que podamos escuchar lo más importante que tienen que decir nuestros oradores y tengamos tiempo para preguntas.

### **Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Voy a presentar a todos nuestros oradores en orden de presentación. En primer lugar, tenemos a la Dra. Lisa Koonin, quien es asesora principal de los CDC y colaboradora del equipo de respuesta para el COVID-19 de este organismo. En sus anteriores 31 años y en su carrera en los CDC, se desempeñó como líder en múltiples respuestas nacionales e internacionales de emergencia, incluidos huracanes, el brote de fiebre hemorrágica de Marburg en África, la pandemia de gripe H1N1, el brote de gripe aviar en China, la respuesta al Ébola y al Zika, y ahora el Coronavirus. Lisa nos compartirá información sobre el estado, la ciencia y la estrategia para abordar el COVID-19. Después de Lisa, tendremos a Tina Wright, la directora de manejo de emergencias de los centros de salud comunitarios en Massachusetts League, donde ha trabajado durante casi 20 años. Tina también es la presidenta de la coalición de asesoría de gestión de emergencias o EMAC que aborda los problemas de gestión de emergencias en todo el país,

especialmente para los centros de salud. Ella compartirá, desde su vasta experiencia, la preparación y respuesta ante emergencias.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Luego, tendremos a Lisa DiFedele, administradora de prevención y control de infecciones en el Departamento de Salud del condado King en el estado de Washington. Lisa también trabaja en International Community Health Services en Seattle, Washington. Ella tiene una visión especial, ya que el estado de Washington ha visto al menos 70 casos de coronavirus con múltiples muertes hasta este momento. Lisa entiende que existe la necesidad de una relación de trabajo sólida entre la salud pública y la atención primaria, específicamente entre los centros de salud comunitarios y el departamento de salud local. El Dr. George Lee es un médico fundador y ha trabajado con poblaciones marginadas de las islas del Pacífico asiático en el condado de Alameda, California, durante más de 25 años. Se desempeña como director médico de Asian Health Services en Oakland, California. El Dr. Lee conoce los aspectos de la primera línea de atención, la respuesta y la gestión que se ocupan de problemas emergentes como el COVID-19 y compartirá los aspectos prácticos de lo que se hace en la primera línea de atención en Asian Health Services. Finalmente, Marisol Murphy Ballantyne, quien es directora de comunicación digital en NACHC, compartirá sobre los recursos de NACHC relacionados con el COVID-19. Dra. Koonin, dejaré que usted empiece.

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

Muchas gracias. Es un verdadero privilegio estar aquí con todos ustedes y sus colegas. Quiero agradecerles por su tiempo. Voy a leer primero algunos comentarios generales solo para darles a todos una actualización. Luego, hablaremos del enfoque de los CDC en respuesta al COVID y, después, nos centraremos en las guías específicas que publicamos esta semana para los centros de salud. Solo quiero asegurarme, Ron, de que puedes oírme claramente.

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

Muchas gracias. Bien, todos están muy al tanto de este creciente brote global del COVID-19 que está en aumento en varios países e, incluso, en partes de los Estados Unidos. Las posibles amenazas a la salud pública planteadas por el COVID-19 son altas, tanto a nivel mundial como para los Estados Unidos, pero el riesgo individual depende de la exposición. En las circunstancias actuales, ciertas personas tendrán un mayor riesgo de infección. Por ejemplo, las personas que viven en comunidades donde se está produciendo una propagación continua a la comunidad, los trabajadores de la salud que atienden a pacientes con COVID-19, el contacto cercano con personas que están enfermas con COVID-19 y los viajeros que regresan de lugares internacionales afectados donde la propagación en la comunidad es elevada.

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

Hasta la fecha, se han reportado 99 casos de COVID-19, 30 de estos casos se han producido por propagación de persona a persona, 20 casos ocurrieron en personas que habían viajado a áreas internacionales con la misma transmisión, y aún se están investigando 49 de estos casos para determinar la fuente de exposición. El 4 de marzo, los CDC actualizaron su guía para examinar e informar sobre las personas en evaluación. En esa guía actualizada, los criterios para examinar a una persona en evaluación se ampliaron a un grupo más grande de pacientes sintomáticos. A partir del 5 de marzo, los CDC han emitido los siguientes avisos de viaje: un aviso de nivel 3, que es el nivel más alto para evitar viajes no esenciales a China, Irán, Corea del Sur e Italia.

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

Avisos de viaje de nivel 2, que significa tomar mayores precauciones para ir Japón , particularmente en el caso de las personas mayores; asimismo, se emitió un aviso de nivel 1 para tomar las precauciones habituales en Hong Kong. Los CDC también recomiendan que todos los viajeros reconsideren los viajes en crucero hacia o dentro de Asia en este momento. Esta recomendación es consistente con la dirección del Departamento de Estado de los EE. UU. Como todos saben, la situación está creciendo rápidamente. Todos los días los CDC revisan y actualizan constantemente sus guías según sea necesario y actualizan el sitio web. Desde que se encontró y se detectó este brote en China, los CDC han estado utilizando una estrategia de contención, lo que implica desplegar esfuerzos para evaluar a los viajeros entrantes, limitar los vuelos dentro del país a ciertos aeropuertos y, luego, rastrear y seguir a los contactos de todas las personas que podrían estar infectadas y expuestas.

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

Al igual que en algunos estados, pasaremos de una estrategia de contención a una estrategia de mitigación de manera gradual a medida que se manifieste la necesidad, y esa estrategia de mitigación deberá responder con un enfoque específico de niveles. Dada la evidencia del aumento de la propagación en la comunidad, debemos asegurarnos de que las instalaciones de atención médica estén preparadas y de que la planificación pueda ayudar a mitigar el impacto del aumento potencial de pacientes en el sistema de atención médica. Los principios más importantes para los sistemas de atención médica y las clínicas son reducir la morbilidad y la mortalidad. Nuestros objetivos son minimizar la enfermedad y la transmisión, proteger al personal de atención médica y preservar los servicios de salud esenciales. Para minimizar la transmisión de enfermedades, hemos creado una guía que se caracteriza por un cambio de paradigma importante a fin de reservar la atención presencial para aquellos que más la necesitan, así como implementar estrategias para cambiar a la atención en el hogar cuando sea apropiado, fortalecer las opciones de triaje que no sean presenciales y poder tomar en cuenta los principios de control de infecciones desde el momento en que el paciente entre por la puerta y durante todo el tiempo que esté en nuestras instalaciones.

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

Repasemos juntos algunas partes de la guía. Les daré el enlace a los organizadores de estos seminarios web para que ustedes puedan encontrar las guías, y los animo a consultar el sitio web de los CDC todos los días porque se va a emitir una guía nueva. Hemos estructurado la guía de dos maneras: acciones que deben tomarse ahora en comunidades que no tienen brotes generalizados y acciones que deben tomarse cuando haya un brote en la comunidad. En primer lugar, las acciones que deben tomarse ahora son en preparación para un brote en aquellas comunidades que no tienen una gran cantidad de casos. La primera recomendación es designar un momento para reunirse con el personal de la clínica, educarlos sobre el COVID-19 y comenzar a planificar cómo se manejará una gran afluencia de pacientes, dónde se los recibirá, y cómo se los movilizará dentro las instalaciones con el objetivo de mantener a los pacientes con sospecha de infección por COVID-19 lejos de otros pacientes.

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

Exploren alternativas al triaje presencial y visitas. Recomendamos encarecidamente que estas prácticas lleguen a sus pacientes. Les pueden aconsejar que llamen primero antes de ingresar a la clínica para realizar una evaluación y realizar el proceso de triaje a través de telesalud, portales para pacientes, líneas de asesoramiento, herramientas de autoevaluación en línea o por teléfono. Asimismo, hay que asegurarse de que haya personal capaz de llevar a cabo esas interacciones telefónicas y de telesalud

para que los pacientes no tengan que esperar mucho para hablar con alguien. Determinen los algoritmos para identificar qué pacientes pueden ser controlados por teléfono y recomendados quedarse en casa con orientación e instrucciones , inclusive con monitoreo, qué pacientes deben ser enviados a emergencia y qué pacientes deben ser ingresados a sus instalaciones. Además, se debe indicar a los pacientes que, si tienen síntomas respiratorios, deben llamar al centro antes de salir de casa para que el personal correcto con el equipo de protección individual (EPI) adecuado pueda recibirlos.

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

También es importante estar listo cuando el COVID se esté extendiendo en la comunidad. La primera recomendación es trabajar con los departamentos de salud pública locales y estatales para comprender el impacto de la propagación del brote en la comunidad y estar informado sobre las pautas a seguir. Se deben asegurar de designar personal que sea responsable de cuidar a estos pacientes y que no esté a cargo de otros pacientes que no tengan COVID. Se debe implementar un plan para monitorear a los trabajadores de la salud y garantizar el mantenimiento de las funciones esenciales para asegurarse de que el personal conozca las políticas de licencia por enfermedad y se los debe alentar a quedarse en casa si están enfermos con síntomas respiratorios. Luego, cuando sea posible, consideren el manejo de pacientes con enfermedades leves en el hogar junto con una evaluación de la capacidad del paciente para ser tratado en su domicilio con la finalidad de asegurarse de que los cuidadores de esas personas enfermas tengan instrucciones claras sobre qué hacer y sobre las señales de advertencia para cuando necesiten buscar atención o llamar a la clínica y, si es posible, nombren personal que pueda controlar a esos pacientes con visitas diarias o frecuentes.

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

Finalmente, existen guías específicas para las instalaciones ambulatorias a fin de reducir la ola de pacientes en la instalación, incluida la reprogramación de pacientes ambulatorios no urgentes. Consideren comunicarse con el panel de pacientes que pueden estar en mayor riesgo de COVID-19. Los datos iniciales sugieren que las personas con edad avanzada tienen el doble de probabilidades de enfermar más gravemente del COVID-19. Asegúrense de que las personas tengan sus medicamentos llenos, suficientes recargas de medicamentos e instrucciones sobre qué hacer si se enferman y, luego, piensen en eliminar cualquier tipo de penalización a los pacientes por cancelaciones o citas perdidas. Estamos esperando ansiosamente más información sobre el curso clínico de esta enfermedad. Sabemos que hemos leído muchos informes de casos y tenemos datos de casos en otros países, pero estamos ansiosos por saber lo que podemos hacer con los casos en los EE. UU. Y cuando lo sepamos, ajustaremos nuestra guía en consecuencia. Estaré encantada de responder las preguntas al final de la sesión. Gracias.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Le agradezco que sintetice toda esta información de los CDC. He estado en la página y hay mucha información allí, pero le agradezco que se haya centrado en esos puntos realmente importantes para estas recomendaciones prácticas. A continuación, estaremos con Tina Wright quien hablará con nosotros sobre el manejo de emergencias. Tina.

**Tina T. Wright:**

Hola, Ron. Gracias a todos por invitarme hoy. Me enorgullece estar aquí para representar a las Asociaciones de Atención Primaria (Primary Care Association, PCA) y, como esperamos que la mayoría de ustedes sepan, estas realmente existen hoy para apoyar a nuestros centros de salud. Todos tenemos personal y recursos únicos para hacerlo. Por lo tanto, nuestros roles van a variar de estado a estado en

el manejo de emergencias. Algunas Asociaciones de Atención Primaria tienen personal y programas muy sólidos, algunas operan en asociación con los departamentos de salud estatales y coaliciones de atención médica para la preparación y respuesta ante emergencias. Algunas reciben capacitación y educación realmente excelentes y es importante que cada centro de salud sea consciente del papel de su Asociación de Atención Primaria. No solo en esta situación, sino que también en otras emergencias. Sin embargo, todas las PCA desempeñan un papel al ser la vía de información de aquello que impacta en los miembros de nuestros centros de salud, así como también a sus pacientes.

**Tina T. Wright:**

Por lo tanto, es realmente vital que los centros de salud comunitarios informen a sus PCA sobre los impactos operativos de esta emergencia y de cualquier otra emergencia. Conocer su impacto nos ayuda a poder ayudarlos de verdad. Podemos reunirnos con HRSA para ayudar a la solución de problemas y [inaudible 00:14:24] también. También nos hemos podido juntar como asociaciones de atención primaria, ya que somos una comunidad de profesionales que trabajan en el manejo de emergencias para los centros de salud comunitarios a través de nuestro colectivo Emergency Management Advisory Coalition, a la que llamamos EMAC, PCA EMAC. Nos reunimos mensualmente durante más de una década, y podemos compartir las mejores prácticas, herramientas y plantillas. Tenemos un espacio de trabajo en línea por el cual también nos reunimos y ha sido una colaboración maravillosa. Tenemos herramientas y plantillas; nos contactamos entre nosotros para canalizar la experiencia en la materia y mucho más. Por lo tanto, si sus centros de salud tienen una necesidad, ya sea sobre una política de personal cuando se produce una escasez o si se trata de control de infecciones, nosotros podemos encontrar esos recursos. Si su PCA no los tiene disponibles, esa PCA puede venir a EMAC y hacer preguntas a cualquiera de nuestros 49 miembros.

**Tina T. Wright:**

Además, estamos creciendo todo el tiempo para incluir a otros también. Trabajamos con otras organizaciones de acuerdos cooperativos nacionales como NACHC, como las otras 20 ANC, ahora llamadas NTAP (National Training and Technical Assistance)... Me voy a confundir con el acrónimo. Partners, Training and Technical Assistance Partners. También nos unimos para apoyarnos mutuamente, de PCA a PCA, en un momento de crisis. Tenemos relaciones sólidas con socios de socorro como Direct Release y AmeriCares. Además, tenemos lazos con algunas de las otras agencias federales. Así que hemos sido muy afortunados por hacer crecer el PCA EMAC a lo largo de los años y por poder ver los esfuerzos de los demás. Mi copresidente de PCA EMAC, Alex Lipovtsev, de CHCANY (Community Health Center Association of New York), ha estado recolectando y actualizando de manera activa nuestro correo electrónico, disculpen, nuestro sitio web, [pcaemac.org](http://pcaemac.org), para publicar lo que otras PCA están compartiendo con la finalidad de tener información disponible sobre el coronavirus para sus centros de salud.

**Tina T. Wright:**

Pueden echarle un vistazo fácilmente a esta información al ingresar a [pcaemac.org](http://pcaemac.org) y hacer clic en el ícono COVID-19 para ver todo el gran trabajo que están haciendo las PCA. Esta información está disponible a solo un clic de distancia. HRSA también ha activado a los miembros que son parte de las PCA que han confirmado tener casos positivos de Coronavirus. Esto significa que van a pedir a las asociaciones que recopilen datos e impactos operativos de nuestros centros de salud. Me gustaría pedir a las más de mil personas que están en esta llamada hoy que tengan paciencia con nuestras solicitudes de datos. Este es un nuevo método de recopilación para nosotros en las instituciones de PCA. Estamos enviando muchas notificaciones y sabemos que existe la fatiga de la notificación y la fatiga de la alarma,

por lo que les pedimos que tengan paciencia con nosotros. Hágannos saber qué está funcionando bien y qué no.

**Tina T. Wright:**

Estamos aquí para apoyarlos y que garanticen que nuestras contribuciones sean significativas para ustedes, para nuestros miembros y para nuestros centros de salud en colaboración con nuestros socios en NACHC y otras organizaciones. Definitivamente, recomendamos que más centros de salud revisen sus planes de operaciones de emergencia y de continuidad comercial, sobre todo en torno a las políticas relacionadas con la dotación de personal. Si tienen poco personal, sigan las pautas de salud pública y de los CDC, así como las mejores prácticas para optimizar el equipo de protección personal para su personal. De esta manera, se pueden asegurar de que su personal se sienta seguro en el cuidado de los pacientes. Estaré encantada de responder cualquier pregunta al final de la llamada de hoy también. Quisiera agradecerles y cederle el turno para hablar a Ron.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Gracias, Tina. Nos has brindado sugerencias muy prácticas también. Gracias por lo que están haciendo con el grupo más grande de las PCA para ayudar a los centros de salud en general. Continuamos. Pasemos a uno de los aspectos de salud pública y local. Lisa DiFedele va a hablarnos sobre lo que está sucediendo en el condado de King en Seattle, Washington, en relación con esta materia. ¿Lisa?

**Lisa DiFedele, MPH:**

Muchas gracias. Sí, mi nombre es Lisa DiFedele y soy administradora de la sección de prevención y control de International Community Health Services, ICHS. ICHS es un centro de salud comunitario que se fundó en 1973. Comenzamos como una clínica con escaparates en Seattle, el distrito internacional de Washington, en donde atendíamos poblaciones de inmigrantes de edad avanzada. Operamos en 11 locales que incluyen cuatro clínicas dentales médicas, una clínica dental móvil, una clínica de la vista, un centro de atención para personas mayores y dos centros de salud en escuelas. En 2019, atendimos a más de 32 000 personas. Tres de cada cuatro de nuestros pacientes tienen bajos ingresos y más de la mitad de los pacientes de ICHS tienen un dominio limitado del inglés. Brindamos servicios de interpretación en más de 50 idiomas diferentes.

**Lisa DiFedele, MPH:**

Nuestras principales necesidades lingüísticas son el cantonés, el mandarín y el vietnamita. El 7 % de nuestros pacientes no tienen seguro debido a restricciones de ingresos y residencia, mientras que el 52 % califican para Medicaid. Desde hoy a las 9:00 a. m., existen 70 casos de COVID-19 y 10 muertes debido al COVID-19 en el estado de Washington. Con la propagación en la comunidad del COVID-19 en Seattle, se ha aumentado el nivel de preocupación sobre la amenaza inmediata para nosotros en ICHS y nos estamos tomando la situación muy en serio. Si bien la mayoría de las personas en los Estados Unidos tendrán poco riesgo inmediato de exposición a este virus y el 80 % de los que lo contraen solo tendrán síntomas leves, sigue siendo una gran preocupación para aquellos de nosotros que brindamos atención en una red de asistencia social. Aquí en ICHS, nos mantenemos al tanto de la situación que evoluciona rápidamente y somos rápidos para usar las recomendaciones cambiantes y el nuevo conocimiento. Por lo tanto, hemos estado trabajando duro desde el comienzo de este brote para garantizar que nuestros pacientes, el personal y la comunidad estén tomando las medidas adecuadas para reducir la propagación del COVID-19.

**Lisa DiFedele, MPH:**

Nuestro enfoque realmente ha estado en la preparación tranquila en dos ámbitos diferentes. Hemos trabajado en la preparación de nuestra clínica y en el apoyo tanto a nuestra comunidad de pacientes como a nuestra comunidad en general en Seattle. Nuestra preparación en la clínica se ha centrado en la preparación logística para el aislamiento, la identificación y la escalada de casos potenciales de COVID-19. Nuestra preparación comunitaria ha incluido disipar temores y trabajar para prevenir el estigma y la discriminación.

**Lisa DiFedele, MPH:**

Los esfuerzos de nuestra clínica han incluido la difusión de información precisa al personal. Una evaluación de riesgos de nuestra población de pacientes. Producción de innovadores procesos de detección e innovadores flujos de trabajo. Implementación de una política estricta para el personal que regresa de viajar. Asegurar que se cuente con la capacitación y los recursos adecuados para el equipo de protección personal y la limpieza de la clínica. Asegurar que se está realizando una desinfección adecuada en todas nuestras ubicaciones. Y formación, capacitación, y comunicación, comunicación y más comunicación con nuestro personal. También hemos activado el Sistema de Comando de Incidentes (Incident Command System, ICS).

**Lisa DiFedele, MPH:**

Así que cuando Washington anunció el primer caso de COVID-19 en el estado el 17 de enero, una de las primeras tareas que asumimos fue crear un flujo de trabajo innovador, que incluía preguntas de detección para ser utilizadas tanto por nuestro personal de recepción como por el personal de nuestro centro de llamadas. El examen de detección, que se realiza en el primer contacto con nuestro paciente, ya sea por llamada o en persona, incluye preguntas sobre viajes y síntomas, y tiene la intención de identificar de forma muy temprana a los pacientes sospechosos de haber contraído COVID.

**Lisa DiFedele, MPH:**

Este flujo de trabajo se ha actualizado seis veces diferentes para alinearse con las pautas de los CDC y las órdenes de cuarentena del gobierno federal. La capacitación de nuestro personal de recepción y del centro de llamadas ha sido una tarea en evolución, que ha incluido muchos niveles de liderazgo. Después de la identificación de un caso sospechoso de COVID, nuestro flujo de trabajo proporciona orientación sobre el aislamiento de ese paciente y luego guías a nuestros médicos clínicos sobre cómo evaluar a una persona bajo investigación utilizando las pautas de los CDC.

**Lisa DiFedele, MPH:**

En este punto, ICHS no puede recolectar muestras o transportarlas a nuestro laboratorio estatal para realizar pruebas, por lo que nuestro flujo de trabajo ejemplifica cómo hacer una transferencia en el sitio a uno de los servicios de emergencias de nuestra área para la recolección de muestras. Un paso importante es garantizar que se realice un triaje al paciente en consulta con nuestra salud pública local, posterior a la identificación de un paciente sospechoso de haber contraído COVID.

**Lisa DiFedele, MPH:**

Nuestros proveedores están trabajando conmigo y con Salud Pública del Condado de King para determinar si las pruebas son justificadas. En las situaciones en las que se justifica la prueba, ocurrirá una transferencia en el sitio donde trabajemos con el paciente para garantizar que su viaje al servicio de emergencias sea seguro y que no exponga a nadie más.

**Lisa DiFedele, MPH:**

Hemos logrado la difusión de información precisa a través de múltiples vías. Al principio del brote, hacíamos reuniones semanales para todos los líderes y gerentes y sus designados. Estas reuniones incluían una evaluación de la epidemiología y la propagación de la enfermedad en todo el mundo. Nuevas investigaciones emergentes sobre el COVID, y nuestra respuesta local en ICBS, incluido el despliegue del flujo de trabajo innovador y las restricciones de personal de las que hablé.

**Lisa DiFedele, MPH:**

La información para estas reuniones fue compilada por nuestras organizaciones asociadas, incluidos los informes diarios de situación de la OMS, los CDC, el Estado de Washington, las revisiones de literatura del Departamento de Salud y los recursos de Salud Pública del Condado de King. Y luego, una vez que se activó nuestro Sistema de Comando de Incidentes, nuestra estrategia de comunicación pasó de ser el principal punto de contacto a confiar en todo el liderazgo para proporcionar información a nuestro personal. Y este paso realmente ha sido imperativo, ya que la preocupación y las preguntas sobre el COVID se han disparado a medida que se observan más casos en Seattle y más allá.

**Lisa DiFedele, MPH:**

Hemos priorizado mantener informado a nuestro personal. Idealmente, queremos que mantengan la calma y puedan responder a todas las preguntas que se les haga de manera informada y objetiva. Como mencioné, hemos activado el Sistema de Comando de Incidentes, que es parte de nuestra política de respuesta a emergencias. El Sistema de Comando de Incidentes, o ICS, es un sistema estándar de gestión de emergencias específicamente diseñado para permitirnos responder de manera integrada y organizada a la complejidad y las demandas de incidentes únicos o múltiples de emergencias grandes y pequeñas.

**Lisa DiFedele, MPH:**

La intensificación de ICS en ICBS ha sido muy importante en la organización y gestión de esta situación tan compleja y cambiante. También pasamos mucho tiempo observando y capacitando al personal en equipos de protección personal. Hemos tenido muchas conversaciones sobre la necesidad de tomar precauciones para evitar la transmisión por gotitas con el objetivo de incluir una máscara facial y protección para los ojos para todos y cada uno de los pacientes con enfermedades respiratorias. Hemos estado realizando auditorías en todas nuestras ubicaciones y con el personal para asegurarnos de que estén usando EPI correctamente y cuando sea apropiado.

**Lisa DiFedele, MPH:**

Antes del COVID, habíamos decidido comenzar a usar respiradores purificadores de aire eléctricos (PAPR) en nuestras clínicas, por lo que parte de mi trabajo en las últimas semanas ha sido crear un programa de capacitación y garantizar que nuestros proveedores estén bien informados sobre el uso de los PAPR. También hemos tenido Just-In-Time y pruebas de ajuste 95 para mucho de nuestro personal médico.

**Lisa DiFedele, MPH:**

Además de las medidas tomadas por nuestra clínica, también hemos estado trabajando en nuestra comunidad y con nuestros socios de la comunidad, y esto ha incluido reuniones periódicas con ellos para discutir sobre el COVID en la comunidad. Y nuestro CEO también fue fundamental tanto en la organización como en la presentación en una conferencia de prensa organizada en el Condado de King,



que se centró en instar a todos a contrarrestar los prejuicios y el acoso. Y con eso en mente, hemos comenzado una campaña contra el estigma fuera del Condado de King.

**Lisa DiFedele, MPH:**

ICHS y la campaña contra el estigma de los socios de la comunidad ha incluido los siguientes mensajes. «El coronavirus no reconoce raza, nacionalidad o etnia. Tener ascendencia china o cualquier ascendencia no hace que una persona sea más vulnerable a esta enfermedad. Usar una mascarilla no significa que una persona esté enferma. Las personas las usan por una variedad de razones, incluso para evitar el polen y la contaminación del aire, y por razones culturales y sociales. No debemos juzgar a alguien por usar una mascarilla ni asumir que está enfermo.

**Lisa DiFedele, MPH:**

Usted puede interrumpir el estigma. Comience por compartir información precisa, evite difundir información errónea, manténgase informado a través de fuentes respetables y confiables. Exprésese si ve, escucha o lee información errónea o acoso. Corrija de forma amable la información falsa y recuerde al hablante que ‘los prejuicios, el lenguaje y las acciones nos hacen a todos menos seguros’.» Y muestre compasión y apoyo a aquellos que han sufrido un mayor impacto con respecto al COVID.

**Lisa DiFedele, MPH:**

Además del estigma, el debilitamiento de la ACA combinado con las acciones federales contra los inmigrantes han creado barreras reales y percibidas para la atención. Reales debido a los aumentos de costos en los criterios adicionales de cobertura; percibidas debido al miedo y la intimidación para utilizar los servicios que están legítimamente disponibles para los casos de Medicaid, sin seguro y con seguro insuficiente. Este efecto se puede ver en programas como el Programa de Mujeres, Bebés y Niños, que no se ve afectado por el reciente cambio federal en la definición de carga pública. Estas barreras reales y percibidas pueden evitar que los pacientes busquen atención cuando están enfermos, lo que dificulta aún más el trabajo de detener el COVID-19.

**Lisa DiFedele, MPH:**

Les agradezco a todos por escuchar mi experiencia y las medidas que ICHS ha tomado para proteger a nuestros pacientes, personal y comunidad de COVID-19. Estamos preparados con calma para continuar siendo un centro de salud que acoge y trata a nuestra diversa población de pacientes con compasión y experiencia. ICHS está listo para manejar el COVID. ICHS tiene experiencia y pericia en el manejo de epidemias, por lo que nuestros pacientes pueden estar seguros de que recibirán la atención y protección adecuadas, así como de la seguridad.

**Lisa DiFedele, MPH:**

A medida que se siguen identificando más casos de COVID-19 en los EE. UU. y en el Condado de King, nuestra prioridad número uno sigue siendo la salud y el bienestar de nuestras comunidades locales. Sabemos que lo desconocido puede dar miedo, pero instamos a las personas a mantener la calma. Mientras tanto, no se asuste, y para proteger a todos, lávese las manos. No se toque el rostro. Cúbrase al toser y si tiene un resfriado. Realice un distanciamiento social. Quédese en casa si está enfermo. Limpie sus dispositivos portátiles y llame a su médico si tiene algún síntoma. Gracias por escuchar.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Gracias Lisa y gracias ICHS por todo lo que estaban haciendo por los pacientes, especialmente en el Condado de King. Continuaremos profundizando en los aspectos de primera línea de la atención al paciente y cómo se ve. Así que gracias Lisa por comenzar con el tema, y continuaremos con el Dr. George Lee de Asian Health Services en Oakland, California. Dr. Lee.

**George Lee, MD:**

Excelente. Gracias, Ron. Soy George. Soy el director médico de Asian Health Services. Y somos un centro de salud comunitario que se fundó en 1974. Tenemos 30 000 pacientes y los atendemos en 14 idiomas diferentes. Estamos ubicados en el Área de la Bahía de San Francisco pero con sede en Oakland.

**George Lee, MD:**

Nuestros objetivos realmente son compartir nuestras experiencias al responder al COVID-19 y también compartir nuestras mejores prácticas y desafíos. Tengo una presentación con diapositivas y creo que se publicará una vez finalizada la llamada.

**George Lee, MD:**

Entonces, para dar una visión general de nuestra respuesta, en enero convocamos a un equipo de respuesta a incidentes organizacionales. Diseñamos e implementamos nuestra respuesta. Nos centramos especialmente en los procedimientos de detección, el control de la cadena de suministro y también la capacitación en EPI.

**George Lee, MD:**

En febrero, celebramos una reunión comunitaria con nuestro supervisor del condado, nuestros líderes empresariales, el Departamento de Salud Pública del Condado y los medios de comunicación para difundir información a la comunidad. También comenzamos a efectuar recordatorios telefónicos sobre el COVID-19, y comenzamos a tener una serie de capacitaciones tanto para nuestro personal en los componentes más grandes, como también para capacitaciones interdepartamentales y también capacitaciones para la junta. Ahora en marzo, estamos comenzando a enfocarnos en la mitigación de la comunidad y también estamos comenzando a trabajar en consultas de telesalud.

**George Lee, MD:**

En términos de compartir las mejores prácticas, nuestro equipo de respuesta a incidentes realmente tuvo que extenderse a toda la organización. Establecimos el comandante del incidente, así como el oficial de logística e información pública. Realmente requerimos la participación activa de Recursos Humanos y de las instalaciones, y también tenemos que pensar en cómo administrar nuestras ubicaciones médicas y no médicas. Por ejemplo, ubicaciones de salud mental y dental, y también nuestras ubicaciones que no tenían salas de aislamiento con sistema para el aire, como nuestras ubicaciones en escuelas.

**George Lee, MD:**

Teníamos protocolos muy claros que estaban separados según la función laboral particular. Eran muy detallados y en realidad se imprimen con cada paciente que se considera necesario para el aislamiento. Así que, por ejemplo, incluso incluye cosas como si es un NP o un PA. Debe notificar al preceptor antes de dirigirse a la habitación. Debe ponerse su EPI, seguir las instrucciones publicadas. Si se necesita traducción, use el teléfono. Haga que el personal de interpretación llame a la extensión de la sala. Si

necesita recolectar muestras, llame a la estación de enfermería después de la consulta. El paciente puede ser enviado directamente a casa, sin necesidad de un registro de salida.

**George Lee, MD:**

Ese es el nivel de detalle que brindamos y todo está impreso en una hoja de papel —en realidad dos hojas de papel— que incluyen cosas como el número de salud pública, protocolos para aislamiento en el hogar, tratamientos con nebulizador, definición de PUI, exactamente cómo hacer la recolección de muestras y también el seguimiento de mejora de la calidad.

**George Lee, MD:**

Entonces, al diseñar estos protocolos y al observar las comunicaciones, realmente nos dimos cuenta de que necesitábamos digerir y simplificar las cosas para el personal. Por ejemplo, a pesar de que la definición de PDI requiere un historial de viajes dentro de los 14 días posteriores al inicio de los síntomas, realmente no podíamos imaginar cómo se desarrollaría esto prácticamente en la recepción. Porque si entra un paciente y dice: 'Oh, tuve tos el lunes y luego viajé en otra fecha', luego, el personal de recepción tendría que comenzar a pensar y calcular 14 días desde el inicio de los síntomas, lo que parecía ser una interacción muy larga en la recepción. Así que simplemente hicimos que nuestro protocolo de detección fuera haber viajado en las últimas tres semanas.

**George Lee, MD:**

También intentamos simplificar la definición de los contactos posteriores a alguien con quien se vive o trabaja, y eso fue algo fácil de implementar para el personal de recepción. También teníamos una comunicación semanal dirigida a grupos específicos, como gerentes y también personal de atención directa, como los proveedores y enfermeras, y también teníamos mensajes directamente a todo el personal.

**George Lee, MD:**

Tenemos carteles, letreros que se colocaron en las ubicaciones, además de efectuar recordatorios telefónicos a pacientes ambulatorios. Y el contexto de los recordatorios telefónicos a pacientes y el guion era algo así como: «Si usted o alguien con quien vive ha regresado de un viaje internacional en los últimos 14 días, le recomendamos lo siguiente, monitoree si existe fiebre y tos. Si tiene una cita no urgente, considere reprogramarla. Si tiene algún síntoma, llame con anticipación antes de ir a su cita».

**George Lee, MD:**

Y en cuanto a la formación, lanzamos videos para que la gente vea sobre cómo usar el EPI. También realizamos capacitación en persona en grupos más pequeños por departamento. Y también permitimos que las personas practiquen sus habilidades, porque ponerse y quitarse el EPI es realmente una habilidad motora que necesita ser practicada.

**George Lee, MD:**

También publicamos instrucciones de EPI en las salas de presión negativa. Por ejemplo, publicamos cómo ponerse el EPI en la puerta principal de la sala de presión negativa, y luego publicamos instrucciones sobre cómo quitarse el EPI en la parte trasera de la puerta para que las personas puedan verlo al salir. Así que realmente se trata de hacer lo correcto para hacer lo más fácil.

**George Lee, MD:**

En términos de equipos, preempacamos los EPI para que sean fáciles de usar. También obtenemos estetoscopios para su uso en salas de aislamiento, y también creamos un sistema de gestión central con objetivos y análisis específicos. Por ejemplo, tengo una hoja de cálculo que me dirá exactamente cuánto inventario tenemos de batas, guantes, mascarillas de N95, etc. Y hemos creado objetivos para cada una de esas cosas. Comprarlas siempre que llegan al 80 % de nuestro objetivo. Se seguirá adelante y se pedirán nuevos suministros de EPI. También tenemos un análisis sobre nuestras tasas de ejecución de los diferentes equipos de EPI que tenemos, y hemos estado buscando proveedores múltiples para tratar de obtener suficiente EPI.

**George Lee, MD:**

Para las instalaciones, hemos aumentado esta instrucción de salas de espera y también áreas de alto contacto, y hemos confirmado la funcionalidad de la sala de aislamiento contra infecciones transmitidas por el aire. También hemos realizado una planificación de emergencias para decidir e identificar otras salas que se pueden utilizar si no hay salas de presión negativa disponibles, y también compramos unidades de filtro HEPA portátiles.

**George Lee, MD:**

En términos de nuestro trabajo con la comunidad, hemos tenido ese evento comunitario que mencioné anteriormente con nuestros socios y medios de comunicación. También hemos enviado mensajes a través de WeChat, así como mensajes de radio y periódicos, y un boletín para pacientes. Una cosa que quería señalar son también nuestros proyectos de mejora de la calidad. Incluso en relación con el COVID-19, rastreamos todos los casos de posible COVID-19 a través de una queja principal de aislamiento, y sacamos un informe basado en esa palabra clave particular de «aislamiento». Y hacemos una revisión semanal para asegurar que se haya logrado un buen seguimiento y atención clínica.

**George Lee, MD:**

También tenemos un ambiente bastante colaborativo. Recopilamos preguntas y respuestas y también realizamos un cuestionario de preguntas frecuentes, e intentamos refinar los protocolos y el personal de apoyo a medida que respondemos sus preguntas. Por ejemplo, los estetoscopios que usamos para la sala de aislamiento; eso lo obtuvimos a través de un proceso de trabajo con nuestro personal y de respuesta a sus preguntas.

**George Lee, MD:**

Hemos probado diferentes acciones piloto. Algunas de ellas han funcionado y otras quizás no. Intentamos la detección en la puerta principal, pero el porcentaje era demasiado bajo para que valiera la pena, y actualmente también vamos a comenzar con el piloto de telesalud.

**George Lee, MD:**

Para RR. HH., hemos trabajado en políticas de regreso al trabajo en términos de regresar de un viaje o de una baja por enfermedad, planes para trabajar de forma remota y proteger a grupos de alto riesgo. Para nuestros planes de operaciones de emergencia, hemos hablado sobre la planificación de mitigación de la comunidad, especialmente en lo que respecta a las visitas a domicilio que hacemos, especialmente en el departamento especializado de salud mental, y también eventos de extensión y conferencias y reuniones. Hemos establecido grupos de texto de emergencia y también hemos hablado sobre funciones críticas y respaldos, y no solo las personas como el director ejecutivo o el director médico,

sino también personas muy importantes como las de compras, etc., que son críticas para nuestro funcionamiento.

**George Lee, MD:**

Enfrentamos diferentes desafíos. Ha habido muchos rumores en las redes sociales. Tratar de manejar la ansiedad del personal y del paciente. Tratar de lidiar con la falta de suministros de EPI y también algunos de los problemas para realizar pruebas que ha estado enfrentando la nación, y también observar el impacto financiero con la disminución de las consultas que hemos estado experimentando.

**George Lee, MD:**

En general, se trata de una respuesta coordinada en toda la agencia, y de tener comunicaciones claras, prácticas y específicas y un trabajo continuo con la comunidad y los socios. Y Asian Health Services tiene un equipo fabuloso que ha hecho todas esas cosas muy bien. Muchas gracias.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Dr. Lee, realmente aprecio los detalles y la aplicación de las pautas de los CDC de que puede tener algunas áreas grises en ciertas aplicaciones. Así que aprecio que haya compartido esos detalles y creo, me encantó lo que dijo sobre «Hacer que lo correcto sea lo más fácil». A veces nos enredamos con las cosas y no damos un paso atrás ni somos muy prácticos.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Gracias también por el enfoque amplio que incluye recursos humanos y compras, cosas en las que no pensamos a menudo. Así que realmente aprecio eso y gracias a todos por sus presentaciones. Vamos a dedicarle un tiempo ahora a Preguntas y Respuestas y voy a darle la palabra a Marisol Ballantyne de NACHC; ella ha estado evaluando la sala de chat con nuestro personal y tendremos algunas preguntas y las direccionalaremos a las personas adecuadas. Marisol.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Buenas tardes a todos. Solo quería comenzar diciendo que estamos grabando todas las preguntas que estamos recibiendo y que planeamos responderlas en un cuestionario que estará disponible en el sitio web a principios de la próxima semana. Lo escuchamos y estamos tratando de llegar a todas estas preguntas. Nuestra primera pregunta es en realidad para usted, Dr. Yee.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

¿NACHC anticipa que los fondos de ayuda para desastres estarán disponibles para los centros de salud afectados negativamente?

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Claro. Creo que, si ha estado siguiendo las noticias de los 8,3 mil millones aprobados por el Congreso, el presidente lo firmó esta mañana. Hay 100 millones que irán específicamente a centros de salud comunitarios. La oficina y otros nos han contactado y en realidad vamos a recibir aportes sobre el uso de ese dinero. Sabemos que el EPI y otras cosas son muy importantes.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

También hemos tenido discusiones sobre el aumento de personal. Hemos hablado de laboratorios que pueden no estar cubiertos. Productos farmacéuticos, aunque todavía no tenemos un antiviral, pero sí atención de apoyo, para la tos, el resfriado y la fiebre. Así que esas son algunas de las cosas que están en discusión.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Por lo tanto, no sé específicamente la conclusión a la que han llegado todavía de que nosotros, la Asociación Nacional de Centros de Salud Comunitarios (NACHC), hemos podido dar alguna opinión al respecto. Tenemos \$100 millones y estamos presionando por más. Sabemos que es una cantidad muy pequeña en comparación con los 8,3 mil millones, pero estamos trabajando para que se llegue más hacia eso y hacia la financiación adicional.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Excelente. Solo quiero recordarles a todos que si tienen una pregunta, asegúrense de escribirla en el chat.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Dr. Lee, tengo una pregunta para usted. ¿Puede dar algún consejo sobre el uso práctico del equipo de protección individual en un entorno ambulatorio, específicamente en los centros de salud que no tienen los recursos para implementar precauciones para el contagio por aire o los suministros que necesitan como mascarillas y batas?

**George Lee, MD:**

Sí. En las pautas de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), hay en efecto instrucciones sobre qué hacer en términos de extender el uso de la mascarilla N95. El control de infecciones para nuestros proveedores de atención médica es uno de los puntos clave a tratar. Enumerará específicamente qué elementos del EPI se debe usar y el riesgo de exposición en función a diferentes situaciones. Si observa eso, la situación clave es controlar al paciente fuente y eso determinará el nivel de riesgo para el proveedor de atención médica. Por lo tanto, debe asegurarse de que el paciente fuente esté controlado con una mascarilla y luego fijarse en las precauciones de transmisión por gotas y de contacto. Esos son los problemas principales.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Gracias. Dra. Koonin, ¿tiene algo que agregar a lo que acaba de decir el Dr. Lee?

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

Gracias. Bien dicho. Actualmente, nuestro personal está buscando toda esta orientación con respecto al EPI a la luz de todos los problemas que estamos escuchando en términos de sobretensiones e interrupciones de la cadena de suministro. Siga revisando diariamente nuestra guía de control de infecciones porque si hay algún cambio o nuevas recomendaciones, se publicará en nuestro sitio web. Gracias.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Fantástico. También tengo otro seguimiento para eso, y la Dra. Koonin, si pudieran ayudarnos con este también. ¿Cómo modificamos este consejo para los pacientes que son indigentes y no tienen hogar?

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

Esto es complicado y muy difícil porque esos pacientes muchas veces se encuentran en refugios o en otros lugares. A menudo pueden moverse con bastante frecuencia. Y también buscan atención en salas de emergencia. Entonces, realmente se está trabajando con los servicios sociales, planificadores de altas en hospitales, refugios para indigentes y otros lugares, comedores populares, donde las personas vienen a tratar de ver si hay servicios que se pueden proporcionar, información que se puede proporcionar, educación que se puede proporcionar a estas personas. Sé que la salud pública y las clínicas de la red trabajan con esta población y estoy seguro de que las personas en las áreas locales tienen mucha experiencia en el tratamiento de esto.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Gracias. Lisa DiFedele, ¿puede mencionar cuál es su perspectiva sobre esa pregunta?

**Lisa DiFedele, MPH:**

Lo siento, ¿le importaría repetir la pregunta?

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Seguro. ¿Cómo modificamos este consejo para los pacientes que son indigentes y no tienen hogar?

**Lisa DiFedele, MPH:**

Sí. Esa es una pregunta muy complicada. Creo que el cuidado de la red de seguridad. Obviamente, queremos estar preparados para trabajar y abrir nuestras puertas a esa población. Sé que hay algunos recursos por ahí. En realidad, creo que los CDC organizaron hoy un seminario web sobre el COVID en las poblaciones de personas indigentes y eso es ciertamente algo que todos deberíamos revisar después de que terminemos esta llamada. Pero no tengo ninguna respuesta realmente buena. Es una población difícil de captar y es una población difícil de cuidar y de garantizar que se satisfagan sus necesidades.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Bueno. Gracias. Dra. Koonin, tengo otra pregunta para usted. ¿Puede contarnos un poco sobre el uso claro de la Asociación Nacional de Centros de Salud Comunitarios (NACHC) y la mascarilla N95 en comparación con la quirúrgica? ¿Tiene algún consejo al respecto, ya que ambas son escasas?

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

[inaudible 00:44:24] también. Mis colegas de los CDC se han unido. Hoy estamos trabajando a distancia y no sé si mis colegas que trabajan en el control de infecciones pudieron unirse. Ron, no sé si están disponibles para responder esa pregunta, pero si no, yo lo haré. Estoy recibiendo un mensaje ahora. Déjame ver si Ryan Sagan ha entrado en la llamada. Y si es así, si pudieras abrir su línea, por favor.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Déjame comprobar eso. No estoy seguro de si tenemos la capacidad de hacer eso. Espera un segundo.

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

Bueno, no quiero tomarme mucho tiempo. Pero cualquiera de las preguntas sobre el control de infecciones, prefiero que mis colegas respondan, ya que están trabajando directamente con eso.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Excelente. Entonces, lo que haremos es hacer un seguimiento fuera de la línea y asegurarnos de incluir eso en las preguntas frecuentes. Gracias.

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

Suena bien.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Bueno. Entonces veamos. Una pregunta más. ¿Cuáles son los mejores recursos sobre los kits de herramientas de información para la comunidad y los recursos de las redes sociales para las pautas a fin de capacitar al personal para abordar el COVID-19? Dra. Koonin, no estoy segura. Estoy bastante segura de que los CDC tienen algo sobre esa comunicación y el personal y la comunicarán a la comunidad. ¿Sabe si hay un recurso en el sitio web?

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**

Muchos recursos descargables, un buscadores. Y esto está creciendo todos los días. Estamos tratando de hacer todo lo posible para proporcionar recursos para que la gente pueda descargarlos e imprimirlos.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Excelente. Y Tina, ¿tiene algún seguimiento de eso?

**Tina T. Wright:**

Acabo de publicar en el chat que los CDC tienen un excelente kit de herramientas digitales en su sitio web disponible para su descarga con todos los puntos de conversación adecuados que queremos presentar sobre el lavado de manos, así como el control de infecciones, y en diferentes idiomas también.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Fantástico. Y todavía estamos recibiendo algunas preguntas aquí. Y con todos esos recursos, estamos tratando de asegurarnos de que también los estamos subiendo al sitio web de la NACHC, al menos los enlaces para que sean fáciles de encontrar. Bueno.

**Tina T. Wright:**

Marisol, solo como seguimiento a una pregunta anterior, compartí un enlace en el chat con un recurso que uno de nuestros servicios de salud para los programas de indigentes aquí en Massachusetts proporcionó para ayudar a guiar su control de infecciones, aislamiento y cuarentena para pacientes sin hogar.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Fantástico. Muchas gracias. Y nos aseguraremos de vincular eso también. Dra. Koonin, ¿puede comentar sobre la limpieza de la sala de examen, los filtros HEPA? ¿Cómo podemos mantener las salas de examen limpias o limpiarlas después?

**Lisa M. Koonin, DrPH, MN, MPH:**



Tenemos guías de limpieza ambiental muy específicas en nuestro sitio web para centros de salud. Permítame asegurarme de enviarle ese enlace para que pueda publicarlo en la información posterior a la llamada.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Bueno. Me pidieron que repita la cantidad de fondos gubernamentales que ayudarán a los centros de salud. A partir de ahora, nosotros... Espera un segundo. El reciente proyecto de ley firmado por el presidente incluye 100 millones para centros de salud específicamente. Por el momento no está claro cómo se distribuirá eso. Así que definitivamente lo mantendremos informado no solo en nuestro sitio web, sino también a través de las redes sociales cuando obtengamos más información al respecto.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Y entonces, Dr. Lee o Lisa DiFedele, si pudieran hacer un seguimiento de lo que pueden hacer dentro de su centro de salud para mantener limpias las salas de examen y cómo limpiarlas después, sería fantástico.

**George Lee, MD:**

Seguro. En realidad, para nosotros, en términos de desinfectar una habitación después de su uso, lo que se supone que se debe hacer es esperar una hora después de que salgan de la sala de aislamiento en el aire o el tiempo necesario si se conoce las tasas de cambio de aire para esa sala de presión negativa específica. Se desea tener una eliminación del 99.9% antes de ingresar a la sala. Si no se conoce las tasas de cambio de aire, una hora debería ser suficiente. Y luego, quien esté limpiando la habitación debe tomar precauciones de contacto. Usar guantes y bata siempre que esté usando toallas húmedas. Si está utilizando algún tipo de desinfectante que requiera rocío o podría haber una posible salpicadura, entonces también necesitará una máscara y un protector facial.

**George Lee, MD:**

Solo quería agregar un poco a algunas de las preguntas, responder algunas de las preguntas que se mencionaron antes. Para las mascarillas N95, generalmente la recomendación es usarlas de manera prolongada si se intenta extender su vida útil en lugar de reutilizarlas. Entonces, básicamente, mantener puesta una en lugar de reutilizarla y pulirla todo el tiempo. La otra cosa es que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha puesto a disposición otras mascarillas a través de una EUA, una autorización de uso de emergencia. Entonces, algunas de las industriales probablemente estén bien, como la R99 y la P100. Por lo tanto, posiblemente existen otras fuentes de mascarillas disponibles y creo que también están publicadas en el sitio web de la FDA.

**Lisa DiFedele, MPH:**

Ella es Lisa DiFedele. Estamos siguiendo exactamente lo que se acaba de explicar sobre la limpieza. Necesitas esperar una hora. Nos tomó un poco de tiempo examinar nuestros tipos de cambio de aire y eso tardó aproximadamente una hora. Y luego, después de examinarlos, descubrimos que una hora era adecuada para nuestros tipos de cambio de aire. No utilizamos desinfectantes en aerosol debido a las alergias del personal y la preocupación por eso. Así que utilizamos toallas húmedas, exactamente cómo se explicó. Y nos aseguramos de que esas habitaciones se limpien entre cada paciente. Hemos intensificado eso y lo estamos auditando ahora también, ya que es muy importante porque no sabemos necesariamente qué individuos están ingresando con COVID ahora que estamos viendo su propagación en la comunidad.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Él es Ron Yee. Y sí, quería agregar, si va al sitio web, al sitio web de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), tienen algunos documentos excelentes sobre cómo manejar los volúmenes de N95 cuando comienza a disminuir el número que se tiene. Tienen tres enfoques diferentes. Tienen las estrategias de capacidad convencionales en las que podrían tener las adecuadas, pero sienten que los están presionando un poco. Están viendo que esos volúmenes bajan. El siguiente paso es la contingencia. Es cuando comienzan a ser presionados y no tienen suficientes N95. Y luego el tercer paso son las estrategias alternativas de crisis. Y eso es todo si no tienen mascarillas, encontrar personas que hayan sobrevivido a COVID-19 o que sean personas más jóvenes que no estén en alto riesgo o saludables. Entonces llega hasta ese nivel. Así que creo que, si desea prepararse completamente, debería ir al sitio web de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y ver las estrategias N95, y ellos lo guiarán a través de todo el proceso.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Bueno. Entonces tengo una pregunta más y esta es para Tina. Nuestra comunidad aún no ha visto COVID-19, pero solicita que una clínica sea el centro para todos los pacientes que necesitan o presentan síntomas de COVID-19 para la prueba. ¿Sientes que esto es algo que debería hacerse adicionalmente allí? ¿Tienes alguna idea sobre combinar sitios en general?

**Tina T. Wright:**

Es una teoría interesante. He oído, por ejemplo, que lo han hecho en Rhode Island. En lugar de enviar personas a su proveedor de atención primaria donde podría haber otros pacientes inmunocomprometidos en las salas de espera, a veces es realmente difícil en el entorno de nuestro centro de salud tener una capacidad de aislamiento adecuada. Y de manera similar con los hospitales, existe el temor de que las personas entren y puedan infectar a otros. Por lo tanto, en Rhode Island se ha producido un movimiento para enviar personas a un sitio de prueba designado que no ve a nadie más. Han establecido esas estaciones en Rhode Island. Esa es una forma de tratar de contener la enfermedad, especialmente para las poblaciones con mayor riesgo.

**Tina T. Wright:**

No hay una mejor práctica real alrededor de esto. Solo se pueden usar diferentes estrategias. Y realmente queda a discreción del Departamento de Salud Pública del estado y cuáles son sus planes de control de infecciones para un brote de enfermedad. Así que hemos visto muchos modelos mencionados para eso. Ese es también el método que están utilizando para la contención y el tratamiento de pacientes con Ébola. Existen instalaciones designadas para cualquier persona que vaya a ser examinada o tratada para el Ébola. Así que puedo ver por qué algunos estados podrían estar inclinándose hacia eso.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Sí, Tina. Gracias. Creo que es importante trabajar con su Departamento de Salud Pública local si está pensando en estrategias como esa y realmente estar en contacto cercano para asegurarse de que todos sepan lo que está sucediendo y acepte usar las pautas de los CDC.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Así que gracias a todos por las preguntas que enviaron. Cualquier persona a la que no hayamos podido llegar, incluiremos nuestras preguntas frecuentes en nuestro sitio web. Y ahora queremos dedicar un

par de minutos a Marisol para que nos informe sobre qué tipo de recursos están disponibles a través de la NACHC. Y terminaré esto.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Excelente. Así que solo quiero enfatizar en primer lugar que los CDC son, obviamente, la fuente de acceso para toda la información relacionada con el Coronavirus. Sin embargo, lo que hemos hecho es crear esta página en nuestro sitio web a la que puede acceder desde la página de inicio en NACHC.org. Esto se actualiza continuamente con información y recursos que son útiles y, en algunos casos, adaptados a los centros de salud comunitarios. Y esa página se encuentra en [www.nachc.org/coronavirus](http://www.nachc.org/coronavirus). Y de nuevo, también es muy fácil acceder desde la página de inicio.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Y en esa página encontrará recursos para el manejo de emergencias, recursos para proveedores, recursos comunitarios, recordatorios de salud pública familiar [inaudible 00:55:20], así como recursos para abordar el estigma. Lo más importante también es que encontrará esta transcripción y grabación de este seminario web a principios de la próxima semana. Las transcripciones estarán disponibles en español e inglés.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

Si tiene información, obviamente queremos saber de usted. Está en el ojo de la tormenta, así que necesitamos saber de usted. Si tiene información o recursos que son relevantes para los centros de salud comunitarios, como las mejores prácticas, no dude en compartirlos con nosotros enviando un correo electrónico a [prepareness@nachc.org](mailto:prepareness@nachc.org). Sigán a la NACHC en Twitter para mantenerse al día con lo último. Obviamente, esta información continúa cambiando y, por lo tanto, estamos tratando de mantenernos al día como todos los demás y ese es un gran lugar para mantenerse al día con lo que la NACHC tiene en cuanto a recursos e información.

**Marisol Murphy-Ballantyne, MSHCA:**

También algo emocionante. Quería que todos supieran que si sintonizan C-SPAN el lunes por la mañana de 9:00 a 9:30, el Dr. Yee hablará con el anfitrión John McCartle sobre el papel de los centros de salud comunitarios como respondedores de primera línea al nuevo Coronavirus. Así que espero que puedan ver eso o tal vez seguir con un enlace más adelante durante el día.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Gracias, Marisol. Quiero agradecer a todos por acompañarnos hoy. Creo que ha visto a través de los ejemplos y la discusión cómo los centros de salud son realmente los expertos en implementación. Podemos seguir las pautas de los CDC y otros y realmente saber de primera mano cómo se ve esto. Y agradezco, especialmente a los centros de salud y a Tina del EMAC, que realmente comparten cómo se ve esto de primera mano. Ahí es donde la gente necesita ayudar. Creo que si podemos continuar educando a nuestro personal en nuestras comunidades a este nivel, realmente podemos calmar mucho ese miedo. Así que creo que hemos alcanzado nuestro objetivo, lo que queríamos para esta convocatoria. Contamos con la experiencia de los CDC en la línea y en el camino hacia saber si se trata de PCA estatales y hasta el nivel del centro de salud sobre cómo se ve esto.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Así que quiero agradecer especialmente a nuestros oradores, asistentes y al personal de la Asociación Nacional de Centros de Salud Comunitarios (NACHC) por organizar este seminario web. Tomó mucho lograr esto tan rápido. Como mencionó Marisol, la grabación y transcripción del seminario web y otros recursos se publicarán en la página de inicio de la NACHC a principios de la próxima semana.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Recibí un correo electrónico que quiero mencionar. Acabo de escuchar esta mañana que creo que LabCorp anunció ayer a las 6:00 p.m. que iban a comenzar a proporcionar la prueba de Coronavirus en entornos de atención ambulatoria individual, como consultorios médicos y CHC. Así que creo que todavía tenemos que trabajar en la facturación, el transporte de los especímenes y todo lo relacionado con eso. Pero creo que eso es algo que viene, lo que pienso que será un cambio de juego para nosotros para que podamos identificar, aislar y contener estos casos. Así que quería animarlos con eso.

**Ron Yee, MD, MBA, FAAFP:**

Una vez más, gracias a todos por unirse a nosotros. Creo que cumplimos con nuestro objetivo, como mencioné, de preparar mejor a nuestros participantes hoy para que podamos disminuir el pánico de nuestro personal, pacientes y comunidades a las que servimos y respondamos adecuadamente a la epidemia del COVID-19. Así que, por favor, mantente sano y en primera fila. Y gracias nuevamente a los oradores y a todos por unirse a nosotros. Cúdense.