



**FACULTAD DE POSGRADO
TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN**

**TIEMPO DE BUSQUEDA PARA ATENCION MÉDICA DE
PACIENTES CON SOSPECHA DE COVID-19 EN EL TRIAJE DE
SONAGUERA COLON**

SUSTENTADO POR:

ALEXIS JOSE PADILLA BONILLA

PREVIA INVESTIDURA AL TÍTULO DE:

**MASTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
2022**

SAN PEDRO SULA, CORTÉS

HONDURAS, C.A.

MAYO, 2022

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA

UNITEC

FACULTAD DE POSTGRADO

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR

MARLON BREVÉ REYES

SECRETARIO GENERAL

ROGER MARTÍNEZ MIRALDA

VICERRECTOR ACADEMICO NACIONAL

JAVIER ABRAHAM SALGADO LEZAMA

DIRECTORA UNITEC CAMPUS S.P.S

MARIA ROXANA ESPINAL

DIRECTORA NACIONAL DE POSTGRADO

ANA DEL CARMEN RETTALLY

**TIEMPO DE BUSQUEDA PARA ATENCION MÉDICA DE
PACIENTES CON SOSPECHA DE COVID-19 EN EL TRIAJE DE
SONAGUERA COLON, 2021**

**TRABAJO PRESENTADO EN CUMPLIMIENTO DE LOS
REQUISITOS EXIGIDOS PARA OPTAR AL TÍTULO DE**

MÁSTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD

ASESOR METODOLÓGICO

TULIO ARNALDO BUESO JACQUIER

ASESOR TEMÁTICO

MARIA ELENA DURON VALERIANO

MIEMBROS DE LA TERNA

**VICTOR MANUEL MELÉNDEZ
COLINDRES**

ANABEL CHINCHILLA

DERECHOS DE AUTOR

© Copyright 2021

**ALEXIS JOSE PADILLA
BONILLA**

Todos los derechos son reservados



FACULTAD DE POSTGRADO

TIEMPO DE BUSQUEDA PARA ATENCION MÉDICA DE PACIENTES CON SOSPECHA DE COVID-19 EN EL TRIAJE DE SONAGUERA COLON, 2021

NOMBRE DEL MAESTRANTE:

Alexis José Padilla Bonilla

Resumen

Una de las principales necesidades de toda sociedad en vías de desarrollo es la correcta implementación de un sistema de salud con altos estándares de calidad. La pandemia por el COVID-19 se ha vuelto la prioridad del sistema de salud a nivel mundial. A pesar de la alta contagiosidad del virus y sus complicaciones, parte del pronóstico de como se desarrolla la enfermedad se ha relacionado con atención médica temprana para los pacientes. La información sobre el tema es muy poca, especialmente sobre Honduras. El objetivo del estudio es documentar el retraso en búsqueda de atención medica de los pacientes sospechosos de poseer infección por COVID-19 atendidos en el Triage de Sonaguera, Colón. Se captaron expedientes por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia de pacientes atendidos en el periodo de tiempo comprendido entre los meses de febrero a julio del año 2021, posteriormente se realizó análisis estadístico descriptivo, obteniendo porcentajes y medidas de tendencia central. El retraso en búsqueda de atención medica se observó en el 32,26% de los pacientes. El 30,65% de ellos se tardaron más de 7 días para buscar asistencia médica, y el 1,61% tardaron más de 10 días. Se recomienda la creación de triajes en zonas accesibles, próximo a estaciones de transporte público. De esta manera se puede facilitar a los pacientes con sospecha de COVID-19 que busquen atención médica temprana.

Palabras clave: atención médica, COVID-19, enfermedad del coronavirus, Honduras, tiempo de diagnóstico y tratamiento



POST GRADE FACULTY

SEARCH TIME FOR MEDICAL ATTENTION OF PATIENTS WITH SUSPECTED COVID-19 IN THE TRIAJE OF SONAGUERA COLON, 2021

NAME OF MASTER STUDENT:

Alexis Jose Padilla Bonilla

Abstract

One of the main needs of every developing society is the correct implementation of a health system with high quality standards. The COVID-19 pandemic has become the priority of the health system worldwide. Despite the high contagiousness of the virus and its complications, part of the prognosis of how the disease develops has been related to early medical care for patients. Information on the subject is very little, especially on Honduras. The objective of the study is to document the delay in seeking medical care for patients suspected of having COVID-19 infection treated at the Sonaguera Triaje, Colón. Records were collected through a non-probabilistic sampling of convenience of patients treated in the period of time between the months of February to July of the year 2021, subsequently a descriptive statistical analysis was carried out, obtaining percentages and measures of central tendency. The delay in seeking medical attention was observed in 32.26% of the patients. 30.65% of them took more than 7 days to seek medical assistance, and 1.61% took more than 10 days. The creation of triajes in accessible areas, close to public transport stations, is recommended. This can make it easier for patients with suspected COVID-19 to seek medical care early.

Keywords: medical care, COVID-19, coronavirus disease, Honduras, diagnosis and treatment time

DEDICATORIA

A mi familia por haber sido ese apoyo incondicional durante toda la maestría. Sus palabras de aliento y motivación ayudaron enormemente a no desistir en este camino. La inspiración y logro obtenido se lo debo a ellos.

Mi familia fue ese factor decisivo de la conquista de este logro. No ha sido fácil, pero tener este apoyo de parte de ellos, fue muy importante.

Alexis José Padilla Bonilla

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a mi familia por el apoyo de siempre.

Alexis José Padilla Bonilla

INDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I	1
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 INTRODUCCION	2
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	3
1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	6
1.3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.3.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	7
1.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	8
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.5 JUSTIFICACIÓN	9
CAPITULO II.....	11
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	11
2.1.1 ANÁLISIS DEL MACRO-ENTORNO	11
2.1.2 ANÁLISIS DEL MICRO-ENTORNO	21
2.1.2.1 SONAGUERA	26
2.1.3 ANÁLISIS INTERNO	29
2.2 TEORÍAS	33
2.2.1 TEORÍA DE SUSTENTO	33
2.2.1.1 BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA TARDÍA por Sless, et al.....	33
2.3 CONCEPTUALIZACIÓN	37
2.3.1 RUTAS DE TRANSMISIÓN	38
2.3.2 PERIODO DE INCUBACIÓN Y PERIODO DE INFECTIVIDAD	39
2.3.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	39
2.3.4 DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE GRAVEDAD	40
2.3.5 MANEJO DE LA ENFERMEDAD	41
2.3.6 VARIANTES DEL VIRUS COVID-19	43
CAPITULO III	46
3. METODOLOGÍA.....	46
3.1 CONGRUENCIA METODOLÓGICA	46
3.1.1 MATRÍZ METODOLÓGICA	46
3.1.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	47
3.1.3 HIPÓTESIS	50
3.2 ENFOQUE Y MÉTODOS	50
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	50
	XI

3.3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA	50
3.3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS Y RESPUESTA.....	51
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS	51
3.4.1 INSTRUMENTOS	51
3.2 PROCEDIMIENTOS	52
3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	53
3.5.1 FUENTES PRIMARIAS	53
CAPÍTULO IV.	54
4. RESULTADOS Y ANÁLISIS	54
4.1 INFORME DE PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	54
4.2 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LAS TÉCNICAS APLICADAS	54
CAPÍTULO V.	64
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
5.1 CONCLUSIONES	64
5.2 RECOMENDACIONES	65
CAPÍTULO VI.	66
6. PROPUESTA.....	66
6.1 TÍTULO DE LA PROPUESTA.....	66
6.2. INTRODUCCIÓN	66
6.3 OBJETIVO DEL PLAN	66
6.4 DESCRIPCIÓN DEL PLAN.....	66
6.4.1 SUPERVISIÓN.....	67
6.4.2 CONOCIMIENTO.....	67
6.4.3 EQUIPAMIENTO	68
6.5 PROTOCOLO DE MANEJO PARA PACIENTES SOSPECHOSOS DE COVID-19	69
6.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
GLOSARIO	77
ANEXOS	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Imágenes de Sonaguera, ciudad en el departamento de Colón, Honduras.	27
Figura 2. Centro de Salud, Sonaguera, Colón.	31
Figura 3. Mapa de Ubicación de Triage para Sonaguera, Colón.	32
Figura 4. Area de observación en Triage para COVID-19 en Sonaguera, Colón.	33
Grafico 1. Número de casos y muertes por COVID-19 notificados semanalmente por región de la OMS al 3 de agosto de 2021	
Gráfico 1. Período de incubación, contagiosidad y enfermedad del COVID-19 (Guan, y otros, 2020).	4
Gráfico 2. Número de casos y muertes por COVID-19 notificados semanalmente por región de la OMS al 6 de febrero de 2022 (Organización Mundial de la Salud, 2021) .	20
Gráfico 3. Edad de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triage de Sonaguera, Colón	55
Gráfico 4. Género de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triage de Sonaguera, Colón	56
Gráfico 5. Estado Civil de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triage de Sonaguera, Colón	57
Gráfico 6. Ocupación de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triage de Sonaguera, Colón	59
Gráfico 7. Escolaridad de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triage de Sonaguera, Colón	59
Gráfico 8. Municipio de procedencia de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triage de Sonaguera,	60

Gráfico 9. Departamento de procedencia de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triage de Sonaguera,	60
Gráfico 10. Intervalo de tiempo entre primer síntoma y primera atención médica de pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triage de Sonaguera, Colón.....	61
Gráfico 11. Estado del paciente con sospecha de COVID-19 Atendido en Triage de Sonaguera al egreso médico	63
.....	20
Grafico 2. Comportamiento de los Homicidios en Honduras 2019	23
Grafico 3. Porcentaje de pacientes confirmados por COVID-19 en los departamentos de Honduras.....	24
Grafico 4. Porcentaje de pacientes fallecidos por COVID-19 en los departamento de Honduras.....	24
Grafico 5. Estado de vacunación hasta el 16 de agosto, 2021 en Honduras.	26

CAPÍTULO I.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

“La única cosa necesaria para que el mal triunfe, es que los hombres buenos no hagan

nada” Edmund Burke.

La pandemia por el virus COVID-19 ha alterado la vida de todos los seres humanos, ocasionando crisis económica, académica y otros sectores, pero principalmente sanitaria. Esta crisis sanitaria ha afectado a casi todos los países del mundo, a consecuencia de la alta cantidad de pacientes demandando atención médica de urgencia y de alto calibre. Aun países del primer mundo han observado su sistema de salud colapsado al enfrentarse a contagios masivos de COVID.19. Al presentarse una gran cantidad de pacientes que ameriten hospitalización, aumenta la tasa de mortalidad de cada país, y en muchas ocasiones estas hospitalizaciones pudieron ser prevenidas al buscar atención médica oportuna y temprana. De esta manera, se puede brindar tratamiento a la enfermedad antes que esta desarrolle diversas complicaciones que necesiten de intervenciones médicas más agresivas y en muchas ocasiones, menos efectivas.

En Honduras, se presenta un sistema de salud público deficiente, sin la capacidad de poder atender de manera adecuada a una cantidad grande de pacientes complicados en caso de presentarse la necesidad. Por ello, se hace énfasis a la población hondureña sobre la importancia de solicitar atención médica temprana, para disminuir tanto hospitalizaciones como muertes por COVID-19.

Aunque diversas campañas han ido dirigidas a este tema, se desconoce el promedio de tiempo que se tarda un paciente hondureño en asistir a un centro asistencial

en búsqueda de tratamiento médico. El siguiente estudio tiene como objetivo estudiar la relación entre buscar atención médica temprana y un mejor pronóstico para estos pacientes.

1.1 INTRODUCCION

El personal de salud desarrolla actividades diversas en los niveles de atención dirigidas a proteger la salud de la comunidad, pacientes y personal. En cuanto a la promoción y prevención juegan un papel importante y protagónico, ya que son los responsables directos de fomentar el uso correcto de las medidas de bioseguridad, contribuyendo de esta manera a disminuir el riesgo de transmitir y adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa, además son los llamados a educar y fomentar el adecuado uso de los establecimientos de salud en tiempo y forma.

A pesar de las diversas campañas realizadas tanto por el personal de salud como por los medios

de comunicación, no se cuenta con un estudio que demuestre el cumplimiento de las normas de bioseguridad por parte de los pacientes. Tanto el uso de las medidas necesarias como la búsqueda oportuna de atención médica son claves para superar esta crisis, por lo que estudiar estas variables se vuelve prescindible para evaluar tanto el trabajo del personal de salud y sus campañas de prevención, como valorar la necesidad de realizar medidas más exhaustivas.

La importancia de este estudio es demostrar la prontitud con la que los pacientes que presentan algún tipo de síntoma relacionado a COVID-19 que los vuelve sospechosos, acuden a los distintos establecimientos de salud. Mostrando una relación entre el tiempo de atención y su evolución clínica, abriendo camino para futuras investigaciones en relación al tiempo de atención.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

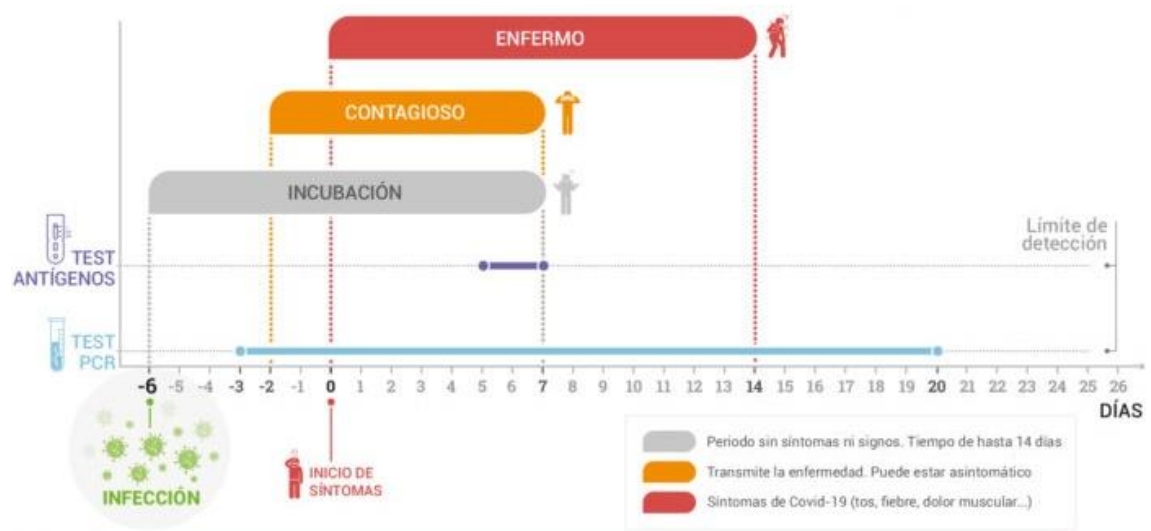
Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) es el nombre dado al nuevo coronavirus descubierto en 2019. COVID-19 es el nombre de la nueva enfermedad asociada a este virus. Desde que se produjeron los primeros casos de infección por COVID-19 a finales de diciembre de 2019 en Wuhan (China), el crecimiento exponencial de esta enfermedad ha llevado a una pandemia, declarada como tal por la OMS el 11 de marzo 2020 (Zuniga-Moya, Norwood, & Romero Reyes, 2020).

La evidencia ha demostrado que la mejor manera de combatir esta enfermedad consiste en distanciamiento social, la higiene de manos constante y el uso constante de mascarillas (Petrilli & al., 2020). Además, se recomienda buscar atención médica temprana al presentar síntomas sugestivos de una enfermedad por COVID-19, tanto para realizar un diagnóstico oportuno, como para iniciar tratamiento temprano. Si se detectan las manifestaciones clínicas precozmente, disminuye el riesgo de complicaciones tales como una enfermedad por COVID-19 moderada o grave que puede llegar a comprometer la vida a corto plazo.

Las personas poseen una actitud negativa hacia las medidas de bioseguridad, aun cuando se les explica la necesidad de cumplirlas. En la región nor-oriental, especialmente las atendidas en El Centro de Triage de Sonaguera es de gran importancia estudiar el cumplimiento de las normas de bioseguridad de las personas que utilizan los servicios de salud. Por lo cual en este estudio se pretende obtener las características sociodemográficas de estos pacientes, así como el tipo de manifestación clínica más frecuente de las personas que tienen esta actitud reprochable ante las medidas de bioseguridad y que buscan de una forma tardía los servicios.

Una vez que una persona ha contraído el virus COVID-19, los síntomas pueden tardar entre 2 y 14 días en aparecer. El período de incubación promedio parece ser de aproximadamente 5 a 6 días. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los síntomas del coronavirus pueden ser leves y aparecer gradualmente. Las personas que experimentan COVID-19 leve generalmente podrán recuperarse en casa sin tratamiento hospitalario (Organización Mundial de la Salud, 2021). Pero aun así, se recomienda la visita a un médico, tanto para el diagnóstico de la enfermedad como para monitorear los niveles de marcadores inflamatorios y valorar terapia individualizada a cada paciente. El problema es cuando el paciente por diversas causas (miedo a exposición, negación, incredulidad, etc.) no asiste en ese momento al médico, y espera hasta que presenta sintomatología severa. En esos casos, se presenta un peor pronóstico ya que las opciones terapéuticas disminuyen y requiere de cuidados más especializados y de baja disponibilidad en el país. Estudios que demuestran esta relación entre atención médica tardía y mal pronóstico no se encuentran aun disponibles.

Gráfico 1. Período de incubación, contagiosidad y enfermedad del COVID-19 (Guan, y otros, 2020).



Como se observa en el Gráfico 1, el período de incubación de COVID-19 es generalmente dentro de los 14 días posteriores a la exposición y la mayoría de los casos

ocurren aproximadamente de cuatro a cinco días después de la exposición (Guan, y otros, 2020).

1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La pandemia por COVID-19 ha ocasionado múltiples cambios en el día a día de todos los hondureños. Algunos de los cambios que se han dado en el área médica son la reorganización de los centros hospitalarios y la disposición de todos los recursos para el tratamiento de los pacientes con COVID-19. En el ámbito clínico esto ha tenido un impacto relevante, ya que ha llevado a la suspensión de muchas intervenciones electivas, el cierre de quirófanos para la utilización de los respiradores en unidades de cuidados intensivos y la redistribución de personal quirúrgico a otros servicios para apoyo. Todo esto debido a que Honduras posee un sistema de salud deficiente, que no posee la capacidad de atender un número importante de pacientes complicados por COVID-19. Uno de los pueblos más abatidos en Colon es Sonaguera, por ser uno de los únicos municipios de gran tamaño que no cuenta con hospital; tomando en cuenta que tanto hospitales públicos como privados se encuentran repletos. Por el colapso inminente de este sistema sanitario, se recomienda que la población colabore buscando atención médica temprana y utilizando las medidas de bioseguridad.

Se han realizado múltiples protocolos para realizar cambios en los protocolos de seguridad durante la pandemia, realizando modificaciones a protocolos preexistentes y de esta forma aplicando medidas para disminuir el riesgo de contagio. En nuestro país, a la fecha actual no se cuenta con un seguimiento en la relación del tiempo de atención con la positiva o negativa evolución de los pacientes sospechosos de COVID-19.

1.3.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

La pandemia COVID-19 requiere de un sistema de salud con abundantes recursos para poder asistir a los pacientes de una manera adecuada y aumentar las probabilidades de sobrevivir a la enfermedad. En Honduras, esta pandemia ha sido devastadora para todos los sectores, siendo el sector salud el más afectado. Esto se debe a que el sistema de salud no cuenta con la infraestructura, el equipo o el personal necesario para atender la demanda de pacientes que requieren de cuidados de alta calidad. Aparte, que no presentan suficientes centros y hospitales regionales que permitan una cobertura amplia de todas las áreas del país, evitando que las instituciones nacionales se sobrecarguen de pacientes. Para mejorar esta situación, se necesitan fuertes inversiones para acomodar las condiciones óptimas para una atención de calidad.

Además de la deficiencia de base del sistema de salud, el país se encuentra con una problemática social y política delicada, provocando un ambiente de inestabilidad y vulnerabilidad. Esto ha exacerbado los niveles de pobreza, corrupción, desigualdad y violencia, cuyos niveles han aumentado en comparación a décadas anteriores. La cuarentena aplicada a inicios de la pandemia condicionó una mayor crisis económica, aumentando el índice de desempleo y pobreza.

Todas estas condiciones anunciadas, solo demuestran la necesidad que posee el Estado y el personal de salud de disminuir al máximo la cantidad de pacientes contagiados, ya que así evitamos el colapso sanitario debido al carente sistema al que tenemos acceso. Por ello, la atención temprana de los pacientes con enfermedad leve por COVID-19 y el uso constante de las medidas de bioseguridad es clave.

1.3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El deficiente sistema de salud de Honduras no es capaz de atender pacientes contagiados por COVID-19 en grandes cantidades, disminuyendo la calidad de atención de estos pacientes y aumentando su riesgo de muerte. Uno de los principales métodos para evitar hospitalizaciones masivas y complicaciones secundarias a la enfermedad es educar a la población que asistan de manera temprana a un centro asistencial, al presentar cualquier síntoma sugestivo de COVID-19. ¿Aproximadamente, cuanto tardan los pacientes en buscar atención medica al presentar síntomas por una posible infección por COVID-19?

1.3.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las preguntas que se detallan a continuación van en función de los hallazgos que se planean identificar como principales factores influyentes para una evolución positiva o negativa de todos los pacientes sospechosos de COVID-19, factor como el tiempo de búsqueda de atención.

1. ¿Qué factores influyen para la búsqueda de atención oportuna del paciente sospechoso de covid-19 atendido en Sonaguera?
2. ¿Cuál es el perfil sociodemográfico del paciente sospechoso de covid-19 atendido en Sonaguera?
3. ¿Cuál es el porcentaje de pacientes sospechosos de covid-19 con búsqueda tardía de atención médica?
4. ¿Está relacionado el promedio de tiempo que tardan los pacientes con COVID-19 para buscar asistencia médica con el pronóstico de la enfermedad?

1.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO

En esta investigación se busca documentar, el tiempo que esperaron en búsqueda de atención médica la población que asistió al triaje de Sonaguera, que al final se ve reflejada en la salud de cada persona afectada por dicha enfermedad.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Se abordará la crisis sanitaria en el país desde el punto de vista de las altas pérdidas humanas que se registran en este sector, tomando como referencia el tiempo de búsqueda en la atención medica por parte de los pacientes con sospecha de COVID-19.

1) Documentar los factores que condicionan la obtención oportuna de atención medica en los pacientes sospechosos de poseer infección por COVID-19 atendidos en el Triaje de Sonaguera, Colón en el periodo de tiempo comprendido entre los meses de febrero a julio del año 2021.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

La presente investigación de carácter cuantitativo pretende mostrar el impacto que tiene el tiempo en la búsqueda de atención por los pacientes con sospecha de COVID-19

1. Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes sospechosos de poseer infección por COVID-19 atendidos en el Triaje de Sonaguera, Colón entre febrero a julio del año 2021
2. Determinar el intervalo de días que tardan los pacientes sospechosos de poseer infección por COVID-19 en buscar atención médica en el Triaje de Sonaguera, Colón en febrero a julio del año 2021.
3. Comparar la evolución clínica de los pacientes de acuerdo a su búsqueda de atención médica temprana o tardía en el Triaje de Sonaguera, Colón entre los meses de febrero a julio del año 2021.

1.5 JUSTIFICACIÓN

La producción y desarrollo humano depende directamente de la salud de cada individuo. Para que cada ser humano tenga la capacidad de realizar sus actividades cotidianas tiene que gozar de sus facultades físicas en su totalidad, viéndose la salud como un factor fundamental y esencial en la población, razón por la que se intenta indagar las repercusiones ya sean positivas o negativas que conllevan el tiempo que se tarda los pacientes con sospecha de COVID-19 en la búsqueda de atención médica.

Valor social

La siguiente investigación pretende proporcionar información sobre la relación entre el retraso en búsqueda de atención médica para pacientes COVID-19 y su pronóstico. Al socializar esta información, se pueden crear programas de concientización para los pacientes y que estos decidan tomar mejores decisiones a futuro, enfatizando la importancia de solicitar asistencia médica temprana al presentar síntomas sugestivos por COVID-19

Valor práctico

Los resultados de este estudio permitirán demostrar el riesgo que la población en estudio posee de desarrollar complicaciones capaces de poner en peligro la vida, por no asistir a tiempo a consulta con el médico o usar las normas de bioseguridad adecuadas. Al demostrar con datos este fenómeno, podemos enfocar campañas de prevención en reprimir estas conductas en búsqueda de mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Valor teórico

Estudios con estos objetivos en Honduras no se están realizando, y los que se han realizado no han sido socializados con el gremio médico por medio de publicaciones que permitan compartir los hallazgos encontrados. Por ello, los datos de esta investigación son de gran valor académico para enriquecer el panorama de esta enfermedad.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

La neumonía causada por el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) surgió en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China en diciembre de 2019. Para el 11 de febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) nombró oficialmente la enfermedad resultante de Infección por SARS-CoV-2 como enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). COVID-19 representa un espectro de manifestaciones clínicas que típicamente incluyen fiebre, tos seca y fatiga, a menudo con afectación pulmonar. El SARS-CoV-2 es muy contagioso y la mayoría de las personas de la población en general son susceptibles a la infección (Organización Mundial de la Salud, 2022).

A pesar de que esta enfermedad es muy nueva, la comunidad científica se ha enfocado en analizar como esta enfermedad se ha comportado, sus características y porque ha impactado tan grandemente a la población mundial. A continuación, expondremos como esta pandemia por COVID-19 ha evolucionado a nivel mundial y nacional, analizando datos sobre casos confirmados y el total de fallecidos a consecuencia de esta enfermedad.

2.1.1 ANÁLISIS DEL MACRO-ENTORNO

Hasta el momento, se han confirmado a nivel mundial más de 205 millones de casos confirmados y más de 4.3 millones de fallecidos (Organización Mundial de la Salud, 2022). El 11 de enero se notificó el primer caso fuera de China continental en Tailandia, 7 y en unos meses la enfermedad se extendió a todos los continentes excepto la Antártida. India notificó su primer caso de COVID-19 el 30 de enero de 2020. Esto

aumentó a tres casos para el 3 de febrero de 2020. Sin embargo, a mediados de marzo, el número de casos infectados comenzó a aumentar y se desencadenó lo que conocemos como la pandemia del día de hoy (Centers for Disease Control and Prevention., 2020).

Al 31 de diciembre de 2020, COVID-19 había infectado a más de 82 millones de personas y había causado la muerte de más de 1,8 millones en todo el mundo. Pero las estimaciones preliminares sugieren que el número total de "muertes en exceso" mundiales atribuibles directa e indirectamente al COVID-19 en 2020 asciende a al menos 3 millones, 1,2 millones más que las cifras oficiales informadas por los países a la OMS (Wibmer, Ayres, Hermanus, & al., 2021).

El término "exceso de muertes" describe muertes más allá de lo esperado en condiciones "normales". Captura no solo las muertes confirmadas, sino también las muertes por COVID-19 que no se diagnosticaron y notificaron correctamente, así como las muertes atribuibles a las condiciones generales de la crisis. Esto proporciona una medida más completa y precisa en comparación con las muertes confirmadas por COVID-19 solo. Por ejemplo, algunos países solo informan las muertes por COVID-19 que ocurren en hospitales o las muertes de personas que dieron positivo por COVID-19. Además, muchos países no pueden medir o informar con precisión la causa de muerte debido a sistemas de información de salud inadecuados o con escasos recursos (Wibmer, Ayres, Hermanus, & al., 2021).

Es probable que la pandemia haya aumentado las muertes por otras causas debido a la interrupción de la prestación de servicios de salud y las vacunas de rutina, menos personas que buscan atención y escasez de fondos para servicios que no son COVID-19. La segunda "encuesta de pulso" de la OMS de 135 países en marzo de 2021 destacó las interrupciones persistentes a una escala considerable durante un año después de la

pandemia, y el 90% de los países informaron una o más interrupciones en los servicios de salud esenciales (Organización Mundial de la Salud, 2021).

COVID-19 ha expuesto desigualdades persistentes por ingresos, edad, raza, sexo y ubicación geográfica. A pesar de los recientes avances en salud en todo el mundo, las personas siguen enfrentándose a amenazas complejas e interconectadas a su salud y bienestar que tienen su origen en los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales de la salud.

La pandemia también ha revelado importantes lagunas en los sistemas de información sanitaria de los países. Si bien los entornos de altos recursos se han enfrentado a desafíos relacionados con la capacidad excesiva y la fragmentación, los sistemas de salud más débiles corren el riesgo de poner en peligro los logros en salud y desarrollo que ha alcanzado los últimos años.

Existe una disminución en los comportamientos preventivos como el distanciamiento físico, el uso de mascarillas y el lavado de manos a medida que aumenta el hacinamiento en el hogar. Entre las personas que viven en hogares con poca gente, el 79% informó haber tratado de distanciarse físicamente en comparación con el 71% en hogares con hacinamiento moderado y el 65% en hogares con hacinamiento extremo. Se observaron tendencias similares para el lavado de manos y el uso de mascarillas, lo que subraya las vulnerabilidades debidas al nivel socioeconómico (Secretaría de Salud de Honduras, 2021).

Los niños y las mujeres de los países de ingresos bajos y medianos bajos también corren un mayor riesgo de desnutrición, incluido el retraso en el crecimiento, la emaciación y la anemia durante el embarazo, lo que predispone a una peor respuesta al enfrentarse al COVID-19.

Antes de COVID-19, muchos países estaban avanzando hacia la cobertura sanitaria universal. Se registraron mejoras en la cobertura de los servicios de salud esenciales en todos los grupos de ingresos y en los diferentes tipos de servicios, a pesar de las persistentes desigualdades. Pero la protección financiera se ha ido deteriorando. Según las últimas cifras, la proporción de la población que gasta más del 10% de su presupuesto familiar en atención médica aumentó del 9% al 13% entre 2000 y 2015, y casi el 3% gastaba más del 25% de su presupuesto en atención médica (World Health Organization. , 2020).

La pandemia de COVID-19 ha provocado una dramática pérdida de vidas humanas en todo el mundo y presenta un desafío sin precedentes para la salud pública, los sistemas alimentarios y el mundo del trabajo. La perturbación económica y social causada por la pandemia es devastadora: decenas de millones de personas corren el riesgo de caer en la pobreza extrema, mientras que el número de personas desnutridas, que actualmente se estima en casi 690 millones, podría aumentar hasta 132 millones para el final del año (Sharifi & Khavarian-Garmsir, 2020).

Millones de empresas enfrentan una amenaza existencial. Casi la mitad de los 3.300 millones de trabajadores del mundo corren el riesgo de perder sus medios de vida. Los trabajadores de la economía informal son particularmente vulnerables porque la mayoría carece de protección social y acceso a una atención médica de calidad y ha perdido el acceso a los activos productivos. Sin los medios para obtener ingresos durante los encierros, muchos no pueden alimentarse a sí mismos ni a sus familias. Para la mayoría, no tener ingresos significa no comer o, en el mejor de los casos, menos alimentos y alimentos menos nutritivos (Sharifi & Khavarian-Garmsir, 2020).

La pandemia ha afectado a todo el sistema alimentario y ha puesto al descubierto su fragilidad. Los cierres de fronteras, las restricciones comerciales y las medidas de

confinamiento han impedido que los agricultores accedan a los mercados, incluso para comprar insumos y vender sus productos, y que los trabajadores agrícolas cosechen cultivos, interrumpiendo así las cadenas de suministro de alimentos nacionales e internacionales y reduciendo el acceso a dietas saludables, seguras y diversas. La pandemia ha puesto en riesgo millones de medios de vida. A medida que los sostén de la familia pierden sus trabajos, enferman y mueren, la seguridad alimentaria y la nutrición de millones de mujeres y hombres se ven amenazadas, y las personas de los países de bajos ingresos, en particular las poblaciones más marginadas, que incluyen a los pequeños agricultores y los pueblos indígenas, se ven amenazadas el golpe mas duro (Liu, Yan, Wan, & al., 2020).

Millones de trabajadores agrícolas, asalariados y autónomos, mientras alimentan al mundo, regularmente enfrentan altos niveles de pobreza laboral, desnutrición y mala salud, y sufren falta de seguridad y protección laboral, así como otros tipos de abuso. Con ingresos bajos e irregulares y falta de apoyo social, muchos de ellos se ven motivados a seguir trabajando, a menudo en condiciones inseguras, exponiéndose a sí mismos y a sus familias a riesgos adicionales. Además, cuando experimentan pérdidas de ingresos, pueden recurrir a estrategias de supervivencia negativas, como la venta de activos por situaciones de emergencia, los préstamos predatorios o el trabajo infantil. Los trabajadores agrícolas migrantes son particularmente vulnerables, porque enfrentan riesgos en su transporte, condiciones de trabajo y de vida y luchan por acceder a las medidas de apoyo implementadas por los gobiernos. Garantizar la seguridad y la salud de todos los trabajadores agroalimentarios, desde los productores primarios hasta los que participan en el procesamiento, el transporte y la venta minorista de alimentos, incluidos los vendedores ambulantes de alimentos, así como mejores ingresos y protección, será

fundamental para salvar vidas y proteger la salud pública medios de vida y seguridad alimentaria de las personas (Sheikh, McMenamin, Taylor, & al., 2021).

En la crisis del COVID-19 convergen la seguridad alimentaria, la salud pública y las cuestiones laborales, en particular la salud y seguridad de los trabajadores. Adherirse a las prácticas de seguridad y salud en el lugar de trabajo y garantizar el acceso al trabajo decente y la protección de los derechos laborales en todas las industrias será fundamental para abordar la dimensión humana de la crisis. La acción inmediata y decidida para salvar vidas y medios de subsistencia debe incluir la extensión de la protección social hacia la cobertura de salud universal y el apoyo a los ingresos para los más afectados. Estos incluyen a los trabajadores de la economía informal y en trabajos mal protegidos y mal remunerados, incluidos los jóvenes, los trabajadores mayores y los migrantes. Debe prestarse especial atención a la situación de las mujeres, que están en puestos de trabajo mal remunerados y funciones de cuidado. Las diferentes formas de apoyo son fundamentales, incluidas las transferencias de efectivo, las asignaciones por hijos y las comidas escolares saludables, las iniciativas de ayuda alimentaria y de refugio, el apoyo para la retención y recuperación del empleo y la ayuda financiera para las empresas, incluidas las micro, pequeñas y medianas empresas. Al diseñar e implementar tales medidas, es esencial que los gobiernos trabajen en estrecha colaboración con los empleadores y los trabajadores (Dong, Mo, Hu, & al., 2020).

A nivel mundial, la incidencia semanal de casos de COVID-19 aumenta con un promedio de alrededor de 490 000 casos notificados cada día durante los últimos reportes, en comparación con 400000 casos notificados diariamente en semanas anteriores. Después de una disminución constante durante más de dos meses, el número de muertes semanales informadas ha ido en aumento (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La transmisión respiratoria directa de persona a persona es el medio principal de transmisión del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Se cree que ocurre principalmente a través del contacto a corta distancia (es decir, dentro de aproximadamente seis pies o dos metros) a través de partículas respiratorias; El virus que se libera en las secreciones respiratorias cuando una persona infectada tose, estornuda o habla puede infectar a otra persona si se inhala o entra en contacto directo con las membranas mucosas. La infección también puede ocurrir si las manos de una persona están contaminadas por estas secreciones o al tocar superficies contaminadas y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca, aunque no se cree que las superficies contaminadas sean una vía importante de transmisión (Castagnoli, Votto, Licari, & al., 2020).

El SARS-CoV-2 también se puede transmitir a distancias más largas a través de la ruta aérea (mediante la inhalación de partículas que permanecen en el aire a lo largo del tiempo y la distancia), pero se desconoce hasta qué punto este modo de transmisión ha contribuido a la pandemia. Los informes dispersos de brotes de SARS-CoV-2 (p. Ej., En un restaurante, en un autobús) han puesto de relieve el potencial de transmisión por el aire a distancias más largas en espacios cerrados y mal ventilados (Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses., 2020). Los estudios experimentales también han respaldado la viabilidad de la transmisión aérea. Como ejemplos, estudios que utilizan imágenes especializadas para visualizar exhalaciones respiratorias han sugerido que las gotitas respiratorias pueden formarse aerosol o transportarse en una nube de gas y tener trayectorias horizontales más allá de seis pies (dos metros) al hablar, toser o estornudar (Calistri, Amato, & Puglia, 2021). Otros estudios han identificado ARN viral en sistemas de ventilación y en muestras de aire de habitaciones de hospital de pacientes con COVID-19, incluidos pacientes con infección leve (Santarpia, Rivera, Herrera, & al., 2020); los intentos de encontrar virus viables en

muestras de aire y de superficie en entornos sanitarios sólo han tenido éxito en raras ocasiones. Sin embargo, la transmisión general y las tasas de ataque secundario del SARS-CoV-2 sugieren que la transmisión aérea de largo alcance no es un modo primario. Además, en unos pocos informes de trabajadores de la salud expuestos a pacientes con infección no diagnosticada mientras usaban solo precauciones de contacto y gotitas, no se identificaron infecciones secundarias a pesar de la ausencia de precauciones transmitidas por el aire. Como reflejo de la incertidumbre actual con respecto a la contribución relativa de los diferentes mecanismos de transmisión, las recomendaciones sobre las precauciones de transmisión aérea en el entorno de la atención médica varían según la ubicación; Las precauciones contra la transmisión aérea se recomiendan universalmente cuando se realizan procedimientos que generan aerosoles (Santarpia, Rivera, Herrera, & al., 2020).

Se ha detectado SARS-CoV-2 en muestras no respiratorias, incluidas heces, sangre, secreciones oculares y semen, pero el papel de estos sitios en la transmisión es incierto. En particular, varios informes han descrito la detección de ARN del SARS-CoV-2 a partir de muestras de heces, incluso después de que el ARN viral ya no se pudo detectar en las muestras de las vías respiratorias superiores, y el virus replicativo se ha cultivado en las heces en casos raros (Wang, Xu, Gao, & al., 2020). Informes dispersos de conglomerados en un edificio residencial y en una comunidad urbana densa con un saneamiento deficiente han sugerido la posibilidad de transmisión por aerosolización del virus del drenaje de aguas residuales. Sin embargo, según un informe conjunto OMS-China, la transmisión por vía fecal-oral no pareció ser un factor significativo en la propagación de la infección (Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses., 2020).

La detección del ARN del SARS-CoV-2 en la sangre también se ha informado en algunos estudios que lo han evaluado, pero no en todos. Sin embargo, la probabilidad de transmisión sanguínea (p. Ej., A través de productos sanguíneos o pinchazos de agujas) parece baja; Los virus respiratorios generalmente no se transmiten a través de la sangre, y no se han reportado infecciones transmitidas por transfusión para el SARS-CoV-2 (Davies, Abbott, Barnard, & al., 2021).

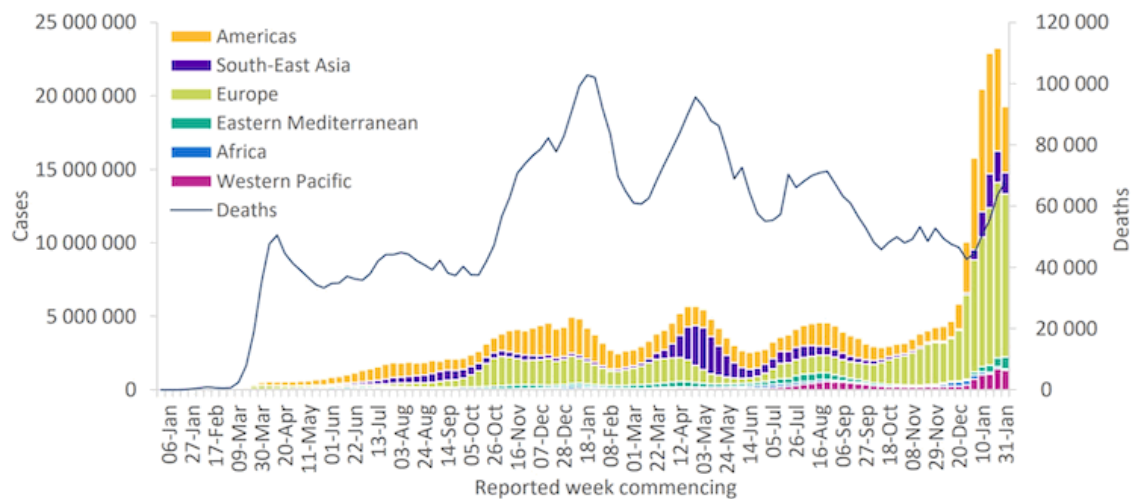
Las regiones (todas excepto las de las Américas y África) informaron un aumento en la incidencia de casos. La Región del Pacífico (30%) registró el mayor aumento en la incidencia de casos en comparación con la semana anterior, seguida de la Región de Europa (21%). Regiones de África, Mediterráneo Oriental y Europa informaron un número similar de muertes en comparación con la semana anterior (Organización Mundial de la Salud, 2021).

A pesar de los esfuerzos por ampliar la cobertura de vacunación, muchos países de las seis Regiones de la OMS continúan experimentando oleadas en los casos de COVID-19. A nivel mundial, se han notificado casos de la variante Alpha en 180 países, territorios o áreas mientras que 130 países han informado casos de la variante Beta. 78 países han notificado casos de la variante Gamma y 124 países han informado casos de la variante Delta (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Los aumentos en la transmisión parecen estar impulsados por cuatro factores: la circulación de variantes más transmisibles de preocupación, relajación de las medidas sociales de salud pública originalmente destinadas a controlar la transmisión, aumentos en mezcla social, y la gran cantidad de personas que siguen siendo susceptibles a la infección por SARS-CoV-2 como resultado de distribución desigual de vacunas en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2021).

A opinión del autor de esta investigación, se puede atribuir parte del aumento de casos a nivel mundial a la búsqueda tardía de atención médica por parte de los pacientes que sospechan poseer COVID-19. La respuesta inflamatoria es mayor cada día que avanza la enfermedad, y en ocasiones lo hace de manera silenciosa hasta que el paciente presenta sintomatología grave de la enfermedad. Es en estos casos que la falta de un diagnóstico o un tratamiento oportuno hace la diferencia entre un buen y un mal pronóstico para los pacientes. Ea por ello, que estudios a nivel mundial sobre el factor tiempo en contexto a búsqueda de atención médica podría identificar este problema, permitiendo que se realice concientización sobre la importancia de asistir a un médico al presentar cualquier síntoma sugestivo de COVID-19.

Gráfico 2. Número de casos y muertes por COVID-19 notificados semanalmente por región de la OMS al 6 de febrero de 2022 (Organización Mundial de la Salud, 2021)



En Gráfico 2 se puede apreciar que se han reportado más de 402 millones de casos en todo el mundo, con aproximadamente 5,7 millones de muertes según la Organización Mundial de la Salud. Estados Unidos tiene el mayor número de infecciones y muertes reportadas en el mundo. India, Brasil, Francia y el Reino Unido tienen el mayor número

de infecciones después de Estados Unidos. Brasil, India, Rusia y México tienen el mayor número de muertes después de Estados Unidos (Organización Mundial de la Salud, 2021).

2.1.2 ANÁLISIS DEL MICRO-ENTORNO

En Honduras, la pandemia del COVID-19 ha impactado todos los sectores de manera negativa. Al confirmarse los primeros casos del virus en el territorio nacional el mes de marzo del año 2020, se estableció una alerta roja inicialmente por 28 días. En esta alerta, se suspendieron todas las actividades laborales y sociales de cualquier tipo (comercio, industria, religiosas) en búsqueda de disminuir el riesgo de contagio asociado al convivio entre diversas personas. A pesar de estas medidas, los casos de la pandemia han ido en ascenso, afectando principalmente a los departamentos con mayor población, Francisco Morazán y Cortés. Esto se puede deber tanto a las características propias del virus, como a las deficiencias que el país presentaba al momento que inicio esta crisis (Universidad Nacional Autónoma de Honduras, 2020).

Los casos hondureños mostraron una alta proporción de hombres infectados con SARS-CoV-2, que fue similar a una serie de casos en Bolivia, en los Estados Unidos, China e Italia. Además, el curso clínico de COVID-19 en los casos hondureños no es diferente en comparación con las series de casos en todo el mundo, en las que prevalecen la fiebre, la tos y la dificultad para respirar. Los casos que requirieron ventilación mecánica tuvieron una proporción significativamente mayor de muertes (Zuniga-Moya, Norwood, & Romero Reyes, 2020).

La hospitalización se asocia con diabetes, obesidad, enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma e hipertensión en los casos de COVID-19 hondureños. La obesidad y la diabetes, en particular, se han asociado en gran medida con el desarrollo de una enfermedad grave en los casos de COVID-19. La multimorbilidad

esta fuertemente asociada con la hospitalización y el COVID-19 severo entre la población hondureña (Zuniga-Moya, Norwood, & Romero Reyes, 2020).

A diferencia de otros entornos, los casos de COVID-19 en Honduras fueron más frecuentes en el grupo de edad de 19 a 44 años; sin embargo, esta distribución de casos siguió aproximadamente la distribución por edad de la población del Área Metropolitana de San Pedro Sula [12], y también la distribución por edad de la población del país

Una pandemia necesita de un sistema de salud apto y capaz de poder responder a esta demanda. La secretaria de salud de Honduras está compuesta por 1635 establecimientos de salud, compuesto por hospitales, centros de salud rural (CESAR) y centros de salud con médico y odontólogo (CESAMO). Aparte de este sistema, también existe el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) que solo dispone de 2 hospitales en las ciudades principales del país (San Pedro Sula y Tegucigalpa) y otros establecimientos de menor tamaño (clínicas periféricas, centros de medicina física y rehabilitación, entre otros). En cuanto al sector privado, se registran en el país un total de 1131, incluyendo hospitales, clínicas, farmacias y consultorios médicos. En todos estos establecimientos, se registran un total de 6590 camas, representando un 9.5 camas disponibles por cada 10,000 habitantes. Lo que deja en claro, que la disponibilidad de atención en salud para los hondureños es muy baja (Carmenate-Milián, Herrera-Ramos, & Ramos-Cáceres, 2016).

Aparte de las deficiencias que posee de base el sistema de salud, la pandemia empezó en una época de gran inestabilidad social y política en el país. La pobreza, la desigualdad y la violencia han alcanzado los niveles más altos en la última década. En el 2019, previo al inicio de la pandemia, se registró un aumento de homicidios en comparación al año anterior en un 8.5% (Secretaría de Seguridad de Policía Nacional, 2021). Además, muchos hondureños se organizaban para formar caravanas migratorias

de manera pública hacia Norteamérica, en búsqueda de una mejor calidad de vida. Todos estos elementos demostraban que el país se encontraba en una precaria situación para recibir una crisis sanitaria de la magnitud de una pandemia.

Grafico 1. Comportamiento de los Homicidios en Honduras 2019 (Secretaria de Seguridad de Policia Nacional, 2021).



Hasta este momento, se han registrado más de 316,000 casos confirmados de COVID-19 en el país, reportándose la mayoría en el departamento de Francisco Morazán con 31,7%, seguido por Cortés en un 22,5% (Despacho de comunicaciones y estrategia presidencial-Honduras, 2021).

De todos los pacientes infectados por COVID-19 en el país, se han registrado más de 8300 para el momento que se está redactando este informe, representando una tasa de letalidad de aproximadamente el 2,6%. Nuevamente, Francisco Morazán presentó la mayoría de los muertos en esta pandemia en un 27,7% del total.

Grafico 2. Porcentaje de pacientes confirmados por COVID-19 en los departamentos de Honduras (Despacho de comunicaciones y estrategia presidencial-Honduras, 2021).

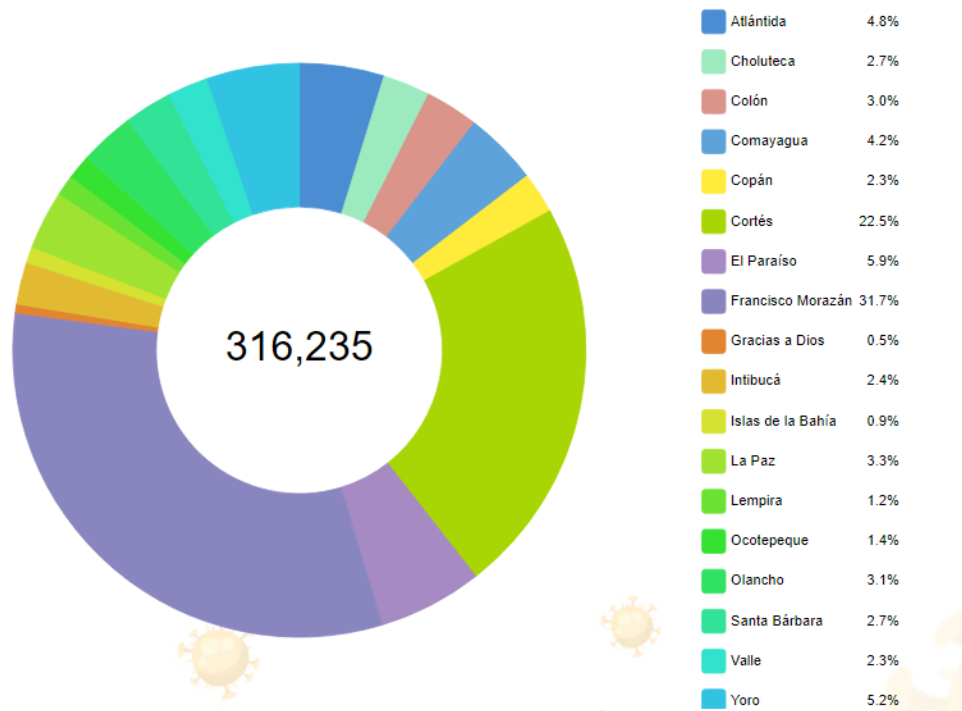
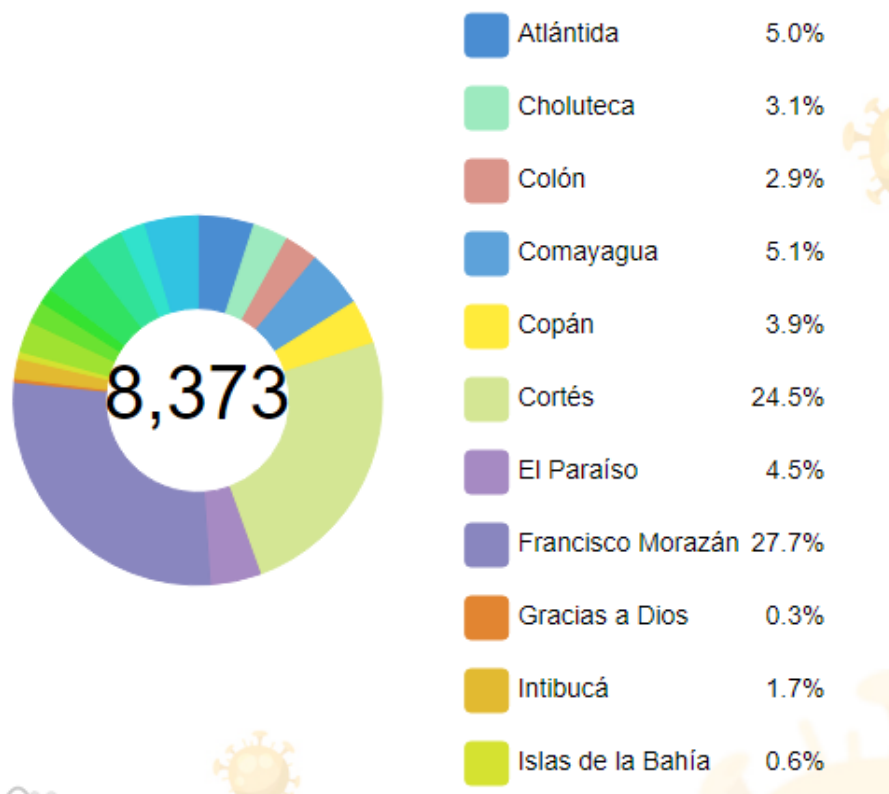


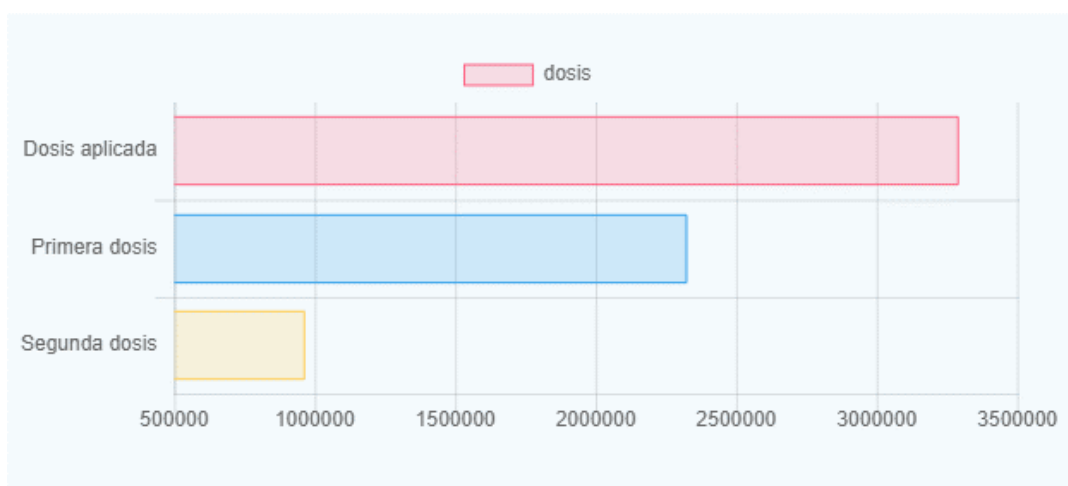
Grafico 3. Porcentaje de pacientes fallecidos por COVID-19 en los departamentos de Honduras (Despacho de comunicaciones y estrategia presidencial-Honduras, 2021)



El despliegue de la vacunación contra el virus es relativamente lento en Honduras en comparación con otros países centroamericanos. Al 31 de mayo de 2021, Honduras reporta solo 2.52 dosis administradas por cada 100 personas, mientras que otros países de la región ya vacunaron hasta una cuarta parte de su población. Honduras es uno de los receptores de vacunas distribuidas por el mecanismo COVAX, que es una iniciativa mundial que busca el acceso equitativo a las vacunas Covid-19. A fines de mayo de 2021, Honduras había recibido 238.000 dosis de la vacuna AstraZeneca / Oxford y se habían administrado 253.832 dosis en todo el país. El suministro total de vacunas cubre al 7.5% de la población hondureña (Organización Mundial de la Salud, 2021). A diferencia de otros países latinoamericanos, Honduras, junto con Guatemala, Nicaragua y Paraguay, no ha recibido donaciones de vacunas de China como resultado de la diplomacia de vacunas. La razón de esto es que estos países tienen lazos diplomáticos con Taiwán en lugar de China y reconocen a Taipei sobre Beijing. De hecho, el presidente hondureño Juan Orlando Hernández ha expresado su interés en abrir una oficina comercial para China con el fin de acceder a más vacunas. Si bien el país vecino El Salvador ha recibido miles de dosis de vacunas chinas, el número de dosis contratadas en Honduras sigue siendo muy bajo y la mayoría de ellas provienen del mecanismo COVAX. La necesidad de suministro de vacunas sigue siendo urgente, lo que ha llevado al presidente salvadoreño Nayib Bukele a donar 34.000 dosis a siete localidades de Honduras donde los alcaldes han publicado pedidos de vacunas en las redes sociales (Secretaría de Salud de Honduras, 2021).

Actualmente Honduras ha aumentado sus jornadas de vacunación, con el propósito de vacunar a la mayor cantidad de personas posible y disminuir la demanda en hospitales y la letalidad asociada a la enfermedad grave por COVID-19.

Grafico 4. Estado de vacunación hasta el 16 de agosto, 2021 en Honduras (Secretaria de Salud de Honduras, 2021).



2.1.2.1 SONAGUERA

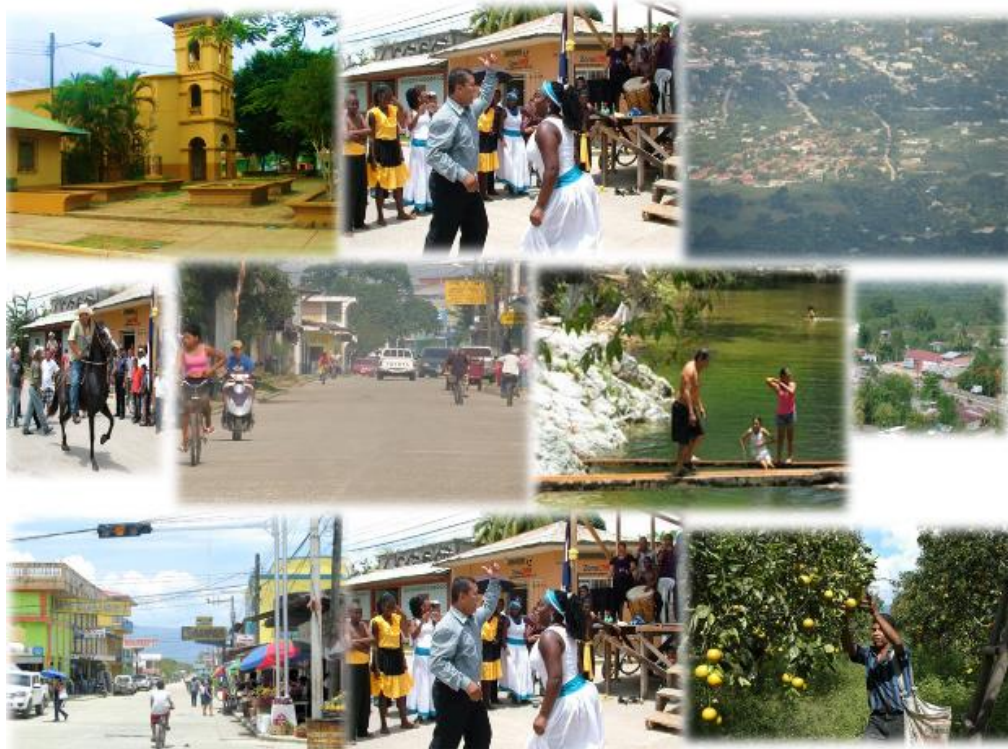
El estudio se realizará en el triaje para pacientes con COVID-19 del municipio de Sonaguera, ubicado en el departamento de Colón. Mide aproximadamente 338 km² y posee una población de 44,079 habitantes según el último censo (Flores & Sergio, 2009). Es una ciudad que fue inicialmente fundado en 1536 y ha ido creciendo económicamente a través de los años y gracias a la inversión de diversas empresas internacionales como Standard Fruit Company. Actualmente es la

3era ciudad más grande del departamento de Colón, siendo una de las principales atracciones turísticas de Colón, con diversos eventos culturales a través del año (EcuRed, 2021).

Su principal fuente de ingreso es la agricultura, siendo el rubro más importante la naranja y por ello es conocida como la Capital de la Cipricultura de Honduras (EcuRed, 2021). A través de los años han surgido diversas escuelas permitiendo que la población tenga acceso a educación de gran variedad. A pesar de ello, los habitantes en su mayoría, presentan características de toda población rural como apatía hacia atención médica

especializada, alta creencia por métodos naturales para sanación y la práctica de supersticiones sin sustento científico.

Figura 1. Imágenes de Sonaguera, ciudad en el departamento de Colón, Honduras (Blogspot, 2014).



Los residentes de Sonaguera por ello son renuentes a presentarse a un médico sin importar el padecimiento, siendo esto aun más evidente durante la pandemia por COVID-19, donde la atención médica temprana puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte para estos pacientes. En estas regiones es aun más importante, ya que no tiene acceso a hospitales con los recursos necesarios para atender pacientes graves, como en San Pedro Sula o Tegucigalpa. Esta aversión es típica de la mayoría de los residentes rurales. En un estudio se demostró que los habitantes de un área rural presentan una evasión a asistencia médica 1.7 veces más que aquellos individuos que residen en un área metropolitana (Spleen, Lengerich, Camacho, & Vanderpool, 2014).

En las comunidades rurales se han documentado barreras adicionales como el estigma, la falta de privacidad, la falta de intervenciones culturalmente apropiadas y la aceptación de la mala salud. Además, por lo general en estas áreas el acceso a un centro asistencial es difícil o en horarios no aptos para una población cuyos ingresos dependen de la cantidad de horas que laboren. En mejorar las actitudes hacia la salud y la atención médica junto con garantías de confidencialidad y relaciones de confianza entre el paciente y el médico, podría ayudar a reducir la aversión a la atención médica entre los pobladores rurales (Spleen, Lengerich, Camacho, & Vanderpool, 2014).

Las razones financieras para retrasar o renunciar a la atención médica pueden ser factores importantes al momento de estudiar esta variable. En la población adulta en general, los que tienen más probabilidades de renunciar a la atención médica debido al costo tienden a tener menos de 65 años y no tener seguro, tener menos educación, tener bajos ingresos (Spleen, Lengerich, Camacho, & Vanderpool, 2014).

Los pacientes de las zonas rurales tienden a tener un acceso deficiente a la atención sanitaria en comparación con los pacientes urbanos (11-15). Las encuestas basadas en la población han encontrado que las personas en las áreas rurales tienen más probabilidades de retrasar o renunciar a la atención médica debido al costo (12, 14) y de reportar costos de bolsillo que exceden el 5% de sus ingresos (12). Un estudio realizado por Lu y sus colegas (15) informó que los adultos en edad de trabajar en zonas rurales en Kentucky tenían menos probabilidades de tener cobertura de seguro de salud general, y aquellos que estaban asegurados tenían más probabilidades de tener dificultades para pagar las primas de seguro de salud en comparación con los de las áreas urbanas. Los sobrevivientes de cáncer en zonas rurales son una población especialmente vulnerable, con un mayor riesgo de resultados deficientes de salud física y mental después del cáncer.

Este comportamiento se ha presentado durante décadas, en cualquier tipo de patología, ya sea pacientes hipertensos, diabéticos, cardiópatas, etc. En esta pandemia aun no se han hechos estudios en Honduras sobre la diferencia entre el comportamiento de un paciente con COVID-19 proveniente de una zona rural y uno de una zona urbana. Se podría asumir que se encontrará como diferencia el hecho que los pacientes de comunidades rurales se tardaron más en buscar atención médica a diferencia de los pacientes residentes en área urbana.

2.1.3 ANÁLISIS INTERNO

El Triage de Sonaguera en el departamento de Colón fue construido a lado del centro de salud, cerca del materno infantil. En su inicio se brindó atención médica las 24 horas, pero actualmente se atiende de lunes a viernes una jornada de 12 horas, de 7:00 hrs a 19:00 hrs y sábado y domingo una jornada de 6 horas, de 7:00 hrs a 13:00 hrs. Su creación ha permitido la atención de pacientes COVID-19 del área, permitiendo brindar atención oportuna en caso de no presentar enfermedad grave.

El diagnóstico de COVID-19 se realiza mediante dos pruebas, el antígeno realizado en un horario de 7:00 a 13:00 hrs, realizado por microbiólogo y el examen PCR, enviado a laboratorio más cercano en la ciudad de La Ceiba, Atlántida. Se realizan aproximadamente de 10 a 15 pruebas al día, con pacientes que cumplen sintomatología de mínimo 7 días.

Se cuenta con una licenciada de enfermería al día, dos auxiliares de enfermería, con jornada laboral de 6 horas, al igual que dos médicos. Por lo cual, de 7:00 a 13:00 hrs los pacientes son atendidos por una licenciada en enfermería, un auxiliar de enfermería y un médico. Luego de 13:00 a 19:00 hrs, son atendidos por otra auxiliar y otro médico. Se tiene acondicionado para atender a 5 pacientes, en proceso de estabilización. En caso de no ceder, son referidos a instituciones de mayor complejidad. Para referencias solo se

cuenta con una ambulancia pública, por lo que por lo general los pacientes deben costear una ambulancia privada.

A continuación, se realiza el análisis FODA de la institución, en búsqueda de encontrar sus fortalezas, sus oportunidades de mejora y como participa en la actual pandemia por COVID-19.

1) FORTALEZAS

- Recibe ayuda de asociación civil, municipalidad y la partida presupuestaria estatal.
- Instalaciones son apropiadas para atender y estabilizar pacientes que no se encuentren en estado crítico.
- Cerca de centro de salud y materno infantil.
- Lugar accesible para población, cerca de terminal de buses.

Figura 2. Centro de Salud, Sonaguera, Colón. Fuente: Autoría Propia.



2) OPORTUNIDADES

- Certificación y capacitación constante de personal
- Adquisición de última tecnología
- Asociación con otros centros de atención médica
- Adquirir métodos de transporte gratuitos para los pacientes.
- Ampliar horario de atención.

3) DEBILIDADES

- Poco personal disponible
- Cobertura limitada a solo 12 horas al día.
- Insumos insuficientes
- Ausencia de ambulancias disponibles

- Espacio limitado solo para 5 pacientes.
- Ausencia de pruebas diagnósticas después de las 13:00 hrs.

4) AMENAZAS

- Disminución del presupuesto a causa de crisis económica
- Aumento exponencial de pacientes, sobrecargando las instalaciones y el personal
- Personal infectado por presencia de nuevas variantes más contagiosas en el país a pesar de poseer esquema de vacunación completa.

Figura 3. Mapa de Ubicación de Triage para Sonaguera, Colon. Fuente: Autoría propia.

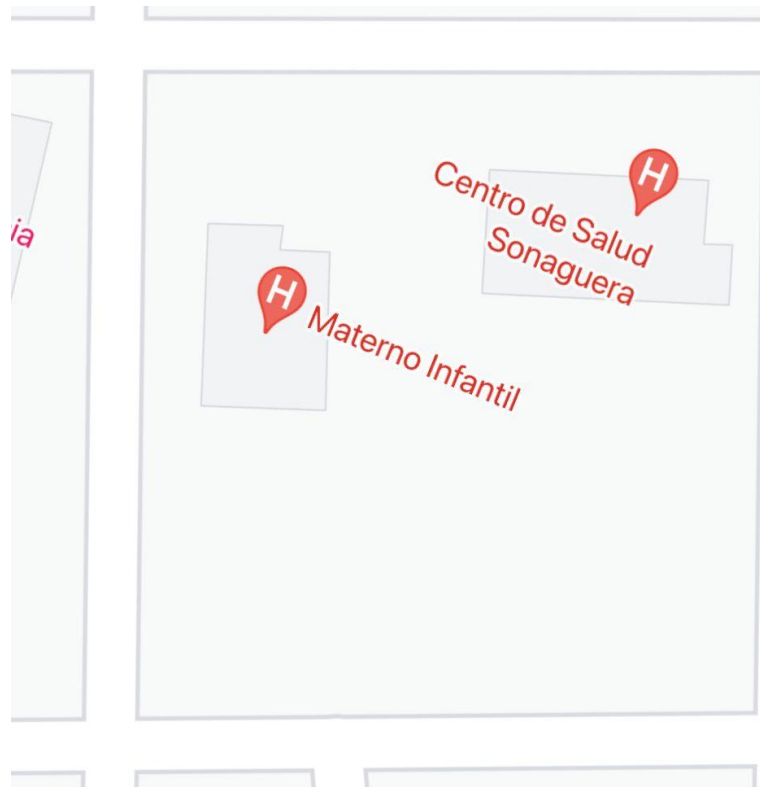


Figura 4. Area de observación en Triage para COVID-19 en Sonaguera, Colon. Fuente: Autoría propia



2.2 TEORÍAS

Se ha observado un aumento de casos a nivel mundial de COVID-19 a pesar de que la pandemia lleva más de un año en curso. Se esperaría que a estas alturas, se debería conocer más sobre la enfermedad, sus métodos de transmisión, su tratamiento y medidas de prevención tanto para evitar el contagio masivo como para disminuir la mortalidad asociada a la enfermedad. A pesar de todo lo anterior, lo contrario se ha manifestado, incluso con la disponibilidad de varias vacunas que han demostrado su alta efectividad en disminuir los casos graves de la enfermedad. Esto se puede deber a múltiples razones que discutiremos a continuación.

2.2.1 TEORÍA DE SUSTENTO

2.2.1.1 BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA TARDÍA por Sless, et al

La atención médica tardía es un factor muy poco estudiado y que impacta grandemente en el pronóstico de los pacientes ya infectados por COVID-19.

En Singapur realizaron un estudio donde se estimó que el 57% de los casos sintomáticos incluidos en estudio no buscaron atención médica de ningún tipo (Ow Yong, y otros, 2020). Estos datos coinciden con informes de la OMS que reportan que el 80%

de las infecciones leves no acuden a revisión (Organización Mundial de la Salud, 2021). Esta situación no solo pone en peligro al paciente con la enfermedad, pero a toda la comunidad que lo rodea ya que se encuentra expuesta al virus, lo que complica el panorama en general.

Lastimosamente, la población no solo evita buscar atención médica en caso de presentar síntomas sugestivos de COVID-19, si no que descuidan sus demás enfermedades por miedo a asistir a un centro hospitalario. En el contexto de la pandemia actual se desalienta a la población de acceder a los hospitales aun cuando la intervención médica urgente sería de obligado cumplimiento, lo que se traduce en una mayor gravedad de las condiciones del paciente en el momento del ingreso a Urgencias. Se ha demostrado una reducción significativa en la asistencia diaria a los servicios de urgencias en los pacientes que presentaban dolor abdominal, dolor de pecho, dolor de cabeza y traumatismo. Es probable que estas disminuciones en la asistencia sean multifactoriales, incluida una combinación de conocimiento público de la creciente propagación del COVID-19 y el temor de contraer el virus en el hospital (Sless, Hayward, Ryan, Deasy, & Dasari, 2021).

La disminución significativa en las presentaciones de dolor torácico es más preocupante ya que se sabe que la prevalencia de emergencias cardíacas aumenta de año en año. Se observaron relaciones similares tanto para el dolor abdominal como para la cefalea, cuyas consecuencias pueden no ser plenamente comprendidas hasta que la pandemia desaparezca (Sless, Hayward, Ryan, Deasy, & Dasari, 2021). De manera se ha observado una reducción de los ingresos a Urgencias por ictus o enfermedades cardíacas (AHA/ASA Stroke Council Leadership. , 2020.).

También existe la posibilidad de que el hecho que han disminuido mucho los pacientes que asisten a los hospitales por otras causas aparte de enfermedad por COVID-

19 reflejen una sociedad cada vez más consciente de los microbios, y el distanciamiento social ha disminuido una variedad de enfermedades transmisibles, incluidas otras enfermedades respiratorias, a pesar de COVID-19, pero se necesitaría de estudios más especializados para llegar a esa conclusión (Chinazzi & al., 2020).

Este fenómeno de menor asistencia a consulta de todo tipo es más evidente en la población pediátrica. La literatura disponible actualmente, aunque todavía limitada, indica que los niños de todas las edades son susceptibles al COVID-19 pero con un curso más benigno (Castagnoli, Votto, Licari, & al., 2020). En particular, un estudio reciente realizado en más de 2000 casos pediátricos describió una gravedad de la enfermedad de baja a moderada en el 50,9 y el 38,8% de los pacientes, respectivamente, y un curso completamente asintomático en el 4,4% (Dong, Mo, Hu, & al., 2020).

Si bien COVID-19 no parece representar una amenaza significativa para la población pediátrica, la emergencia actual podría causar consecuencias perjudiciales indirectas en el manejo de los pacientes pediátricos y en la salud general de los niños. Se ha informado que el miedo a contraer la infección por COVID-19 determina un retraso en el acceso a las instalaciones de emergencia pediátrica, con una reducción de hasta el 76% de número de ingresos (Lazzerini, y otros, 2020).

Este fenómeno puede explicarse, al menos en parte, por la eficacia de las medidas restrictivas de prevención y contención de enfermedades. En la población pediátrica, las enfermedades infecciosas representan uno de los problemas más comunes que con frecuencia requieren ingreso para tratamiento médico. Por tanto, el aislamiento de los niños lejos de los lugares de agregación y la consecuente reducción de contactos ha disminuido la incidencia de enfermedades infecciosas y sus secuelas. Además, la cuarentena ha reducido la probabilidad de sufrir traumas relacionados con el tráfico, la escuela y las lesiones deportivas (Castagnoli, Votto, Licari, & al., 2020).

A pesar que no se encuentren estudios específicos sobre el efecto de una atención médica tardía en pacientes con COVID-19, si se ha estudiado esa correlación en otras enfermedades como la tuberculosis. Una investigación en Tanzania sugiere que los factores que contribuyen a la demora en llegar a los centros de salud especializados y la pérdida del seguimiento diagnóstico incluyen la insatisfacción con los servicios de salud y la búsqueda de ayuda inicial con los curanderos tradicionales. Esta situación conduce a resultados de salud deficientes para las personas, como un aumento de la morbilidad, la disminución de la calidad de vida y el aumento de la mortalidad. También permite una mayor propagación de la tuberculosis (Mhalu, Weiss, Hella, & Mhimbira, 2019). A pesar que no hay estudios del tema en relación a COVID-19, las consecuencias en ambos casos son los mismos.

Las mujeres informaron sentirse cómodas con la atención brindada por los curanderos tradicionales y que los trabajadores de la salud a veces maltrataban a los pacientes en los hospitales. Esto podría indicar abuso y baja calidad de la atención en los establecimientos de salud pública, además de la necesidad de bienestar psicológico del paciente (Mhalu, Weiss, Hella, & Mhimbira, 2019).

Los pacientes con sospecha de tuberculosis con ingresos familiares mensuales medios se retrasaron más en comparación con aquellos con ingresos bajos y altos. Posiblemente, los presuntos pacientes que pertenecían a este grupo tenían una mayor preferencia por visitar a profesionales de la salud no profesionales que aquellos con ingresos familiares mensuales altos y bajos. Además, se ha encontrado que estos pacientes utilizaron la automedicación con más frecuencia después de la aparición de los síntomas, que es uno de los factores determinantes del retraso (Bonadonna, y otros, 2017).

Además, las limitaciones financieras derivadas del desempleo estaban relacionadas con el retraso del paciente en buscar atención médica. Esto subraya la

necesidad de mejorar los servicios de salud reduciendo los costos de diagnóstico y tratamiento (Mhalu, Weiss, Hella, & Mhimbira, 2019). Nuevamente, esto se puede aplicar a la situación en Honduras con respecto a la actual pandemia por COVID-19.

2.3 CONCEPTUALIZACIÓN

Los coronavirus derivan su nombre de la palabra latina "corona" que significa corona. El nombre se refiere a la apariencia única del virus bajo un microscopio electrónico como partículas redondas con un borde de proyecciones que se asemeja a la corona solar. Son virus de ARN monocatenario, de sentido positivo y con envoltura, que se aislaron por primera vez de seres humanos en 1965. El coronavirus pertenece a la familia Coronaviridae, que se sabe que produce enfermedades respiratorias leves en los seres humanos. En los últimos tiempos, ha habido tres coronavirus principales que han provocado brotes de enfermedades, comenzando con el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) en 2002, seguido por el coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) en 2012, y ahora el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS – CoV2) (Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses., 2020).

En diciembre de 2019, China informó de un brote de neumonía de causas desconocidas en Wuhan, la capital de la provincia de Hubei. La mayoría de los primeros casos estaban vinculados con el mercado mayorista de productos del mar de Huanan, donde se vendían animales acuáticos y animales vivos. Utilizando una secuenciación imparcial de la próxima generación, se descubrió un betacoronavirus desconocido a partir de muestras del tracto respiratorio inferior de estos pacientes. Se utilizaron células epiteliales de las vías respiratorias humanas para aislar el virus que se denominó Coronavirus nuevo de 2019 (2019-nCoV) (Zhu, Zhang, Wang, & al., 2020). Cuando se observó al microscopio electrónico, se encontró que el nuevo coronavirus es más similar

a dos cepas de coronavirus derivadas de murciélagos que los coronavirus que infectan a los seres humanos, incluido el SARS y MERS. Basado en la filogenia y taxonomía del 11 de febrero de 2020, el grupo de estudio Coronaviridae del Comité Internacional de Taxonomía de Virus nombró al virus como SARS – CoV2 (Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses., 2020). La Organización Mundial de la Salud (OMS) nombró la enfermedad resultante como enfermedad de Coronavirus (COVID- 19). El 11 de marzo de 2020, la OMS, después de evaluar la situación en todo el mundo, declaró al COVID-19 como una pandemia (World Health Organization. , 2020).

La transmisión zoonótica inicialmente parecía ser una causa plausible, ya que la mayoría de los primeros casos tenían antecedentes de exposición a mercados húmedos. Sin embargo, a fines de enero de 2020, el número de personas que desarrollaron la enfermedad sin exposición al mercado u otra persona con aumento de los síntomas respiratorios. La propagación de la enfermedad entre las personas que no visitaron Wuhan y entre los trabajadores de la salud sugirió una propagación del virus de persona a persona. Al igual que con otros virus respiratorios, la infección por gotitas, directa o indirectamente, a través de fómites es probablemente el modo de transmisión predominante (Zhu, Zhang, Wang, & al., 2020).

2.3.1 RUTAS DE TRANSMISIÓN

Debido a la falta de un tratamiento específico y de prevención del brote de la enfermedad, saber los métodos de transmisión pueden reducir la prevalencia de la enfermedad. Epidemiológicamente, el brote de SARS-CoV-2 podría estar relacionado con el mercado mayorista de mariscos de Hua Nan y animales mojados en Wuhan. Las comunidades, la atención médica y la familia son el escenario principal de la transmisión de persona a persona del SARS-CoV-2. El SARS-CoV-2 se puede detectar en varios

órganos como el ojo, nasofaringe, saliva, líquido de lavado alveolar, sangre, intestino, y heces después de la infección. El contacto cercano y las gotitas respiratorias son una de las principales formas de transmisión. Por lo tanto, los expertos pertinentes aconsejan mantener la distancia social y usó una máscara. Otras vías de transmisión son a través de contaminadas superficies, así como transmisión por vía aérea (Davies, Abbott, Barnard, & al., 2021).

2.3.2 PERIODO DE INCUBACIÓN Y PERIODO DE INFECTIVIDAD

El período de incubación medio o mediano de la enfermedad varía de 5 a 6 días. El intervalo de serie se refiere al intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas en el caso primario y el caso secundario. Se estima que el intervalo serial medio es de aproximadamente 4 a 5 días (Volz, Mishra, Chand, & al., 2021).

No está claro el tiempo durante el cual un paciente con COVID-19 permanece infeccioso. La carga viral en las secreciones orofaríngeas es más alta durante la etapa sintomática temprana de la enfermedad (Davies, Abbott, Barnard, & al., 2021).

El paciente puede continuar eliminando el virus incluso después de la resolución de los síntomas. Un estudio de la dinámica viral en casos leves y severos reveló que los casos leves tienden a eliminar los virus temprano, mientras que los casos severos pueden tener una diseminación viral prolongada (Davies, Jarvis, & CMMID, COVID-19 Working Group, et al. Increased mortality in community-tested cases of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7. , 2021). Xu et al identificaron el sexo masculino, la hospitalización tardía después de la enfermedad y la ventilación mecánica invasiva como factores de riesgo para la diseminación viral prolongada (Wu, K; Werner, AP; Moliva, JI; et al. , 2021).

2.3.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El espectro de la enfermedad COVID 19 varía de asintomático a crítico. La fiebre es probablemente una de las manifestaciones más comunes de la enfermedad. Se informa

tos seca en aproximadamente el 65 al 70% de los pacientes, anosmia o hiposmia y pérdida del gusto en el 85% y el 88% (Frampton, Rampling, Cross, & al., 2021.). La anorexia también es una queja frecuente. Se observaron mialgia y disnea en aproximadamente el 30% de los pacientes. También se presentan síntomas gastrointestinales como diarrea, dolor abdominal y vómitos y náuseas (Sheikh, McMEnamin, Taylor, & al., 2021).

El curso clínico de la enfermedad varía ampliamente. La mediana de tiempo desde el primer síntoma hasta la disnea es de aproximadamente 5 días, la hospitalización de 7 días y el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) de 8 días. Los informes durante la fase inicial de la pandemia sugieren que entre las personas con COVID-19, hasta el 20 por ciento desarrolla una enfermedad grave que requiere hospitalización. Entre los que están hospitalizados, hasta una cuarta parte necesita ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI), lo que representa aproximadamente del 5 al 8 por ciento de la población total infectada (Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses., 2020).

La gravedad que puede desarrollar una persona al contagiarse con el virus COVID-19 es muy variable, por lo que se encuentra en constante investigación los factores asociados para desarrollar una enfermedad grave para así crear programas de prevención enfocados en esos elementos.

2.3.4 DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE GRAVEDAD

Se debe tomar una historia epidemiológica de cualquier individuo que presente síntomas que sugieran COVID-19; esto incluiría un historial de viajes recientes en áreas y comunidades afectadas por COVID-19; Asimismo, se debe verificar cuidadosamente la información en contacto cercano con pacientes confirmados o probables en el hogar, el trabajo o instalaciones de atención médica donde se hayan notificado casos asociados con el hospital en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas. Un diagnóstico completo y

definitivo requiere el aislamiento del SARS-CoV-2, la secuenciación del genoma viral o la prueba del ácido nucleico viral mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en una muestra obtenida del tracto respiratorio superior (hisopos nasofaríngeos y orofaríngeos) y si es posible, del tracto respiratorio inferior (esputo, aspirado traqueal o lavado broncoalveolar). Las pruebas para otros virus patógenos deben realizarse simultáneamente para generar un diagnóstico completo (Zuniga-Moya, Norwood, & Romero Reyes, 2020).

El aislamiento del virus de la muestra de un paciente no se recomienda de forma rutinaria debido a la preocupación por la bioseguridad. Además, se ha informado la presencia de ácido nucleico viral en las heces, aunque estos hallazgos no constituyen un diagnóstico definitivo. Actualmente, la prueba de ácido nucleico es el método de diagnóstico más utilizado, pero la sensibilidad no se ha determinado claramente. En Wuhan se aplicó un procedimiento de diagnóstico alternativo que incorporó síntomas, antecedentes epidemiológicos y TC de tórax, dadas las preocupaciones sobre la sensibilidad de la prueba de ácido nucleico. Este procedimiento de diagnóstico, que no implica evidencia virológica directa, es una medida provisional eficaz que puede utilizarse para identificar casos potenciales en el menor tiempo posible en una zona con una alta concentración de casos (Sheikh, McMenamin, Taylor, & al., 2021).

2.3.5 MANEJO DE LA ENFERMEDAD

Actualmente, la prevención y el control de enfermedades, la atención de apoyo y el seguimiento estrecho son las medidas fundamentales para el manejo de la población de COVID-19. Los pacientes graves o críticos generalmente requieren oxigenoterapia y cuidados intensivos, ya que la enfermedad progresa con frecuencia para inducir complicaciones como insuficiencia respiratoria y shock séptico. A pesar de todos los esfuerzos terapéuticos, la tasa de mortalidad de los pacientes en una unidad de cuidados

intensivos (UCI) se mantiene en alrededor del 40%. En un esfuerzo por reducir la mortalidad relacionada con COVID-19 grave, se han hecho intentos para diseñar terapias que limiten la replicación del virus o modulan la respuesta inmune del huésped. Entre estos, se ha introducido el tratamiento con Arbidol, un medicamento antiviral de amplio espectro aprobado para la influenza. Asimismo, los glucocorticoides sistémicos, aunque controvertidos, se han explorado en una serie de pacientes con enfermedad leve; esta modalidad fue bien tolerada y la diseminación viral no se prolongó (Sharifi & Khavarian-Garmsir, 2020).

Los medicamentos de molécula pequeña que ya han sido aprobados como medicamentos antivirales (u otros) pueden ser candidatos para el tratamiento con COVID-19. Los antivirales suelen atacar a los virus en diferentes etapas de infección y replicación (Liu, Yan, Wan, & al., 2020).

Hay informes positivos iniciales que sugieren que los inhibidores de la proteasa del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), lopinavir y ritonavir, tienen cierta eficacia clínica contra el SARS-CoV-2 (Castagnoli, Votto, Licari, & al., 2020).

El arbidol (umifenovir), que ha sido aprobado para el tratamiento de la influenza en Rusia y China, es eficaz *in vitro* contra una variedad de coronavirus, incluido el SARS-CoV-2. Como tal, el arbidol se proporciona actualmente a pacientes con COVID-19 como terapia empírica. Dado el conocimiento disponible sobre los perfiles de seguridad y la eficacia contra virus estrechamente relacionados, los agentes antivirales existentes son estrategias potencialmente útiles a corto plazo para combatir el SARS-CoV-2 (Liu, Yan, Wan, & al., 2020).

Remdesivir (Gilead), que es un profármaco análogo de nucleótidos, se desarrolló originalmente como un fármaco candidato para su uso en la infección por el virus del

Ébola. Remdesivir mostró una eficacia positiva contra MERS en modelos preclínicos y se administró al primer caso de COVID-19 en EE. UU (Liu, Yan, Wan, & al., 2020).

2.3.6 VARIANTES DEL VIRUS COVID-19

Como otros virus, el SARS-CoV-2 evoluciona con el tiempo. Ciertas variantes han atraído una amplia atención debido a su rápida aparición en las poblaciones y la evidencia de transmisión o implicaciones clínicas.

Cada variante tiene varias designaciones basadas en la nomenclatura utilizada por distintos sistemas de clasificación filogenética; la Organización Mundial de la Salud (OMS) también ha designado etiquetas para variantes notables basadas en el alfabeto griego (Organización Mundial de la Salud, 2021).

- **Alfa (linaje B.1.1.7):** esta variante, también conocida como 20I / 501Y.V1, se identificó por primera vez en el Reino Unido a fines de 2020 y se asoció temporalmente con un aumento de las infecciones regionales. Esta variante contiene más de una docena de mutaciones en comparación con otras cepas circulantes, con varias dentro de la proteína de pico. Posteriormente se ha identificado en otros países, incluido Estados Unidos (Firestone, Lorentz, Wang, & al., 2021).

Varios estudios habían indicado que Alpha es aproximadamente de 50 a 75 por ciento más transmisible que las cepas que circulaban anteriormente y se asoció con tasas de ataque secundario más altas. El mecanismo subyacente para el aumento de la transmisibilidad es incierto. Algunos estudios han sugerido que Alpha está asociado con un nivel medio de ARN viral más alto en las secreciones respiratorias en comparación con las cepas de tipo salvaje, y algunos también han sugerido que el ARN viral puede detectarse en muestras respiratorias durante más

tiempo. Se está investigando si estos hallazgos están asociados con una mayor transmisión y qué mutaciones contribuyen (Calistri, Amato, & Puglia, 2021).

Algunos estudios sugieren que la variante Alpha también puede estar asociada con una mayor gravedad de la enfermedad. Hasta el momento, no hay evidencia de que la variante Alpha esté asociada con un escape inmunológico clínicamente significativo. Varios estudios indican que el suero de los receptores de la vacuna COVID-19 mantiene una actividad neutralizante contra la variante Alfa, y algunas vacunas mantienen la eficacia contra la variante (Muik, Wallisch, Sanger, & al., 2021).

- **Beta (linaje B.1.351):** esta variante, tambi3n conocida como 20H / 501Y.V2, se identific3 en Sudáfrica a fines de 2020. Es filogen3ticamente distinto de B.1.1.7 pero comparte varias mutaciones, incluida la mutaci3n de la prote3na espiga N501Y. Los datos de vigilancia en Sudáfrica indican que esta variante se convirti3 rápidamente en la cepa dominante, lo que sugiere que tambi3n tiene el potencial de aumentar la transmisibilidad. Posteriormente se ha identificado en otros pa3ses (Greaney, Loes, Crawford, & al., 2021).

Este linaje contiene otra mutaci3n en la prote3na de pico, E484K, que tiene el potencial de afectar la inmunidad de una infecci3n o vacunaci3n previa. Las implicaciones cl3nicas de estas reducciones en la actividad neutralizante son inciertas dado que no se han dilucidado los correlatos inmunol3gicos precisos de la inmunidad, pero parece probable que la inmunidad inducida por la vacuna del ARNm COVID-19 seguir protegiendo contra la variante Beta (Wibmer, Ayres, Hermanus, & al., 2021).

- **Delta (linaje B.1.617.2):** este linaje, también conocido como 20A / S: 478K, se identificó por primera vez en India en diciembre de 2020 y se ha convertido en la variante más prevalente allí y en varios otros países.

Los datos sugieren que la variante Delta es altamente transmisible, más que Alpha y se asocia con un mayor riesgo de hospitalización. En informes del Reino Unido, la proporción de infecciones por SARS-CoV-2 causadas por Delta aumentó a medida que disminuyó la causada por Alpha, y la tasa de infección doméstica secundaria asociada con la infección por Delta fue del 13,6% en comparación con el 9,0% de Alpha. Varios estudios sugieren que la efectividad de la vacuna está levemente atenuada contra la infección sintomática por Delta, pero sigue siendo alta contra la enfermedad grave y la hospitalización (Dougherty, Mannell, Naqvi, & al., 2021).

Estas variantes son de alta importancia ya que pueden explicar el resurgimiento de casos a nivel mundial, aun en personas vacunadas. Es por ello por lo que su estudio permanece constante, analizando como difieren de la cepa original y como afectan a la población en general.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 CONGRUENCIA METODOLÓGICA

3.1.1 MATRÍZ METODOLÓGICA

Título	Problema	Pregunta de identificación	Objetivo		Variables	
			General	Específico	Independiente	Dependiente
TIEMPO DE BUSQUEDA PARA ATENCION MÉDICA DE PACIENTES CON SOSPECHA DE COVID-19 EN EL TRIAJE DE SONAGUERA COLON	¿Qué factores influyen para la búsqueda de atención oportuna del paciente sospechoso de covid-19 atendido en Sonaguera?	¿Cuál es el promedio de tiempo que tardan los pacientes con sospecha de covid-19 en búsqueda de atención medica?	Documentar los factores que condicionan la obtención oportuna de atención medica en los pacientes sospechosos de poseer infección por COVID-19 atendidos en el Triaje de Sonaguera, Colón en el periodo de tiempo comprendido entre los meses de febrero a julio del año 2021.	Determinar el promedio de días que tardan los pacientes sospechosos de poseer infección por COVID-19 en buscar atención médica en el Triaje de Sonaguera, Colón en febrero a julio del año 2021.	Tiempo de búsqueda de atención médica	Evolución de paciente
		2. ¿Cuál es el perfil sociodemográfico del paciente sospechosos de covid-19 atendido en Sonaguera?		Caracterizar sociodemográficamente los pacientes sospechosos de poseer infección por COVID-19 atendidos en el Triaje de Sonaguera, Colón entre febrero a julio del año 2021	Características sociodemográficas	Evolución de paciente
		¿Cuál es el porcentaje de pacientes sospechosos de covid-19 con búsqueda tardía de atención médica y cual fue su evolución?		Comparar la evolución clínica de los pacientes de acuerdo a su busqueda de atención médica temprana o tardía en el Triaje de Sonaguera, Colón entre los meses de febrero a julio del año 2021.	Tiempo de búsqueda de atención médica	Evolución de paciente

3.1.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente	Definición		Dimensión	Indicador	Preguntas	Respuestas	Escala	Técnica
	Conceptual	Operacional						
Caracterización sociodemográfica	Son el conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales que están presentes en la población en estudio	Datos obtenidos durante el ingreso del paciente y anotados en expediente	Características físicas y sociodemográficas del paciente en estudio	Edad en X cantidad	¿Edad de paciente?	Edad en años	Discreta cuantitativa	Instrumento de ficha de recolección de datos
				Genero	¿Genero de paciente?	Femenino	Nominal dicotomica	
						Masculino		
				Estado civil	¿Estado civil de paciente?	Soltero	Cualitativa nominal	
						Casado		
						Union Libre		
						Divorciado		
				Ocupación	¿A que se dedica el paciente?	Ama de casa	Cualitativa nominal	
						Estudiante		
						Autoempleado		
No empleado								

						Empleado		
						Desempleado		
						Dependiente		
						Otro		
				Procedencia	¿Procedencia de paciente?	Municipio	Cualitativa nominal	
				Escolaridad	¿Qué nivel de escolaridad posee el paciente?	Analfabeta	Cualitativa nominal	
						Primaria incompleta		
						Primaria completa		
						Secundaria incompleta		
						Secundaria completa		
						Universidad incompleta		
						Universidad completa		
Tiempo de atención	La cuantificación del tiempo en el que un	Datos obtenidos durante el ingreso del	Busqueda de atención médica desde el inicio de los síntomas	Fecha de inicio de síntomas sospechosos de COVID-19	¿Fecha de primer sintoma?	Día/mes/año	Cuantitativa	Instrumento de ficha de recolección de datos

	paciente asiste a una consulta médica por enfermedad en estudio	pacientes y anotados en expediente		Fecha de primera atención médica por síntomas sospechosos de COVID-19	¿Fecha de primera atención médica?	Dia/mes/año	Cuantitativa	
				Días entre el primer síntoma y la primera consulta médica	¿Intervalo de tiempo entre el primer síntoma y primera atención médica?	<1 día 1-3 días 3-5 días 5-10 días 10-30 días >30 días	Cuantitativa	
Variable dependiente	Definición		Dimensión	Indicador	Preguntas	Respuestas	Escala	Técnica
	Conceptual	Operacional						
Estado de paciente	Condición médica de un paciente cursando con una patología	Datos registrados en expediente de paciente	Caracterización del estado general del paciente en estudio	Características hemodinámicas y orgánicas del paciente	¿Cuál fue el estado del paciente al egresar del triaje?	Buen estado general Regular estado general Mal estado general Fallecido	Cualitativa nominal	Instrumento tipo ficha de recolección de datos

3.1.3 HIPÓTESIS

Hi: Los pacientes con sospecha de COVID-19 buscan atención médica de manera tardía.

Ho: Los pacientes con sospecha de COVID-19 buscan atención médica temprana.

3.2 ENFOQUE Y MÉTODOS

- **Enfoque:** Cuantitativo
- **Diseño:** Observacional, no experimental
- **Alcance:** Descriptivo-correlacional
- **Tiempo:** Restrospectivo, transversal
- **Métodos:** Se utilizará una ficha de recolección de datos, captando los pacientes cuyos expedientes clínicos cumplan con los requisitos necesarios para ser incluidos en el estudio.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años que hayan asistido a la atención del triaje de Sonaguera Colón en el periodo de tiempo de 1 feb – 31 julio del presente año. 108 pacientes según datos de estadística.

Muestra: No probabilístico, por conveniencia, utilizando los criterios de inclusión y exclusión para la captación de pacientes. Se captaron un total de 62 pacientes.

Muestreo: Por conveniencia

Criterios de inclusión

- a) Pacientes de ambos sexos
- b) Pacientes mayores de 18 años.

- c) Pacientes atendidos en el triaje de Sonaguera, Colón con sospecha de COVID-19.
- d) Expediente que sea identificable físicamente en el departamento de gestión de información.

Criterios de exclusión

- a) Expediente con letra ilegible
- b) Expediente que no tenga como mínimo el 70% de las variables buscadas.
- c) Expedientes pediátricos

3.3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS Y RESPUESTA

Expediente clínico de cada paciente incluido en el estudio que cumpla con los criterios de inclusión cuyas variables estén completan en el 70% que haya sido recolectado en el departamento de estadística

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

3.4.1 INSTRUMENTOS

Fichas de recolección de datos

La ficha de recolección de datos creada por el autor de esta investigación con el fin de captar datos sociodemográficos y estudiar el tiempo de búsqueda de atención medica consignada en los expedientes.

Softwares utilizados:

1. Programa estadístico, IBM Statistics 22 (Windows), en dicho programa se realizó la tabulación de los datos obtenidos y del cual se aplicarán las diferentes medidas de tendencia central para obtener los resultados descriptivos.
2. Microsoft Word 2013, elaboración del manuscrito tipo tesis.

Pruebas estadísticas utilizadas:

- a. Estadística descriptiva:
- b. Medidas de tendencia central
 - Frecuencia
 - Porcentajes
- c. Medidas de dispersión
 - Rangos

3..2 PROCEDIMIENTOS

En primer lugar, se solicitó permiso a las autoridades del Triage de Sonaguera, Colon para poder tener acceso a los expedientes requeridos. Luego se realizaron pruebas piloto para corroborar y corregir el instrumento. Posteriormente, se procedió a la captación de datos utilizando una ficha de recolección creada por el autor de esta investigación. Se recolectaron los datos de expedientes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos, captándose expedientes de pacientes sospechosos de COVID-19 atendidos en el Triage de Sonaguera, Colon desde el 1ro de febrero del año 2021 a 31 de julio del mismo año, cumpliendo los criterios de inclusión. Con el listado brindado por el personal de estadística se seleccionaron al azar expedientes para evitar que la muestra presente sesgo.

El instrumento de recolección cuenta con 12 ítems divididos en dos secciones, datos generales y tiempo de atención médica. Se definió tiempo de atención médica tardía posterior a siete días del inicio de síntomas sospechosos por COVID-19.

Una vez obtenidos los instrumentos, se procedió a la tabulación de los mismos en el programa estadístico SPSS versión 22. Se elaboró una tabla de cotejo para ingresar las variables, y posteriormente en este mismo programa fue elaborada la sección de

estadística e interpretación y análisis de los resultados. Se manejaron 2 bases de datos, una en Excel con los datos personales del paciente, una en SPSS con las variables tabuladas. Se trabajó con códigos de identificación para los pacientes y así conservar la anonimidad de los nombres. El marco teórico de la tesis se hizo en base a la búsqueda de los siguientes motores de búsqueda: Scielo, Scopus, Elsevier, Pubmed, BVS, y Google Scholar. Se seleccionaron revistas que tuvieran un buen nivel de impacto y cuyos artículos de investigación respondieran a nuestro tema investigado. Pubmed se utilizó para el marco teórico, BVS y Google Scholar para hacer la comparación de artículos similares al nuestro en la discusión puesto que ofrece investigaciones similares a las nuestras.

3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

3.5.1 FUENTES PRIMARIAS

Expediente clínico completo.

Se utilizarán los expedientes clínicos que cumplan con los criterios de inclusión establecidos anteriormente, de pacientes con COVID-19 atendidos en el triaje de Sonaguera, Colon en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de febrero al 31 de julio del año 2021. Aquellos expedientes que tuvieran menos del 70% de las variables solicitadas serán excluidos por ser pauta objetiva de un posible sesgo.

CAPÍTULO IV.

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1 INFORME DE PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

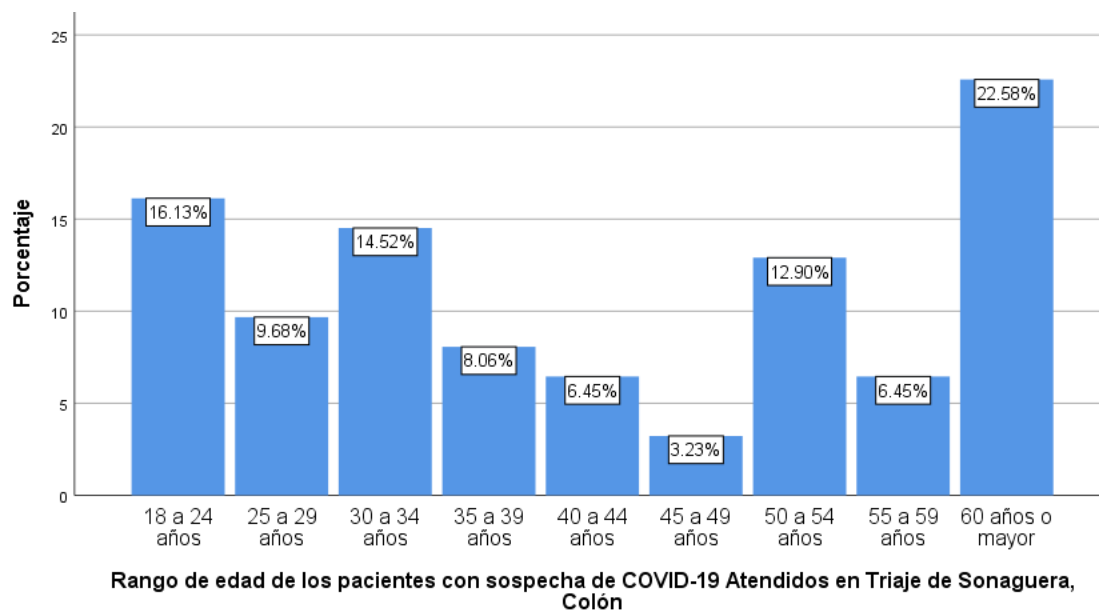
Se tuvo acceso a todos los expedientes de los pacientes atendidos en el Triage de Sonaguera, captándose para el estudio en base a los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se eligieron 62 expedientes, excluyéndose un total de 46. La información de los expedientes elegidos se recopiló en la ficha de recolección de datos realizada por el investigador. Posteriormente se tabularon los datos y se realizó el análisis en el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 26.

4.2 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LAS TÉCNICAS APLICADAS

De los 62 pacientes, el 16,13% (n=10) de los pacientes se encontraban en el rango de edad entre los 18 a 24 años, el 9,68% (n=6) entre los 25 a 29 años, el 14,53% (n=9) entre 30 a 34 años, el 8,06% (n=5) entre 35 y 39 años, el 6,5% (n=4) entre los 40 a 44 años, el 3,2% (n=2) entre los 45 a 49 años, el 12,9% (n=8) entre los 50 a 54 años, el 6,5% (n=4) entre los 55 a 59 años, el 22,6% (n=14) tenían 60 años o más.

Comparando esos datos con un estudio realizado en Bélgica, donde se captaron más de 14,000 pacientes con COVID-19, el 58,8% de dicha población se encontraba entre los 20 a 59 años, pero quienes tardaron más en buscar atención médica fueron los pacientes mayores a 60 años por lo que concluyeron que la edad tiene un impacto importante en el retraso entre el inicio de los síntomas y la hospitalización (Faes, Abrams, Van Beckhoven, & al., 2020).

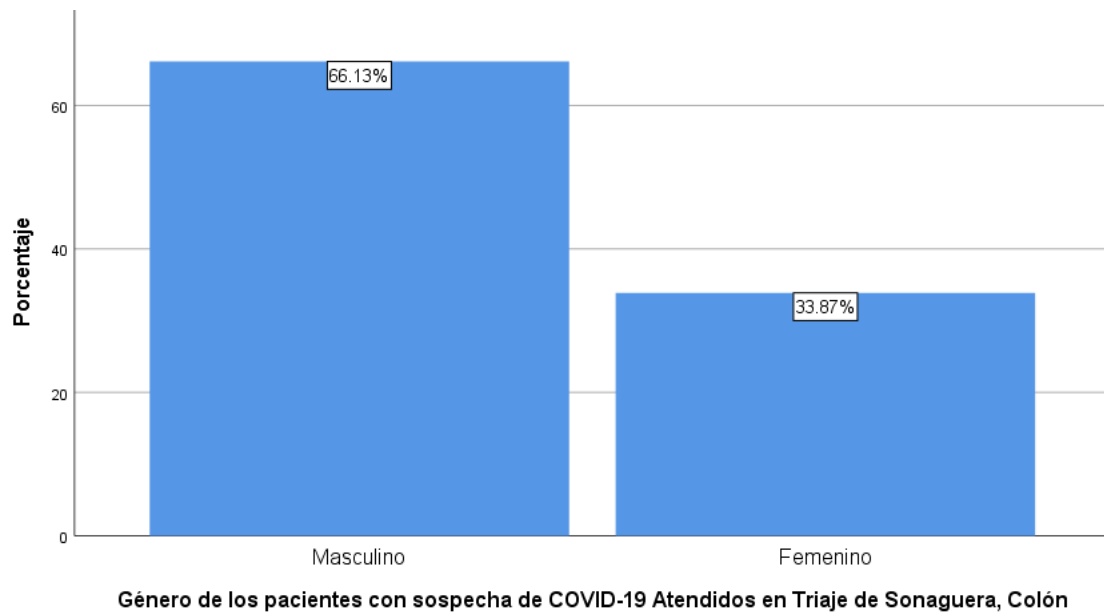
Gráfico 3. Edad de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triage de Sonaguera, Colón



Fuente: Autoría propia

Más de la mitad de los pacientes, en un 66,1% (n=41) eran del sexo masculino. Comparándose con un estudio en Wuhan, donde captaron pacientes diagnosticados en el mes de Enero del año 2020, presentaron cifras similares a las de este estudio, siendo el sexo masculino predominante sobre el femenino con un 66% (Li, y otros, 2020).

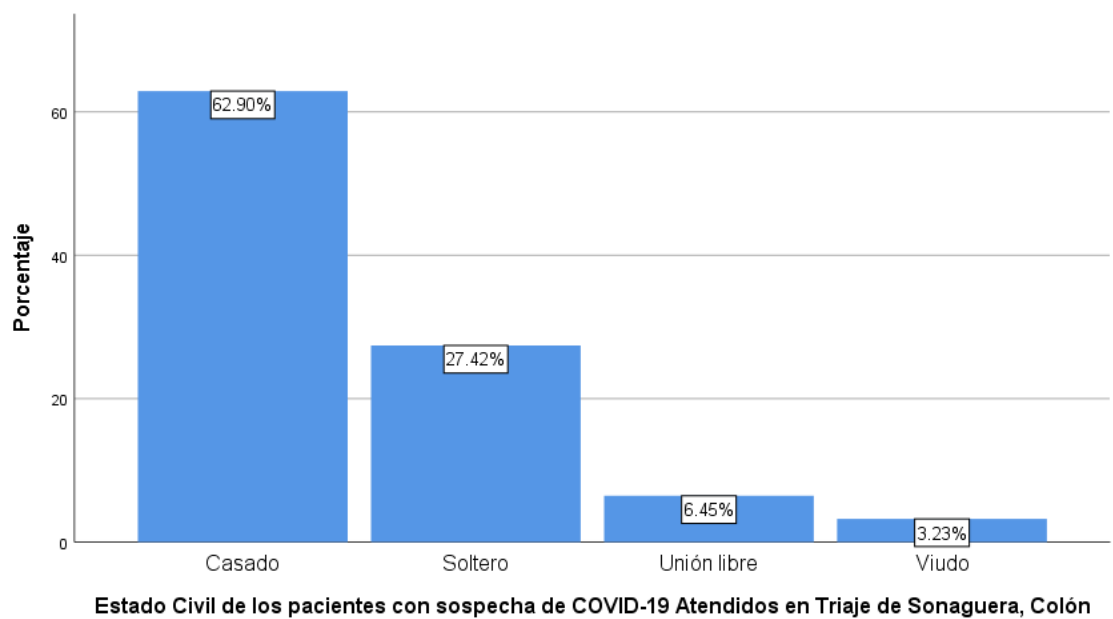
Gráfico 4. Género de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triage de Sonaguera, Colón



Fuente: Autoría propia

El 62,90% de los pacientes se encontraban casados, el 27,4% (n=17) solteros, el 6,5% (n=4) en unión libre y el 3,2% (n=2) eran viudos. En Ecuador, Ortiz-Prado et al reportó que la mayoría de los pacientes con COVID-19 en estudio se encontraban casados en el 39,3%, seguido de pacientes solteros en el 38%, datos similares a lo observado en los habitantes de Sonaguera en estudio.

Gráfico 5. Estado Civil de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triage de Sonaguera, Colón

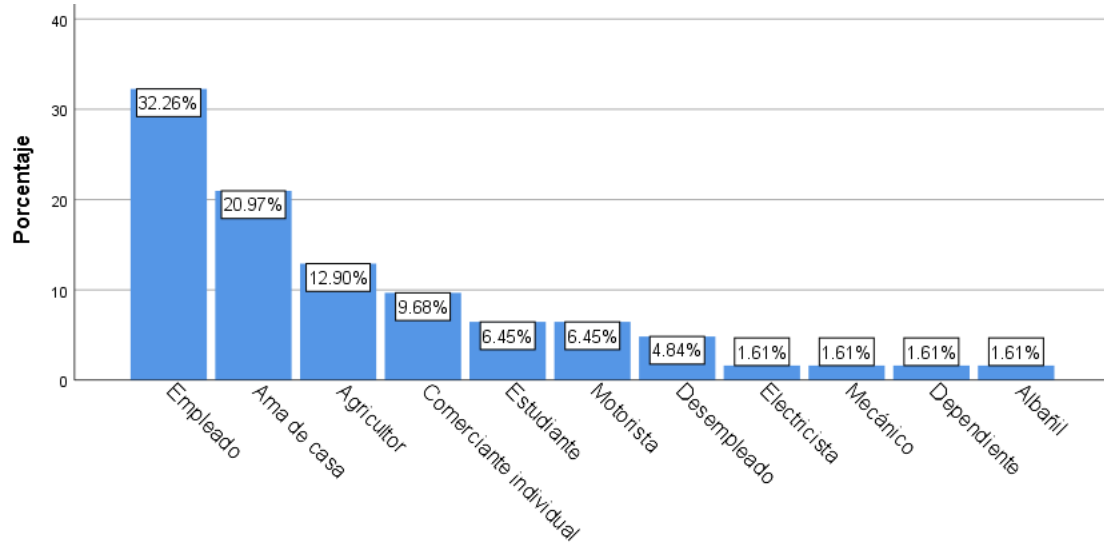


Fuente: Autoría propia

Más de la tercera parte, en un 32,26% (n=20) eran empleados, el 20,97% (n=13) eran amas de casa, el 12,90% (n=8) agricultores, el 9,68% (n=6) eran comerciantes individuales, el 6,45% (n=4) eran estudiantes y la misma cantidad motoristas, el 4,84% (n=3) se encontraban sin empleo, y el restante 4,84% (n=4) refirieron otras ocupaciones. Probablemente la mayoría de los pacientes con COVID-19 eran empleados ya que se exponen más a personas infectadas, en comparación con otro tipo de ocupaciones donde pueden permanecer más tiempo aislados.

El 8,1% (n=5) negaron poseer escolaridad, el 17,7% (n=11) no completaron la escuela primaria, el 24,2% (n=15) completaron la primaria. El 1,6% (n=1) no completaron secundaria, el 30,6% (n=19) completaron la secundaria, el 6,5% (n=4) no completaron la universidad y el 11,3% (n=7) si la completaron. En Brasil realizaron un estudio analizando posibles factores de riesgo sociales, y concluyeron los autores que existe un mayor riesgo de mortalidad por COVID-19 con niveles de educación inferiores a la universidad, especialmente los analfabetas, a pesar que la mayoría de los pacientes en ese estudio completaron la primaria, al igual que lo encontrado en los pacientes captados en este estudio (Peres, Bastos, Gelli, & Marchesi, 2021).

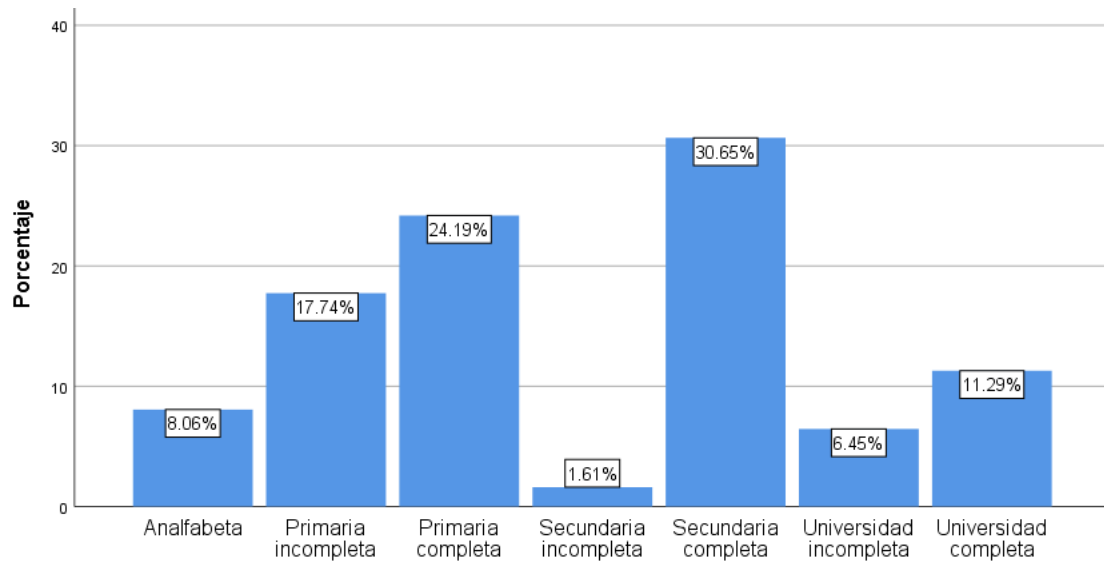
Gráfico 6. Ocupación de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triaje de Sonaguera, Colón



Ocupación de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triaje de Sonaguera, Colón

Fuente: Autoría propia

Gráfico 7. Escolaridad de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triaje de Sonaguera, Colón

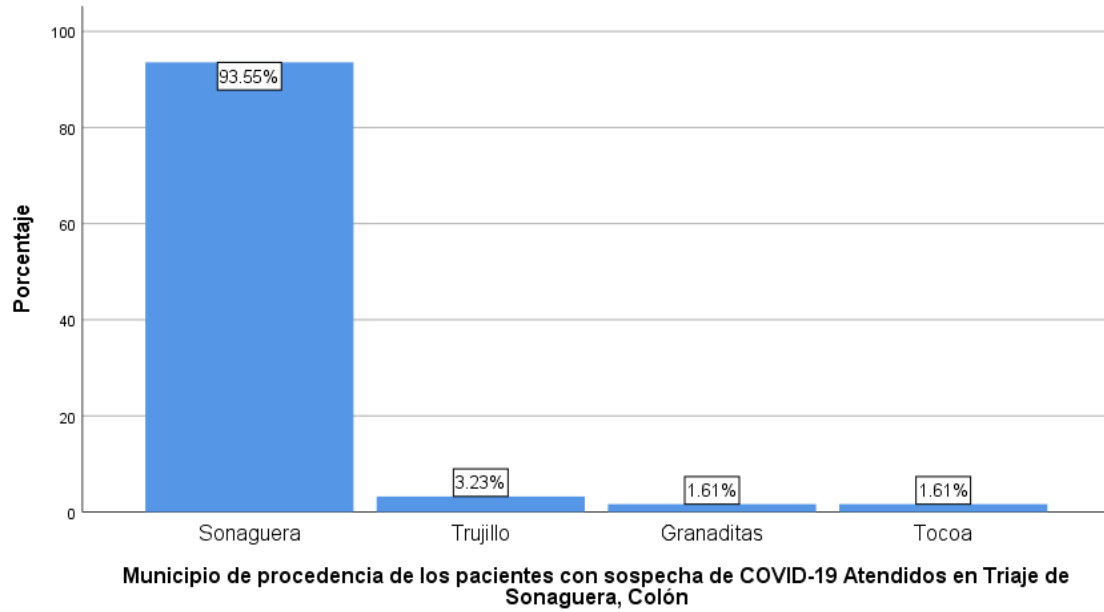


Escolaridad de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triaje de Sonaguera, Colón

Fuente: Autoría propia

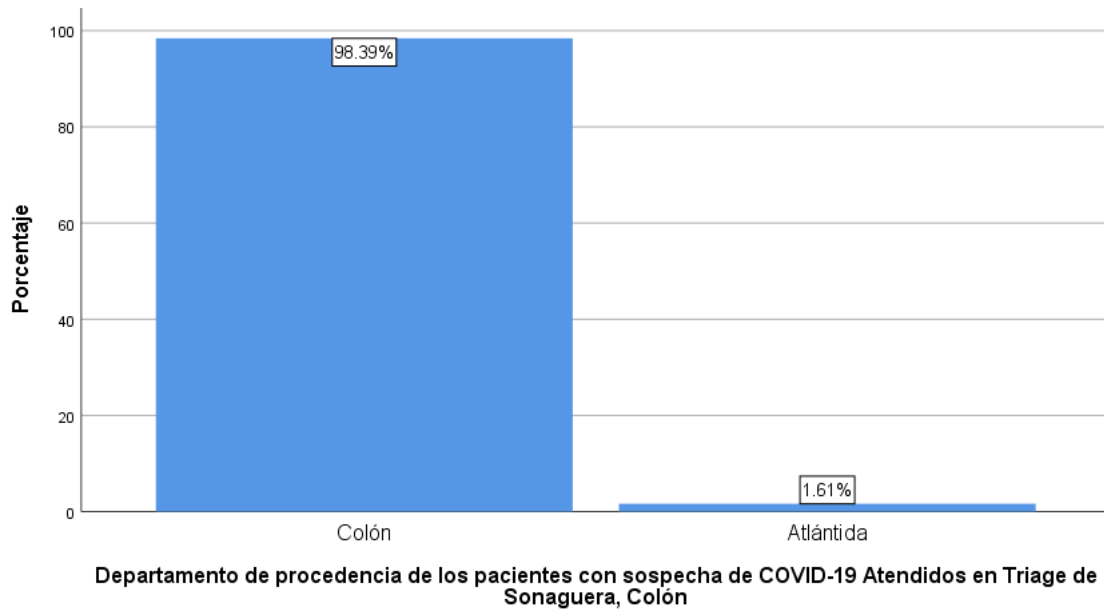
El 93,5% (n=58) provenían del municipio de Sonaguera, el 3,2% (n=2) de Trujillo, el 1,6% (n=1) de Tocoa y el 1,6% (n=1) de Granaditas. El 98,4% (n=61) de los pacientes provenían del departamento de Colón y el 1,6% (n=1) de Atlántida.

Gráfico 8. Municipio de procedencia de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triage de Sonaguera,



Fuente: Autoría propia

Gráfico 9. Departamento de procedencia de los pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triage de Sonaguera,

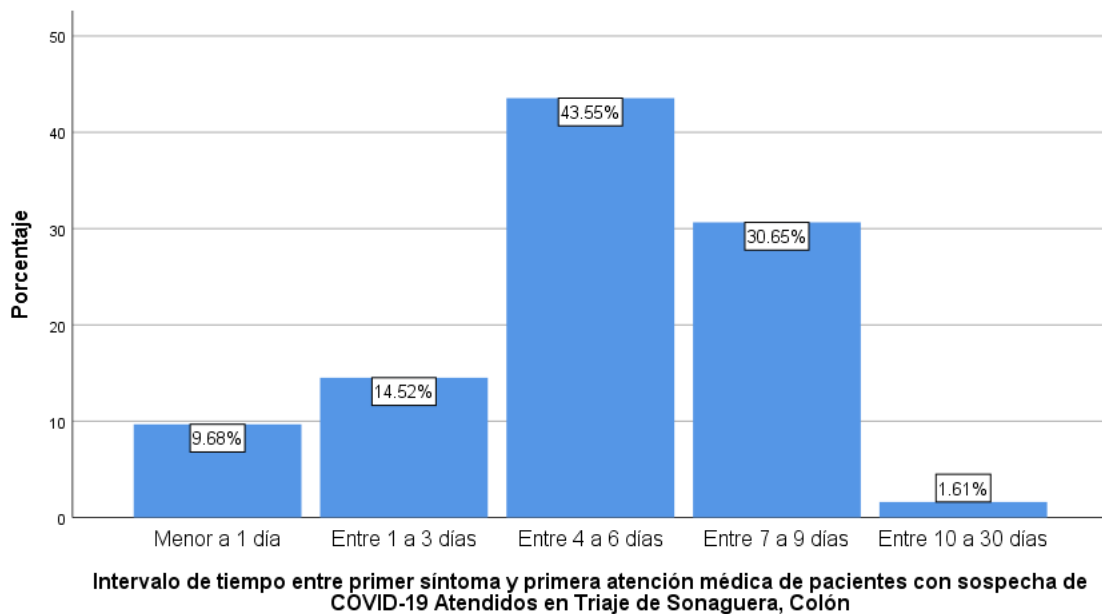


Fuente: Autoría propia

En cuanto al intervalo de tiempo entre la aparición del primer síntoma sospechoso de COVID-19 y la primera atención médica de dichos pacientes, el 9,7% (n=6) fue menor a un día, el 14,5% (n=9) fue entre 1 a 3 días, el 43,5% (n=27) fue entre 4 a 6 días, el 30,6% (n=19) fue entre 7 a 9 días y el 1,6% (n=1) tardaron más de 10 días.

Los datos encontrados en esta población concuerdan con un estudio realizado en Wuhan en el año 2020, donde captaron 41 pacientes con COVID-19 confirmado y estudiaron sus características clínicas. Los autores reportaron que la media de días que los pacientes tardaban en buscar atención médica después del inicio de síntomas era de 7 días, que por lo general era cuando iniciaba la dificultad respiratoria (Huang, y otros, 2020).

Gráfico 10. Intervalo de tiempo entre primer síntoma y primera atención médica de pacientes con sospecha de COVID-19 Atendidos en Triage de Sonaguera, Colón



Fuente: Autoría propia

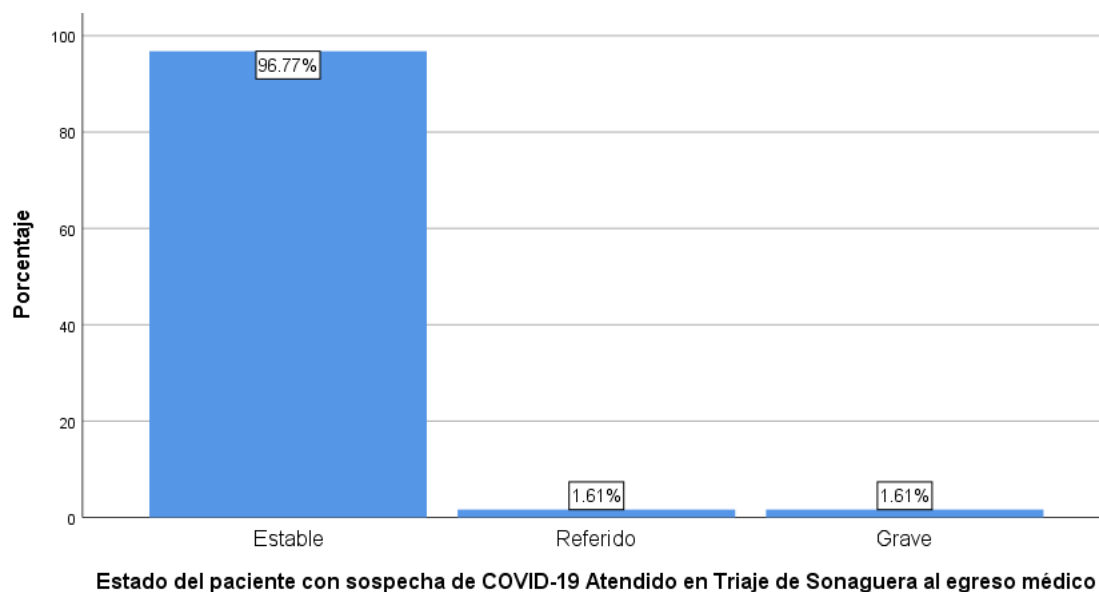
El 96,8% (n=60) de dichos pacientes, se encontró estable al momento de egresar del triaje, el 1,6% (n=1) fue referido a institución de mayor nivel y el 1,6% (n=1) si se deterioro clínicamente hasta alcanzar gravedad considerable, pero fue estabilizado.

A pesar de que en esta población se observó en muy pocos casos un paciente complicado por COVID-19, si se ha concluido en otros estudios la importancia de un diagnóstico temprano. En un estudio realizado en China donde se captaron 25 pacientes con COVID-19, concluyeron que en cuanto antes se diagnostique y trate el COVID-19, menor será el tiempo de resolución de la enfermedad (Guoquan, Tao, & Guangbin, 2020).

Linton et al en su estudio recopilaron información sobre casos con infección confirmada por COVID-19 y diagnóstico fuera del epicentro de Wuhan, China, con base en informes oficiales de institutos gubernamentales, así como informes sobre casos fallecidos tanto dentro como fuera de Wuhan. Ellos reportan que la mediana de tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta el ingreso hospitalario fue de aproximadamente 4 días entre los casos que no fallecieron y de 6 días entre los casos notificados como fallecidos (Linton, y otros, 2020).

Por lo expuesto anteriormente, sigue siendo de alta importancia el diagnóstico precoz de la enfermedad para mejorar el pronóstico del paciente, y todo inicia desde el momento en que el paciente comienza con síntomas ya descritos como típicos de COVID-19. Por lo que se debe de inculcar siempre al paciente que al presentar cualquier síntoma se acerquen a su centro médico más cercano.

Gráfico 11. Estado del paciente con sospecha de COVID-19 Atendido en Triage de Sonaguera al egreso médico



Fuente: Autoría propia

CAPÍTULO V.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Los factores que condicionan un atraso en la atención médica por los pacientes es falta de educación, difícil acceso a pruebas diagnósticas y los pocos establecimientos designados para diagnóstico y manejo de pacientes sospechosos de COVID-19 en Sonaguera, Colón.
2. Las características sociodemográficas de los pacientes fueron: pacientes mayores de 60 años en el 22,6%, del sexo masculino en un 66,1%, casados en un 62,9%, empleados en el 32,26%, completando la escuela secundaria en un 30,65%, procedente del municipio de Sonaguera en un 93,55%.
3. En su mayoría (43,65%) los pacientes sospechosos de poseer infección por COVID-19 tardaron un intervalo de entre 4 a 6 días en buscar atención médica en el Triaje de Sonaguera, Colón.
4. Aunque finalmente la hipótesis planteada no fue cierta, un porcentaje importante de los pacientes si buscaron atención medica de manera tardía (cuarto día o más de presentar síntomas) por lo que si es una problemática que debe ser estudiada, para disminuir el lapso de tiempo entre la aparición del primer síntoma de sospecha por COVID-19 y la atención médica.
5. Permanece siendo importante el diagnóstico temprano de toda enfermedad, por lo que se debe persistir en tratar de captar al paciente lo más temprano posible durante el desarrollo de la enfermedad para asegurar el diagnóstico y comenzar el tratamiento de forma oportuna.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Contratar y capacitar personal exclusivo para que se puedan captar pacientes sospechosos en sus domicilios, mediante brigadas coordinadas en Sonaguera periódicamente.
2. Crear triajes en zonas accesibles, donde se pueda acceder en transporte público. De esta manera se puede facilitar a los pacientes con sospecha de COVID-19 que busquen atención médica temprana.
3. Continuar la educación de los pacientes por parte del personal de salud, inculcando la importancia de asistir al solo presentar síntomas sospechosos de COVID-19 para confirmar o descartar el diagnóstico e iniciar el manejo adecuado. De esta manera se disminuye al mínimo las complicaciones asociadas con manejo tardío de la enfermedad.
4. Aconsejar a todos los habitantes que continúen con las medidas de bioseguridad y que se coloquen las vacunas correspondientes, con el propósito de buscar la máxima protección disponible contra el COVID-19 severo.
5. Utilizar esta misma metodología para realizar este estudio en otras regiones del país y poder comparar resultados, observar que factores difieren en cada región y observar si en ellas la búsqueda tardía de atención médica por COVID-19 representa un mayor factor de riesgo que lo obtenido en este estudio.

CAPÍTULO VI.

6. PROPUESTA

A continuación, en base a los resultados y conclusiones obtenidos en el estudio, se propondrá el siguiente proyecto para mejorar la problemática en estudio y el manejo de los pacientes con COVID-19.

6.1 TÍTULO DE LA PROPUESTA

“Capacitación de personal de salud para captación de pacientes sospechosos de COVID-19 en municipio de Sonaguera”

6.2. INTRODUCCIÓN

Con el propósito de mejorar el pronóstico de los pacientes con COVID-19 y mejorar su calidad de atención médica, se propone este proyecto. Se establecerán los objetivos y recomendaciones de cómo realizar el presente proyecto para disminuir al mínimo el intervalo entre el primer síntoma y la primera atención médica de los pacientes.

6.3 OBJETIVO DEL PLAN

Capacitar a personal de salud para captar los pacientes sospechosos de COVID-19 en los domicilios de los habitantes de Sonaguera, dicho personal deberá estar entrenado y abastecido de material de bioseguridad para poder identificar el paciente previo a que se desarrolle las complicaciones de la enfermedad.

6.4 DESCRIPCIÓN DEL PLAN

A continuación, se describirán los procesos a seguir en el proyecto para alcanzar los objetivos establecidos.

El plan se creó en base a las variables y resultados obtenidos en el presente estudio, para mejorar la problemática estudiada.

6.4.1 SUPERVISIÓN

- 1) Contratar personal de salud exclusivamente para realizar captación de pacientes sospechosos de COVID-19 en Sonaguera.
- 2) Contratar a un profesional cuya única labor será supervisar que se estén monitoreando los pacientes sospechosos periódicamente y que se estén abarcando las zonas necesarias de captación al día.
- 3) Realizar la ruta de las zonas que se cubrirán en las brigadas semanalmente.
- 4) Capacitar el personal periódicamente para realizar la captación, de acuerdo con las últimas actualizaciones de diagnóstico y manejo de la enfermedad.
- 5) Realizar y mantener actualizado un censo de los habitantes de Sonaguera, especificando que pacientes ya han tenido COVID-19, cuáles ya han sido vacunados y cuáles han presentado sospecha y se deben de monitorear su seguimiento.
- 6) Abastecer al personal de todo el material de bioseguridad necesaria para su protección.
- 7) Incluir dentro del presupuesto la alimentación del personal y destinar tiempo del día para desinfectarse y poder ingerir dichos alimentos.
- 8) Mantener surtido de pruebas de detección ambulatorias para COVID-19, en el caso que se encuentre un paciente con sospecha.
- 9) Brindar transporte para la movilización del personal a cada vivienda, y tener a disponibilidad transporte para trasladar pacientes al triaje en caso de ser necesario.

6.4.2 CONOCIMIENTO

- 1) Diseño de un programa de capacitación dirigido al personal de salud que se encuentre en las brigadas de captación.

- 2) La capacitación debe ir dirigida a un adecuado diagnóstico e identificación de pacientes sospechosos por COVID-19, se puede dividir en los siguientes apartados:
 - a. Generalidades sobre COVID-19.
 - b. Manifestaciones clínicas típicas y atípicas de las diversas variantes del virus.
 - c. Pacientes de alto riesgo de complicarse por COVID-19.
 - d. Complicaciones secundarias a infección del COVID-19.
 - e. Pruebas de diagnóstico
 - f. Tratamiento de estabilización inmediata.
 - g. Educación para pacientes sobre identificación propia de síntomas y la importancia de buscar atención médica temprana.
- 3) Crear campañas de concientización a la población sobre los riesgos de no buscar atención médica al iniciar síntomas por COVID-19.

6.4.3 EQUIPAMIENTO

- 1) Material de bioseguridad diario para personal de campo incluyendo: máscarillas KN95 o N95, batas desechables, botas desechables, gorra desechable, lentes o careta, alcohol al 70%.
- 2) Pruebas diagnósticas y contenedores para su almacenamiento.
- 3) Un vehículo destinado exclusivamente para el transporte del personal de campo y su movilización de vivienda a vivienda.
- 4) La disponibilidad de una ambulancia de ser necesario trasladar un paciente en estado delicado.

6.5 PROTOCOLO DE MANEJO PARA PACIENTES SOSPECHOSOS DE COVID-19

- 1) Captar a todos los pacientes con síntomas de COVID-19 de la zona y aplicarles la prueba diagnóstica que corresponda dependiendo del día de la enfermedad y manifestaciones clínicas presentadas.
- 2) Si la prueba presenta un resultado negativo, monitorear los pacientes y su evolución cada tres días hasta confirmar su negatividad en un período no menor a 21 días.
- 3) Si la prueba presenta un resultado positivo inicial o con un falso resultado negativo previo, se debe priorizar su vigilancia e identificar de manera temprana sus complicaciones previo a un deterioro del estado general del paciente.
- 4) En los pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 se debe documentar su evolución y el desarrollo de la enfermedad para vigilar futuras secuelas.

6.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Año 2022								
	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Contratación de personal	X								
Crear las rutas de captación de pacientes de la brigada	X	X							
Realizar censo de habitantes	X	X							
Iniciar captación de pacientes con sospecha de COVID-19		X	X	X					
Brindar seguimiento a los pacientes con sospecha de COVID-19		X	X	X	X	X	X	X	X
Actualización de personal					X				X
Continuar captación de pacientes con sospecha de COVID-19						X	X	X	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHA/ASA Stroke Council Leadership. . (2020.). Temporary Emergency Guidance to US Stroke Centers During the COVID-19 Pandemic. . *Stroke*.
- Blogspot. (25 de Mayo de 2014). *BIENVENIDOS A LA CAPITAL DE LA CITRICULTURA*.
Obtenido de <http://sonagueramipueblo.blogspot.com/>
- Bonadonna, L., Saunders, M., Zegarra, R., Evans, C., Alegria-Flores, K., & Guio, H. (2017). Why wait? The social determinants underlying tuberculosis diagnostic delay. . *PLoS One*.
- Calistri, P., Amato, L., & Puglia, I. (2021). Infection sustained by lineage B.1.1.7 of SARS-CoV-2 is characterised by longer persistence and higher viral RNA loads in nasopharyngeal swabs. *Int J Infect Dis*, 105:753.
- Carmenate-Milián, L., Herrera-Ramos, A., & Ramos-Cáceres, D. (2016). Situación del sistema de salud en Honduras y el nuevo modelo de salud propuesto. *iMedPub Journals*.
- Castagnoli, R., Votto, M., Licari, A., & al., e. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection in children and adolescents: a systematic review. . *JAMA Pediatr*.
- Centers for Disease Control and Prevention. (20 de Febrero de 2020). *2019 Novel coronavirus, Wuhan, China*. . Obtenido de <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>
- Chinazzi, M., & al., e. (2020). The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak. . *Science*, 395–400.
- Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. (2020). The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol*, 5:536.

- Davies, N., Abbott, S., Barnard, R., & al., e. (2021). Estimated transmissibility and impact of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in England. *Science*.
- Davies, N., Jarvis, C., & CMMID. (2021). COVID-19 Working Group, et al. Increased mortality in community-tested cases of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7. . *Nature*, 593:270.
- Despacho de comunicaciones y estrategia presidencial-Honduras. (14 de 8 de 2021). *Coronavirus COVID-19 En Honduras*. Obtenido de <https://covid19honduras.org/>
- Dong, Y., Mo, X., Hu, Y., & al., e. (2020). Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. *Pediatrics*.
- Dougherty, K., Mannell, M., Naqvi, O., & al., e. (2021). SARS-CoV-2 B.1.617.2 (Delta) Variant COVID-19 Outbreak Associated with a Gymnastics Facility - Oklahoma. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021*, 70:1004.
- EcuRed. (25 de Agosto de 2021). *Sonaguera, Colón*. Obtenido de [https://www.ecured.cu/Sonaguera_\(Honduras\)](https://www.ecured.cu/Sonaguera_(Honduras))
- Faes, C., Abrams, S., Van Beckhoven, D., & al., e. (2020). Time between Symptom Onset, Hospitalisation and Recovery or Death: Statistical Analysis of Belgian COVID-19 Patients. *Int J Environ Res Public Health*, 20-29.
- Firestone, M., Lorentz, A., Wang, X., & al., e. (2021). First Identified Cases of SARS-CoV-2 Variant B.1.1.7 in Minnesota. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021*.
- Flores, F., & Sergio, P. (2009). Honduras Geográfica. . *Ediciones Ramsés.*, 62.
- Frampton, D., Rampling, T., Cross, A., & al., e. (2021.). Genomic characteristics and clinical effect of the emergent SARS-CoV-2 B.1.1.7 lineage in London, UK: a whole-genome sequencing and hospital-based cohort study. *Lancet Infect Dis*.
- Greaney, A., Loes, A., Crawford, K., & al., e. (2021). Comprehensive mapping of mutations in the SARS-CoV-2 receptor-binding domain that affect recognition by polyclonal human plasma antibodies. *Cell Host Microbe*, 29:463.

- Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., & al, e. (2020). China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.*, 1708-1720.
- Guoquan, H., Tao, G., & Guangbin, W. (2020). Timely Diagnosis and Treatment Shortens the Time to Resolution of Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia and Lowers the Highest and Last CT Scores From Sequential Chest CT. *Cardiopulmonary Imaging*, 45-54.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., . . . al, e. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 497-50.
- Lazzerini, M., Barbi, E., Apicella, A., Marchetti, F., Cardinale, F., & Trobia, G. (2020). Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Heal.*
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., & Tong, Y. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia. . *New England journal of medicine.*
- Linton, N. M., Kobayashi, T., Yang, Y., Hayashi, K., Akhmetzhanov, A. R., & Jung, S. M. (2020). Incubation period and other epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus infections with right truncation: a statistical analysis of publicly available case data. . *Journal of clinical medicine.*, 53-64.
- Liu, Y., Yan, L., Wan, L., & al., e. (2020). Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. . *Lancet Infect Dis*, 20:656.
- Mhalu, G., Weiss, M. G., Hella, J., & Mhimira, F. (2019). Explaining patient delay in healthcare seeking and loss to diagnostic follow-up among patients with presumptive tuberculosis in Tanzania: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res.*
- Muik, A., Wallisch, A., Sanger, B., & al., e. (2021). Neutralization of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 pseudovirus by BNT162b2 vaccine-elicited human sera. . *Science*, 371:1152.

Neri, I., & Gammaitoni, L. (2021). Role of fluctuations in epidemic resurgence after a lockdown. *Sci Rep*, 11, 645.

Organización Mundial de la Salud. (6 de Agosto de 2021). *Coronavirus disease (COVID-19): Vaccine access and allocation*. Obtenido de [https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccine-access-and-allocation?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjwgviIBhBkEiwA10D2j2rjxiEhssGnU3HL1z3fmX05ls3zmPix4Ups-yHZbmSSjt674ZG0QBoC16gQAvD_BwE](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccine-access-and-allocation?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjwgviIBhBkEiwA10D2j2rjxiEhssGnU3HL1z3fmX05ls3zmPix4Ups-yHZbmSSjt674ZG0QBoC16gQAvD_BwE)

Organización Mundial de la Salud. (17 de Agosto de 2021). *COVID-19*. Obtenido de Rebrote de enfermedad por COVID-19: https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=Cj0KCQjwvO2IBhCzARIsALw3ASq3LwooLlNbHxnfgRLSP3y703rID8EyRXDts1wiN0oKSVdB03bs7BAaArN4EALw_wcB

Organización Mundial de la Salud. (3 de 8 de 2021). *Epidemiología del COVID-19*. Obtenido de <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000201/epidemiology>

Organización Mundial de la Salud. (31 de Julio de 2021). *Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2*. Obtenido de <https://www.who.int/es/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

Organización Mundial de la Salud. (31 de Julio de 2021). *Weekly epidemiological update on COVID-31 July 2021*. Obtenido de <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---20-july-2021>

Organización Mundial de la Salud. (3 de 8 de 2022). *Epidemiología del COVID-19*. Obtenido de <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000201/epidemiology>

Ow Yong, L., Xin, X., Wee, J., Poopalalingam, R., Kwek, K., & Thumboo, J. (2020). Perception survey of crisis and emergency risk communication in an acute hospital in the management of COVID-19 pandemic in Singapore. *BMC Public Health*.

- Peres, I. T., Bastos, L. D., Gelli, J. M., & Marchesi, J. F. (2021). Sociodemographic factors associated with COVID-19 in-hospital mortality in Brazil. *Public Health*, 15-20.
- Petrilli, C., & al., e. (2020). Factors associated with hospitalization and critical illness among 4,103 patients with COVID-19 disease in New York City. *medRxiv*.
- Santarpia, J., Rivera, D., Herrera, V., & al., e. (2020). Aerosol and surface contamination of SARS-CoV-2 observed in quarantine and isolation care. *Sci Rep*, 10:12732.
- Secretaria de Salud de Honduras. (16 de Agosto de 2021). *Vacunación Covid-19 en Honduras*. Obtenido de <http://www.salud.gob.hn/site/>
- Secretaria de Seguridad de Policia Nacional. (8 de 1 de 2021). *Secretaria de Seguridad de Policia Nacional*. Obtenido de <https://www.sepol.hn/sepol-estadisticas-honduras.php?id=158>
- Sharifi, A., & Khavarian-Garmsir, A. (2020). The COVID-19 pandemic: impacts on cities and major lessons for urban planning, design, and management. *Sci Total Environ.*, 749.
- Sheikh, A., McMenamin, J., Taylor, B., & al., e. (2021). SARS-CoV-2 Delta VOC in Scotland: demographics, risk of hospital admission, and vaccine effectiveness. *Lancet*, 397:2461.
- Sless, R. T., Hayward, N. E., Ryan, P. M., Deasy, C., & Dasari, K. (2021). Emergency department attendances during the COVID-19 pandemic: a retrospective analysis of attendances following Irish governmental pandemic measures. *Emergency medicine journal*.
- Spleen, A. M., Lengerich, E. J., Camacho, F. T., & Vanderpool, R. C. (2014). Health care avoidance among rural populations: results from a nationally representative survey. *The Journal of rural health*.
- Universidad Nacional Autónoma de Honduras. (6 de Mayo de 2020). *Propuesta integral para el desarrollo de Honduras frente a la pandemia COVID-19*. Obtenido de <https://www.unah.edu.hn/dmsdocument/9884-propuesta-integral-unah-covid-19-honduras>

- Volz, E., Mishra, S., Chand, M., & al., e. (2021). Assessing transmissibility of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in England. . *Nature*, 593:266.
- Wang, W., Xu, Y., Gao, R., & al., e. (2020). Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. *JAMA*, 323:1843.
- Wibmer, C., Ayres, F., Hermanus, T., & al., e. (2021). SARS-CoV-2 501Y.V2 escapes neutralization by South African COVID-19 donor plasma. . *Nat Med*, 27:622.
- World Health Organization. . (Marzo de 2020). *Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance*. . Obtenido de <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>
- Wu, K; Werner, AP; Moliva, JI; et al. . (2021). *mRNA-1273 vaccine induces neutralizing antibodies against spike mutants from global SARS-CoV-2 variants*. Obtenido de <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.01.25.427948v1.full.pdf>
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., & al., e. (2020). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*, 382:727.
- Zuniga-Moya, J. C., Norwood, D. A., & Romero Reyes, L. E. (Agosto de 2020). Epidemiology, Outcomes, and Associated Factors of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction–Confirmed Cases in the San Pedro Sula Metropolitan Area, Honduras. *Clinical Infectious Diseases*, *ciaa1188*.

GLOSARIO

1. Asintomático: No mostrar ningún síntoma (signos de enfermedad o enfermedad) (World Health Organization. , 2020).
2. Atención médica tardía: Solicitar atención médica posterior al cuarto día de iniciar las manifestaciones clínicas (World Health Organization. , 2020).
3. Propagación en la Comunidad: La propagación de una enfermedad dentro de un lugar en particular, como un vecindario o una ciudad. Durante la propagación comunitaria, no hay una fuente clara de contacto o infección (World Health Organization. , 2020).
4. Caso confirmado: Alguien se hizo la prueba y se confirmó que tenía COVID-19 (World Health Organization. , 2020).
5. Configuraciones de congregación: Lugares públicos que pueden abarrotarse y donde puede ocurrir el contacto con personas infectadas. Esto incluye lugares como centros comerciales, teatros y supermercados (World Health Organization. , 2020).
6. Coronavirus: Una familia de virus relacionados. Muchos de ellos causan enfermedades respiratorias. Los coronavirus causan COVID-19, SARS, MERS y algunas cepas de influenza o gripe. El coronavirus que causa el COVID-19 se llama oficialmente SARS-CoV-2, que significa síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (World Health Organization. , 2020).
7. COVID-19: El nombre de la enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2. COVID-19 significa "enfermedad por coronavirus 2019" (World Health Organization. , 2020).
8. Epidemia: Una situación en la que ocurren más casos de enfermedad de los esperados en un área determinada o en un grupo de personas (World Health Organization. , 2020).

9. Epidemiología: La rama de la medicina que estudia cómo ocurren y se propagan las enfermedades en comunidades de personas. Una persona que estudia epidemiología se llama epidemiólogo (World Health Organization. , 2020).
10. Inmunidad: La capacidad del cuerpo para resistir o combatir una infección (World Health Organization. , 2020).
11. Inmunocomprometidos: También llamado inmunocomprometido o inmunodeficiente. Esto describe a alguien que tiene un sistema inmunológico que no puede resistir o combatir las infecciones tan bien como la mayoría de las personas. Esto puede ser causado por varias enfermedades. Algunos tratamientos para enfermedades también pueden hacer que alguien esté inmunocomprometido (World Health Organization. , 2020).
12. Período de incubación: El tiempo que tarda una persona con una infección en comenzar a mostrar síntomas. Para COVID-19, los síntomas aparecen de 2 a 14 días después de la infección (World Health Organization. , 2020).
13. Brote: Un aumento repentino de una enfermedad específica en un área pequeña (World Health Organization. , 2020).
14. Pandemia: Cuando una nueva enfermedad se propaga a muchos países del mundo (World Health Organization. , 2020).
15. EPP: Soportes para equipos de protección personal. Esto incluye máscaras, protectores faciales, guantes, batas y otras cubiertas que usan los trabajadores de la salud para prevenir la propagación de infecciones a ellos mismos y a otros pacientes (World Health Organization. , 2020).
16. Caso presuntivo positivo: Cuando una persona da positivo por el coronavirus, pero el CDC no ha confirmado el caso (World Health Organization. , 2020)

17. Cuarentena: A veces llamado "aislamiento". Las cuarentenas mantienen a las personas alejadas entre sí para evitar la propagación de enfermedades. Las órdenes de quedarse en casa son un tipo de cuarentena (World Health Organization. , 2020).
18. Autoaislamiento: También llamada autocuarentena. Separarse cuando esté enfermo de las personas sanas para evitar la propagación de enfermedades (World Health Organization. , 2020).
19. Distanciamiento social: También llamado distanciamiento físico. Significa poner espacio entre usted y otras personas en todo momento. El objetivo es reducir la velocidad de un la infección se propaga (World Health Organization. , 2020).
20. Sintomático: Cuando una persona muestra signos de enfermedad. Para COVID-19, eso incluye tos, fiebre o dificultad para respirar (World Health Organization. , 2020).
21. Ventilador: Una máquina que suministra oxígeno a un paciente con problemas pulmonares graves (World Health Organization. , 2020).
22. Organización Mundial de la Salud (OMS): Esta organización de las Naciones Unidas monitorea y protege la salud pública en todo el mundo (World Health Organization. , 2020).

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA

“Tiempo de búsqueda para atención médica de pacientes con sospecha de COVID-19 en el Triage de Sonaguera, Colón”

Código Identificación: _____

Número de expediente: _____

I. Datos generales

a) **Edad** _____

b) **Genero**

c) Femenino Masculino

d) **Estado civil actual**

Soltero Casada Divorciada Unión Libre

Viuda

e) **Ocupación**

Ama de casa Auto-empleado Estudiante No empleado

Dependiente Empleado Otro: _____

f) **Procedencia(Municipio/ Departamento):**

g) **Escolaridad**

Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Univers. completa

Secun. incompleta Secundaria completa Univers. incompleta

II. Tiempo de atención

a) **Intervalo de tiempo entre primer síntoma y consulta médica:**

<1 día 1-3 días 3-5 días

5-10 días 10-30 días >30 días

b) **Estado de paciente al egreso:**

Estable Referido Mal estado Fallecido

Otro: _____

