



Maestría en

SALUD PÚBLICA

Tesis previa a la obtención del título de Magíster en Salud Pública

AUTOR: Dr. Germán Andrés Guerrero Méndez.
TUTOR: Dr. Milton Ricardo Gross Albornoz.

Asertividad de la comunicación sobre bioseguridad, manejo farmacológico, no farmacológico y acompañamiento durante los periodos de aislamiento y convalecencia de pacientes atendidos durante la pandemia en MEDadvance-servicios médicos, 2020 a 2021.

“Ser más, para servir mejor”

San Ignacio de Loyola.

Dedicado a mi familia, quienes me motivan cada día a superarme, a cumplir
mis sueños y a servir.

A mi Aidita, qué hoy me cuida desde el cielo y sigue siendo mi confidente.

A mi hijo, mi tigre, mi razón de ser. Todo es por ti y por lo que juntos
construiremos.

Agradecimiento

Agradezco a Dios y su sabiduría infinita, entendiendo que sus planes van más allá de lo que puedo entender, con sentirme amparado en su regazo todo es sencillo, teniendo también la dulce guía de la Virgen María.

A mi esposa, mi compañera de vida, mi motivación diaria, que emprende conmigo en este sueño de construir cada día una familia. A nuestro hijo, nuestro gran amor, el bebé tigre que llegó a cambiar nuestras vidas con su amor, dulzura y alegría.

A mi madre, que siempre ha encontrado las palabras perfectas para encaminarme y no dejar que me rinda en cada proyecto emprendido. A mi padre, que es mi mayor ejemplo de estudio, un académico insaciable que en cada proceso de aprendizaje da todo de sí. A mi hermano, mi mejor amigo, confidente y compañero de aventuras. A mi ñaña Silvana, que con su rectitud y sabiduría me orienta en las decisiones más importantes de mi vida. A mi tío Víctor Hugo, de quien admiro y agradezco la nobleza con la que actúa. A mi tía Oliva, que ahora es la mejor amiga y cómplice de Germancito bebé. Y en especial a mis ángeles, mi abuelita Aidita y mi ñaña Cris, que me han dejado la huella más grande de fe y amor.

Cuando decidí estudiar Salud Pública pasaba un momento de muchas dudas, que se disiparon con cada asignatura, con cada enseñanza de los docentes más dedicados y comprometidos que jamás he conocido. Agradecer a Fernando Sacoto es lo mínimo que podríamos hacer, por habernos guiado en este proceso, y no podía faltar mencionar la gratitud eterna que siempre tendré con un maestro al cual considero mi amigo, el doctor Milton Gross, me acompañó en mi titulación de médico cirujano y hoy es mi guía en mi camino a ser salubrista; no hay mejor que enseñanza que su ejemplo.

Por último, a MEDadvance-Servicios Médicos, el gran proyecto que emprendimos con Jonathan Guerrón, mi socio. Y que hoy ha cambiado paradigmas de atención médica, es gracias a MEDadvance que se desarrolló este trabajo de titulación.

Índice

Resumen.....	9
Abstract	10
CAPÍTULO I.....	12
1.1. Introducción	12
1.1. Justificación.....	13
1.3. Problema	14
1.3.1. Planteamiento del problema	14
1.3.2. Formulación del problema.....	14
1.4. Objetivos	14
a. General	14
b. Específicos	14
CAPITULO II	15
2. Marco Teórico.....	15
2.1. Pandemia y emergencia sanitaria.....	15
2.2. SARS-CoV2 y enfermedad por COVID-19.....	16
2.2.1. Definiciones operacionales y clasificación de gravedad:.....	17
2.2.2. Espectro clínico de manifestaciones asociadas a infección por SARS-CoV-2 (COVID-19).....	18
2.2.3. Manifestaciones psicológicas	20
2.3. ¿Quiénes son los más vulnerables?.....	21
2.4. Proceso diagnóstico. Tests.....	22
2.4.1. Protocolo de manejo para COVID-19, enfocado en la comunicación asertiva en MEDadvance Ecuador.....	22
2.4.2. Periodo de aislamiento	24
2.4.3. Periodo de convalecencia.	28
CAPÍTULO III.....	33
3.1. Metodología.	33
3.1.1. Tipo de estudio.	33
3.1.2. Población y muestra	33
3.2. Técnicas de recolección de datos.....	34
3.3. Plan de análisis	34
3.5. Aspectos Bioéticos.	35
CAPÍTULO IV.....	36
4.1. Resultados	36
4.1.2. Experiencia de las visitas domiciliarias, realizada por el médico:	37
4.1.3. Recomendaciones para mejorar el aspecto comunicacional.....	48

CAPÍTULO V	51
Discusión.....	51
CAPÍTULO VI.....	60
Conclusiones	60
Recomendaciones.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	62
ANEXOS	68
ANEXO I	68
ANEXO II.....	70

Índice de tablas

Tabla 1: Clasificación de gravedad de la COVID-19 según la AAP.1

Tabla 2: Criterios clínicos de sospecha

Tabla 3: Cuadro comparativo de tratamiento

Índice de figuras

Figura 1. Gráfica de nubes

Figura 2. Mapa jerárquico (codificación de emociones)

Figura 3. Gráfica de nubes

Figura 4. Mapa jerárquico (codificación de emociones)

Figura 5. Gráfica de nubes

Figura 6. Mapa jerárquico (codificación de emociones)

Figura 7. Gráfica de nubes

Figura 8. Mapa jerárquico (codificación de emociones)

Figura 9. Gráfica de nubes

Figura 10. Mapa jerárquico (codificación de emociones)

Figura 11. Gráfica de nubes

Figura 12. Mapa jerárquico (codificación de emociones)

Figura 13. Gráfica de nubes

Figura 14. Mapa jerárquico (codificación de emociones)

Figura 15. Gráfica de nubes

Figura 16. Mapa jerárquico (codificación de emociones)

Figura 17. Gráfica de nubes

Figura 18. Mapa jerárquico (codificación de emociones)

Figura 19. Gráfica de nubes.

Figura 20. Mapa jerárquico (codificación de emociones)

Figura 21. Aristas para diagnóstico de COVID-19.

Resumen

La COVID-19 ha representado un reto a nivel sanitario en todo sentido, en MEDadvance-Servicios Médicos se planteó un protocolo de atención con enfoque farmacológico y no farmacológico, basado en la comunicación asertiva, mismo que se aplicó durante la atención médica, acompañamiento durante el aislamiento y seguimiento en la convalecencia.

Methodología: se propuso un estudio de enfoque cualitativo, mediante una aproximación etnográfica, donde se incluyeron 50 personas que fueron atendidas por el equipo médico de MEDadvance entre 2020 y 2021, previo al proceso de vacunación. **Resultados:** mediante análisis de discurso se identificaron las experiencias de los pacientes con las visitas domiciliarias, sobre la relación establecida médico-paciente, las explicaciones sobre su condición, las recomendaciones sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas, la comunicación durante el aislamiento y la convalecencia, así como las recomendaciones sobre las visitas médicas; encontrando comentarios positivos, reflejados en nubes de palabras y mapas de emociones que permitieron entender la percepción de los pacientes durante el padecimiento de COVID-19. **Conclusión:** esta investigación es la primera en analizar la comunicación asertiva durante la consulta médica, aislamiento y convalecencia, con resultados positivos según el análisis de sus participantes, generando un seguimiento activo, manejo ágil y mayor recepción de las indicaciones, favorecidas por una participación del entorno del paciente, manteniendo como eje las habilidades de comunicación del ejecutor en salud.

Keywords: asertividad, comunicación, COVID-19, secuelas, visitas domiciliarias, atención médica.

Abstract

COVID-19 has represented a challenge at health system in all areas, MEDadvance-Servicios Médicos created a care protocol with pharmacological and non-pharmacological recommendations, based on assertive communication, which was applied during medical appointment, isolation, and convalescence. **Methodology:** this is a qualitative approach study was proposed, using an ethnographic approach, which included 50 people who were treated with MEDadvance's protocol between 2020 and 2021, before to the vaccination process. **Results:** discourse analysis was the tool to identify the experiences of patients with home visits, regarding the established doctor-patient relationships, explanations about their condition, recommendations about pharmacological and non-pharmacological measures, communication during isolation and convalescence. And recommendations on medical visits; we found positive comments, reflected in word clouds and emotion maps, those gave us the perception to understand how the perceptions of the patients was during COVID-19. **Conclusion:** this research is the first to analyze assertive communication during the medical appointment, isolation, and convalescence, with positive results according to the analysis of perception's patients. This situation generated an active follow-up and better reception of the indications, favored by a participation of the patient environment, maintaining the communication skills of the physician.

Keywords: assertiveness, communication, COVID-19, home visits, medical care, medical appointment.

“Un sistema de salud real es aquel que involucra a la comunidad, profesionales de salud, primer nivel de atención, atención prehospitalaria y hospitalaria; dirigido por un conocimiento pleno de salud pública”.

Germán Guerrero M.

CAPÍTULO I

1.1. Introducción

En febrero de 2020 se constituye MEDadvance – Servicios médicos, como una compañía de servicios médicos a domicilio. Entendiendo las necesidades cambiantes, buscamos posicionarnos como la principal alternativa para afecciones, dolencias y necesidades médicas en los domicilios de los quiteños. Posterior a esta constitución tuvo lugar la pandemia por el SARS-CoV2, donde el temor por afrontar una enfermedad desconocida nos llevó a afrontar con nuestra preparación académica lo desconocido, el conocimiento generado alrededor de la COVID-19 era limitado, en el accionar del virus, la respuesta inmunológica y las opciones terapéuticas; únicamente teníamos un panorama con contagios masivos, mortalidad en exceso sin precedentes y el temor de todos, incluido el personal de salud.

La respuesta inmediata por parte del equipo médico fue elaborar un protocolo de atención médica y vigilancia activa, basado en la evidencia existente para enfermedades infecto contagiosas respiratorias, además de un proceso de entrenamiento en fortalecer la relación médico-paciente mediante la comunicación bidireccional y continua durante todo el proceso de la enfermedad, medida que nos ha permitido solventar 11324 casos confirmados de COVID-19 hasta febrero de 2022, de manera satisfactoria. Utilizando la atención primaria de salud como principal herramienta, entendiendo la necesidad empoderamiento de la enfermedad por parte de quien la padece, es imperativa la difusión del conocimiento, por lo que hemos priorizado la comunicación asertiva en salud con nuestros pacientes, informando de manera oportuna sobre el aislamiento temprano, un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y acompañamiento constante durante la convalecencia, enfocados principalmente en:

- Uso de medidas de bioseguridad (mascarilla).
- Lavado de manos.
- Aislamiento dentro del hogar, incluso si hay más de un paciente positivo para COVID-19.
- Apego terapéutico.
- Comunicación permanente con el personal de salud.
- Signos de alarma.
- Controles subsecuentes.

Siguiendo el protocolo dictado por MEDadvance-Servicios Médicos, el cual se basa en evidencia científica y es periódicamente actualizado por su directorio médico. Se ha puesto a disposición el teléfono del call center, además de los servicios de mensajería instantánea de nuestras redes sociales para solventar cualquier duda o necesidad de los pacientes, además de respuestas guiadas por nuestros médicos en turnos rotativos.

1.1. Justificación

En la ciudad de Quito (Pichincha-Ecuador), la compañía ADVANCEMED CIA. LTDA, y su división de atención médica a domicilio MEDadvance – Servicios Médicos, cuenta con un protocolo de atención enfocado en el manejo de pacientes positivos para SARS-CoV2, causante de la COVID-19. Programa dirigido para pacientes particulares que requieren atención médica, el cual está dirigido por el médico Germán Guerrero Méndez desde marzo de 2020 a la actualidad.

Con base en lo poco que se conocía, el temor el protocolo se puso en marcha junto con el inicio de la pandemia, una vez alertados los primeros casos en España se planteó la necesidad de estar preparados para una eventual llegada de la patología. La guía interna está orientada al manejo sintomático de la COVID-19, con especial énfasis en su actualización conforme aparece nueva evidencia sobre la enfermedad, teniendo un comité evaluador compuesto por los doctores Jonathan Guerrón, Jesús Chirinos y Germán Guerrero, en el cual se definen los lineamientos a seguir por parte del personal de salud de MEDadvance.

Además de las recomendaciones farmacológicas se ha priorizado el enfoque comunicacional, asertivo, oportuno y claro para el entendimiento de los pacientes, orientado a integrar el cuidado, apego terapéutico, vigilancia de signos de alarma y alerta sobre cualquier complicación para facilitar la toma de decisiones tempranas.

Una atención médica basada en comunicación asertiva está compuesta por un estricto seguimiento de los lineamientos en bioseguridad, manejo farmacológico, manejo no farmacológico y acompañamiento durante la evolución de la enfermedad. Llevando un registro diario y visitas domiciliarias subsecuentes cada tercer o cuarto día, hasta la recuperación total.

1.3. Problema

1.3.1. Planteamiento del problema

Se desconoce la asertividad de la estrategia comunicacional (impacto) desarrollada por MEDadvance – Servicios Médicos en los componente de bioseguridad, manejo farmacológico, no farmacológico y acompañamiento durante el periodo de aislamiento y convalecencia de los pacientes atendidos entre marzo de 2020 y junio de 2021.

1.3.2. Formulación del problema

¿Cuál es la asertividad de la estrategia comunicacional (impacto) desarrollada por MEDadvance – Servicios Médicos en los componente de bioseguridad, manejo farmacológico, no farmacológico y acompañamiento durante el periodo de aislamiento y convalecencia de los pacientes atendidos entre marzo de 2020 y junio de 2021?

1.4. Objetivos

a. General

Analizar las características de la asertividad de la estrategia comunicacional (impacto) desarrollada por MEDadvance en el manejo de pacientes COVID-19 (20-21)

b. Específicos

- Analizar la asertividad de la estrategia comunicacional (impacto) desarrollada por MEDadvance en el manejo de pacientes COVID-19 (20-21) durante el período de **aislamiento** en los componentes de: bioseguridad, manejo farmacológico, manejo no farmacológico, acompañamiento.
- Analizar la asertividad de la estrategia comunicacional (impacto) desarrollada por MEDadvance en el manejo de pacientes COVID-19 (20-21) durante el período de **convalecencia** en los componentes de: bioseguridad, manejo farmacológico, manejo no farmacológico, acompañamiento Marco Teórico y conceptual

CAPITULO II

2. Marco Teórico.

2.1. Pandemia y emergencia sanitaria.

En noviembre de 2019 la OMS recibió información sobre casos de neumonía de etiología desconocida en la población de Wuhan-China. Las autoridades sanitarias de la República Popular China identificaron una nueva cepa de coronavirus, denominado SARS-CoV-2 (1). Esta enfermedad infectocontagiosa presenta sintomatología respiratoria leve en aproximadamente el 80% de casos, sin embargo, la población vulnerable está más propensa a sufrir complicaciones, principalmente personas inmunocomprometidas, adultos mayores o con comorbilidades que pueden llevar a cuadros que presentan síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico (2).

El manejo de la patología ha ido cambiando desde el inicio de la pandemia, actualmente según las guías internacionales es sintomático e inespecífico, basándose principalmente en las posibles complicaciones. Por lo tanto, la vigilancia, el cuidado y la atención son clave en esta patología, principalmente para identificar y educar a los pacientes sobre los signos de alarma (1). Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta el 12 de abril de 2022 fueron notificados 500.878.952 casos acumulados confirmados de COVID-19, incluidas 6.023.000 defunciones en todo el mundo (3).

En Ecuador, se presentó una situación epidemiológica de terror, más que por los números de contagios y mortalidad, por cómo se dieron los hechos, cadáveres en las calles, personas desplomándose en Guayaquil con autoridades que enviaban mensajes confusos para la población con el slogan: “el peor virus es el miedo”, permitiendo actividades masivas como partidos de fútbol en pro de mantener la economía sobre la seguridad sanitaria (4), situación que se repitió en el paso de semáforo rojo a amarillo en el Distrito Metropolitano de Quito, lo cual dio paso a la ola de contagios que colapsó el sistema de salud de la capital, tanto a nivel público como privado (5). El cambio de semaforización debía seguir parámetros estandarizados por la OMS, los

cuales no se cumplieron, por lo que aquella decisión dejó de lado criterios técnicos (6).

La situación no fue distinta con respecto a las directrices emitidas por las autoridades de control durante los meses posteriores, emitiendo declaraciones confusas y contradictorias, creando malestar en la población general, más allá de lo que ya se vivía por la COVID-19 (7).

La información que circulaba en redes, sumada a casos de gravedad que invadían a las familias ecuatorianas hacía de esta enfermedad un enemigo que atacaba con voracidad, sobre todo a las personas más vulnerables. La esperanza se centraba en el acceso a atención médica (limitado) y a campañas de inmunización que se vieron envueltas en una trama de corrupción que afectó aún más la confianza en la gente, aumentando el temor a la enfermedad y la sensación de abandono (8).

Para el 28 de abril de 2022, Ecuador ha reportado 868.000 casos de COVID-19 confirmados por test PCR-RT y antígeno, así como 34.000 muertes por esta enfermedad. Tomando en cuenta que existe una cantidad exponencial de subdiagnóstico, pues siempre ha habido escasos de tests diagnósticos o simplemente se establecieron tratamientos en casos sospechosos por sintomatología y nexos epidemiológico. Si bien es cierto que se ha intentado transparentar cifras desde la nueva administración del MSP, tenemos casi un año de datos ambiguos que no concuerdan con la realidad nacional (9).

2.2. SARS-CoV2 y enfermedad por COVID-19.

El SARS-CoV2 es un tipo de coronavirus que genera la enfermedad COVID-19, misma que es una patología infectocontagiosa, transmitida mediante microgotas respiratorias, de gravedad variable; esta situación depende de la respuesta inflamatoria que se da posterior a la replicación viral en el organismo de quien lo padece. Es necesario identificar los casos que generen sospecha o se hayan confirmado mediante los estándares dictaminados por las autoridades sanitarias.

2.2.1. Definiciones operacionales y clasificación de gravedad:

Caso sospechoso:

- a) Persona de cualquier edad residente o que haya viajado a un país con alta transmisión local de la enfermedad o contacto con paciente sospechoso, que en los últimos siete días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea, acompañadas de al menos uno de los siguientes signos o síntomas: disnea, mialgias, cefalea, artralgias, odinofagia, rinorrea, anosmia o hiposmia, conjuntivitis, dolor torácico, síntomas gastrointestinales como diarrea, vómito, o dolor abdominal. recomendamos considerar síntomas gastrointestinales (náusea, vómito, diarrea), anosmia e hiposmia dentro de la definición de caso sospechoso por los reportes generados en otros países (10).
- b) Paciente con enfermedad respiratoria aguda y antecedente de contacto con un caso confirmado de COVID-19 en los últimos 14 días previos al inicio de los síntomas (11).
- c) Paciente con enfermedad respiratoria aguda grave (fiebre y al menos un signo o síntomas de enfermedad respiratoria como tos, disnea) que requiera hospitalización, sin otro diagnóstico que explique la presentación clínica (11).

Caso probable:

- a) Un caso sospechoso cuya prueba para SARSCoV-2 resultó inconclusa.
- b) Un caso sospechoso en el que no puede realizarse la prueba para SARS-CoV-2 por cualquier razón (10), con hallazgos tomográficos característicos de neumonía por SARS-CoV-2 como patrón de vidrio despulido, patrón en empedrado, patrón de consolidación, con localización principalmente a nivel subpleural y de manera bilateral (12).

Caso confirmado:

Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por laboratorio (13).

Contacto Persona con exposición dentro de los dos días previos y hasta 14 días posteriores al inicio de los síntomas con un caso probable o confirmado en los siguientes escenarios:

- a) Contacto cara a cara con un caso probable o confirmado a 1 metro y por más de 15 minutos.
- b) Contacto físico directo con un caso probable o confirmado.
- c) Cuidador de un paciente probable o confirmado de COVID-19 sin uso de EPP (equipo de protección personal) (10).

2.2.2. Espectro clínico de manifestaciones asociadas a infección por SARS-CoV-2 (COVID-19).

Dependiendo de los hallazgos clínicos, de laboratorio y de imagen, podemos clasificar la enfermedad en: infección asintomática, infección no complicada, leve, moderada, grave y casos críticos.

Tabla 1: Clasificación de gravedad de la COVID-19 según la AAP.1	
Infección asintomática Paciente Enfermedad leve	Paciente sin síntomas ni signos clínicos, radiografía normal y PCR positiva para SARS-CoV-2 Enfermedad leve Presentan síntomas de vía respiratoria superior, además de fiebre, fatiga, mialgia, tos, escurrimiento nasal. Al examen físico se encuentra congestión faríngea, sin datos anormales a la auscultación. Algunos casos pueden estar afebriles o con síntomas digestivos como náusea, dolor abdominal o diarrea
Enfermedad moderada	Con neumonía, frecuentemente fiebre, tos que en la mayoría de los casos es de inicio seca, seguida de tos productiva; en algunas ocasiones con disnea, sin datos de hipoxemia, se pueden auscultar crepitantes; otros casos no tienen signos o síntomas clínicos; sin embargo, la tomografía computarizada muestra lesiones pulmonares que son subclínicas
Enfermedad grave	Enfermedad grave Tempranamente presentan síntomas como fiebre y tos, quizá acompañada de síntomas gastrointestinales como diarrea La enfermedad usualmente progresa en alrededor de una semana con disnea y cianosis central, la SpO2 es menor de 92% con manifestaciones de hipoxemia
Enfermedad crítica	Enfermedad crítica Además de los síntomas de enfermedad grave puede progresar rápidamente a SDRA y choque, encefalopatía, daño miocárdico, disfunción de la coagulación y daño renal
AAP = American Academy of Pediatrics; PCR = siglas en inglés de reacción en cadena de la polimerasa; SpO2 = saturación de oxígeno; SDRA = síndrome de dificultad respiratoria aguda	

Fuente: (18)

La infección tiene un espectro amplio de presentación, dependiendo de cómo su evolución, siendo lo más inocuo un cuadro asintomático, hasta a procesos de mayor gravedad como SDRA, sepsis, choque séptico y muerte (10).

Infección no complicada: presenta síntomas inespecíficos como fiebre, tos (seca o productiva), odinofagia, congestión nasal, anosmia, hiposmia, malestar general, anorexia, cefalea, mialgias (10). Los pacientes inmunosuprimidos pueden presentar síntomas atípicos, sin datos de deshidratación, sepsis o dificultad respiratoria (14).

Infección leve de vías respiratorias bajas: tos, dificultad respiratoria con taquipnea,

desaturación, puede o no haber fiebre, sin signos de infección grave de vías respiratorias. Desaturación se entiende como $< 90\%$ en Quito, $< 92\%$ a nivel del mar.

Infección grave de vías respiratorias bajas: Tos, dificultad respiratoria y al menos uno de los siguientes datos:

- Cianosis central o desaturación (10).
- Dificultad respiratoria: quejido, aleteo nasal, tiraje supraesternal, retracción torácica severa o disociación toracoabdominal (15).
- Taquipnea.
- Dificultad para la alimentación.
- Disminución del estado de alerta: letargo, pérdida de conocimiento o crisis convulsivas.
- Gasometría arterial: $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$, $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$.
- La radiografía de tórax se realiza como apoyo diagnóstico para exclusión de complicaciones.

En estos casos debemos buscar otras manifestaciones de gravedad como:

- Trastornos de coagulación: prolongación de tiempo de protrombina.
- Daño miocárdico: elevación de enzimas cardíacas, cambios electrocardiográficos, cardiomegalia, insuficiencia cardíaca.
- Disfunción gastrointestinal.
- Elevación de enzimas hepáticas.
- Rabdomiólisis.
- Insuficiencia renal*

2.2.3. Manifestaciones psicológicas

Podemos esperar dos tipos de situaciones de afectación psicológica que pueden darse durante y tras el confinamiento (16):

- Personas con alteraciones emocionales o conductuales afectados por un elevado estrés familiar. Nos referimos a situaciones donde la familia ha sufrido de forma significativa por cuestiones económicas, sociales o de salud, incluyendo la existencia de casos cercanos de contagio, hospitalización y duelo por el fallecimiento de personas cercanas.

- Afectaciones de tipo inespecífico, en las que no es posible identificar un estímulo desencadenante particular, más que el conjunto de cambios contextuales derivados de la pandemia y del confinamiento. Pueden estar relacionadas con preocupación de intensidad diversa y moderada sobre la salud, con el miedo al contagio propio o de familiares, miedo o pesimismo respecto al futuro, sensación de vulnerabilidad alta, malestar ante la incertidumbre.

2.3. ¿Quiénes son los más vulnerables?

Para definir vulnerabilidad hemos dividido a las personas más proclives a padecer una infección por SARS-CoV2 con mayor riesgo de complicaciones por condiciones pre existentes y comorbilidades o en quienes su ocupación aumente el riesgo de contagio.

En el tema laboral se deben identificar las características de las funciones que desempeñe cada persona, sobre todo en el contacto con los demás, pues esto implicaría un aumento en el riesgo de contagiar la enfermedad, facilitando que existan nexos epidemiológicos varios. Esta identificación también es relevante al permitir una detección precoz de los focos de contagio, y del manejo de eventuales casos nuevos, mediante un aislamiento temprano para detener la transmisión del virus.

Entre las ocupaciones más sensibles encontramos al personal de salud, servicio de seguridad (milicia, policía, bomberos), docentes, atención al público. El contacto directo es el que facilita la transmisión de la enfermedad, sin embargo, si se interviene de manera eficiente, sobre todo en la detección y aislamiento este puede reducirse.

En el contexto netamente biológico la vulnerabilidad está sujeta a distintos factores: edad, sexo, antecedentes patológicos familiares, hábitos alimenticios y actividad física, todos estos condicionantes pueden aumentar el riesgo por la exposición al SARS- CoV2, por lo que será necesario minimizar este riesgo con medidas de bioseguridad. Los adultos mayores, personas con enfermedades crónicas no transmisibles, personas que cursen procesos oncológicos o padezcan compromiso inmunológico por terapias biológicas o condiciones subyacentes entran en el grupo de riesgo y vulnerabilidad.

Estas condiciones pueden ser aún más significativas si le añadimos factores externos, como las condiciones del sistema de salud o factores sociales que influyan en el acceso a una atención sanitaria de calidad (17).

2.4. Proceso diagnóstico. Tests.

La infección por SARS-CoV-2 puede determinarse mediante diagnóstico microbiológico, que cuando empezó la pandemia fue esencial para iniciar el manejo terapéutico, además de una necesidad epidemiológica para identificar casos, iniciar aislamiento y plantear medidas de control.

Durante la primera etapa de la pandemia, la capacidad diagnóstica fue insuficiente para dar una respuesta adecuada, y hasta la actualidad encuentran limitaciones para solventar las necesidades de prevención y control de la incidencia de COVID-19. Centros de análisis y laboratorios de todo el país necesitaron capacitación y resolución, mediante soporte técnico para realizar los ensayos de diagnóstico de COVID-19 basados en la detección del virus (antígeno y/o genoma), así como en su reporte obligatorio (19).

2.4.1. Protocolo de manejo para COVID-19, enfocado en la comunicación asertiva en MEDadvance Ecuador.

Por la situación mundial y el impacto que representaba esta enfermedad el equipo de MEDadvance consideró la necesidad de un crear protocolo estandarizado de manejo de pacientes sintomáticos respiratorios. Esto con el fin de que el personal de salud pueda actuar de la manera más adecuada, y con las medidas de bioseguridad correctas.

Este protocolo busca abarcar holísticamente las necesidades que se presentan frente a una enfermedad nueva, en la cual las actualizaciones han sido constantes, pero que se deben modificar desde una base sólida desde la comunicación inicial que el paciente tiene con nuestra central de llamadas, la identificación de un caso sospechoso, la designación de un profesional para la atención, la asistencia médica en domicilio, el manejo terapéutico durante el aislamiento y el seguimiento durante el periodo de convalecencia. Todo esto interrelacionado en un proceso de comunicación asertiva que favorezca la resolución de los casos con un apego terapéutico eficaz.

Previo a la comunicación:

Todos los pacientes que cursen con alza térmica (temperatura generalmente tomada en la piel y superior a 37° C (19) o sintomatología respiratoria, son considerados como casos posibles, por lo que se analizará el contexto de su entorno y nexo epidemiológico para

contacto con pacientes confirmados. Así orientar la decisión de solicitar la realización de la prueba de detección de infección por SARS-CoV-2.

Contacto con el Call Center o por medio de la App.

- a) Paciente solicita la atención (21).
- b) Personal de salud en la línea telefónica realizará la apertura de la ficha, tomando sus datos completos, sintomatología y ubicación exacta del paciente.
- c) El médico se dirige a la atención.

Separar una receta sellada antes del ingreso a la atención. o Indicaciones de bioseguridad para el médico:

- a. Quitarse objetos personales (reloj, aretes, pulseras, anillos).
- b. Aseo de manos con alcohol en gel.
- c. Colocarse bata desechable.
- d. Aseo de manos con alcohol en gel.
- e. Colocarse mascarilla KN95.
- f. Colocarse gafas de protección o protector facial.
- g. Colocarse otro par de guantes de nitrilo.
- h. Uso de equipo diagnóstico y al finalizar limpieza con alcohol al 70%.
- i. Uso de recipiente de desechos.
- j. Uso de esferográfico único para atención de pacientes sintomáticos respiratorios.

La evaluación estará basada en la definición clínica, indagando sobre la presencia de síntomas y nexo epidemiológico.

Tabla 2: Criterios clínicos de sospecha	
Síntomas	Ejemplos
<i>Respiratorios</i>	Disnea, tos seca.
<i>Sistémicos</i>	Alza térmica mayor a 38°C, malestar general.
<i>Sensitivos</i>	Anosmia, disgeusia.

Fuente: (22).

Solicitud del examen de identificación de infección por COVID-19.

Para tomar la decisión sobre la prueba a realizar hemos planteado la siguiente analogía: imaginando que un caso hipotético unos ladrones ingresan a una propiedad y necesitamos saber si ahí permanecen pediremos a la policía ayuda, ante lo que nos dan las siguientes opciones:

- Identificar huellas/anticuerpos: Mediante el uso de herramientas, como sería el polvo dactilar podríamos identificar si hay huellas antiguas o huellas frescas, de la misma forma actúa una prueba de anticuerpos, analizando las “huellas”, es decir, lo que generó el Sistema inmunológico posterior al contacto con el virus. Esta prueba no identifica directamente la presencia de SARS-CoV2.
- Un rastro/antígeno: Si se identifica un pequeño rastro, como una prueba de calor, podríamos saber si aún están ahí los “ladrones”, así funciona la prueba de antígeno. Sin embargo, esta podría no identificar un rastro, pero no significa que no estén.
- Cámaras/PCR-RT: Con una cámara sería más fácil identificar a los “ladrones”, la PCR-RT permite identificar directamente la presencia del virus y aunque es mucho más confiable que las pruebas anteriores vendrían a ser una “cámara pixelada y a blanco y negro.

Todas las pruebas deben ser relacionadas con la clínica y el nexo epidemiológico que ha tenido el paciente. La recomendación principal será direccionar al paciente para la realización del “Hisopado nasofaríngeo para detección de infección por SARS-CoV-2”.

- Pacientes con sintomatología respiratoria, que hayan tenido contacto con pacientes COVID-19 positivos.
- Pacientes con clínica sugestiva

2.4.2. Periodo de aislamiento

En caso de sintomatología leve, el personal sanitario realizará una valoración de la situación clínica, así como comorbilidades y emitirá las recomendaciones oportunas. El aislamiento se entiende como la separación de la persona que cursa con COVID-19 del resto de las personas, a fin de evitar el contagio y propagación de la infección (23).

Manejo no farmacológico.

De forma general, se sugerirá aislamiento preventivo obligatorio. Las condiciones de la vivienda deben permitir el aislamiento:

- Estancia bien ventilada.
- Habitación individual. No compartir cama.
- Uso de vajilla propia.
- Uso de mascarilla en áreas comunes.
- Lavado constante de toallas y ropa.
- Disponibilidad de baño propio de ser posible, o uso con horario de baño y posterior desinfección.
- Identificar signos de alarma:
 - Alza térmica mayor a 38°C.
 - Dificultad respiratoria.
 - Tos seca.

El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 14-21 días desde el inicio de los síntomas, siempre que el cuadro clínico se haya resuelto (24). Debido a que las complicaciones suelen aparecer en los primeros días tras el debut de la enfermedad, se recomienda realizar una revisión telefónica en 24 horas y en 48 horas tras el primer contacto con los servicios de sanitarios. Posteriormente se sugiere vigilancia periódica (cada 4 días hasta terminar la cuarentena).

Medidas de prevención.

- La higiene de manos es la medida principal de prevención y control de la infección (25).
- El personal que atienda a los casos o las personas que entren en la habitación de aislamiento (ej.: familiares, personal de limpieza...) deberá llevar un equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya bata, mascarilla (quirúrgica o FFP2 según el tipo de procedimiento a realizar y siempre asegurando las existencias suficientes para las situaciones en las que su uso esté expresamente indicado), guantes y protección ocular.

Gestión de residuos.

- Los insumos contaminados (bajalenguas, mascarillas, batas, guantes) serán depositados en bolsas rojas que posteriormente serán desinfectadas con alcohol y manejadas como residuos biosanitarios especiales. Estas fundas se colocan en una segunda bolsa de respaldo y todas las generadas en el día se colocarán en una tercera.
- Se almacenan durante 72 horas en el área de desechos del consultorio, para disponer y separar hasta el día de recolección según gestión con la empresa recolectora.

Manejo de contactos.

- Las personas que hayan estado en contacto con nuestros casos sospechosos deberán acoplarse al aislamiento preventivo obligatorio del paciente (25).
- En caso de presentar sintomatología se utilizará el “Protocolo de manejo en atención primaria para casos sospechosos de coronavirus SARS-CoV-2” de MEDadvance.

Se procede con el seguimiento del paciente aislado como de sus contactos cercanos, con una atención individual y personalizada.

Leve (mialgias, astenia, odinofagia):

- Ejercicios de respiración (uso de inspirometro). Utilizar durante 10 minutos cada 6 horas.

Leve/moderado (leve + alza térmica, tos insidiosa):

- Ejercicios de respiración (uso de inspirometro). Utilizar durante 10 minutos cada 4 horas.

Moderado (leve/moderado + malestar general, tos continua, cefalea. SatO2: >90%):

- Ejercicios de respiración (uso de inspirometro). Utilizar durante 10 minutos cada 2 horas.
- Exámenes complementarios: Biometría Hemática, Glucosa, Urea, Creatinina, Dimero D, Ferritina sérica, TGO, TGP, GGT.

Moderado/Severo (moderado + alza térmica refractaria, tos persistente, mal estado general, taquipnea de hasta 26rpm. SatO2: 85-89%):

- Ejercicios de respiración (uso de inspirometro). Utilizar durante 10 minutos cada hora.
- Exámenes complementarios: Biometría Hemática, Glucosa, Urea, Creatinina, Dimero D, Ferritina sérica, TGO, TGP, GGT.
- TAC simple de Tórax.

Severo (dificultad al respirar, tiraje intercostal, taquipnea mayor a 26 rpm. SatO2: <85%):

- Referencia a unidad de mayor complejidad.

Manejo farmacológico.

- Con base a lo antes descrito, se adaptó la clasificación según las necesidades de nuestro entorno y la capacidad de respuesta (20).

Asintomático: no uso de medicación, únicamente vigilancia.

Leve (mialgias, astenia, odinofagia):

- Paracetamol 1g. Vía oral, cada 6-8 horas.
- Suero de rehidratación oral. A libre demanda.
- Vitamina C 1g. Vía oral, cada día.

Leve/moderado (leve + alza térmica, tos insidiosa):

- Paracetamol 1g. Vía oral, cada 6-8 horas.
- Suero de rehidratación oral. A libre demanda.
- Loratadina + Betametasona. Vía oral, cada 12 horas.

Moderado (leve/moderado + malestar general, tos continua, cefalea. SatO2: >90%):

- Paracetamol 1g. Vía oral, cada 6-8 horas.
- Suero de rehidratación oral. A libre demanda (27).
- Loratadina + Betametasona. Vía oral, cada 12 horas (26).
- N-Acetilcisteína 600mg. Vía oral, cada día (25).

Moderado/Severo (moderado + alza térmica refractaria, tos persistente, mal estado general, taquipnea de hasta 26rpm. Sato2: 85-89%):

- Paracetamol 1g. Vía oral, cada 6-8 horas.
- Suero de rehidratación oral. A libre demanda (25).
- Loratadina + Betametasona. Vía oral, cada 12 horas (26).
- N-Acetilcisteína 600mg. Vía oral, cada día (27)
- Apixaban 5mg. Vía oral, cada día.
- Bromuro de ipratropio + salbutamol. Nebulizaciones, cada 8 horas.
- Añadir inspirador de Budesonida 200mcg BID, como mantenimiento. una vez terminado el periodo de nebulizaciones, con mejoría de estado clínico (28).
- (En caso de no ceder alza térmica utilizar dexketoprofeno 25mg o diclofenaco 75mg, intramuscular).

2.4.3. Periodo de convalecencia.

Seguimiento y acompañamiento.

La infección por SARS-CoV2 inicia posterior al contacto con una persona previamente contagiada, la enfermedad se expresa normalmente posterior a las 72 horas del contacto de riesgo, mientras el transcurso de la enfermedad recibe el soporte requerido dependiendo de las condiciones del paciente transcurrirán aproximadamente 10 días, para posterior a ello entrar al periodo de convalecencia, donde la prioridad será la recuperación de la salud dividida en tres aspectos (29):

- Recuperación sin secuelas: pacientes que hayan tenido una enfermedad leve y posterior a su riesgo de contagio no presentan criterios clínicos patológicos físicos o emocionales.
- Identificación y evaluación secuelas: pacientes que cursaron con distintos grados de enfermedad y posterior al riesgo de contagio presentan una condición clínica patológica física o emocional.
- COVID-19 prolongado: pacientes que independientemente de su condición durante el padecimiento de la enfermedad presentan sintomatología variada y crónica sin un nexo con sus antecedentes patológicos personales.
- Acompañamiento en caso de luto familiar: situación que aplica tanto para las familias de pacientes que perecieron en la lucha contra la enfermedad, así como para pacientes que durante su aislamiento y convalecencia tuvieron a familiares que fallecieron a consecuencia de una infección por SARS-CoV2.

Fue necesario adaptar las necesidades de la convalecencia según la individualización de casos, por lo que a partir de las condiciones con las que haya terminado el aislamiento se puede identificar el manejo más adecuado (30).

- **Impacto emocional y dinámica familiar.**

Con el inicio de la pandemia, las actividades diarias, el comportamiento social y la forma de relacionarnos con nuestro entorno cambió, por lo que la normalidad nunca sería nuevamente como la conocíamos. Entre los distintos cambios encontrados los más significativos fueron: laborales, sociales y académicos. Entre los cambios en la cotidianidad se destaca la carga negativa de emociones que generó la COVID-19 como un riesgo sanitario, sin embargo, esta situación se exagera con el padecimiento personal y familiar de esta enfermedad. La rutina habitual de un padecimiento físico, biológico o emocional siempre ha ido de la mano con el acompañamiento de los seres queridos durante la evolución de la enfermedad, mientras que con la confirmación de una infección por SARS-CoV2 la recomendación principal es el aislamiento, y una vez que este periodo termina el paciente puede compartir nuevamente con su entorno. Dependiendo de la gravedad del caso o de las complicaciones que se hayan suscitado la convalecencia tendrá un impacto diferente, pues son varias las secuelas que pueden existir a nivel físico, biológico y emocional (31).

Es imperativo trabajar sobre la resiliencia y la regulación emocional para mitigar los impactos negativos de una situación de enfermedad como esta (32).

- **Comunicación efectiva/asertiva.**

Si tras la evaluación del estado clínico y de las comorbilidades se constata que se trata de un posible caso, se informará al paciente de la situación de manera clara, directa y sencilla para transmitirle tranquilidad y minimizar su ansiedad, mostrando en todo momento disponibilidad para responder a todas sus dudas. Contrarrestando así el temor natural que genera esta enfermedad.

Para entender cómo se da la relación médico paciente y su comunicación en nuestro entorno, debemos abarcar nuestra propia idiosincrasia, incluso desde la historia prehispánica y la herencia recibida de lo sagrado, del conocimiento de la salud y la enfermedad desde la experiencia, que hoy en día se traduce en cómo se percibe el enfermar. (pensamiento médico ecuatoriano primera parte Eduardo Estrella). Lo sagrado ha cambiado por lo divino y esto se arraiga aún más en lo desconocido, en una enfermedad que ha cambiado nuestra forma de vida y nos genera temor, la COVID-19 un temor que de no ser bien canalizado y explicado al paciente genera angustia y desapego al tratamiento médico que es fundamental. El miedo es una sensación negativa, que genera ansiedad y cuando hablamos de salud está íntimamente relacionada con la muerte ese contexto se vio reflejado sobre todo en este tiempo cuando apareció una enfermedad muy contagiosa de la cual existía poca información y ningún tratamiento, por esto aquellos que la padecen buscaron una luz de información en los portadores de conocimiento, el personal sanitario el mismo que tenía la capacidad de comunicar de una manera asertiva las noticias al paciente y a su familia, sean estas infaustas o positivas (para ser médico Ernesto Lugo). Y con -su actitud, cual espada envainada, debían afrontar el desafío de luchar contra la enfermedad, acompañar durante la convalecencia y no abandonar en los momentos de debilidad o incluso cuando como consecuencia de la misma patología encontremos un deceso.

Con la llegada de la COVID-19, se identificaron problemas de la comunicación en salud, factores que en cierto momento eran innovadores y reflejaban un mundo hiperconectado (comunicación y salud Ubaldo Cuesta), pero que derivó

en un hipervínculo de noticias falsas con difusores que buscaban generar audiencia, clics en sus páginas y no se respaldaban en ciencia. Con el detrimento de la sociedad, principalmente en nuestro país, las decisiones se basaron en la poca información generada y una interpretación inadecuada, es así que en el municipio de Guayaquil de una forma desacertada entregaron Ivermectina sin contemplación de lo que dictaba la evidencia, ciertos medios de comunicación dieron voz a falsos profesionales con tratamientos “alternativos” como el dióxido de cloro, agua salina, cristales de energía y muchos otros falsos manejos que acrecentaron una crisis sanitaria, ahora sumando erróneos tratamientos (32).

La COVID-19 como problemática social tiene sus raíces en la disfuncionalidad que cambió la cotidianidad, predisponiendo a la población a respuestas basadas en el miedo, generando ansiedad, irritabilidad, conductas de evitación, problemas de sueño y concentración, incluso abandono de actividades que agravaron la situación y el desarrollo vital de las personas. El cómo abordar el manejo de los pacientes es de suma importancia, principalmente forjando una relación interpersonal grata.

Tal como sucede en el apoyo terapéutico psicológico, una intervención necesita un clima interpersonal afable, para que la comunicación sea fluida, de esta forma se ha tomado como ejemplo para la práctica médica y en una enfermedad que genera tantas dudas poder legitimar al paciente, escuchar sus dudas y generar confianza, pues así las indicaciones son más entendibles y llevaderas. El enfoque contrario, que es común en nuestro medio, donde el profesional asume una posición de experticia y oídos sordos, invalidando las dudas del paciente, esto causa resistencia y abandono del tratamiento (31).

En el contexto de una enfermedad desconocida sumamente contagiosa y letal es de suma importancia saber comunicar una noticia, ser empáticos, practicar la escucha activa con el paciente y ser resolutivos con las dudas que se puedan generar durante la consulta, para así crear un vínculo con el paciente para generar apego terapéutico que beneficie a su condición.

Una comunicación asertiva en la relación médico-paciente está estrechamente ligada con el acceso a salud, evidenciando su ausencia en el sistema público de

salud, colapsado, sin insumos, medicamentos y con personal sanitario maltratado. A diferencia de un sector privado auto sustentado, pero que lastimosamente no es universal, pues depende de la capacidad adquisitiva de quien requiere un servicio en salud, situación que es una gran limitante para ofrecer esa misma atención a personas con menos recursos.

CAPÍTULO III

3.1. Metodología.

3.1.1. Tipo de estudio.

Se propuso un estudio de enfoque cualitativo, mediante una aproximación etnográfica.

3.1.2. Población y muestra.

Se incluyeron los pacientes atendidos por COVID-19 desde el inicio de la pandemia hasta antes del proceso de vacunación en el país, todos atendidos por el equipo médico de MEDadvance-Servicios Médicos en Quito, Ecuador.

- Población: 1500 personas.
- Muestra: 50 personas.
- **Veinte y cinco (25).** Pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas, o comorbilidades.
- **Cinco (5).** Pacientes adultos mayores sin comorbilidades.
- **Diez (10).** Pacientes adultos jóvenes con enfermedades crónicas, o comorbilidades.
- **Diez (10).** Pacientes adultos jóvenes sin comorbilidades.

La selección de los participantes se hizo de manera intencionada, y buscando en ellos las siguientes características:

- Pacientes confirmados por infección para COVID-19 desde Marzo 2020 hasta Junio de 2021.
- Pacientes que hayan sido atendidos a domicilio, sin necesidad de hospitalización.
- Seguimiento de enfermedad desde el diagnóstico hasta el alta y recuperación posterior.
- Facilidad en la comunicación.

3.2. Técnicas de recolección de datos.

Entrevistas semiestructuradas (ANEXO I), dirigidas a pacientes que hayan sido atendidos por el equipo médico de MEDadvance por COVID-19. Cada entrevista abordó los siguientes aspectos:

- Pacientes: percepción de la comunicación con el personal de salud, cómo esto aportó al conocimiento/convivencia con la enfermedad, durante el periodo de aislamiento y convalecencia.
- Narrativa del coordinador del del equipo médico, según el diario de campo.

3.3. Plan de análisis

Mediante el Análisis de Discurso se analizó la información obtenida de las entrevistas semiestructuradas, esta técnica de recolección de datos se realiza mediante el discurso escrito o hablado como un acto social, con el análisis de discurso se puede sistematizar, tomando en cuenta que la entrevista no refleja directamente la realidad, es imperativo interpretarlo. (Santander, P. 2011)

El papel que desempeñó el investigador fue de suma importancia, al agrupar, interpretar y analizar la información recogida mediante las entrevistas, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Textual (Discursivo)
- Descriptivo (Interpretativo)
- Social (Explicativo)
- Positivo: Todo lo que aporte al bienestar Biopsicosocial de los sujetos de estudio.
- Negativo: Identificación de falencias de la comunicación durante la atención médica, detalles por mejorar.

También se ha incluido una narrativa del coordinador del equipo médico, doctor Germán Guerrero Méndez, donde se abarca la relación entre el investigador, los participantes y el personal de salud, durante el desarrollo del protocolo de atención y las dificultades con la aplicación del modelo de atención basado en la comunicación.

3.5. Aspectos Bioéticos.

Esta investigación no involucró uso de fármacos o procedimientos médicos experimentales, sino que recogió los testimonios, percepciones y representaciones de los individuos durante su aislamiento y convalecencia por infección por SARS-CoV2. Ello no evitó la consideración de los siguientes aspectos bioéticos para la realización de esta etnografía.

- De cada participante se obtuvo un consentimiento informado, detallando los objetivos para llevar a cabo esta investigación y la importancia de recoger su experiencia, entendiendo que esta información se utilizaría con fines académicos. (ANEXO II)
- Los participantes (pacientes en plenitud de sus funciones cognitivas) expusieron voluntariamente sus experiencias y percepciones de la atención médica recibida durante su aislamiento y convalecencia por COVID-19, respetando así su autonomía.
- Se respetó la confidencialidad de los participantes. Las entrevistas únicamente contaron con la descripción del rol de cada participante, y el testimonio de su experiencia, evitando precisar detalles personales.

CAPÍTULO IV

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis de discurso

Esta herramienta fue escogida por permitir un entendimiento amplio de la experiencia de los actores dentro del proceso de aislamiento y convalecencia. Para este fin se ha dividido entre la experiencia de los pacientes durante el padecimiento de COVID-19, lo que esto implicó al ser una enfermedad desconocida y la respuesta que dio el personal de salud, quien a su vez como narrador explica la dinámica de atención y experiencia de manejo de pacientes con esta patología. Al aplicar esta técnica se comprenden aspectos positivos y negativos de sus vivencias, y de esta forma se proyectan para sistematizar un proceso de comunicación asertiva.

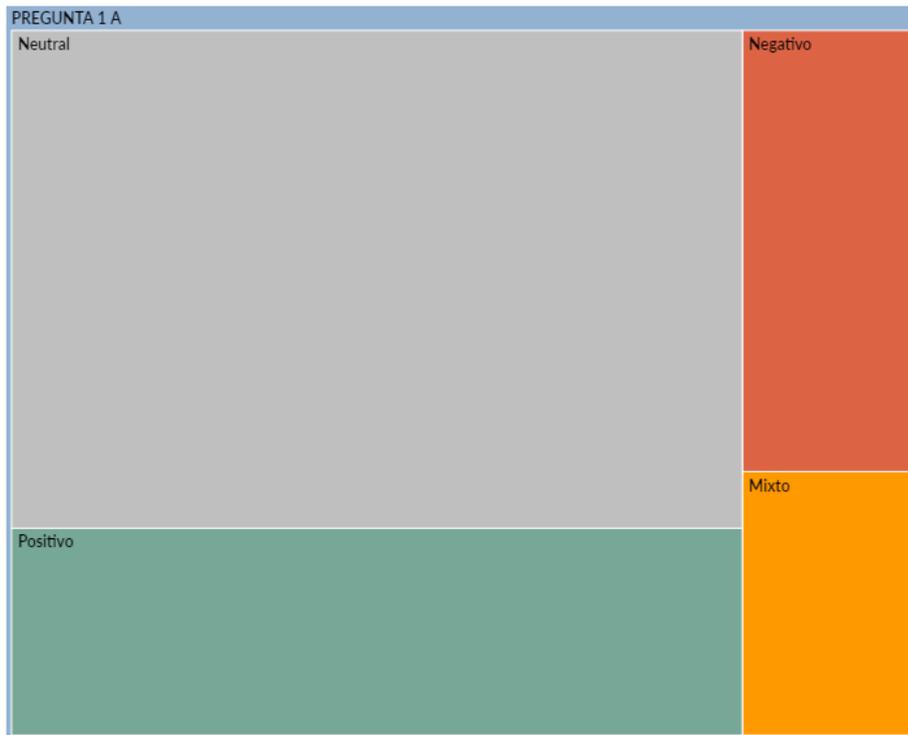
- **Pacientes:**

Los pacientes que participaron en la investigación pertenecen al grupo de personas que fueron atendidas durante la pandemia de COVID-19 por el equipo médico de MEDadvance Servicios Médicos. Son adultos jóvenes, adultos mayores, hombres y mujeres. Los entrevistados han compartido su percepción sobre la comunicación con el personal de salud durante los periodos de aislamiento y convalecencia.

Los entrevistados pertenecen a un estrato social de clase media y clase media alta, su nivel de educación es similar, educación superior desde tercer nivel hasta doctorado, sus ocupaciones son distintas: trabajadores autónomos, en relación de dependencia o jubilados.

La comunicación con los entrevistados se dio de forma espontánea, rememorando situaciones vividas desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el acompañamiento en la convalecencia y controles subsecuentes. Las preguntas coincidieron en un factor importante, el factor emocional en torno

Figura 2. Mapa jerárquico (codificación de emociones)



b. Aspectos de la relación médico paciente.

La confianza se da como resultado de una buena relación, qué como refieren los pacientes entrevistados está ligada a la empatía y al trato cordial con el cual fueron atendidos durante su padecimiento.

“Creo que los médicos propician la confianza con cada uno de sus pacientes desde el inicio ya que llegaron a nuestro hogar se presentan de una manera cordial analizan cada uno de nuestros síntomas sin juzgar nuestras situaciones sino con el fin de lograr llegar a soluciones válidas y que podamos superar definitivamente la enfermedad. Creo que los médicos con nosotros fueron bastante empáticos, entendiendo incluso que nuestra situación en muchos de los casos, fueron una situación grave, sin embargo, lograron decirnos las cosas que necesitábamos escuchar con cordialidad y sin causarnos sustos o preocupación en demasía”.

- c. Explicaciones y entendimiento sobre las recomendaciones de bioseguridad.

Los entrevistados refieren que las recomendaciones fueron de utilidad al entender el contexto de la enfermedad y la importancia de proteger a su familia o entorno mientras estaban contagiados, explicaciones que permitieron comprender la enfermedad.

“La verdad es que siempre sentí que hablaba con un amigo, ya que el doctor siempre fue muy amable y nunca noté que estaba molesto por mis llamadas o confusiones”.

Figura 5. Gráfica de nubes

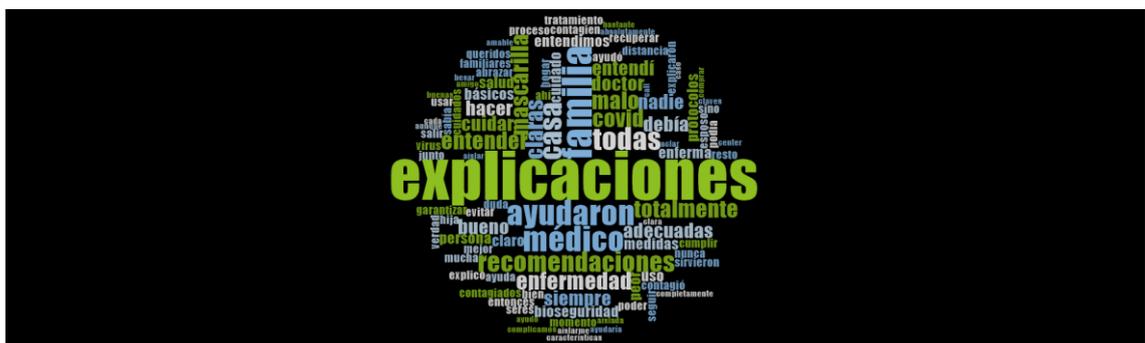


Figura 6. Mapa jerárquico (codificación de emociones)

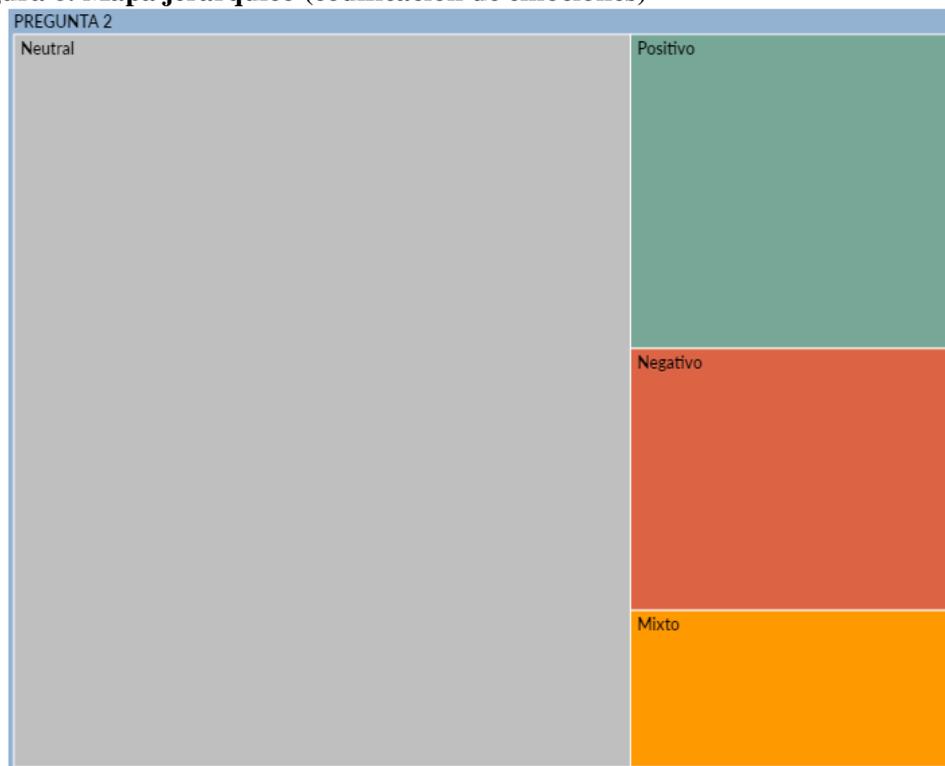
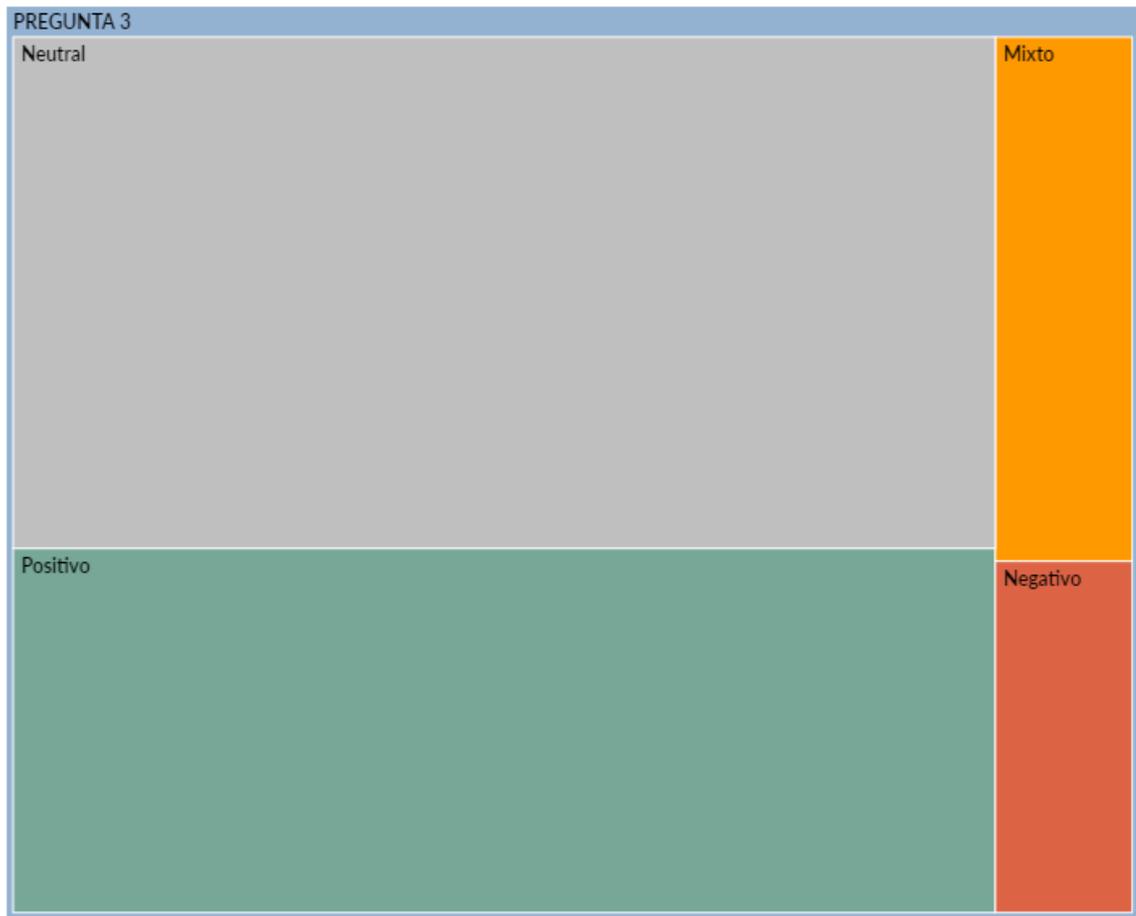


Figura 8. Mapa jerárquico (codificación de emociones)



- e. Explicaciones y entendimiento sobre las recomendaciones higiénico-dietéticas (alimentación, descanso, aseo, labores diarias).

Este apartado fue en el que más se evidenció resistencia a lo experimentado, una percepción negativa, pues incluía cambios en sus hábitos diarios, ausentismo laboral, diferencia en el apetito, relacionado a cambios en sus sentidos de olfato y gusto.

“Todo esto estuvo claro, lo malo es que como dije antes, hubo cosas que me parecieron innecesarias entonces cumplí con lo que me parecía, con el resto no”.

Figura 9. Gráfica de nubes

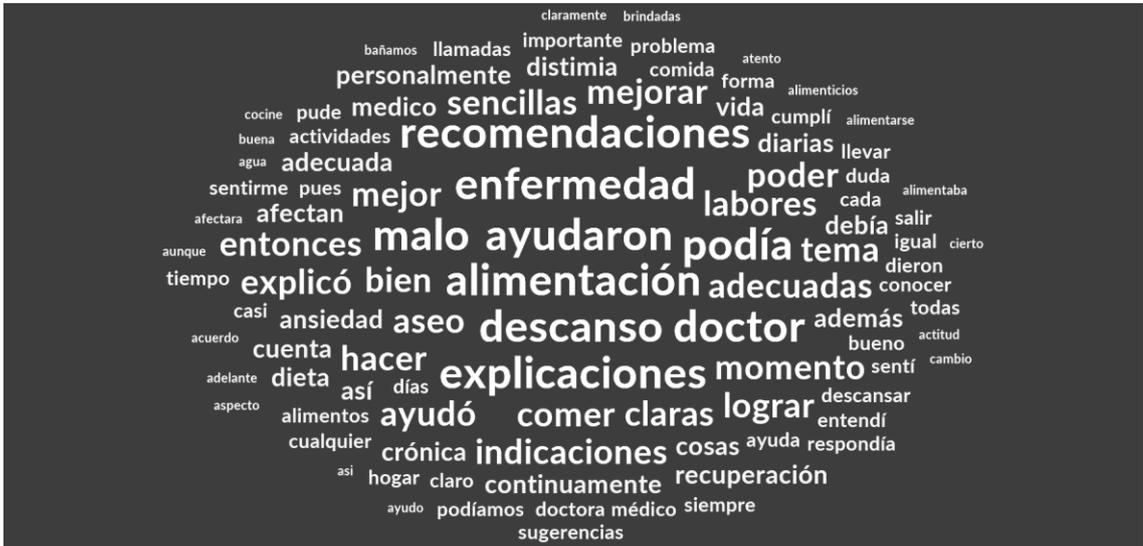


Figura 10. Mapa jerárquico (codificación de emociones)

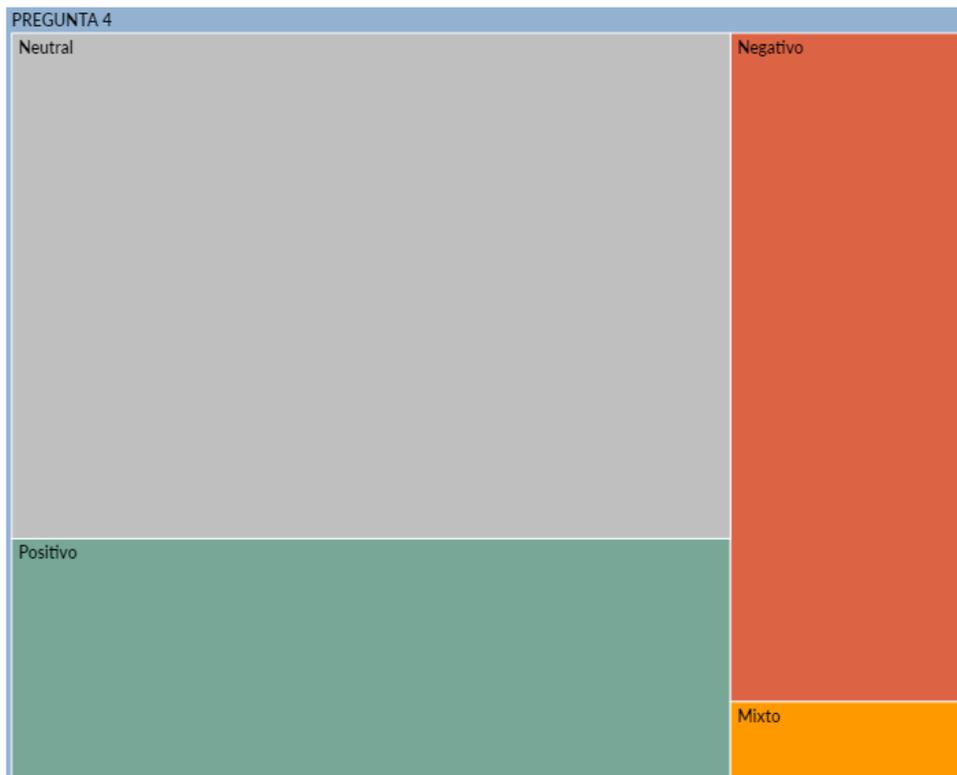


Figura 12. Mapa jerárquico (codificación de emociones)



g. Comunicación durante el aislamiento.

Destaca en este apartado la percepción de compañía que sintieron los pacientes con respecto al personal de salud, palabras de incondicionalidad y preocupación durante la fase crítica de la enfermedad.

“Destacaría sin duda la eficiencia de los doctores en cuanto a la comunicación con nosotros, estuvieron pendientes todo el tiempo de nuestra sintomatología de nuestros avances en el proceso de mejoría de la enfermedad siempre fueron muy minuciosos también al momento de recetarnos medicación y además hicieron un análisis de cada uno de nosotros por separado y tomaron medidas dependiendo de la sintomatología que nosotros sentíamos en ese momento”.

Figura 18. Mapa jerárquico (codificación de emociones)



b. Acompañamiento:

En el acompañamiento resalta la actitud percibida por los entrevistados durante la comunicación mantenida con el personal de salud, mientras llevaban su aislamiento y convalecencia por COVID-19.

“Lo único que podría recomendar al equipo médico es que continúen desarrollando procesos con sus pacientes, en los que continuemos sintiéndonos seguros, protegidos y acompañados durante una enfermedad tan difícil como la que nos llevó a solicitar sus servicios. Realmente mi familia y yo estamos muy agradecidos con el equipo médico puesto que, sin ellos, siento que no hubiéramos sobrellevado la enfermedad dado que muchos de nuestros casos tuvimos sintomatología bastante fuerte y gracias a este equipo logramos salir eficientemente de los mismos y sin necesidad de acudir a un hospital, sino únicamente con apoyo de nuestros domicilios”.

CAPÍTULO V

Discusión.

El proceso de entrevistas nos ha permitido recolectar y analizar las experiencias de los pacientes que fueron atendidos por COVID-19 por el equipo médico de MEDadvance – Servicios Médicos. Al incluir pacientes de distintas edades y ocupaciones, todos en plenitud de sus funciones cognitivas, se evidenció su percepción de la comunicación durante la atención médica recibida en torno a la infección por SARS-CoV2, el temor que ha causado esta enfermedad y la influencia que puede tener una relación médico-paciente comunicativa.

No existe un estudio con características similares a las aplicadas en esta investigación, sin embargo, podemos encontrar distintos ejemplos de la importancia de una comunicación asertiva. El estudio realizado por Urbina-Medina, et al. (33) en 2016 describe la importancia de una comunicación efectiva durante un proceso pandémico, desde la historia antigua hasta la reciente y como impacta el transmitir información a la comunidad, partiendo del conocimiento científico extrapolado al personal de salud y a su vez este a la población en general, teniendo en cuenta aspectos bioéticos que vaya acorde a la necesidad de informar y educar.

La comunicación se ha venido aplicando de manera estandarizada, regulada y objetiva en cada atención médica durante la pandemia en los pacientes que han sido diagnosticado con COVID-19, basados justamente en la data generada por procesos epidémicos y pandémicos que se han dado previamente, tomando en cuenta la globalización, factor clave para la difusión del SARS-CoV2 como enfermedad infectocontagiosa, el desconocimiento generalizado, la falsa información y el temor global, situaciones mermadas con una comunicación asertiva; facilitando la explicación y seguimiento de los pacientes.

El estándar de atención basado en resolución de enfermedades, con una mirada paternalista es la contraposición a la atención centrada en la persona, de modo que el impacto de este cambio en la atención médica es favorable desde la perspectiva de los pacientes (34), en MEDadvance esta ha sido la premisa para el abordaje del personal de salud frente a todos los casos presentados con COVID-19, desde los más sencillos hasta los complejos que requirieron un manejo más invasivo, incluyendo hospitalización.

Una atención basada en la comunicación bidireccional favorece la relación médico paciente identificando las necesidades de los usuarios de los servicios de salud, sin dejar de lado el

entorno social, principalmente tomando en cuenta la participación activa de los familiares dentro del proceso de recuperación; con base en lo analizado el afrontar una enfermedad desde el aislamiento se ha tornado complejo, por lo que los esfuerzos durante el abordaje que se dio en los pacientes entrevistados están enfocados en esa participación conjunta (35).

Un grupo de recomendaciones en el contexto de la pandemia y la comunicación se enfocó en el dar malas noticias que se daban por teléfono, con un método de orientación para no alterar al oyente, tanto pacientes que padecían la enfermedad, como los familiares o cuidadores que recibían aquellas noticias (36).

De la misma forma se asumió durante el manejo de la COVID-19 para los pacientes de MEDadvance, tomando en cuenta las malas noticias desde el inicio de la enfermedad, cuando existían síntomas sugestivos, un nexo epidemiológico y al enterarse del positivo en el test de identificación; las malas noticias iniciaban con la confirmación de la enfermedad, pues las personas asocian inmediatamente esto con situaciones negativas, dolor, malestar, aislamiento y muerte, de forma que el abordaje iniciaba desde la primera comunicación con el call center, es por eso que el trabajo de campo cumple este papel trascendental para identificar la importancia de la comunicación asertiva a lo largo del padecimiento de COVID-19, el impacto con los pacientes y su entorno, además de su influencia en la evolución y el transcurso de la enfermedad.

Durante la implementación del protocolo de atención para COVID-19 se tomaron en consideración distintas aristas de comunicación, derivadas de la transmisión oral y escrita, esta última enfocada en corroborar lo que se explica durante la consulta, con una letra clara, con indicaciones entendibles y como herramienta de apoyo para que los pacientes y sus familias puedan tenerlo para guiarse mientras esperan un control subsecuente; los signos de alarma bien descritos, especificados y anexados al contacto del equipo de salud de MEDadvance se basan en publicaciones como la de Mucio Moreno en la Gaceta médica de México, donde se expone que la prescripción médica es un paso sustancial para una atención médica integral, qué además de ser la finalización de la consulta, se convierte en el primer paso para el seguimiento posterior, entonces su detalle y buena descripción entra como pieza clave para el objetivo terapéutico (37).

El manejo de una infección respiratoria aguda se maneja de forma progresiva independientemente de la causa primaria, pues dependiendo de si su abordaje es temprano,

coherente y apegado a la necesidad individual del paciente la recuperación será favorable o se tomarán decisiones tempranas para escalar en el tratamiento farmacológico, buscar medidas suplementarias u hospitalizar como alternativa cuando el manejo domiciliario no llega a ser suficiente.

Las habilidades comunicacionales están enfocadas a conseguir mejores resultados de la entrevista clínica, optimizando los aportes verbales del paciente y su entorno. Podemos focalizar en metas (38):

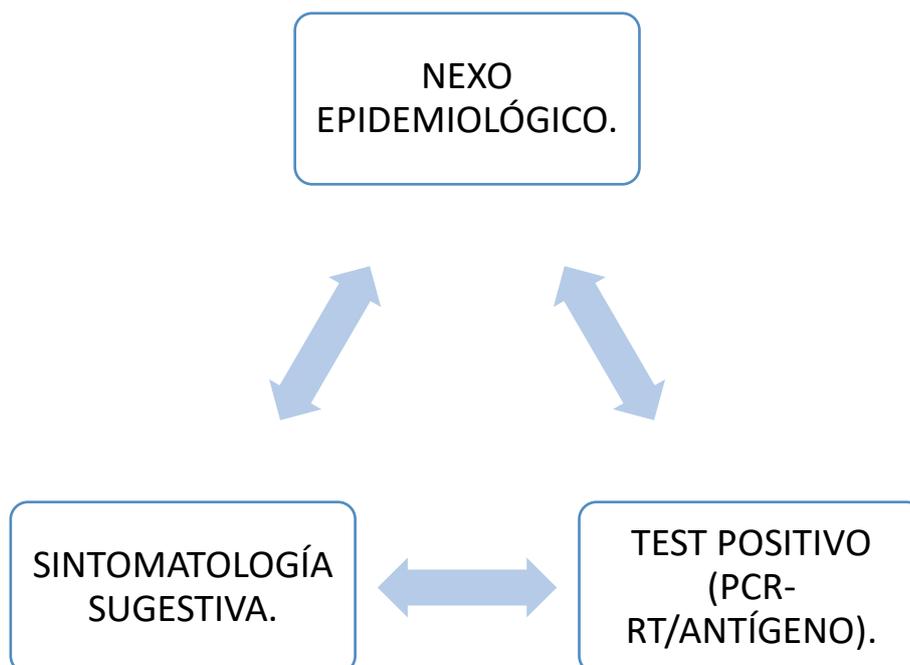
- Fortalecer relación médico paciente: en una entrevista clínica bidireccional, la relación se enfoca en la necesidad del paciente, generando empatía desde el profesional, y confianza desde el paciente.

Este particular en la COVID-19 tiene vital importancia, pues el paciente además de estar aislado, tener temor de una enfermedad nueva y sintomatología generalizadas e invalidante, requiere de empatizar y confiar en su médico de cabecera, pues, aunque no influya en las decisiones médico - farmacológicas y medidas generales, será imprescindible que comprenda la razón de estas recomendaciones.

- Aumentar la precisión diagnóstica: un diagnóstico oportuno se logra con una mejor identificación de los problemas del paciente, tomando en cuenta los aportes del paciente y su entorno.

En la pandemia este apartado es particularmente importante, pues fue el principal limitante durante los primeros meses; de manera generalizada acceder a un test era complicado y esto retrasaba el diagnóstico, a nivel privado se podían acceder a pruebas altamente costosas (120.00 USD), las cuales necesitaba confirmarse en todos los pacientes sintomáticos para tener mayor certeza, fue en el transcurso de los meses y el aprendizaje de la patología el que nos hizo tomar decisiones entre prueba, contacto de riesgo y sintomatología, haciéndolas complementarias, pero sin que la ausencia de una de ellas demerite el diagnóstico. Vale la pena mencionar que a nivel país no hubo en ningún momento una medida de testeo masivo, difusión de pruebas diagnósticas ni tamizaje en zonas de mayor riesgo de contagio, tampoco se aprovecharon servicios barriales o comunitarios en el área de vigilancia epidemiológica.

Figura 21. Aristas para diagnóstico de COVID-19.



Se necesita la confirmación de 2 de estas aristas para establecer un diagnóstico.

Guerrero Germán, 2021.

- Incentiva el apego terapéutico: la confianza generada deriva en aceptación de las recomendaciones médicas por parte del paciente, quien al haber comprendido las razones de la prescripción y medidas de cuidado cumple de mejor manera estas indicaciones.

La infección por SARS-CoV2 al ser una enfermedad nueva en 2020 tuvo muchos caminos terapéuticos durante el aislamiento (11):

- Manejo sintomático: qué terminó prevaleciendo como mejor opción. En el protocolo establecido en MEDadvance se fijaba el tratamiento farmacológico según las características del paciente y el estadio de la enfermedad. Permittiéndonos escalar la terapéutica según la necesidad de cada caso.
- Ivermectina: medicamento con un estudio de fase in vitro que no tuvo progresión y que fue utilizado de manera indiscriminada por médicos y autoridades gubernamentales, sin sustento científico alguno.
- Antibióticoterapia: el síndrome de distrés respiratorio agudo con un patrón de

imagen de una neumonía atípica fue una pauta para utilizar tratamiento antibiótico como en otros casos de neumonías atípicas, sin embargo, esta práctica se ha limitado a ser usada en pacientes con una sobreinfección comprobada.

- Corticoides: este tipo de medicamentos son útiles en procesos de inflamación, pero su uso en fases tempranas es perjudicial, por lo que es necesario abordarlo dentro de una escala de severidad, para evitar que su riesgo supere al beneficio.
- Anticoagulantes: la información que circulaba en internet tomaba las distintas teorías y las potenciaba de manera alarmante, esto hizo que se promueva el uso de terapéutica invasiva (enoxaparina) en pacientes que no lo requerían así, derivando nuevamente en la recomendación de aplicar el manejo en correlación con la clínica del paciente.
- Herbolaria: diversas infusiones continúan siendo utilizadas para esta y otras patologías respiratorias, también en vaporización, al no representar un riesgo o tener contraindicaciones este puede ser un coadyuvante para los pacientes.
- Terapias alternativas: agua de mar, dióxido de cloro, entre otras, no cuentan con evidencia científica y deben ser proscritas, ningún profesional debe recomendarlas y por el contrario se debe comunicar el daño que estas prácticas podrían generar en los pacientes.
- Multivitamínicos intravenosos: se ha colocado esta alternativa en otro apartado porque su evidencia es inconclusa, pues no hay un respaldo para su uso terapéutico ni preventivo. Con respecto a la COVID-19 puede generar una falsa sensación de protección frente al virus, además de representar un gasto innecesario y costoso para los pacientes y sus familias.

La comunicación efectiva debe enfocar sus esfuerzos en desmitificar que un uso agresivo y plurifarmacológico es la mejor opción para el manejo de la COVID-19, más bien el uso cauteloso de medicamentos, direccionado para apaciguar la sintomatología y controlar el proceso inflamatorio será la mejor vía, de la mano de identificación de signos de alarma para que las decisiones tomadas sean tempranas y efectivas.

- Apoyo al paciente: el seguimiento durante la convalecencia es primordial, pues nos permite identificar si se presenta alguna dolencia, malestar o afección que intervenga en la calidad de vida de los pacientes.

Durante el manejo de la COVID-19, en MEDadvance, este apoyo se definió en acompañamiento, manteniendo redes abiertas a través del call center, whatsapp y redes sociales. Este seguimiento continuo permite identificar riesgos de forma temprana, además de fidelizar al paciente con el personal de salud, lo que permite acrecentar la confianza.

- Satisfacción del paciente: la salud es un servicio y como tal la percepción que tienen los pacientes sobre el mismo es sumamente importante, pues a partir de como perciban el cumplimiento de ese servicio tendrán la tranquilidad y confianza en el caso de necesitar atención médica.
- La pandemia por COVID-19 ha replanteado los principios básicos en salud, en MEDadvance la prioridad de cómo se siente el paciente con la atención médica permite hacer la diferencia en el proceso de consulta, desde la primera llamada, hasta los controles Post-COVID-19.
- Satisfacción del personal de salud: el deber cumplido es la mejor retroalimentación para un profesional, sin embargo, esta percepción puede mejorarse si las condiciones son favorables para una atención de calidad.

El protocolo de manejo en MEDadvance busca que el médico mantenga su profesionalidad de forma cercana al paciente, un factor importante para el desarrollo y evolución favorable de cualquier patología.

- Mantener los estándares de calidad: una atención de calidad, que parta de la calidez y que genere confianza debe evaluarse de forma frecuente y si valoramos la percepción de los pacientes, de los profesionales en salud, sumado a las respuestas terapéuticas y recuperación, se puede mantener actualizado el protocolo de atención.

Un estudio que valoró la experiencia la comunicación aplicada por estudiantes de medicina en Cuenca (35) es un notable aporte para determinar la importancia de cómo se transmite la información del profesional al paciente, el análisis se enfocó en los estudiantes con una

formación en comunicación frente a quienes no habían recibido esta preparación; los resultados son claramente favorables para quienes han sido capacitados en esa área, pues sus habilidades permiten identificar problemas mediante una escucha activa, entendiendo sus necesidades y expectativas (35), lo que permite sintetizar de mejor manera el cuadro clínico. Extrapolando este análisis al método de comunicación utilizado por el equipo de MEDadvance, existen muchas similitudes, principalmente en la humanización de la relación médico paciente, pilar para la toma de decisiones en situaciones complejas como las que rodean a la infección causada por el SARS-CoV2.

El método utilizado en la consulta de las personas infectadas por coronavirus se basó en la guía Calgary de Cambridge (38). El perfil del profesional de MEDadvance busca una formación que haya integrado una enseñanza teórico práctica de comunicación, la cual se ve fortalecida con la capacitación en los programas de educación continua que dicta la compañía desde su área académica (39).

Para la aplicación de esta guía hemos adaptado una nemotecnia, AEIOU: Apertura. Entrevista + examen físico. Indicaciones. Objetivos. Unificar.

- a) Apertura: abarca de forma general la presentación entre el profesional y el paciente. Considerando las visitas médicas domiciliarias la presentación inicia con la llegada del médico al domicilio, identificándose con el paciente y sus familiares, quienes darán una bienvenida general que permita hacer un análisis inicial y superficial de la situación para abordarla en la continuación de la historia clínica.
- b) Entrevista y examen físico: es la situación esencial de la consulta, pues de aquí derivarán las respuestas para identificar los datos de mayor importancia para la evaluación inicial y los controles subsecuentes. Se divide en dos acciones que son complementarias, pues permitirá unificar lo que nos cuenta el paciente (escucha activa), las respuestas a nuestras interrogantes (preguntas clave) y correlación con hallazgos clínicos (exploración física).
- c) Indicaciones: la aplicación de nuestro conocimiento empieza en como transmitimos las recomendaciones. El cúmulo exagerado de indicaciones confunde al paciente y lo aleja del cumplimiento de los cuidados farmacológicos y no farmacológicos, en consecuencia, debemos puntualizar nuestra comunicación, pero con asertividad. Existe una delgada línea entre la claridad de una recomendación y el saturar de información

vacía, por lo que es imperativo que después de entregar la información quedemos abiertos a las preguntas necesarias que permitan aclarar las dudas del paciente y sus familiares. Es mejor receptar dudas y guiarlas que brindar información sin explicación posterior. De las indicaciones dependerá como pase el paciente durante el aislamiento, la seguridad que le genere lo que ha escuchado del médico y la confianza para seguir lo recomendado en la prescripción oral y escrita.

- d) **Objetivos:** la convalecencia genera dudas en toda patología, por lo que hablar de pronósticos reales, basados en la evolución de la enfermedad, sin ocultar información y esclareciendo las dudas planteadas por el paciente y su entorno son los pilares de los objetivos terapéuticos. El post COVID-19, que trata de las secuelas, sintomatología persistente o cualquier variación en la calidad de vida como consecuencia de haber padecido esta enfermedad puede afrontarse de mejor manera con información y acompañamiento. Al contrario de cómo se han manejado las patologías agudas, que una vez resueltas no ameritan controles subsecuentes, el seguimiento posterior al alta en la enfermedad por coronavirus es necesaria y fundamental para una recuperación total del paciente.
- e) **Unificar:** el cierre de la atención médica no se refiere a una sola consulta, por lo tanto, este punto abarca toda la evolución del paciente, hasta que sea dado de alta, referido a una unidad de mayor complejidad o su deceso. Este particular en una persona que tenga un resultado positivo de COVID-19 se enfocó de forma errónea al inicio de la pandemia, pues el alta iba de la mano con un resultado negativo en un test de identificación, sin embargo, como hemos detallado anteriormente, la convalecencia es parte del curso de la enfermedad y esta no se resolverá hasta que se identifiquen todos los riesgos para la salud, se resuelvan o se controlen para garantizar la calidad de vida de los usuarios del servicio médico de MEDadvance.

La humanización de los servicios de salud es un hecho revolucionario, alejado del concepto de paternalismo difundido en la medicina clásica y aunque su premisa suena lógica, suele ser lejana a la realidad de la atención médica. Rojas V (40), detalla 8 pasos para la humanización de los cuidados intensivos, que puede aplicarse con ciertos ajustes al cuidado médico domiciliario:

Tabla 3: Cuadro comparativo de tratamiento	
HU-CI.	Médico a domicilio.
UCI de puertas abiertas. <ul style="list-style-type: none"> - No limitar ingresos. - Flexibilizar horario de visitas. 	24 horas al día, 7 días a la semana. <ul style="list-style-type: none"> - No limitar horarios. - Atención en días festivos y fines de semana.
Comunicación. <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación efectiva. 	Comunicación. <ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Comunicación asertiva.
Bienestar del paciente. <ul style="list-style-type: none"> - Identificar necesidades. - Alivio de sintomatología. - Acompañamiento. 	Bienestar del paciente. <ul style="list-style-type: none"> - Identificar necesidades. - Alivio de sintomatología. - Acompañamiento.
Presencia y participación de familiares. <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente confortable. - Socialización de indicaciones. 	Participación de familiares. <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente confortable. - Socialización de indicaciones.
Cuidados al personal. <ul style="list-style-type: none"> - Entorno laboral saludable. - Participación en toma de decisiones. 	Cuidados al personal. <ul style="list-style-type: none"> - Entorno laboral saludable. - Educación continua.
Prevención, manejo y seguimiento de síndrome post UCI. <ul style="list-style-type: none"> - Individualizar casos. - Atención centrada en la persona. 	Prevención, manejo y seguimiento de patologías (agudas y crónicas). <ul style="list-style-type: none"> - Individualizar casos. - Atención centrada en la persona.
Infraestructura humanizada. <ul style="list-style-type: none"> - Espacios amigables y acogedores. - Acondicionar acompañamiento familiar. 	Equipación y medidas de bioseguridad. <ul style="list-style-type: none"> - Estándares de atención con equipos diagnósticos de alta calidad. - Protocolos de bioseguridad.
Cuidados al final de la vida. <ul style="list-style-type: none"> - Educación y sensibilización dirigida a profesionales de la salud. - Dignificar el final de la vida. 	Cuidados al final de la vida. <ul style="list-style-type: none"> - Educación y sensibilización dirigida a profesionales de la salud. - Dignificar el final de la vida.

CAPÍTULO VI

Conclusiones

- Esta investigación es la primera en analizar la comunicación asertiva como eje de la consulta médica, acompañamiento durante el aislamiento y seguimiento en la convalecencia. Los estudios que involucran habilidades de comunicación se utilizan como una guía o recomendaciones, sin embargo, en la COVID-19 ha sido la clave para unificar una atención integral.
- El análisis de discurso ha dado resultados positivos, la percepción de los participantes incentiva el mantenimiento del protocolo de comunicación asertiva en la COVID-19, así como su extrapolación al manejo de otras patologías.
- Una comunicación clara durante el aislamiento y mantener un seguimiento activo junto a los pacientes y su entorno obtenemos un manejo más ágil, mayor entendimiento y recepción de las indicaciones dadas por los profesionales.
- Una participación conjunta y comunicativa en un entorno familiar favorece a la identificación de signos de alarma, en consecuencia, a la evolución de la enfermedad.
- Una comunicación bidireccional fortalece la confianza de la relación médico-paciente-familia e incentiva el apego terapéutico farmacológico, medidas dietéticas, medidas de aislamiento e identificación de signos de alarma.
- Un equipo médico con habilidades en comunicación favorece la participación interdisciplinaria, derivación temprana y gana la fidelidad de los pacientes, convirtiéndose en el médico de cabecera del entorno familiar.
- Una investigación cualitativa en salud pública es un reto, pero sus resultados son tangibles, pues identifican la percepción de quien recibe el servicio sanitario... el paciente.
- Un protocolo de comunicación asertiva dentro de una enfermedad “desconocida” fue el verdadero secreto de salvar vidas.

Recomendaciones

- Adaptar el protocolo de comunicación efectiva para el manejo de COVID-19 a otras enfermedades agudas, infecto contagiosas.
- Continuar seguimiento de pacientes para controles preventivos, subsecuentes y periódicos, con evaluaciones de satisfacción de la atención médica.
- Planificar módulos de educación continua para capacitar a los profesionales que pertenecen al equipo médico de MEDadvance e incluir al personal de enfermería, laboratorio y de terapia física.
- Garantizar la aplicación del proceso de comunicación asertiva en todas las consultas médicas, independientemente del día u hora en el que se realice la atención.
- Socializar el manejo de la COVID-19 basado en la comunicación asertiva en otros niveles de atención, instituciones públicas y academia.
- Socializar resultados con escuelas de medicina de pregrado y posgrado para la aplicación de habilidades comunicacionales en la atención directa.
- Fortalecer el protocolo con réplicas de este estudio, con otros actores, en otras poblaciones, diferentes contextos y con otras patologías.
- Extrapolar las habilidades de comunicación asertiva al manejo de la salud pública, para comunicar sobre campañas de promoción y prevención, direccionando la información sanitaria para la población general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Wu JT, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet*. 2020 Feb 29;395(10225):689-697. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30260-9. Epub 2020 Jan 31. Erratum in: *Lancet*. 2020 Feb 4;; PMID: 32014114; PMCID: PMC7159271.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel Coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* [Internet]. 2020;382(8):727–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>.
3. Pan American Health Organization. Epidemiological Update: Coronavirus disease (COVID-19) (9 February 2021). 2021 [citado el 16 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53378>
4. Noroña K, Ladines R. El juego de Barcelona e Independiente del Valle sí se jugará con público [Internet]. *El Comercio*. [citado el 16 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/deportes/futbol/partido-barcelona-independiente-valle-publico.html>
5. España, S. Quito enfrenta un pico de coronavirus sin camas de cuidados intensivos disponibles [Internet]. *El País*. 2020 [citado el 16 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-07-14/quito-enfrenta-un-pico-de-coronavirus-sin-camas-de-cuidados-intensivos-disponibles.html>.
6. Organización Mundial de la Salud. Criterios de salud pública para ajustar las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19, Anexo del documento Consideraciones relativas a los ajustes de las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19 (12 de mayo de 2020). 2020. [16 de mayo de 2022]; Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332169/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-Criteria-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Byrman, Acosta V, Simbaña C. COE Nacional prohíbe la quema de monigotes en fin de año [Internet]. *Teleamazonas*. 2021 [citado el 16 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.teleamazonas.com/coe-nacional-prohibe-la-quema-de-monigotes-en-fin-de-ano/>
8. Machado, J. Examen de Contraloría revela los vacunados VIP y el precio de las vacunas [Internet]. *Primicias*. 2021 [citado el 16 de mayo de 2022]. Disponible en:

<https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/ecuador-precio-vacunas-vip-covid-contraloria>

9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Datos epidemiológicos sobre la COVID-19. Extracto de la Base de Datos del MSP [Internet]. 2022. Disponible en: <https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/9d9LRyhmjh4zsWp>
10. Calvo Rey M, García-López Hortelano J, Tomás Ramos F, Baquero Navarro M. Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por SARS-CoV-2. Extracto del Documento de Manejo Clínico del Ministerio de Sanidad Redactores pertenecientes a la Asociación Española de Pediatría (AEP): Sociedad Española de Infectología Pediátrica [Internet]. 2020. pp. 1-17. Disponible en: https://www.analesdepediatría.org/contenidos/pdf/Recomendaciones_pediatricas_Covid1.pdf
11. Headquarters WHO. Public health surveillance for COVID-19: interim guidance [Internet]. 2022 [citado el 16 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-nCoV-surveillanceguidance-2020.7>
12. Xia W, Shao J, Guo Y, Peng X, Li Z, Hu D. Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: Different points from adults. *Pediatr Pulmonol.* 2020 May;55(5):1169-1174. doi: 10.1002/ppul.24718. Epub 2020 Mar 5. PMID: 32134205; PMCID: PMC7168071.
13. Yoon SH, Lee KH, Kim JY, Lee YK, Ko H, Kim KH, Park CM, Kim YH. Chest Radiographic and CT Findings of the 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19): Analysis of Nine Patients Treated in Korea. *Korean J Radiol.* 2020 Apr;21(4):494-500. doi: 10.3348/kjr.2020.0132. Epub 2019 Feb 26. PMID: 32100485; PMCID: PMC7082662.
14. Mao L, Wang M, Chen S, He Q, Chang J, Hong C, et al. Neurological Manifestations of Hospitalized Patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective case series study [Internet]. bioRxiv. 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1101/2020.02.22.20026500>
15. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, Tong S. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics.* 2020 Jun;145(6):e20200702. doi: 10.1542/peds.2020-0702. Epub 2020 Mar 16. PMID: 32179660.
16. Nekane D, Lasa B, Juana D, Benito G, Hidalgo D, Arantxa D, et al. Investigadora principal [Internet]. Wwww.ub.edu. [citado el 16 de mayo de 2022]. Disponible en:

https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf

17. Vicente Herrero MT, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Rueda Garrido JC. Criterios de vulnerabilidad frente a infección Covid-19 en trabajadores. Rev Asoc Esp Espec Med Trab [Internet]. 2020 [citado el 16 de mayo de 2022];29(2):12–22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552020000200004&lng=es.
18. Padilla Benítez T, Rojas AL, Munive Báez L, Monsiváis Orozco AC, Dionicio Avendaño AR, Corona Villalobos CA, et al. Manifestaciones clínicas de la COVID-19. Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica [Internet]. 2020;33(s1):10–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35366/96668>
19. CEPAL. Cuarto informe sobre el progreso y los desafíos regionales de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe. En Foro de los Países de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible 2021. [Internet]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46682/6/S2100125_es.pdf
20. Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico del COVID 19: Orientaciones provisionales. 2019. [Internet]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf>
21. Universidad Nacional de Antioquia: Facultad de Medicina. Pharmacological interventions for adults with COVID-19 infection: Rapid synthesis (Up to date). 2020. [Internet]. Disponible en: https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/COVID-19/udea-uned_sintesisrapida_covid19_ncov19_tratamiento_rapissynthesis_covid19_ncov19_treatment_06abril2020.pdf
22. Organización Mundial de la Salud OMS. Criterios para poner fin al aislamiento de los pacientes de Covid 19. Reseña Científica. 2020. [Internet]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332997/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Discharge-From_Isolation-2020.1-spa.pdf
23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Protocolo para el aislamiento preventivo obligatorio en personas con sospecha y positivo a la COVID-19. 2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/Protocolo-para-el-aislamiento-preventivo-obligatorio-en-personas-con-sospecha-y-positivo-a-COVID-19-v-2.1.pdf>

24. Ministerio de Sanidad de España. Documento técnico de manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19. 2020. [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf
25. Van Hecke, O y Lee, J. N-acetylcysteine: A rapid review of the evidence for effectiveness in treating COVID-19 [Internet]. The Centre for Evidence-Based Medicine. 2020 [citado el 16 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cebm.net/covid-19/n-acetylcysteine-a-rapid-review-of-the-evidence-for-effectiveness-in-treating-covid-19/>
26. Poe FL, Corn J. N-Acetylcysteine: A potential therapeutic agent for SARS-CoV-2. Med Hypotheses [Internet]. 2020;143(109862):109862. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109862>
27. De Flora S, Balansky R, La Maestra S. Rationale for the use of N-acetylcysteine in both prevention and adjuvant therapy of COVID-19. FASEB J [Internet]. 2020;34(10):13185–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1096/fj.202001807>
28. Díaz E, Amézaga Menéndez R, Vidal Cortés P, Escapa MG, Suberviola B, Serrano Lázaro A, Marcos Neira P, Quintana Díaz M, Catalán González M. Pharmacological treatment of COVID-19: Narrative review of the Working Group in Infectious Diseases and Sepsis (GTEIS) and the Working Groups in Transfusions and Blood Products (GTTH). Med Intensiva (Engl Ed). 2021 Mar;45(2):104-121. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medin.2020.06.017. Epub 2020 Jul 11. PMID: 32854988; PMCID: PMC7833076.
29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Lineamiento de Vigilancia Integrada para Covid-19 y Otros Virus Respiratorios. 2022. [Internet]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/Lineamiento-vigilancia-COVI-19-Enero-2022-.pdf>
30. Sociedad Española de Directivos de la Salud. Documento para la atención integral al paciente post-COVID. 2020. [Internet]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/2020-Sedisa-DocumentoAtencionIntegralPost-Covid.pdf>
31. Madrid Salud. El impacto emocional de la pandemia por COVID-19: Una guía de consejo psicológico. 2020. [Internet]. Disponible en: <https://madridsalud.es/wp-content/uploads/2020/06/GuiaImpactopsicologico.pdf>

32. Ministerio de Salud Peruano. Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19 (R.M. N° 186-2020-MINSA). 2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/media/7751/file/Cuidado%20de%20la%20salud%20mental%20en%20el%20contexto%20del%20COVID-19.pdf>
33. Urbina-Medina H, Noguera Brizuela D, Levy Mizhary J, Carrizo J, Betancourt A. Comunicación efectiva y ética en casos de epidemias y pandemias. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2016 dic [citado 2022 Jul 13]; 79(4): 113-117. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492016000400002&lng=es.
34. Garvey T, Hurley D, Kushner R. Patient-Centered Care of the Patient with Obesity. Endocrine Practice. 2016; 22(7): 9-10. Disponible en: <https://doi.org/10.4158/1934-2403-22.s7.1>
35. Estévez Abad F, Estévez Vélez A. Comunicación efectiva en salud: evaluación de una experiencia docente en estudiantes de medicina de Cuenca, Ecuador. Rev. Bioética y Derecho. 2021; 52: 85-104. Disponible en: <https://doi.org/10.1344/rbd2021.52.34162>
36. Belli LF. Recomendaciones para la comunicación de malas noticias por teléfono durante la pandemia por SARS-CoV-2. Rev Panam Salud Publica. 2020: 44-69. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.69>
37. Moreno Mucio, Arrieta Oscar, Burgos Rubén, Campillo Carlos, Celis Miguel Á., Llata Manuel de la et al . La receta médica: ¿reflejo condicionado o reflexión consciente?. Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Jul 13]; 156(6): 615-617. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000600615&lng=es. Epub 27-Mayo-2021. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000480>.
38. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. Doctor patient communication: Which skills are effective?. Rev. méd. Chile. 2020; 138(8): 1047-1054. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800016>.
39. Sosa Trotti R, Abreo G. Guía para las habilidades de comunicación en la entrevista médica. Adecuación regional de la guía de observación Calgary Cambridge. En Autcher, M, Larroza, G, compiladores. Libro de artículos científicos en salud. Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina; 2017: 73-83.

40. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. Rev. Med. Clin. Condes. 2019; 30(2): 120-125. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>

ANEXOS

ANEXO I

Entrevistas Semiestructuradas. Entrevista – Comunicación asertiva en el manejo de la COVID-19.

Al haber sido atendido por el equipo médico de MEDadvance, durante su padecimiento de COVID-19, le solicitamos nos ayude con su opinión sobre distintos temas que se relacionan al cuidado de su enfermedad.

1. Describa su experiencia de las visitas domiciliarias, realizada por el médico:
 - a. ¿Entendió usted las indicaciones sobre su diagnóstico y pronóstico de la COVID-19 dadas por los doctores? Cuénteme lo bueno y lo malo.
 - b. ¿Qué aspectos de la relación médico paciente propiciaron la confianza con el personal de salud? Relación, empatía, compasión. Cuéntenos alguna anécdota que recuerde.
2. ¿Las explicaciones recibidas le ayudaron a lograr un mejor entendimiento sobre las recomendaciones para garantizar su bioseguridad y la de su familia durante su enfermedad? Cuénteme lo bueno y lo malo.
3. ¿Las explicaciones recibidas sobre el proceso terapéutico (toma de medicamentos, eficacia, efectos secundarios) le ayudaron a lograr un mejor entendimiento sobre la medicación prescrita durante su enfermedad? Cuénteme lo bueno y lo malo.
4. ¿Las explicaciones recibidas le ayudaron a lograr un mejor entendimiento sobre las recomendaciones higiénico-dietéticas (alimentación, descanso, aseo, labores diarias) del personal de salud durante su enfermedad? Cuénteme lo bueno y lo malo.
5. Comente su apreciación sobre la comunicación establecida con el personal de salud durante el manejo de la enfermedad:

- a. Cuénteme lo bueno y lo malo de la comunicación durante el seguimiento de su enfermedad, realizado por el médico.

6. Entendiendo el aislamiento desde el diagnóstico de la enfermedad (inicio de la sintomatología) hasta el alta médica, ¿Qué detalles destacaría de la comunicación con el personal de salud?

7. Entendiendo la convalecencia como el periodo de recuperación después de haber superado la enfermedad, ¿Qué detalles destacaría de la comunicación con el personal de salud?

8. ¿Qué recomendaciones brindaría para el mejoramiento de la comunicación con el personal de salud?
 - a. Visitas domiciliarias:
 - b. Acompañamiento:

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN PARA INVESTIGACIÓN.

ASERTIVIDAD DE LA COMUNICACIÓN SOBRE BIOSEGURIDAD, MANEJO FARMACOLÓGICO, NO FARMACOLÓGICO Y ACOMPAÑAMIENTO DURANTE LOS PERIODOS DE AISLAMIENTO Y CONVALECENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS DURANTE LA PANDEMIA EN MEDADVANCE-ECUADOR, 2020 A 2021.

Autor: Germán Andrés Guerrero Méndez.

Teléfono: 0992659214

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a pacientes que cursaron con COVID-19 y fueron asistidos por el equipo médico de MEDadvance Ecuador entre 2020 y 2021. Se les invita a participar en una investigación sobre la comunicación durante los tiempos de aislamiento y convalecencia cuando cursaron por la infección ocasionada por SARS-CoV2.

Soy Germán Andrés Guerrero Méndez, médico cirujano por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, actualmente presido al grupo médico de MEDadvance Ecuador, y he brindado atención médica a personas que se contagiaron por el nuevo virus de Coronavirus y desarrollaron COVID-19, estamos realizando un proyecto de investigación con el fin de analizar la comunicación durante la asistencia médica y su influencia durante la evolución de la enfermedad, que usted ha padecido. La información que le proporcionaré no tiene que hacerle decidir hoy de su participación, puede consultarlo con alguien de confianza, sea personal de Salud o no. Cualquier duda o pendiente puede preguntármelo cuando desee, así como retirarse del proceso en el momento que quiera sin impedimentos, ni se verá afectada la atención que recibe usted.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a participar en la investigación denominada **Asertividad de la comunicación sobre bioseguridad, manejo farmacológico, no farmacológico y acompañamiento durante los periodos de aislamiento y convalecencia de pacientes atendidos durante la pandemia en MEDadvance-Ecuador, 2020 A 2021.**

Entiendo que me realizarán una entrevista y recogerán información con fines académicos y de

investigación. He sido informado de que los riesgos son mínimos e incluyen mi experiencia, más no mi información personal.

Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará más allá de la continuidad del programa. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado, para resolver cualquier inquietud.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico o el de mi paciente en cuidado.

Nombre del Participante_____

Aceptación: SÍ___ NO___

Fecha _____ Día/mes/año

Si es analfabeto. He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo_____

Aceptación del participante: SÍ___ NO___

Fecha _____ Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: Germán Guerrero Méndez.

Firma del Investigador:

Fecha dd/mm/aaaa

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.