

Itinerario terapéutico de los profesionales sanitarios diagnosticados con COVID-19*

Liliane Faria da Silva¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9125-1053>

Emília Gallindo Cursino¹

 <https://orcid.org/0000-0002-5845-9709>

Euzeli da Silva Brandão¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8988-8103>

Fernanda Garcia Bezerra Góes²

 <https://orcid.org/0000-0003-3894-3998>

Jéssica Renata Bastos Depiant^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0002-9157-3159>

Laura Johanson da Silva⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-4439-9346>

Rosane Cordeiro Burla de Aguiar¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2956-9252>

Objetivo: analizar el itinerario terapéutico de profesionales sanitarios diagnosticados con COVID-19. **Método:** investigación cualitativa, desarrollada con 132 profesionales sanitarios diagnosticados con COVID-19. Se recopilaron datos a través de formulario semiestructurado enviado vía medios sociales y procesados en el *software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* por Clasificación Jerárquica Descendente. **Resultados:** los participantes fueron 116 mujeres y 16 hombres de 14 categorías diferentes del área de la salud. Se encontraron cinco clases de segmentos de texto que evidenciaron el itinerario terapéutico desde los primeros síntomas, con indicación de los encaminamientos para la realización de la prueba de confirmación de la COVID-19. Además, se identificaron facilidades y dificultades de acceso a las pruebas en los servicios de salud, así como desinformación e incluso pago de las pruebas para confirmación diagnóstica. **Conclusión:** los resultados del estudio denotan las dificultades vividas por los profesionales de la salud en el acceso a las pruebas y a la información sobre ellas, además de la demora de los resultados y de la atención para alejamiento funcionales para fines del aislamiento domiciliario. Se evidenció, además, una búsqueda activa por parte de los profesionales de la salud que estaba desamparada en términos de la gestión y el monitoreo necesarios por las instituciones de trabajo.

Descriptores: Infecciones por Coronavirus; Coronavirus; Pandemias; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Acceso Universal a los Servicios de Salud; Personal de Salud.

* Este artículo hace referencia a la convocatoria "COVID-19 en el Contexto Mundial de la Salud".

¹ Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, RJ, Brasil.

² Universidade Federal Fluminense, Departamento de Enfermagem, Rio das Ostras, RJ, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁵ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Cómo citar este artículo

Silva LF, Cursino EG, Brandão ES, Góes FGB, Depianti JRB, Silva LJ, Aguiar RCB. The therapeutic itinerary of health workers diagnosed with COVID-19. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3413. [Access   ]; Available in:  URL. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4691.3413>.

Introducción

En diciembre de 2019, el coronavirus SARS-CoV-2, causante de la *Coronavirus disease* (COVID-19), se identificó en la ciudad de Wuhan (China) después de una serie de casos de neumonía. En febrero de 2020, este virus ya se había extendido a varios países, siendo considerado una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁻²⁾.

La contaminación entre personas por el coronavirus SARS-CoV-2 actualmente representa un grave y desafiante problema de salud pública en diversos países, inclusive en Brasil, con graves consecuencias sanitarias, sociales, económicas y políticas. En todo el mundo se registraron más de 7.600.000 casos confirmados y 427.000 muertes hasta el 14 de junio de 2020 y las cifras siguen aumentando, con casi todos los países reportando casos diariamente⁽²⁾.

En Brasil, el primer caso fue notificado el 26 de febrero de 2020 y, desde entonces, las cifras siguen aumentando, alcanzando 828.810 casos confirmados y 41.828 muertes hasta el 14 de junio de 2020⁽²⁾. En Rio De Janeiro, el primer caso fue notificado el 5 de marzo de 2020 e incluso con medidas de aislamiento decretadas por el gobierno estadual, el 16 de marzo de 2020⁽³⁾, el número aumentó para 79.572 el 14 de junio de 2020, ocupando la segunda posición en números de casos entre los estados brasileños⁽⁴⁾.

Todavía no hay informaciones plenas sobre la historia natural ni medidas de efectividad incuestionables para el manejo clínico de los casos de infección humana por el coronavirus SARS-CoV-2. Sin embargo, se sabe que el virus tiene alto poder de transmisibilidad y provoca un síndrome respiratorio agudo, variando de casos leves a graves con insuficiencia respiratoria. La transmisión ocurre principalmente por el contacto de gotitas respiratorias oriundas de personas enfermas y sintomáticas⁽²⁾.

La transmisión por asintomáticos aún no está aclarada⁽⁵⁻⁶⁾. En promedio, el período de incubación es de 5 a 6 días, pero puede variar de 0 a 14. Los principales signos y síntomas incluyen la fiebre, tos seca, disnea, mialgia o fatiga, síntomas respiratorios superiores y, más raramente, gastrointestinales⁽⁷⁾.

El diagnóstico y el aislamiento de las personas contaminadas son medidas importantes para prevenir la propagación del virus y la contaminación de nuevas personas. Respecto al manejo clínico, los casos leves deben recibir medidas de soporte, como aislamiento domiciliario y monitoreo hasta el alta del aislamiento. Ya los casos graves necesitan de estabilización clínica, encaminamiento y transporte para centros de referencia o servicios de urgencia/emergencia o unidades hospitalarias⁽⁸⁾.

El aumento de la demanda en los servicios de salud para el tratamiento de la enfermedad ha sobrecargado

los sistemas de salud de los países más afectados por la pandemia. En Brasil, la curva del número de hospitalizaciones sigue ascendente⁽⁹⁾, generando consecuencias desastrosas, como la superpoblación de las instituciones y el agotamiento de los profesionales que actúan en la primera línea. Luego, muchos de estos no solo combaten la COVID-19, pero viven una crisis humanitaria, potenciada por la escasez de materiales de protección, lo que pone sus propias vidas en riesgo⁽¹⁰⁾.

Los profesionales de salud que actúan en la atención directa a los pacientes con COVID-19, en los diferentes niveles de atención a la salud están expuestos, directa y continuamente y, por lo tanto, más vulnerables ante la enfermedad que la mayoría de la población. En China, la investigación reveló que la proximidad geográfica al epicentro del brote se reflejó directamente en la gravedad de los casos de COVID-19 entre estos profesionales⁽¹¹⁾.

A partir del surgimiento de los signos y síntomas iniciales de la enfermedad hasta la confirmación diagnóstica existe un camino recorrido por la persona en la búsqueda de atención, inclusive por los profesionales sanitarios. Ese recorrido, asociado a las prácticas individuales y socioculturales, en la tentativa de solucionar los problemas de salud, se denomina el itinerario terapéutico⁽¹²⁾.

Estudios sobre itinerarios terapéuticos auxilian en la comprensión del comportamiento ante el cuidado y de la forma como funcionan y son utilizados los servicios sanitarios. El trayecto recorrido y sus múltiples repercusiones, si no encaminadas de manera adecuada, pueden resultar en diagnóstico tardío⁽¹²⁾, lo que es especialmente preocupante cuando eso ocurre entre personas que prestan atención a otros individuos en el contexto de la atención sanitaria.

Además, como la COVID-19 es una enfermedad causada por un virus con gran potencial de diseminación, la permanencia del profesional de salud enfermo trabajando en la unidad de salud, sin la debida confirmación diagnóstica, puede generar consecuencias, especialmente por aumentar la exposición de otros profesionales y de la población que busca atención⁽¹³⁾.

Considerando esos aspectos, estudiar el itinerario terapéutico de profesionales diagnosticados con COVID-19 es de fundamental importancia, ya vez que conocer esa trayectoria y las dificultades encontradas podrá auxiliar en la construcción de acciones capaces de llenar vacíos en ese recorrido. Así, el objetivo del estudio fue analizar el itinerario terapéutico de profesionales de la salud diagnosticados con COVID-19.

Método

Investigación descriptiva y exploratoria, de aproximación cualitativa, desarrollada mediante

formulario electrónico con profesionales de salud diagnosticados con COVID-19, residentes en el estado de Río de Janeiro y actuantes en diferentes niveles de atención y unidades de salud, públicas y privadas, siendo estos los criterios de inclusión del estudio. Se excluyeron aquellos que tenían formación profesional en el área de salud pero que no estaban actuando durante la pandemia.

Los datos fueron recolectados entre el 12 y el 30 de mayo de 2020. Los profesionales fueron invitados para participar del estudio mediante medios sociales como *Facebook*, *Instagram* y *WhatsApp*. Para captar los participantes, la investigación fue divulgada en el *feed* y *stories* de *Facebook* y *Instagram* de las investigadoras responsables y de los grupos de investigación. Ya en *WhatsApp*, fue compartida entre grupos de trabajo. Estas estrategias fueron utilizadas para permitir un mayor alcance respecto a la divulgación y participación en el estudio. Al aceptar la invitación, hacían clic en un enlace, recibían mayores informaciones sobre la investigación y tenían acceso al Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) y al formulario semiestructurado. El criterio de cierre de las entrevistas fue el alcance de la saturación teórica de los datos⁽¹⁴⁾ y del índice de aprovechamiento del texto⁽¹⁵⁾.

El formulario semiestructurado fue construido por las investigadoras y validado respecto a la forma y contenido por especialistas en el tema. El formulario contenía preguntas cerradas para la caracterización de los participantes, incluyendo sexo, edad, categoría profesional y enfermedad preexistente. Además, tres preguntas abiertas: ¿cómo ocurrió el camino para tener el diagnóstico de COVID-19? ¿Cuáles fueron las facilidades encontradas en ese camino? ¿Cuáles fueron las dificultades encontradas en este camino? El tiempo de llenado fue de aproximadamente 10 minutos.

Las respuestas derivadas de los formularios constituyeron el *corpus* textual sometido al análisis lexicográfico, por medio del software *Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMuTeQ)⁽¹⁵⁾, por la Clasificación Jerárquica Descendente (CJD).

Para la interpretación de los datos, se rescataron las formas activas de cada clase de segmentos de texto, incluyendo sustantivos, adjetivos y formas no reconocidas, como por ejemplo, las siglas, destacándose aquellas que alcanzaron en la prueba Chi-cuadrado (χ^2) un valor $\geq 3,84$, lo que indica la fuerza asociativa entre las palabras en su respectiva clase.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP) con CAAE 31201420.6.0000.5243 y Parecer 4.012.631. A los participantes se les garantizó el secreto, el anonimato y la confidencialidad de las

informaciones. El TCLI fue puesto a disposición *online* y por medio de la selección de la opción "Li y acepto participar de la investigación" posibilitaba su consentimiento. Se utilizó un código alfanumérico mediante el orden de participación, seguido de un código identificador de la categoría profesional.

Se utilizó la letra P seguida de un número mediante el orden de participación del profesional en la investigación. Para categoría profesional, se utilizaron AG para agente de salud; AE para auxiliar de enfermería; B para biólogo; D para dentista; EF para educador físico; E para enfermero; F para farmacéutico; Fi para fisioterapeuta; Fo para fonoaudiólogo; M para médico; N para nutricionista; TE para técnico de enfermería; TL para técnico de laboratorio; y TH para técnico de hemoterapia.

Resultados

Participaron 132 profesionales sanitarios de 14 categorías, siendo agente de salud (4), auxiliar de enfermería (1), biólogo (2), dentista (2), educador físico (1), enfermero (67), farmacéutico (2), fisioterapeuta (2), fonoaudiólogo (1), médico (19), nutricionista (1), técnico de enfermería (28), técnico de laboratorio (1) y técnico de hemoterapia (1).

Integraron el grupo de los profesionales 116 mujeres y 16 hombres, con promedio de edad de 37,4 años, el más joven con 18 y el más viejo con 63 años. En cuanto a las enfermedades preexistentes, 101 las negaron y 31 declararon alguna enfermedad; entre estas, hipertensión arterial sistémica (11), asma/bronquitis (7), cardiopatía (3), diabetes (2), rinitis (2), hipertiroidismo (2), obesidad (1), esclerosis múltiple (1), depresión (1) e hipotiroidismo (1).

Después del procesamiento en IRAMuTeQ, según la estadística básica, el *corpus* textual fue compuesto por 132 textos, referentes a los formularios respondidos, y 5091 palabras, de las cuales 741 formas distintas y 356 hápax, es decir, con una sola ocurrencia, con un promedio por texto de 38,5 vocablos.

Con la segmentación del *corpus* textual por clases de segmentos de texto y sus términos, con el uso de la Clasificación Jerárquica Descendente, se demostraron las ideas centrales oriundas de las respuestas de los participantes. Ese análisis retuvo 186 segmentos de texto, clasificando 142 de ellos, lo que corresponde a un índice de aprovechamiento del 76,34%.

La agrupación de unidades de segmentos de texto con vocabularios semejantes y asociados entre sí llevó a la formación de cinco clases estables, ilustradas en el dendograma (Figura 1) que presenta las relaciones entre esas clases y el porcentaje de cada una con relación al total del *corpus* analizado.



Figura 1 - Dendrograma de la Clasificación Jerárquica Descendente sobre el itinerario terapéutico de profesionales de salud diagnosticados con COVID-19. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020

En el dendrograma, el *corpus* textual se dividió en dos *subcorpus*. El primero integró la clase 1 en rojo (20,4%) y una segunda subdivisión que englobó las clases 4 en azul (19,7%) y 3 en verde (16,2%). El segundo integró las Clases 2 en gris (22,5%) y 5 en lila (21,1%). Las clases fueron nombradas a partir de sus contenidos semánticos.

Clase 1 – El inicio del itinerario terapéutico a partir de los síntomas. Esta clase retuvo 29 segmentos de texto, lo que corresponde al 20,4%. Entre las formas activas con $\chi^2 \geq 3,84$ en orden decreciente están casa, día, turno, quedarse, siguiente, recibir, atestado, sintomático, aislado, semana, emergencia, cuadro, empeorar, pedir, trabajar, cuchara, dar, sospecha, volver, médico, síntoma, hospital, ninguna dificultad, próximo, parto, paciente y llevar.

Los profesionales destacaron que, a partir de los síntomas, como cefalea, fiebre, diarrea, disnea y dolores, buscaron atención en los propios locales de trabajo, en emergencias o en servicios básicos de salud; además, se aislaron en casa cuando sospecharon de la enfermedad:

Estuve en el sector de emergencia del hospital donde trabajo y después que la médica constató la posibilidad de COVID - 19 me dio un certificado y me

pidió que viera junto al sector de salud del trabajador (P8, E). Fui a un sector de emergencia por malestar y dolor de cabeza, me dieron diagnóstico de sinusitis, después tuve fiebre y diarrea fui a otro servicio donde fui aislada por sospecha de COVID-19 (P47, E). Después del turno comenzó el síntoma de dolor de garganta, el cual parecía más una alergia, y por ser del área de la salud y trabajar con pacientes con cáncer preferí alejarme (P85, M). Presenté los primeros síntomas durante el turno, fui medicada y el día siguiente me aislé por cuenta propia en casa. Tres días después fui a un servicio básico de salud donde fui encaminada al aislamiento obligatorio (P108, TE).

La necesidad de confirmación del diagnóstico, incluso para mantener el alejamiento del trabajo, hizo que los profesionales circularan en diferentes servicios. Además, algunos destacaron no poder evaluar sus familiares y otros tuvieron confirmación con el empeoramiento del cuadro clínico:

Cuatro días después del inicio de los síntomas, fui al hospital federal donde soy residente, pasé por el triaje, programaron mi prueba para el próximo día y me alejaron durante 7 días. Siete días después continuaba sintomática

y el resultado de la prueba no había salido, tuve que ir a una emergencia privada para recoger un nuevo certificado, ya que no podía ir a trabajar de esa forma (P114, E). Por ser profesional del hospital tomaron mi PCR [Polimerase Chain Reaction] el cuarto día, eso ocurrió por trabajar en el hospital de la red privada, pero no logré examinar mis familiares sintomáticos que viven conmigo (P24, M). El día siguiente, fui a un hospital privado en el cual, debido a los síntomas más intensos, fui protocolada como sepsis y transferida a la UTI [Unidad de Terapia Intensiva] de otro hospital (P59, TE).

Clase 2 – Encaminamiento para acceso a la prueba para confirmación de COVID-19. Esta clase retuvo 32 segmentos de texto, lo que corresponde a 22,54%. Entre las formas activas con $Chi^2 \geq 3,84$ en orden decreciente están universidad, federal, referencia, policlínica, sector, estatal, encaminar, hecho, prueba, programar, lograr, realización, necesitar, cola, encaminamiento, dificultad.

Los participantes relataron el encaminamiento a los centros de prueba, tales como hospital Universitario federal y policlínica estatal vinculada a la universidad que es referencia para la prueba de profesionales sanitarios, lo que no anuló las dificultades referentes al tiempo de espera, programación, cola y distancia:

Hospital federal donde trabajo programó PCR en la universidad federal, la dirección programó la prueba, había un gran número de personas esperando la prueba (P22, M). Realicé la prueba en la policlínica de referencia, no tuve que programar, pero tuve que llegar muy temprano para lograr atención y solo recibí mi resultado por correo electrónico casi 30 días después (P37, E). Hice la prueba en la policlínica de referencia por ser médica de la universidad, esperé 7 días por el resultado (P87, M). Tiempo de espera largo tanto para la ejecución de la prueba como para el resultado (P61, TE). No tener la prueba en mi unidad hospitalaria donde trabajo, tener que moverme para un servicio distante de mi local de vivienda y tener que salir de casa de madrugada para lograr realizar la prueba debido al número reducido de plazas (P65, E).

Clase 3 - Dificultades de acceso a las pruebas para confirmación de la COVID-19. Esta clase retuvo 23 segmentos de texto, lo que corresponde al 16,2%. Las formas activas con $Chi^2 \geq 3,84$ en orden descendente integran rápido, prueba, positivo, resultado, hora, triaje, orientar, tomar, acceso, recolección, área, reactivo, forma y buscar.

En esta clase, los profesionales mencionaron sobre las dificultades de acceso a las pruebas, incluyendo la ida a diferentes lugares, como también la demora en la

espera para recolección del material y para la liberación del resultado:

Buscar la prueba después de 5 lugares diferentes, no pude aguantar y fui al servicio de emergencias (P5, TE). Esperé 5 horas para realizar la prueba, pasando por triajes, conferencias, levantamiento de datos y realización de la prueba. Luego esperé otros 4 días para la liberación del resultado (P65, E). La demora del resultado es una dificultad inmensa (P48, TE). Enfrenté acerca de 2 horas para atención y recolección de swab, con resultado positivo liberado el día siguiente. El mismo día fui, realicé una prueba rápida con un resultado negativo (P8, E).

Ante esas dificultades, dos profesionales destacaron que solo lograron realizar el examen debido a contactos personales cercanos:

Fue mi relación interpersonal la que facilitó mi acceso a la prueba, ya que el hospital no lo estaba haciendo para casos sin gravedad (P8, EF). Hice la prueba en el servicio de salud en la que estoy trabajando como residencia médica; tener un médico miembro del equipo que organizaba la cita ayudó (P86, M).

Clase 4 - Facilidades de acceso a las pruebas en las unidades hospitalarias: Esta clase retuvo 28 segmentos de texto, lo que corresponde al 19,7%. Las formas activas con $Chi^2 \geq 3,84$ en orden descendente incluyen facilidad, swab, salir, examen, nasal, hospital, atención, síntoma, realizar, esperar, acceso, unidad, comunicación y marcar.

Los participantes mencionaron como facilidad la posibilidad de realizar las pruebas en la propia unidad de trabajo, con base en sus síntomas, sin la necesidad de esperar por atención para tener acceso a las mismas:

La unidad hospitalaria donde trabajo está probando, allí mismo realicé la prueba y recibí el resultado en 3 días (P30, E). Visité el hospital privado en el que trabajo para la recolección del swab para COVID-19, logré realizar en el lugar donde trabajo (P57, M). Busqué atención en el lugar donde trabajo para realizar la prueba de swab. Por trabajar en unidades hospitalarias que ofrecen a los colaboradores con cuadros gripales, no tuve dificultad (P76, E).

Mencionaron, también, la resolutivez de la unidad hospitalaria como posibilidad de realización de otros exámenes, como la tomografía computarizada:

En el servicio de emergencia fueron realizadas pruebas de gasometría arterial, d-dimero, tomografía de tórax y recolección de swab para investigación directa. El resultado de la tomografía de tórax fue inmediato, del swab de orofaringe atrasó (P21, M). Realicé tomografía que evidenció neumonía viral, el swab tardó 5 días para dar resultado (P45, E). Por el examen de tomografía del pulmón y el la prueba de swab (P102, D).

Clase 5 - Dificultades relacionadas a la desinformación y al costo de las pruebas para confirmación de la COVID-19. Esta clase retuvo 30 segmentos de texto, lo que corresponde al 21,1%. Las formas activas con $\chi^2 \geq 3,84$ en orden descendente integran pagar, laboratorio, residencia, IgM, y IgG (Ig=inmunoglobulina), serológico, marcado, laboratorio, saber, falta, particular, investigación, programación, información, público, confirmar y salud.

En esta clase, los profesionales discutieron la falta de información sobre las pruebas y los locales disponibles para la confirmación diagnóstica de la COVID-19:

No sé cuál es la petición correcta. Las pruebas deberían hacerse ya desde el primer síntoma (P2, E). Busqué en internet e hice algunas llamadas, falta información (P6, TE).

Otra dificultad importante fue la poca disponibilidad de esas pruebas en la red pública, llevando a la necesidad de pagar por las mismas en laboratorios particulares, a pesar de la escasez de recursos para algunos profesionales, o la ampliación del tiempo para la confirmación de la enfermedad.

Hice el swab en un laboratorio privado, no logré realizar la prueba en un hospital público (P12, E). Contraté laboratorio privado que recolectó el swab en mi residencia, pues tardó la respuesta de la programación por la policlínica de referencia, siendo así terminé contratando laboratorio privado. La cita fue marcada por la policlínica solamente después que ya había incluso recibido el resultado de la prueba (P12, E). Fui a la red pública y no pude hacerlo, tuve que pagar incluso sin condiciones. Falta de respeto, pues si estamos pasando mal, es necesario saber si contraemos el virus (P49, TE). Tuve que esperar 30 días desde el inicio de los síntomas para hacer la serología debido a la falta de pruebas en la región donde vivo (P89, D).

Se añade a esa dificultad el hecho de que los planes de salud no costean las pruebas para pacientes ambulatorios, inclusive de profesionales de salud. Además, incluso cuando los profesionales pagan los gastos, no siempre la plaza se garantiza, pero es necesario buscar diferentes servicios:

Los hospitales solo realizan las pruebas en pacientes hospitalizados, el plan de salud no cubre las pruebas ambulatorias. Es necesario pagar en privado y esperar la cita porque la prueba inmediata en los laboratorios solo se lleva a cabo para los médicos (P45, E). Intenté marcar en innumerables lugares, pero sin éxito, no había vacante en el laboratorio particular (P41, E).

La falta de plazas en los servicios públicos para efectuar la prueba llevó a los profesionales a buscar alternativas para superar tales dificultades:

Hice prueba serológica para la investigación de anticuerpos IgG e IgM por cortesía de un proveedor de productos de diagnóstico de laboratorio (P80, B). El director de donde trabajo hizo una encuesta con empleados. Hice la serología y el swab, pero creo que si no estuvieran haciendo esa tal investigación yo no sabría jamás que estaba contaminada y podría estar contaminando otras personas (P99, TE).

Discusión

Los resultados mostraron que el itinerario terapéutico de los profesionales participantes, para tener acceso a la prueba para confirmación de la COVID-19, es marcado por la transición por distintos servicios sanitarios, no solamente para confirmación de la enfermedad, sino también para la obtención de certificados de alejamiento, lo que amplía el tiempo entre la sospecha y la confirmación de ese agravio.

Debido al riesgo de infección y posibilidad de transmisión de la COVID-19 para otras personas, inclusive familiares, garantizar la atención a los profesionales de salud y realizar pruebas diagnósticas en los sintomáticos, rápidamente, resultan fundamentales⁽¹⁶⁾. Así, entre las recomendaciones que no deben ser descuidadas ante la pandemia, se destaca la prioridad del equipo de salud que actúa en la línea de frente⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Sin embargo, ante los hallazgos, se percibió la ausencia o no seguimiento de protocolos institucionales para orientar y garantizar la atención a los profesionales de salud con sospecha de la infección, así como, para gestionar la exposición ocupacional al virus, con monitoreo activo de los signos y síntomas respiratorios y notificación a las autoridades gubernamentales de salud y de salud ocupacional de la institución.

La OMS proporciona directrices en ese sentido; entre ellas se destacan el alejamiento de las actividades laborales y la garantía de la prueba para los profesionales con sospecha de la COVID-19. Sea positivo o no, el caso debe ser administrado por la institución⁽¹⁹⁾, lo que no fue constatado, de forma absoluta, en el itinerario terapéutico ahora investigado.

En Brasil, el profesional de la salud con sospecha de síndrome gripal, o sea, fiebre acompañada de tos o dolor de garganta o dificultad respiratoria debe alejarse del trabajo inmediatamente y el retorno al trabajo está vinculado a algunas condiciones. Así, en caso de disponibilidad de las pruebas RT-PCR (*Reverse Transcriptase - Polimerase Chain Reaction*) o serológica, el regreso está condicionado al resultado negativo de las pruebas, teniendo en cuenta las especificidades de cada una. En caso de indisponibilidad de pruebas, debe seguir alejado hasta quedarse por lo menos 72 horas asintomático y, como mínimo, 7 días

después del inicio de los síntomas. Al regresar, debe usar una máscara quirúrgica hasta 14 días desde el inicio de los síntomas. En caso de resultado positivo, deberá cumplir 14 días de aislamiento domiciliario, a partir del inicio de los síntomas⁽⁸⁾.

En el encaminamiento para los locales de prueba, los profesionales se encontraron con colas, largo tiempo de espera, dificultades de programación y distancia geográfica del lugar de vivienda. Esos aspectos de accesibilidad organizacional también fueron apuntados en un estudio sobre la satisfacción de usuario con un servicio sanitario en la atención primaria⁽²⁰⁾.

Ante las distintas dificultades percibidas en la trayectoria por los participantes del estudio, trabajar en locales que ponen pruebas a disposición de sus empleados promueve rapidez en el diagnóstico de la COVID-19 y culmina en mayor seguridad para ellos, sus familiares y pacientes, además de permitir un mejor control de la enfermedad, siendo una de las principales facilidades identificadas en el itinerario terapéutico investigado.

En esa directiva, en la trayectoria en búsqueda de la confirmación diagnóstica, algunos profesionales destacaron la unidad hospitalaria por su resolución en la realización de pruebas con resultados rápidos, como la tomografía computarizada. Esa prueba es una posibilidad para evaluación global de los pacientes infectados, que a pesar de poco específica demuestra ser sensible para hallazgos pulmonares más frecuentes de la enfermedad⁽²¹⁾, como lesiones pulmonares bilaterales, opacidad en vidrio esmerilado y broncograma aéreo⁽²²⁾. Sin embargo, esa prueba fue limitada a aquellos que tuvieron acceso a servicios hospitalarios, no siendo una realidad concreta para todos los profesionales.

Aunque la poca disponibilidad de las pruebas en la red pública tenga sido apuntada como una dificultad del itinerario terapéutico, los participantes también mencionaron desinformación sobre las pruebas. En ese sentido, la RT-PCR es una prueba virológica (material genético o antígenos), ya que detecta la presencia de componentes virales, confirmando el diagnóstico de personas con síntomas compatibles con COVID-19. Está indicada para poblaciones de alto riesgo de infección, como profesionales sanitarios sintomáticos y personas que presentan comorbilidades/gravedad, entre ellas hipertensión, diabetes, obesidad, cardiovascular, historia respiratoria, inmunosupresión, etc. También se usa para evaluar si un individuo está recuperado de COVID-19⁽²³⁾.

La confirmación diagnóstica se basa en la detección molecular del genoma viral (detección de ARN - ácido ribonucleico) o sus proteínas (antígenos). Hasta la fecha, se pudo determinar que el virus puede detectarse, al menos, 48 horas antes del inicio de los síntomas (pre-

sintomático) hasta 12-14 días, siendo recomendada la recolección entre 6-7 días en el tracto respiratorio superior (*swab* naso/orofaríngeo) y por hasta 20 días (o más) en muestras del tracto respiratorio inferior, incluyendo esputo, aspirado traqueal y lavado bronquioalveolar⁽²³⁾. Aunque el RT-PCR sigue detectable en algunos individuos por hasta 2 a 6 semanas, en la mayoría de los casos representa material genético inactivo, sin importancia en la transmisión⁽¹⁶⁾.

Ya las pruebas serológicas detectan los niveles de anticuerpos IgM, IgA e IgG como parte de la respuesta inmune del individuo contra el virus SARS-CoV-2, o sea, indican un contacto anterior o en curso⁽²³⁾. Estas pruebas son efectuadas por diferentes técnicas, como inmunoensayo automatizado en metodología de quimioluminiscencia, inmunoenzimático, además de la prueba de inmunocromatografía, o sea, prueba rápida con menor sensibilidad. Estos, de modo general, presentan sensibilidad entre 60% y 70% alrededor del séptimo y alrededor del 90%, después del décimo día del inicio de los síntomas. Por lo tanto, un resultado serológico negativo durante los primeros siete días de la enfermedad no se puede utilizar como criterio para descartar un caso⁽¹⁶⁾.

También con relación a la prueba serológica, la presencia de IgM o IgA indica infección aguda y la presencia de IgG, contacto previo con el SARS-CoV-2, pudiendo estar relacionado a la inmunidad contra el virus. Dado que la inmunidad conferida por los anticuerpos sigue siendo investigada, los profesionales de la salud con IgG positivo deben mantener el uso de Equipo de Protección Individual (EPI) cuando estén en contacto con sospechosos o confirmados⁽¹⁶⁾.

En ese contexto, en Brasil, ante la falta de disponibilidad de pruebas moleculares para atender a la demanda, hecho reforzado en el discurso de los participantes del estudio, muchos profesionales tuvieron que cargar los costos de las pruebas confirmatorias en laboratorios privados. Sin embargo, el Ministerio de la Salud (MS) estableció criterios para la aplicación de la prueba rápida serológica, determinando prioridad para profesionales sanitarios y de seguridad pública, considerados más expuestos a la transmisión del coronavirus, además de sus contactos domiciliarios. Ante esos criterios, el MS solicitó organización de los estados y municipios para la prueba de profesionales sintomáticos que estén en actividad y de personas con síndrome gripal que vivan en el mismo domicilio. Para la aplicación de la prueba rápida, se utiliza muestra de sangre, con resultado en hasta 20 minutos⁽⁸⁾. Sobre la aplicación de ese tipo de prueba, se resalta un problema, considerando la mayor sensibilidad solamente después del décimo día del inicio de los síntomas⁽¹⁶⁾, como ya mencionado.

A pesar de esa recomendación, los profesionales enfrentaron dificultades para realizar la prueba en la red pública por diferentes razones, como falta de insumos o justificación de ausencia de gravedad en el cuadro. Además de eso, algunos participantes relataron dudas y divergencias entre los resultados del RT-PCR y de las pruebas rápidas efectuadas, hecho que se puede explicar por la necesidad de efectuar la prueba en los períodos de mayor sensibilidad, conforme preconizado. Además, se destaca, también, que las pruebas rápidas para detección de anticuerpos, a pesar de ampliamente desarrolladas y comercializadas, tienen calidad variable, pues no revelan las características de los antígenos utilizados. Se trata de pruebas del tipo cualitativo y que pueden indicar, solamente, la presencia o ausencia de anticuerpos contra el SARS-CoV-2⁽²⁴⁾.

Las dudas relatadas por los profesionales respecto al tipo de prueba, período ideal para su realización, entre otras, indican la necesidad de actividades de capacitación, no solamente referentes a las pruebas diagnósticas sino, también, para reducir el riesgo de infección del equipo, teniendo en vista la vulnerabilidad a la COVID-19. Así, pueden ser tratados temas como uso de EPI, higiene de las manos, gestión de residuos sanitarios, esterilización de dispositivos de atención al paciente y gestión de exposición ocupacional⁽²⁵⁾.

La atención primaria de salud (APS), por ser la puerta de entrada del Sistema Único de Salud (SUS), actúa en la descentralización de las atenciones, prueba de casos sospechosos, búsqueda activa y monitoreo de los casos positivos. Estas acciones favorecen la vigilancia epidemiológica y la planificación de medidas para el control local⁽²⁶⁾. Sin embargo, no fue ampliamente citada como local de prueba de los profesionales que mencionaron, con más frecuencia, los hospitales y policlínicas, especialmente vinculados a las universidades.

Así, la APS debe asumir su protagonismo con algunas medidas, como la reorganización de los flujos de usuarios en los servicios y mejoras en las estructuras físicas de los servicios. Además, se debe centralizar la APS en la agenda del MS, ya que el futuro del SUS y la salud de los brasileños también dependen de eso⁽²⁷⁾.

Como limitación de este estudio, se subraya el hecho de haber sido desarrollado en un único estado de Brasil y, considerando que aumentó el número de casos en otros estados, se recomienda el desarrollo de nuevos estudios para rellenar lagunas respecto al itinerario terapéutico de los profesionales sanitarios asignados en otras regiones brasileñas.

Con relación a los avances en el conocimiento traídos por el estudio, se evidenció que las dificultades vividas por profesionales sanitarios durante el itinerario terapéutico fueron, en gran parte, asociadas a la escasez de insumos

en la red pública para el enfrentamiento en el inicio de la pandemia en escenario brasileño, especialmente respecto a las pruebas, inicialmente destinadas solamente para casos sintomáticos más graves. Así, para tener acceso a las pruebas o atenciones más ágiles, aquellos que actuaban en escenarios de referencia participaron de investigación institucional y fueron ayudados mediante relaciones interpersonales con miembros del equipo o, también, a través del costeo propio en la red privada.

Dado el potencial de transmisibilidad del virus y la vulnerabilidad de profesionales sanitarios que son agentes de primera línea, estrategias prioritarias deberían garantizar acceso y resolutivez en los procesos de prueba, evaluación, acompañamiento y alejamiento funcionales debidos a sospecha o confirmación de contaminación por el Sars-CoV-2. Eso porque, más allá de la garantía del cuidado sanitario, esas estrategias podrían minimizar impactos negativos, tales como el alejamiento funcional masivo de profesionales de primera línea y la transmisión del virus en los escenarios asistenciales y entre los contactos familiares.

Conclusión

Respecto al itinerario terapéutico de profesionales sanitarios diagnosticados con COVID-19, los resultados de este estudio denotan dificultades que viven en el acceso a las pruebas, en la información sobre las mismas, en el retraso de los resultados, así como en la atención para alejamiento funcionales, con vistas al aislamiento domiciliario. La investigación evidenció una búsqueda activa por parte de los profesionales que estaban indefensos en cuanto a la necesaria gestión y monitoreo por la institución de trabajo.

Así, esta investigación posibilitó evidenciar un itinerario terapéutico marcado por dificultades, implicando en demora diagnóstica, falta de información precisa, incertidumbres o aún costeo propio para la prueba, lo que a su vez denota la necesaria y urgente reorganización de los servicios e instituciones en la gestión y el monitoreo de los casos de exposición ocupacional. A pesar de las limitaciones de recursos en los escenarios institucionales, así como de las crecientes demandas diagnósticas y de acompañamiento de toda la población, se destacan la necesaria protección y cuidado para mejorar el itinerario terapéutico entre profesionales sanitarios, ya que son esenciales en el enfrentamiento de la pandemia.

Referencias

1. Vilelas JMS. The new coronavirus and the risk to children's health. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

- 2020;28:e3320. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3320>
2. World Health Organization. Coronavirus (COVID-19). [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited Jun 14, 2020]. Available from: <https://covid19.who.int/>
 3. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Decreto nº 46.973 de 16 de março de 2020. Reconhece a situação de emergência na saúde pública do estado do Rio de Janeiro em razão do contágio e adota medidas enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus (COVID-19), e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, 17 mar 2020. [Acesso 14 Jun 2020]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391123>
 4. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Painel CONASS COVID-19. [Internet] 2020 [Acesso 14 jun 2020]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>
 5. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. *N Engl J Med*. 2020 Mar;382(10):970-1. doi: 10.1056/NEJMc2001468
 6. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Williamson BN, Gamble A et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 2020;82(16):1564-7. doi: 10.1056/NEJMc2004973
 7. 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*. 2020;2:61-2. doi: 10.1056/NEJMoa2001017
 8. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de Manejo Clínico para Novo Coronavírus (2019-CoV). [Internet]. 2020 [Acesso 14 Jun 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>
 9. Bastos LS, Niquini LP, Lana RM, Vilela DAM, Cruz OG, Coelho F, et al. COVID-19 and hospitalizations for SARI in Brazil: a comparison up to the 12th epidemiological week of 2020. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(4):e00070120. doi: 10.1590/0102-311X00070120
 10. Smith G, Ng F, Li WHC. COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *J Clin Nurs*. 2020;29(9-10):1425-8. doi: 10.1111/jocn.15231
 11. Gao W, Sanna M, Tsai MK, Wen CP. Geo-temporal distribution of 1.688 Chinese healthcare workers infected with COVID-19 in severe conditions: a secondary data analysis. *PloS One*. 2020;15(5):e0233255. doi:10.1371/journal.pone.0233255
 12. Lima BC, Silva LF, Góes FGB, Ribeiro MTS, Alves LL. The therapeutic pathway of families of children with cancer: difficulties faced in this journey. *Rev Gaucha Enferm*. 2018;39:e20180004. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180004>
 13. Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*. 2020;323(15):1439-40. doi:10.1001/jama.2020.3972
 14. Nascimento LCN, Souza TN, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):228-33. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
 15. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03353. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X20170150033533>
 16. Medeiros EAS. Health professionals fight against COVID-19. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:e-EDT20200003. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020edt0003>
 17. Nagesh S, Chakraborty S. Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: challenges and recommendations. *J Glob Health*. 2020;10(1):010345. doi: 10.7189/jogh-10-010345
 18. Chersich MF, Gray G, Fairlie L, Eichbaum Q, Mayhew S, Allwood B, et al. COVID-19 in Africa: care and protection for frontline healthcare workers. *Glob Health*. 2020;16(46):1-6. doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00574-3>
 19. World Health Organization. Care for health workers exposed to the new coronavirus (COVID-19) in health facilities. [Internet]. 2020 [cited Jun 14, 2020]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52032/PAHOPHEIMCovid1920005_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 20. Mishima SM, Campos AC, Matumoto S, Fortuna CM. Client satisfaction from the perspective of responsiveness: strategy for analysis of universal systems? *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2674. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1089.2674>
 21. Shoji H, Fonseca EK, Teles GB, Passos RB, Yanata E, Silva MM, et al. Structured thoracic computed tomography report for COVID-19 pandemic. *Einstein (São Paulo)*. 2020;18:eED5720. doi: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ED5720
 22. Sun Z, Zhang N, Li Y, Xu X. A systematic review of chest imaging findings in COVID-19. *Quant Imaging Med Surg*. 2020;10(5):1058-79. doi: <http://dx.doi.org/10.21037/qims-20-564>
 23. World Health Organization. Interpretación de resultados de laboratorio para diagnóstico de COVID-19. [Internet]. 2020 [Acesso 14 jun 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52129/OPSPHEIHMCOVID-19200015_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

24. Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting diagnostic tests for SARS-CoV-2. *JAMA*. 2020;323(22):2249-51. doi: 10.1001/jama.2020.8259
25. Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*. 2020;24(120):1-3. doi: 10.1186/s13054-020-2841-7
26. Farias LABG, Colares MP, Barretoti FKA, Cavalcanti LPG. The role of primary care in the fight against the Covid-19 impact on public health and future perspectives. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2455. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2455)
27. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2):e2020166. doi: doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024

Contribución de los autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Liliane Faria da Silva, Emília Gallindo Cursino, Euzeli da Silva Brandão, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Jéssica Renata Bastos Depiant, Laura Johanson da Silva, Rosane Cordeiro Burla de Aguiar. **Obtención de datos:** Liliane Faria da Silva, Emília Gallindo Cursino, Euzeli da Silva Brandão, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Jéssica Renata Bastos Depiant, Laura Johanson da Silva, Rosane Cordeiro Burla de Aguiar. **Análisis e interpretación de los datos:** Liliane Faria da Silva, Emília Gallindo Cursino, Euzeli da Silva Brandão, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Jéssica Renata Bastos Depiant, Laura Johanson da Silva, Rosane Cordeiro Burla de Aguiar. **Redacción del manuscrito:** Liliane Faria da Silva, Emília Gallindo Cursino, Euzeli da Silva Brandão, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Jéssica Renata Bastos Depiant, Laura Johanson da Silva, Rosane Cordeiro Burla de Aguiar. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Liliane Faria da Silva, Emília Gallindo Cursino, Euzeli da Silva Brandão, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Jéssica Renata Bastos Depiant, Laura Johanson da Silva, Rosane Cordeiro Burla de Aguiar

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 26.06.2020
Aceptado: 12.09.2020

Editora Asociada:
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Liliane Faria da Silva
E-mail: lili.05@hotmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-9125-1053>