

Experiencia de enfermería en la atención de pacientes con COVID-19 en primer nivel de atención

Nursing experience in the care of patients with COVID-19 at a Primary Health Care Center

María Rosa Gonzales  ^{1,a}

¹ Centro de Salud Mi Perú. Dirección Regional de Salud del Callao. Lima, Perú.

^a Licenciada en Enfermería

Información del artículo

Citar como: Gonzales MR. Experiencia de enfermería en la atención de pacientes con COVID-19 en primer nivel de atención. Health Care & Global Health.2020;4(1):37-42. doi: 10.22258/hgh.2020.41.73

Autor corresponsal

María Rosa Gonzales
Email: peque-a-ma2010@hotmail.com
Dirección: Urb: El Carmen MZ F Lite
11 Callao
Teléfono: 986117456

Historial del artículo

Recibido: 01/06/2020
Aprobado: 12/06/2020
En línea: 27/06/2020

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declara no tener conflictos de interés.

Resumen

Existe una gestión ineficiente de recursos para la lucha contra el COVID-19, que ha llevado a la saturación de los servicios e insatisfacción de los usuarios; y entre los trabajadores de salud, existe temor de contagio de la enfermedad. Por lo que se requiere el liderazgo y eficiencia de gestión de las autoridades sanitarias de la región.

Palabras clave: Servicios de Enfermería; Atención Primaria de Salud; Epidemia por 2019-nCoV; Perú (Fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

There is an inefficient management of resources to face COVID-19, which has led to saturation of services and dissatisfaction of users; and among health workers, there is a perception of fear of contagion of the disease. Therefore, the leadership and management efficiency of the region's health authorities is required.

Keywords: Nursing Services; Primary Health Care; Coronavirus Infections; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

El COVID-19 es una enfermedad causada por el coronavirus de tipo 2, inicialmente notificada el 31 de diciembre del 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei de China, como una neumonía de etiología desconocida⁽¹⁾. Al 03 de junio del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta más de 6,2 millones de casos positivos de COVID-19 y con cerca de 380 mil fallecidos, con una mayor concentración en la Región de las Américas⁽²⁾; en el Perú, se cuenta con 178 914 casos positivos y 4 894 defunciones⁽³⁾.

El COVID-19 es una enfermedad altamente contagiosa, la transmisión del virus relacionada con el hospital sigue siendo una amenaza muy grande para los trabajadores de la salud, y las enfermeras están en la primera línea de atención y, por lo tanto, son más susceptibles a la infección⁽⁴⁾. La pandemia por COVID-19 ha generado una alta carga laboral de los profesionales de enfermería, especialmente en las unidades de cuidados intensivos⁽⁵⁾, y ha ocasionado diversos problemas de salud mental en los trabajadores de salud, tales como depresión, ansiedad e insomnio⁽⁶⁾.

Los profesionales de enfermería brindan servicios asistenciales en diversas áreas y en diversos niveles de complejidad. En el Perú, en cumplimiento de la normativa nacional, en los establecimientos del de salud del primer nivel de atención, se han implementado unidades de equipos de salud exclusivos para la atención de pacientes con COVID-19⁽⁷⁾. En estos equipos, los profesionales de enfermería juegan un rol importante y realizan numerosas actividades asistenciales y administrativas.

El contexto que permite resaltar y exponer el presente trabajo es el distrito Mi Perú, con una población de 62,340 habitantes y cuenta con un Centro de Salud, donde el primer caso se confirmó el 2 de abril del 2020 y desde esa fecha hasta el día 25 de mayo se registran 98 casos confirmados de COVID-19, con 11 fallecidos y 120 casos sospechosos identificados.

Por lo expuesto, el objetivo del presente estudio es conocer la percepción del personal de enfermería que participan directamente en la prestación de servicios asistenciales de pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el Centro de Salud Mi Perú, ubicado en la Región Callao.

Materiales y métodos

A manera de un estudio cualitativo, el presente trabajo recoge la percepción de un grupo de enfermeras integrantes del equipo COVID-19 del Centro de Salud Mi Perú, ubicado, ubicado en el distrito de Mi Perú.

La recolección de datos se realizó durante las pausas de descanso en los turnos programados y de manera individualizada. A las participantes se les pidió que expresaran

libremente sobre la experiencia durante la atención y seguimiento de los pacientes diagnosticados por COVID-19.

Resultados

Las enfermeras participantes expresaron lo siguiente: “En el mes de marzo cuando recién se escuchaba los síntomas de COVID-19, en el centro de salud el profesional de enfermería presentaba la proximidad de la llegada de nuestros primeros pacientes positivos, la preocupación se manifestaba en prever la conducta de los pacientes para brindarles la atención adecuada y darles la tranquilidad de una atención adecuada; por otra parte, mi preocupación y la de otros colegas era principalmente la falta de personal profesional para enfrentar esta pandemia, el posible tráfico de pacientes, la preocupante falta de equipos de protección personal, medicamentos y sobre todo el diagnóstico impreciso de los casos negativos traducidos en pruebas rápidas que no evidenciaban una seguridad de la no presencia de la enfermedad en el paciente, sin embargo se les brindaba la consejería preventiva” (E1).

“Simulando un barco que no sabe si encontrará puerto, al centro de salud los pacientes llegaban con muchos tipos de síntomas y signos como fiebre, dolor de cabeza, diarreas malestar general a veces pérdida del olfato y sabor. De esta manera nos sumergimos en el itinerario de trabajo sensibilizadas en dar lo mejor de nosotras, contábamos solo con mascarillas N95, que al poco tiempo comenzaban a escasear; después los EPP ya estaban completos, sin embargo, aún faltaban nuestras mascarillas protectoras. Después empezamos a leer y buscar experiencias de otros países: Italia tenía un tratamiento médico y reconocían síntomas pero a la vez había una gran cantidad de infectados, no obstante también una gran cantidad de fallecidos; España de la misma manera comenzaba a incrementar sus infectados y muertos por COVID -19, a pesar de tener unas condiciones de salud pública más estables que nuestro país. Las enfermeras empezamos a tomar consciencia e iniciativa, teníamos que enfrentar este virus, era nuestra labor y nos reuníamos como gremio y sindicato, dándonos los conocimientos y la fuerza para poder seguir adelante y afrontar esta pandemia. Nuestra vocación de servicio nos mantenía firmes en el compromiso: era nuestro año y teníamos una labor que cumplir” (E1).

“La atención permaneció constante, asumíamos las consultas de pacientes sospechosos, al ver la continuidad y aumento de pacientes con síntomas relacionados a la epidemia; siendo así que la gestión de nuestro médico jefe del centro de salud apertura la emergencia, y como tal se implementa luego el traje COVID-19 con personal exclusivo. La llegada del profesional de enfermería de COVID alarmó mi sentir, el personal empezaba a trabajar y no tenían ningún contrato, ya sea por tercero o cas, ni seguros de vida como lo estipulaba las normas de urgencias, permaneciendo expuestos al contagio sin ninguna garantía de sus vidas, ya que no se estaba cumpliendo los decretos de urgencia promulgados por nuestro el Presidente de la República” (E1).

Esta etapa se convirtió en el foco del estrés y el tormento de las enfermeras, ya que se empezaba a visibilizar la llegada de infectados por COVID-19, algunas colegas comenzaron a tener perturbaciones psicológicas como entrar en pánico o ansiedad, dolores de cabeza y dificultad para respirar al trabajar buscaban una manera de justificar descansos médicos, en mi cargo yo me mantenía preocupada por brindarles la protección y cuando percibí que la DIRESA no facilitaba las mascarillas faciales, solicite a nuestro sindicato cierto número de mascarillas para un determinado número de colegas. Este logro se vio opacado porque aún las colegas se mantenían sin contrato, sin almuerzos desde las 8 am hasta las 4 pm, todo parecía refugiarse en un contexto triste e injusto, los pacientes seguían llegando y las pruebas rápidas confirmando lo que en el fondo ya sabíamos, el COVID-19 en personas con fiebre, tos y agitación (E1).

“El personal de enfermería paso una semana trabajando de 8 am a 4 pm sin acceder a un almuerzo, atendiendo largo y tendido sin poder salir del servicio de COVID-19, sin un refrigerio alguno que pueda sostener con eficiencia su labor. Me propuse garantizar el almuerzo y las colegas trataron de persuadirme de que llegaría, y así sucedió, sin embargo me pareció una burla la mínima o nula cantidad de nutrientes de ese servicio, sobre todo en una etapa de crisis en donde el personal se encontraba cercanamente expuesto; con el fastidio anímico redacte un documento solicitando el apoyo de la municipalidad pidiendo que se nos donara el almuerzo solo para el personal de COVID y emergencia, no obstante la DIRESA enviaba un día 2 almuerzos, al otro día 3 almuerzos y al siguiente 4 almuerzos no satisfaciendo la cantidad de personal que laboraba, ya que eran 10 almuerzos los que cubrían al equipo. A pesar de estas barreras el personal continuó trabajando, asumiendo mayor presión por el cambio a 24 horas de trabajo por la falta de movilidad y por la falta de equipos EPP” (E1).

“La consejería en bioseguridad en trabajo y para los paciente se volvió de primera línea, era realizado estrictamente, se previeron los EPP, desinfectantes, mascarillas, lentes, lavado de manos en todo momento y la desinfección de los alimentos y bebidas empaquetadas, esto se le comunico a todo el personal y pacientes atendidos” (E1).

“En los márgenes del centro se podían observar la cola de pacientes que requerían atención, llegaban con agitación y pasaban rápidamente para muestra de prueba rápida, siempre y cuando estuviera disponible e indicado por el medico de turno, teniendo siempre en cuenta el protocolo de seguridad y mantener al tanto al personal de laboratorio para que tome las muestras. El personal de laboratorio nos confirmaba los casos positivos de COVID-19, más algunos pacientes se le administraba tratamiento y oxígeno, con el fin de mantenerlos estables hasta sus hogares o hasta una transferencia a un hospital; a muchos que no logramos prestarles el servicio se fueron en busca de hospitales, en nuestra preocupación surgían interrogantes y cierta impotencia, las preguntas frecuentes eran: ¿Irían a un hospital? ¿Los recibirían?, ¿o simplemente regresarían a sus casas? La desventaja era agravada al no contar con una ambulancia para los pacientes” (E2).

“Tuve que atender en algún momento a los pacientes según recomendaciones, ya que la atención involucraba cierta sospecha de pacientes COVID-19 para la atención preferencial, otro grupo de personas haciendo la fila para la atención desde muy temprano no tuvieron en consideración la urgencia, exposición y sensibilidad humana cuestionando el compromiso de la atención justa que impartía, teniendo como respuesta en los pacientes los gritos y maltrato hacia el personal. En mis turnos, observo que la mayoría de pacientes estuvieron haciendo cuadros de ansiedad llevándolos a suponer y creer que tenían la enfermedad; este hecho provocó en algún momento la aglomeración de pacientes y la incertidumbre del mismo, acusando al personal de no querer ejecutar la prueba rápida, teniendo como resultado el estrés y el enfado con la atención en el centro” (E2).

“Así mismo comenta que del cien por ciento de atendidos, según avanzaron los días estos eran ya de atención moderada a grave y que el contagio iba en aumento, la atención era lo mejor posible por parte de ellos, pero que no quedaba satisfecha porque sabía que algunos pacientes deberían estar internados pero que no eran recibidos en ningún hospital, por la falta de camas y su única esperanza era el centro de su salud e ir a sus casa según ellos, a morir, dolorosa respuesta hecha por varios pacientes” (E2).

“Nunca me imaginé estar trabajando al frente con personas que buscan sanar sus síntomas, recibir un tratamiento y no saber si son COVID positivos. Tengo un bebe de 6 meses el cual aún daba de lactar cuando inicio todo esto, de ello surgió el temor de que algo malo le pase a él o a mi familia. Ya vengo trabajando casi 2 meses y dentro de este tiempo he vivido momentos muy duros, mi pesar inicia con la falta de un contrato, el cual sigo esperando porque de tenerlo me sentiría más segura laborando pero no existe, no sé hasta cuando estaremos así, siento que es injusto porque nos exponemos día a día y nuestra salud no tiene la seguridad que amerita; hablando de seguridad el déficit de EPP nos afecta y nos pone en riesgo totalmente, a veces no tenemos mascarillas N95 y tenemos que ponernos las simples una sobre otra buscando la manera de protegernos, los mandiles son limitados y no los cambiamos por otros ya que es solo uno por turno y debemos cuidarlos así hayamos tenido contacto con muchos más casos positivos” (E3).

“El trabajar con una población que tiene temor pero aun así salen a pasear por las calles como si fuera cualquier día particular, eso implica mucha tolerancia, en mi caso hubieron momentos en que he querido explotar de coraje, los pacientes acuden descontroladamente para realizarse una prueba o descarte, como ellos lo llaman, hay muchos que son ansiosos y en ellos radica nuestra mayor labor como enfermera; es muy difícil hacer entender a estas personas que una prueba no es la cura ya que no existe cura para esta enfermedad, lo peor de todo es que no tenemos pruebas, las pruebas son limitadas para todos. Siento impotencia al no poder ayudar o realizar pruebas a todos los que acuden al centro, muchas veces he recibido insultos, pero no por eso dejo de seguir ayudando, en

lo posible trato de priorizar a las personas que realmente necesitan de una prueba y que su salud está en riesgo, eso me satisface entre tanta crítica de los pacientes. Otra de las cosas que enfatizo en los pacientes es la consejería de los cuidados en casa y la toma de tratamiento”(E3).

“En otro momento tuve la oportunidad de salir a las visitas domiciliarias, eso me emociono mucho porque iba a orientar y brindar apoyo emocional a las familias afectadas por el COVID, recuerdo que el primer paciente que visite vivía en una zona muy alejada, para llegar a su domicilio tenía que caminar por cierto abismo con el fin de administrarle un tratamiento que lo mantendría en confort. Otra vez sentí frustración ya que me di cuenta que la pobreza también influye en un correcto manejo de las acciones para el aislamiento porque como le pediría a un paciente que se aisle de sus familiares si en casa viven más de 5 personas y solo tienen 2 cuartos, la realidad es esa. En aquel entonces salía a visitas con un médico que pasado las semanas me enteré que contrajo el COVID, pensé que trabajamos juntos y que podría haber sido yo la que presente los síntomas”(E3). “Con el pasar de los días comencé con el seguimiento de los pacientes positivos con COVID y allí también tuve dificultades porque al llamar siempre me referían que sus familiares presentaban síntomas y que querían una prueba para ellos, de lo cual no podíamos cumplir eso por la falta de pruebas y más aún la falta de personal para las visitas, los pacientes llamaban a cada momento porque su tiempo de aislamiento ya había culminado y epidemiológicamente hablando ya estaban de alta pero nadie iba a decirles que ya lo estaban, yo trataba de explicarles que ya estaban de alta pero muchos de ellos exigían que se les realizara una última prueba como muestra de que se encuentran de alta y no fue así, no se pudo hacer esas pruebas” (E3).

“Algunos de esos pacientes lamentablemente fallecieron, sentía mucha pena por sus familiares pero tal vez no lo sentía tanto hasta que me tocó a mí, hace unos días recibí una llamada de un familiar que mi tía había fallecido a causa del COVID, mi madre sufrió mucho y yo con ella, a los dos días su esposo también falleció, fue muy duro encontrarme con esta realidad tan cercana, me llene de temor porque podría haber sido mi madre y lo peor es ser yo quien pueda contagiarla a causa de mi trabajo y el grado tan alto de exposición que tengo cada vez que tengo turno (E3).

“En múltiples ocasiones he pensado en renunciar y mantenerme alejada de este virus y de la población que tanto se desespera por una prueba pero luego pienso y retomo mi mente hace algunos años y pienso en mi vocación en que muchas de esas personas que vienen desesperadas a la atención es por falta de conocimiento, porque no tienen quien las oriente y necesitan respuestas, es allí donde ingresa mi labor, por otro lado tengo la necesidad como muchas de mis colegas, trabajamos porque tenemos familias y responsabilidades económicas, aunque no se nos paga lo que realmente debería, y el pago tampoco es puntual ya que somos terceros cada día preguntando cuando pagaran?” (E3)

“A veces llegan pacientes críticos, me ha tocado atender a algunos y cuando hemos intentado referirlos a hospitales no se podía porque nos decían que estaban saturados, un día nos quedamos con un paciente que estaba desaturando hasta las 4 de la tarde y su familiar se desapareció, no sabíamos que hacer hasta que pudimos localizar a su hijo y le pedimos de favor que venga a ver a su padre y se le pueda derivar a otro establecimiento donde reciba la atención que requiere” (E3).

“Sé que estas semanas serán más difíciles aun, espero estar preparada para enfrentar todas las situaciones que se avecinan, lo único que deseo para cada turno es tener mi EPP completo para así sentirme protegida ante tanto contacto que se tiene con los pacientes COVID” (E3).

“Quisiera hacer un resumen de cómo es que a pesar de todas las trabas desde un punto administrativo y asistencial, enfermería se ha visto en la necesidad de dar todo el apoyo y atención necesario para brindar una atención medianamente buena al paciente con un triaje adecuado en donde se les indica desde que entran lavado de manos luego se evalúa sus signos vitales y se deriva al servicio de COVID o al de emergencia, si es sospechoso de COVID si hay pruebas rápidas se le hace el análisis y si no hay, el médico indica el tratamiento según el examen clínico, la enfermera brinda las consejerías antes, durante y después de la atención garantizando el no contagio en familia y pronta recuperación” (E1).

“En cuanto a un análisis de situación de pacientes puedo decir que en la población tenemos más fallecidos de lo que se tiene identificado; así como infectados y positivos confirmados, sustento la información porque tenemos datos que nos manda diariamente la municipalidad de nuestro distrito en donde reciben llamadas telefónicas de pacientes enfermos que han sido diagnosticados en otras instituciones y no son informados hacia nosotras, además de aquellos que enferman en sus casas y no pueden salir por encontrarse débiles y nos solicitan que se les vaya a visitar. He realizado visitas domiciliarias dándome con la sorpresa de encontrar pacientes postrados por la enfermedad agitados desaturando y la impotencia de no poderlos transportar a algún centro hospitalario. He podido conversar con el medico jefe solicitándole que las pocas veces que hay médicos para visitas, por favor que también se visiten a los casos sospechoso y llevarles medicamentos para aliviar su malestar ya que por su estado no le permite bajar al centro de salud” (E1).

“Las visitas médicas están programadas una visita por semana el resto de días es hecho por una enfermera, se sustenta la falta médica en la inasistencia o se encuentra cubriendo el servicio de emergencia y algunos que no se acercan porque tienen el temor de contagiarse y solo terminan realizando como mínimo tres visitas y como máximo algunos médicos de vocación hasta diez, muchos de ellos atienden y se preocupan de llevar medicamentos para facilitar su tratamiento y mejoría del paciente. Finalmente siento que nos falta atención del profesional médico para nuestra población enferma” (E1).

“La enfermera en las visitas domiciliarias de la atención primaria, la mayoría de las zonas son accidentadas pero no imposibles de llegar, el tiempo que llevamos trabajando han hecho que conozcamos y se haga fácil, aun mas en tiempos de coronavirus, bien contarles que al inicio salíamos con personal de laboratorio para poder tomar las pruebas a los contactos al acabarse dichas pruebas salimos solas, visitando el estado del paciente, brindando apoyo psicológico, verificando la situación económica y contactos con síntomas para prevenir los contagios, la realidad es que nos encontrábamos con familias que la mayoría estaban contagiadas, estaban asustadas, preocupadas y con lo mismo de siempre situación económica precaria, se les orientaba que tenían que realizar la cuarentena y que estaríamos en contacto por teléfono, por cualquier duda o síntoma anormal; después informamos a la secretaria de la municipalidad para el apoyo económico para la ayuda con canastas”(E1).

“Las enfermeras realizando las llamadas telefónicas a los pacientes positivos, sospechosos y con morbilidad de diabetes e hipertensión, brindamos alivio, controlamos como va su proceso de la enfermedad y hacemos lo posible por que el paciente se sienta tranquilo ofreciendo que el medico irá en cuento pueda porque la mayoría tiene miedo y se sienten tranquilos cuando les damos una esperanza de atención de visita medicas; pero no dejamos de brindarles estrictamente las consejerías para mejorar su enfermedad, le decimos que nos pueden llamar en cualquier momento sintiéndose protegidos y agradecidos, puedo decir que muchos nos han llamado de madrugada por que usamos nuestros teléfonos personales por que la institución no nos brinda un teléfono institucional a pesar de haberse solicitado”(E1).

“La falta de pagos y contratos hacia el profesional de enfermería considero un abuso y una falta grave, aun mas porque hay una enfermera de COVID sin pago y sin contrato positiva a COVID-19, además la falta de médicos para visitas, la falta de una movilidad para transporte de pacientes teniendo en cuenta que ya tenemos emergencias y atención de triaje COVID-19, la falta de EPP, la poca cantidad de pruebas reactivas, la falta de enfermeras que hasta ahora no se solucionan” (E1).

“Algo que si les puedo decir que cada día entre colegas siempre nos damos fuerzas y bueno yo salgo de mi casa y digo señor que sea tu voluntad hoy trabajare contigo y permíteme regresar con bien a mi casa para poder seguir ayudando a tus hijos, he visto hasta el momento contagiarse a varios profesionales y administrativos de salud entre ellos enfermeras médicos y técnicos, he escuchado de padres fallecidos por completo en dos semanas, de profesionales enfermeras y médicos que llegaban a sus casas y compartían con sus padres ancianos. Tengo mis padres adultos mayores, estoy distanciados de ellos y sigo las normas de prevención, llego a mi casa e inmediatamente me lavo las manos y a la ducha con agua caliente y todo el

personal de enfermería tiene esta consigna espero que nos mantengamos sanas para seguir adelante”.

Discusión

De los casos presentados se desprende la existencia de una gestión ineficiente de recursos humanos, pruebas rápidas y equipos de protección personal. Hay una percepción de saturación de servicios de salud y ha quedado insuficiente los recursos hospitalarios y tienen como única opción el establecimiento de salud del primer nivel de atención de su jurisdicción. Al mismo tiempo ha generado una insatisfacción y pérdida de control emocional en los pacientes; mientras que en los trabajadores de salud, se percibe temor de contagio por el COVID-19, debido a la dotación insuficiente de los equipos de protección personal (EPP).

La activación de los mecanismos de coordinación, comunicación y colaboración con la red integrada de servicios de salud a nivel local, considerando atención de pacientes, requerimientos de medicamentos insumos o equipos, y traslado de pacientes, son indicadores de liderazgo y coordinación que debieron haberse realizado⁽⁸⁾; y a nivel regional no se ha percibido la preparación para enfrentar a la pandemia.

Enfrentar la pandemia por COVID-19 requiere muchos recursos, recursos humanos, insumos médicos y materiales. En los trabajadores de salud ocasiona una alta carga laboral en los profesionales de enfermería⁽⁵⁾, en nuestra realidad es debido a que se tiene que realizar numerosas actividades asistenciales en el establecimientos y a la vez visitas domiciliarias como parte de seguimiento. A todo lo anterior, se suma el temor al contagio y otros problemas de salud mental que también se ha reportado en los estudios.

El trabajo intensivo puede derivar en agotamiento físico y emocional, por lo tanto, se debe brindar un apoyo integral para salvaguardar el bienestar de los trabajadores⁽⁹⁾. Entre los trabajadores de salud durante el brote de Covid-19 en China, el 23,2% presentaron ansiedad, 22,8% depresión y 38,9% padecieron de insomnio. Las enfermeras presentaron tasas más altas de síntomas afectivos en comparación con el personal médico y masculino⁽⁶⁾.

Los equipos de protección personal adecuadamente usados reducen el riesgo de contagio de la enfermedad. En China, las razones de contagio de alto número de trabajadores de la salud durante el comienzo del brote de emergencia fueron: Primero, la protección personal inadecuada de los trabajadores de la salud, debido al poco conocimiento del patógeno y la conciencia de protección personal no era lo suficientemente fuerte; segundo, la exposición prolongada a un gran número de pacientes infectados, además, la presión del tratamiento, la intensidad del trabajo y la falta de descanso aumentaron indirectamente la probabilidad

de infección; tercero, la escasez de equipo de protección personal (EPP) y cuarto, los trabajadores de atención médica de primera línea recibieron capacitación inadecuada⁽¹⁰⁾.

No se ha seguido los procedimientos estrictos de una metodología cualitativa; sin embargo, los hallazgos representan una aproximación a un estudio cualitativo. Por lo tanto, se desprenden puntos importantes a tomarse en cuenta por las autoridades.

Conclusiones

Existe una gestión ineficiente de recursos para la lucha contra el COVID-19, que ha llevado a la saturación de los servicios e insatisfacción de los usuarios; y entre los trabajadores de salud, existe temor de contagio de la enfermedad. Por lo que se requiere el liderazgo y eficiencia de gestión de las autoridades sanitarias de la región.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report - 1. 21 January 2020 [Internet]. WHO. 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019). Situation Report-135 [Internet]. Vol. 03 June, WHO. 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200603-covid-19-sitrep-135.pdf?sfvrsn=39972feb_2
3. Ministerio de Salud. Sala Situacional COVID-19 Perú [Internet]. 2020. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
4. 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).
5. Lucchini A, Giani M, Elli S, Villa S, Rona R, Foti G. Nursing Activities Score is increased in COVID-19 patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;59.
6. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020.
7. Ministerio de Salud. Documento Técnico. Prevención y atención de personas afectadas por COVID-19 en el Perú [Internet]. Perú; 2020. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574377/Documento_Técnico_Atención_y_Manejo_Clínico_de_Casos_de_COVID-19.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud. Lista de verificación para gestionar los riesgos y los efectos de COVID-2019 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/60470/download?token=ZsYNu4Qi>
9. Qian Liu, Dan Luo, Joan E Haase, Qiaohong Guo, Xiao Qin Wang, Shuo Liu, Lin Xia, Zhongchun Liu, Jiong Yang BXY. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Heal*. 2020;8.
10. Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp Infect*. 2020;105:1.