

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
SEDE CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



“CONDICIONES LABORALES DEL PERSONAL CLÍNICO QUE ATIENDE A
PACIENTES CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, UNIDAD DE SALUD
DE CUSCATANCINGO, JULIO A AGOSTO 2025”

AUTORES

RENÉ ULISES LINQUI SAMAYOA

EDGARDO ESAÚ LÓPEZ ALVARADO

ASTRID MARINELA LÓPEZ SOLANO

PARA OPTAR AL GRADO DE: DOCTORADO EN MEDICINA

ASESOR: DR. GIOVANNI POLANCO

CIUDAD UNIVERSITARIA EL SALVADOR, OCTUBRE 2025

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

M.SC. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.SC. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

CONTENIDO:

I: RESUMEN	viii
II: INTRODUCCIÓN.....	1
III: OBJETIVOS	4
III.I OBJETIVO GENERAL:	4
III.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	4
IV: MARCO TEÓRICO.....	5
IV.I CONCEPTO DE SALUD LABORAL Y LAS CONDICIONES LABORALES	5
IV. II INFRAESTRUCTURA	6
IV.III ERGONOMÍA EN EL TRABAJO.....	11
IV. IV INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS).....	12
IV. V EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL	15
IV.VI VACUNACIÓN.....	19
IV.VII CARGA LABORAL	21
IV. VIII EDAD	23
V: METODOLOGÍA	24
V.I TIPO DE INVESTIGACIÓN:.....	24
V.II ÁREA DE ESTUDIO Y PERÍODO DE INVESTIGACIÓN:	24
V.III POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	24
V.IV OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	26
V.V PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
V.VI PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	29
VI: CONSIDERACIONES ÉTICAS	31
VII: RESULTADOS	32
VIII: DISCUSIÓN	41
IX: CONCLUSIONES	45
X: RECOMENDACIONES	47
XI: BIBLIOGRAFÍA	49
XII: ANEXOS.....	50

AGRADECIMIENTOS RENÉ ULISES LINQUI SAMAYOA:

Quiero agradecer a Dios por darme la fuerza para poder culminar ese proceso, a mi familia que me ha brindado el apoyo para llegar hasta este punto importante en mi vida.

Gracias a mi mamá por enseñarme el valor del esfuerzo y a perseguir las cosas importantes, a mi papá por enseñarme la paciencia para poder perseverar en este camino, a mi hermano Pablo, con quien he compartido el aprendizaje que me han acompañado. A mis abuelas, Came que ya descansa y Teresa, pilares de sabiduría y valores que han sido fundamentales en mi formación personal y profesional.

A mis amigos Diego y Vladimir, por su amistad sincera, por estar presentes en los momentos de alegría y también en los de dificultad.

A mis compañeros de tesis, por el esfuerzo compartido, las horas de trabajo que hicieron posible superar juntos este reto.

A Beatriz por su paciencia y por ser mi motivación constante en los momentos de cansancio y duda.

Finalmente, a todas las personas que de alguna manera contribuyeron en este proceso, gracias por todo.

AGRADECIMIENTOS EDGARDO ESAÚ LÓPEZ ALVARADO:

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han sido parte fundamental de este camino.

En primer lugar, a mi familia, por su apoyo incondicional, por motivarme en cada etapa y por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo y la perseverancia. Sin su respaldo, este logro no hubiera sido posible.

A mis amigos, quienes con su compañía, consejos y palabras de aliento hicieron más llevadero este proceso, recordándome siempre la importancia de compartir y disfrutar cada momento.

A mi novia, por su paciencia, comprensión y constante apoyo emocional. Gracias por estar a mi lado en los momentos de cansancio y por darme la fuerza necesaria para seguir adelante.

A mis maestros, quienes no solo compartieron sus conocimientos, sino también su pasión por la profesión. Sus enseñanzas han dejado una huella profunda en mi formación académica y personal.

A todos ustedes, gracias por acompañarme en este camino y por contribuir a que hoy culmine una etapa tan importante en mi vida.

AGRADECIMIENTOS ASTRID MARINELA LÓPEZ SOLANO

A mi mamá, por estar siempre a mi lado, por su apoyo incondicional en cada paso de este camino y por cuidar de mi salud con tanto amor y dedicación.

A mi hermano Mario, por sus palabras de ánimo y por recordarme, en los momentos difíciles, la importancia de seguir adelante.

A mi papá, por su confianza y por brindarme su apoyo en cada decisión que he tomado, dándome la seguridad necesaria para avanzar.

Al Dr. Polanco, por su valiosa guía y por brindarnos su apoyo con generosidad y disposición, contribuyendo de manera significativa al desarrollo de este trabajo.

A mi novio, quien incondicionalmente creyó en mi capacidad y me brindó tranquilidad en los momentos difíciles.

A mi grupo de tesis, que más que compañeros han sido amigos con quienes he compartido aprendizajes y crecimiento a lo largo de la carrera.

I: RESUMEN

Las IRAs representan una de las principales causas de consulta en el sistema de salud salvadoreño y constituyen un riesgo constante para el personal clínico que las atiende. Esta investigación se realizó en la Unidad de Salud de Cuscatancingo entre julio y agosto de 2025, para identificar las condiciones laborales de los profesionales de salud involucrados en la atención de dichos pacientes.

El estudio, de tipo descriptivo, permitió analizar factores personales del personal clínico, la carga de pacientes atendidos, el uso de equipo de protección personal (EPP) y las características de la infraestructura disponible. Se encontró que la mayoría del personal son mujeres, predominando el grupo de 50 a 60 años, quienes tienden a utilizar medidas de protección más completas, posiblemente asociadas a su mayor experiencia y percepción de riesgo. Ningún participante padecía enfermedades respiratorias crónicas, lo cual reduce la vulnerabilidad directa. En cuanto a vacunación, la cobertura contra influenza y Covid-19 fue universal, mientras que la inmunización contra neumococo fue limitada.

En el periodo estudiado se atendieron 655 pacientes con IRAs, equivalentes al 31.6% de las consultas, la ausencia de registros diarios completos limita la identificación de tendencias. El uso de EPP fue parcial, predominando las mascarillas, las medidas más completas fueron poco frecuentes debido a incomodidad o falta de disponibilidad. Finalmente, se evidenció la carencia de un espacio específico para atender IRAs, con deficiencias en ventilación e infraestructura.

En conclusión, aunque existen fortalezas en experiencia profesional y vacunación, persisten brechas estructurales y de bioseguridad que requieren atención prioritaria.

Palabras clave: Condiciones laborales, Infecciones Respiratorias Agudas, Equipo de protección personal, Espacio físico, Personal clínico, Factores personales, Unidad de Salud de Cuscatancingo, Salud ocupacional.

II: INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a las condiciones laborales del personal de salud que atiende a pacientes con infecciones respiratorias agudas (IRAS) en la unidad de salud de Cuscatancingo en el periodo de Julio a Agosto del 2025. A través de la salud ocupacional las condicionales laborales se definen como un conjunto de variables que influyen sobre los riesgos hacia la seguridad y el bienestar del trabajador, dicha definición abarca los aspectos de infraestructura y recursos materiales, agentes ambientales y organización del trabajo. Las condiciones laborales del personal de salud constituyen uno de los principales factores que determinan la calidad de atención que se brinda a los pacientes, sin embargo, su importancia radica en que inciden directamente sobre el bienestar físico, emocional y social del personal clínico. Factores como la disponibilidad de recursos, una infraestructura adecuada, la carga asistencial, las condiciones de salud preexistentes, el estilo de vida y el acceso a equipo de protección son determinantes que influyen en el rendimiento del personal clínico y en su vulnerabilidad frente a enfermedades.

En la Unidad de salud de Cuscatancingo, esta problemática se hace evidente en la atención de pacientes con Infecciones respiratorias ya que es una de las principales causas de consultas en el primer nivel de atención constituyendo un desafío importante para el sistema de salud. En este contexto el personal clínico desempeña un papel esencial en la detección, tratamiento y seguimiento de los casos, asumiendo una carga asistencial que en muchas ocasiones supera la capacidad instalada de los establecimientos de salud. Esta situación genera un impacto directo a las condiciones laborales del personal quienes se enfrentan a jornadas extensas, aumento en la cantidad de pacientes, aumento en la necesidad de materiales para su atención, el equipo de protección personal y la vacunación para reducir el riesgo de contagio.

Las IRAS son responsables de más de 4 millones de muertes cada año y son la causa principal de muerte en los países en vías de desarrollo [1]. La mayoría son altamente transmisibles. Ciertas condiciones laborales pueden incrementar significativamente el riesgo de adquirir o exacerbar este tipo de enfermedades. Por lo que en este sentido, las IRAS son riesgos

relacionados al trabajo, especialmente para el personal de salud, en el cual la constante exposición favorece el contagio y generar ausentismo laboral.

En el 2020, bajo el marco de la pandemia de Covid-19, a nivel mundial se reportaron al menos 17,000 profesionales que fallecieron, lo que evidencia, con base al análisis de las condiciones del trabajo, el riesgo incrementado que poseía el personal de la salud de adquirir Covid-19, como una enfermedad relacionada al trabajo. [2]

El 11 de marzo de 2020, según decreto #12, se declaró estado de emergencia en El Salvador con el fin de reorganizar los servicios de salud para prevenir un alto impacto de la epidemia en el país. A pesar de las medidas, para julio del 2021, el Colegio Médico informó, a través de la plataforma del diario “El Mundo”, 85 muertes de médicos relacionadas al Covid-19. [3]

La OMS, el 5 mayo de 2023, declara el fin de Covid-19 como alerta sanitaria internacional, El Salvador reporta 4,230 fallecidos por Covid-19 y 180.970 contagios confirmados. [4]

En el 2023, según datos publicados en el boletín epidemiológico de la semana 50 se reportó un total de 1,525,644 casos de IRAS, siendo los meses de enero, junio y noviembre con un número mayor de contagios.[5] Durante el 2024, El Salvador registró 1,636,766 casos de infecciones respiratorias agudas, lo que representó un incremento del 19.8% en comparación con el mismo período del 2023 [6] Hasta abril de 2025, El Salvador ha registrado un incremento en los casos de IRAS. Según datos del MINSAL, en la semana epidemiológica del 16 al 20 de abril, se reportaron 36,355 casos, lo que representa un aumento en comparación con años anteriores. [7]

En la Unidad de Salud de Cuscatancingo, según datos brindados por entrevista, de un total de 26 personas que componen el personal de salud, 20 de ellos se contagiaron de Covid 19 en el 2020, sin embargo no se reportó ningún deceso.

A pesar del descenso en la incidencia de casos graves de Covid-19, las IRAS continúan siendo una de las principales causas de consulta en los servicios de atención primaria, representando un desafío constante para el personal clínico, tanto por su frecuencia como por el riesgo de transmisión en espacios cerrados o con medidas preventivas insuficientes. Este panorama pone en evidencia la necesidad de evaluar las condiciones actuales de trabajo del personal de salud, especialmente en contextos donde la atención a pacientes con IRA es constante y prolongada.

Las condiciones laborales en la atención de pacientes con infecciones respiratorias agudas han sido un tema que se dejó de lado posterior a la pandemia de Covid-19, a pesar de su impacto directo en la salud del personal clínico, la calidad de los servicios brindados y los costos adicionales que las instituciones deben asumir debido al ausentismo laboral. Actualmente, existe una escasa documentación sobre la adaptación de los entornos de trabajo y la implementación de medidas preventivas sostenidas para el personal de salud en la atención de infecciones respiratorias, lo cual limita el desarrollo de políticas laborales más efectivas.

Este estudio permitirá establecer el perfil sociodemográfico, las condiciones de salud preexistentes y estilos de vida del personal clínico que podrían predisponer a padecer infecciones respiratorias agudas y a presentar complicaciones. Además tiene como fin la descripción del tipo del equipo de protección de personal utilizado y las características de los espacios físicos destinados para la atención de los pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo durante el período Julio a Agosto del 2025. Con el fin de proponer estrategias de mejora que favorezcan no solo la calidad de vida del personal clínico sino también la calidad y seguridad de la atención prestada a la población y de la reducción de gastos prevenibles por el ausentismo laboral.

La viabilidad del estudio radica en la disponibilidad de la información para determinar la carga laboral, la disposición del personal clínico para participar y el respaldo institucional otorgado por la Unidad de Salud de Cuscatancingo, lo que garantiza un adecuado desarrollo de la investigación.

Por lo que los resultados de la investigación formarán una contribución valiosa para la conformación de un lineamiento en la atención de infecciones respiratorias agudas, y como base para futuras investigaciones sobre condiciones laborales en contextos similares.

III: OBJETIVOS

III.I OBJETIVO GENERAL:

Identificar las condiciones laborales del personal clínico que atiende a pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo durante el período de Julio a Agosto de 2025

III.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1- Caracterizar el perfil del personal clínico que atiende a pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo entre Julio y Agosto de 2025.
- 2- Cuantificar la cantidad de pacientes con infección respiratoria aguda atendidos semanalmente por cada recurso del personal clínico en la Unidad de Salud de Cuscatancingo en el periodo de Julio a Agosto 2025.
- 3- Detallar el equipo de protección personal que utiliza el personal clínico al brindar atención a pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo entre Julio y Agosto de 2025.
- 4- Describir los espacios físicos asignados para la atención de infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo entre Julio y Agosto de 2025.

IV: MARCO TEÓRICO

IV.I CONCEPTO DE SALUD LABORAL Y LAS CONDICIONES LABORALES

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define trabajo como el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos. La OMS y la OIT definen salud ocupacional como “la promoción y mantenimiento del mayor grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones mediante la prevención de las desviaciones de la salud, control de riesgos y la adaptación del trabajo a la gente, y la gente a sus puestos de trabajo” [8]

En el ámbito de la salud ocupacional, las condiciones de trabajo conforman un conjunto de distintas variables que ejercen influencia significativa sobre los riesgos hacia la seguridad y el bienestar del trabajador. Esta definición abarca:

-Infraestructura y Recursos Materiales: características de las instalaciones, herramientas utilizadas en el entorno laboral.

-Agentes Ambientales: La presencia e intensidad de agentes físicos, químicos y biológicos en el ambiente laboral, así como los protocolos para la utilización de los mismos.

-Organización del Trabajo: Los parámetros de estructuración y ordenación del trabajo, incluyendo factores que modulan exposición a riesgos laborales.

Al englobar los conceptos mencionados surge el término de Ergonomía, la cual se define como la disciplina científica que estudia las interacciones entre los seres humanos y otros elementos de un sistema, con el objetivo de optimizar tanto el bienestar humano como el desempeño global del sistema, tal como se establece en la norma de la Organización Internacional de Normalización ISO 6385:2016, que establece requisitos para garantizar la calidad, seguridad, eficiencia e interoperabilidad de productos, servicios y sistemas. [9]

Fundamentalmente la Ergonomía está basada en conocimientos anatómicos, fisiológicos, psicológicos, sociológicos y técnicos, desarrolla metodologías para determinar los límites que no deben ser superados por las personas al realizar actividades laborales, así, al adaptar el entorno laboral a las capacidades y limitaciones de los trabajadores, genera un ambiente de trabajo seguro, eficiente y saludable.

Cada puesto de trabajo, se configura desde un espacio físico que alberguen instalaciones, equipos, materiales, mobiliario, un ambiente con diferentes condiciones climáticas y la potencial presencia de contaminantes. En este contexto, se desarrollan las tareas laborales, las cuales demandan un esfuerzo físico y mental, y se encuentran condicionadas por la organización del trabajo (horarios, turnos, relaciones interpersonales, etc.).

La interacción entre estas condiciones de trabajo puede derivar por la emergencia de factores de riesgo laborales, los cuales se definen como aquellas circunstancias laborales potencialmente peligrosas que pueden inducir daños o perjudicar a la salud del trabajador. [10] Estos factores de riesgo se pueden clasificar de la siguiente forma:

- Factores de Seguridad: Asociado a las características de los espacios y equipos de trabajo, incluyendo la infraestructura y la maquinaria.
- Factores Ambientales o de Higiene: Comprenden la exposición a contaminantes físicos, tales como ruido, vibraciones, radiaciones, químicos y biológicos.
- Factores Ergonómicos: derivan de las exigencias físicas impuestas por las tareas laborales, tales como esfuerzos, manipulación de cargas y posturas de trabajo.
- Factores Psicosociales: Vinculados a la organización, el contenido y la ejecución de la tarea laboral, y su potencial impacto en la salud mental, física y social del trabajador.

IV. II INFRAESTRUCTURA

La infraestructura sanitaria es un elemento fundamental que influye de manera directa en las condiciones laborales del personal sanitario y en consecuencia en la calidad de la atención que se ofrece a los pacientes con infecciones respiratorias agudas.

La existencia de los espacios inadecuados, una ventilación inadecuada y recursos limitados para la atención del paciente genera un incremento de la exposición a riesgos biológicos, físicos y psicosociales, lo que repercute en la seguridad laboral y el desempeño profesional del personal clínico.

Entre los aspectos que se deben tomar en cuenta respecto a la Infraestructura en la atención de las Infecciones Respiratorias Agudas se encuentran: El diseño arquitectónico de los espacios, la ventilación, la ubicación de los espacios específicos para la atención disponible, la señalización de las áreas y la disponibilidad de los recursos para la atención especializada.

Diseño arquitectónico de los espacios

El diseño arquitectónico debe planificarse de manera que favorezca un flujo adecuado de pacientes, personal y materiales, reduciendo el riesgo de contaminación cruzada y facilitando la prestación de servicios de forma segura y eficiente.

Entre las consideraciones que deben tenerse para el diseño debe asegurarse la disponibilidad de estaciones para lavado de manos, estas deben cumplir las siguientes especificaciones: Los lavabos deben estar diseñados de porcelana, acero inoxidable u otro material de superficie sólida y se recomienda un tamaño y profundidad del lavabo no menor a 929.08 cm² y con un ancho o largo de 22.86, la boquilla del grifo debe estar al menos a 25.4 cm por encima fondo del lavabo para evitar que el chorro caiga directamente en el fondo del desagüe y instalar barreras con el fin de evitar salpicaduras. Deben estar sellados adecuadamente para prevenir la filtración de agua en las paredes. En todas las estaciones también es necesario asegurar la disponibilidad de jabón para poder realizar el lavado de manos e instrumentos visuales que recuerden al personal los pasos a seguir para el lavado de manos[11] .

La iluminación

Es un factor que destaca dado que permite que los profesionales de salud puedan detectar hallazgos específicos y detalles al realizar el examen físico que pasarían por alto con una iluminación inadecuada. Por eso existen estándares específicos de iluminación para entornos de atención médica entre estos destacan: los niveles de iluminancia, que se refieren a la cantidad de luz que llegan a una superficie, que se cuantifican a través de la medida lux, para salas de

consultas el nivel de lux recomendado es de 200 y 300[12], la uniformidad que se refiere a la consistencia de iluminación asegurando que no haya áreas con brillo desigual, la temperatura de color, cuya medida se expresa en Kelvin (K), en entornos médicos la temperatura de color adecuada para ver con precisión los tonos de piel, tejidos y sangre, se recomienda una temperatura de color en el rango de 4000 K a 5000k para las salas de consulta.[13]

La iluminación insuficiente puede dificultar la visibilidad mientras que una iluminación excesiva puede causar incomodidad o deslumbramiento favoreciendo el apareamiento de trastornos visuales en el personal de salud.

La Ventilación

Es un componente fundamental que debe considerarse en el diseño arquitectónico de los espacios destinados a la atención de pacientes con infecciones respiratorias agudas ya que impacta directamente en la prevención de la transmisión aérea de patógenos y por lo tanto en la seguridad biológica, ocupacional y seguridad del paciente. Una buena ventilación mejora la calidad de aire y reduce el riesgo de propagación de microbios.

Para la comprensión de las siguientes recomendaciones establecidas por la OMS es necesario aclarar los tres elementos básicos que componen la ventilación :

- Recambios de aire por hora (ACH) que es la unidad que permite evaluar el número de veces que el volumen total de aire de un espacio cerrado es reemplazado por aire limpio en el transcurso de una hora. [14]
- Dirección del flujo del aire: debe ir de las zonas limpias a las zonas sucias
- Y el patrón de distribución del aire: el aire exterior debe distribuirse por todas partes en el recinto ventilado de manera eficaz y los contaminantes generados en las distintas partes del recinto y transportados por el aire se deben evacuar eficazmente[15].

En los centros de atención médica casi todos los tipos de habitaciones tienen una cantidad recomendada de ACH para ayudar a reducir el riesgo de propagación de microbios entre los pacientes y el personal.

Entre las recomendaciones principales se encuentran:

1. Es necesario que haya una ventilación adecuada en todas las zonas de atención de los paciente de los centros de salud.
2. Para la ventilación natural deben asegurarse las siguientes tasas de ventilación mínima media por hora:
 - 160l/s/paciente (ACH) para las salas de prevención de la transmisión aérea (con un mínimo de 80 l/s/paciente)
 - 60 l/s/paciente para los servicios hospitalarios generales y los servicios de consultas externas.
 - 2,5 l/s/m³ para los pasillos y otros lugares de paso sin un número fijo de pacientes
3. Cuando se diseñen centros de salud ventilados naturalmente, debe prestarse atención a que el flujo de aire general lleve el aire de la fuente de patógenos a las zonas donde la dilución sea suficiente y preferiblemente al exterior [15]

Para ventilar un edificio se pueden utilizar tres métodos: la ventilación natural, la ventilación mecánica y la ventilación híbrida (mixta)

Ventilación natural: las fuerzas naturales (por ejemplo, el viento y la fuerza de floatación térmica que se produce debido a la diferencia de densidad entre el aire interior y exterior) hacen entrar al aire en el edificio a través de las aberturas construidas para esta finalidad en la envolvente del edificio (ventanas, puertas, chimeneas solares, torres de viento y ventiladores pasivos). Esta ventilación natural de los edificios depende del clima, del diseño del edificio y del comportamiento de las personas.

Ventilación mecánica: donde los extractores son el motor de la ventilación mecánica. Los extractores pueden estar instalados directamente en las ventanas o los muros o bien en los conductos de aire para aportar aire a la habitación o para extraerlo. Algunas de las consideraciones importantes que deben de tenerse es que se deben implementar medidas de control de moho y evitar fuentes de emisión adicionales como los humidificadores, ambientadores, velas perfumadas o difusores de aceites esenciales[16].

Ventilación híbrida: La ventilación híbrida (mixta) depende de las fuerzas motrices naturales para proporcionar la tasa de flujo deseada (diseño). Se utiliza la ventilación mecánica cuando la tasa de flujo obtenida con la ventilación natural es demasiado baja. Cuando la ventilación natural no es suficiente, pueden instalarse extractores (debidamente calculados y probados con anterioridad) para aumentar las tasas de ventilación de las habitaciones en las que hay pacientes con infecciones de transmisión aérea [15]

Ubicación y Aislamiento

El Aislamiento es una estrategia importante en la práctica del control de las infecciones. La propagación las IRAS puede impedirse si los pacientes infectados están separados de los que todavía no lo están. [17]

Las unidades de aislamiento deben estar ubicadas en un lugar separado por un pabellón o de preferencia debe haber una construcción diferente designado únicamente a la atención de IRAS y con un sistema de ventilación diferente y una desinfección del aire extraído. En estas unidades deben tener a la disposición áreas para la desinfección y lavado de manos. [18]

Cuando se proponen técnicas de aislamiento, deben considerarse tres tipos de controles:

- Controles administrativos: Es necesario que los pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas sean identificados tempranamente desde el área de clasificación o triage y sean colocados en espacios aislados de los demás pacientes con el fin evitar la transmisión de agentes patógenos a los trabajadores de salud y otros pacientes.
- Controles de ingeniería y ambientales: Como la limpieza del ambiente, la separación espacial del lugar de atención y la ventilación adecuada
- Protección personal: Provisión de Equipo de protección personal adaptado a las necesidades del personal. [18]

Disponibilidad de recursos para la atención especializada: incluye el equipamiento médico, los insumos de protección personal, el acceso a oxígeno y otros recursos indispensables para garantizar un manejo adecuado y oportuno de los casos.[18]

La consideración de estas medidas debe tomarse en cuenta tanto para ambientes hospitalarios como comunitarios.

IV.III ERGONOMÍA EN EL TRABAJO

Palabra derivada del griego *έργον* (ergon, ‘trabajo’) y *νόμος* (nomos, ‘ley’) la ergonomía es la disciplina que se ocupa de comprender las interacciones entre los seres humanos y los demás elementos de un sistema. Además, es considerada una actividad de carácter multidisciplinar, la cual se encarga del estudio de la conducta y las actividades de las personas, teniendo en cuenta sus posturas y tareas realizadas, con el fin de adecuar los productos, sistemas, puestos de trabajo y entornos a las características, limitaciones y necesidades, buscando optimizar su eficacia, seguridad y confort. Con la ergonomía se puede lograr adaptar el trabajo al hombre mejorando su bienestar y calidad de vida.[9]

Desde la perspectiva de la salud ocupacional y la prevención de riesgos laborales, la ergonomía ha desempeñado un papel importante en la identificación y mejora de las condiciones de trabajo que pueden afectar la salud de los empleados, contribuyendo así a prevenir y gestionar tanto accidentes como enfermedades laborales. Esta disciplina, también conocida como factores humanos, se ha enfocado especialmente en evaluar y controlar riesgos relacionados con trastornos osteomusculares. Aplicar principios ergonómicos en el diseño o análisis de un puesto de trabajo implica humanizarlo, ya que se prioriza el bienestar, la salud y el desarrollo del trabajador. Esto reduce al máximo los riesgos de accidentes y enfermedades, al mismo tiempo que mejora las condiciones del sistema laboral, aumentando la eficiencia, calidad y productividad. [19]

Al ser de carácter multidisciplinar puede clasificarse de acuerdo al área trabajada, esta puede ser:

1. Ergonomía diagnóstica: por medio de la cual se determinan las condiciones de trabajo que afectan la salud de los trabajadores, en esta se lleva a cabo una evaluación objetiva de las condiciones de trabajo de cada individuo en su puesto de trabajo.
2. Ergonomía preventiva: en esta se llevan a cabo capacitaciones sobre temas ergonómicos, con el fin de proporcionar herramientas a los trabajadores sobre la prevención y manejo de los efectos causados por los factores de riesgo biomecánicos que pueden generar enfermedades o accidentes laborales.

3. Ergonomía correctiva: se relaciona con la realización de estudios de puestos de trabajo, analizando las características propias del cargo, antecedentes laborales, actividades extralaborales, posturas y movimientos realizados por el trabajador y su interacción con herramientas y equipos.

4. Ergonomía biomecánica: relacionada con posturas y rangos de movimiento, donde se realizan evaluaciones físico-científicas, para determinar las características propias del trabajador en cuanto a posturas o esfuerzos, descansos y organización del trabajo. [9]

IV. IV INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las infecciones respiratorias agudas (IRA) como un grupo de enfermedades infecciosas que afectan el sistema respiratorio, generalmente causadas por virus o bacterias. Estas infecciones suelen tener una duración inferior a dos semanas y pueden afectar tanto las vías respiratorias superiores (nariz, faringe, etc.) como las inferiores (pulmones).

ETIOLOGÍA

La etiología de estas infecciones es predominantemente viral, lo que generalmente las hace benignas y autolimitadas, con una resolución espontánea en aproximadamente una semana. La transmisión normalmente es por gotas, aerosoles o contacto ya sea entre individuos o fómites, lo que conlleva a ocasionar fácilmente brotes o epidemias. Estas infecciones comparten una sintomatología similar, tienen una alta incidencia, especialmente en países desarrollados y su manejo es sintomático. [20]

Los patógenos que con mayor frecuencia son responsables del resfriado común son más de 200 tipos de rinovirus humanos (RVH; v. cap. 290), aunque este síndrome se puede deber a muchas familias de virus distintas. Los RVH se asocian a más del 50% de los resfriados en adultos y niños. En niños pequeños, otras causas víricas del resfriado común incluyen virus respiratorio sincitial (VRS), metaneumo-virus (MNV) humano, virus paragripales (VPG) y adenovirus. Los síntomas del resfriado común también pueden estar producidos por virus gripales, enterovirus distintos al virus de la poliomielitis, y coronavirus humanos. Muchos virus que producen rinitis también están asociados. Ver Anexo 1

Entre los patógenos emergentes más importantes se encuentran los coronavirus, pertenecientes a la familia Coronaviridae, causantes de las epidemias de Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) que durante las dos últimas décadas han causado brotes con una alta tasa de letalidad. El Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave 2 (SARS-CoV-2) pertenece a la familia Coronaviridae, género Betacoronavirus, responsable de la enfermedad por Covid-19, y ha venido a confirmar la extrema gravedad de las epidemias causadas por estos virus emergentes y la necesidad de una vigilancia integrada de los síndromes y de la circulación de estos virus en las poblaciones. [19]

EPIDEMIOLOGÍA

El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo. El período de incubación es variable de acuerdo al agente etiológico y varía entre 1 y 14 días. El período contagioso es también variable, iniciándose en algunas ocasiones un día antes de las manifestaciones clínicas con prolongación en algunos casos por más de 5 días.[20]

Los niños pequeños presentan un promedio de 6-8 resfriados cada año, pero el 10-15% tiene al menos 12 infecciones al año. La incidencia de esta enfermedad disminuye al aumentar la edad, de modo que los adultos solo sufren 2-3 resfriados por año. La incidencia de la infección depende principalmente de la exposición al virus. [21]

En El Salvador los meses de mayor incidencia de infecciones respiratorias agudas son en Junio (época lluviosa) y noviembre (transición de época lluviosa a seca). La población más afectada se encuentra en los niños menores de diez años teniendo una relación directa entre menor edad mayor es la mortalidad. [22]

FACTORES DE RIESGO

La incidencia de infecciones respiratorias agudas, su distribución y el desenlace clínico varían según diversos factores, los cuales deben ser considerados en su manejo:

- Las condiciones del medio ambiente: Contaminación atmosférica y domiciliaria, hacinamiento en los hogares, la humedad e higiene ambiental, la estacionalidad y la temperatura.

- La disponibilidad y eficacia de los servicios de atención sanitaria y las medidas de prevención y control de las infecciones respiratorias aplicadas para contener la propagación en la población, como los programas de inmunización, el acceso a los establecimientos de atención sanitaria y la capacidad de aislamiento del caso índice.
- Los factores del huésped como la edad, el consumo de tabaco y alcohol, las comorbilidades, su capacidad de transmitir la infección, el estado inmunitario y nutricional, infección anterior o concurrente por otros agentes patógenos y condiciones médicas subyacentes.
- Las características del agente patógeno, entre ellas, modos de transmisión, transmisibilidad, virulencia y la carga microbiana (tamaño del inóculo) [23]

PATOGENIA

Los virus responsables del resfriado común se diseminan por tres mecanismos: contacto directo con las manos (autoinoculación de la propia mucosa nasal o de las conjuntivas después de tocar a una persona o un objeto contaminado), inhalación de aerosoles de partículas pequeñas transportadas por el aire y debidas a la tos, o depósito de aerosoles de partículas grandes que se expulsan durante un estornudo y aterrizan sobre la mucosa nasal o conjuntival. Aunque los distintos patógenos del resfriado común podrían diseminarse por cualquiera de estos mecanismos, parece que algunas vías de transmisión son más eficientes que otras para un virus determinado. Los estudios sobre RVH y VRS indican que el contacto directo es un método eficiente de transmisión, aunque también se pueden transmitir por aerosoles de partículas grandes. Por el contrario, parece que el método más eficaz de transmisión de los virus gripales y los coronavirus son los aerosoles de partículas pequeñas. [20]

Para que se inicie una infección vírica hay características que son esenciales: virulencia y disponibilidad de suficientes virus, la susceptibilidad y permisibilidad de la célula receptora, y que el sistema de defensa antiviral local del huésped sea ineficiente o ausente. Estas condiciones también pueden determinar la severidad de la enfermedad. Los virus no presentan los factores de virulencia que se observan en otros microorganismos como pilis, flagelos, producción de toxinas pero son capaces de apoderarse de una célula y ser ellos los que dirijan la maquinaria, aunque para que esto suceda es importante el tropismo que, es la preferencia de los virus a

infectar ciertos tipos de células y no otros. El tropismo puede ser determinado por la distribución de receptores (susceptibilidad) una vez dentro, los virus expresarán sus genes para completar la infección (permisibilidad) [21]

IV. V EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

El equipo de protección personal o EPP es el equipo utilizado para prevenir o minimizar la exposición a peligros como peligros biológicos, químicos, radiológicos , eléctricos y mecánicos. Sin EPP, la exposición podría provocar lesiones y enfermedades. Diversas industrias utilizan EPP para proteger a sus empleados de riesgos laborales. Las industrias de la construcción, la minería, la química y la farmacéutica se encuentran entre las que utilizan EPP con regularidad. El personal sanitario también utiliza EPP para garantizar su seguridad durante la jornada laboral.[20]

El EPP protege a los trabajadores sanitarios de dos peligros principales: radiación y agentes biológicos (virus, bacterias, etc.). Los agentes biológicos se transmiten de persona a persona por contacto directo o indirecto. El personal sanitario mantiene un contacto estrecho con los pacientes. Por lo tanto, necesita EPP que los proteja de una posible transmisión. Entre las vías de transmisión importantes que se pueden mitigar con EPP se incluyen:

- Contacto de persona a persona
- Propagación de gotas
- Transmisión aérea
- Objetos contaminados (fómites)

Hacer que el lugar de trabajo sea seguro incluye facilitar instrucciones, prever procedimientos, impartir formación y proporcionar supervisión para alentar a las personas a trabajar con seguridad y responsabilidad. Cuando se han aplicado controles mecánicos y sistemas de seguridad seguros, pueden prevalecer algunos peligros. Por ejemplo, el peligro de sufrir afecciones en[24]:

- Los pulmones (por ejemplo, por respirar aire contaminado).

- La cabeza y los pies (por ejemplo, por la caída de objetos).
- Los ojos (por ejemplo, por la presencia de partículas aéreas o por salpicaduras de líquidos corrosivos).
- La piel (por ejemplo, por contacto con materiales corrosivos).
- El cuerpo (por ejemplo, por exposición a temperaturas de calor o frío extremos).

El EPP necesario depende de la actividad o tipo de trabajo , para el personal de salud en donde la transmisión de agentes biológicos es uno de los riesgos más importante, el equipo necesario para una práctica clínica segura es el siguiente: Guantes, bata, mascarilla médica (N95 o similar) , gafas o protección facial. Si realiza procedimientos generadores de aerosoles (PGA) o se encuentra en un ambiente donde se realicen PGA utiliza mascarilla respiratoria FFP2 / N95 o similar junto con los demás EPP recomendados, los procedimientos que generan aerosoles comprenden la ventilación con presión positiva (sistema de presión positiva CPAP o sistema de presión continua CPAP), intubación endotraqueal, aspiración de las vías respiratorias, ventilación oscilatoria de alta frecuencia, traqueotomía, fisioterapia torácica, tratamiento con nebulizador, inducción del esputo, broncoscopia y necropsias[25].

PROTECCIÓN RESPIRATORIA

Para procedimientos de aislamiento o con posible generación de aerosoles infecciosos, el uso de mascarillas filtrantes con una eficiencia de filtración de al menos el 95% para partículas de 0,3 micras de diámetro. Esto equivale a una mascarilla N95 según normativa americana, que equivale a KN95 según normativa China. La N95, en comparación a la normativa europea, equivaldría a un nivel de protección intermedio entre la FFP2 y FFP3.[24]

Para un adecuado desempeño del respirador se debe llevar a cabo una prueba de ajuste que evalúa cualitativa o cuantitativamente el ajuste de un respirador en un individuo, con el fin de determinar si existe fuga y el respirador no está filtrando adecuadamente. Es necesario realizar esta prueba para elegir el tipo y tamaño del respirador más apropiado para la persona. Cada persona debe utilizar sólo el respirador específico que pasó por la prueba de ajuste con resultado satisfactorio. Debe realizarse una prueba al menos anualmente, así como en cada oportunidad

que se ponga en uso en la institución un nuevo respirador o que se detecte algún cambio físico del usuario que pudiera alterar el equilibrio entre el tipo y tamaño del respirador y la cara del usuario. Los respiradores de un solo uso deben ser descartados luego de cada uso en un procedimiento o encuentro con un paciente que lo requiera, dado que se consideran desechos potencialmente peligrosos. No obstante, en situación de escasez, los N95 pueden ser utilizados hasta 6 horas, siempre que el sello entre el respirador y la cara permanezca ajustado, y que los mismos no estén húmedos o dañados. El uso prolongado de respiradores puede aumentar las posibilidades de que el profesional sanitario toque el respirador o se toque accidentalmente la cara por debajo del respirador; si se toca o se reajusta el respirador, se deben aplicar inmediatamente medidas de higiene de manos. [25]

Si se usa una mascarilla, es fundamental utilizarla y desecharla correctamente para que sea eficaz y para evitar que aumente el riesgo de transmisión. Las siguientes son recomendaciones generales para un adecuado:

- Colocarse la mascarilla minuciosamente para que cubra la boca y la nariz y anudarla firmemente para que no haya espacios de separación con la cara.
- No tocarla mientras se lleve puesta.
- Quitársela con la técnica correcta (sin tocar su parte frontal).
- Después de quitarse o tocar inadvertidamente una mascarilla usada, lavarse las manos con alcohol en gel no menos del 60%, o con agua y jabón si están visiblemente sucias.
- En cuanto la mascarilla esté húmeda, sustituirla por otra limpia y seca.
- Los equipos de protección respiratoria deben quitarse en último lugar, tras la retirada de otros componentes como guantes, batas, etc. [24]

PROTECCIÓN COMPLEMENTARIA

El personal de salud para brindar atención clínica directa, debe portar además de la protección respiratoria, equipo que asegure la hermeticidad y reducción de la posibilidad de contagio de

cualquier patógeno proveniente del paciente o que circule en el medio, entre dicho equipo se enlista:

Guantes: El uso de guantes en actividades de atención al paciente y en laboratorios, los guantes que se utilizan son desechables ya que las tareas asociadas requieren destreza y no admiten otro tipo de guante más grueso. Sin embargo, es importante destacar que en toda otra actividad que no requiere tanta destreza, como por ejemplo en tareas de limpieza y desinfección de superficies que hayan estado en contacto con pacientes, puede optarse por guantes más gruesos, más resistentes a la rotura.

Ropa de protección: Es necesaria la protección del trabajador de las posibles salpicaduras de fluidos biológicos o secreciones procedentes del paciente al que se examina o trata. Este tipo de ropa puede ofrecer distintos niveles de hermeticidad tanto en su material como en su diseño, cubriendo parcialmente el cuerpo como batas, delantales o el cuerpo completo. En caso de que sea necesario protección adicional en alguna zona, como cierta impermeabilidad, también puede recurrirse a delantales de protección química que, aunque no sean específicamente de protección biológica, pueden ser adecuados para complementar una bata. Se recomienda que la ropa de protección biológica sea desechable ya que presenta la ventaja de que al eliminarse se evitan fuentes de posible contagio que pudieran aparecer en el caso de que la desinfección del equipo no se realice correctamente.

Protección ocular y facial: Se debe usar protección ocular cuando haya riesgo de contaminación de los ojos a partir de salpicaduras o gotas. Los protectores oculares pueden ser gafas o caretas frente a salpicaduras, donde lo que se evalúa es la hermeticidad del protector y/o la zona de cobertura del mismo. Se recomienda siempre protección ocular durante los procedimientos de generación de aerosoles. Cuando sea necesario el uso conjunto de más de un equipo de protección individual, debe asegurarse la compatibilidad entre ellos, lo cual es particularmente importante en el caso de la protección respiratoria y ocular simultánea, para que la hermeticidad de los mismos y por tanto su capacidad de proteger no se vea disminuida.[24]

COLOCACIÓN Y RETIRO DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL

Los EPP deben seleccionarse para garantizar la protección adecuada en función de la forma y nivel de exposición. Al colocarse los distintos elementos (EPP) se debe prestar especial cuidado y atención, de manera que no interfieran y alteren las funciones de protección específicas de cada equipo. En este sentido, deben respetarse las instrucciones del fabricante. Para el uso del EPP se debe identificar el equipo a utilizar, planear la zona adecuada para colocación y posterior retiro, pedir apoyo a alguien que supervise el procedimiento o hacerlo enfrente de un espejo e identificar el contenedor adecuado para desecharlo posteriormente. Se debe vestir el EPP en el orden siguiente: gafas, respirador, gafas o protección facial , guantes [25,26].

Después del uso, debe asumirse que los EPP y cualquier elemento de protección empleado pueden estar contaminados y convertirse en nuevo foco de riesgo. Por lo tanto, un procedimiento inapropiado de retirada puede provocar la exposición del usuario. Consecuentemente, debe elaborarse e implementarse una secuencia de colocación y retirada de todos los equipos detallada y predefinida, cuyo seguimiento debe controlarse, tomando los siguientes pasos: Retiro de guantes y luego bata, lavado de manos, retiró de protección ocular de atrás hacia delante, retiro de respirador de atrás hacia adelante y finaliza con lavado de manos [26]

Los EPP deben colocarse antes de iniciar cualquier actividad probable de causar exposición y ser retirados al estar fuera de la zona de exposición. Se debe evitar que los EPP sean una fuente de contaminación, por ejemplo, dejándolos sobre superficies del entorno una vez que han sido retirados [24]

IV.VI VACUNACIÓN

Dado que el modo de transmisión es por contacto directo de persona a persona por gotitas de más de 5 μm que alcanzan hasta un metro de distancia al toser, estornudar o hablar, existe un alto riesgo de diseminación en entornos de alta concentración poblacional. Además, la capacidad de algunos patógenos de sobrevivir fuera del huésped en los fómites. A esto se suma la capacidad de transmitirse mediante reservorios mamíferos. Por tanto, resulta importante inmunizar a la población para la prevención de la infección primaria y la reducción de sus complicaciones.

La vacunación desempeña un rol fundamental en la prevención de las IRA, especialmente aquellas causadas por virus o bacterias con alta morbilidad y letalidad.

El esquema nacional de vacunación incluye inmunizaciones dirigidas a prevenir IRA:

- Neumococo: Previene neumonía, meningitis y otras infecciones invasivas causadas por *Streptococcus pneumoniae*.
- *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib): Protege contra infecciones respiratorias graves, como epiglotitis y neumonía.
- Influenza: La vacunación anual reduce la incidencia de gripe y sus complicaciones respiratorias.
- *Bordetella pertussis* (tos ferina): Previene la tos ferina, una enfermedad respiratoria altamente contagiosa.
- Covid-19: Las vacunas contra el SARS-CoV-2 han demostrado eficacia en la prevención de formas graves de la enfermedad respiratoria.

Las poblaciones objetivo de la vacunación son los niños/as menores de 5 años, los adultos mayores, población con enfermedades crónicas y mujeres embarazadas.

La vacunación debe garantizarse como un derecho universal, pero con enfoque prioritario y adaptado a cada grupo poblacional, según su nivel de riesgo y características epidemiológicas. El cumplimiento estricto del esquema nacional no solo protege a los individuos, sino que también asegura la inmunidad colectiva y previene brotes epidémicos.[27]

Las vacunas deben estar actualizadas para que posean efectividad significativa, debido a la constante mutación de los microorganismos, sobre todo de los virus. Esto porque la inoculación de vacunas “vencidas” o de poca efectividad puede convertirse en un riesgo.

IV.VII CARGA LABORAL

En cualquier trabajo, el trabajador tiene que poner en funcionamiento mecanismos o procesos tanto físicos como mentales. Estos mecanismos son los que determinan la carga de trabajo, que podemos definir como el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se somete al trabajador a lo largo de su jornada labora. En la realidad laboral no vamos a encontrar trabajos puramente físicos ni trabajos puramente mentales, sino que en cualquier tipo de actividad van a estar presentes ambos aspectos. Sin embargo, desde un punto de vista teórico, sí vamos a diferenciar el trabajo físico del trabajo mental, según el tipo de actividad que predomine. Es decir, cuando la actividad desarrollada sea predominantemente física, hablaremos de trabajo físico o muscular, y por lo tanto, de “Carga Física de Trabajo”, y cuando, por el contrario, la actividad implique un mayor esfuerzo intelectual, hablaremos de trabajo mental, y en consecuencia, de “Carga Mental de Trabajo” [28].

La carga de trabajo, tanto física como mental, podría ser considerada por tanto como un peligro o factor de riesgo presente en todas las actividades laborales y en cualquier tipo de empresa. Esta carga viene determinada por la interacción o relación que se establece entre:

- Las exigencias del trabajo (que incluyen las exigencias de la tarea y las condiciones en que se realiza)
- Las características del individuo que realiza la tarea. Estas características son las que determinan el grado de movilización de las facultades psicofísicas del trabajador, el esfuerzo que debe realizar para llevar a cabo la tarea.

Partiendo de la definición que hemos dado de carga de trabajo, surge el concepto de carga mental como el conjunto de requerimientos mentales, cognitivos o intelectuales a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral, es decir, nivel de actividad mental o de esfuerzo intelectual necesario para desarrollar el trabajo.

La carga mental en un determinado puesto de trabajo va a depender de las exigencias del trabajo, fundamentalmente de las exigencias mentales de la tarea, y de la capacidad de respuesta del trabajador, de forma que hablaremos de carga mental inadecuada cuando las exigencias no se adapten a la capacidad de respuesta del trabajador [28].

Para el personal de salud, las condiciones laborales influyen en la carga de trabajo, además son un factor determinante para garantizar tanto la calidad de la atención como el bienestar físico y emocional de los trabajadores. Diversas investigaciones han evidenciado que la sobrecarga laboral es uno de los principales riesgos para el personal clínico, generando un impacto directo en su salud mental, desempeño profesional y en la continuidad de los servicios sanitarios.

Existe una alta prevalencia de agotamiento emocional (31%), despersonalización (18%) y baja realización personal (46%), asociadas a jornadas extensas, carga asistencial elevada y recursos limitados [28]. De forma similar, se identificó que en unidades médico-quirúrgicas, la percepción de una carga laboral excesiva se relaciona significativamente con mayores niveles de burnout y con la intención de abandonar el puesto de trabajo [29].

La retención del personal de salud también se ha visto afectada por estas dinámicas. Hay factores como el desequilibrio entre la vida laboral y personal, la falta de desarrollo profesional y las deficientes condiciones laborales son determinantes clave para que enfermeras y médicos decidan dejar sus cargos en hospitales, especialmente en contextos de alta demanda como los generados por la pandemia de COVID-19 [30].

En el área de emergencias, se ha documentado que las enfermeras experimentan altos niveles de estrés psicosocial como consecuencia de turnos prolongados, sobrecarga de pacientes y exposición constante a situaciones críticas. Este estrés no solo afecta su salud mental, sino que también se correlaciona con biomarcadores de daño oxidativo, evidenciando un impacto fisiológico directo [31].

Por otra parte, estudios recientes subrayan que un entorno laboral favorable, caracterizado por autonomía, retroalimentación, recursos adecuados y oportunidades de desarrollo, puede mitigar los efectos negativos de la alta demanda laboral. Estos elementos no solo reducen el burnout, sino que también incrementan la motivación intrínseca y el compromiso del personal [32].

En conjunto, la evidencia sugiere que la sobrecarga laboral constituye un riesgo significativo para la salud y el desempeño del personal clínico, y que la mejora de las condiciones laborales es una estrategia esencial para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

IV. VIII EDAD

La edad constituye un factor de riesgo importante frente a las infecciones respiratorias agudas, ya que el proceso de envejecimiento se asocia a cambios progresivos en el sistema inmune, conocidos como inmunosenescencia, que incluyen la disminución de la producción de linfocitos T, la reducción de la diversidad clonotípica, alteraciones en la función de macrófagos y células NK, así como un estado inflamatorio crónico de bajo grado denominado inflamm-aging [33]. Estos fenómenos reducen la capacidad de generar respuestas inmunológicas eficaces frente a nuevos patógenos, disminuyen la efectividad de ciertas vacunas y, en consecuencia, incrementan la susceptibilidad a padecer infecciones respiratorias y a que estas evolucionen hacia formas graves. Los adultos mayores presentan mayor probabilidad de hospitalización, complicaciones y mortalidad asociadas a infecciones respiratorias como influenza, COVID-19 o virus sincitial respiratorio, lo que ha llevado a las principales agencias de salud pública a clasificarlos como población de alto riesgo y priorizarlos en estrategias de vacunación y prevención. [34]

V: METODOLOGÍA

V.I Tipo de investigación:

Transversal descriptivo. Enfoque: Cuantitativo.

V.II Área de estudio y Período de investigación:

Julio - Agosto de 2025 Unidad de Salud de Cuscatancingo: Santa Clara, Calle Principal A-1, Cuscatancingo, San Salvador

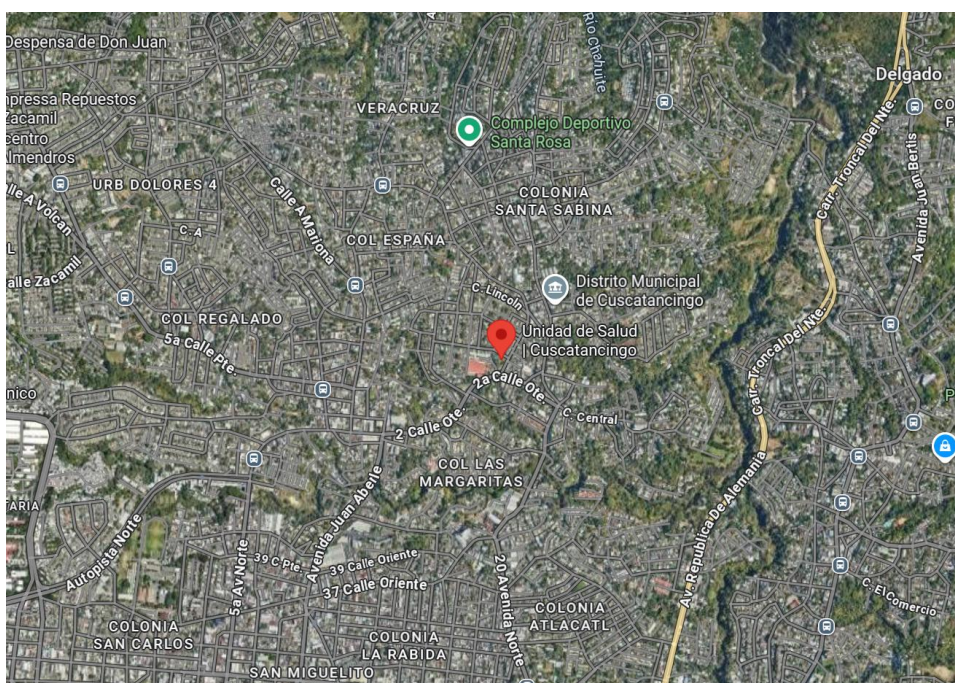


Ilustración 1 Croquis del área de USI Cuscatancingo

V.III Población y muestra:

- ❖ Universo: 26, Personal clínico que atiende pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo: 26
- ❖ Muestra: Aleatorio por conveniencia de personal clínico que atiende infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo: 17

Criterios de inclusión

- Personal clínico que brinde atención directa a pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo.
- Personal que labore durante el período de estudio comprendido entre julio y agosto de 2025.
- Participantes que acepten formar parte del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personal administrativo o de apoyo que no tenga contacto directo con pacientes.
- Personal clínico en licencia, vacaciones o incapacidad durante el período de recolección de datos.
- Participantes que no completen adecuadamente el instrumento de recolección de datos.

V.IV OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES							
OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Caracterizar el perfil del personal clínico que atiende a pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo entre Julio y Agosto de 2025.	Características del personal clínico.	<p>Conjunto de características sociales y demográficas que describen a un individuo.</p> <p>Estado de salud previo y hábitos personales que influyen en la susceptibilidad a enfermedades.</p> <p>Nivel de cumplimiento de los esquemas de inmunización recomendados o exigidos por las autoridades sanitarias, en función de su edad, ocupación o nivel de riesgo</p>	<p>Características observables y medibles del personal clínico como: edad (en años), sexo (masculino/femenino), nivel educativo (título obtenido), profesión (médico, enfermero, etc.).</p> <p>Presencia de enfermedades crónicas y hábitos como tabaquismo.</p> <p>Esquema de vacunación (Covid-19, influenza 2025, neumococo 23 – Valente)</p>	<p>Porcentaje del personal clínico según características sociodemográfica.</p> <p>Comorbilidades, consumo de alcohol/tabaco</p> <p>Estado de vacunación</p>	<p>-Edad, sexo, médico en año social, estudiante en año social, personal graduado.</p> <p>-Comórbidos presentes: Sí/No.</p> <p>-100% completamente vacunado (3/3)</p> <p>66.66% ($\frac{2}{3}$) y 33.33% ($\frac{1}{3}$) parcialmente vacunado</p> <p>0% no vacunado</p>	Entrevista dirigida	Guía de entrevista estructurada

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Cuantificar la cantidad de pacientes con infección respiratoria aguda atendidos semanalmente por cada recurso del personal clínico en la Unidad de Salud de Cuscatancingo en el periodo de Julio a Agosto 2025.	Carga de atención	Número de pacientes con IRA atendidos por cada persona del equipo clínico	Registro de número promedio de pacientes atendidos con IRA por semana y por profesional	Número de pacientes por semana atendido por persona {	1-10 Pacientes atendidos, 11-20 Pacientes atendidos 21-30 Pacientes atendidos	Entrevista dirigida / Revisión documental	Guía de entrevista + ficha de registro de atención
Detallar el equipo de protección personal que utiliza el personal clínico al brindar	Tipo de EPP utilizado	Equipos utilizados para prevenir la exposición del personal a agentes infecciosos	Identificación del tipo de EPP usado, frecuencia de uso, y si cumple estándares	- Porcentaje de personal que utiliza EPP completo - Distribución porcentual del personal	-Mascarilla quirúrgica -Mascarilla n95 -Guantes -Bata desechable -Protector facial/gafas -Gorro Se intercambia EPP:	Entrevista dirigida	Guía de entrevista estructurada (lista de verificación)

atención a pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo entre Julio y Agosto de 2025.				clínico según el tipo de EPP que utiliza - Frecuencia de reemplazo o uso por turno	-Después de cada paciente -Después de cada cierta cantidad de pacientes -Solo si se ensucia o daña -Una vez por turno		ón de EPP)
OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Describir los espacios físicos asignados para la atención de infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo entre Julio y Agosto de 2025.	Espacios físicos	Infraestructura o áreas específicas designadas para atención de pacientes con IRA	Descripción del área física: ventilación, señalización, aislamiento, limpieza	Espacio exclusivo o compartido, ventilación, ubicación, medidas preventivas	Sí/No Área designada para la atención de pacientes con IRAS Tipo de ventilación: Ventilador, aire acondicionado, ventanas o no posee Limpieza del área: No se realiza, una vez por día, 2 veces al día, mayor cantidad.	Entrevista dirigida	Guía de entrevista + lista de verificación

V.V PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Fuentes de información:**
 - Personal clínico que atiende a pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo que participan en el proceso de investigación.
 - Registro diario de consulta ambulatoria institucional utilizado en la atención de pacientes durante el período Julio y Agosto 2025.
- **Técnicas e instrumentos de recolección de datos:**
 - **Entrevista personal guiada** aplicada mediante cuestionario al personal clínico (en físico).
 - **Revisión de los censos diarios** de atención de pacientes para contabilizar las consultas por infecciones respiratorias agudas.
- Herramientas de obtención de información:
 - Consentimiento Informado para la participación de la investigación (Anexo 2)
 - Entrevista sobre condiciones laborales del personal clínico Unidad de Salud Cuscatancingo Julio y Agosto 2025 (Ver Anexo 3): Incluye secciones sobre datos sociodemográficos, condiciones laborales, uso y especificaciones del EPP, proceso de atención y percepción sobre la carga laboral.
 - Ficha de Recolección Documental (Ver Anexo 4): Para registrar datos cuantitativos sobre la frecuencia de consultas y otros indicadores institucionales relevantes.

V.VI PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

1. Revisión y depuración:
 - Verificación manual para identificar inconsistencias, datos incompletos o errores.
 - Corrección y depuración de todos los expedientes antes del análisis.
2. Digitación:
 - Ingreso de datos a utilizar en software estadístico (Microsoft Excel).

3. Procesamiento de datos:

- Se realizó una extracción meticulosa de cada dato obtenido que fue transcrito y agrupado sistemáticamente en una base de datos digitalizada, utilizando el programa Microsoft Excel.

4. Presentación de resultados:

- Tablas Resumen de los hallazgos clave alineados con los objetivos específicos
- Cuadros comparativos cuando se requiera mostrar relaciones entre variables.

5. Análisis e interpretación:

- Identificación de patrones o situaciones críticas que puedan orientar mejoras en las condiciones laborales y la atención clínica.

VI: CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Clasificación de la Investigación

Este estudio se clasifica como una investigación de tipo descriptiva y de enfoque cuantitativo, ya que se pretende obtener información mediante entrevistas dirigidas y revisión documental, sin intervenir directamente en las condiciones laborales ni alterar las variables del entorno. Además, se trata de una investigación de riesgo mínimo, dado que no implica procedimientos invasivos ni experimentales, y la recolección de datos se limita a encuestas, entrevistas y análisis de registros institucionales.

- Privacidad y Confidencialidad

La investigación asegura el respeto a la privacidad y dignidad de los participantes. Toda la información personal, clínica o laboral será tratada de forma confidencial y utilizada exclusivamente para fines académicos y científicos. Ningún nombre ni dato que permita la identificación directa del participante será publicado o compartido sin su consentimiento expreso. Se garantizará el anonimato en todas las etapas del estudio, incluidos los resultados y la presentación de informes.

- Mecanismos de Confidencialidad y Resguardo de los Datos

Para proteger la información recabada se utilizarán los siguientes mecanismos:

- Los instrumentos de recolección están estructurados sin incluir nombres ni datos identificatorios.

- Los documentos físicos estarán bajo custodia del equipo investigador, resguardados en un archivo cerrado y de acceso restringido.

- Solo el equipo responsable del estudio tendrá acceso a los datos.

- Nos comprometemos a eliminar la base de datos una vez finalice el proceso académico, para evitar fuga de información y compromiso de datos.

- Consentimiento: (Ver Anexo 2)

- Compartimiento de Beneficios

El estudio no representa una ganancia económica directa para los participantes, sin embargo, se espera que los resultados obtenidos sean de propósito para que:

- Contribuyan al mejoramiento de las condiciones laborales del personal clínico expuesto a riesgos respiratorios debido al trato directo con pacientes que padecen de éstas enfermedades.

- Proporcionen evidencia útil para futuras intervenciones en salud ocupacional.

Los participantes podrán tener acceso a los resultados generales si así lo desean, y se ofrecerá una devolución de los hallazgos a la institución.

VII: RESULTADOS

9.1 Establecer factores personales del personal clínico que atiende a pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo entre Julio y Agosto de 2025.

Entre los factores personales se identifican datos sociodemográficos, comorbilidades presentes y estado de vacunación de los participantes de la investigación, que se desglosan de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución por sexo de los participantes

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	15	88%
Masculino	2	12%
Total	17	100%

FUENTE: Entrevista dirigida a personal USI Cuscatancingo

Según los datos de la tabla 1 el 88% del personal que atiende IRAS en USI Cuscatancingo corresponden a mujeres y el 12% a hombres. Entre el total de participantes 5 fueron Médicos en año social, 9 Médicos consultantes y 3 personal de enfermería.

Tabla 2. Distribución por rango de edades de participantes

Rango de edades	Frecuencia	Porcentaje
21-25	3	17%
26-30	2	12%
31-35	1	6%
36-40	1	6%
40-50	3	17%
50-60	7	41%
Total	17	

FUENTE: Entrevista dirigida a personal USI Cuscatancingo

Como se evidencia en la tabla 2 hay un predominio en el personal que atiende IRAS que se encuentra entre los 50 y 60 años siendo un 41% de los participantes. El 29% se encuentra abajo de los 30 años y de la misma forma el 29% se encuentra entre los 31 y 50 años.

Tabla 3. Prevalencia de enfermedades crónicas en la población en estudio

<u>Padecen de alguna enfermedad</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Si	7	41%
No	10	59%
Total	17	

FUENTE: Entrevista dirigida a personal USI Cuscatancingo

En la tabla 3 se observa que el 59% de los participantes padece de alguna enfermedad crónica y el 41% no lo padece.

Tabla 4. Distribución por padecimiento de enfermedades crónicas en la población en es

<u>Detalle de enfermedades crónicas</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Hipertensión Arterial	7	100%
Diabetes Mellitus	0	0
Asma	0	0
Sinusitis crónica	0	0
EPOC	0	0
Total	7	

FUENTE: Entrevista dirigida a personal USI Cuscatancingo

En la tabla 4 se observa que el 100% de los participantes que padecen de enfermedades crónicas corresponde a padecimiento de Hipertensión Arterial. Nadie padece de problemas respiratorios reportados.

Tabla 5. Cumplimiento de vacuna contra Influenza en los participantes

<u>Inmunización</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Si	17	100%
No	0	0
Total	17	

FUENTE: Entrevista dirigida a personal USI Cuscatancingo

En la tabla 5 se observa que el 100% del personal se encuentra vacunado contra Influenza en el año 2025.

Tabla 6. Cumplimiento de vacuna contra Covid-19 en los participantes

<u>Inmunización</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Si	17	100%
No	0	0
Total	17	

FUENTE: Entrevista dirigida a personal USI Cuscatancingo

En la tabla 6 se observa que el 100% de los participantes se encuentran vacunados contra Covid-19.

Tabla 7. Distribución por cantidad de dosis de vacunas por Covid-19 colocadas en la población en estudio

<u>Dosis colocadas</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
1-2 dosis	4	24%
3-5 dosis	13	76%
Total	17	

FUENTE: Entrevista dirigida a personal USI Cuscatancingo

En la tabla 7 se observa que del personal se encuentra vacunado contra Covid-19, el 76% cuenta con 3 a 5 dosis aplicadas y el 24% de 1 a 2 dosis.

Tabla 8. Cumplimiento de vacuna contra Neumococo en la población en estudio

<u>Inmunización</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Si	8	47%
No	9	53%
Total	17	

FUENTE: Entrevista dirigida a personal USI Cuscatancingo

En la tabla 8 se reporta que el 53% del personal no se encuentra inmunizado contra Neumococo y el 47% si lo está.

Tabla 9. Causas falta de inmunización contra Neumococo referidas por la población en estudio

Razón	Frecuencia	Porcentaje
Falta de acceso	2	78%
Preferencia Personal	7	22%
Desconocimiento	0	0
Otro	0	0
Total	9	

FUENTE: Entrevista dirigida a personal USI Cuscatancingo

Entre los datos de la tabla 9 los participantes que no se encuentran inmunizados se investiga la razón por la cuál no se encuentran vacunados donde el 78% refiere ser una preferencia personal ante su estado de vacunación, el 22% de ellos refiere no tener haber tenido acceso a ella y no encontrarse interesados en la aplicación de ésta.

9.2 Determinar la cantidad de pacientes con infección respiratoria aguda atendidos semanalmente por cada recurso del personal clínico en la Unidad de Salud de Cuscatancingo en el periodo de Julio a Agosto 2025.

El período de estudio comprende entre el 01 de Julio hasta el 31 de Agosto, sin embargo debido a la función de la Unidad de Salud se comprenden los días hábiles de trabajo (Lunes a Viernes) y se descuenta el período vacacional comprendido entre los días 01 de Agosto hasta 06 de Agosto, por lo que se descarta dicha semana y no se toma en cuenta para los valores finales. Se revisan los censos diarios de consulta de los 14 médicos que participan en la investigación ya que son los designados al atender pacientes con IRAs, en total de fechas se comprende un período de 38 días hábiles donde se atendieron pacientes.

**Tabla 10. Distribución de pacientes atendidos por IRAS semanalmente en USI
Cuscatancingo**

Semana y período comprendido	Pacientes con IRAS	Total de pacientes atendidos	Porcentaje de pacientes atendidos por IRAs / Total de pacientes atendidos
Semana 1 01/07/25 - 04/07/25	75	241	31%
Semana 2 07/07/25 - 11/07/25	87	262	33%
Semana 3 14/07/25 - 18/07/25	81	233	35%
Semana 4 21/07/25 - 25/07/25	79	244	32%
Semana 5 28/07/25 - 31/07/25	82	239	34%
Semana 6 11/08/25 - 15/08/25	79	253	31%
Semana 7 18/08/25 - 22/08/25	89	239	37%
Semana 8 25/08/25 - 29/08/25	83	245	34%
TOTAL	655	1956	Promedio 32%

FUENTE: Ficha de recolección documental (Anexo 2), Censos diarios de consulta

En la tabla 10 se observa que en total, de los 38 días hábiles donde se recolecta información se atienden 655 pacientes por IRAS y en total se perciben 1956 pacientes incluyendo morbilidades distintas y las IRAs

Tabla 11. Distribución por pacientes atendidos por médico entre los días comprendidos de investigación

Médico	Pacientes atendidos por IRAs	Total de pacientes atendidos	Días laborados	Porcentaje de pacientes atendidos por IRAs / total de pacientes atendidos
1	72	198	18	36.6%
2	75	139	21	40%
3	53	142	12	37%
4	82	143	14	57%
5	44	161	14	27%
6	45	101	17	17%
7	58	271	23	21%
8	55	168	23	32%
9	12	72	12	16.7%
10	27	133	18	20%
11	71	245	20	28.9%
12	12	36	12	33.3%
13	15	87	12	17.2%
14	34	60	12	56.7%
Total	655	1956	38	Promedio 32%

FUENTE: Ficha de recolección documental (Anexo 2), Censos diarios de consulta

En la tabla 11 se reporta que en la totalidad de los 38 días investigados, no existe una constancia diaria y permanente de médicos en la atención de IRAs, tomando en cuenta el total de pacientes atendidos, en promedio, el 32% de los pacientes atendidos fue por morbilidad de IRAs.

9.3 Detallar el equipo de protección personal que utiliza el personal clínico al brindar atención a pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo entre Julio y Agosto de 2025.

Tabla 12. Prevalencia del uso de EPP

Uso de EPP	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	88%
No	2	12%
Total	17	

FUENTE: Entrevista dirigida a personal USI Cuscatancingo

En la tabla 12 se observa que el 88% de los participantes refieren utilizar alguna forma de EPP y el 12 % refiere no utilizar.

Tabla 13. Distribución de EPP utilizado

EPP Utilizado	Frecuencia	Porcentaje
Mascarilla Quirúrgica	13	87%
Mascarilla KN95	2	13%
Guantes	1	6%
Bata desechable	4	26%
Protector Facial	1	6%
Gorro	2	13%
Otro	0	0

FUENTE: Entrevista dirigida a personal USI Cuscatancingo

Se evidencia en la tabla 13 que los participantes que respondieron que si utilizan EPP el 33% usan solo mascarilla quirúrgica, mientras que el 53% utiliza mascarilla quirúrgica más otro componente del equipo de protección personal (gorro, bata desechable, protector facial). Y solo el 11% utiliza mascarilla KN95. El 87% de ellos utiliza al menos mascarilla quirúrgica siendo este insumo el más utilizado. El 6% utiliza en conjunto mascarilla, bata desechable, protector facial y gorro.

9.4 Describir los espacios físicos asignados para la atención de infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo entre Julio y Agosto de 2025.

El espacio físico destinado a la atención de las IRA en la Unidad de Salud de Cuscatancingo se caracteriza por ser un consultorio médico estándar, donde debería estar destinado exclusivamente para ver pacientes con IRAS sin embargo los registros de consulta demuestran que en dicho consultorio se atiende a cualquier tipo de pacientes, carente de un área de aislamiento especializada. Las características principales de estos consultorios son las siguientes:

- **Iluminación:** La iluminación es una combinación de **luz natural** que entra por la ventana y **luz artificial** proporcionada por paneles LED, lo que asegura una buena visibilidad durante la consulta.
- **Ventilación:** La ventilación es un aspecto crítico, ya que depende únicamente de la **ventilación natural** a través de la ventana. El consultorio **no cuenta con mecanismos de ventilación externa o sistemas de purificación de aire**, lo que puede ser un riesgo para la transmisión de enfermedades.

A continuación se muestra una representación gráfica en 3D para visualizar el consultorio de IRAS:

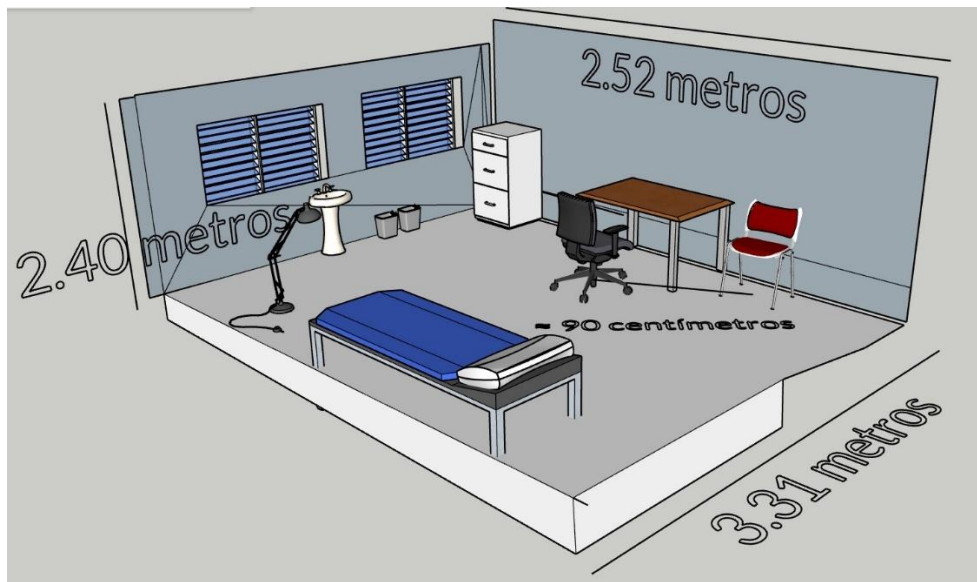


Ilustración 1 Representación gráfica de consultorio en USI Cuscatancingo

Siendo las dimensiones del consultorio:

- Largo: 2.52 mts, Ancho: 3.31 mts, Alto: 2.40 mts.

El espacio entre la silla donde se coloca el paciente y la silla del médico donde se encuentra dando la consulta es de aproximadamente 90 cm, la posición de las sillas tal como se describe en la representación se encuentran junto uno con otro y en contacto directo.

En el aspecto de equipamiento y recurso mobiliario que cuenta el consultorio es:

Mobiliario básico: (1) Escritorio, (1) silla para el paciente, (1) silla para el médico, (1) camilla de examen, (1) lámpara de ganso, (1) lavamanos, (1) depósito de desechos infectocontagiosos y (1) depósito de desechos convencionales.

Equipamiento médico: (1) caja de baja lengua. El resto de equipo médico debe ser aportado por el personal de salud que está brindando la atención clínica, entre ellos esta: estetoscopio, lampara de mano, tensiómetro, oxímetro, cinta métrica, martillo de reflejo. En caso de ser requerido, el medico puede solicitar el otoscopio/ofthalmoscopio en el area de farmacia, disponible uno para toda la unidad.

VIII: DISCUSIÓN

Al iniciar el análisis de los resultados, es fundamental considerar las características de la población estudiada que puedan influir en la interpretación de los hallazgos. Por lo que es necesario exponer que en la investigación realizada el género del 88% de la población fue femenino. Esta sobrerrepresentación del género femenino implica un sesgo que debe tenerse en cuenta, ya que las percepciones y experiencias sobre las condiciones laborales pueden estar influenciadas por factores asociadas al género.

La edad es un factor determinante en la susceptibilidad a las infecciones respiratorias agudas, tanto en término de frecuencia de contagio como de gravedad de la enfermedad. La vulnerabilidad es especialmente alta en dos grupos de edad: en niños pequeños y adultos mayores. Respecto al análisis de la distribución etaria del personal clínico de la Unidad de Salud de Cuscatancingo se evidenció la siguiente distribución: De 50 a 60 años (41%), menor de 30 años (29%) y entre 31 y 50 años (29%). La mayor distribución de la población se encuentra entre el grupo de 50 a 60 años por lo que es necesario considerar los factores asociados al envejecimiento, como la disminución progresiva de la respuesta inmunológica y la presencia de enfermedades crónicas. Lo cual es concordante al evaluar el porcentaje de los participantes que posee alguna comorbilidad que es del 41% siendo concordante con el porcentaje de participantes con edad de 50 a 60 años.

Entre las comorbilidades se evidencia que del 41% de los participantes que presentan una Enfermedad Crónica el 100% de estos tienen Hipertensión arterial Crónica. La cual es una enfermedad que se caracteriza porque al mantener la presión alta por un tiempo prolongado causa un daño progresivo de las arterias y el corazón, esto disminuye la capacidad del organismo para responder al estrés fisiológico, hay un mayor riesgo de complicaciones graves y limitación en el uso de medicamentos debido a que pueden afectar la presión arterial. Ninguno de los participantes reportó enfermedades respiratorias crónicas, lo que reduce el tener vulnerabilidad directa frente a las infecciones respiratorias que atienden.

Con respecto a la inmunización se observó una cobertura completa de inmunización contra influenza y Covid-19 entre los participantes fue del 100%, lo cual constituye un importante

factor protector en contextos de alta exposición como el del personal clínico que atiende IRAS, sin embargo se identificó una brecha significativa respecto al cumplimiento del Neumococo 23 Valente, con un 53% de los participantes no vacunados, siendo las razones principales la preferencia personal (77.7%) y la falta de acceso (22%). Esta situación representa una vulnerabilidad importante, especialmente para aquellos participantes con comorbilidades y que se encuentran en el grupo etario de mayores de 50 años, que forman una parte considerable de la población estudiada.

Los datos evidenciaron que el 88% de los participantes utiliza Equipo de Protección Personal, los participantes muestran una alta adherencia general al uso de al menos un componente del equipo de protección personal. De estos el 33% usan solo mascarilla quirúrgica, lo cual si bien ofrece una barrera física contra algunas agentes infecciosos, no está diseñada para filtrar partículas más pequeñas como aerosoles, que pueden contener ciertos patógenos respiratorios como virus, lo que no garantiza una protección eficaz frente a virus transmitidos por vía aérea, mientras que el 53% utiliza mascarilla quirúrgica más otro componente del equipo de protección personal (gorro, bata desechable, protector facial), sin embargo esto no complementa la baja capacidad de filtrado de la mascarilla. Y solo el 11% utiliza mascarilla KN95, que si ofrece una filtración de hasta del 95% de partículas de 0.3 micras, siendo más efectiva contra patógenos transmitidos por aerosoles. Este hallazgo refleja una discrepancia entre la práctica diaria y las recomendaciones internacionales de organismos como la OMS, que sugieren el uso de EPP completo para reducir riesgos de transmisión en escenarios de atención de IRAs.

Este hallazgo evidencia una vulnerabilidad técnica significativa en las practicas de bioseguridad, derivada posiblemente por la falta de acceso a EPP de alta eficiencia, la desinformación sobre el nivel de protección de cada tipo de mascarilla, o la preferencia por opciones más cómodas pero menos efectivas.

Con respecto a la cantidad de pacientes atendidos por IRAs, durante los 38 días hábiles del periodo de estudio se atendieron 655 pacientes por IRAs, lo que representó un 31.6% del total de atenciones realizadas en la unidad de salud de cuscatancingo, dichos hallazgos se correlacionan con los publicados en los boletines epidemiológicos del ministerio de salud que

confirma la alta demanda de atenciones por IRAs a nivel nacional ocupando el cuarto puesto en el reporte de casos acumulados por año.

Además los resultados ponen en evidencia una carga laboral considerable para el personal clínico, ya que el 50% de los médicos estudiados reporta de dentro de su consulta diaria entre 30-60% son pacientes con IRAs, lo cual implica realizar colocación de equipo de EPP según disponibilidad, seguir los pasos para colocación y retiro durante su jornada laboral e influye en su carga mental porque debe estar alterando entre ver paciente con IRAs y pacientes con otra patologías que provoca una carga mental inadecuada y predispone a sufrir burnout, depresión y agotamiento emocional. El 50% de médicos restantes reporta una atención de pacientes con IRAs diarias entre el 10-29%. Si bien el porcentaje de atenciones diarias de pacientes con IRAs puede descender hasta un 10% en algunos médicos, denota que ningún médico está excluido de atender IRAs, remarcando la cantidad de recursos que consumen los pacientes con IRAs y el desgaste de los médicos, haciendo énfasis en la falta de médicos designados para la atención exclusiva de paciente con IRAs como dictan las normativas para disminuir el riesgo de contagio.

Referente al espacio utilizado para la atención clínica, uno de los hallazgos más relevantes fue la inexistencia de un espacio diferenciado para pacientes con IRAs. A pesar que el 47% de los participantes reportan la existencia de un consultorio donde se atienden pacientes con IRAs, en dicho espacio se atienden pacientes con IRAs y también con otras patologías, lo cual constituye un riesgo de transmisión cruzada. Además, la ventilación depende únicamente de ventanas, sin apoyo de extractores, ventiladores o sistemas de filtración de aire, donde además, las altas temperaturas de la zona podrían imponer una dificultad en el uso continuo de EPP por parte del personal.

No existe un distanciamiento entre el médico y el paciente ya que se estima que la silla donde se coloca el paciente y el escritorio donde se encuentra el personal de salud están a menos de 1 metro de distancia (aproximadamente 90 cm)

Aunque los profesionales de salud no refirieron sentirse personalmente en riesgo, sí reconocieron que la falta de diferenciación de áreas representa un peligro para los demás pacientes. La unidad no ha implementado medidas documentadas para atender a esta situación, lo cual, puede evidenciar una brecha entre las condiciones locales y los estándares internacionales de bioseguridad, que recomiendan contar con espacios específicos, ventilados y aislados para la atención de infecciones respiratorias. Este hallazgo no solo compromete la seguridad de los pacientes, sino también la del personal clínico, al aumentar la probabilidad de exposición.

IX: CONCLUSIONES

Objetivo específico 1: Establecer factores personales del personal clínico que atiende a pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo entre Julio y Agosto de 2025.

- El personal que atiende infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo está compuesto mayoritariamente por mujeres (88%) y predomina el grupo de edad entre 50 y 60 años (41%), seguido de personal más joven.
- Ningún participante reportó enfermedades respiratorias crónicas, lo que disminuye la vulnerabilidad directa del personal frente a la patología atendida. La vacunación contra influenza y Covid-19 fue completa (100%), mientras que la cobertura contra neumococo fue insuficiente (47% vacunado), lo que evidencia la necesidad de políticas institucionales para promover la vacunación integral del personal expuesto.

Objetivo específico 2: Determinar la cantidad de pacientes con infección respiratoria aguda atendidos semanalmente por cada recurso del personal clínico en la Unidad de Salud de Cuscatancingo en el periodo de Julio a Agosto 2025.

- Durante los 38 días hábiles de estudio, el 32% de los pacientes atendidos correspondieron a IRAs. La carga de pacientes puede generar riesgos de exposición aumentada para el personal si no se implementan medidas de protección adecuadas.

Objetivo específico 3: Detallar el equipo de protección personal que utiliza el personal clínico al brindar atención a pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo entre Julio y Agosto de 2025.

- La mayoría del personal (88%) utiliza algún tipo de EPP, la adherencia es heterogénea: predominan las mascarillas quirúrgicas, mientras que solo un 6% utiliza equipo completo. Las razones del incumplimiento parecen estar más asociadas a la incomodidad y a la percepción personal que a la falta de disponibilidad.

Objetivo específico 4: Describir los espacios físicos asignados para la atención de infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo entre Julio y Agosto de 2025.

- No existe un área diferenciada para la atención de pacientes con IRAs, lo que aumenta el riesgo de transmisión cruzada entre pacientes con diferentes patologías. La ventilación limitada y las altas temperaturas dificultan el uso continuo de EPP. A corto plazo, la creación de áreas diferenciadas permitiría mejorar la organización de la atención y reducir riesgos, además de facilitar la designación de médicos exclusivos para IRAs, lo que optimizaría la disponibilidad de personal en otras áreas. Sin embargo, la implementación de cambios estructurales completos es poco factible en el corto plazo por limitaciones presupuestarias, aunque resulta prioritario considerar medidas temporales para mitigar los riesgos.

Limitaciones del estudio: La duración corta del estudio y la falta de registros diarios completos representan limitantes importantes para establecer patrones estacionales y medir la carga real de pacientes con IRAs. Además, la investigación se centró en la identificación de condiciones laborales y no evaluó directamente la calidad de atención ni los efectos clínicos de la exposición del personal, lo que sugiere la necesidad de investigaciones futuras más extensas y con mayor seguimiento.

En conjunto, los hallazgos reflejan que, aunque el personal clínico cuenta con experiencia y cierto nivel de inmunización, persisten brechas importantes en bioseguridad, infraestructura y registro de pacientes que podrían incrementar el riesgo de contagio. La edad, experiencia y adherencia al EPP parecen ser factores protectores, mientras que la percepción de incomodidad, la falta de diferenciación de áreas y la corta duración de los registros representan factores de riesgo. Esto evidencia la necesidad de estrategias multidimensionales que incluyan formación, protocolos claros, mejora de la infraestructura y políticas de registro y vacunación para garantizar un entorno laboral más seguro.

X: RECOMENDACIONES

En función de los hallazgos obtenidos en la presente investigación, se formulan una serie de recomendaciones dirigidas tanto a la Unidad de Salud de Cuscatancingo como a futuros investigadores que deseen profundizar en esta temática:

Para la Unidad de Salud de Cuscatancingo:

- Establecer una ruta específica de atención para los pacientes con infecciones respiratorias agudas dentro de la Unidad de Salud de Cuscatancingo, con el propósito de garantizar un flujo adecuado que minimice el riesgo de contagio entre usuarios y personal, implementando señalización visible y estandarizada en las áreas destinadas a la atención de infecciones respiratorias agudas, indicando claramente las zonas de espera, atención y salida, con el objetivo de orientar tanto al personal como a los pacientes y mejorar la organización del servicio.
- Garantizar la disponibilidad de mascarillas en el área de triage, para ofrecer de forma inmediata a los pacientes que presenten síntomas respiratorios, favoreciendo la detección temprana y la prevención de contagios dentro de la Unidad de Salud.
- Establecer mecanismos que aseguren el cumplimiento del uso de EPP por parte del personal, a través de procesos de supervisión periódica y actividades de sensibilización que destaquen la relevancia de su utilización como medida preventiva.
- Asignar personal clínico específico para la atención de pacientes con infecciones respiratorias agudas, a fin de optimizar los recursos humanos y fortalecer las medidas de control de infecciones en el área de consulta. En el mismo sentido, resulta conveniente implementar evaluaciones periódicas de riesgos laborales y de salud del personal clínico, considerando la exposición constante a pacientes respiratorios y las condiciones físicas en las que se desarrolla su trabajo.

Para futuros investigadores:

- Con respecto a futuras investigaciones, se sugiere ampliar el periodo de estudio, abarcando varios meses o un año completo, con el propósito de identificar variaciones

estacionales en la demanda de consultas por infecciones respiratorias. Igualmente, se recomienda realizar estudios comparativos con otras unidades de salud, lo que permitiría establecer un panorama más amplio acerca de las condiciones laborales y los procesos de atención a nivel nacional.

- Inclusión de nuevas variables, tales como la percepción de los pacientes sobre la atención recibida, el impacto psicológico en el personal clínico y las condiciones ambientales de los espacios de atención. En cuanto a la metodología, se aconseja complementar las entrevistas con encuestas anónimas y técnicas de observación directa, lo cual contribuiría a obtener información más integral y confiable.
- Realizar estudios longitudinales que evalúen el impacto de la exposición laboral sobre la salud del personal clínico a mediano y largo plazo. Finalmente, se invita a futuros investigadores a contribuir al fortalecimiento de la literatura nacional en torno a la relación entre condiciones laborales, exposición a infecciones respiratorias y calidad de la atención brindada en servicios de primer nivel.

XI: BIBLIOGRAFÍA

1. World Lung Foundation. *The Acute Respiratory Infections Atlas*. New York: World Lung Foundation; 2010.
2. Amnesty International. *Mapping health worker deaths from COVID-19* [Internet]. 2020 [citado 2025 May 8]. Disponible en: <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/09/mapping-covid19-health-worker-deaths>
3. Gobierno de El Salvador. Decreto Ejecutivo No. 12: Medidas extraordinarias de prevención y contención para declarar el territorio nacional como zona sujeta a control sanitario, a fin de contener la pandemia COVID-19. Diario Oficial. 11 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.fao.org/faolex/results/details/es/c/LEX-FAOC195783/>
4. Coronavirus en el mundo: las últimas cifras, gráficos y mapas. Reuters [Internet]. Disponible en : <https://www.reuters.com/graphics/world-coronavirus-tracker-and-maps/es/>
5. Ministerio de Salud de El Salvador. Boletín Epidemiológico Semana 50 [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud; 2023 [citado 2025 May 10]. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/wp-content/uploads/download-manager-files/Boletin_epidemiologico_SE502023.pdf
6. La Prensa Gráfica. Casos de infecciones respiratorias superan en 20 % a los de 2023 [Internet]. San Salvador: La Prensa Gráfica; 2024 Dec 4 [cited 2025 May 10]. Available from: <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Casos-de-infecciones-respiratorias-superan-en-20--a-los-de-2023-20241204-0084.html>
7. Ministerio de Salud de El Salvador. Tablero de datos: Boletín Epidemiológico [Internet]. San Salvador: MINSAL; [fecha desconocida] [citado 2025 May 10]. Disponible en: <https://boletin.salud.gob.sv/superset/dashboard/2/?standalone=2>
8. Organización Internacional del Trabajo. *La OIT: Qué es, Qué hace* [Internet]. Ginebra: OIT; 2005 [citado 2025 May 8]. Disponible en: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@webdev/documents/publication/wcms_082366.pdf
9. 13.Maestre Daza LM. Ergonomía ocupacional. Bogotá D.C.: Fundación Universitaria del Área Andina; 2017.
10. Piédrola Gil, Gálvez Vargas. Medicina preventiva y salud pública. 10ª ed. España: Masson; 2001.
11. Olmsted RN. Reimagining Construction and Renovation of Health Care Facilities During Emergence from a Pandemic. *Infect Dis Clin North Am*. 2021 Sep;35(3):697–716. doi:10.1016/S0891-5520(21)00051-9.
12. (MedicalSearch. Understanding the different lighting standards for medical examination rooms [Internet]. Sydney: MedicalSearch; 2025 [citado 2 sep 2025]. Disponible en: [https://www.medicalsearch.com.au/buying-guide/understanding-the-different-lighting-standards-for-medical-examination-rooms/f/25924?utm_source=\)](https://www.medicalsearch.com.au/buying-guide/understanding-the-different-lighting-standards-for-medical-examination-rooms/f/25924?utm_source=))
13. Tachyon Light. Hospital lighting design guidelines: Part I [Internet]. 2021 Jun 2 [cited 2025 Sep 9]. Available from: https://tachyonlight.com/hospital-lighting-design-guidelines_part-i/
14. Organización Panamericana de la Salud. Ventilación natural para el control de las infecciones en entornos de atención de la salud. Washington, D.C.: OPS; 2010.

15. Organización Panamericana de la Salud. **Ventilación natural para el control de las infecciones en entornos de asistencia sanitaria**. Washington, D.C.: OPS; 2010. ISBN: 978-92-75-33153-8
16. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para calefacción, ventilación y aire acondicionado en establecimientos de salud en el contexto de la COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2020 [citado 2025 sep 9]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52220/OPSCDEHTCOVID-19200029_spa.pdf?sequence=1
17. Andersen BM. Strict isolation. In: *Prevention and Control of Infections in Hospitals*. 1st ed. Springer Nature; 2019. p. 197–211. doi: 10.1007/978-3-319-99921-0_19.
18. Organización Panamericana de la Salud. *Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria*. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-prevencion-control-atencion-sanitaria.pdf>
19. Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC). Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en infecciones respiratorias agudas leves-moderadas [Internet]. SEFAC; 2024 [citado 2025 abr 18]. Disponible en: <https://www.sefac.org/system/files/2024-12/GUIA%20IRAS.pdf>
20. **Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia)**. *Guía de atención de la infección respiratoria aguda (IRA)* [Internet]. Bogotá: Minsalud; 2016 [citado 2025 abr 18]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/16Atencion%20de%20la%20IRA.PDF>
21. Lopez SMC, Williams JV. Resfriado común. En: Kliegman RM, St Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, editores. *Nelson tratado de pediatría*. 21.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2020. p. 1748–50. Cap. 407.
22. Ministerio de Salud de El Salvador. Tablero de datos: Boletín Epidemiológico [Internet]. San Salvador: MINSAL; [fecha desconocida] [citado 2025 May 10]. Disponible en: <https://boletin.salud.gob.sv/superset/dashboard/2/?standalone=2>
23. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infección en enfermedades respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria: pautas provisionales de la OMS [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [citado 2025 abr 18]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69977/WHO_CDS_EPR_2007.6_spa.pdf
24. **González-Roldán JF, Martínez-Méndez J, Martínez-Ordaz VA**. Infecciones respiratorias agudas: epidemiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* [Internet]. 2002 [citado 2025 abr 18];15(4):225–32. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2002/in024h.pdf>
25. Instituto guatemalteco de seguridad social, Guía Uso y Limpieza de Equipo de Protección Personal, 2020, <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2020/08/Guia-uso-y-limpieza-de-equipo-de-proteccion-personal-epp-IGSS-2020.pdf>
26. Organización Mundial de la Salud. Política y normas de productos sanitarios: EPP (Equipo de Protección Personal) [Internet]. Ginebra: OMS; [Fecha de publicación no

- especificada] [Consultado el 11 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/assistive-and-medical-technology/medical-devices/ppe>
27. Marco Institucional [Internet]. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. 2020. Disponible en: <https://www.issv.gov.sv/institucion/marco-institucional/>
 28. Sebastián García O, del Hoyo Delgado MA. La carga mental de trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2004.
 29. Ramírez-Elvira S, Romero-Béjar JL, Suleiman-Martos N, et al. Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21):11432. doi:10.3390/ijerph182111432.
 30. Phillips C. Relationships between workload perception, burnout, and intent to leave among medical-surgical nurses. *Int J Evid Based Healthc*. 2020;18(2):265-273. doi:10.1097/XEB.0000000000000220.
 31. Bardhan R, Heaton K, Davis M, et al. A Cross Sectional Study Evaluating Psychosocial Job Stress and Health Risk in Emergency Department Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(18):3243. doi:10.3390/ijerph16183243.
 32. Kohnen D, De Witte H, Schaufeli WB, et al. What makes nurses flourish at work? How the perceived clinical work environment relates to nurse motivation and well-being: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2023;148:104567. doi:10.1016/j.ijnurstu.2023.10456
 33. Ferrucci L, Fabbri E. Inflammageing: chronic inflammation in ageing, cardiovascular disease, and frailty. *Nat Rev Cardiol*. 2025;22(1):14–28.
 34. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Respiratory Diseases: Risk Factors and Prevention Strategies. Atlanta: CDC; 2024.

XI: ANEXOS

1.

Tabla 407.1 Patógenos asociados al resfriado común			
ASOCIACIÓN	PATÓGENO	FRECUENCIA RELATIVA*	OTROS SÍNTOMAS Y SIGNOS FRECUENTES
Microorganismos asociados principalmente al resfriado común	Rinovirus humanos Coronavirus	Frecuente Frecuente	Sibilancias/bronquiolitis
Microorganismos asociados principalmente a otros síndromes clínicos que también producen síntomas de resfriado común	Virus respiratorio sincitial Metaneumovirus humano Virus gripales Virus paragripales Adenovirus Enterovirus Virus de Coxsackie A Otros enterovirus distintos al virus de la poliomielitis	Ocasional Ocasional Frecuente Infrecuente Infrecuente Infrecuente	Bronquiolitis en niños de <2 años Neumonía y bronquiolitis Gripe, neumonía, laringotraqueítis Laringotraqueítis, bronquiolitis Fiebre faringoconjuntival (conjuntivitis palpebral, secreción ocular acuosa, eritema faríngeo) Herpangina (fiebre y pápulas ulceradas en la orofaringe posterior) Meningitis aséptica

Lopez SMC, Williams JV. Resfriado común. En: Kliegman RM, St Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, editores. *Nelson tratado de pediatría*. 21.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2020. p. 1748–

ANEXO 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, ESCUELA DE MEDICINA, FACULTAD DE MEDICINA

Título del estudio: "Condiciones laborales del personal clínico que atiende a pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo durante el período de julio a agosto de 2025."

Objetivo del estudio:

Este estudio tiene como finalidad identificar y describir las condiciones laborales del personal clínico que brinda atención directa y presencial a pacientes con infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud de Cuscatancingo durante el período de julio a agosto de 2025.

Procedimientos:

Se le invita a responder una entrevista estructurada que incluirá preguntas relacionadas con su experiencia laboral, condiciones de trabajo, uso de equipo de protección personal, carga laboral y percepción del entorno laboral. Adicionalmente, se podrá realizar una observación directa de los procesos de atención y del uso del equipo de protección personal.

Duración: Su participación toma alrededor de 15 minutos.

Riesgos y beneficios:

Los riesgos son mínimos y no se anticipan daños físicos ni psicológicos. No habrá compensación económica por participar. Sin embargo, su colaboración puede contribuir a mejorar el conocimiento sobre las condiciones laborales del personal clínico y generar futuras recomendaciones de mejora institucional.

Confidencialidad:

La información que usted proporcione será tratada con estricta confidencialidad. Los datos se registrarán sin incluir nombres ni identificadores personales. Los resultados serán utilizados exclusivamente con fines académicos y de investigación.

Voluntariedad:

Su participación es totalmente voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello implique perjuicio o sanción alguna.

Autorización del participante:

Yo, _____(Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS)_____, con número de DUI _____.

Declaro que he leído la información anterior, que comprendo los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Doy mi consentimiento libre y voluntario para participar en este estudio.

Lugar y fecha: _____

ANEXO 3:



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
SEDE CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**

**ENCUESTA SOBRE CONDICIONES LABORALES DEL PERSONAL CLÍNICO
UNIDAD DE SALUD DE CUSCATANCINGO
JULIO-AGOSTO 2025**

Estimado/a participante:

Esta encuesta tiene fines académicos y su objetivo es conocer las condiciones laborales del personal clínico que atiende a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Su participación es voluntaria y los datos serán confidenciales.

SECCIÓN A: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y COMÓRBIDOS

1. SEXO:
 MASCULINO
 FEMENINO
2. EDAD: _____ AÑOS
3. AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL: _____ AÑOS
4. ¿PADECE USTED DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?
 SI
 NO

SI SU RESPUESTA FUE SI A LA PREGUNTA ANTERIOR, ¿QUÉ ENFERMEDADES PADECE?

- HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA
- DIABETES MELLITUS
- ASMA
- SINUSITIS CRÓNICA
- ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

SECCIÓN B: CARGA LABORAL

5. ¿CUÁNTOS PACIENTES CON INFECCIONES REPIRATORIAS ATIENDE EN PROMEDIO POR DÍA?
 1-10
 11-20
 21-30

SECCIÓN C: INFRAESTRUCTURA

6. ¿CUENTA CON UN CONSULTORIO ESPECÍFICO PARA ATENDER PACIENTES CON IRAS?
 SI
 NO

7. ¿QUÉ TIPO VENTILACIÓN ESTÁ DISPONIBLE EN EL CONSULTORIO?
- VENTILADOR
 - AIRE ACONDICIONADO
 - VENTANA
 - NO POSEE VENTILACIÓN
8. ¿SE REALIZA LIMPIEZA EN EL ÁREA DONDE SE ATIENDEN A LOS PACIENTES CON IRAS?
- NO SE REALIZA LIMPIEZA
 - SE REALIZA UNA VEZ AL DÍA
 - SE REALIZA 2 VECES AL DÍA
 - SE REALIZAN MÁS DE 2 VECES AL DÍA

SECCIÓN C: INMUNIZACIÓN

9. ¿ESTÁ VACUNADO CONTRA INFLUENZA?
- SI
 - NO
- AÑO DE ÚLTIMA DOSIS: _____
10. ¿ESTÁ VACUNADO CONTRA COVID-19?
- SI
 - NO
- NÚMERO DE DOSIS: _____ AÑO DE ÚLTIMA DOSIS: _____
11. ¿ESTÁ VACUNADO CONTRA NEUMOCOCO?
- SI
 - NO
- AÑO DE ÚLTIMA DOSIS: _____
12. SI NO ESTÁ VACUNADO ¿CUÁL FUE LA RAZÓN?
- FALTA DE ACCESO
 - PREFERENCIA PERSONAL
 - DESCONOCIMIENTO
 - OTRO: _____

SECCIÓN D: EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

13. ¿UTILIZA EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL AL ATENDER PACIENTES CON INFECCIONES REPIRATORIAS AGUDAS?
- SI
 - NO
14. ¿QUÉ TIPO DE EPP UTILIZA REGULARMENTE? (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)
- MASCARILLA QUIRÚRGICA
 - MASCARILLA N95
 - GUANTES
 - BATA DESECHABLE
 - PROTECTOR FACIAL/GAFAS

GORRO

OTRO (ESPECIFICAR):_____

15. ¿CON QUÉ FRECUENCIA INTERCAMBIA EL EPP AL ATENDER PACIENTES?

DESPÚES DE CADA PACIENTE

CADA ___ NÚMERO DE PACIENTES

SOLO SI SE ENSUCIA O DAÑA

UNA VEZ POR TURNO

16. COMENTARIOS ADICIONALES:



FICHA DE RECOLECCIÓN DOCUMENTAL

Por medio de este documento se cuantificará semanalmente las consultas que se brindan a pacientes con infecciones respiratorias agudas en el período de Julio a Agosto de 2025.

SEMANA 1: 01/07/2025 – 04/07/2025

TOTAL DE PACIENTES CON IRAS DIAGNÓSTICO	N° DE PACIENTES
•	
•	

SEMANA 2: 07/07/2025 – 11/07/2025

TOTAL DE PACIENTES CON IRAS DIAGNÓSTICO	N° DE PACIENTES
•	
•	

SEMANA 3: 14/07/2025 – 18/07/2025

TOTAL DE PACIENTES CON IRAS DIAGNÓSTICO	N° DE PACIENTES
•	
•	

SEMANA 4: 21/07/2025 – 25/07/2025

TOTAL DE PACIENTES CON IRAS DIAGNÓSTICO	N° DE PACIENTES
•	
•	

SEMANA 5: 28/07/2025 – 31/07/2025

TOTAL DE PACIENTES CON IRAS DIAGNÓSTICO	N° DE PACIENTES
•	
•	

SEMANA 6: 07/07/2025 – 11/07/2025

TOTAL DE PACIENTES CON IRAS DIAGNÓSTICO	N° DE PACIENTES
•	
•	

SEMANA 7: 11/08/2025 – 15/08/2025

TOTAL DE PACIENTES CON IRAS	
DIAGNÓSTICO	N° DE PACIENTES
•	
•	

SEMANA 8: 18/08/2025 – 22/08/2025

TOTAL DE PACIENTES CON IRAS	
DIAGNÓSTICO	N° DE PACIENTES
•	
•	

SEMANA 9: 25/08/2025 – 29/08/2025

TOTAL DE PACIENTES CON IRAS	
DIAGNÓSTICO	N° DE PACIENTES
•	
•	

SEMANA	TOTAL DE PACIENTES CON IRAS
SEMANA 1	
SEMANA 2:	
SEMANA 3:	
SEMANA 4:	
SEMANA 5:	
SEMANA 6:	
SEMANA 7:	
SEMANA 8:	
SEMANA 9:	
TOTAL:	