



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Factores que retrasan la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico
en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
durante el periodo 2020 -2022

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Medicina Ocupacional y del Medio
Ambiente

AUTOR

Carrera Sihuay, Miguel Angel

(ORCID: 0009-0003-7953-598X)

ASESOR

Loo Valverde, María Elena

(ORCID: 0000-0002-8748-1294)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Carrera Sihuay, Miguel Angel

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 70309458

Datos de asesor

Loo Valverde, María Elena

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 09919270

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Carlos Rodríguez, Marco Antonio

DNI: 09558007

Orcid: 0000-0002-1141-0238

SECRETARIO: Acosta Gallegos, Gladys

DNI: 08851715

Orcid: 0000-0002-8810-1951

VOCAL: Castro Yagua, German Pavel

DNI: 43435056

Orcid: 0000-0002-6028-838X

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.03.10

Código del Programa: 022049

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Miguel Angel Carrera Sihuay, con código de estudiante N° 202113252, con DNI N° 70309458, con domicilio en Avenida Ricardo Malachowsky 409, dpto. 301, distrito San Borja, provincia y departamento de Lima, en mi condición de Médico(a) Cirujano(a) de la Escuela de Residentado Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

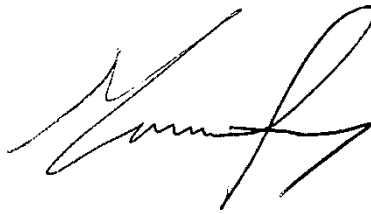
El presente Proyecto de Investigación titulado: “Factores que retrasan la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 -2022” es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente María Elena Loo Valverde, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc.; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 5% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 07 de agosto de 2024



Firma

Miguel Angel Carrera Sihuay

70309458

N° DNI

Reporte de similitud Turnitin

Factores que retrasan la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 -2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

5 %	5 %	0 %	0 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	2 %
2	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1 %
3	intra.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
4	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	www.qhse.com.pe Fuente de Internet	<1 %
6	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
7	ctmperu.org.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Línea de Investigación	2
1.4. Objetivos	3
1.4.1. General	3
1.4.2. Específicos	3
1.5. Justificación del Estudio	4
1.6. Delimitación	5
1.7. Viabilidad	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes de la Investigación	6
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Definiciones conceptuales	18
2.4. Hipótesis de investigación	20
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	22
3.1. Tipo de Investigación	22
3.2. Diseño de estudio	22
3.3. Población y muestra	22
3.3.1. Población	22
3.3.2 Muestra	22
3.3.3 Selección de la muestra	22
3.4. Operacionalización de variables	23
3.4.1 Variables	23
3.5. Técnicas e instrumento de recolección de datos	23

3.6.	Procesamiento y plan de análisis de datos	24
3.7.	Aspectos éticos de la investigación	25
3.8.	Limitaciones de la investigación	26
CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA		27
4.1.	Recursos	27
4.2.	Cronograma	28
4.3.	Presupuesto	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		30
ANEXOS		36
1.	Matriz de consistencia	36
2.	Operacionalización de variables	41
3.	Instrumento de recolección de datos	44
4.	Solicitud de permiso institucional	46
5.	Reporte de Turnitin	48

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

En el contexto temporal del estudio, el mundo se encontraba en proceso de una pandemia vinculada a un beta coronavirus, Sars-Cov-2. En Perú la prevalencia de casos de COVID-19 ascendió a 2 831 652 casos hasta la tercera semana epidemiológica del año 2022, la cual a su vez ha conllevado a 204 323 fallecidos, reflejado a través de una tasa de letalidad del 7.22%.¹

El impacto de esta nueva enfermedad es a toda escala y en los distintos sectores que componen a cada región. En ese sentido, parte de la problemática en salud pública va ligada al estudio de los efectos en el trabajo y la reincorporación al ambiente laboral de las personas que han padecido de esta patología, siendo un grupo de particular interés el conformado por los trabajadores de salud.

Parte del conocimiento generado durante el transcurso de la pandemia nos sitúa frente a la condición de COVID-19 prolongado, entendiéndose como aquella situación en la que la persistencia de síntomas dura un periodo mayor a 3 semanas.² En ese sentido, en distintas publicaciones, se emplea la terminología de ausencia prolongada por enfermedad, entendiéndose esta como el periodo de al menos 4 semanas que un trabajador se ausenta por enfermedad.² En Alemania se realizó un estudio con hallazgo de un 5.8% de pacientes con ausencia prolongada por enfermedad de un total de 31 000 pacientes con COVID-19.² A su vez, en Francia se realizó un estudio en 150 pacientes no críticos con COVID-19, obteniéndose que el 19,7% se ausentó por 30 días y un 11.2% por 60 días desde el inicio de síntomas.³ Otro estudio en trabajadores de salud de España, en el que se consideró 1911 colaboradores, obtuvo una media del periodo de ausencia por enfermedad de 20 días.⁴ En Estados Unidos se realizó un estudio en 4408 profesionales de respuesta médica de

emergencia y 11230 bomberos con una duración media de ausencia por enfermedad de 19.8 días en casos sospechosos de COVID-19 y de 25.3 días para casos confirmados de COVID-19.⁵

En nuestro medio, se carece de publicaciones que valoren la reincorporación al trabajo posterior a la COVID-19. Si bien se cuenta con normativas brindadas por el Ministerio de Salud a través de resoluciones ministeriales que se van modificando en base al avance de la nueva evidencia científica, aún se carece de aspectos holísticos y estudios que aporten evidencia en la valoración de la reincorporación al ambiente de trabajo para los puestos designados por los empleadores como tributarios de labor presencial.

Al estar inmersos en una transmisión comunitaria que oscila dentro del comportamiento epidemiológico de cada región, es menester recordar que existen diversos factores propios de cada persona que van a desempeñar un rol en la expresión de la enfermedad, su curso y recuperación de la misma.

1.2. Formulación del problema

¿Qué factores retrasan la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) en el intervalo 2020 - 2022?

1.3. Línea de Investigación

- Basándonos en la prelación de Pesquisa Nacional en Salud en Perú del año 2019 al 2023, con base legal RM N°658-2019-MINSA, constituye la línea 8: Salud Ambiental y Ocupacional.

- Según las prelacones de pesquisa de la URP del año 2021 al 2025, con base en el oficio N°0711-2021/SG-URP, dentro del ámbito de discernimiento en Medicina, es la línea número 8: Salud Ambiental y Ocupacional

1.4. Objetivos

1.4.1. General

Determinar los factores que retrasan la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022

1.4.2. Específicos

OE1: Determinar si la edad retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2020 - 2022.

OE2: Caracterizar si el número de comorbilidades retrasan la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2020 - 2022.

OE3: Determinar si laborar en área crítica retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2020 - 2022.

OE4: Identificar si el estado vacunal retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2020 - 2022.

OE5: Analizar si el antecedente de COVID-19 retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2020 - 2022.

1.5. Justificación del Estudio

La transmisión del Sars-Cov-2 tanto en nuestro país como globalmente, constituye un reto en la administración sanitaria y resulta de especial relevancia valorar los factores ligados a esta en el personal de salud afectado, dado que es un grupo ocupacional con puestos laborales de alto y muy alto riesgo. A su vez, ante la ya vista escasez de profesionales en el sistema de salud, es importante considerar aspectos sobre reincorporación laboral de los trabajadores afectados con la COVID-19, en virtud de que es el grupo humano que constituye la primera línea de atención a la población en situaciones de perentoriedad, como la actual pandemia que acontece en el contexto mundial.

El personal de salud constituye el pilar para el buen funcionamiento y mantener la dinámica hospitalaria, de manera que es menester valorar una adecuada reincorporación laboral posterior a un proceso de enfermedad como la COVID-19 y todas las implicancias que esta conlleva. En este sentido, al contar con evidencia e información específica de los colaboradores del hospital de estudio, permitirá a la Unidad de Salud y Seguridad en el Trabajo (USST) de este, implementar medidas específicas que garanticen una transición adecuada para la reincorporación a labores. A su vez, la data podrá servir para valorar aspectos específicos que pudiesen influir en una ausencia más prolongada de labores y realizar intervenciones preventivas en los grupos de interés.

Actualmente en nuestro medio no se dispone de un bagaje de publicaciones vinculadas a la valoración del reincorporación al trabajo posterior a la COVID-19 y los factores asociados que afectan al mismo. De manera que al realizar la búsqueda sistemática avanzada se

visualiza que a nivel internacional es un tema con escasas publicaciones y con requerimiento de investigaciones que aporten evidencia, siendo estas a predominio de países europeos. A su vez, no se cuenta con descriptores de ciencias de la salud (DeCs) para reincorporación al trabajo, el cual solo está habilitado en encabezados de términos médicos (MeSH).

1.6. Delimitación

Colaboradores que son del grupo ocupacional personal de salud del HNERM, que cuenten con régimen laboral 728, 276 o CAS dentro del periodo 2020 al 2022. La hoja de recojo de información se empleará producto de la exploración de los expedientes clínicas digitales a través del sistema EsSi (Servicio de Salud Inteligente) en función a la identificación de casos en el repositorio de casos confirmados de la USST del hospital, la cual se encuentra en versión digital en hojas de cálculo de google drive.

1.7. Viabilidad

El autor dispondrá de la venia por parte de la Universidad, a fin del desarrollo plausible de la pesquisa y a su vez, el apoyo de los directivos del HNERM, quienes conociendo los propósitos del estudio brindarán el asentimiento que permita acceder a la data digital que se requiere para la hoja de recojo de información previamente elaborada. A su vez, a través de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia del HNERM se promueve el desarrollo de investigaciones que puedan fortalecer el desarrollo institucional y la sección de Salud Ocupacional compone una de las prioridades de investigación. Otro aspecto relevante para la viabilidad de la investigación es que no demanda el empleo de grandes recursos económicos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

1. Jacobsen, PA et al en el 2022 realizó una pesquisa de cohortes retrospectivo empleando una base de registro nacional en Dinamarca con el objetivo de explorar el reincorporación al trabajo posterior a la COVID-19 y cómo afecta la severidad de la misma. Consideró 7466 sujetos de 18 a 64 años con positividad por primera vez a la prueba de Reacción en cadena de polimerasa retro transcriptasa reversa (RT-PCR) y una supervivencia de por lo menos 30 días. Los hallazgos reportados fueron que un 81.9% del total retornó a labores dentro de un periodo de 4 semanas; mientras que el 16.5% lo hizo en el lapso de hasta 6 meses y un 1.5% no retornó al trabajo. A su vez, dentro de los hallazgos se menciona que el género femenino, edad avanzada y presencia de comorbilidades presentan una menor probabilidad de reincorporación a labores. El estudio concluye que los sujetos hospitalizados por COVID-19 presentan una menor probabilidad de retornar a labores aunado con potenciales implicancias de seguimiento postinfeccioso y proceso de rehabilitación.⁶

2. Westerlind, E et al. en el 2021 realizó una pesquisa de cohortes retrospectivo empleando una base de registro nacional de la Agencia de seguro social de Suecia con el propósito de estudiar patrones de ausencia por enfermedad, los factores predictores de ausencia por enfermedad de por al menos 1 mes, la ausencia por enfermedad producto de hospitalización por COVID-19 prolongado; así como en personas no hospitalizadas con

COVID-19. Se consideró 11 955 sujetos que iniciaron su periodo de ausencia por enfermedad debido a COVID-19 dentro del periodo de marzo hasta agosto del 2020. Los hallazgos mostraron un promedio de periodo de ausencia por enfermedad de 35 días, un 13.3% tuvo un periodo de ausencia por enfermedad debido a COVID-19 prolongado, un 9% se mantuvo ausente de labores por todo el periodo de observación. Los predictores de mayor tiempo de ausencia por enfermedad fueron el requerimiento de asistencia hospitalaria, la ausencia previa por enfermedad el año anterior y la edad avanzada. No se obtuvo un patrón claro en relación a la influencia de factores socioeconómicos. El estudio concluye que la ausencia al trabajo por COVID-19 es bastante trascendente; siendo bastante común su espaciamiento por casos de COVID-19 prolongado. Asimismo, se describe que existe una brecha de conocimiento al notar la complejidad de predecir una baja prolongada sin encontrar una vinculación con factores socioeconómicos y la heterogeneidad del grupo que requiere una ausencia prolongada.⁷

3. Jacob L et al, el año 2021 realiza un estudio analítico transversal mediante el empleo de una base de datos de análisis de enfermedad denominada IQVIA de Alemania. El objetivo de la pesquisa fue estudiar la prevalencia y aspectos relacionados a la ausencia prolongada por enfermedad en sujetos del grupo etario laboral diagnosticados con COVID-19. Se consideró 30 950 sujetos diagnosticados de COVID-19, de los cuales el promedio etario fue de 41.5 años y el 51.7% correspondieron al género femenino. Los hallazgos del estudio reportaron una prevalencia del 5.8% del total de sujetos con ausencia prolongada por enfermedad. A su vez, la condición de edad avanzada, género femenino y presencia comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, reflujo gastroesofágico, enterocolitis no infecciosa, dermatitis atópica, mononeuropatías y la condición de reacción a estrés severo, presentaron una asociación significativa y directa

con la ausencia prolongada por enfermedad. El estudio concluye que la ausencia prolongada por enfermedad es relativamente rara en casos de COVID-19 estudiados en las practicas realizadas en Alemania, motivo por el que plantea valorar el comportamiento en otros escenarios o países.⁸

4. Alquézar-Arbé A et al, en el año 2020 realizar una pesquisa analítico transversal mediante el empleo de una encuesta a los responsables de los servicios de urgencia hospitalaria públicos en España. El propósito del estudio gira sobre el efecto de la eclosión de la COVID-19 en la organización de los servicios de urgencia hospitalaria públicos de España. Se realizó la encuesta a 246 responsables de los servicios, en la cual se valoró aspectos ligados a la organización, ausencia de personal y disponibilidad de recursos por quincenas en el intervalo de marzo hasta abril del 2020. Los hallazgos mostraron que la mayoría reorganizó los espacios de atención, los implementos de mayor escasez fueron los test para detección de Sars-Cov-2 seguidos de respiradores FFP2. En relación al número de trabajadores de salud por grupo ocupacional que se ausentaron de labores fue mayor del 5% y el tiempo de ausencia para los médicos fue de un 20% del periodo considerado, las enfermeras un 19% del periodo y para otros grupos del personal de salud fue del 16%. El estudio concluyó que el brote por COVID-19 permitió implementar cambios organizativos en los servicios de urgencias; a su vez los aspectos de escasez de recursos y de personal presentaron diferencias con comunidades autónomas.⁹

5. Suárez-García I et al, el 2020 realiza una pesquisa de cohortes retrospectivo en un nosocomio de Madrid, España. El propósito giró en base a la descripción de rasgos clínicos y epidemiológicos de la COVID-19 en colaboradores sanitarios. Se consideró

1911 colaboradores sanitarios del Hospital Universitario Infanta Sofia en el intervalo del 24 de febrero al 30 de abril del año 2020. En los resultados se reportó que el 11.1% de los colaboradores sanitarios tuvo COVID-19 durante el periodo de pesquisa. Asimismo, careció de contraste relevante en la proporción de casos de COVID-19 entre los distintos grupos ocupacionales. La presencia de comorbilidades reportadas fue baja y la media de tiempo de ausencia por enfermedad fue de 20 días. El estudio concluye que la transmisión entre el personal de salud se dio en parte de los casos y que pese a que la prevalencia de comorbilidades fue baja y el curso clínico de la enfermedad fue leve, predominantemente, se presentó periodos prolongados de ausencia a labores por COVID-19.¹⁰

6. Chaudhry ZS, Cadet L & Sharip A, el 2021 realizaron una pesquisa de cohortes retrospectivo mediante el sistema de historias clínica electrónicas del centro médico de California meridional en Estados Unidos. Los propósitos de la pesquisa giraron sobre la asiduidad de los síntomas virales y su valor predictivo en el diagnóstico de COVID-19; examinar la asociación entre la demografía de los trabajadores sanitarios y la positividad de la prueba SARS-CoV-2; determinar el número medio de días hasta el alta de la clínica (reincorporación al trabajo); examinar la asociación entre la demografía de los colaboradores sanitarios y la duración de enfermedad, y examinar la asociación entre sintomatología y duración de patología. Se consideró un total de 250 colaboradores sanitarios evaluados en diciembre del 2020. En los resultados se reportó que no hubo diferencia significativa en los factores demográficos y la positividad de la prueba para SAR-CoV-2, los síntomas más prevalentes en casos confirmados de COVID-19 fueron la presencia de tos, fatiga, fiebre/escalofríos, mialgias, alteración en olfato y/o gusto; asimismo, se describió una media de 13.09 días de tiempo de reincorporación al trabajo y los factores predictivos de mayor duración de enfermedad fueron el género femenino

(+3,2 días), edad avanzada (+2,22 días) y la presencia de mialgia (+2,23 días). El estudio concluye que los cambios en el gusto/olfato, la tos y la fiebre/escalofríos se relacionan, independientemente, con la positividad de la prueba de COVID-19. Entre los trabajadores de la salud con infección leve/moderada por COVID-19, el tiempo medio hasta la reincorporación al trabajo fue de aproximadamente 13 días y el género femenino, la tercera edad y la mialgia predijeron un retardo en la reincorporación al trabajo.¹¹

7. Ganz-Lord FA, Segal KR & Rinke ML, el 2020 realizaron una pesquisa de cohortes retrospectivo mediante el registro de trabajadores de salud que fueron atendidos por el Servicio de Salud Ocupacional del Centro Médico Montefiore en New York, Estados Unidos. El propósito fue valorar los síntomas, las implicancias para la fuerza laboral y los patrones de prueba relacionados a la COVID-19 entre los colaboradores sanitarios en el Centro Médico Montefiore en New York. Se consideró un total de 1698 trabajadores de salud en el segundo trimestre del 2020. En los hallazgos se apreció que la duración de la enfermedad osciló entre 7 a 73 días, siendo la media de 15 días, en la estadística multivariante con selección de magnitudes, controlando la edad, se obtuvo que 4 síntomas se asocian significativamente con mayor duración de enfermedad: disnea, fiebre, dolor de garganta y diarrea. El estudio concluyó que los colaboradores sanitarios con COVID-19, que no requirieron hospitalización, aún tenían un periodo prolongado de enfermedad. La disnea, la fiebre, el disconfort faríngeo y la diarrea se asocian con una mayor duración del tiempo fuera del trabajo.¹²

8. Villarreal J et al, el 2020 realiza una pesquisa prospectiva en trabajadores sanitarios en el hospital universitario Fundación Jiménez Díaz en Madrid, España. El propósito de la

exploración giró en base a si la reincorporación al trabajo posterior a COVID-19 se asocia con el tiempo de negatividad de prueba RT-PCR de detección viral en trabajadores de salud. Se consideró un total de 375 colaboradores que requirieron aislamiento por COVID-19 en el segundo trimestre del 2020. En los hallazgos se objetivó que 25 días fue la media para el tiempo de reincorporación al trabajo, mientras que el 33.6% de los trabajadores de salud empleó un intervalo de tiempo mayor a 30 días; a su vez, la media de tiempo para negatividad de prueba RT-PCR fue de 15 días. El análisis multivariado ajustado encontró asociación entre el retraso del reincorporación al trabajo con el intervalo de tiempo para negativizar prueba RT-PCR. El estudio concluyó que el retraso de la reincorporación al trabajo se asocia con un mayor intervalo de tiempo para negativizar RT-PCR, considerando el ajuste por grupo ocupacional, edad y sexo.¹³

2.1.2 Antecedentes Nacionales

No se encontró otros estudios nacionales publicados dentro de los parámetros de la búsqueda sistemática.

2.2. Bases teóricas

Patogenia e historia natural de COVID-19

El agente etiológico es el SARS-CoV-2, un virus tipo RNA de cadena simple afín a las células epiteliales respiratorias; este agente emplea como medio de ingreso intracelular al receptor de enzima convertidora de angiotensina tipo 2 (ECA2), tras ello emplea la maquinaria celular para la transcripción, replicación, ensamblaje y posterior liberación de viriones y patrones moleculares asociados a daño (DAMP); siendo estas etapas claves para la transmisión y progresión de la enfermedad. El mecanismo fundamental de transmisión es por vía aérea a través de gotículas y aerosoles; sin embargo, también se ha descrito la posibilidad de transmisión por contacto de mano, tras haber tocado superficies contaminadas, con mucosa nasal y ocular, en menor frecuencia.¹⁴

Los eventos claves para el desarrollo de la enfermedad cursan desde el contacto con la fuente biológica de SARS-CoV-2; tras lo cual se da la infección con la unión del virus a los receptores ECA2 de las células epiteliales del tracto respiratorio, su posterior replicación y migración a las células epiteliales alveolares; siendo este un desencadenante de una gran respuesta inmune a nivel pulmonar. La etapa de incubación para el auge de la enfermedad oscila entre uno a catorce días, siendo el promedio de 5 días; sin embargo, es importante considerar que ante la generación de variantes y subvariantes virales este periodo pueda estar sujeto a cambios. Un evento importante hasta el inicio de los primeros síntomas es que se puede contagiar desde dos días previos al desarrollo de la sintomatología.¹⁵

El curso posterior al inicio de los síntomas es variable y multifactorial, sujeto a la dinámica evolutiva viral; en ese sentido, se estima que tradicionalmente un 81% de los casos desarrollan una enfermedad leve; un 14% tiene la probabilidad de pasar, alrededor del día ocho del inicio de síntomas, a una enfermedad severa y un 5% tiene la probabilidad de desarrollar, alrededor del día dieciséis del inicio de síntomas, enfermedad crítica con riesgo de mortalidad.¹⁵

Factores asociados a enfermedad severa

En el proceso de valoración de riesgo para desarrollar enfermedad severa se ha ido identificando los grupos vulnerables y delimitando estos en el tiempo; en ese sentido, conforme a la normativa nacional vigente, el ente rector en salud define a este grupo como aquellas personas que cuenten con una de las siguientes:¹⁶

- Edad mayor a 65 años
- Enfermedad Renal Crónica
- Cáncer
- Enfermedad Pulmonar Crónica (Se considera a las afecciones como el asma bronquial grave o no controlado, la fibrosis pulmonar, fibrosis quística, la hipertensión pulmonar y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Enfermedades cardíacas (Considera a las miocardiopatías, insuficiencia cardíaca y patología de arterias coronarias)
- Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2
- Gestación
- Patología cerebrovascular (Comprende las hemorragias e infartos cerebrales)
- Hipertensión arterial
- Infección por VIH
- Síndrome de Down
- Receptores de células madre o trasplante de órganos
- Inmunodepresión (Producto de alguna condición o uso de medicamentos)
- Obesidad

Estratificación de riesgo ocupacional

Dentro del análisis de reincorporación al trabajo es importante considerar aspectos vinculados al puesto laboral, de manera que de acuerdo a la guía de preparación de puestos de trabajo de la Administración de Seguridad y Salud en el Trabajo (OSHA), se estratifica en 4 niveles desde el riesgo bajo al muy alto, considerando el tipo de sector económico, el requisito de contacto a menos de 6 pies con individuos conocidos o sospechosos de infección, o la necesidad de repetición o contacto prolongado con individuos conocidos o sospechosos de estar infectados. Dicha propuesta se adaptó en las normativas nacionales para la vigilancia de los colaboradores expuestos al SARS-CoV-2.¹⁷

- Nivel de riesgo: 4 – OSHA: Muy alto riesgo
Incluye las actividades con alto potencial de exposición a fuentes confirmadas o sospechosas de Sars-Cov-2 durante prestaciones médicas, de laboratorio o post mortem. Se considera al personal de salud que realiza procedimientos como intubación, broncoscopía, procedimientos dentales y colección de muestras invasivas

en individuos sospechosos o confirmados de COVID-19. Asimismo, hay que considerar al personal de morgue que desarrolla autopsias a casos confirmados.

- Nivel de riesgo: 3 – OSHA: Alto riesgo

Comprende los trabajos que implican un elevado riesgo de exposición a fuentes identificadas o sospechosas de COVID-19. En este grupo se considera al staff de personal de salud (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, nutricionistas y otros que ingresan a los ambientes hospitalarios donde hay pacientes) que brinda cuidados (no incluye procedimientos generadores de aerosoles) a casos sospechosos o confirmados. A su vez, también se consideran a los trabajadores de mortuorios que preparan los cadáveres de individuos sospechosos.

- Nivel de riesgo: 2 – OSHA: Moderado riesgo

Se considera a los trabajos que incluyen contacto dentro de los seis pies de extensión con individuos posiblemente infectados de COVID-19, pero que no catalogan como sospechosos o confirmados. Comprende los colaboradores de colegios, de empresas de ventas de alto volumen y otros trabajadores de ambientes de gran densidad de personas.

- Nivel de riesgo: 1 – OSHA: Bajo riesgo

Son aquellos trabajos en los cuales no se tiene contacto dentro de los seis pies de extensión con usuarios en general, de manera que no implica aproximación hacia pacientes con criterios de sospechosos o confirmados de COVID-19. Este grupo considera todos los trabajos que presentan mínimo contacto con el público general y los compañeros de trabajo.

Tiempo de aislamiento de caso confirmado de COVID – 19

Un aspecto esencial en la valoración de la reincorporación al trabajo y la aptitud del trabajador es el cumplimiento del tiempo de aislamiento tomando como base el día de inicio de síntomas y en el caso de asintomáticos desde la fecha de positividad de la prueba confirmatoria. En ese sentido, se han dado cambios en las normativas nacionales e

institucionales para los tiempos de aislamiento que debe permanecer un caso confirmado de COVID-19. Desde que se enmarca los aspectos de la vigilancia de la salud en personal sanitario con la RM N° 239-2020-MINSA se establece el periodo de 14 días como tiempo de aislamiento para un caso confirmado, en las posteriores actualizaciones como fueron la RMN°448-2020-MINSA y la RMN°972-2020-MINSA se mantuvo la duración del periodo de aislamiento en catorce días; sin embargo, se realizaron precisiones respecto a la evolución clínica de los últimos días de aislamiento y dejando la posibilidad de ampliar el periodo según criterio médico. Actualmente, para fines de la vigilancia y disposiciones en el trabajo, se maneja los criterios de la RMN°1276-2021-MINSA, que reconoce a la DA N° 321-MINSA/DGIESP-2021, en dicha directiva se mantiene los 14 días de aislamiento y se menciona considerar los últimos 3 días con mejoría de síntomas y afebril. A nivel institucional de EsSalud, en conformidad al memorando circular N°15-GCGP-ESSALUD-2022, se indica adaptar a la vigilancia los criterios de la RM N° 010-2022/MINSA, que brinda consideraciones sobre el manejo ambulatorio, donde se considera para Lima Metropolitana, Callao y otras provincias con predominio de variantes de preocupación de baja virulencia, siendo esto determinado por la autoridad nacional en salud, procede para los casos confirmados un periodo de aislamiento por el tiempo de 10 días desde comienzo de sintomatología y para los casos asintomáticos un periodo de 10 días desde la fecha de tomada la prueba que dio positivo.^{18,19,20,21,22}

Principios de la reincorporación al trabajo

Es importante establecer una política de reincorporación al trabajo posterior a la infección por COVID-19, de manera que resulta responsabilidad de parte del empleador gestionar junto al comité de seguridad y salud en el trabajo, aspectos importantes en el proceso de reincorporación al trabajo y el desarrollo convencional de las labores en el día a día; en ese sentido se puede resumir algunos principios planteados en conformidad a los lineamientos de las guías del Colegio Americano de Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente (ACOEM):^{23,24}

- **Planificación**

Se esgrime sobre los propósitos y fines planteados en el sistema de gestión de la entidad, resulta de especial interés, en este principio, el contar con un plan de continuación de ejecuciones; de manera que se pueda contar con los recursos para los procedimientos y tareas de la actividad específica, considerados como críticos, en caso de contingencias. Asimismo, aunado a lo descrito anteriormente, es menester mencionar que en la planificación va considerado el proceso de desescalada en el reincorporación al trabajo; lo cual va a permitir que se cuente con fases en las que a través de un incremento progresivo de efectivos en el ambiente laboral se va a ir logrando retomar progresivamente las actividades ordinarias según como se va desarrollando las condiciones sanitarias. Este último acápite de desescalada está desarrollado con marco legal por la legislación española en 4 fases.²⁵

- **Evaluación del riesgo**

En este principio resulta importante valorar las fuentes de Sars-Cov-2 en el desarrollo de las tareas, es decir que hay que considerar la plausibilidad de exposición a personas sospechosas de COVID-19, para lo cual es clave la estratificación de riesgos de los puestos laborales. A su vez, dentro del sistema de gestión, aunado al proceso de identificación de peligros, valoración de riesgos y establecimientos de controles en el ambiente laboral, es importante contar con indicadores epidemiológicos que sean orientativos para las medidas más eficaces.

- **Medidas de Higiene**

Dentro de este principio se considera que el empleador debe asegurar los puntos de lavado de manos en suficiente cantidad, con los implementos mínimos necesarios (lavador con suministro de agua potable, dispensador de jabón líquido y disponibilidad de papel toalla) y ubicación adecuada; asimismo, se considera los puntos con alcohol de 70°. Adicionalmente es importante que se cuente con un cartel de pasos para el lavado de manos en cada punto y un mapa de localización de los sitios de lavado de manos. Estos aspectos están descritos en el tercer lineamiento de la DA N° 321-MINSA/DGIESP-2021.²¹

Otro aspecto a considerar es la higiene respiratoria, dentro de ello se considera las alertas visuales en las que se describa las formas de cubrirse frente a estornudo o tos,

información sobre la utilización de equipos de protección individual. También va de la mano a ello la disponibilidad de los puntos de desinfección de manos descrito anteriormente, así como la disponibilidad de pañuelos desechables. La protección respiratoria según los niveles de riesgo y su capacitación de correcto uso, así como la separación de personas con síntomas respiratorios por el riesgo de transmisión aérea, constituyen otro pilar de este principio.²⁶

- **Distanciamiento social**

Comprende la adopción de medidas preventivas al momento de realizar actividades, incluyendo la adaptación de los puestos de trabajo, para poder mantener un espacio de seguridad entre las personas en un ambiente, de acuerdo a recomendaciones de normativa vigente se plantea una distancia de al menos 1.5m, de manera que se pueda minimizar el riesgo de transmisión.²¹ Al estar en un contexto de transmisión comunitaria resulta de especial relevancia la adopción de esta medida en todas las actividades que se realizan en el día a día.

- **Medidas de control**

Constituyen las acciones realizadas en proceso de gestión, de modo que en función a la jerarquía de controles se va a adoptar las medidas que conlleven mejor eficacia. De esta manera, en el control de riesgos, de ser posible se optará por la eliminación del peligro como la medida más efectiva; en segunda instancia se plantea la sustitución del peligro, seguido de los controles de ingeniería donde se busca que aislar a los colaboradores del peligro, la cuarta instancia está constituida por las medidas administrativas donde se dan cambios en la forma como trabajan las personas y finalmente se tiene a los equipos de protección personal.²⁷

- **Vigilancia y detección**

Resulta relevante establecer los procesos para la captación de casos por COVID-19, el auto reporte de síntomas por parte de los colaboradores, la vigilancia sintomática respiratoria, el rastreo de contactos y la elegibilidad para pruebas de detección. En

este punto se considera las disposiciones específicas para implementar, mantener y garantizar la perdurabilidad de la vigilancia, control y prevención del riesgo ante el SARS-CoV-2, siendo estas establecidas por la DA N° 321-MINSA/DGIESP-2021, que constituye la normativa vigente para el ámbito laboral.²¹

Evaluación de la situación del colaborador por el facultativo de seguridad y salud en el trabajo previo a la reincorporación al centro de labores

Es el procedimiento a través del cual el Médico Ocupacional valora la aptitud del trabajador, así como la caracterización del puesto laboral, las particularidades del colaborador y las condiciones epidemiológicas para el proceso de reincorporación laboral. En la segunda disposición de la DA N° 321-MINSA/DGIESP-2021 se detalla que en el proceso de evaluación se incluye la identificación de los puestos que son imprescindible el trabajo presencial, los que son desarrollables en forma mixta y remota; a su vez, es relevante mencionar que no se requiere ninguna toma de prueba de laboratorio para valorar el alta y en caso se genere el alta clínica por el médico tratante no es sinónimo de aptitud; de manera que esta última es determinada por el Médico Ocupacional. Adicionalmente, es menester considerar que la reincorporación laboral va de la mano de la efectividad de la jornada laboral; es decir, se debe evitar que los trabajadores realicen labores presenciales en forma innecesaria.²¹

2.3. Definiciones conceptuales

Reincorporación al trabajo

La Reincorporación al trabajo se entiende por la reanudación de la rutina normal de trabajo después de un periodo de ausencia debido a una lesión, incapacidad u otras razones.²⁸

En el contexto sanitario actual de Perú, al valorar la reincorporación al trabajo en colaboradores que fueron diagnosticados de COVID-19 y cuentan con el alta por el médico tratante; así como, la determinación de aptitud por un profesional del área de seguridad y salud en el trabajo, haciendo la precisión del término reincorporación al trabajo acorde con la normativa vigente. En este sentido, el personal apto y debidamente autorizado para realizar labor presencial (condición determinada por el empleador) podrá ingresar a las instalaciones de sus unidades ejecutoras con los implementos de bioseguridad conforme a su grupo ocupacional.²⁹

Trabajador vacunado

En relación al estado vacunal, la definición actual de trabajador vacunado, para la normativa vigente en el entorno laboral, comprende a todo individuo que desarrolla una actividad de trabajo autónoma, privada o del estado, que cumpla el esquema de inmunización del Ministerio de Salud para COVID-19; el cual comprende las dos dosis aunadas a la dosis de refuerzo acreditadas con el carnet de vacunación o certificado del proceso de inmunización.²¹

Caso confirmado de COVID-19

Es aquel individuo que cumple con las siguientes consideraciones:²¹

- Caso sospechoso o probable que presenta resultado positivo en prueba molecular para Sars-Cov-2.
- Caso sospechoso o probable que presenta resultado reactivo en prueba de antígeno para Sars-Cov-2.
- Individuo asintomático con resultado positivo para prueba molecular o de antígeno.

Caso de COVID-19 no crítico

Hace referencia al individuo que cumple criterios para caso confirmado de COVID-19 y este no precisa necesariamente intervenciones de apoyo vital.³¹

Alta de caso confirmado de COVID-19

Estos criterios se enmarcan en aspectos clínicos y epidemiológicos, de modo que posterior al haber transcurrido catorce días desde el comienzo de sintomatología y clínicamente curse los últimos 3 días con mejoría sintomatológica y afebril. En la situación de los casos asintomáticos se considera los catorce días desde la fecha de toma de prueba que dio resultado positivo y se mantienen los mismos criterios de evolución para valorar el alta.²¹

Áreas críticas

Son áreas de alto riesgo biológico por la probabilidad de transmisión de infecciones, esencialmente por la exposición a elementos biológicos debido a la presencia de pacientes con enfermedades infectocontagiosas o pacientes con la condición de inmunosupresión. Las áreas consideradas como críticas en el ámbito hospitalario para fines del estudio y en concordancia con las disposiciones previas descritas para la estratificación del riesgo ocupacional, comprenden: la zona hospitalaria de Emergencia y Hospitalización COVID-19, las Salas de Observación COVID-19, la Unidad Crítica de Emergencia (UCE), la Unidad de Cuidado Intensivos (UCI), la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), la Unidad de Cuidados Intermedios de Emergencia (UCINE), áreas de laboratorio donde se manipula muestras de casos y las áreas donde se realiza la manipulación de cadáveres COVID-19. Asimismo, se considera al personal de mantenimiento que realiza la higiene de los ambientes, quienes no se desplazan a otras áreas durante su programación de turno.³⁰

2.4. Hipótesis de investigación

2.4.1 Hipótesis General:

Si existen factores que retrasan la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 – 2022.

2.4.2 Hipótesis Específica

HE1: La edad retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022.

HE2: El número de comorbilidades retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022.

HE3: Laborar en área crítica retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022.

HE4: El estado vacunal retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022.

HE 5: El antecedente de COVID-19 retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Investigación

El estudio corresponde a la categoría observacional, en razón a que el autor no interviene en las magnitudes; asimismo, se cataloga como analítico por la búsqueda de una posible vinculación entre los factores que afectan la reincorporación al trabajo posterior a COVID-19 no crítico.

3.2. Diseño de estudio

Teniendo en consideración que la recolección de información se da en un espacio temporal puntual, corresponde la asignación de transversal; asimismo, se cataloga como cuantitativo en razón a que se expresará numéricamente y se hará uso de los estadísticos respectivos.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

Personal de salud del HNERM que fueron caso confirmado para COVID -19 no crítico en el intervalo de marzo 2020 a febrero 2022.

3.3.2 Muestra

Para fines del estudio se va a considerar la totalidad de trabajadores sanitarios registrados en el repositorio de casos confirmados de COVID-19 no crítico desde el 2do trimestre del 2020 a febrero del 2022 de la USST del HNERM. En consecuencia, el muestreo será censal para esta investigación.

3.3.3 Selección de la muestra

3.3.3.1 Criterios de inclusión

- Trabajadores de salud catalogados como caso confirmado no crítico de COVID-19 del HNERM desde el 2do trimestre del 2020 a febrero del 2022.
- Trabajadores de salud que cuenten con régimen laboral 728, 276 o CAS desde el 2do trimestre del 2020 a febrero del 2022.

3.3.3.2 Criterios de exclusión

- Colaboradores sanitarios que no cuenten con la información completa en el repositorio de la USST.
- Trabajadores de salud que cuenten con incompatibilidades de forma en la información registrada en el repositorio de la USST.

3.4. Operacionalización de variables

3.4.1 Variables

3.4.1.1. Variables Independientes

- Edad: Registro de años en el expediente clínico
- Labora en área crítica: Ambiente de trabajo considerado como área crítica según Directiva de Gerencia General N°19 – GCPS-ESSALUD-2019 V.01
- Número de comorbilidades: Número de enfermedades coexistentes descritas en la historia clínica.
- Estado vacunal: Número de dosis de la inmunización para COVID-19 registradas en el expediente clínico
- Antecedente de COVID-19: Registro en el expediente clínico de evento previo de COVID-19.

3.4.1.2. Variable Dependiente

- Retraso en la Reincorporación al trabajo: Número de días, que tarda un trabajador con COVID-19 no crítico, que excede al tiempo de aislamiento recomendado por normativa hasta la aptitud indicada por el médico ocupacional en la historia clínica.

3.5. Técnicas e instrumento de recolección de datos

Se gestionará con la jefatura de la USST para poder emplear la ficha de recolección de información a través de la revisión del repositorio de casos confirmados en trabajadores de salud del HNERM desde el segundo trimestre del 2020 a febrero 2022. A su vez, se gestionará los permisos respectivos con la gerencia del HNERM para poder acceder a la revisión de los expedientes clínicos digitales a través del sistema EsSI (Servicio de Salud Inteligente) en función a la identificación de casos en el repositorio de casos confirmados de la USST del hospital, la cual se encuentra en versión digital en hojas de cálculo de Google Drive.

3.6. Procesamiento y plan de análisis de datos

De acuerdo con la codificación de las magnitudes de interés, se realizará una matriz que servirá para almacenar la data. De modo que cada factor dispondrá de un código:

Para Retraso en la reincorporación al trabajo:

- Número de días que excede al tiempo de aislamiento recomendado por normativa hasta la aptitud

Para antecedente de COVID-19:

- No: 0
- Si: 1

Para labora en área crítica:

- No: 0
- Si: 1

La matriz a emplear mencionará la descripción de la variable, la escala de medida, las dimensiones o categorías correspondientes y los productos finales con sus codificaciones correspondientes tipo numéricos.

Se digitará por partida doble los hallazgos, a fin de controlar la calidad de la data generada. El software que se dispondrá para el tratamiento de la data se basa en Microsoft Excel 2017 y SPSS v 25.

Alineándose al objetivo principal, en primera instancia se realizará la prueba Kolmogorov-Smirnov, dado que n es mayor a 50, para determinar si la muestra presenta una distribución normal. Se empleará la estadística de análisis de regresión logística para la determinación del odds ratio ajustado, teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%. En este sentido, las magnitudes con un p valor por debajo a 0,25 en el análisis bivariado serán consideradas como candidatas para análisis multivariado, esto a fin de controlar posibles factores confusores. Asimismo, se realizará la distribución de frecuencias y cálculo porcentual para describir las características epidemiológicas.

3.7. Aspectos éticos de la investigación

Se hará extensivo a los directivos del HNERM el propósito y alcances de la investigación, de manera que se evidencie estos al momento de solicitar los permisos respectivos para el acceso al repositorio. En todo momento se guardará confidencialidad de la data obtenida, la cual será ingresada en una matriz de un dispositivo de uso personal y con restricción de acceso, que solo el autor contará para su estudio; de modo que se garantice la protección de la data de los colaboradores sanitarios de la institución.

3.8. Limitaciones de la investigación

La limitación más importante será la fidelidad y veracidad de los datos por ser un trabajo que emplea una fuente de información secundaria, la cual puede estar sujeta a pérdida de datos, cambios involuntarios o modificaciones en el tiempo; dado que es de acceso al personal asistencial que labora de la USST. Asimismo, el estudio cuenta con la limitación inherente, dentro de la jerarquía del nivel de evidencia, propia del diseño metodológico. A su vez, la dinámica evolutiva viral en el tiempo condiciona cambios en la historia natural, presentación y curso de la enfermedad.

Otro aspecto importante a considerar es que, por el contexto epidemiológico y laboral presentado, se excluyó a los trabajadores con condiciones de riesgo severo; en ese sentido, podría cambiar la representatividad de este grupo que se encontraba laborando en el periodo de estudio. Asimismo, la condición de contrato laboral podría configurar un cambio conductual ante el periodo de ausencia a labores.

CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1. Recursos

RECURSOS HUMANOS
Asesor estadístico
Estudiante investigador
Docente investigador
MATERIALES
Computadora
Internet
Útiles de escritorio

4.2. Cronograma

	2022											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Confección del Proyecto	X											
Presentación del proyecto		X										
Presentación y autorización de la FM - URP			X									
Autorización del HNERM				X	X							
Recolección de información						X	X	X	X			
Tratamiento de datos										X		
Generación del informe											X	
Presentación de informe												X
Sustentación												X

4.3. Presupuesto

Descripción	Unidad	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Personal				
Asesor de Tesis	Hora	20 horas		S/. 1500
Estadístico	Hora	10 horas		S/. 1500
Bienes				
Papel Hoja Bond	Medio millar	3	S/. 11	S/. 33
Bolígrafo	Unidad	4	S/. 2	S/.8
Lápiz	Unidad	4	S/. 1	S/.4
Corrector	Unidad	1	S/. 3.50	S/. 3.50
Rotulador	Unidad	3	S/. 3.50	S/. 10.50
USB	Unidad	1	S/. 50	S/. 50
Impresión	Ejemplar	3	S/. 25	S/. 75
Anillado	Ejemplar	3	S/. 5.00	S/. 15
Transporte	Pasaje	50	S/. 2	S/. 100
Costo total				S/. 3296

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de Perú. Sala situacional de COVID-19 Perú. Portal Digital. Minsa. Febrero 2022.

Disponible en:

https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

2. Jacob L, Koyanagi A, Smith L, Tanislav C, Konrad M, van der Beck S, Kostev K. Prevalence of, and factors associated with, long-term COVID-19 sick leave in working-age patients followed in general practices in Germany. *Int J Infect Dis.* 2021 Aug;109:203-208.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.06.063>

3. Carvalho-Schneider C, Laurent E, Lemaignan A, Beaufils E, Bourbao-Tournois C, Laribi S et al. Follow-up of adults with noncritical COVID-19 two months after symptom onset. *Clin Microbiol Infect.* 2021; 27: 258-263.

Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.09.052>.

4. Suárez-García I, Martínez de Aramayona López MJ, Sáez Vicente A, Lobo Abascal P. SARS-CoV-2 infection among healthcare workers in a hospital in Madrid. Spain. *J Hosp Infect.* 2020; 106: 357-363.

Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.07.020>

5. Prezant DJ, Zeig-Owens R, Schwartz T, Liu Y, Hurwitz K, Beecher S et al. Medical Leave Associated With COVID-19 Among Emergency Medical System Responders and Firefighters in New York City. *JAMA Netw Open.* 2020;3.

Disponible en:

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.16094>

6. Jacobsen, P A et al. "Return to work after COVID-19 infection - A Danish nationwide registry study." *Public health* vol. 203 (2022): 116-122. Disponible en: [10.1016/j.puhe.2021.12.012](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.12.012)
7. Westerlind, Emma et al. "Patterns and predictors of sick leave after Covid-19 and long Covid in a national Swedish cohort." *BMC public health* vol. 21,1 1023. 31 May. 2021, Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11013-2>
8. Jacob L, Koyanagi A, Smith L, Tanislav C, Konrad M, van der Beck S, Kostev K. Prevalence of, and factors associated with, long-term COVID-19 sick leave in working-age patients followed in general practices in Germany. *Int J Infect Dis.* 2021 Aug;109:203-208. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.06.063>
9. Alquézar-Arbé A, Piñera P, Jacob J, Martín A, Jiménez S, Llorens P, Martín-Sánchez FJ, Burillo-Putze G, García-Lamberechts EJ, González Del Castillo J, Rizzi M, Agudo Villa T, Haro A, Martín Díaz N, Miró Ò. Impact of the COVID-19 pandemic on hospital emergency departments: results of a survey of departments in 2020 - the Spanish ENCOVUR study. *Emergencias.* 2020 Sep;32(5):320-331. English, Spanish. PMID: 33006832. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33006832/>
10. Suárez-García I, Martínez de Aramayona López MJ, Sáez Vicente A, Lobo Abascal P. SARS-CoV-2 infection among healthcare workers in a hospital in Madrid, Spain. *J Hosp Infect.* 2020 Oct;106(2):357-363. doi: 10.1016/j.jhin.2020.07.020. Epub 2020 Jul 21. PMID: 32702465; PMCID: PMC7371579. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jhin.2020.07.020>
11. Chaudhry ZS, Cadet L, Sharip A. Return to Work, Demographic Predictors, and Symptomatic Analysis Among Healthcare Workers Presenting for COVID-19 Testing: A Retrospective Cohort From a United States Academic Occupational Medicine Clinic. *Cureus.* 2021 Nov 27;13(11):e19944. Disponible en: <https://doi.org/10.7759%2Fcureus.19944>

12. Ganz-Lord FA, Segal KR, Rinke ML. COVID-19 symptoms, duration, and prevalence among healthcare workers in the New York metropolitan area. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2021 Aug;42(8):917-923.
Disponibile en: <https://doi.org/10.1017/ice.2020.1334>
13. Villarreal J, Nieto SV, Vázquez F, Del Campo MT, Mahillo I, de la Hoz RE. Time to a Negative SARS-CoV-2 PCR Predicts Delayed Return to Work After Medical Leave in COVID-19 Infected Health Care Workers. *J Occup Environ Med*. 2021 Nov 1;63(11):970-974.
Disponibile en: <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000002336>
14. Machhi J, Herskovitz J, Senan AM, Dutta D, Nath B, Oleynikov MD, Blomberg WR, Meigs DD, Hasan M, Patel M, Kline P, Chang RC, Chang L, Gendelman HE, Kevadiya BD. The Natural History, Pathobiology, and Clinical Manifestations of SARS-CoV-2 Infections. *J Neuroimmune Pharmacol*. 2020 Sep;15(3):359-386.
Disponibile: <https://doi.org/10.1007/s11481-020-09944-5>
15. Hu, B., Guo, H., Zhou, P. *et al*. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol* **19**, 141–154 (2021).
Disponibile: <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>
16. Ministerio de Salud de Perú (MINSA). Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el Perú. Directiva Sanitaria N° 135-MINSA/CDC-2021.
Disponibile:
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2024343/Directiva%20Sanitaria%20N%C2%B0135-MINSA/CDC-2021.pdf>
17. Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19. U.S. Department of Labor. OSHA 3990-03 2020.
Disponibile en: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/OSHA3990.pdf>

18. Ministerio de Salud de Perú (MINSA). Lineamientos para a vigilancia de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19. Documento técnico. Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA.
Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/668359/RM_239-2020-MINSA_Y_ANEXO.PDF
19. Ministerio de Salud de Perú (MINSA). Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19. Documento técnico. Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA.
Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/903763/RM_448-2020-MINSA.pdf
20. Ministerio de Salud de Perú (MINSA). Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS-CoV-2. Documento técnico. Resolución Ministerial N° 972-2020-MINSA.
Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1467798/RM%20972-2020-MINSA.PDF.PDF>
21. Ministerio de Salud de Perú (MINSA). Disposiciones para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS-CoV-2. Documento técnico. Directiva Administrativa N° 321-MINSA/DGIESP-202.
Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2566367/Directiva%20Administrativa%20N%C2%B0%20321-MINSA/DGIESP-2021.pdf>
22. Ministerio de Salud de Perú (MINSA). Manejo ambulatorio de personas afectadas por la COVID-19 en el Perú. Documento técnico. Resolución Ministerial N° 010-2022-MINSA.
Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2733823/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0%20010-2022-MINSA%20.pdf>

23. Baptista MC, Burton WN, Pawlecki B, Pransky G. A Physician's Guide for Workers' Return to Work During COVID-19 Pandemic. *J Occup Environ Med.* 2021 Mar 1;63(3):199-220. doi: 10.1097/JOM.0000000000002118. PMID: 33350662; PMCID: PMC7934326.
Disponible en: <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000002118>
24. Taylor T, Das R, Mueller K, Pransky G, Christian J, Orford R, Blink R. Safely Returning America to Work: Part I: General Guidance for Employers. *J Occup Environ Med.* 2020 Sep;62(9):771-779. doi: 10.1097/JOM.0000000000001984. PMID: 32890217.
Disponible en: <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000001984>
25. Ministerio de Justicia del Gobierno de España. Esquema de Seguridad Laboral y el Plan de Desescalada para la Administración de Justicia ante el COVID-19. Orden JUS/394/2020. BOE-A-2020-4897.
Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/05/08/jus394/con>
26. Organización Mundial de Salud (OMS). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público. Última actualización: 7 de octubre de 2020.
Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
27. Centers for Disease Control and Prevention. Hierarchy of controls. Workplace Safety & Health Topics. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Page last reviewed: January 13, 2015.
Disponible en: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>
28. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine. MeSH terms.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=return+to+work>

29. Ministerio de Salud de Perú. Directiva administrativa que establece las disposiciones para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a Sars-Cov-2. Directiva Administrativa N° 321-MINSA/DGIESP-2021.
Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2513071-1275-2021-minsa>

30. Seguro Social de Salud (EsSalud). Normas de Bioseguridad del Seguro Social de Salud – ESSALUD. Directiva de Gerencia General N° 19 – GCPS-ESSALUD-2019 V.01.
Disponible en: https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000004782_pdf.pdf

31. Ministerio de Salud de Perú (MINSA). Norma Técnica de Salud “Manejo de personas afectadas de personas afectadas por la COVID-19 en áreas de atención críticas de adultos. Documento técnico. Norma Técnica de Salud N° 181-2022-MINSA/DGIESP.
Disponible en: <https://bvs.minisa.gob.pe/local/fi-admin/RM-094-2022-MINSA.pdf>

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA					
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cuáles son los factores que retrasan la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022?	Determinar los factores que retrasan la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 – 2022.	Si existen factores que retrasan la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 – 2022.	Variable dependiente: Retraso en la reincorporación al trabajo	Historia clínica	Estudio observacional, de tipo analítico, retrospectivo y transversal. La población de estudio está conformada por personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022, que cumplen los

<p>¿Cuál es la asociación entre la edad y el retraso en la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022?</p>	<p>Estimar si la edad retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022.</p>	<p>La edad retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022.</p>	<p>Variable independiente: Edad</p>		<p>criterios de inclusión y exclusión para el estudio.</p> <p>Para la recolección de datos se hará uso de la ficha de recolección de datos (anexo 2) en base a las historias clínicas disponibles.</p> <p>Para el registro y tabulación de los datos obtenidos se creará una base de datos en Microsoft Excel 2017.</p>
<p>¿Cuál es la asociación entre el número de comorbilidades y el retraso de la reincorporación al</p>	<p>Analizar si el número de comorbilidades retrasan la reincorporación al trabajo post</p>	<p>El número de comorbilidades retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no</p>	<p>Variable Independiente: Número de comorbilidades</p>		

trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022?	COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022.	crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022.			Posteriormente se realizará el análisis estadístico con el programa SPSS v.25 (Statistical Package for Social and Sciences)
¿Cuál es la asociación entre laborar en área crítica y el retraso de la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional	Calcular si laborar en área crítica retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati	Laborar en área crítica retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el	Variable independiente:	Laborar en área crítica	

Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022?	Martins durante el periodo 2020 - 2022.	periodo 2020 - 2022.			
¿Cuál es la asociación entre el estado vacunal y el retraso de la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022?	Identificar si el estado vacunal retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022.	El estado vacunal retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022.	Variable independiente: Estado vacunal		
¿Cuál es la asociación entre el	Estudiar si el antecedente de	El antecedente de COVID-19	Variable independiente:		

antecedente de COVID-19 y el retraso de la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022?	COVID-19 retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022.	retrasa la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 - 2022.	Antecedente de COVID-19		
--	---	--	-------------------------	--	--

2. Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Tipo de variable, relación y naturaleza	Categoría o unidad
RETRASO EN LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO	Retraso en la reanudación de la rutina normal de trabajo después de un periodo de ausencia debido a una lesión, incapacidad u otras razones.	Número de días que excede el periodo de aislamiento indicado por normativa hasta la aptitud indicada por el médico ocupacional en la historia clínica.	Razón Discreta	Dependiente Cuantitativa	Número de días
EDAD	Número de años de una persona	Registro de número de años	Nominal	Independiente Cualitativa	1= Menor de 30 años

		en la historia clínica			2 = 30 a 50 años 3 = Mayor de 50 años
NUMERO DE COMORBILIDADES	La presencia de enfermedades coexistentes o adicionales al diagnóstico inicial o en referencia a la condición índice de la persona en estudio.	Número de enfermedades coexistentes descritas en la historia clínica listadas como grupo de riesgo en normativa vigente	Nominal	Independiente Cualitativa	1 = Presencia de menos de 2 comorbilidades 2 = Mayor o igual a 2 comorbilidades
ESTADO VACUNAL	Condición de un sujeto que se le ha administrado vacunas contra la COVID-19 que estimulan la respuesta	Número de dosis de la vacuna recibidas por el trabajador contra la COVID-19	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Número de dosis recibidas

	inmunitaria del huésped.	registradas en la historia clínica			
ANTECEDENTE DE COVID-19	Condición de un sujeto que ha padecido un cuadro viral por SARS-CoV-2 y que ha tenido prueba confirmatoria.	Registro en la historia clínica de evento previo de COVID-19	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = No 1 = Si
LABORAR EN ÁREA CRÍTICA	Ambiente de trabajo en las áreas hospitalarias de alto riesgo biológico por la probabilidad de transmisión de infecciones.	Ambiente de trabajo considerado como área crítica de acuerdo con la estratificación del riesgo ocupacional	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = No 1 = Si

3. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTOR	ITEMS	CODIFICACIÓN
Ocupación: Personal de Salud (Fuente: <i>Decreto Legislativo N°1153</i>)	Médico	1
	Enfermera	2
	Tecnólogo médico	3
	Obstetra	4
	Técnico y auxiliar asistencial de la salud	5
	Nutricionista	6
	Cirujano Dentista	7
	Psicólogo	8
	Biólogo	9
	Asistente social	10
	Ingeniero sanitario	11
Edad	Menor de 30 años	1
	30 a 50 años	2
	Mayor de 50 años	3
Género		
Labora en área crítica		0
		1
Estado vacunal (Número de dosis recibidas)		
Antecedente de COVID-19	No	0
	Si	1
Número de comorbilidades	Presencia de menos de 2 comorbilidades	1
	Mayor o igual a 2 comorbilidades	2
Fecha de atención		

Fecha de inicio de síntomas		
Fecha de resultado positivo y tipo de prueba		
Fecha programada de fin de aislamiento		
Fecha de reincorporación laboral		
Número de días que excede del periodo para reincorporación según normativa		

4. Solicitud de permiso institucional

CARTA DE PRESENTACION

ASUNTO:

SOLICITUD DE RECOLECCIÓN DE DATOS RELACIONADOS A FACTORES QUE AFECTAN LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO POST COVID-19 NO CRITICO EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL PERIODO MARZO 2020 A ENERO 2022

Estimado Dr. Joshua Quiroz Zevallos

Me es grato dirigirme a usted teniendo el conocimiento que posee el cargo de Jefe de la Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo (USST) del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Requiero su permiso para la aplicación de mi protocolo de tesis en los trabajadores de salud que fueron casos confirmados de COVID-19 del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo marzo 2020 a febrero 2022, haciendo uso de la ficha de recolección de datos en formato de encuesta de recopilación de información a través del acceso a la base de datos de casos confirmados de la USST; dicha información resulta necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optaré por el título de médico especialista en Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente.

El título del proyecto de investigación en cuestión es: “FACTORES QUE RETRASAN LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO POST COVID-19 NO CRITICO EN PERSONAL

DE SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN
EL PERIODO 2020 – 2022”

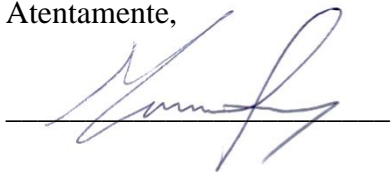
El investigador es:

Miguel Angel Carrera Sihuay, Investigador principal, Médico Residente de
Medicina Ocupacional y Medio ambiente por la Universidad Ricardo Palma.

Celular: +51961582595.

Agradezco vuestra amable atención prestada a mi solicitud,

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Miguel Angel Carrera Sihuay', is written over a horizontal line.

Miguel Angel Carrera Sihuay

DNI: 70309458

5. Reporte de Turnitin

Factores que retrasan la reincorporación al trabajo post COVID-19 no crítico en personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2020 -2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%	5%	0%	0%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	intra.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	www.qhse.com.pe Fuente de Internet	<1%
6	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1%
7	ctmperu.org.pe Fuente de Internet	<1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo