



**Factores asociados al retorno laboral después de un episodio severo de COVID-19.
Estudio transversal**

Investigador principal
Claudia Patricia Jiménez Oyuela
Heidy Milena Ávila Ramos

Coinvestigador(es)
Alfredo Hernández-Ruiz
Gilma Hernández Herrera
Leonardo Briceño Ayala

**Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de maestría en seguridad y salud en el trabajo
Universidad del Rosario**

Bogotá, 2022

**Factores asociados al retorno laboral después de un episodio severo de COVID-19.
Estudio transversal**

Estudiante(s):
**Claudia Patricia Jiménez Oyuela
Heidy Milena Ávila Ramos**

Coinvestigador(es)
Alfredo Hernández-Ruiz

Asesor metodológico:
**Gilma Hernández Herrera
Leonardo Briceño Ayala**

**Maestría en Seguridad y Salud en el trabajo
Universidad del Rosario**

Bogotá D.C., 2022

FACTORES ASOCIADOS AL RETORNO LABORAL DESPUES DE UN EPISODIO SEVERO DE COVID-19. ESTUDIO TRANSVERSAL.

Autores

Claudia Patricia Jiménez Oyuela ^a, Heidy Milena Ávila Ramos ^{ac}, Alfredo Hernández-Ruiz^b, Leonardo Briceño Ayala ^a, Gilma Hernández Herrera ^a.

Afiliaciones

^a Maestría en Seguridad y Salud en el Trabajo, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud - Universidad del Rosario

^b Unidad de Investigación, Clínicas Somer, Rionegro, Colombia

^c Hospital Departamental María Inmaculada, Florencia, Colombia

Resumen

Introducción. La pandemia de COVID-19 tiene un enorme impacto en los sistemas sanitarios de todo el mundo. La presentación clínica varía desde una enfermedad leve hasta grave o mortal, con una evolución clasificada como grave en el 15-20% de los pacientes. En los casos severos se requiere tratamiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para la neumonía grave y el síndrome de dificultad respiratoria aguda, con la característica de permanecer un periodo de tiempo considerablemente más largo, hasta de 20 días. La mayoría de los sobrevivientes de un ingreso hospitalario con COVID-19 no están completamente recuperados a los cinco meses, lo cual también influye en su retorno a trabajar.

Objetivo General. Describir la frecuencia y los principales factores relacionados de reincorporación laboral en pacientes que sobrevivieron a un episodio severo de COVID-19. Se centra en pacientes egresados de UCI durante el periodo 2020 y 2021 para analizar las consecuencias de la enfermedad en cuanto al retorno al trabajo.

Materiales y métodos. Es de corte transversal. La población objeto fueron pacientes que sobrevivieron a un episodio severo de COVID-19, egresados de dos UCI de instituciones médicas en Antioquía y Caquetá (Colombia), durante el 2020 y 2021. El instrumento que se utilizó fue el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0), y preguntas adicionales propuestas por los investigadores para lograr cumplir los objetivos planteados. En un primer momento se hizo la descripción de todas las variables incluidas en este estudio de acuerdo con su distribución. Se realizó análisis univariado y bivariado.

Resultados. El 91,87% retornaron al trabajo después de tener un episodio severo de COVID 19. El 65,5% lo hicieron antes o al mes del egreso de UCI. El 75,61% de los pacientes relató tener comorbilidades relacionadas con COVID-19. En cuanto a los factores relacionados con el retorno al trabajo se encontró asociación con el tiempo de hospitalización y programa de rehabilitación ($p = 0,013$). En cuanto al grado de discapacidad se encontró que en los promedios de los puntajes del WHODAS se obtuvo valores mayores en los que no retornaron (puntajes altos son mayor grado de discapacidad).

Palabras Clave: COVID-19, return to work, post-Covid 19 syndrome, acute respiratory distress syndrome, intensive care units.

1. INTRODUCCIÓN

La OMS declaró el brote de COVID-19 (del inglés enfermedad por coronavirus) como una pandemia el 11 de marzo de 2020. Hasta el 11 de agosto de 2022, se habían notificado a nivel mundial 585.086.861 casos confirmados, de los cuales fallecieron 6.422.914 personas-(1). En Colombia, para esta misma fecha se reportaron por el Instituto Nacional de Salud 6278.998 de casos confirmados, de los cuales 97,10% se habían recuperado, estaban activos el 0,23% y fallecidos el 2,25% (141.075 personas). De los casos activos (14.527 personas) se encontraban en casa 88,16%, hospitalizados 10,68%, y en la Unidad de Cuidados Intensivos el 1,16%. En cuanto a la distribución por sexo, en mujeres 53,39% y en hombres 46,61% y por edad se evidenció que la prevalencia más alta fue el grupo de 30 a 39 años con el 22,22%, seguido por los de 20 a 29 años con el 20,77% y en tercer lugar el grupo entre 40 a 49 años con el 16,86%; de tal manera que la población en edad de trabajar constituyó el mayor porcentaje de casos confirmados de coronavirus en Colombia. (2).

En cuanto a la presentación clínica, varía desde una enfermedad leve hasta una enfermedad grave o mortal. Los síntomas que caracterizan la COVID-19 son inespecíficos y principalmente son fiebre, tos, y mialgias. Se encuentran otros como dolor de garganta, cefalea, escalofríos, náuseas o vómito, diarrea, ageusia, y congestión conjuntival. Adicionalmente, se ha descrito lesiones en otros órganos como lesiones cardiovasculares (desequilibrio cardiaco, lesión miocárdica directa, arritmias y tromboembolismo venoso), lesión hepática aguda, lesión renal aguda, y complicaciones neurológicas (accidente cerebrovascular grave, síndrome de Guillain-Barré, encefalitis aguda, convulsiones y lesiones musculoesqueléticas) principalmente para los pacientes con condiciones de salud crónicas preexistentes. (3).

La severidad se clasifica clínicamente en enfermedad leve (sin evidencia de neumonía viral o hipoxia), enfermedad moderada (neumonía), enfermedad grave (neumonía grave) y enfermedad crítica (Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda – SDRA y/o sepsis y/o choque séptico). (4) La mayoría de las personas con COVID-19 tiene una enfermedad leve o no complicada (81%), algunas desarrollan una enfermedad grave que requiere oxigenoterapia (14%) y aproximadamente el 5% requiere manejo en Unidad de Cuidados Intensivos. De estos últimos la mayoría requiere ventilación mecánica, con la característica distintiva a otras entidades clínicas que los cuidados intensivos y dependencia de ventiladores son necesarios durante un periodo considerablemente más largo (hasta de 20 días) (5).

De otro lado, posterior a un episodio de COVID-19, los pacientes pueden tener diferentes comportamientos que van desde la resolución de los síntomas hasta la continuidad de estos que pueden limitar la calidad de vida, lo que se conoce como Síndrome post-COVID-19. La Guía 188 de NICE (National Institute for Health and Care Excellence -UK), define este Síndrome como “Los signos y síntomas que se desarrollan durante o después de una infección compatible con COVID-19, continúan durante más de 12 semanas y no se explican mediante un diagnóstico

alternativo. Por lo general, se presenta con grupos de síntomas, a menudo superpuestos, que pueden fluctuar y cambiar con el tiempo y pueden afectar cualquier sistema del cuerpo. El síndrome post-COVID-19 se puede considerar antes de las 12 semanas, mientras que también se evalúa la posibilidad de una enfermedad subyacente alternativa”(6). Así, un estudio realizado en China por Liang L., et al (8), describieron los casos de 76 pacientes que sobrevivieron a un episodio de COVID-19 que requirieron hospitalización, de los cuales 55 eran mujeres, con una edad media de $41,3 \pm 13,8$ años, 65 (86%) eran trabajadores sanitarios, que fueron dados de alta en el Wuhan Union Hospital en China y mostró que la mayoría de los sobrevivientes volvieron a su trabajo original en los tres meses posteriores al alta. Sin embargo, más de la mitad de los sobrevivientes de la COVID-19 presentaron síntomas leves en los tres meses posteriores al alta. (7)

En cuanto a la condición posterior en los casos de enfermedad crítica independiente de la causa, se conoce que entre más tiempo requiera un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, mayor es el riesgo de complicaciones físicas, cognitivas y emocionales a largo plazo, lo que se conoce como Síndrome Post- Cuidados Intensivos (PICS: Post Intensive Care Syndrome), esta definición fue reconocida en el año 2010 por la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos, se define como un deterioro nuevo o que empeora después de una enfermedad crítica y que persiste más allá del alta hospitalaria(8). Stam J, et al., en el año 2020, anotan que *la pandemia se replica posterior al alta de la UCI*, - es decir, hay otra pandemia - debido a las consecuencias de la enfermedad respiratoria grave y las discapacidades secundarias que resultan de los tratamientos de cuidados intensivos, incluyendo: Polineuropatía por enfermedad crítica y Miopatía por enfermedad crítica, como parte del Síndrome Post Cuidados Intensivos (PICS: Post Intensive Care Syndrome). Adicional, relaciona los resultados de estudios sobre PICS en los que se refiere que la complicación más común son las neuromusculares, adicional, de las implicaciones sociales como son que un tercio de los pacientes que experimentan PICS no vuelven a trabajar, y otro tercio no regresa a su trabajo previo o a un trabajo con un salario anterior al ingreso a UCI; el 25% experimenta pérdida de independencia y requiere ayuda para las actividades de la vida diaria, un año después de la admisión a UCI. (5)

Si bien ya existen algunos estudios sobre Síndrome post-COVID-19, se conoce poco sobre las consecuencias laborales para estos pacientes. Aunque, se puede considerar que estos pueden tener un comportamiento similar a un Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA) por otras causas infecciosas. Como evidencia indirecta descrita en otros escenarios, se demostró que, el retraso en la reincorporación al trabajo es frecuente después de un episodio de SDRA, Kamdar BB, et al., realizaron un estudio con 138 sobrevivientes de SDRA hospitalizados entre 2004 y 2007. Este estudio buscó comprender la magnitud de este problema y ayudar a identificar a los individuos de riesgo para las intervenciones de rehabilitación profesional. Este fue un estudio de 5 años de duración con 67 pacientes que sobrevivieron al SDRA y que trabajaban antes del ingreso a UCI. Los resultados mostraron que un tercio de los sobrevivientes nunca regresó al trabajo y tras los 5 años de seguimiento la mitad estaba desempleada o recibiendo una compensación por discapacidad; el retraso en la reincorporación laboral ocasionó una pérdida de ganancias para ~ 80% de los sobrevivientes en un acumulado de 5 años promedio estimado en casi US \$ 200000, y finalmente, los sobrevivientes que tuvieron retrasos para retornar a trabajar experimentaron una disminución relativa del 70% en seguros privados y duplicaron la asistencia sanitaria que cubre el gobierno. (9). Un metanálisis de 38 estudios que evaluaron el regreso al trabajo después de la hospitalización en la unidad de cuidados

intensivos (UCI) en sobrevivientes de enfermedades críticas previamente empleados encontraron que con puntos de tiempo de seguimiento discretos, la prevalencia estimada de regreso al trabajo con un intervalo de confianza del 95% de 1 a 3 meses fue del 36% de los estudios revisados, a los 6 meses fue del 64%, a los 12 meses del 60%, de 18 a 36 meses del 63% y finalmente de 42 a 60 meses fue del 68% de los estudios; adicional, los sobrevivientes anteriormente empleados a menudo recibieron nuevos beneficios por discapacidad e incurrieron en una pérdida sustancial de ingresos. Además, entre los sobrevivientes que regresaron al trabajo, entre el 5 % y el 84 % trabajaban menos o se jubilaron posteriormente, el 17 % al 66 % cambiaron de ocupación y entre el 20 % y el 36 % posteriormente perdieron el trabajo. Como posibles predictores de retraso en el regreso al trabajo (es decir, >50 % de los estudios que demuestran un hallazgo positivo similar) se reportaron la educación inferior, comorbilidades preexistentes, ingreso por causas no traumáticas, alta a un lugar no hospitalario y deterioro de la salud mental después del alta hospitalaria. Por último, encontraron pocas diferencias en el retorno al trabajo por región geográfica o cuando se evaluó durante una recesión económica, lo que sugiere poca influencia de factores sociales o económicos en los hallazgos. Además, no observaron diferencias significativas según el diagnóstico de ingreso en la UCI (SDRA versus no SDRA). (10)

En el Reino Unido se realizó un estudio, sobre los impactos de la COVID-19 en la salud física, cognitiva y mental después de la hospitalización, llamado “Physical, cognitive and mental health impacts of COVID-19 following hospitalisation – a multi-centre prospective cohort study”, el cual es el primer informe del estudio COVID-19 poshospitalario (PHOSP-COVID). El objetivo fue determinar el impacto en la salud y el empleo, identificar factores asociados a la recuperación y describir fenotipos de recuperación. En cuanto al empleo encontraron que de los pacientes que trabajaban antes de tener la enfermedad, a los 5 meses del alta hospitalaria, el 17,8% ya no trabajaba y el 19,3% experimentaron un cambio en su situación laboral debido a su condición de salud. Además, la mayoría de los sobrevivientes de un ingreso hospitalario con COVID-19 no están completamente recuperados a los cinco meses y tienen una carga sustancial diversa en la salud física y mental y un impacto negativo en el empleo. (11)

En cuanto a la discapacidad posterior a sufrir un episodio de COVID 19, un estudio realizado en un instituto de atención terciaria en el oeste de India en el que se evaluó el grado de discapacidad en 97 sobrevivientes de COVID-19 utilizando el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0) desde noviembre de 2020 hasta mayo de 2021 encontró que los sobrevivientes de COVID-19 con fatiga o disnea tenían una discapacidad más significativa en comparación con otros pacientes; las mujeres tenían una discapacidad más significativa en comparación con los hombres y no encontraron ninguna discapacidad significativa en los sobrevivientes de COVID-19 después de tres meses de enfermedad según el índice de masa corporal, la hospitalización, la diabetes y los requerimientos de oxígeno. (12) En cuanto al estado laboral, un estudio de seguimiento prospectivo de pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital universitario en Italia en el que se evaluó la calidad de vida de los sobrevivientes de SDRA COVID-19 con ventilación invasiva encontró que antes del inicio de la enfermedad, 28 de 39 pacientes (72%) estaban trabajando. A los 2 meses del alta, a pesar de una buena recuperación, solo ocho pacientes (21%) habían vuelto a su trabajo habitual, mientras que un paciente (2,6%) retornó con otras tareas debido a la enfermedad. Once de los 39 pacientes (28%) estaban desempleados o jubilados antes de la

enfermedad COVID-19, pero 19 pacientes (49%) no trabajaban por razones dependientes de dicha enfermedad. (13)

En Colombia se desconoce la reincorporación laboral de los pacientes que sobreviven a un episodio severo por COVID-19, es decir si se reincorporan al trabajo o no, la periodicidad de la reincorporación, así como los principales factores relacionados en que la reincorporación al trabajo sea temprana o tardía. Este estudio pretende describir la frecuencia de reincorporación laboral y los principales factores relacionados en pacientes que sobrevivieron a un episodio severo de COVID-19, egresados de UCI en dos instituciones de salud en Colombia, durante el periodo 2020 y 2021.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Diseño del estudio

Esta investigación es de corte transversal. La población objeto fueron pacientes que sobrevivieron a un episodio severo de COVID-19, egresados de UCI en dos instituciones médicas durante el 2020 y 2021. El Hospital 1 es una institución médica de alto nivel de complejidad que atiende población afiliada tanto al régimen contributivo como subsidiado en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Esta clínica cuenta con cerca de 200 camas. Antes de la pandemia, contaba con 19 camas para el área de cuidado crítico (14 de cuidados intensivos y 5 de cuidados especiales). Con la emergencia sanitaria se expandió a 41 camas (31 de unidad de cuidados intensivos y 10 de cuidados especiales); adicional por la alta demanda de pacientes con COVID 19 se tenía un piso de hospitalización de cuidados especiales con aproximadamente 12 camas, en el cual se manejaban los pacientes precríticos que requerían cánulas de alto flujo.

El Hospital 2 atiende población afiliada principalmente al régimen subsidiado en el Sistema de Seguridad Social en Salud. A inicios del año 2020 contaba con 15 camas de unidad de cuidados intensivos, con 10 ventiladores, sin posibilidad de hacer hemodiálisis ni sistema de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), razón por la cual se remitían aquellos pacientes que requerían este tipo de manejo; para el año 2021 se expandió la UCI a 20 camas con disponibilidad de ventiladores para cada una.

2.2. Descripción de Variables

Las variables independientes del presente estudio fueron: edad, sexo, identificación, estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil, cabeza de familia. lugar de residencia, personas con quién vive, tiempo en la empresa, tipo de contrato, sector económico, tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, disminución de ingresos económicos debido a su condición de salud, tiempo de retorno al trabajo, tiempo de hospitalización, comorbilidades relacionadas con COVID-19, programa de rehabilitación, y terminación de relación laboral. Las variables dependientes fueron: discapacidad y retorno al trabajo.

2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron pacientes con COVID-19 severo ingresados en una UCI de las dos instituciones durante el período de marzo de 2020 a diciembre de 2021 que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: pacientes de sexo femenino o masculino entre 18 y 62 años que sobrevivieron a un episodio severo de COVID-19 y egresados de una UCI, que tuvieran una prueba positiva ya sea RT PCR o antígenos para SARS-Cov 2, que antes del episodio COVID-19 se encontraban laborando y que aceptaran ingresar de forma voluntaria, evidenciado con el asentimiento informado. Se excluyeron pacientes que tenían otra enfermedad que limitaba la esperanza de vida, como neoplasias, pacientes con COVID-19 que ingresaron a UCI por otra causa, y aquellos que no se podían contactar por llamada telefónica.

2.4. Muestra

El tamaño de muestra fue por conveniencia, no probabilístico, donde se incluyó a todos los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, en el periodo comprendido entre marzo de 2020, inicio de la pandemia, hasta diciembre de 2021, fecha en que se inició el estudio.

2.5. Recolección y manejo de datos

Para la recolección de información se solicitó a las dos instituciones una base de datos de la Unidad de Cuidados Intensivos de pacientes COVID-19 egresados en el periodo marzo 2020 a diciembre 2021, previa autorización y aval por los respectivos comités de ética de cada institución. Se revisó la base de datos y se seleccionó la población a estudio de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Se contactó a la población seleccionada a través de llamada telefónica con el fin de invitar a participar en el estudio, realizar asentimiento informado y responder la encuesta.

Posteriormente, si el paciente manifestaba su voluntad para realizar el estudio, se aplicaba la encuesta vía telefónica, la cual tuvo dos partes, una de variables sociodemográficas y laborales, y en la segunda parte el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0). Este es un instrumento de evaluación genérico desarrollado por la OMS para brindar un método estandarizado de medición de la salud y la discapacidad entre las culturas. La OMS otorga el libre acceso y uso a esta herramienta, para lo que solicitan completar un formulario de inscripción online en el sitio web de WHODAS 2.0, lo cual se realizó el 27 de mayo de 2021(14). Las investigadoras realizaron la capacitación y estandarización de la aplicación de este instrumento.

Se realizó prueba piloto a 3 pacientes, posterior a lo cual se realizaron ajustes para optimizar el tiempo en la llamada, se realizó llamada telefónica a los números de contacto que aparecían en la historia clínica, 73 pacientes no se pudieron contactar y 5 no aceptaron participar en el estudio.

2.6. Instrumentos

WHODAS 2.0 es un instrumento de evaluación genérico y práctico, que puede medir la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica. Este instrumento capta el nivel de funcionamiento en los últimos 30 días en seis dominios de la vida: cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades cotidianas y participación (total de 36 preguntas). Las preguntas de cada dominio tienen la posibilidad de respuesta como: “ninguna”, “leve”, “moderada”, “severa”, y “extrema” y permite convertir el puntaje total en un sistema métrico que oscile entre 0 y 100 (donde 0=sin discapacidad a 100=discapacidad completa). (14)

En cuanto a las preguntas adicionales propuestas por las investigadoras para lograr cumplir los objetivos planteados, se tomaron de herramientas validadas a nivel internacional o nacional como son: Cuestionario básico sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y el Caribe (Cuestionario CTESLAC) y la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). La primera es un cuestionario propuesto por 77 expertos de la región de Latinoamérica y el Caribe para fomentar la realización periódica de encuestas que determinen las condiciones de empleo, de trabajo, de salud y los recursos preventivos en estos países (15). Por otra parte, la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) tiene como objetivo principal proporcionar información básica sobre el tamaño y estructura de la fuerza de trabajo en Colombia, así como de las características sociodemográficas con el fin de estimar los principales indicadores del mercado laboral colombiano, esta encuesta se hace de manera continua y se aplica en todo el territorio nacional por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (16).

Se solicitó la base de datos en las dos instituciones de salud de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos por un episodio severo de COVID- 19 en el periodo comprendido entre 16 de marzo de 2020 hasta el 11 de diciembre de 2021.

Los 123 pacientes localizados y quienes aceptaron participar en el estudio se les realizó la entrevista vía telefónica, la duración aproximada de la aplicación del instrumento fue de 20 mn. Las respuestas del instrumento se guardaron en la aplicación Survey-Monkey, una vez se tuvieron todas las encuestas se bajó en formato Excel las respuestas, se realizó la codificación de las respuestas de acuerdo a los establecido en el Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS – WHODAS 2.0, se encontraron 66 datos faltantes y se procedió de acuerdo al manual, para lo cual cuando se encontró una o más preguntas faltantes, el puntaje promedio entre todas las preguntas dentro del dominio se asignó a las preguntas faltantes. Este método no se usó en caso de faltar más de dos preguntas en un mismo dominio, lo cual se encontró en dos pacientes, en estos casos se realizó el procedimiento de imputación “hot deck”, en el cual se llenó las respuestas faltantes mediante la utilización de valores observados en personas encuestadas similares (es decir, con características demográficas comunes, situación en el momento de la entrevista, y tipo de trabajo), y con respuestas similares en los dominios (14). Para realizar el análisis estadístico, los datos fueron almacenados y procesados en Excel y exportados a SPSS versión 25 con licencia de Universidad del Rosario.

2.7. Análisis Estadístico

En un primer momento se hizo la descripción de todas las variables incluidas en este estudio de acuerdo con su distribución. Las variables categóricas se describieron mediante porcentajes; y

las variables cuantitativas fueron evaluadas con la prueba de Shapiro-Wilk para definir si tenían una distribución normal o no, y de acuerdo con el resultado se utilizó el promedio y la desviación estándar; en el caso de las variables que no son normales se utilizó para su descripción la mediana y el rango intercuartil. Luego se comparó el grupo que retorno al trabajo y el grupo que no retorno al trabajo, con las variables continuas utilizando la prueba t Student o de U de Mann–Whitney según la distribución y con las variables de comparación categóricas se utilizó la prueba de X^2 de asociación.

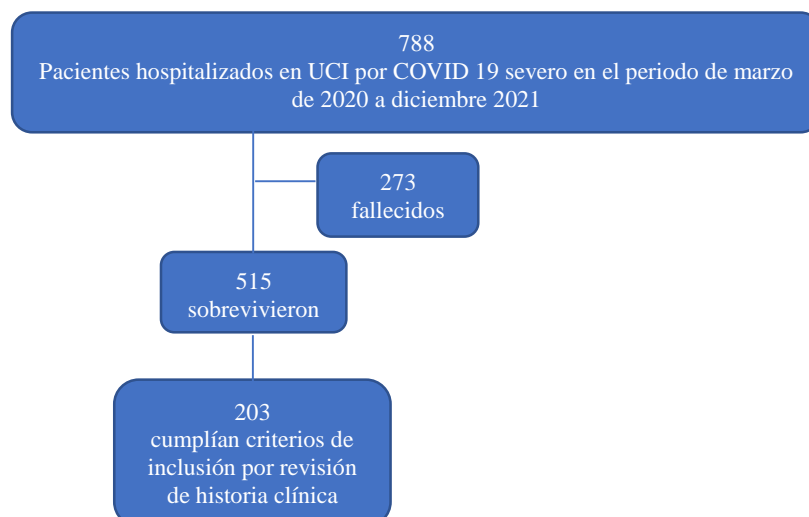
2.8. Consideraciones éticas

De acuerdo con la legislación colombiana en la resolución 8430 de 1993, esta es una investigación sin riesgo (literal a del artículo 11), pues se va a realizar la aplicación de un cuestionario a través de una entrevista y se garantiza el manejo de datos que pueden ser considerados sensibles por parte de los participantes. Adicional, se garantiza el cumplimiento de los principios éticos para investigación médica en seres humanos promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMM) en la Declaración de Helsinki. Se solicitó autorización y aval por los respectivos comités de ética de cada institución (Hospital 1 en acta número 38 realizada el 28 de junio del 2021 y en el Hospital 2 autorización del 04 de junio de 2021 del gerente de la institución).

3. RESULTADOS

3.1. Características de los pacientes

En el Hospital 1 del 16 de marzo de 2020 al 21 de agosto de 2021 se hospitalizaron en la unidad de cuidados intensivos por episodio severo de COVID-19 a 286 pacientes, con una mortalidad de 60,13% (172 pacientes); y en el Hospital 2 del 14 de julio de 2020 al 11 de diciembre de 2021 se hospitalizaron 502 pacientes, aquí se incluyen los pacientes que fueron hospitalizados en la UCI y requirieron remisión, con una mortalidad de 20,11% (101 pacientes). El total de pacientes fue de 788, de los cuales el 35,64% (273) fallecieron, 26,43% (203) cumplieron criterios de inclusión al realizar revisión de las historias clínicas. La figura 1 muestra el diagrama de flujo de la población estudio.



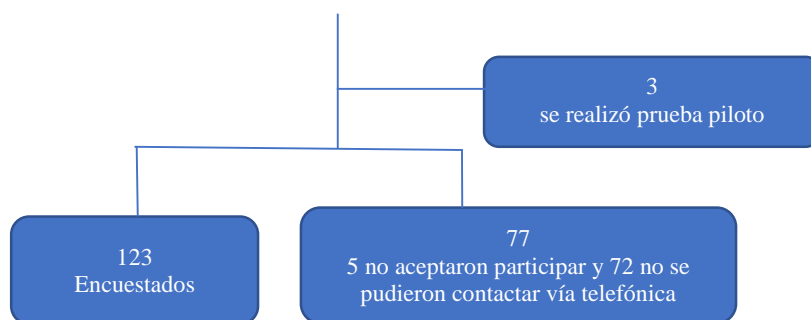


Figura 1. Diagrama de flujo de la población estudio.

Características sociodemográficas y laborales

Se incluyeron en el estudio 123 trabajadores que sobrevivieron a un episodio severo de COVID-19, 45 (36,58%) fueron mujeres y 78 hombres (63,42%). En cuanto a la edad la mediana de los pacientes que sobrevivieron a un episodio severo de COVID-19 fue de 49 años, rango intercuartil [IQR] 16,5 con un rango = 19 a 61 años. Los tres estratos socioeconómicos más frecuentes fueron estrato 2 con el 38,21%, seguido del estrato 3 con el 35,77% y estrato 1 con el 20,32%. En cuanto al tiempo de estudio en años se observó que existe un mínimo de 0 años y un máximo de 19 años, la media indica que el tiempo de estudio promedio es de 8 años (DE = 5,21); es decir que el 68% de los pacientes ha estudiado entre 2,79 años y 13,21 años. El 50% de los pacientes que sobrevivieron a un episodio severo de COVID-19 habían estudiado 8,5 años o menos. En cuanto al estado civil el 34,14% estaban en unión libre, el 33,33% casados y el 18,69% solteros. El 60,2% se consideraba cabeza de familia y un alto porcentaje de los pacientes, 80,61% vivía con la familia. El 61,8% vivían en la zona urbana. En cuanto al tiempo de laborar en una empresa el 69,10% llevaba más de tres años en la empresa o en la labor y el 21,11% llevaba de uno a tres años. Respecto al tipo de contrato el 55,3% estaban en la informalidad, el 18,7% tenía un contrato a término indefinido y el 12,2% un contrato a término fijo. Los tres grupos de ocupaciones más frecuentes fueron los agricultores y trabajadores calificados agropecuarios con el 22,8%, seguido de los trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados con el 17,07% y las ocupaciones elementales con el 13,82%. Un porcentaje importante de los trabajadores, el 52,03% estaban afiliados al Sistema General de Seguridad en Salud a través del régimen subsidiado, y el 44,71% estaban afiliados a través del régimen contributivo. El 55,28% refirió no tener una disminución de ingresos económicos relacionada a la condición de salud. En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de acuerdo con la institución.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes que completaron el estudio, clasificados según la institución n=123.

Institución de salud	Hospital 1	Hospital 2
Característica n (%)	48 (39,02)	75 (60,97)

Pacientes de sexo femenino, Frecuencia (%)	11 (8,94)	34 (27,64)
Edad en años, Mediana (Rango)	48,50 (36.25 -55)	50 (41 - 58)
Estrato socio económico, Frecuencia (%)		
1	4 (3,25)	21(17,07)
2	13 (10,56)	34 (27,64)
3	25 (20,32)	19 (15,44)
4	4 (3,25)	1 (0,81)
5	2 (16,26)	-
6	-	-
Años de estudio, Frecuencia (%)		
0 años	-	3 (2,43)
De 1 a 5 años	10 (0,81)	35 (28,45)
De 6 a 11 años	18 (14,63)	20 (16,26)
De 12 a 16 años	18 (14,63)	17 (13,82)
Más de 16 años	2 (1,62)	-
Estado civil, Frecuencia (%)		
Soltero	10 (8,13)	13 (10,53)
Casado	22 (17,88)	19 (15,44)
Separado	2 (1,62)	8 (6,50)
Divorciado	1 (0,81)	2 (1,62)
Viudo	1 (0,81)	3 (2,43)
Viviendo en pareja	12 (9,75)	30 (24,39)
Cabeza de familia, Frecuencia (%)		
No	11 (8,94)	38 (30,89)
Si	37 (30,08)	37 (30,08)
Lugar de residencia, Frecuencia (%)		
Rural	14 (11,38)	33 (26,82)
Urbana	34 (27,64)	42 (34,14)
Personas con quién vive, Frecuencia (%)		
Sólo	3 (2,43)	2 (1,62)
Familia	43 (34,95)	66 (53,65)
Amigos	2 (1,62)	1 (0,81)
Otros	-	6 (4,87)
Tiempo en la empresa, Frecuencia (%)		
Menos de un año	3 (2,43)	9 (7,31)
De 1 a 3 años	10 (8,13)	16 (13,00)
Más de 3 años	35 (28,45)	50 (40,65)
Tipo de contrato, Frecuencia (%)		
Término indefinido	14 (11,38)	9 (7,31)

Término Fijo	12 (9,75)	3 (2,43)
Prestación de servicios	2 (1,62)	6 (4,87)
Por obra o labor	-	9 (7,31)
Informal	20 (16,26)	48 (39,02)
Ocupación*, Frecuencia (%)		
0 Fuerzas Militares	-	2 (1,62)
1 Directores y gerentes	6 (4,87)	5 (4,06)
2 Profesionales, científicos e intelectuales	7 (5,69)	2 (1,62)
3 Técnicos y profesionales del nivel medio	3 (2,43)	-
4 Personal de apoyo administrativo	3 (2,43)	4 (3,23)
5 Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	7 (5,69)	14 (11,38)
6 Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros	-	28 (22,76)
7 Oficiales, operarios, artesanos y oficios relacionados	7 (5,69)	3 (2,43)
8 Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	11 (8,94)	4 (3,25)
9 Ocupaciones elementales	4 (3,23)	13 (10,56)
Tipo de afiliación al SGSSS, Frecuencia (%)		
Contributivo	44 (35,77)	11 (8,94)
Medicina prepagada	1 (0,81)	-
Subsidiado	3 (2,43)	61 (49,59)
Régimen Especial	-	2 (1,62)
No tiene	-	1 (0,81)
Disminución de ingresos económicos debido a su condición de salud, Frecuencia (%)		
No	34 (27,64)	34 (27,64)
Si	14 (11,38)	41 (33,33)

* Corresponde a los grandes grupos de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO - 08) (17)

Características de discapacidad

Se calculó el puntaje de cada dominio de WHODAS 2.0 para los 123 pacientes, así como el puntaje total de las preguntas (st_s36). Para diez pacientes la respuesta en el dominio de tareas domésticas fue de “No aplica”, toda vez que estos no hacen esas actividades, de tal manera, para este grupo el total de WHODAS 2.0 no incluyó dicho dominio y este total se denomina st_s32. Las puntuaciones obtenidas en el WHODAS 2.0 de los pacientes egresados de UCI que no se reintegraron al trabajo son más altas que en los pacientes que se reintegraron a trabajar (Tabla 2).

Tabla 2. Discapacidad medida con el Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad WHODAS-II de acuerdo con el retorno al trabajo.

PUNTAJE WHODAS 2.0

DOMINIO	Rango	Retorno al trabajo	
	de puntaje en cada dominio	Si n= 113	No n= 10
COGNICIÓN	0 a 100	7,3 (ds: 10,48)	15,5 (ds:13,63)
MOVILIDAD	0 a 100	13,32 (ds:16,94)	56,25 (ds:19,98)
CUIDADO PERSONAL	0 a 100	6,19 (ds: 13,45)	44 (ds:26,33)
RELACIONES	0 a 100	7,37 (ds: 12,73)	17,5 (ds:19,02)
TAREAS DOMÉSTICAS	0 a 100	10,58 (ds: 17,36)	60 (ds:37,41)
TRABAJO Y ACTIVIDADES ESCOLARES	0 a 100	11,25 (ds: 18,42)	90 (ds:22,36)
PARTICIPACIÓN	0 a 100	15,81 (ds: 16,78)	52,08 (ds:21,52)
TOTAL	0 a 100	10,89 (ds: 12,79)	47,54 (ds: 14,06)

Las características de discapacidad de los pacientes incluidos en el estudio según institución se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Características de discapacidad de los pacientes que completaron el estudio, clasificados según la institución n=123.

Institución de salud	Hospital 1 n (%)	Hospital 2 N (%)
Característica	48 (39,02)	75 (60,97)
Situación en el momento de la entrevista:		
Independiente en la comunidad	44 (35,77)	55 (44,71)
Necesita asistencia	4 (3,25)	20 (16,26)
Discapacidad	Mediana (rango)	Mediana (rango)
Cognición	5,00 (0 - 10)	0,00 (0 - 10)
Movilidad	6,25 (0 - 18,75)	6,25 (0 - 31,25)
Cuidado Personal	0,00 (0 - 0)	0,00 (0 - 10)
Relaciones	0,00 (0 - 0)	8,33 (0 - 16,66)
Tareas Domésticas	0,00 (0 - 10)	0,00 (0 - 30)
Trabajo y actividades escolares	0,00 (0 - 7,14)	7,14 (0 - 21,42)
Participación	4,16 (4,16 - 20,83)	16,66 (4,16 - 37,50)
Puntaje Total WHODAS 2.0- st-s36	5,18 (1,88 - 19,10)	8,49 (3,77 - 20,75)

Puntaje total WHODAS 2.0 sin tareas domésticas	2,8 (0,0-)	4,16 (2,08 – 30,20)
st-s32		

Proporción de individuos que se reincorporaron

Un alto porcentaje de los pacientes, el 91,87% retornaron al trabajo después de tener un episodio severo de COVID 19. En cuanto al tiempo de retorno al trabajo la mediana de los pacientes que sobrevivieron a un episodio severo de COVID-19 fue de 15 días, un alto porcentaje 53,09% retorno al trabajo entre 7 días y 48 días, pero algunos regresaron de forma inmediata y otros tomaron un tiempo de hasta 240 días.

La prevalencia de regreso al trabajo en meses de los sobrevivientes previamente empleados después de estar hospitalizados en UCI fue de 65,5% (74) al mes, 17,7% (20) de más de 1 a 2 meses, 9,73% (11) de más de 2 a 3 meses, 4,42% (5) de más de 3 a 4 meses, y 2,65% (3) a los 8 meses.

En la tabla 4 se presentan la proporción de individuos que se reincorporó al trabajo posterior al egreso de UCI y los posibles factores relacionados con la reincorporación al trabajo posterior al egreso de UCI de acuerdo con la institución.

Tabla 4. Proporción de individuos que se reincorporaron y factores relacionados de los pacientes que completaron el estudio, clasificados según la institución n=123.

Institución de salud		Hospital 1	Hospital 2
Característica n (%)		48 (39,02)	75 (60,97)
Retorno al trabajo, Frecuencia (%)			
	No	8 (6,50)	2 (1,62)
	Si	40 (32,52)	73 (59,34)
Tiempo de retorno al trabajo en días, Mediana (Rango)		60 (35,5-116,5)	10 (5 - 16)
Tiempo de hospitalización en días, Mediana (Rango)		23,50 (16 - 41)	19 (13 - 30)
Comorbilidades relacionadas con COVID-19, Frecuencia (%)			
	No	8 (6,50)	22 (17,88)
	Si	40 (32,52)	53 (43,08)
Programa de Rehabilitación, Frecuencia (%)			
	No	8 (6,50)	39 (31,70)
	Si	40 (32,52)	36 (29,26)
Terminación de relación laboral, Frecuencia (%)			
	No	39 (31,70)	65 (52,84)
	Si	9 (7,31)	10 (8,13)

Factores relacionados con la reincorporación

En cuanto al tiempo de hospitalización se observó que existe un mínimo de 4 días y un máximo de 90 días, la media indica que el tiempo promedio de hospitalización fue de 25,61 días (DE = 16,66 días); el 68% de los pacientes estuvo hospitalizado entre 9 días y 42,27 días. El 84,55% refiere que no hubo una terminación de la relación laboral. El 75,61% relató tener comorbilidades relacionadas con COVID-19 y el 61,8% de los trabajadores refirieron que se les ordenó un programa de rehabilitación posterior a la hospitalización.

Los factores relacionados con el retorno al trabajo fueron tiempo de hospitalización ($p = 0,036$) encontrando que la mediana para los que no retornaron fue de 33,50 días y para los que retornaron de 19 días; y el programa de rehabilitación ($p = 0,013$) reportando que estaban en un programa de rehabilitación el 100% de los que no retornaron y el 58,40% de los que lo hicieron. No se encontró asociación con el retorno al trabajo con los factores de comorbilidades relacionadas con COVID-19 ($p = 0,061$), el 100% de los que no retornaron y el 73,50% de los que retornaron refirieron presentar comorbilidades; y tampoco hubo asociación con la terminación de relación laboral ($p = 0,678$), la cual se terminó en el 20% de los que no retornaron y en el 17% de si lo hicieron (Tabla 5).

Los factores que tienen una diferencia significativa respecto al retorno al trabajo después de tener un episodio severo de COVID-19 fueron: disminución de ingresos económicos, encontrando que el 100% de los que no retornaron refirieron una disminución de los mismo vs los que si retornaron donde el 39,83% tuvieron disminución. El 90% de los que no retornaron refirieron ser cabeza de familia vs 57,52% de los que retornaron. En cuanto a la situación laboral el 60% de los que no retornaron tenían trabajo remunerado vs el 48,67% de los que retornaron a trabajar. Respecto al grado de discapacidad se encontró que en todos los dominios si hay diferencias estadísticamente significativas en los puntajes promedios en los que retornaron y no retornaron excepto en el de relaciones. En los promedios de los puntajes del WHODAS se observan valores mayores en los que no retornaron (puntajes altos son mayor grado de discapacidad). En cuanto el tiempo de hospitalización se halló diferencia significativa en el promedio de hospitalización, aproximadamente 13 días de estancia hospitalaria más en los que no retornaron al trabajo que en los que sí retornaron y en estar en un programa de rehabilitación, de tal forma se encontró que el 100% de los que no retornaron están en un programa de rehabilitación vs el 58,40% de los que retornaron. Por último, se encontró diferencia significativa en la situación en el momento de la entrevista: el 60% necesita asistencia de los que no retornaron vs el 15,9% de los que retornaron a trabajar (Tabla 5).

En los pacientes que retornaron a trabajar (113), se encontró que 46 trabajadores (40,70%) disminuyeron su nivel de trabajo ($p = 0,2014$), de estos el 76,08% (35 personas) han ganado menos dinero debido a su condición de salud; por último, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el retorno y la disminución de ingresos ($p = 0,000195$).

Tabla 5. Diferencia entre pacientes que se reintegraron al trabajo y los que no se reintegraron al trabajo.

Reintegro al trabajo, n (%)	No=10(8,13)	Si = 113 (91,86)	Valor P*
Pacientes de sexo femenino, Frecuencia (%)	5 (50)	40 (35,40)	0,358
Edad en años, Mediana (Rango)	51 (44,75 – 60)	49 (39 – 56)	0,428

Estrato socioeconómico ≥ 3 , Frecuencia (%)	5 (50)	46 (40,70)	0,250
Nivel educativo, Frecuencia (%)			0,356
0 a 5 años	3 (30)	45 (39,82)	
6 a 11 años	2 (20)	36 (31,86)	
> 11 años	5 (50)	32 (28,32)	
Estado civil, Frecuencia (%)			0,207
Nunca ha estado casado	2 (20)	21 (18,58)	
Actualmente casado(a)	2 (20)	39 (34,51)	
Separado(a)	2 (20)	8 (7,07)	
Divorciado(a)	1 (10)	2 (1,76)	
Viudo(a)	1 (10)	3 (2,65)	
Viviendo en pareja	2 (20)	40 (35,39)	
Cabeza de familia, Frecuencia (%)			0,044
No	1 (10)	48 (42,48)	
Si	9 (90)	65 (57,52)	
Lugar de residencia, Frecuencia (%)			0,423
Rural	5 (50)	42 (37,17)	
Urbano	5 (50)	71 (62,83)	
Personas con quién vive, Frecuencia (%)			
Sólo	0 (0,0)	5 (4,42)	
Familia	8 (80)	101 (89,38)	
Amigos	2 (20)	1 (0,88)	
Otros	0 (0,0)	6 (5,31)	
Tiempo en la empresa, Frecuencia (%)			0,341
Menos de un año	2 (20)	10 (8,8)	
De uno a tres años	3 (30)	23 (20,4)	
Más de tres años	5 (50)	80 (70,8)	
Tipo de contrato, Frecuencia (%)			0,236
Término indefinido	3 (30)	20 (17,70)	
Termino fijo	3 (30)	12 (10,62)	
Prestación de servicios	0 (0,0)	8 (7,07)	
Por obra labor	0 (0,0)	9 (7,96)	
Informal	4 (40)	64 (56,64)	
Sector económico, Frecuencia (%)			0,097
0 Fuerzas Militares	0 (0,0)	2 (1,8)	
1 Directores y gerentes	1 (10)	10 (8,8)	
2 Profesionales, científicos e intelectuales	3 (30)	6 (5,3)	
3 Técnicos y profesionales del nivel medio	1 (10)	2 (1,8)	
4 Personal de apoyo administrativo	0 (0,0)	7 (6,2)	
5 Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	2 (20)	19 (16,8)	
6 Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros	0 (0,0)	28 (24,2)	
7 Oficiales, operarios, artesanos y oficios relacionados	0 (0,0)	10 (8,8)	
8 Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	1 (10)	14 (12,4)	

9 Ocupaciones elementales	2 (20)	15 (13,3)	
Tipo de afiliación al SGSSS, Frecuencia (%)			0,237
Contributivo	8 (80)	47 (41,60)	
Medicina prepagada o plan complementario	0 (0,0)	1 (0,88)	
Subsidiado	2 (20)	62 (54,87)	
Régimen especial	0 (0,0)	2 (1,77)	
No tiene	0 (0,0)	1 (0,88)	
Disminución de ingresos económicos debido a su condición de salud, Frecuencia (%)			0,000
No	0 (0,0)	68 (60,17)	
Si	10 (100)	45 (39,83)	
Situación en el momento de la entrevista, Frecuencia (%)			0,010
Trabajo remunerado	6 (60)	55 (48,67)	
Trabaja por cuenta propia	2 (20)	54 (47,78)	
Trabajo no remunerado	0 (0,0)	2 (1,76)	
Desempleado/a (por motivos de salud)	2 (20)	2 (1,76)	
Discapacidad, media (ds)			
Cognición	15,5 (ds:13,63)	7,3 (ds: 10,48)	0,000
Movilidad	56,25 (ds:19,98)	13,32 (ds:16,94)	0,000
Cuidado personal	44 (ds:26,33)	6,19 (ds: 13,45)	0,000
Tareas domésticas	17,5 (ds:19,02)	7,37 (ds: 12,73)	0,000
Trabajo y actividades escolares	60 (ds:37,41)	10,58 (ds: 17,36)	0,000
Participación	90 (ds:22,36)	11,25 (ds: 18,42)	0,000
Relaciones	52,08 (ds:21,52)	15,81 (ds: 16,78)	0,060
st_s36	47,54 (ds: 14,06)	10,89 (ds: 12,79)	0,000
Tiempo de retorno al trabajo en días, Mediana (Rango)	134,50** (116,50 – 183)	15 (7 – 48,50)	0,000
Tiempo de hospitalización en días, Mediana (Rango)	33,50 (20,25 – 52,50)	19,00 (14 – 31)	0,036
Comorbilidades relacionadas con COVID-19, Frecuencia (%)			0,061
No	0 (0,0)	30 (26,5)	
Si	10 (100)	83 (73,5)	
Programa de Rehabilitación, Frecuencia (%)			0,013
No	0 (0,0)	47 (41,60)	
Si	10 (100)	66 (58,40)	
Terminación de relación laboral, Frecuencia (%)			0,678
No	8 (80)	96 (84,95)	
Sí	2 (20)	17 (15,05)	
Situación en el momento de la entrevista			0,001
Independiente	4 (40)	95 (84,1)	
Necesita asistencia	6 (60)	18 (15,9)	

* **Cualitativas** prueba de X^2 o prueba exacta de Fisher (esta última si en algunas casillas ≤ 3). **Cuantitativas.** Diferencia de medias se usó prueba t de Student (si las variables tienen distribución normal) o U Mann-Whitney (en el caso de variables no normales).

**Para quienes no han retornado esta variable hace referencia al tiempo que llevan desde la salida de la hospitalización hasta la fecha de la entrevista sin reintegrarse al trabajo.

4. DISCUSIÓN

Con el presente estudio se evaluó la frecuencia de la reincorporación laboral en pacientes que sobrevivieron a un episodio severo de COVID-19, con una muestra total de 123 pacientes, 75 (60,97%) de los cuales fueron encuestados en Caquetá en el Hospital 2, y 48 (39,02%) pacientes en el oriente antioqueño en el Hospital 1, evidenciando que un alto porcentaje de los pacientes, el 91,87% retornaron al trabajo después de tener un episodio severo de COVID 19, llama la atención el alto retorno en comparación con otros estudios como en el del Reino Unido, el cual es el primer informe del estudio COVID-19 post hospitalario; quienes indicaron que de los pacientes que trabajaban antes de tener COVID-19, a los 5 meses se encontraban reincorporados el 82,2 %, una diferencia aproximada del 9,67% de reincorporados con respecto a nuestro estudio (11); así mismo contrario a nuestros resultados se mencionan estudios relacionados con las complicaciones posterior a hospitalización en UCI que muestran que un tercio de los pacientes no retornan a trabajar (5)(9), sin embargo, no se cuentan con datos suficientes para evidenciar factores asociados a la no reincorporación en dichos estudios. Igual sucede con la prevalencia del tiempo de retorno al trabajo comparado con otros estudios, encontrando en nuestro estudio que gran parte de los que retornaron lo hicieron antes o al mes (65,5% de quienes retornaron) contrario a los hallazgos de un metaanálisis de 38 estudios en los que se reportó que la prevalencia en el 68% de los estudios fue de 42 a 60 meses (10) y de un estudio en Italia que informa que a pesar de una buena recuperación sólo 21% habían retornado al trabajo habitual (13).

Es posible que la diferencia en los resultados respecto a otros estudios esté relacionado con factores encontrados en el presente estudio, como que más de la mitad se encontraban laborando en la informalidad, y pertenecían al régimen subsidiado en salud, lo cual concuerda con la realidad en Colombia, donde de acuerdo con las estadísticas presentadas por el Ministerio de Trabajo de Colombia en el informe: “Determinantes de la informalidad laboral en las 23 principales ciudades del país, 2015-2021”, la proporción de las personas económicamente activas en la informalidad para el año 2020 fue de 61.5% y para el año 2021 fue de 62.3% (18), y de acuerdo al informe de la OIT sobre Panorama laboral 2021 - América Latina y el Caribe en el que describe que 1 de cada 2 personas ocupadas están en condiciones de informalidad (19), asociado a que el estrato socioeconómico podría afectar la necesidad del trabajo haciendo que exista una mayor tasa de reincorporación en países como el nuestro y zonas en condiciones de desigualdad, a pesar de las posibles secuelas y/o limitantes de salud que se tengan secundario a la COVID-19. Lo anterior también puede explicar que la mayor parte de quienes no retornaron se encontraban con trabajo remunerado y afiliación al régimen contributivo a salud, lo que asegura la prestación económica durante el tiempo de incapacidad.

Otros estudios relacionan como posibles factores de retraso al trabajo: el nivel educativo, comorbilidades preexistentes, ingreso no traumático, alta a un lugar no hospitalario, y deterioro de la salud mental (10); en nuestro estudio se encontró como posible factor relacionado con el no retorno laboral: el tiempo de hospitalización siendo mayor en quienes no retornan a laborar. Se esperaría que quienes realicen un programa de rehabilitación tengan un mayor retorno laboral, sin embargo, el presente estudio evidencia una asociación significativa entre los que no

retornaron y realizaron un programa de rehabilitación (100% de los que no retornaron vs 66% de los que retornaron a trabajar), lo cual se puede explicar por la necesidad del programa para mejorar su condición de salud ya que el 60% de los que no retornaron a laborar necesitaban asistencia en el momento de la entrevista y tenían una mayor discapacidad teniendo en cuenta el puntaje de WHODAS 2.0.

A pesar del importante porcentaje de trabajadores que retornaron al trabajo, encontrado en este estudio, llama la atención que el 15,3% de quienes retornaron refirieron en el momento de la entrevista necesitar asistencia, y el 73.5% refirió comorbilidades relacionados con COVID-19, lo cual es similar a los hallazgos en estudios sobre Síndrome Post Cuidados Intensivos (PICS) en el que 25% experimentan pérdida de independencia (5) y un estudio en el Tribhuvan University Teaching Hospital (TUTH) en Nepal que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de limitación funcional en pacientes recuperados de COVID-19 utilizando la escala de estado funcional post COVID-19 encontrando que la prevalencia de algún grado de limitación funcional se observó en 43,4% pacientes (20). Lo anterior, guarda relación con la importancia de establecer programas de rehabilitación para los sobrevivientes de COVID-19 con el fin de evitar las secuelas a largo plazo. (21)(22)(20)(23)

En quienes retornaron a trabajar, se encontraron hallazgos similares a otros estudios, en cuanto a la disminución de su nivel de trabajo (40,70% de los que retornaron en nuestro estudio) y la disminución de ingresos (39% de los que retornaron en nuestro estudio) relacionado a la condición de salud posterior a tener un episodio severo de COVID 19, comparado con lo informado por Stam J, et al, que informa que un tercio no regresa a su trabajo previo o regresa a un trabajo con un salario diferente (5); similar al metaanálisis que informa que entre el 5% y el 84% de estudios revisados refieren que los pacientes trabajan menos o se jubilan y que el 17% y el 66% de los estudios encontrados refieren que los pacientes cambian de ocupación (10); también el estudio en el Reino Unido que refiere que el 19,3% experimenta un cambio en su situación laboral debido a su condición de salud (11) y el estudio en Italia que informa que el 2,6% retorno con otras tareas debido a la enfermedad (13).

Las limitantes que tuvimos para el presente estudio fueron las pérdidas de la muestra al no poder contactar a 72 pacientes por no lograr realizar el contacto telefónico, al estar sujetos a uno o dos números de contacto máximo por paciente proporcionado en las bases de datos, lo cual nos limita primero a que el contacto fuera exclusivamente telefónico; esto disminuyó en gran medida el número de pacientes. Por otro lado la señal telefónica deficiente en pacientes con lugar de residencia rural hizo que la entrevista fuera más larga, engorrosa y disminuía la concentración al momento de escuchar y responder la encuesta, sin embargo, como fortalezas en el presente estudio encontramos una muestra significativa a pesar de las perdidas, comparada con otros estudios similares, como el realizado en el oeste de India: “Assessment of Physical Disability After Three Months in Patients Recovered From COVID-19: A Cross-Sectional Study. Cureus” (12) y en Italia: “Two-months quality of life of COVID-19 invasively ventilated survivors; an Italian single-center study” (13). Además, la facilidad de aplicar la encuesta al evitar traslados de los investigadores y participantes, la buena disposición de la mayoría de encuestados hace que los datos sean respondidos con veracidad, evitando respuestas rápidas y con posibles sesgos.

Con el presente estudio podemos concluir que la reincorporación laboral post COVID-19 de pacientes que sobrevivieron a un episodio severo en dos instituciones médicas en Colombia, es del 91,87% mayor a los otros estudios revisados y citados previamente, siendo Colombia un país con grandes brechas en las condiciones laborales y económicas, haciendo posiblemente que los trabajadores se vean obligados a retornar a trabajar a pesar de encontrarse con un estado de salud sin completa recuperación y secuelas. Con el presente estudio se pueden seguir

realizando investigaciones, tomándolo como referencia; realizar seguimiento a largo plazo de la reincorporación, secuelas y así crear planes de intervención específicas a empleadores para incentivar la reincorporación, y a los trabajadores planes de promoción, prevención y rehabilitación encaminada al retorno a una actividad productiva en adecuadas condiciones físicas y emocionales.

Se desconoce el comportamiento a largo plazo del COVID-19 en cuanto a las posibles complicaciones, actualmente intervenciones como la vacunación han disminuido los pacientes que requieren estancia en UCI y seguramente las complicaciones severas, por lo tanto, a través del tiempo pueden variar significativamente los actuales resultados.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. [cited 2021 Apr 20]. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. Coronavirus Colombia [Internet]. [cited 2021 Apr 20]. Available from: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
3. 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;63(3):199–220.
4. VOL. 24 (3) SUPLEMENTO 2 2020 [Internet]. [cited 2021 Apr 20]. Available from: <http://revistainfectio.org/index.php/infectio/issue/view/103/showToc>
5. Stam HJ, Stucki G, Bickenbach J. Covid-19 and post intensive care syndrome: A call for action. *J Rehabil Med.* 2020;52(4):19–22.
6. Overview | COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 | Guidance | NICE.
7. Liang L, Yang B, Jiang N, Fu W, He X, Zhou Y, et al. Three-month Follow-up Study of Survivors of Coronavirus Disease 2019 after Discharge. *J Korean Med Sci.* 2020;35(46):1–15.
8. Smith S RO. Post Intensive Care Syndrome - StatPearls - NCBI Bookshelf [Internet]. [cited 2021 Apr 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558964/>
9. Kamdar BB, Sepulveda KA, Chong A, Lord RK, Dinglas VD, Mendez-Tellez PA, et al. Return to work and lost earnings after acute respiratory distress syndrome: A 5-year prospective, longitudinal study of long-term survivors. *Thorax.* 2018;73(2):125–33.
10. Kamdar, B. B., Suri, R., Suchyta, M. R., Digrande, K. F., Sherwood, K. D., Colantuoni, E., Dinglas, V. D., Needham, D. M., & Hopkins RO. Return to work after critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Thorax* [Internet]. 2020;75(0040–6376):17–27. Available from: http://explore.bl.uk/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&gathStatTab=true&ct=display&fn=search&doc=ETOCR622412157&indx=1&recIds=ETOCR622412157
11. Group P-CC, Evans RA, McAuley H, Harrison EM, Shikotra A, Singapuri A, et al. Physical, cognitive and mental health impacts of COVID-19 following hospitalisation – a multi-centre prospective cohort study. medRxiv [Internet]. 2021 Mar 25 [cited 2021 Apr 20];2021.03.22.21254057. Available from: <https://doi.org/10.1101/2021.03.22.21254057>
12. Gaur R, Asthana S, Yadav R, Ghuleliya R, Kumar D, Akhtar M et al. Assessment of Physical Disability After Three Months in Patients Recovered From COVID-19: A Cross-Sectional Study. *Cureus* [Internet] 2022 Jan 25 [cited 2022 Apr 25];14(1)e21618. 2022;14.
13. Monti G, Leggieri C, Fominskiy E, Scandroglio AM, Colombo S, Tozzi M, et al. Two-

- months quality of life of COVID-19 invasively ventilated survivors; an Italian single-center study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2021;65(7):912–20.
14. Organización Mundial de la Salud. Medición de la Salud y la Discapacidad [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2015. 1–153 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/170500>
 15. Benavides FG, Merino-Salazar P, Cornelio C, Assunção AA, Agudelo-Suárez AA, Amable M, et al. Cuestionario básico y criterios metodológicos para las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y el Caribe. *Cad Saude Publica.* 2016;32(9):1–13.
 16. DANE. Metodología Gran Encuesta Integrada de Hogares. Colección Doc - Actual 2009 [Internet]. 2009;(83):1–99. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Gran_encuesta_integrada_hogares.pdf
 17. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones. Adaptada para Colombia CIUO - 08 A.C. [Internet]. 2015. 443 p. Available from: https://www.dane.gov.co/files/sen/nomenclatura/ciuo/CIUO_08_AC_2015_07_21.pdf
 18. Ministerio del Trabajo Colombia. Determinantes de la informalidad laboral en las 23 principales ciudades del país, 2015-2021 [Internet]. Available from: https://filco.mintrabajo.gov.co/cont_web/uploads/2022/07/20220628_NT_Informalidad-laboral-2022_Definitivo.doc.pdf
 19. Organización Internacional del Trabajo. Panorama Laboral 2021 América Latina y el Caribe [Internet]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_836196.pdf
 20. Pant P, Joshi A, Basnet B, Shrestha BM, Bista NR, Bam N, et al. Prevalence of functional limitation in COVID-19 recovered patients using the post COVID-19 functional status scale. *J Nepal Med Assoc.* 2021;59(233):7–11.
 21. Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol.* 2021;93(2):1013–22.
 22. Demeco A, Marotta N, Barletta M, Pino I, Marinaro C, Petraroli A, et al. Rehabilitation of patients post-COVID-19 infection: a literature review. *J Int Med Res.* 2020;48(8).
 23. Leso V, Fontana L, Iavicoli I. Susceptibility to coronavirus (COVID-19) in occupational settings: The complex interplay between individual and workplace factors. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(3):1–16.