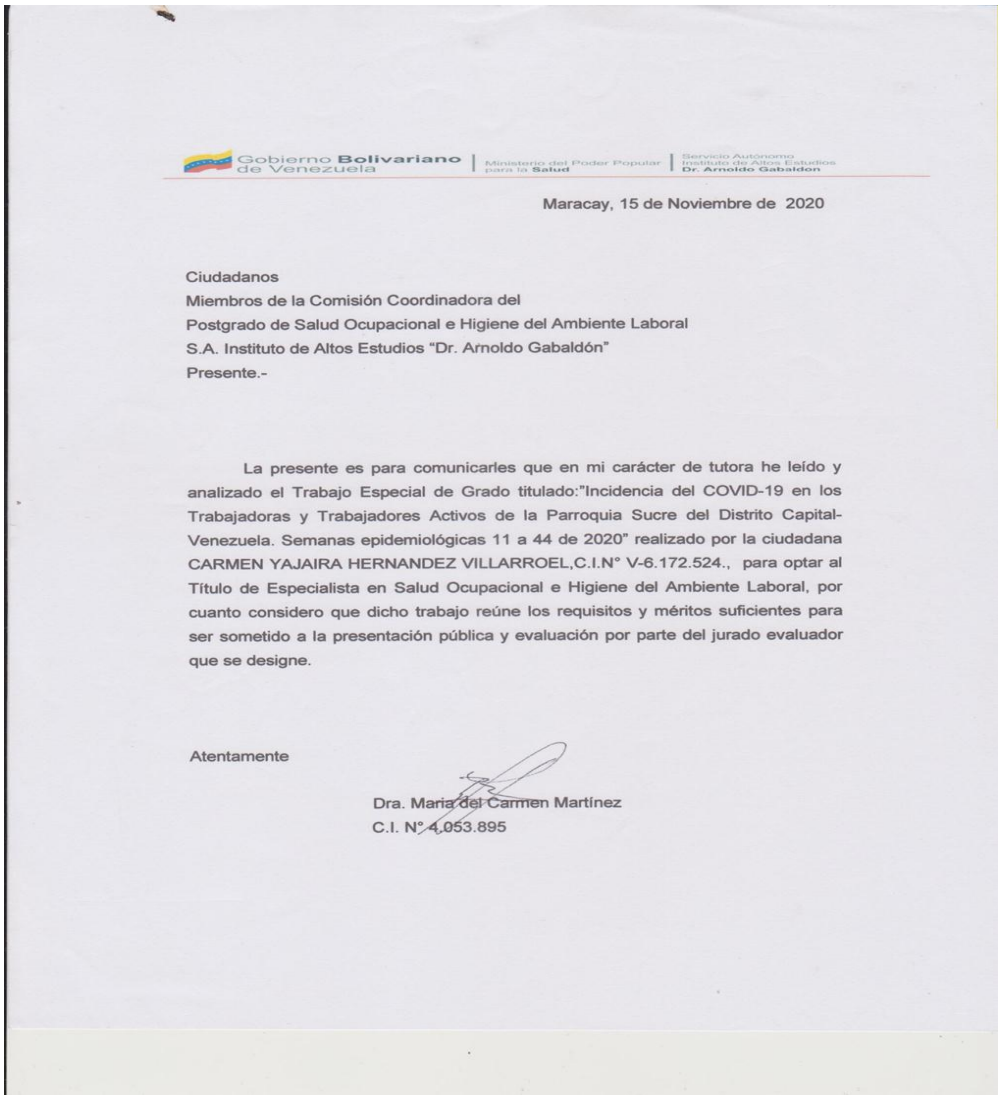
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
"DR. ARNOLDO GABALDON"
POSTGRADO DE SALUD OCUPACIONAL E
HIGIENE DEL AMBIENTE LABORAL

Incidencia del COVID-19 en Trabajadoras y Trabajadores Activos de la Parroquia Sucre del Distrito Capital-Venezuela. Semanas Epidemiológicas 11 a 44 del 2020.

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título de Especialista en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral

AUTORA: Carmen Hernández
TUTORA: María del Carmen Martínez

Maracay, Octubre 2021



Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la Salud | Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldon

Maracay, 15 de Noviembre de 2020

Ciudadanos
Miembros de la Comisión Coordinadora del
Postgrado de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral
S.A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón"
Presente.-

La presente es para comunicarles que en mi carácter de tutora he leído y analizado el Trabajo Especial de Grado titulado:"Incidencia del COVID-19 en los Trabajadoras y Trabajadores Activos de la Parroquia Sucre del Distrito Capital-Venezuela. Semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020" realizado por la ciudadana CARMEN YAJAIRA HERNANDEZ VILLARROEL,C.I.N° V-6.172.524., para optar al Título de Especialista en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, por cuanto considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado evaluador que se designe.

Atentamente

Dra. Maria del Carmen Martínez
C.I. N° 4.053.895

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTONOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
DR ARNOLDO GABALDON"

ACTA DE DISCUSION DEL TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

Quiénes suscribimos como jurado designado por la Comisión Coordinadora del Postgrado: Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral", para estudiar el **Trabajo Especial de Grado o Trabajo de Grado titulado: "** Incidencia del COVID-19 en Trabajadoras y Trabajadores Activos de la Parroquia Sucre del Distrito Capital-Venezuela. Semanas Epidemiológicas 11 a 44 de 2020"

Una vez defendido como requisito para optar al grado de Especialista en: Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, por la aspirante: Carmen Yajaira Hernández Villarroel, Cédula de Identidad N° 6.172.524, una vez examinado el Trabajo Especial de Grado o Trabajo de Grado, decidimos que el mismo está:

Aprobado sin observaciones:_____

Aprobado con observaciones: Menores_____ Mayores_____

Reprobado:_____

En _____ a los _____ del mes _____ del año _____

JURADO	
Presidente: C.I.N°	Fecha: Firma:
Miembro: C.I.NFirma:	Fecha:
Miembro: C.I.N°Firma:	Fecha:

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
"DR ARNOLDO GABALDON"

ACTA VEREDICTO DEL TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

Quiénessuscriben, miembros del jurado designado por La Comisión Coordinadora del Programa de Especialización Del PostGrado de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral para examinar el Trabajo Especial de Grado presentado por Carmen Yajaira Hernández Villarroel C.I.N°V-6.172.524.,bajo el título**:** "Incidencia del COVID-19 en Trabajadoras y Trabajadores Activos de La Parroquia Sucre del Distrito Capital-Venezuela. Semanas Epidemiológicas 11 a 44 de 2020", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado de Especialista de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, dejan constancia de lo siguiente:

1.-Leído como fué dicho, el trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día____de_____de____ a las_____, para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo em la Ciudad de Maracay, mediante una presentación oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello con lo dispuesto en el Reglamento de Gestión Académica.

2.-Finalizada la defensa oral y revisado El trabajo escrito, el jurado decidió_____, dado que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Gestión Académica.

Nombres y Apellidos
C.I.N°

Nombres y Apellidos
C.I.N°

Nombres y Apellido
C.I.N°
Presidente del Jurado

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de Investigación, primeramente a Dios, el ser supremo que guía mis pasos, a mi familia y a todos los colegas que luchan a diario en esta dura pero hermosa batalla para la que fuimos formados, “Salvar Vidas”, con dedicación,sabiduría, mucho corazón por nuestro pueblo. A los que ya no están con nosotros, un profundo reconocimiento y agradecimiento.

RECONOCIMIENTO

Un reconocimiento muy especial con un agradecimiento profundo a la conocida Dra. Carmela, por permitirme la oportunidad de ser tutoreada y preparada con sus conocimientos, es usted un baluarte de esta Casa de Estudios, e igualmente a la Lic. Nelly, por su dedicación , paciencia y ànimo. Dios las bendiga.

Mil Gracias.

LISTA DE CONTENIDO

CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
ACTA DE DISCUSIÓN DEL TRABAJO ESPECIAL DE GRADO	iii
ACTA DE VEREDICTO DEL TRABAJO ESPECIAL DE GRADO	iv
DEDICATORIA	v
RECONOCIMIENTO	vi
LISTA DE CONTENIDO	vii
LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE CUADROS	ix
LISTA DE GRÁFICOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRAC	xii
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	9
METODOLOGÍA	10
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	28
ANEXOS	31
1 Consentimiento Informado	32
2/1 Ficha de Investigaciòn de Respiratoria Aguda	33
2/ 2 Ficha de Investigaciòn de Respiratoria Aguda	34
2/ 3 Ficha de Investigaciòn de Respiratoria Aguda	35
2/ 4 Ficha de Investigaciòn de Respiratoria Aguda	36

LISTA DE TABLAS

Nº	TABLA	p.p.
1	Distribución porcentual estimada de la población general económicamente activa de la Parroquia Sucre. Distrito Capital-Venezuela 2020.	11
2	Distribución porcentual estimada de trabajadores activos durante la cuarentena COVID-19. Parroquia Sucre, Distrito Capital 2020-Venezuela.	11

LISTA DE CUADROS

Nº	CUADRO	p.p
1	Características sociodemograficas de 658 trabajadores y trabajadoras activos, con diagnóstico confirmado de COVID-19 en la Parroquia Sucre.Semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020.	15
2	Distribución de los 658 casos confirmados por COVID-19, en trabajadores activos, según el sector o actividad económica. Parroquia Sucre. Semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020.	16
3	Distribución de 253 casos confirmados por COVID-19, en trabajadores activos, según la ocupación en otros servicios, de la Parroquia Sucre. Semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020.	18

LISTA DE GRÁFICOS

Nº	GRÁFICO	p.p
1	Curva epidemiológica de los 658 casos confirmados por COVID-19, en trabajadores activos de la parroquia Sucre del Distrito Capital, Venezuela. Semanas 11 a 44 de 2020.	14
2	Distribución de los 267 casos confirmados COVID-19, en trabajadores activos, según la ocupación en el sector salud de la parroquia Sucre del Distrito Capital, Venezuela. Semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020.	17
3	Distribución de los casos diagnosticados y recuperados por COVID-19, en trabajadores activos. Parroquia Sucre del Distrito Capital, Venezuela. Semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020	19

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
"DR. ARNOLDO GABALDÓN"
POSTGRADO DE SALUD OCUPACIONAL E
HIGIENE DEL AMBIENTE LABORAL

"Incidencia del COVID-19 en Trabajadoras y Trabajadores Activos de la Parroquia Sucre del Distrito Capital-Venezuela. Semanas Epidemiológicas 11 a 44 de 2020"

AUTORA: Carmen Hernández
TUTORA: Maria del Carmen Martínez
AÑO Y MES: 2021, Octubre.

RESUMEN

La Pandemia por COVID-19 es un problema para la salud pública mundial, que está impactando la salud de trabajadores que están en la primera línea de exposición. Por lo que se analiza su incidencia y características en trabajadores activos en periodo de cuarentena. Investigación descriptiva y transversal. Población y muestra constituyó con trabajadores activos de los sectores priorizados, con diagnóstico confirmado de COVID-19, en las semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020. La revisión de 1.186 fichas epidemiológicas de casos confirmados permitió obtener los siguientes resultados: 55% correspondían a trabajadores activos, con una incidencia de 1,7 casos x 1000, con predominio en el sector salud 267casos (45%), en otros servicios, predominaron los casos en choferes del transporte y trabajadores de funerarias (253 casos). En el personal de salud, el 30% correspondió a personal de enfermeria y 22% en médicos. El promedio de edad se ubicó en 46 años con predominio del sexo masculino (61,2%).La Tasa de mortalidad fué de 0,07x1000 trabajadores activos,con un índice de mortalidad de 0,05 y un índice de recuperación del 95,5%. Comportamiento similar al de la población general. La tasa de letalidad fue del 4,4%, (29 casos) donde el 75% (22/29) fueron enfermeras y médicos, lo que confirma al sector salud y trabajadores de servicios, como grupo de trabajadores altamente expuestos y vulnerables, por lo que se recomienda priorizar las medidas de prevención, vigilancia epidemiológica, dotación suficiente y uso adecuado de la protección personal y laboral, vacunación, asi como profundizar los estudios de investigación sobre las tendencias epidemiológicas a mediano y largo plazo en el ámbito laboral.

Campo o área de Investigación: Epidemiología
Línea de Investigación: VigilanciaEpidemiologica
Descriptores de Contenido: Pandemia,Coronavirus, Incidencia,Trabajadores.

MINISTRY OF PEOPLE`S POWER FOR HEALTH
AUTONOMUS SERVICE INSTITUTE OF HIGHER STUDIES
"DR. ARNOLDO GABALDON"
POSTGRADUATE OF OCUPATIONAL HEALTH AND HYGIENE OF THE WORKPLACE

COVID-19 Incidence in workers and active workers of the Sucre Parish of the Capital-Venezuela. Epidemiological weeks 11 to 44 0f 2020

AUTHOR: Carmen Hernández
TUTOR: Maria del Carmen Martínez
YEAR AND MONTH: 2021, October

ABSTRAC

The COVID-19 Pandemic is a global public health problem, which is impacting the health of workers who are on the first line of exposure. Therefore, its incidence and characteristics in active workers in the quarantine period are analyzed. Descriptive and cross-sectional research. Population and sample constituted with active workers from the prioritized sectors, with a confirmed diagnosis of COVID-19, in epidemiological weeks 11 to 44 of 2020. The review of 1,186 epidemiological files of confirmed cases allowed obtaining the following results: 55% corresponded to workers active, with an incidence of 1.7 cases x 1000, with a predominance in the health sector 267 cases (45%), in other services, cases in transport drivers and funeral home workers predominated (253 cases). In health personnel, 30% corresponded to nursing personnel and 22% to physicians. The average age was 46 years with a predominance of males (61.2%). The mortality rate was 0.07x1000 active workers, with a mortality rate of 0.05 and a recovery rate of 95.5%. Behavior similar to that of the general population. The fatality rate was 4.4%, (29 cases) where 75% (22/29) were nurses and doctors, which confirms the health sector and service workers, as a group of highly exposed and vulnerable workers, for what is recommended to prioritize prevention measures, epidemiological surveillance, sufficient staffing and adequate use of personal and labor protection, vaccination, as well as deepen research studies on epidemiological trends in the medium and long term in the workplace

Field or área of reserch: Epidemiology
LineofInvestigation: Epidemiological Surveillance
Content Descriptors: Pandemic, Coronavirus, Incidence, Worker.

INTRODUCCION

El Coronavirus SARS-CoV-2, virus perteneciente a la familia nidoviridae está compuesto por 4 géneros Alfa,Beta,Gamma y Delta;los sub-tipos Alfa y Beta generalmente afectan a mamíferos y aves, de allí la transmisión al humano (Kamps y Hoffman. 2020). Virus responsable de la Pandemia conocida como COVID-19, la cual ha sido considerada como una zoonosis (Kamps y Hoffman (2020) &Feo. (2020)).

Virus de RNA que se describe con una alta capacidad mutagénica de mayor replicación, constituído por espigas o glicoproteínas de la superficie, que se unen en el receptor de la célula humana a través del receptor de angiotensina de la enzima convertidora de angiotensina 2, la cual se encuentra principalmente en el sistema respiratorio y gastrointestinal.(Kamps y Hoffman. 2020)

Que en efecto, se manifiesta como una enfermedad respiratoria muy contagiosa cuyo mecanismo de transmisión es a través de gotas pequeñas de saliva que producen las personas al hablar, estornudar o toser, y emitidas por una persona ya infectada. De esta manera se pueden infectar otras personas y tras el contacto cercano y /o con superficies contaminadas, permitiendo al virus invadir mucosas del hospedero suceptible;mecanismo de acción que permite al COVID-19 su alto nivel de contagio y de difícil control. (Kamps y Hoffman (2020)&Wang (2020)).

Se manifiesta como una infección del tracto respiratorio con un periodo de incubación de 5-14 dias. Los principales signos y síntomas están dados por fiebre, tos seca o productiva, hemoptisis,fatiga, mialgias, cefaleas de moderada a severa intensidad, disnea, poliartralgias, dolor de garganta, rinorrea,alteraciones de los sentidos del olfato (anosmia, hiposmia) y del gusto (ageusia), manifestaciones gastrointestinales cómo naúseas, vómitos, malestar abdominal y diarreas, aunque puede tener una presentación muy leve o asintomática en gran parte de los casos. (Wang, 2020).

Entre las complicaciones mas comunes de la COVID-19, se menciona la neumonía, el síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), miocarditis, daño renal agudo, sobreinfecciones bacterianas en la forma de choque séptico. Así como, trastornos de la coagulación, expresados por la prolongación del tiempo de la protombina, el aumento del dímero D y trombocitopenias que llevan a pensar en los casos mas graves en la coagulación intravascular diseminada.(Díaz, J.,Toro, Ana., (2020)

En este orden de ideas, cada día existen mas evidencias de efectos directos e indirectos del SARS-CoV-2 que tiende a complicar el estado clínico del paciente, especialmente cardíacos, neurológicos y hematológicos, con mayor frecuencia en pacientes con comorbilidades preexistentes. (Bernard, I., 2020)

Se identificó por primera vez en la ciudad de Wuhan, ubicada en China continental en diciembre de 2019, yel 11 de marzo del 2020, con mas de 118.000 casos en 114 países y 4.291 fallecidos, el Director de la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró este brote como una Pandemia, denominada COVID-19, abreviatura de la “enfermedad por coronavirus 2019”.(OPS/OMS.2020,d).

Tomando en cuenta la presentación y evolución de la Pandemia por COVID-19 a nivel mundial y conforme a las estadísticas se observó reportes de los organismos nacionales e internacionales sobre el tema, situaciones como la reportada por la Organización Panamericana de la Salud(OPS),el 21 de enero de 2020 donde notifica, que el primer caso de COVID-19 importado a la región de las Américas se identificó en los Estados Unidos de América y el día 25 del mismo mes, Canadá reporta su primer caso confirmado(OPS.2020,a).

En respuesta a la pandemia, todos los países del mundo comenzaron a aplicar medidas sociales y de salud pública, “cuarentenas”, con limitaciones para el desplazamiento, cierres parciales o totales de escuelas y comercios, restricciones

aeroportuarias nacionales e internacionales, cierre de actividades productivas y de funcionamento de la gestión publica. Medidas que se han ido ajustando a lo largo de los meses, de acuerdo a la forma en que ha evolucionado la enfermedad, es decir,reestableciendo, flexibilizandolas medidas adoptadas, pero que en la mayoría de los casos se mantienen acompañadas de las medidas de protección respiratoria, higiene de manos y distanciamiento físico.

En Venezuela, el 13 de Marzo, al confirmarse los dos (2) primeros casos por COVID-19, el Gobierno Venezolano apoyado en su Constitucion (1999), regula desde el artículo 337 hasta 339, todo lo relacionado con estados de excepción, de alarma, de emergencia económica, de conmoción interior y exterior y como consecuencia de ello, activa el “Decreto de Estado de Alarma Nacional para atender la Emergencia Sanitaria del COVID-19” Número 4.160, publicado en Gaceta Oficial Extraordinaria del 13/03/2020.(GO, 6.519), el cual consiste, en la adopción de medidas de protección y preservación de la salud de la población venezolana a fin de mitigar y erradicar riesgos de epidemia relacionados con el COVID-19 y sus posibles cepas, garantizando la atención oportuna, acompañado de medidas de control, y vigilancia de aplicación inmediata.

Las medidas incluyeron: cuarentena nacional obligatoria, limitación de vuelos nacionales e internacionales, aislamiento de personas provenientes de zonas positivas para COVID-19, suspensión de clases en todas las escalas, , uso de tapaboca obligatorio, distanciamiento social, uso de soluciones a base de alcohol al 70% para la desinfección de manos además de otras medidas a nivel personal, comunitario, social e institucional.

Sin embargo, se mantuvo la actividad laboral en sectores denominados ”priorizados”, entre los cuales están: sector salud, sector alimentos, farmacéutico, seguridad y servicios básicos, lo que implica un importante nùmero de trabajadores activos con mayor riesgo de exposición y contagio.

En este contexto, además de la declaración de Alarma Sanitaria Nacional en Venezuela, a partir del 1° de Junio se adoptan medidas sanitarias de flexibilización bajo el método 7+7 en todo el territorio nacional que aportan especificidades al esquema de confinamiento ante el crecimiento de algunos focos en el país, clasificados en niveles o fases: Nivel 1 “cuarentena radical”,en vigilancia permanente, por presentar actividad o focos peligrosos, se recomienda a la población permanecer en casa y la actividad económica será limitada al sector alimentario, con horarios restringidos. Nivel 2 “flexibilización parcial y vigilada”, se activan 10 sectores de la economía manteniendo distintas franjas horarias y el Nivel 3: “flexibilización general, se activan 24 sectores de la economía, adicionales a los ya establecidos.(Comision Presidencial, 2020)

A partir del 19/10/2020, se incorporan adicionalmente 50 sectores de la economía cumpliendo con las medidas de bioseguridad establecidas, con el fin de reactivar el aparato económico del país hacia la nueva normalidad.

A nivel mundial, desde de marzo del 2020 y los meses subsiguientes, la situación, la evolución e impacto de la Pademia por el COVID-19 en la poblacion general y trabajadores activos, ha sido descrita por organizaciones internacionales como la OMS, OPS, Organización Internacional del Trabajo (OIT), así como diferentes autores en diferentes publicaciones:

En el mes de Abril de 2020, la OPS/OMS señaló la situación y cifras de Tasas de Mortalidad y Letalidad en algunos países de América del Sur, donde señala que en Venezuela la tasa de mortalidad de la población general se ubicaba para la fecha en 0,35 por millón de habitantes con una letalidad del 3%, mientras que en Brasil la tasa de mortalidad era de 27,8 por millón de habitantes, con letalidad del 6,91%; en Ecuador 51,17 x millón de habitantes, con una letalidad de 4,29% y Colombia una tasa de mortalidad en 5,77 x millones de habitantes y letalidad de 4,5%.(OPS/OMS (2020,c) & Rísquez, Marcano, Tamayo, De Veer, González, Fernández (2020)). La frecuencia de casos es muy inferior y el

crecimiento epidémico es mas lento en Venezuela que en el resto de los países de America del Sur. La curva epidémica nacional es lineal con duplicación de los casos cada 20 días (Risquez et al, 2020).

Sánchez, Garrido, Maita y García (2020), determinaron las características epidemiológicas de 4.014 casos confirmados de COVID-19 por el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel en la poblacion general, apoyado en la base de datos del sistema único de Salud del Ministerio Popular para la Salud (MPPS). La investigación titulada “Análisis Epidemiológico del COVID-19 en la República Bolivariana de Venezuela”, entre febrero 21 y mayo 22 de 2020, presentando los siguientes resultados: el grupo de edad con mayor frecuencia se ubicó entre 20 y 39 años de edad, con predominio del sexo masculino. La mortalidad resultó relacionada con edad avanzada y comorbilidades, mientras que la letalidad fue menos del 1%.

La OMS, en su publicación “Actualización Epidemiológica:Nuevo coronavirus (COVID-19)”, del 26 agosto del 2020, señaló que en América del Sur, la notificación semanal de los casos de COVID-19 comenzó a aumentar en la SE 13 de 2020 (22 a 28 de marzo) y alcanzó un máximo de más de 530.000 nuevos casos notificados en la SE 33 (9 a 15 de agosto). Y en cuanto a la tasa de recuperación de casos en la región, se ubica entre un 60-90% aproximadamente, comportamientos que se ajustan según la región y las medidas de control adoptadas para el combate del flagelo. (OMS, 2020).

Ron (2020), en notas reflexivas sobre el impacto de la Infecciòn por COVID-19 en los trabajadores, que siguen desempeñado su actividad laboral a pesar de la cuarentena, hace mensión a los Trabajadores Sanitarios, debido al incremento en magnitud y ritmode casos notificados por coronavirus (COVID-19) en Las Américas. Cita a la OMS (informe de abril 2020), relativo a la ocupación sobre casos reportados y los mismos alcanzan a 19.795 casos, de los cuales 8,7% son trabajadores de la salud y 33,2% de ellos son hombres.

Según la Admisnitración de Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos de América (OSHA), la exposición laboral de los trabajadores al SARS-CoV-2, se puede clasificar como de riesgo muy alto, alto, medio y bajo, donde los determinantes son: el tipo de trabajo, el tener que mantener contacto estrecho (a menos de 2 metros), y/o la necesidad de mantener contacto repetido o prolongado con personas que están infectadas por el SARS-CoV-2 o podrían estarlo. (OSHA, 2020)

Así mismo describe que son trabajos con muy alto potencial de exposición: los procedimientos médicos específicos en terapias intensivas, post morten, o de laboratorio. Trabajadores incorporados en esta categoría: médicos, enfermeras, odontólogos, trabajadores de emergencias médicas, personal sanitario o de laboratorio que recolectan o manejan muestras en pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19.

Son trabajos con alto nivel de exposición a fuentes conocidas o probables de SARS-CoV-2: Trabajadores de la salud y personal de apoyo que debe ingresar a las habitaciones de los pacientes sospechosos, trabajadores de servicios de ambulancias que transportan pacientes con diagnóstico osospecha de COVID-19 en vehículos cerrados, trabajadores de empresas funerarias involucrados en la preparación de cuerpos para el entierro o la cremación de personas con diagnóstico o sospecha de COVID-19 al momento de la muerte.

En este contexto, en diferentes países del mundo se vienen investigando aportes como los obtenidos en los trabajos de Chacón, Ortiz, Ochoa, Rodríguez y Lorente (2020) en Holguín, Cuba, durante los meses de Marzo-Junio de 2020, en su trabajo de investigación titulada “Comportamiento de la COVID-19 en los trabajadores de la Salud”, en donde de 92 casos de pacientes confirmados, 11 (11,9%) corresponden a personal médico (45,5%) y de enfermería, con predominó del sexo masculino (63,6%), con edades comprendidas entre 45-59 años. Señalando una tasa de mortalidad en 0%.

Así mismo, el trabajo realizado en Cataluña, España, en el periodo Febrero – Mayo, por García,Badia, Manresa, Moreno, Sabaté, et al. (2020),en trabajadores de Servicios Sanitarios de Atención Primaria, donde participaron 1418 profesionales de la salud, que requirieron de confinamiento por contagio COVID-19, resultaron 323 casos positivos en 1.050 pruebas de RT-PCR, lo cual genera una frecuencia de 22,7%. El 67,8% fueron médicos y personal de enfermería, 78,8 % fueron del sexo femenino, con una edad promedio de 45,2 años.

En este marco,resulta alarmante que dentro de las categorías ocupacionales, el grupo más afectado por esta pandemia ha sido el personal de salud, catalogado como personal de primera línea ya que son los que realizan la evaluación, atención y tratamiento clìnico a pacientes, que se presentan con emergencias relacionadas con casos sospechosos o confirmados al COVID-19.

Afirmación respaldada por la Directora de la OPS, Carissa Etienne, quien señaló “el personal de la salud es especialmente vulnerable a la COVID-19, en la región de las Américas, donde tenemos la mayor cantidad de trabajadores de la Salud infectados en el mundo”, En Estados Unidos y México, que tienen algunas de Las cifrasde casos más altas del mundo, los trabajadores de la salud representan Uno de cada siete casos", situación similar en Suramerica con los países de Brasil y Colombia (Etienne, 2020).

Por lo que se consideró de mucha importancia, la investigación y anàlisis de este evento extraordinario y emergente en el país, así como su potencial epidémico e impacto sobre la morbi-mortalidad de la población de trabajadoras y trabajadores activos pertenecientes a la Parroquia Sucre del Distrito Capital, en Venezuela,en el periodo marzo- octubre de 2020, correspondiente a las semanas epidemiológicas 11 a 44 (marzo 11 a octubre 31), y su afectación en la salud pública en general, que ha requerido de una estructura funcional y de recursos para atender integralmente al sector salud, con un enfoque en la protección del derecho a la salud laboral.

Otro elemento que apoya la desición de la investigación, es que la autora forma parte del equipo de salud (trabajadores activos en periodo de cuarentena) de un centro centinela pertenecientes a un ASIC de la Parroquia Sucre, responsable de la atención de sintomáticos respiratorios y del reporte de los casos.

En este orden de ideas, la Parroquia Sucre del Distrito Capital, una de las más populares y pobladas de la Capital del pais, económicamente activa, caracterizada por zonas industriales, mercados populares , sectores económicos de bienes y servicios, con un número importante de centros de salud, y una población total estimada de 994.670 habitantes aproximadamente, diseminados en 59,3 Km^2,se vio afectada por el incremento de casos de COVID-19, convirtiéndose al inicio del brote en el epicentro nacional de la pandemia, conforme a los balances diarios emanados de la autoridades de Salud Pública y de la Comisión Presidencial para la Prevención y Lucha contra el COVID-19, y donde los trabajadores de las diferentes áreas de servicios básicos se han visto afectados.

El aporte de esta investigación para el postgrado de salud ocupacional será el abordaje de un tema emergente y en desarrollo, ya que existen grandes expectativas sobre su impacto en el ámbito laboral, de igual forma los resultados de esta investigación servirán en el fortalecimiento de los conocimientos con fines informativos para la acción y organización de respuestas oportunas y efectivas ante situaciones de alerta epidemiológica en el ambiente laboral.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar la incidencia del COVID-19 en Trabajadoras y Trabajadores Activos de la Parroquia Sucre del Distrito Capital - Venezuela. Semanas Epidemiológicas 11 a 44 de2020.

Objetivos Específicos:

1) Determinar la incidencia de infección por COVID-19 en Trabajadoras y Trabajadores Activos en la Parroquia Sucre del Distrito Capital,Venezuela. Semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020.

2) Caracterizar SociodemográficamenteTrabajadoras y Trabajadores Activos con diagnóstico de COVID-19 en la Parroquia Sucre del Distrito Capital,Venezuela. Semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020.

3) Describir laboralmente la población de Trabajadoras y Trabajadores Activoscon diagnóstico de COVID-19 en la Parroquia Sucre del Distrito Capital,Venezuela. Semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020.

4) Determinar el índice de recuperación, mortalidad y letalidad en Trabajadoras y Trabajadores Activos con diagnóstico de COVID-19 en la Parroquia Sucre del Distrito Capital, Venezuela.Semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020.

METODOLOGÍA

Se realizó investigación epidemiológica descriptiva de corte transversal, con un enfoque cuantitativo.

La población y muestra objeto de estudio en esta investigación se conformó con el total de trabajadoras y trabajadores activos laboralmente, que fueron registrados con diagnóstico de COVID-19, positivos a la prueba RT-PCR ó prueba molecular, confirmada por el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel (anexo 2/4) en la Parroquia Sucre del Distrito Capital, Venezuela, durante el periodo de cuarentena, correspondiente a las Semanas Epidemiológicas 11 a 44 (34 semanas comprendidas entre marzo 8 y octubre 31 de 2020).

Para el análisis de las fuentes documentales se utilizó la técnica de la revisión documental, como punto de partida a fin de introducir el protocolo del instrumento utilizado, el cual fué la ficha Fichas de Investigación de Respiratoria Aguda del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria (SIENO) del MPPS.

Con la finalidad del cálculo de tasas generales y especificas, se definen:

1. Poblacion económicamente activa: Está constituida por todas las personas de 15 años y más con disposición y disponibilidad para trabajar. (Instituto Nacional de Estadistica.[INE] 2020).

2. Trabajadores activos durante el período de cuarentena. (Comisión Presidencial para la Prevención y Control del COVID-19. 2020):Son todos los trabajadores y trabajadoras activos en concordancia con el esquema de control de la pandemia establecidos y vinculados con las siguientes actividades laborales, a lo largo del esquema de cuarentena y flexibilizacion: sector salud, sector agroalimentario, servicios básicos: agua, luz, gas, electricidad, combustible,

desechos sólidos, telecomunicaciones, seguridad y transporte. Otros servicios: registros, notarìas, ferreterìas, plomerìas, autolavados, ópticas, talleres de reparaciones electrodomésticos, sector textil, peluquerías, gimnasios, librerìas, heladerìas, lavanderìas y tintorerìas, fabricación de equipos electrodomésticos, servicios de encomienda, atención veterinaria. Trabajadores de eventos deportivos sin público,autocines, vuelos aéreos nacionales e internacionales según comunicado del INAC Notam CO956/20 y AO438/20.

La Dirección de Epidemiología del Distrito Capital, aportó el estimado de la poblacion objeto de estudio, la cual se presenta en las tablas 1 y 2 :

Tabla 1.Distribuciòn estimada de la población economicamente activa de la Parroquia Sucre del Distrito Capital.Venezuela. 2020.

Sector	Población General Economicamente Activa en la Parroquia Sucre	%
Público	465.346	68
Privado	218.986	32
TOTAL	**684.333**	**100**

Fuente: División de Epidemiología.Dirección Regional de Salud. DC 2020.

A partir de los 684.333, se estimó que el 56% (383,226) representaba la población laboralmente activa durante el periodo de cuarentena, la cual fue aumentando a lo largo de las 34 semanas del estudio (semanas epidemiológicas 11 a 44), pasando del sector salud y servicios básicos hasta llegar a 50 actividades económicas.

Tabla 2. Distribución estimada de los trabajadores activos durante la cuarentena. Parroquia Sucre del Distrito Capital. 2020.

Sector	Trabajadoras yTrabajadores Activos durante la cuarentena Semanas Epidemiológicas 11 a 44 2020	%
Público	337.239	88
Privado	45.987	12
TOTAL	**383.226**	**100**

Fuente: División de Epidemiologìa.Direcciòn Regional de Salud DC 2020.

Posterior a la solicitud y consentimiento Informado de las autoridades del Distrito Sanitario Nª 2 del Distrito Capital (anexo 1),se revisaron un ttal de 1.186 fichas de investigación de respiratoria aguda del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria (SIENO) del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) **,** de los casos registrados como Casos Confirmados (anexos 2).

Se empleó estadística descriptiva para los cálculos de frecuencia, tasas e índices, utilizando frecuencias absolutas y relativas, que bajo un ambiente Excel y Word se muestran en cuadros y gráficos.

A fin de dar respuesta a los objetivos1 y 4 se realizaron los cálculos de Tasas de Incidencia, Tasa de Mortalidad General y Especìfica,Indice de Mortalidad e Indice de recuperación y Tasa de Letalidad.Las fórmulas utilizadas se muestran a continuación:

- Incidencia General de COVID-19 en Población Económicamente activa de la Parroquia Sucre = N° de casos confirmados de COVID-19 en trabajadores activos / Poblacióneconómicamenteactiva de la Parroquia Sucre X 1000

- Incidencia Específica de COVID-19 en trabajadores activos durante la cuarentena = N° de casos confirmados de COVID-19 en trabajadores activos / Población de trabajadores activos durante la cuarentena X 1000.

- Tasa de Mortalidad General en Población Economicamente activa de la Parroquia Sucre = N° trabajadores fallecidos por COVID-19/ Población enomicamente activa de la Parroquia Sucre X 1000

- Tasa de Mortalidad específica en trabajadores activos durante la cuarentena= N° trabajadores fallecidos por COVID-19/ Población de trabajadores activos durante la cuarentena X 1000.

- Índice de Mortalidad= Tasa de Mortalidad General/ Tasa de Mortalidad Especìfica x 1000.

- Indice de Recuperación en trabajadores activos = N° casos recuperados de COVID-19 / N° total de casos confirmados COVID-19 X 1000

- Tasa de Letalidad en trabajadores activos durante la cuarentena= N° de fallecidos por COVID-19confirmados/ Casos confirmados de COVID-19 en trabajadores activos X 100

RESULTADOS

Para determinar la incidencia de casos de Covid-19 en trabajadores activos en la Parroquia Sucre, se estudiaron 1.186 fichas epidemiológicas registradas en el Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria (SIENO), específicamente las de Investigación Respiratoria Aguda, de pacientes con diagnóstico de COVID-19 confirmado, de las cuáles, 658 correspondieron a trabajadoras y trabajadores activos, representando el 55,48%, lo que explica y ratifica que fueran desde el inicio considerados poblacion vulnerable.

Casos con lo que se obtienen los siguientes resultados:

$$\text{Incidencia General de COVID-19 en población económicamente activa de la Parroquia Sucre} = \frac{658}{684.333} \times 1000$$

Incidencia General = 0,96 por cada 1000 trabajadores.

Incidencia<1, lo que significa que hay un tasa o cantidad baja de contagios en la población trabajadora denominada económicamente activa.

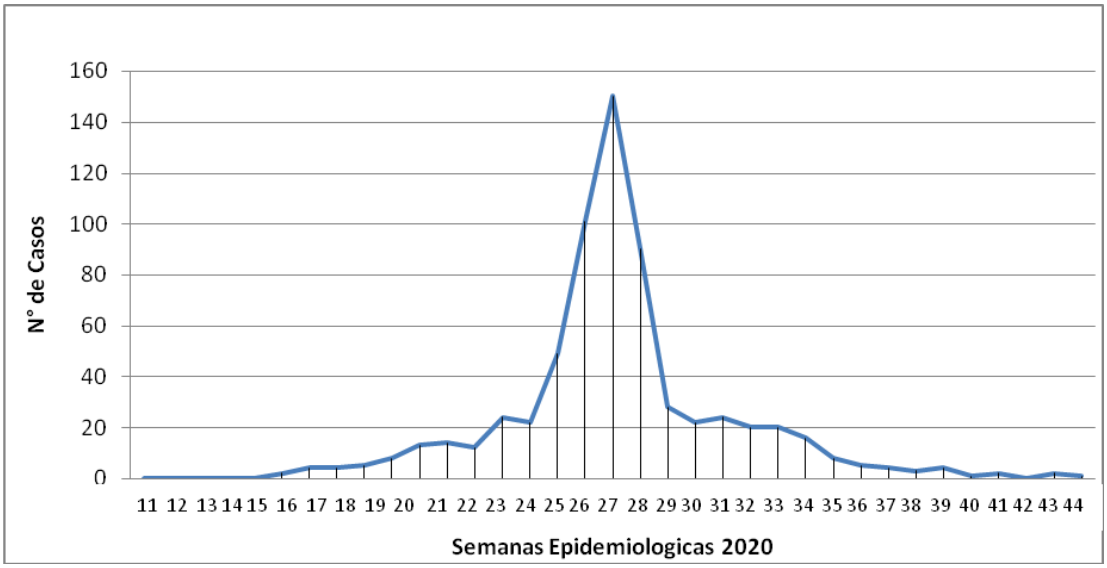
$$\text{Incidencia Especìfica de COVID-19 en Trabajadores activos durante la cuarentena en la Parroquia Sucre} = \frac{658}{383.226} \times 1000$$

Incidencia Especìfica= 1,7 x 1000 trabajadores.

Resultados >1,5 lo que significa que, la cantidad de contagiados en los trabajadores activos, es mayor a la esperada y superior a la incidencia observada en la población económicamente activa.

La incidencia específica elevada en la población laboral activa en período de cuarentena, durante los meses de marzo a octubre de 2020 (semanas epidemiológicas 11 a 44) se traduce en el alto riesgo de contagio por COVID-19 de 1,7 trabajadores por cada 1000 en esta localidad, lo que puede guardar relación con la magnitud de la exposición, la dotación insuficiente y uso inadecuado de equipos de protección laboral, el no cumplimiento de las medidas de bioseguridad en espacios intra y extralaborales, así como la sobrecarga laboral.

Grafico 1.-Curva Epidemiológica de los 658 casos confirmados por COVID-19, en trabajadores activos durante las semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020. Parroquia Sucre del Distrito Capital.Venezuela.



Fuente:Ficha de Investigacion de Respiratoria Aguda. 2020

En relación a la distribución de los casos por semanas en el periodo estudiado que se muestra en el Gráfico1, se observa que el primer caso confirmado

se presentó en la semana 6 del estudio (Semana Epidemiologica16), a pesar de que la búsqueda de casos se inició en la semana 11, cuando se decreta la Emergencia Sanitaria Nacional.

Se observa que se inicia con una curva de crecimiento lento, que en la semana 27(semana 17 del estudio) asciende de forma rápida hasta alcanzar un pico de 150 casos, los cuales disminuyen en un 50% a la semana siguiente (semana 28), y como comenzó, la curva inicia en una fase de descenso que tiende a aplanarse nuevamente a partir de la semana Nº 30, una vez que el pico es controlado en la fase estacionaria (Semana 30 hasta Semana 35), hasta alcanzar cero casos en la semana 40.

En relación a las variables edad y sexo de los casos confirmados en la población trabajadora, se presentan los siguientes resultados:

Cuadro 1.- Características sociodemográficas de los 658 trabajadoras y trabajadores activos con diagnóstico confirmado de COVID-19 en la Parroquia Sucre. Semanas Epidemiológicas 11 a 44 de 2020.

Grupo Etário (años de edad)	n	%
< 20	9	3,36
20 a 29	256	38,90
30 a 39	174	26,44
40 a 49	181	27,50
50 a 59	36	5,47
60 a 69	2	0,30
Rango= 17- 63 Promedio = 46 años		
Sexo		
Masculino	403	61,24
Femenino	255	38,75

Fuente: Fichas IRA 2020.

En la poblacion trabajadora con COVID-19, el rango de edad oscila entre los 17 y los 63 años, con un promedio de 46 años de edad. El 94,2% de los casos tienen 49 años o menos; donde el grupo de edad con mayor frecuencia de contagio es el de 20 a 29 años, una población joven. Con relación a la distribución de casos según el sexo se observa un claro predominio del sexo masculino con un 61,24% en relación al femenino.

Cuadro 2.- Distribución de 658 casos confirmados por COVID-19, en trabajadores activos, según sector o actividad economica . Parroquia Sucre. Semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020.

Actividad Económica	N° de casos Confirmados	%
Salud	267	40,57
Otros Servicios	253	38,44
SeguridadPública	66	10,03
Alimentación	62	9,42
Otros	10	1,51
Sector		
Público	634	96,35
Privado	24	3,65

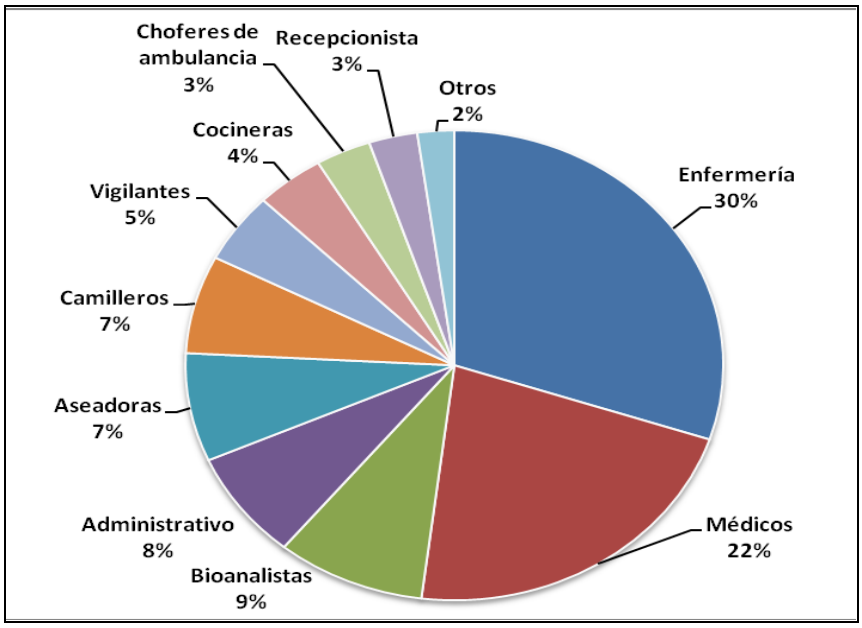
Fuente: Ficha IRA 2020.

La distribución porcentual del número de casos confirmados COVID-19, de trabajadores activos, según el sector ó actividad económica donde se desempeñaban (Cuadro 2), arrojó que en el Sector Salud se presentaron 267 casos de COVID-19 (40,5%),lo que debe guardar una estrecha relación con la exposición al agente causal (COVID-19), con su mecanismo de transmisibilidad y que en su inicio pudo haber sido subestimado, con la atención por consulta externa o por emergencias (periodos de guardia), donde tuvo una demanda muy importante de diversas patologías del aparato respiratorio no considerados como posibles sospechosos de Covid-19, el poco o inadecuado hábito de uso de equipos de bioseguridad,la sobrecarga laboral, la ansiedad de lo desconocido, entre otras causas.

El 38,4%, en segundo lugar son trabajadores deotros servicios con 253 casos, cabe destacar que en estaactividad se unificaron varios servicios: transporte,

desechos sólidos, agua, gas, electricidad, servicios fúnebres, economía informal, entre otros. Sector ligado directamente con las actividades dirigidas a cubrir las necesidades básicas de la población, las cuales son clasificadas y catalogadas por la OIT (2020), la OSHA (2020) &Woman in Informal employment: Globalizing and Organizing [WIEGO](2020), como de alto riesgo de exposición al COVID-19.

Grafico2.- Distribución de los 267 casos confirmados COVID-19, en trabajadores activos,según la ocupación en el sector salud, de la Parroquia Sucre. Semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020.



Fuente: Ficha de Investigacion de Respiratoria Aguda. 2020

La distribución de los casos confirmados COVID-19, según la ocupación en el sector salud como se observa en el Gráfico 2, fueron más frecuentesen el personal de enfermería, con el 30%, seguida del personal médico con el 22% y bioanalistas con 9%. Ocupaciones relacionadas directamente con acciones inherentes a los cuidados de salud del individuo, familia y comunidad, ya sean en la atención primaria óespecializada (maniobras mèdicas,manipulación del paciente, contacto con fluídos, secreciones, etc.de mucha exigencia). Al igual que el resto del personal de salud, que en correspondencia con sus funciones laborales en la

atención del paciente en tiempos de pandemia,se convierten en trabajadores vulnerables ante la exposición al COVID-19.

El otro sector recurrente en casos de Covid-19,corresponde al de otros servicios (38,3%), y la distribución de acuerdo a la actividad laboral u ocupación se presenta en el Cuadro 3.

Cuadro 3.- Distribución de los 253 casos confirmados COVID-19, en trabajadores activos, según la ocupación en otros servicios, de la Parroquia Sucre. Semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020.

Sector Otros Servicios	N° Casos	%
Chofer	106	41,89
Servicios Fúnebres	59	23,32
Economía Informal	30	11,85
Almacenista-Cajeros	20	7,90
Telecomunicaciones	18	7,11
RecolectoresdeDesechos Sólidos	12	4,74
Otros	10	3,95

Fuente: Ficha IRA 2020.

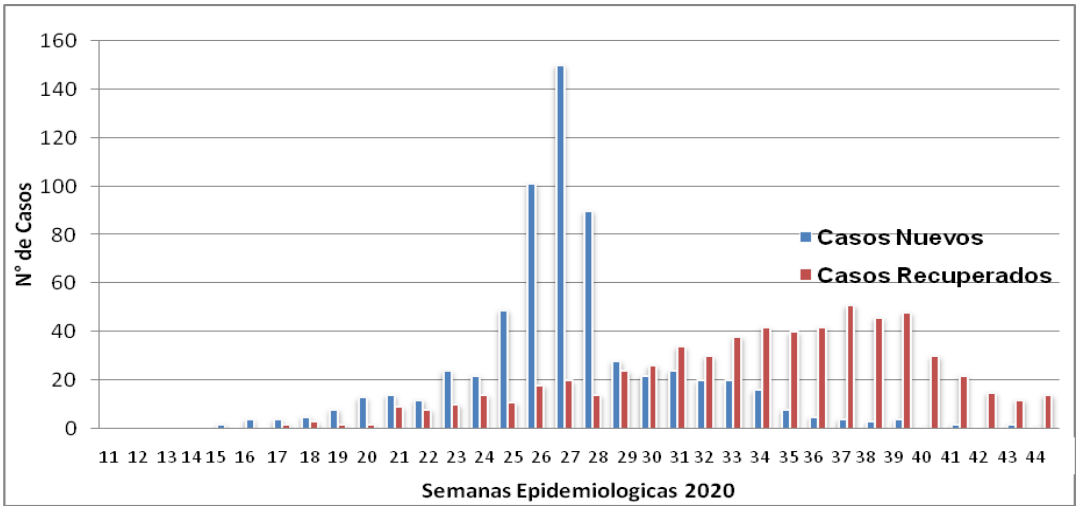
En otros servicios, fue la actividad de chofer donde se registraronmás trabajadorescontagiadospor COVID-19,con el 41,8%de los casos yel 100% en el sexo masculino, considerando que está directamente vinculado con el no cumplimiento del distanciamiento físico en las unidades (sitios cerrados) y otras medidas de bioseguridad. Asi también hay que descartar la actividad de trabajadores en funerarias que a pesar del riguroso protocolo establecido por las autoridades de salud pública para el traslado y cremación de cadáveres sospechosos o con diagnósticos COVID-19, generó una alta exposición al virus y el 23,3% de los casos son de este sector, posiblemente por el contacto físico, manipulación y traslados de cadáveres asì como contacto con sus familiares.

En tercer lugar mencionamos al sector de la economía informal con el 11,8% de los casos positivos a COVID-19. Predominaron las trabajadoras domésticas a domicilio,que pueden guardar relación con el traslado en medios masivos de transporte las hizo vulnerables al contagio,asì como vendedores y comerciantes, tal como esta reseñado por WIEGO, 2020 y los cuales estarían vinculados con el incumplimiento de las medidas de distanciamiento físico, uso inadecuado del tapaboca y deficiencias en la adecuada higiene de las manos y superfices de contacto (OIT, 2020).

Siguiendo con los objetivos planteados, la OMS (2020)señala, en referencia a los indicadores de salud que " son variables que sirven para medir sucesos colectivos o cambios", y considera entre ellos al índice de recuperación, la tasa de mortalidad y letalidad.

Sobre el índice de recuperación, y su relación entre casos nuevos/casos recuperados, en las 34 semanas de la investigación, observamos lo siguiente:

Gráfico 3. Distribución de los casos diagnosticados y recuperados por COVID-19, en trabajadores activos. Parroquia Sucre. Semanas epidemiológicas 11 a 44 de 2020.



Fuente: Ficha IRA. 2020

El gráfico 3, muestra que el primer caso de COVID-19 en la Parroquia Sucre es confirmado en la Semana Epidemiológica (SE) 15, y el primer caso recuperado se registra en la SE 17,con un crecimiento lento y progresivo de casos nuevos y un crecimiento lento de casos recuperados. Sin embargo, entre las SE 25 a 28, correspondiente a los meses de julio y agosto de 2020, ocurre un pico de casos nuevos con diferencias muy acentuadas con los recuperados.Posteriormente se observa el control del foco al disminuir los casos nuevos y se observa como el número de recuperados supera a los casos nuevos a partir de la semana 30 y hasta la 40, cuando no hay registro de casos nuevos y hay casos recuperados, situación que se mantiene hasta la SE 44 (34 de la investigación)cuando culmina el presente estudio.

Obteniéndose un Índice de recuperación en dicho periodo del 95,59 **%** (629 recuperados/658 casos nuevos). Lo que permite relacionarlo con buen nivel de atención, la búsqueda activa de casos COVID-19 y la atención oportuna de los casos asintomaticos.

Otro indicador epidemiológico de la evolución, virulencia, vulnerabilidad de la población y manejo de la pandemia por COVID-19 es la Tasa de mortalidad, resultados que se presentan a continuación:

1. Tasa de Mortalidad General en la Poblacion Económicamente Activa por COVID-19, de la Parroquia Sucre. = 29/684.333 X1000 = 0,04 muertes x cada 1000 trabajadores de la población económicamente activa. Tasa Menor de 1 y sería la Tasa esperada.

2. Tasa de Mortalidad Especifica en la población laboral activa por COVID-19, en la Parroquia Sucre durante la cuarentena= 29/383226 x1000 = 0,07 muertes x cada 1000 trabajadores activos. Tasa menor a 1, siendo la Tasa observada.

Indice de Mortalidad= 0,04/ 0,07 = 0,05 x1000

Las tasas de mortalidad general y especìfica por COVID-19 en trabajadoras y trabajadores activos, pertenecientes a la Parroquia Sucre del Distrito Capital resultaron<1(0,04 y 0,07) respectivamente, lo que presume su relación con las medidas de prevención adoptadas por las autoridades de Salud Pùblica y el Ejecutivo Nacional, con el fin controlar y mitigar el riesgo de nuevos casos de infección por COVID-19 y sus posibles cepas.

En cuanto al índice de mortalidad de 0,05 x cada 1000 trabajadores activos de esta localidad y durante el periodo estudiado, este se presentó muy bajo. De acuerdo a su comportamiento en relación al índice esperado y observado y a pesar de la alta virulencia del agente causal.(OPS,2011) Sin embargo, es importante señalar que del total de muertes registradas durante el periodo estudiado, 22 de ellas (75%) correspondieron a trabajadores de la salud, específicamente personal de enfermería y médico, lo que pudiera guardar estrecha relación con la magnitud del riesgo y la exposición. Lo cual pudiera demostrarse en una investigación donde se estime el Riesgo Relativo.

El otro Indicador calculado fué la Tasa de letalidad: 29 muertes/658 casos confirmados x 100, resultando en:

Tasa de Letalidad en Trabajadores Activos = 4.4%. Tasa que se puede calificar como baja, al comparalar con la de otros países de la región como Brasil, Ecuador, Colombia (OPS/OMS 2020,c). Sin embargo resulta elevada en la población estudiada, lo cual es consistente con el carácter patogénico del virus, el cual es considerado como altamente virulento.(Loannidis, 2020)

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación de acuerdo a los objetivos planteados muestran en primer lugar, que del total de casos registrados y diagnósticados en la población de la Parroquia Sucre, una alta frecuencia (55,48%) son en trabajadores activos, denominados “trabajadores de primera línea” de diferentes sectores, resultado similar a los reportados por Chacón et al (2020), García et al (2020) y señalado por Etienne Carisse, Directora de OPS (2020).

En cuanto a una Incidencia General >1 (0,96 x 1000), considerada baja, resulta similar a la de la población general en Venezuela, siendo lo esperado. Resultados similares a los reportados por Risquez et al(2020)&Sánchez, Garrido,Maita y Garcia. (2020).

Sin embargo, la Incidencia Especifica >de 1,5 (1,7x1000) resultó mayor a la esperada en Venezuela, pero menor a la reportada por Chacón et al (2020) & García et al (2020), con 7,7x1000 y 22,7x1000 trabajadores respectivamente. Lo que pudiera guardar relación con las medidas de salud pública adoptadas por el ejecutivo y las autoridades relacionadas con la pandemia por COVID-19.

Estos resultados se traducen en el Muy alto y Alto de contagio por COVID-19,(OSHA 2020), lo que guarda relación con la magnitud y tiempo de la exposición,así como la vinculacióna otros factores laborales y/o extralaborales como el no cumplimiento de las medidas de bioseguridad en espacios intra y extralaborales, la sobrecarga laboral y/o déficit de personal asistencial; aspectos señalados, reportados y estudiados por la OSHA (2020), Etienne (2020), Chacón et al (2020) , García et al (2020)&Fergunson et al. (2020).

La Curva Epidemiológica de presentación de los casos confirmados por COVID-19, en Trabajadores activos durante las Semanas Epidemiológicas 11 a 44

de 2020 en la Parroquia Sucre, es similar a como lo describe Rizquez et al (2020) para Venezuela:"…La frecuencia de casos es muy inferior, y el crecimiento epidémico muy lento comparado con el resto de Sudamérica. La curva epidémica nacional es lineal con duplicación de los casos cada 20 días".

Comportamiento diferente a lo reportado por la OPS en su publicación Actualización Epidemiológica, Enfermedad por coronavirus (COVID-19), del 26 de agosto de 2020,donde se señala que la notificación y presentación de casos en países de Suramerica como Brasil, Perú, Ecuador, Colombia, Suramerica, comenzó a aumentar en la SE 13 de 2020 (22 a 28 de marzo) y alcanzó un máximo de más de 530.000 nuevos casos notificados en la SE 33 (9 a 15 de agosto),

En relación a las características sociodemográficas, en la presente investigación el 94,2 % de los trabajadores contagiados tienen menos de 49 años, lo que implica que es una población trabajadora joven, y el 61,24% en el sexo masculino.Resultados similares a Sánchez B, Garrido, F.; Maita, E.; Garcia,J. (2020), para la población general venezolana, pero difieren de los reportados por Chacón et al (2020) en cuanto a la edad, ya que el 72,7% son mayores de 40 años y García et al (2020) donde el sexo que predomina es el femenino (78,8%). Asi mismo Ron (2020), citando a la OPS señala que del total de trabajadores contagiados en Las Americas, el 72% son mujeres, y la mayoría tiene entre 30 y 49 años.

En referencia a la distribución de casos confirmados por COVID-19, en Trabajadores Activos, según actividad económica y sector, en el presente trabajo,el sector con mayor frecuencia de casos confirmados fué el sector salud, en su mayoría en las ocupaciones de enfermerìa, médicina y bioanalisis con predominio del sexo femenino. Situación denunciada por la Directora de la OPS en Septiembre de 2020, donde señaló "…cerca de 570.000 trabajadores de la salud se han infectado y 2.500 han muerto por COVID-19 en las Américas".

Entre los factores que señala están: la insuficiente capacitación sobre las medidas de protección y su uso adecuado mientras trataban a pacientes con COVID 19 .Y el otro, el tiempo que se tardó en implementarse protocolos de clasificación (triaje) de pacientes, lo que trajo como consecuencia, que los pacientes con COVID-19 contagiaran a otras personas que podrían haber estado buscando atención por diferentes afecciones, y pronto todos corrieron el riesgo de infección, lo que dejó a los trabajadores de salud más vulnerables", dijo. (Etienne, 2020).

Característica común con la investigaciòn de Garcìa et al (2020), donde la ocupación mas afectada fue enfermerìa con 78,8 % y facultativos con el 67,8 %, con predominio del sexo femenino 63,6%, y un 32,2% en trabajadores de otras áreas de la salud.

En el mismo sentido, las actividades de transporte, desechos sòlidos, agua, luz, gas, serv. fúnebres,danrespuesta ante necesidades básicas de la población y generaron una alta exposición de esta población trabajadora al agente causal, dado su mecanismo de transmisibilidad, al inadecuado y uso incorrecto de los equipos de protección personal e incumplimiento de las medidas de bioseguridad, por lo que han estado en la primera línea de exposición ante el COVID-19 desde el inicio (OPS 2020, OIT 2020, OSHA 2020)

En cuanto al índice de recuperación obtenido, fue del 95,5%, lo que permite señalar el buen nivel de atención y la efectividad de las medidas empleadas durante este periodo de la pandemia. Resultado que coincide con las cifras señaladas por Risquez et al (2020) y Sánchez,Garrido,Maita, Garcia, (2020), para la población general venezolana y Chacòn et al., en Holguin, donde el porcentaje de recuperación fué del 100% en el periodo estudiado.

Una tasa de mortalidad < 1 (0,04 Tasa General y 0,07 Tasa Especìfica) con un Indice de Mortalidad del 0,05 x 1000 y una tasa de letalidad del 4,4% (calificada como baja) en el periodo de la pandemia por COVID-19 en la Parroquia Sucre del Distrito Capital (en el periodo estudiado), reflejan las adecuadas medidas adoptadas

en materia de salud pública, a pesar de lo patogénico del virus, con la vigilancia epidemiológica que permitió actuar eficazmente en la reducción ó disminución de la transmisión del virus y con ello limitar la morbilidad y mortalidad.

Resultados similares a los obtenidos por Sánchez et al (2020) en la población general de Venezuela: Tasa de Letalidad del 1%, entre los meses de febrero a junio de 2020) y Chacòn et al. en la Provincia de Holguin, con una tasa de Mortalidad del 0%, en el periodo estudiado, y todo relacionado con lo anteriormente descrito.

En cuanto a la tasa de letalidad, ésta puede variar según la conducta y comportamiento de la pandemia, sin embargo dentro del rango de clasificación se considera baja, a pesar de lo patogénico del virus.(Ioannidis, 2020)

Sin embargo, se debe resaltar como importante y preocupante, que de los 29 pacientes que fallecieron, 22 (75%) eran personal de enfermería y personal médico, dadas las implicaciones sociales y las que se generarían en el propio sistema de salud.

Por lo que se concluye, que a pesar de una incidencia, morbilidad, mortalidad y letalidad bajas, similares a la de la población general del país, la población trabajadora activa y expuesta son mas vulnerables, ya que del total de casos que se confirmaron durante las 34 semanas de estudio, el 55% eran trabajadores activos y el 75% de los fallecidos (letalidad) eran personal de salud cumpliendo actividades y funciones esenciales para la población contagiada o en aislamiento.

Es por ello que se plantean las siguientes recomendaciones, las cuales deben ser aplicadas de manera conjunta e integral a corto y mediano plazo:

- ✓ Organizar y clasificar la población trabajadora, en especial la más vulnerable en los centros de trabajo, con el fin de actuar de forma precoz y eficiente en caso de riesgo biológico, en este caso COVID-19.

- ✓ Articular la notificaciòn obligatoria e inmediata en los centros laborales por casos sospechosos de COVID-19 con las autoridades de Salud Pùblica de la localidad, a fin de establecer el cerco epidemiológico y evitar brotes en los centros de trabajo.

- ✓ Garantizar el inicio de la vacunación en los trabajadores, en especial los trabajadores de los sectores priorizados, con un enfoque particular al sector salud .

- ✓ Desarrollar y actualizar las campañas de información y formación en la población trabajadora, sobre el riesgo de exposición y medidas de control biológico a realizar a nivel laboral y extralaboral.

- ✓ Crear o fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiologica en centros de trabajo, siendo prioritarios los Centros de Salud, a través de los Servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo, tal como lo establece la LOPCYMAT (2005) y apoyados por la Norma Covenin NTF 4063 (2020) “Prevención, Control y Mitigación del Covid-19 en centros de trabajo. Buenas Prácticas, Planes y Medidas”, con el fin de “crear espacios saludables y seguros para el trabajador”, garantizando la capacitación, disponibilidad de equipos de protección (EPP) adecuados y en todo momento, la aplicación de normas de seguridad prevención y control de infecciones al trabajador.

- ✓ Se recomiendan investigaciones sobre el COVID-19, de mayor profundidad, ya que aún permanece activo, sobre su comportamiento, indicadores de salud y variables no incluídas para este estudio, con repercusiones ó consecuencias en el ámbito laboral.

Nota de la autora:

Dado que ha transcurrido un tiempo entre el periodo de la culminación de la presente investigación y el momento de su presentación y la situación de la

pandemia por el COVID-19 es cambiante, es importante señalar que varias de las recomendaciones planteadas ya están siendo implementadas y desarrolladas ampliamente como son: la vacunación y cobertura en los trabajadores del sector salud, el cual a la fecha es de aproximadamente el 70% de esta población trabajadora de primera linea. Las campañas de información y capacitación diseñadas por múltiples organismos como OMS/OPS, OIT, Inpsasel, UNICEF para los trabajadores sobre el tema y que han tenido una excelente acogida, así como un alto nivel de información dirigido a la población general mediante los medios de comunicación social que se han sumado a esta campaña de capacitación ante la situación de pandemia, con la finalidad de tener espacio biosaludables.

Así mismo, actualmente se esta estructurando, con el apoyo de la Organización Panamericana de Salud y las fortalezas del MPPS, el sistema de vigilancia epidemiológica dirigido a la población trabajadora del sector salud, sobre factores de riesgos y riesgos biológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Administración de Seguridad`y Salud Ocupacional.[OSHA] (2020). Clasificación del riesgo de exposición laboral al SARS-CoV-2. Adaptado de: Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19 U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration SHA, Mayo-2020.https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf

Bernard, I.,Limonta, D., Lara, M., Hobman,T.,(2020)"Infección y desregulación del endotelio por Sars-CoV-2: evidencia y advertencia en COVID-19" Rockville Pike, Maryland EE.UU PubliMed.gov. Diciembre 2020. https://DOI:10.3390/v13010029

Comision Presidencial.(2020). "Plan de Flexibilización de Actividades 7 + 7".Junio,06,2020. Disponible en: http://www.avn.info.ve/

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)."De la Protecciòn de esta Constituciòn". Capitulo II. De los Estados de Excepción. Art 337 al 339.

Chacón, D. ; Ortiz, JC.; Ochoa, I.; Estéfano, R; Lorente A.(2020) " Comportamiento de la COVID-19, en los trabajadores de la salud". Provincia de Holguín. Marzo-Junio 2020. Correo Científico Médico (CCM) 2020; 24(3). Disponible en: http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3739/1564

Díaz, J.,Toro, Ana., (2020) "Sars-CoV-2/COVID-19:el virus, la enfermedad,la pandemia". Colombia. Medicina & Laboratorio. Vol. 24: No-3, Julio Septiembre 2020. Disponible en: DOI: https://doi.org/10.36384/01232576.268

Etienne, C.,(2020). Noticias de la Organización Panamericana de la Salud. Septiembre 2020. Disponible en:https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020

Feo,O., (2020). Venezuela ante la pandemia COVID 19. Perspectiva desde la Salud Colectiva. IV Conferencia de la Red de Centros CLACSO Venezuela. Presentación realizada el 13 de noviembre 2020.

Fegurson, N., et al (2020) . "Impacto de las intervenciones no Farmacéuticas (INF) para reducir la Mortalidad y Demanda en los Sistemas de salud Frente al COVID-19" Reporte 9Marzo 2020. Imperial College London. Doi: https://doi.org/10.25561/77482

Gaceta Oficial Extraordinaria 6.519 (2020)."Decreto de Estado de Alarma Nacional para atender la Emergencia Sanitaria del COVID-19" Número 4.160.Marzo 13 de 2020. Venezuela.

Garcìa, R., et al. (2020). "Estudio Descriptivo de los Trabajadores de Servicios Sanitarios de una Dirección de Atenciòn Primaria Confinados por COVID-19". Cataluña

España.RevEsp Salud Pública. 2020; Vol. 94: 3 de septiembre e1-11. www.mscbs.es/resp

Instituto Nacional de Estadistica[INE](2020). Población Economicamente activa. Fuerza de trabajo. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/index .

Ioannidis, J., (2020). "Tasa de letalidad por la infección de la COVID-19 calculada a partir de los datos de seroprevalencia." Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Disponible: www.who.int/bulletin/volumes/99/1/20-265892-ab/es/

Kamps,B.; Hoffman, C. (2020) "COVID Reference" .Edición 2020-4.(p.p.77.78). Disponible en: http://covidreference.com/es

Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT) (2005). Publicado en Gaceta Oficial N°38.236 26 de Julio del 2005.

Norma Covenin 4063. (2020). **"**Prevención, Control y Mitigación del Covid-19 en Centros de Trabajo. Buenas Prácticas, Planes y Medidas ". Número de Referencia Fondonorma - Ntf4063:octubre 2020. https://www.fondonorma.org.ve

OIT. (2020). El COVID-19 y el mundo del trabajo. Estimaciones actualizadas y análisis. Observatorio de la OIT – segunda edición: El COVID-19 y el mundo del trabajo. Disponible: https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/Lang-es/index.htm

OMS. (2020) "Estimación de la Mortalidad de la COVID-19". Nota científica. 4 agosto 2020disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/333857

OPS (2011) "Módulos de de principios de epidemiología para el control de enfermedades MOPECE". Segunda Edición Revisada.Washintong D.C.EUA © :OPS, 2011. Disponible:https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&viev=article&id=9161:2013-mopece-training-modules-epidemiology&itemid+40096&lang+es

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. [OPS/OMS] (2020a). Actualización Epidemiológica: Nuevo coronavirus (COVID-19). 14 de febrero de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020 . Disponible: www.paho.org

OPS/OMS (2020b). "Alerta y Actualizaciones Epidemiológicas". Disponible en: http://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas.

OPS/OMS. (2020c). "Resumen de la situación en la Región de la Américas"Actualización Epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19). 20 de abril de 2020, pp 2 a 4. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020 Organización Panamericana de la Salud • www.paho.org • © OPS/OMS, 2020

OPS/OMS. (2020,d). Resumen de la situación en la Región de las Américas.Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). pp9. 25 de agosto de

2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020 Organización Panamericana de la Salud • www.paho.org• © OPS/OMS, 2020

Rísquez, A. ; Marcano, A. ; Tamayo, M., De Veer, F. ; González,B., Fernández, M. (2020). "Evolución de la morbi-mortalidad por Covid-19 en Venezuela y Sudamérica hasta principios de mayo. Pp. 15 a 17http://saber.ucv.ve/handle/10872/20639 18-may-2020

Ron, M., (2020). "Algunas Reflexiones entorno al Impacto de la Infecciòn por COVID-19 en los Trabajadores Sanitarios". *Salud de los Trabajadores.* Volumen 28 Nº 2 p.p.161-165.http://servicio.bc.uc.edu.ve

Sánchez B, Garrido, F.; Maita, E.; Garcia,J. (2020). " Análisis Epidemiológico de COVID-19. República Bolivariana de Venezuela". OC Vol 5. Nº2. mayo-agosto 2020.pp 32 a 52. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/

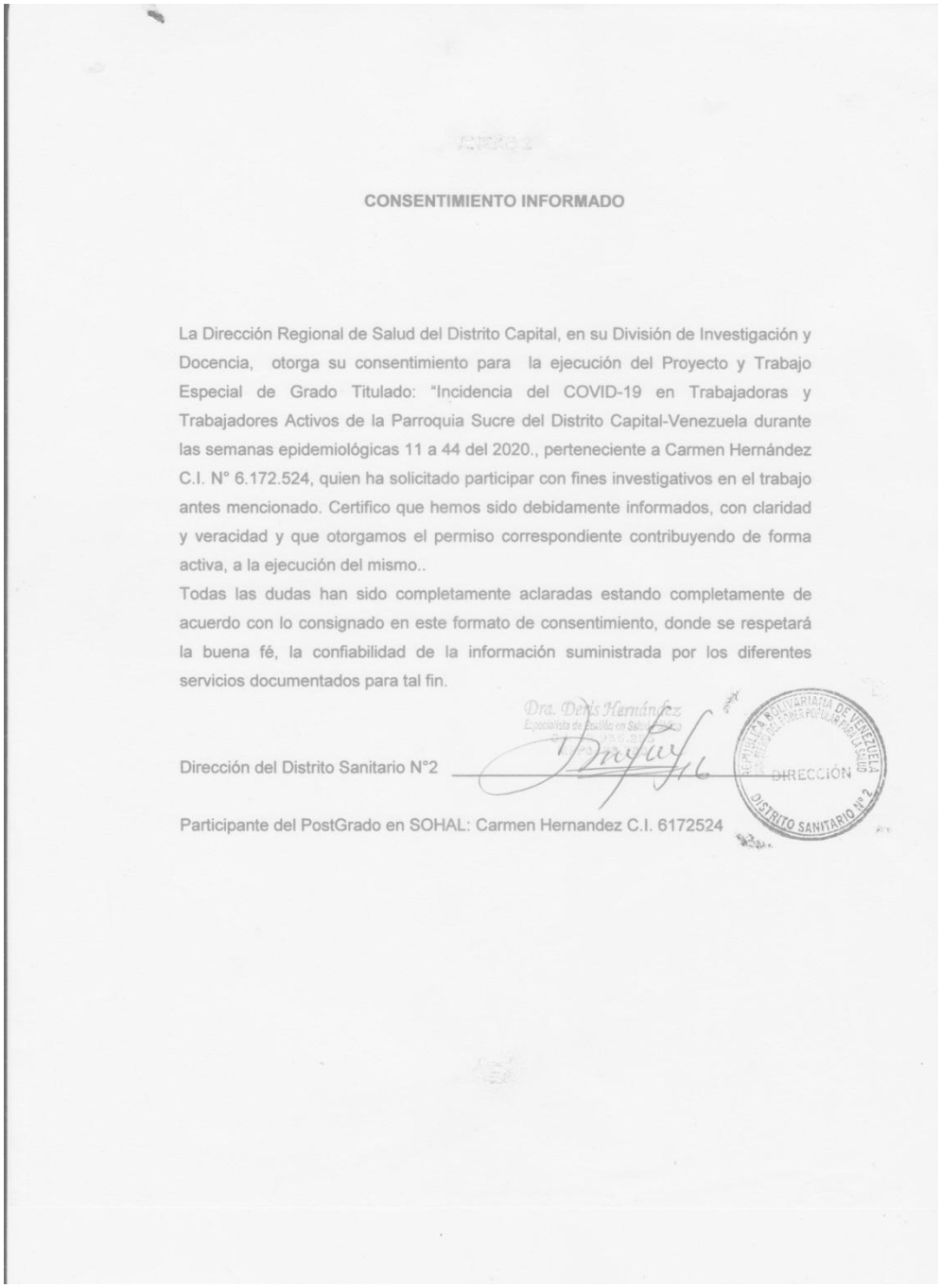
Wang Zhou,(2020) "The Coronavirus Prevention Handbook". Edit. Publishing p.p 30-39. Disponible: www.skyhorsepublishing.com.

WIEGO, (2020). Impact of public health measures on informal workers livelihoods and health. www.wiego.org

ANEXOS

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Dirección Regional de Salud del Distrito Capital, en su División de Investigación y Docencia, otorga su consentimiento para la ejecución del Proyecto y Trabajo Especial de Grado Titulado: "Incidencia del COVID-19 en Trabajadoras y Trabajadores Activos de la Parroquia Sucre del Distrito Capital-Venezuela durante las semanas epidemiológicas 11 a 44 del 2020., perteneciente a Carmen Hernández C.I. N° 6.172.524, quien ha solicitado participar con fines investigativos en el trabajo antes mencionado. Certifico que hemos sido debidamente informados, con claridad y veracidad y que otorgamos el permiso correspondiente contribuyendo de forma activa, a la ejecución del mismo..

Todas las dudas han sido completamente aclaradas estando completamente de acuerdo con lo consignado en este formato de consentimiento, donde se respetará la buena fé, la confiabilidad de la información suministrada por los diferentes servicios documentados para tal fin.

Dra. Dinis Hernández
Especialista en Epidemiología

Dirección del Distrito Sanitario N°2

DIRECCIÓN

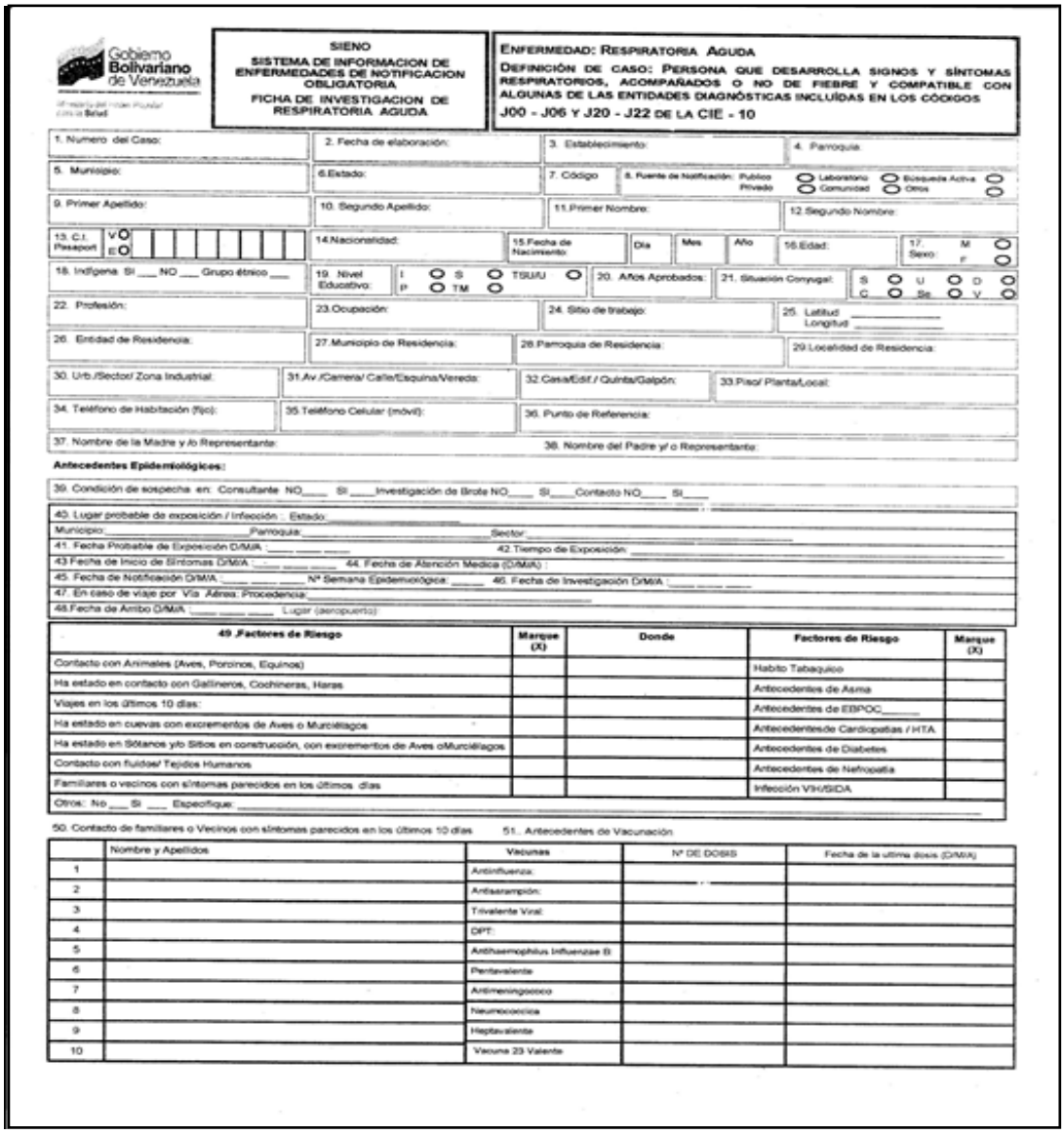
DISTRITO SANITARIO Nº 2

Participante del PostGrado en SOHAL: Carmen Hernandez C.I. 6172524

Fuente: Direcciòn Del Distrito Sanitario Nº2

ANEXOS 2.

2/1 FICHA DE INVESTIGACION DE RESPIRATORIA AGUDA



Gobierno Bolivariano de Venezuela

SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACION DE RESPIRATORIA AGUDA

ENFERMEDAD: RESPIRATORIA AGUDA
DEFINICIÓN DE CASO: PERSONA QUE DESARROLLA SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, ACOMPAÑADOS O NO DE FIEBRE Y COMPATIBLE CON ALGUNAS DE LAS ENTIDADES DIAGNÓSTICAS INCLUÍDAS EN LOS CÓDIGOS J00 - J06 Y J20 - J22 DE LA CIE - 10

1. Numero del Caso:
2. Fecha de elaboración:
3. Establecimiento:
4. Parroquia:
5. Municipio:
6.Estado:
7. Código
8. Fuente de Notificación: Publico / Privado / Laboratorio / Comunidad / Busqueda Activa / Otros
9. Primer Apellido:
10. Segundo Apellido:
11.Primer Nombre:
12.Segundo Nombre:
13. C.I. / Pasaport V / E
14.Nacionalidad:
15.Fecha de Nacimiento: Dia / Mes / Año
16.Edad:
17. Sexo: M / F
18. Indígena: SI ___ NO ___ Grupo étnico ___
19. Nivel Educativo: I / P / S / TM / TSU/U
20. Años Aprobados:
21. Situación Conyugal: S / C / U / Se / D / V
22. Profesión:
23.Ocupación:
24. Sitio de trabajo:
25. Latitud / Longitud
26. Entidad de Residencia:
27.Municipio de Residencia:
28.Parroquia de Residencia:
29.Localidad de Residencia:
30. Urb./Sector/ Zona Industrial:
31.Av./Carrera/ Calle/Esquina/Vereda:
32.Casa/Edif./ Quinta/Galpón:
33.Piso/ Planta/Local:
34. Teléfono de Habitación (fijo):
35.Teléfono Celular (móvil):
36. Punto de Referencia:
37. Nombre de la Madre y /o Representante:
38. Nombre del Padre y/ o Representante:

Antecedentes Epidemiológicos:

39. Condición de sospecha en: Consultante NO___ SI___ Investigación de Brote NO___ SI___ Contacto NO___ SI___
40. Lugar probable de exposición / Infección : Estado:
Municipio: Parroquia: Sector:
41. Fecha Probable de Exposición D/M/A: 42.Tiempo de Exposición:
43.Fecha de Inicio de Síntomas D/M/A: 44. Fecha de Atención Medica (D/M/A) :
45. Fecha de Notificación D/M/A: Nº Semana Epidemiológica: 46. Fecha de Investigación D/M/A:
47. En caso de viaje por Vía Aérea: Procedencia:
48.Fecha de Arribo D/M/A: Lugar (aeropuerto)

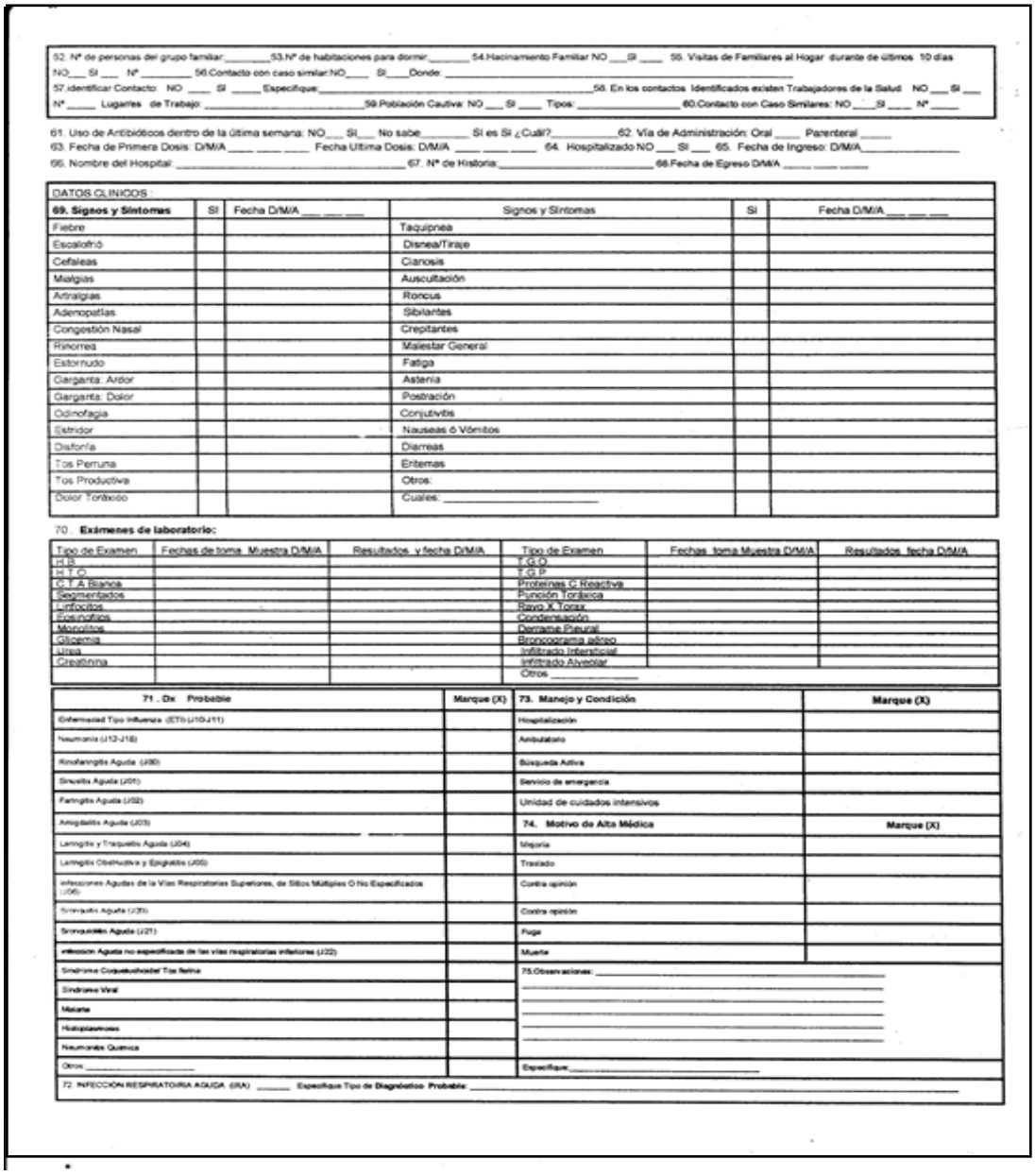
49 .Factores de Riesgo	Marque (X)	Donde	Factores de Riesgo	Marque (X)
Contacto con Animales (Aves, Porcinos, Equinos)			Habito Tabaquico	
Ha estado en contacto con Gallineros, Cochineras, Haras			Antecedentes de Asma	
Viajes en los últimos 10 días:			Antecedentes de EBPOC_____	
Ha estado en cuevas con excrementos de Aves o Murciélagos			Antecedentesde Cardiopatias / HTA	
Ha estado en Sótanos y/o Sitios en construcción, con excrementos de Aves oMurciélagos			Antecedentes de Diabetes	
Contacto con fluidos/ Tejidos Humanos			Antecedentes de Nefropatia	
Familiares o vecinos con síntomas parecidos en los últimos días			Infección VIH/SIDA	
Otros: No ___ Si ___ Especifique:				

50. Contacto de familiares o Vecinos con síntomas parecidos en los últimos 10 días 51. Antecedentes de Vacunación

	Nombre y Apellidos	Vacunas	Nº DE DOSIS	Fecha de la ultima dosis (D/M/A)
1		Antinfluenza:		
2		Antisarampión:		
3		Trivalente Viral:		
4		DPT:		
5		Anthaemophilus Influenzae B		
6		Pentavalente		
7		Antimeningococo		
8		Neumococcica		
9		Heptavalente		
10		Vacuna 23 Valente		

Fuente: Direcciòn de Epidemiologìa del Distrito Sanitario Nº 2

2/2 FICHA DE INVESTIGACION RESPIRATORIA AGUDA



52. Nº de personas del grupo familiar:_____ 53.Nº de habitaciones para dormir:_____ 54.Hacinamiento Familiar NO ___SI ___ 55. Visitas de Familiares al Hogar durante de ultimos 10 días NO___ SI ___ Nº _____ 56.Contacto con caso similar:NO____ SI____Donde: _____
57.identificar Contacto: NO ____ SI _____ Especifique:_____58. En los contactos Identificados existen Trabajadores de la Salud NO ___ SI ___ Nº _____ Lugarres de Trabajo: _____59.Población Cautiva: NO ___ SI ____ Tipos: _____ 60.Contacto con Caso Similares: NO ____SI ____ Nº _____

61. Uso de Antibióticos dentro de la última semana: NO___ SI___ No sabe_____ Si es SI ¿Cuál?_____62. Vía de Administración: Oral ____ Parenteral _____
63. Fecha de Primera Dosis: D/M/A ____ ____ ____ Fecha Ultima Dosis: D/M/A ____ ____ ____ 64. Hospitalizado NO ___ SI ___ 65. Fecha de Ingreso: D/M/A_____
66. Nombre del Hospital: _____ 67. Nº de Historia:_____ 68.Fecha de Egreso D/M/A ____ ____ ____

DATOS CLINICOS :

69. Signos y Síntomas	SI	Fecha D/M/A ___ ___ ___	Signos y Síntomas	SI	Fecha D/M/A ___ ___ ___
Fiebre			Taquipnea		
Escalofrió			Disnea/Tiraje		
Cefaleas			Cianosis		
Mialgias			Auscultación		
Artralgias			Roncus		
Adenopatías			Sibilantes		
Congestión Nasal			Crepitantes		
Rinorrea			Malestar General		
Estornudo			Fatiga		
Garganta: Ardor			Astenia		
Garganta: Dolor			Postración		
Odinofagia			Conjuntivitis		
Estridor			Nauseas ó Vómitos		
Disfonía			Diarreas		
Tos Perruna			Eritemas		
Tos Productiva			Otros:		
Dolor Torácico			Cuales: _____		

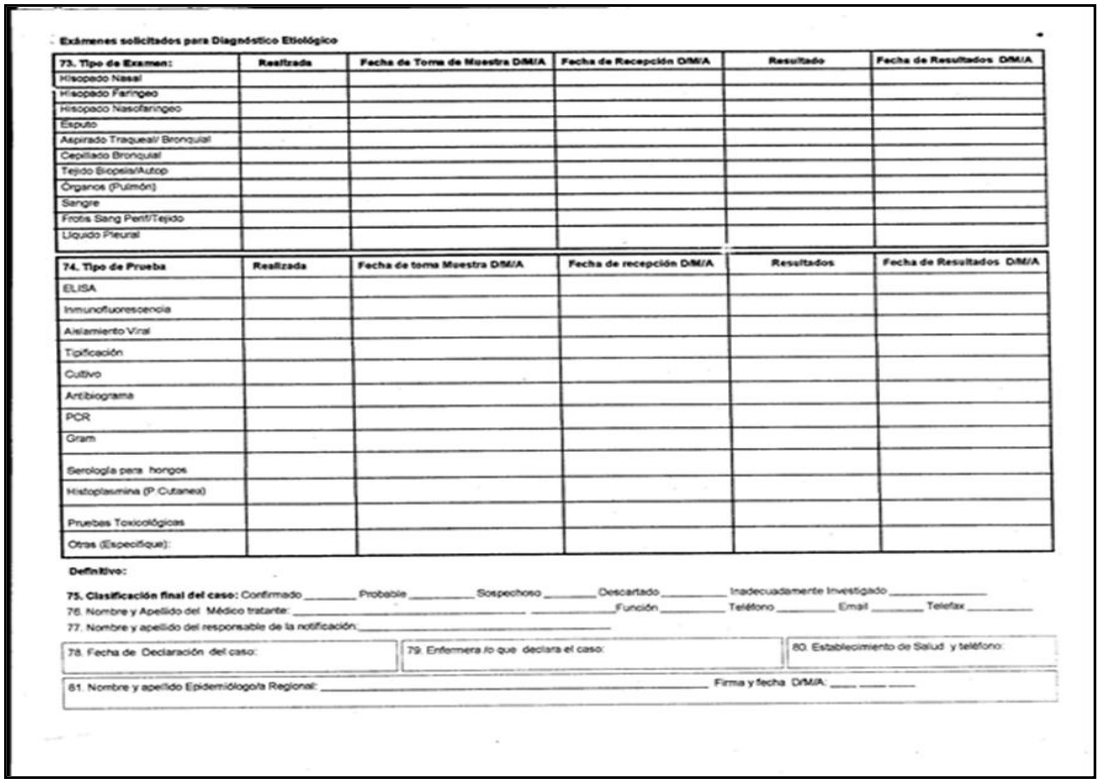
70. **Exámenes de laboratorio:**

Tipo de Examen	Fechas de toma Muestra D/M/A	Resultados y fecha D/M/A	Tipo de Examen	Fechas toma Muestra D/M/A	Resultados fecha D/M/A
H.B			T.G.O		
H.T.O			T.G.P		
G.T.A Blanca			Proteínas C Reactiva		
Segmentados			Punción Torácica		
Linfocitos			Rayo X Torax		
Eosinofilos			Condensación		
Monolitos			Derrame Pleural		
Glicemia			Broncograma aéreo		
Urea			Infiltrado Intersticial		
Creatinina			Infiltrado Alveolar		
			Otros _____		

71 . Dx Probable	Marque (X)	73. Manejo y Condición	Marque (X)
Enfermedad Tipo Influenza (ETI) (J10-J11)		Hospitalización	
Neumonía (J12-J18)		Ambulatorio	
Rinofaringitis Aguda (J00)		Búsqueda Activa	
Sinusitis Aguda (J01)		Servicio de emergencia	
Faringitis Aguda (J02)		Unidad de cuidados intensivos	
Amigdalitis Aguda (J03)		74. Motivo de Alta Médica	Marque (X)
Laringitis y Traqueitis Aguda (J04)		Mejoría	
Laringitis Obstructiva y Epiglotitis (J05)		Traslado	
Infecciones Agudas de la Vías Respiratorias Superiores, de Sitios Múltiples O No Especificados (J06)		Contra opinión	
Sinusitis Aguda (J01)		Contra opinión	
Bronquitis Aguda (J21)		Fuga	
Infección Aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores (J22)		Muerte	
Síndrome Coqueluchoide/ Tos ferina		75.Observaciones: _____	
Síndrome Viral			
Malaria			
Histoplasmosis			
Neumonitis Química			
Otros _____		Especifique:_____	
72. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) _____ Especifique Tipo de Diagnóstico Probable: _____			

Fuente: Direcciòn de Epidemiologìa del Distrito Sanitario Nº 2

2/3 FICHA DE INVESTIGACION DE RESPIRATORIA AGUDA



Exámenes solicitados para Diagnóstico Etiológico

73. Tipo de Examen:	Realizada	Fecha de Toma de Muestra D/M/A	Fecha de Recepción D/M/A	Resultado	Fecha de Resultados D/M/A
Hisopado Nasal					
Hisopado Faríngeo					
Hisopado Nasofaríngeo					
Esputo					
Aspirado Traqueal/ Bronquial					
Cepillado Bronquial					
Tejido Biopsia/Autop					
Órganos (Pulmón)					
Sangre					
Frotis Sang Perif/Tejido					
Líquido Pleural					

74. Tipo de Prueba	Realizada	Fecha de toma Muestra D/M/A	Fecha de recepción D/M/A	Resultados	Fecha de Resultados D/M/A
ELISA					
Inmunofluorescencia					
Aislamiento Viral					
Tipificación					
Cultivo					
Antibiograma					
PCR					
Gram					
Serología para hongos					
Histoplasmina (P Cutanea)					
Pruebas Toxicológicas					
Otros (Especifique):					

Definitivo:

75. Clasificación final del caso: Confirmado _____ Probable _____ Sospechoso _____ Descartado _____ Inadecuadamente Investigado _____

76. Nombre y Apellido del Médico tratante: _____ Función _____ Teléfono _____ Email _____ Telefax _____

77. Nombre y apellido del responsable de la notificación: _____

78. Fecha de Declaración del caso:

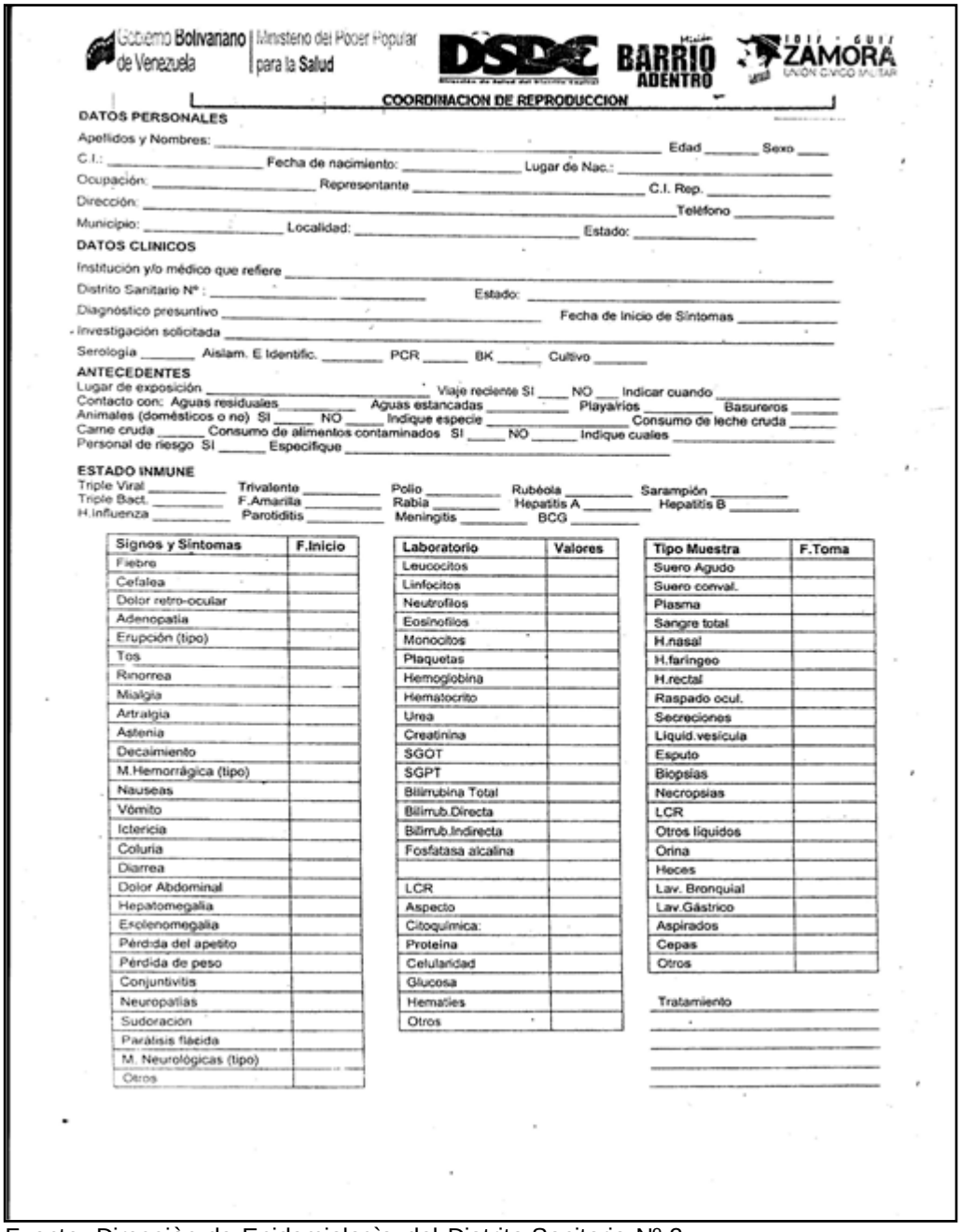
79. Enfermera /o que declara el caso:

80. Establecimiento de Salud y teléfono:

81. Nombre y apellido Epidemiólogo/a Regional: _____ Firma y fecha D/M/A: ___ ___ ___

Fuente: Direcciòn de Epidemiologìa del Distrito Sanitario Nº 2

2/4FICHA DE INVESTIGACION DE RESPIRATORIA AGUDA



Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la Salud — DSDE — Misión BARRIO ADENTRO — ZAMORA UNIÓN CÍVICO MILITAR

COORDINACION DE REPRODUCCION

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: _____ Edad _____ Sexo ____

C.I.: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de Nac.: _____

Ocupación: _____ Representante _____ C.I. Rep. _____

Dirección: _____ Teléfono _____

Municipio: _____ Localidad: _____ Estado: _____

DATOS CLINICOS

Institución y/o médico que refiere _____

Distrito Sanitario Nº : _____ Estado: _____

Diagnóstico presuntivo _____ Fecha de Inicio de Síntomas _____

Investigación solicitada _____

Serología _____ Aislam. E Identific. _____ PCR _____ BK _____ Cultivo _____

ANTECEDENTES

Lugar de exposición _____ Viaje reciente SI ____ NO ___ Indicar cuando _____

Contacto con: Aguas residuales _____ Aguas estancadas _____ Playa/rios _____ Basureros _____

Animales (domésticos o no) SI _____ NO _____ Indique especie _____ Consumo de leche cruda _____

Carne cruda _____ Consumo de alimentos contaminados SI _____ NO _____ Indique cuales _____

Personal de riesgo SI _____ Especifique _____

ESTADO INMUNE

Triple Viral _____ Trivalente _____ Polio _____ Rubéola _____ Sarampión _____

Triple Bact. _____ F.Amarilla _____ Rabia _____ Hepatitis A _____ Hepatitis B _____

H.Influenza _____ Parotiditis _____ Meningitis _____ BCG _____

Signos y Síntomas	F.Inicio
Fiebre	
Cefalea	
Dolor retro-ocular	
Adenopatía	
Erupción (tipo)	
Tos	
Rinorrea	
Mialgia	
Artralgia	
Astenia	
Decaimiento	
M.Hemorrágica (tipo)	
Nauseas	
Vómito	
Ictericia	
Coluria	
Diarrea	
Dolor Abdominal	
Hepatomegalia	
Esplenomegalia	
Pérdida del apetito	
Pérdida de peso	
Conjuntivitis	
Neuropatías	
Sudoración	
Parálisis flácida	
M. Neurológicas (tipo)	
Otros	

Laboratorio	Valores
Leucocitos	
Linfocitos	
Neutrofilos	
Eosinofilos	
Monocitos	
Plaquetas	
Hemoglobina	
Hematocrito	
Urea	
Creatinina	
SGOT	
SGPT	
Bilirrubina Total	
Bilirrub.Directa	
Bilirrub.Indirecta	
Fosfatasa alcalina	
LCR	
Aspecto	
Citoquímica:	
Proteina	
Celularidad	
Glucosa	
Hematies	
Otros	

Tipo Muestra	F.Toma
Suero Agudo	
Suero conval.	
Plasma	
Sangre total	
H.nasal	
H.faringeo	
H.rectal	
Raspado ocul.	
Secreciones	
Liquid.vesicula	
Esputo	
Biopsias	
Necropsias	
LCR	
Otros liquidos	
Orina	
Heces	
Lav. Bronquial	
Lav.Gástrico	
Aspirados	
Cepas	
Otros	

Tratamiento _____

Fuente: Direcciòn de Epidemiologìa del Distrito Sanitario Nº 2