

CRITERIOS DE REINCORPORACIÓN LABORAL EN PANDEMIA SARS-COV-2

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO
AEEMT

PRESENTACIÓN

1. Documento de consenso elaborado por la Junta Directiva de la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO- AEEMT.
2. Tiene como objetivo facilitar la toma de decisiones del Médico del Trabajo ante la reincorporación laboral de los trabajadores tras infección por COVID 19.
3. Se basa en información científica, publicada hasta la fecha y sujeta a cambios por actualizaciones posteriores según evolución de la pandemia.
4. Son criterios prioritarios: la historia clínica, síntomas del COVID 19 con el imprescindible apoyo de las pruebas analíticas complementarias (determinaciones de IgA, IgG, IgM) y radiológicas si se considera necesario.
5. Los plazos estipulados en el documento son orientativos y sujetos a ser ampliados o reducidos a criterio del médico del trabajo en función de la situación clínica del trabajador y de sus riesgos por exposiciones laborales.

En Madrid a 07/04/2020



Para más información: <http://www.aeemt.com/web/secretaria@aeemt.com>

TEXTO

El seguimiento actual de los trabajadores afectados por nuevo coronavirus SARS-CoV-2 requiere del análisis de todos los recursos disponibles en nuestro arsenal como médicos del trabajo. Independientemente de los criterios clínicos de diagnóstico de enfermedad respiratoria con una gran diversidad en su forma de presentación (tos, fiebre, dificultad respiratoria, cefalea,...), las pruebas microbiológicas representan el valor añadido en el que nos apoyamos para confirmar la manifestación clínica:

- Análisis genómico
- Antígeno
- Anticuerpos

Los recursos de laboratorios y el uso de los test rápidos para detectar antígenos y anticuerpos son, en la actualidad, muy limitados. **El desarrollo de esta guía que se ajusta a los conocimientos y evidencias científicas actuales, es susceptible de ser modificada según se vaya generando nueva información respecto del progreso de la enfermedad CoVID19.** De la misma forma, el uso del diagnóstico por PCR está limitado en la mayoría de las CCAA, quedando restringido a casos ya hospitalizados o para personal sanitario contagiado, lo que limita su utilización para incluirlo como factor decisivo y supervisar la reincorporación de los trabajadores a su puesto de trabajo en condiciones de seguridad propia y ajena. Hay que tener en cuenta, como describe la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica¹, que el valor de la PCR puede expresarse de forma positiva en pacientes asintomáticos hasta 1 mes después del inicio de los síntomas, sin que esto represente necesariamente capacidad de contagio por parte de la persona. Ciertamente, es un marcador que puede justificar una estrategia diagnóstica en los momentos iniciales de la enfermedad, pero que puede complicar el proceso cuando se trata de marcar el fin del aislamiento.

Para identificar esta fase final de la enfermedad se están incorporando al diagnóstico los test rápidos de detección de anticuerpos (IgM e IgG)^{2,3} donde se consideran:

- Determinación Anticuerpos IgA+: cuya elevación en fases tempranas de la enfermedad, supone un comportamiento similar a IgM
- Determinación Anticuerpos IgM+: como indicadores que reflejan enfermedad aguda
- Determinación Anticuerpos IgG+: como indicadores que reflejan superación de la fase aguda y desarrollo de inmunidad frente al virus.

Sin embargo, la evidencia actual no permite afirmar con estudios longitudinales de pacientes el comportamiento de los títulos de IgG en el proceso de la enfermedad por CoVID19. Falta aún información basada en la evidencia sobre este comportamiento para conocer aspectos fundamentales como:

- La cinética variable de anticuerpos en pacientes
- Los títulos de anticuerpos requeridos para considerar protectores
- La duración de la inmunidad producida

Esto hace que, como criterios alternativos para valorar la reincorporación de los trabajadores afectados por CoVID19, se hayan propuesto por los CDC estrategias no basadas en determinaciones microbiológicas sino en parámetros clínicos. Se considera así, que tras 8 días del inicio de los síntomas se produce una reducción del riesgo

infeccioso de los pacientes⁴, lo que puede otorgar menor relevancia al uso de PCR para valorar la reincorporación de los trabajadores afectados.

1. REINCORPORACIÓN DE LOS CASOS SINTOMÁTICOS O QUE HAN DESARROLLADO LA ENFERMEDAD POR COVID19

Hace referencia a los trabajadores que han resultado afectados con ***cuadro clínico confirmado, probable o posible frente a COVID19*** en los que, tras recuperación clínica, debe valorarse su reincorporación a su puesto de trabajo. Han debido permanecer en aislamiento domiciliario con proceso de IT durante el tiempo que haya durado el cuadro clínico. Dependiendo del riesgo de exposición y en función de la naturaleza de la actividad laboral desarrollada se puede atender a dos situaciones bien diferenciadas:

1. **Trabajador con riesgo elevado de exposición.** Existencia de riesgo por contacto con pacientes sintomáticos donde, a pesar de uso de EPIs frente a protección biológica, el contacto con los pacientes es posible/probable. **Incluye a todo el personal sanitario y sociosanitario.**
2. **Trabajador con bajo riesgo de exposición.** Comprende al resto de actividades que, con uso de protección general y colectiva, no presentan más riesgo de exposición que el resto de la población. **Incluye el resto de actividades profesionales fuera del ámbito sanitario.**

1.1 TRABAJADORES SANITARIOS Y SOCIO SANITARIOS

Ante un trabajador sanitario o sociosanitario con sintomatología que no requiere ingreso hospitalario se deben valorar los escenarios siguientes:

- 1.1.1 **PCR POSITIVA** en las primeras 24-72 horas: iniciar cuarentena domiciliaria y seguimiento de evolución clínica activa. Valorar su reincorporación a partir del 7º día del curso de la enfermedad partiendo de las siguientes situaciones:
 - Si hay disponibilidad del uso de test rápidos para detección de anticuerpos: realizar valoración después de al menos 3 días con mejoría clínica de síntomas (tos, disnea) y sin necesidad de uso de medicamentos para controlar la temperatura.
 - Si IgM- IgG+ considerar superada la fase aguda y proceder a reincorporación laboral.
 - Si IgM+ IgG+ considerar que se trata de enfermedad aguda en fase tardía, de convalecencia.
 - Si IgM+ considerar que se trata de enfermedad en curso y reevaluar entre los 5-7 días siguientes.
 - Si no hay disponibilidad de test rápidos, considerar los criterios clínicos de seguridad, ampliar el periodo hasta 5 días con mejoría clínica de síntomas y sin necesidad de uso de medicación para control de la temperatura teniendo en cuenta que, la mayor carga viral se detecta entre los 5-6 días del inicio de los síntomas^{5,6}, y

desaparece casi por completo en el 10º día. De este modo deja margen de seguridad para gestionar una reincorporación de forma segura.

- En ambas situaciones, la reincorporación al puesto de trabajo debería hacerse siguiendo las recomendaciones generales:
 - Uso de mascarilla hasta cumplir los 14 días de inicio de la enfermedad.
 - Estricta higiene de manos y respiratoria.
 - Valorar restringir contacto con pacientes inmunodeprimidos hasta completar los 14 días del inicio de la enfermedad o de serología que confirme enfermedad pasada.
 - Autoevaluación de síntomas y consultar si hay reagudización o aparecen de nuevo síntomas respiratorios.

1.1.2 PCR NEGATIVA en las primeras 24-72 horas con clínica compatible con CoVID19: analizar el caso, proceder a valoración clínica y seguimiento activo del curso de la enfermedad. Considerar repetir la PCR pasadas otras 48/72 horas. Si se mantiene negativa, proceder a la reincorporación laboral siguiendo las recomendaciones generales de protección y seguridad biológicas.

1.1.3 NO REALIZACIÓN DE PCR. Si no se realiza ningún tipo de prueba de detección microbiológica, se considerará el diagnóstico basado en criterios clínicos. De la misma forma se procederá para determinar el momento de la reincorporación, valorando la posibilidad de realización de test rápidos, o teniendo en consideración un margen clínico de seguridad de al menos 5 días con mejoría o ausencia de síntomas y sin necesidad de uso de medicación para control de la temperatura.

1.2 TRABAJADORES NO SANITARIOS

En este colectivo que agrupa al resto de profesiones cuyo riesgo de exposición no es mayor que el de la población general y cuya probabilidad de contagio, si se observan las medidas de prevención, es muy baja. Son trabajadores que, ante la falta de medios, actualmente no es posible diagnosticar mediante la realización de PCR, por lo que el diagnóstico suele ser clínico como caso probable o posible. En todo caso se deben tener en cuenta los medios puestos en marcha en las distintas organizaciones para proteger a los trabajadores:

- Distancia entre personas de más de 2 metros.
- Uso de protección colectiva (mamparas, cristales...)
- Áreas de descontaminación con soluciones alcohólicas.
- En trabajos que impliquen cercanía de personas, uso de mascarillas o pantallas faciales.

Ante cuadros con sintomatología clínica leve, que no requiere ingreso hospitalario y que cursan con buena evolución, a partir del 7º día de dicha evolución se debe contemplar la posibilidad de reincorporación siempre que:

- 1.2.1 Haya mejoría clínica con al menos 3 días libres de síntomas (fiebre, tos, disnea) y sin necesidad de uso medicamentos para controlar la temperatura. En estos casos, se debe plantear la realización de alguno de los test rápidos de anticuerpos presentes en el mercado:
 - Si IgM- IgG+ considerar superada la fase aguda y proceder a reincorporación laboral.
 - Si IgM+ IgG+ considerar que se trata de enfermedad aguda en fase tardía, de convalecencia.
 - Si IgM+ considerar que se trata de enfermedad en curso y reevaluar entre los 5-7 días siguientes.
- 1.2.2 Si los test rápidos no están disponibles, contemplar el margen de 5 días libres de síntomas (fiebre, tos, disnea) y sin necesidad de uso medicamentos para controlar la temperatura para, de esta forma, garantizar una reincorporación segura dentro de unos márgenes razonables.
- 1.2.3 En ambos casos de reincorporación, se hará un seguimiento pasivo por parte del trabajador de su evolución, con riguroso cumplimiento de las medidas de higiene de manos y de distancia de más de 2 metros con otros trabajadores.

2. REINCORPORACIÓN DE LOS CONTACTOS

Es la que se plantea en aquellas situaciones que se hayan generado a partir de contactos estrechos con casos posibles, probables o confirmados de CoVID19 mientras presentaban síntomas. En estos casos, por defecto, se viene aplicando el criterio de 14 días de aislamiento preventivo, sin que se realice prueba microbiológica alguna. Hoy conocemos que el periodo de incubación medio es de 5-6 días⁷ y, teniendo en cuenta esto, parece razonable que, en aquellas situaciones en que los contactos estrechos no desarrollen la enfermedad durante la primera semana de aislamiento, se realice valoración a partir del 7º día para su posible reincorporación con las siguientes opciones:

- Si se dispone de test rápido de detección de anticuerpos: contemplar el uso del valor de la IgM, que suele hacerse positivo entre los días 5-7 de la enfermedad. Si expresan IgM- valorar la reincorporación laboral siguiendo todas las medidas generales de higiene de manos y distancia entre personas de más de 2 m y el seguimiento pasivo por parte del trabajador para informar si aparecen cambios en su estado tras esta reincorporación laboral.
- Si no se dispone de test rápidos, valorar al trabajador al 10º día de ausencia de síntomas de enfermedad y considerar su reincorporación laboral con las medidas generales de prevención y seguridad descritas.

3. COORDINACIÓN DE LAS UNIDADES DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS SPRL CON LAS INSPECCIONES MÉDICAS EN LAS CCAA

Para el correcto funcionamiento de los tiempos de reincorporación laboral y para que el sistema pueda seguir el curso de los acontecimientos de la pandemia actual a consecuencia del SARS-CoV2, se deben dirigir instrucciones precisas a cada una de las CCAA para que sus servicios de Inspección Médica puedan recibir información necesaria

y coordinarse con las Unidades de Vigilancia de la Salud de los SPRL, tanto para el seguimiento de los trabajadores afectados, como de pacientes en general o de los contactos en aislamiento.

De la buena coordinación de estas estructuras dependerá la correcta gestión de la reincorporación laboral, tanto en el personal sanitario, como del resto de colectivos de trabajadores.

4. REINCORPORACIÓN DEL PERSONAL DE TELETRABAJO

De la misma forma que el proceso de confinamiento ha sido progresivo, con sucesivas fases de restricciones tras la publicación del RD 463/2020 del 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma, se debe establecer un programa de reincorporación progresiva de aquellos trabajadores que vienen desarrollando su actividad laboral en forma de teletrabajo. De este modo se podrán establecer en nuestras organizaciones diferentes fases para ir incorporando los grupos de personas según el interés estratégico de la empresa y la vulnerabilidad de los trabajadores⁸.

En este sentido, se deberá insistir y mantener las medidas generales instauradas de seguridad y de higiene en los puestos de trabajo de forma temporal y por un tiempo no cuantificado, además de establecer un procedimiento de seguimiento de la población laboral a cargo de las UBS de los Servicios de Prevención, una vez reincorporados tras el confinamiento para, de esta forma hacer una detección precoz de posibles casos y conseguir aislamientos puntuales de estos potenciales casos detectados.

Es objetivo básico proteger la seguridad y salud de los trabajadores y evitar los riesgos personales y los derivados a terceros, como rige nuestra legislación preventiva⁹.

5. REFERENCIAS

1. Consideraciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica para dar de alta al personal sanitario por CoVID19. Marzo, 2020.
2. Utilidad de la determinación de anticuerpos anti SARS-CoV2. Sociedad Española de Inmunología. Abril, 2020.
3. Guía para la utilización de test diagnóstico para CoVID-19. Ministerio de Sanidad. 6 de abril de 2020.
4. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W et al. Virological assessment of hospitalized cases of coronavirus disease 2019. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.05.20030502>
5. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. N Engl J Med. 19 de febrero de 2020
6. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019 | Nature [Internet]. [citado 4 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2196-x>
7. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med [Internet]. 28 de febrero de 2020 [citado 6 de marzo de 2020]; Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2002032>
8. Lopez J, Mitja O. Propuesta de intervenciones de salud pública para el control de la infección SARS-CoV-2 en la comunidad. Salida coordinada del confinamiento. Control epidemiológico COVID19. Abril, 2020.
9. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado núm. 269, de 10/11/1995