

CRITERIOS DE REINCORPORACIÓN LABORAL EN PANDEMIA COVID 19

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO- AEEMT

PRESENTACIÓN

1. Documento de consenso elaborado por 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 laboratorio (genómicas y serológicas), analíticas y radiológicas si se considera necesario.
5. Los tiempos estipulados en el documento son orientativos y sujetos a ser ampliados o reducidos en función de nuevas evidencias científicas y a criterio del médico del trabajo según la situación clínica del trabajador y sus riesgos por exposiciones laborales.

Para cualquier información complementaria: secretaría AEEMT

secretaria@aeemt.com

En Madrid a 14/04/2020



CRITERIOS DE REINCORPORACIÓN LABORAL EN PANDEMIA COVID 19. AEEMT

El seguimiento actual de los trabajadores afectados por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 requiere del apoyo de todos los recursos de los que disponen los médicos del trabajo. Junto a los criterios clínicos de diagnóstico que presenta esta enfermedad respiratoria aguda, las pruebas de laboratorio representan un valor añadido en las que nos debemos apoyar para confirmar la manifestación clínica.

Los test rápidos para detectar antígenos y anticuerpos son, en la actualidad muy limitados. De la misma forma, el uso de la detección de ARN viral por medio de RT-PCR puede estar limitado a casos hospitalizados o para personal sanitario contagiado. Hay que tener en cuenta, como describe la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica¹ y varios artículos científicos^{2,3} que el valor de la RT-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 persona⁴. Ciertamente, puede justificar una estrategia diagnóstica en los momentos iniciales de la enfermedad, pero puede resultar insuficiente para marcar el fin del aislamiento si se usa como herramienta única y de forma dicotómica (positivo o negativo).

El uso combinado de las pruebas de detección de ARN de SARS CoV2 y de anticuerpos (Totales, IgM e IgG) podría mejorar la identificación de la fase clínica de COVID-19, pero la temporalidad de dichas pruebas es muy importante: adelantar pruebas supondrá un gasto de recursos materiales escasos y retrasarlas podría conllevar una incorporación tardía del trabajador. Para determinar en qué momento un trabajador puede reincorporarse a su trabajo es necesario identificar la fase final de la enfermedad y cuantificar la capacidad de infectividad del individuo. Por lo que se propone idóneamente el uso conjunto de:

- 1- Parámetros clínicos. Los criterios clínicos tienen que ser la base de la actuación médica, junto con el acompañamiento de pruebas analíticas y radiológicas cuando se considere necesario. Utilizarlos sin el apoyo de las determinaciones microbiológicas para la reincorporación de los trabajadores con mayor riesgo de exposición afectados por COVID-19, estaría sólo justificado en circunstancias extremas y con escasez de pruebas de laboratorio como proponen los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)⁵.
- 2- Pruebas genómicas. Como hemos comentado, hay publicaciones que refieren que la positividad cualitativa de la RT-PCR no representa necesariamente la capacidad de contagio por parte de la persona^{2,3}. El valor de Ct (del inglés *cycle threshold*, umbral de detección) de la RT-PCR cuantitativa dirigida al gen E podría sugerir que los pacientes con Ct por encima de 33-34 no son contagiosos, según Scollia B. y

colaboradores³. Sin embargo, se precisan más estudios para utilizar este marcador en la práctica.

- 3- Test de detección de anticuerpos (IgM e IgG).⁶ Valores IgM positivos, podrían reflejar enfermedad aguda y valores IgG positivos, indicarían una fase subaguda o enfermedad pasada. Sin embargo, realmente no existen valores actuales contrastados con estudios longitudinales de pacientes sobre el comportamiento de los títulos de IgM, IgG en el proceso de la enfermedad por COVID-19. Falta aún información sobre este comportamiento para conocer la cinética variable de anticuerpos en los pacientes, los títulos de anticuerpos para considerar protectores y la duración de la inmunidad producida.

En la situación actual, con una alta tasa de transmisión comunitaria y recursos limitados, cada país, región o ente local, deberá adaptar el protocolo de incorporación que garantice la seguridad de los trabajadores (trabajador inmunoprotegido) y riesgos a terceros (trabajador sin capacidad de infectividad), basado en el uso eficiente de los recursos (tanto humanos como materiales) Mientras no se alcancen porcentajes de inmunización en la comunidad, necesarios para la estabilización de la enfermedad en nuestro medio, se propone los siguientes escenarios, basados en la evidencia actual.

1. REINCORPORACIÓN DE LOS CASOS QUE HAN DESARROLLADO LA ENFERMEDAD POR COVID-19

A este grupo pertenecen los trabajadores que han resultado afectados con cuadro clínico confirmado, probable o posible frente a COVID-19 en los que, tras su recuperación clínica debe valorarse la reincorporación a su puesto de trabajo. Estos trabajadores han debido de permanecer en aislamiento domiciliario con proceso de baja laboral durante el tiempo que haya perdurado el cuadro clínico. Dependiendo de si existe riesgo de exposición frente a COVID-19, por la naturaleza de la actividad laboral, entendemos que se puede atender a dos colectivos de trabajadores, con situaciones bien diferenciadas:

- Con mayor riesgo de exposición. Existencia de riesgo para ellos y hacia terceras personas, donde a pesar del uso de equipos de protección individual frente a riesgo biológico, el contacto con pacientes es posible/probable. Incluye a todo el personal sanitario, sociosanitario y servicios de protección ciudadana.
- Sin mayor riesgo de exposición. Resto de actividades que, con uso de protección general y colectiva, no presentan más riesgo de exposición que la población general. Incluye el resto de las actividades profesionales fuera del ámbito sociosanitario y protección ciudadana.

1.1. TRABAJADORES SANITARIOS, SOCIOSANITARIOS Y SERVICIOS DE PROTECCIÓN CIUDADANA

1.1.1 RT-PCR POSITIVA, iniciar cuarentena domiciliaria y seguimiento de evolución clínica activa. Valorar reincorporación a partir del 7º día del inicio de los síntomas (o en casos de ingreso a partir del 14º día tras el alta hospitalaria) siguiendo el orden de los siguientes criterios de actuación.

1. Criterios clínicos; al menos 3 días (72 horas) libres de síntomas (tos, disnea o fiebre, y sin necesidad de medicación antipirética para el control de la temperatura)⁷. Teniendo en cuenta que la mayor carga viral se detecta entre los 5-6 del inicio de los síntomas⁸⁻¹⁰, y que casi desaparece en la mayoría de los casos a partir del 10º día, deja margen de seguridad razonable para gestionar un uso prudente de los recursos de laboratorio.
2. Criterios genómicos; RT-PCR negativa o con valores de Ct iguales o superiores a 34 en ambos genes analizados. Se puede considerar persona sin capacidad infectiva³ e inmunizada². Si no se cumple este supuesto, se puede plantear repetir RT-PCR, realizar pruebas serológicas o alargar el periodo de aislamiento domiciliario hasta mínimo 14 días desde el inicio de los síntomas.
3. Criterios serológicos: si IgG+ considerar enfermedad pasada y proceder a reincorporación laboral⁶. Se puede considerar trabajador inmunizado.

La reincorporación al puesto de trabajo debería hacerse siguiendo las recomendaciones de:

- Uso recomendado de protección respiratoria apropiada.
- Estricta higiene de manos y respiratoria.
- Valorar restringir contacto con pacientes inmunodeprimidos hasta completar 14 días asintomático.
- Autoevaluación de síntomas y consultar si hay reagudización o aparecen de nuevo síntomas respiratorios.

1.1.2 RT-PCR NEGATIVA con clínica compatible con COVID19 en la valoración inicial. Proceder a una segunda valoración clínica (incluyendo realizar analítica y/o radiografía de tórax o TAC torácico en caso necesario) y una posible valoración serológica de IgM. Si en dicha valoración se observan síntomas de mejoría y desaparición de la fiebre sin toma de antitérmicos, proceder a reincorporación laboral. Si persisten síntomas, considerar repetir la RT-PCR; si esta persiste negativa, proceder a reincorporación laboral siguiendo las recomendaciones de protección y seguridad biológicas.

1.2. TRABAJADORES NO SANITARIOS

En este colectivo se agrupa al resto de profesiones cuyo riesgo de exposición y probabilidad de contagio no exceden los de la población general. Son trabajadores que, en circunstancias de falta de recursos o pruebas de laboratorio, el diagnóstico mediante realización de RT-PCR puede estar limitado, y se aplica el diagnóstico clínico como caso probable. Debemos 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.
- Estricta higiene de manos y respiratoria.
- Uso de protección colectiva (mamparas, cristales, etc.)
- Áreas de descontaminación con soluciones desinfectantes.
- Fomentar y distribuir el uso de mascarillas o pantallas faciales.

Valorar la posibilidad de reincorporación en pacientes con sintomatología clínica que no requiere ingreso hospitalario y que cursan con buena evolución, a partir del 7º día del inicio de los síntomas (o en casos de ingreso a partir del 14º día del alta hospitalario) cuando:

- 1.2.1 Al menos hayan presentado los 3 últimos días (72 horas) libres de síntomas (tos, disnea o fiebre y sin necesidad de medicación antipirética para el control de la temperatura). Realización de test rápidos de anticuerpos:
 - Si IgM- IgG+ considerar enfermedad pasada y proceder a reincorporación laboral.
 - Si IgM+ considerar enfermedad en curso y reevaluar a las 48/72 horas.
- 1.2.2 Si los test rápidos no están disponibles, considerar un margen de 14 días desde el inicio de los síntomas y que al menos los 3 últimos días (72 horas) hayan estado libres de síntomas (tos, disnea o fiebre y sin necesidad de medicación antipirética para el control de la temperatura), para intentar garantizar una reincorporación segura dentro de unos márgenes razonables².
- 1.2.3 En ambos casos de reincorporación, se hará seguimiento pasivo por parte del trabajador de su evolución y cumplimiento de las medidas de higiene de manos, de distancia de más de 2 metros con otros trabajadores y fomentando el uso de mascarillas o pantallas faciales.

2. REINCORPORACIÓN DE LOS CONTACTOS

Son aquellas situaciones que se hayan generado a partir de contactos estrechos de familiares o personas con casos posibles, probables o confirmados de COVID19 mientras presentaba síntomas. En ambas situaciones, por defecto se vienen aplicando 14 días de aislamiento preventivo, sin que se realice prueba microbiológica alguna. Hoy se conoce que el periodo de incubación medio es de 5-6 días⁹. Teniendo en cuenta este motivo, parece razonable que en aquellas situaciones en que los contactos estrechos no desarrollen la enfermedad durante

la primera semana de aislamiento, sean valorados a partir del 7º día, pasado el periodo de incubación medio:

- Con test rápido de anticuerpos: contemplar el uso del valor de la IgM, que suele hacerse positivo entre los días 5-7 de la enfermedad^{2,11}. Si expresan IgM- valorar reincorporación laboral siguiendo todas las medidas de higiene de manos, distancia entre personas de más de 2 metros y fomentando el uso de mascarillas o pantallas faciales. Seguimiento pasivo por parte del trabajador para informar si apareciese algún cambio en su estado tras la reincorporación.
- Si no disponemos de test rápidos, valorar al 14º día la ausencia de síntomas de enfermedad y considerar la reincorporación laboral con las medidas de prevención y seguridad descritas¹².

3. COORDINACIÓN DE LAS UNIDADES DE SALUD LABORAL CON LOS DISTINTOS ORGANISMOS COMPETENTES

Para el correcto funcionamiento y la coordinación en los tiempos de reincorporación laboral atendiendo al curso de los acontecimientos de la pandemia que vivimos a consecuencia del SARS-CoV2, se deben remitir las instrucciones necesarias y canalizar la información para coordinar la actuación entre los organismos competentes (como las Inspecciones Médicas e Instituciones locales) y los servicios de salud laboral en seguimiento de los trabajadores afectados como pacientes o como contactos en aislamiento.

De la buena coordinación de estas organizaciones, dependerá un mejor funcionamiento de nuestras estructuras de personal sanitario, así como del resto de colectivos de trabajadores.

4. REINCORPORACIÓN DEL PERSONAL DE TELETRABAJO

Se debe establecer un programa de reincorporación de nuestra población de trabajadores que viene desarrollando su actividad laboral en forma de teletrabajo. De este modo, podremos establecer en nuestras organizaciones diferentes fases para ir incorporando los grupos de personas según el interés estratégico y la vulnerabilidad de nuestros trabajadores¹³.

En este sentido, debemos mantener las medidas instauradas de seguridad y de higiene en los puestos de trabajo de forma temporal y por un tiempo aún no cuantificado, además de establecer un seguimiento de nuestra población una vez reincorporada tras el confinamiento, para hacer detección precoz de casos y conseguir aislamientos puntuales de los casos potencialmente detectados.

A modo orientativo, la reincorporación de los trabajadores podría seguir un orden progresivo:

1. Trabajadores no especialmente sensibles que puedan ocupar posiciones separadas por dos metros o más (menores de cuarenta años sin patologías crónicas).
2. Trabajadores de entre 40 y 60 años sin patologías crónicas asociadas.

3. Trabajadores de más de 60 años sin patologías crónicas asociadas^{10,14}
4. Trabajadores especialmente sensibles.

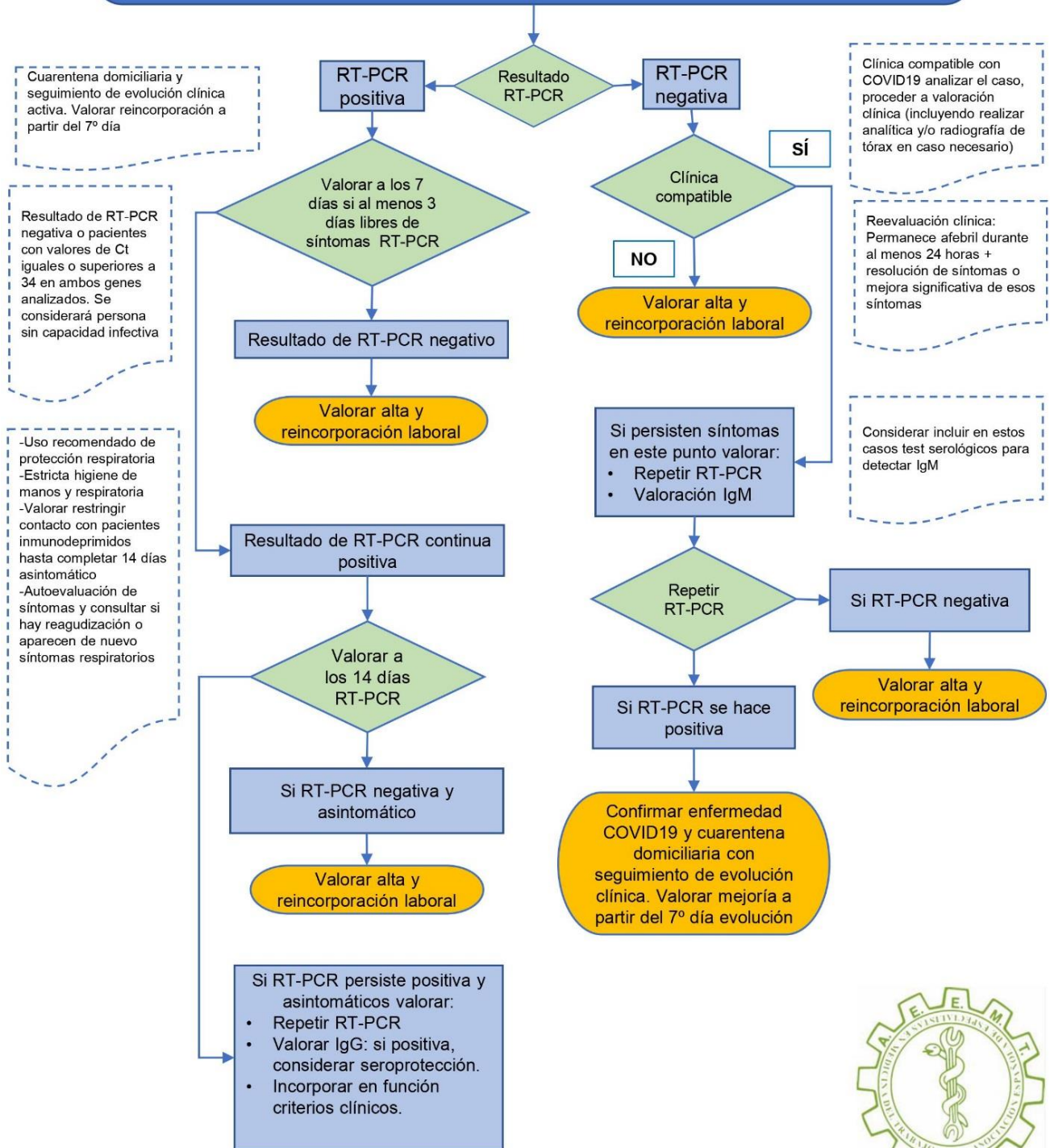
Este documento orientativo, promovido por la AEEMT tiene como finalidad apoyar las decisiones de Médico del Trabajo y de los sanitarios implicados en la protección y prevención del trabajador en esta situación de pandemia colectiva, siguiendo las directrices marcadas por la Ley española de prevención de riesgos laborales¹⁵.

REFERENCIAS

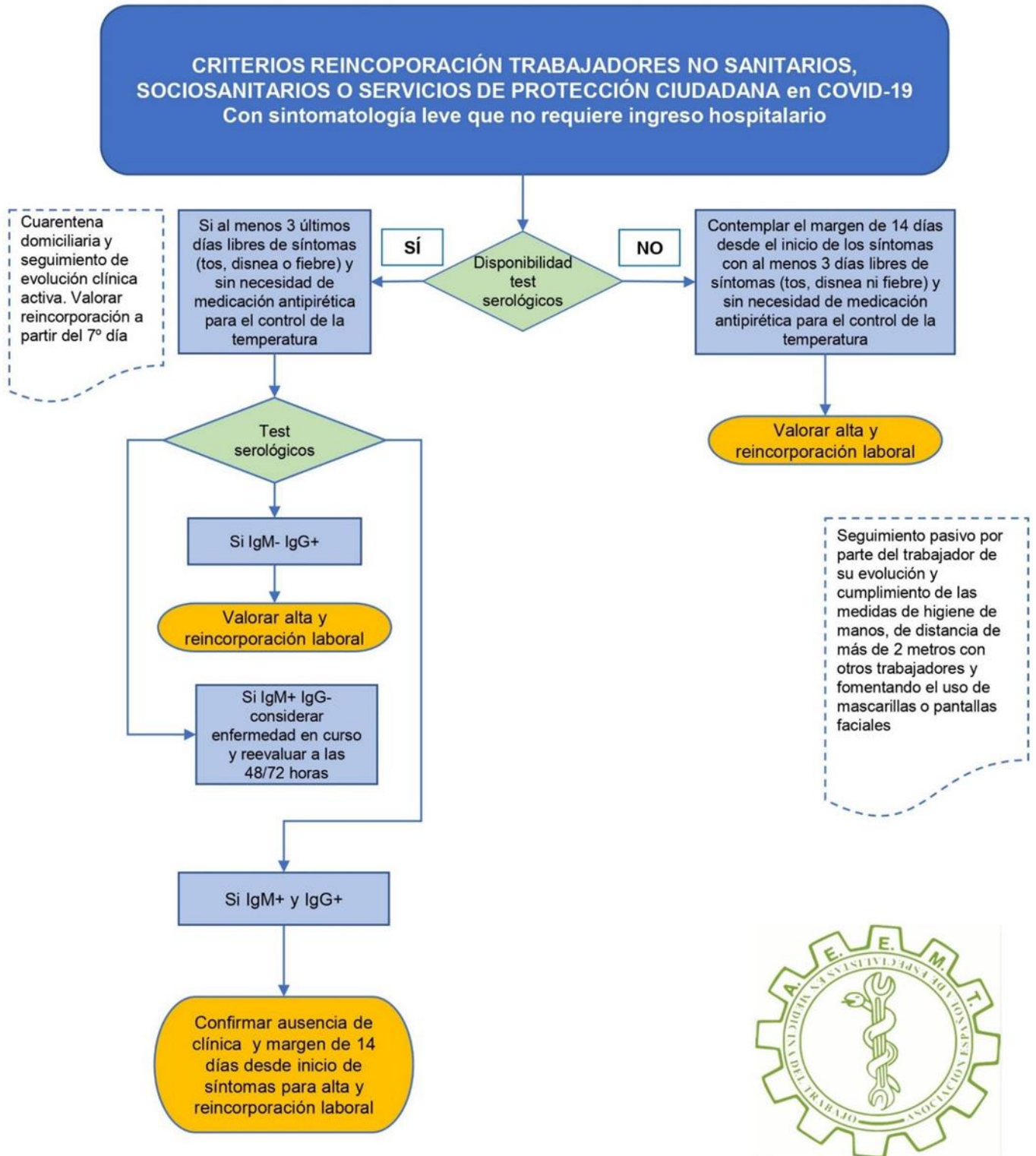
1. Consideraciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica para dar de alta al personal sanitario por COVID19. 30 de marzo del 2020.
2. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature* 2020; 1 (Epub ahead of print).
3. La Scolaa B, Le Bideaua M, Andreani J, Hoanga VT, Grimaldiera C, Colson P et al. *Mediterranean Infection* 2020; 3 (Epub ahead of print).
4. To KK-W, Tsang OT-Y, Leung W-S, Tam AR, Wu T-C, Lung DC, et al. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *The Lancet Infectious Diseases* 2020; Mar 23. [Epub ahead of print].
5. CDC. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19) April 3, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>.
6. Utilidad de la determinación de anticuerpos anti SARS-CoV2. Sociedad Española de Inmunología. 2 de abril del 2020.
7. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19 – first update. [in press]. Stockholm: ECDC; 2020 [8 April 2020].
8. Liu Y, Yan LM, Wan L, Xiang TX, Le A, Liu JM et al. Viral dynamics in mild and severe cases of Covid-19. *Lancet Infect Dis* 2020; 19: 1-2.
9. 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* 2020; 382: 1177–1179.
10. 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* 2020 Feb 28: NEJMoa2002032. Published online.
11. Zhao J, Yuan Q, Wang H, Liu W, Liao X, Su Y, et al. Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients of novel coronavirus disease 2019. 2020.
12. Prevention and Control (ECDC). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – seventh update, 25 March 2020. Stockholm: ECDC; 2020 [6 April 2020].
13. López 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.
14. Wu C, Chen X, Cai Y, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med.* 2020.
15. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado núm. 269, de 10/11/1995.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO-AEEMT

CRITERIOS REINCOPORACIÓN TRABAJADORES SANITARIOS, SOCIOSANITARIOS Y SERVICIOS DE PROTECCIÓN CIUDADANA en COVID-19
 Con sintomatología leve que no requiere ingreso hospitalario



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO-AEEMT



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO-AEEMT

CRITERIOS REINCOPORACIÓN EN TRABAJADORES ASINTÓMATICOS CONTACTOS de familiares o personas con casos posibles, probables o confirmados de COVID-19 mientras presentaba síntomas

Aislamiento preventivo y seguimiento de aparición de síntomas. Valorar reincorporación a partir del 7º día

El periodo de incubación medio es de 5-6 días

El valor de la IgM, que suele hacerse positivo entre los días 5-7 de la enfermedad

