



Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT)

54. IMPACTO DE LA COVID-19 EN LA SALUD PSICOSOCIAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Guillermo Soriano Tarín^{1,2}, Juan Luis Cabanillas Moruno³, Carlos Ruiz Frutos⁴, Juan Gómez Salgado⁴ y Mónica Ortega Moreno⁵

¹AEEMT, Valencia, España. ²SGS TECNOS SAU, Valencia, España.

³AEEMT, Sevilla, España. ⁴Departamento de Sociología Universidad Huelva, Huelva, España. ⁵Departamento de Economía, Universidad Huelva, Huelva, España.

Palabras clave: COVID-19. Salud psicosocial. Salud laboral.

Introducción: El presente estudio describe el impacto en la salud mental de los profesionales especialistas en medicina y enfermería del trabajo, analizando el efecto del sentido de coherencia y su relación con el historial de contacto con el virus en generar distrés psicológico. La crisis ocasionada por la COVID-19 es una amenaza de salud pública mundial. Según la OMS, en diciembre de 2020 había más de 85 millones de casos confirmados y más de 1 millón muertes. Para lograr el control de la pandemia se han empleado diferentes intervenciones de salud pública con resultados de eficacia y efectos en la salud física y mental pendientes de evaluar¹. Aunque los efectos de la enfermedad sobre la salud física son muy importantes, también hay que considerar la potencial gravedad de los efectos sobre la salud mental y psicológica de la pandemia y sus medidas de control, como en otros desastres, efectos que suelen ser más amplios y a más largo plazo que los efectos sobre la salud física². Los profesionales sanitarios sometidos a cuarentena, los que trabajaron en unidades de atención de casos, o aquellos que tuvieron familiares o amigos infectados por el virus SARS-CoV-2 desarrollaron considerablemente más ansiedad, depresión, frustración, miedo y estrés postraumático que los que no habían sido sometidos a esas condiciones³. Otras crisis sanitarias debidas a enfermedades infecciosas, como en el síndrome respiratorio agudo severo de 2002, también provocaron la aparición de diversos trastornos psíquicos tanto entre los profesionales sanitarios como en la población general. Se han observado niveles altos de ansiedad y depresión, crisis de pánico o síntomas psicóticos, insomnio, estrés post-traumático, agotamiento físico y mental o trastornos emocionales⁴, que generan un estado caracterizado por altos niveles de excitación y de angustia, y frecuente sensación de no poder hacer

frente a la situación. Aunque los trabajadores sanitarios han sido el colectivo objeto de un mayor número de estudios, respecto a los efectos en su salud física y mental, mayoritariamente se han centrado en trabajadores de centros hospitalarios, y menos en los que trabajan en atención primaria y tampoco existen muchas publicaciones centradas en colectivos sanitarios específicos, como los especialistas en medicina y enfermería del trabajo, y que son objeto del presente estudio⁵. Mantener el bienestar psicoemocional de los trabajadores de primera línea y fomentar su resiliencia es crucial en el abordaje y contención de la pandemia. Así, el sentido de coherencia es una competencia que pueden ayudar a los profesionales a hacer frente al PD relacionado con el trabajo y contribuir a su bienestar y salud⁶. Se describe como una habilidad para comprender una situación, percibirla como manejable y encontrarle un significado que motive y permita a la persona a movilizar sus recursos y elaborar una respuesta de afrontamiento efectiva. Se describe mediante tres dimensiones: comprehensibility, que se refiere a la medida en que uno percibe los estímulos como consistentes, estructurados y claros; manageability, que es la medida en que uno percibe que los recursos a su disposición son adecuados para satisfacer las demandas de la vida y meaningfulness, que se refiere al grado en que uno siente que la vida tiene sentido emocionalmente. El SOC se adquiere a través de la formación y los profesionales de la salud con niveles académicos más altos presentan mayores índices de SOC. Por tanto, para proteger la salud mental de los profesionales sanitarios, respecto al impacto de la pandemia, las instituciones deberían poner en marcha intervenciones dirigidas a la creación de un entorno psicológicamente seguro, un liderazgo sólido, estrategias organizativas claras para el bienestar del personal, comunicación constante y apoyo significativo para el equipo⁷. El presente estudio tiene como objetivo conocer la influencia que ha tenido el historial de contacto con el virus SARS-CoV-2 y el sentido de coherencia en el desarrollo de distrés psicológico, entre los médicos y enfermeras del trabajo en España, durante los primeros meses de la pandemia.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionarios en línea. Se remitió la invitación a participar a todos los miembros de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, y de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo. Contestaron un 42% de los médicos y un 38,8% de las enfermeras. En total, la muestra se compuso de 499 profesionales especialistas en medicina o enfermería del trabajo (402 médicos especialistas y 97 enfermeras especialistas). La recogida de datos se llevó a cabo entre el 23 de abril y el 24 de junio de 2020. Las variables de estudio fueron sociodemográficas y laborales, historia de contacto, sentido de coherencia, y malestar psicológico. Se llevó a

cabo un análisis de datos univariado, test χ^2 de independencia y el método multivariante CHAID. También se recogió historial de contactos con posibles casos positivos de COVID-19, o con sospecha de serlo, así como haber realizado toma de muestras para el diagnóstico de COVID-19. Para la variable de malestar psicológico, se utilizó el Cuestionario GHQ-12 de Goldberg⁸ y el sentido de coherencia a través de la escala Sense Of Coherence-13 (SOC), en su versión española⁹. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, con determinación de frecuencias absolutas y porcentajes de las variables. Para contrastar la existencia o no de relación entre estas variables y la presencia de distrés psicológico se utilizó el test χ^2 de independencia, y el método CHAID determinó qué variables eran más significativas. Se eligió como predictores aquellos con menor *p* ajustada, siempre y cuando dicho valor fuese menor o igual al nivel de significación prefijado en 0,05. Los análisis se llevaron a cabo con el software SPSS 26.0[®].

Resultados: El 65,73% de la muestra eran mujeres, un 50% de ellos tenía más de 51 años de edad y un 55,51% con estudios de máster o doctorado. El 80,56% eran facultativos especialistas en Medicina del Trabajo, y un 19,44%, enfermeras especialistas en Enfermería del Trabajo. Todos ellos estaban trabajando de forma activa durante los primeros meses de pandemia de COVID-19 en España, y desarrollaban su labor fuera de casa en un 69,96%. De igual forma, un 36,67% trabajaba en un centro de naturaleza pública. El porcentaje de trabajadores con un elevado distrés psicossocial (DP) es mayor en las mujeres (72,87%) que en los hombres (51,46%); también es mayor en los de 51 años o menos (70,28%) que en los mayores de 51 años (60,46%), y en los trabajadores del sector público (72,68%) que en los del sector privado (61,39%). No se ha observado diferencia estadísticamente significativa respecto al DP y el nivel educativo, convivencia, tener hijos, trabajar fuera de casa, ni entre ser médico o enfermera. La distinción por sexo se presenta como la variable más significativa al estudiar en conjunto variables sociodemográficas e historial de contactos, con mayor riesgo en mujeres que en hombres. En el caso de las mujeres que trabajan en centros públicos un 80,4% presentan distrés psicológico (DP), reduciéndose este porcentaje en aquellas que trabajan en centros privados; y se reduce a un 79,7% cuando trabajan desde casa, y a un 62,3% si lo hacen fuera o combina fuera y desde casa. En los hombres, el hecho de haberse realizado test se presentaba como variable mediadora. Entre los hombres que no se han realizado test de diagnóstico, el DP es superior, un 69%, en los que poseen estudios universitarios, que en aquellos con estudio de posgrado; siendo la edad variable mediadora en este último caso y reduciendo el porcentaje a un 64,5%, en individuos con 51 años o menos, o en mayores de 51 años a un 52,4% en caso de trabajar en un centro público o al 11,1% en centros privados.

Conclusiones: El presente estudio ha permitido conocer factores personales sobre contacto con pacientes de COVID-19, o relacionados con el sentido de coherencia, que se asocian a niveles altos de malestar psicológico. Ello podría permitir establecer actuaciones preventivas para reducir el DP en los profesionales de medicina y enfermería del trabajo. Este grupo de profesionales sanitarios tiene actividades laborales diferenciadas, así como efectos en su salud mental diferentes a los publicados en estudios previos, realizados en el conjunto de profesionales sanitarios. Por el contrario, los resultados del presente estudio revelan un porcentaje de mujeres con distrés psicológico, como la mayoría de los estudios revisados^{3,10}, aunque hay precedentes de resultados opuestos en epidemias previas. En nuestro estudio no hemos encontrado mayor DP entre el personal de enfermería que entre los médicos, como si se ha observado en otros estudios, explicable esta diferencia por comparar actividades profesionales distintas. No se ha visto que la percepción sobre posibles contactos con personas infectadas condicionara su nivel de DP, aunque otros estudios en sanitarios sí lo evidenciaron. Este hecho, es justificable por el tipo de actividad laboral que realizan y el menor

porcentaje que afirma haber estado en contacto con personas o material sospechoso de estar infectado. El sexo es la variable más significativa al estudiar en conjunto variables sociodemográficas e historial de contactos, ya que se ha apreciado mayor riesgo en mujeres. En este sentido, en las mujeres el trabajar en un centro público o trabajar desde casa, aumenta su porcentaje de nivel de DP. Parece que en este caso el DP que genera el teletrabajo (es mayor que el que produce el trabajar fuera de casa, aunque en este último caso exista la posibilidad de contacto con personas o material contaminado¹¹). En las personas que trabajan en un centro público hemos encontrado mayor DP. Ello, puede deberse bien a que realizan actividades diferentes a las de actividad privada o a la influencia que puede tener en este colectivo la capacidad de organizar su trabajo y las medidas preventivas a adoptar. En los hombres hemos visto como en el desarrollo de DP aparecen factores ya descritos en el colectivo de especialistas en medicina y enfermería del trabajo, como es el haberse o no realizado la prueba diagnóstica¹² y otros menos descritos, como es el disponer de mascota, aunque podría ser comprensible su actuación como factor protector. Así mismo, fomentando los valores altos del sentido de coherencia, tanto en su valor global como en sus tres dimensiones, estaríamos previniendo el desarrollo de DP, corroborando estudios anteriores. Igual, que también se ha relacionado con un menor nivel de conflictos laborales o familiares, el nivel de work engagement o un mayor nivel de salud. En nuestro estudio el valor global medio de SOC fue de 62,25 (DE = 12,01), cifra muy similar a estudios previos en personal de enfermería¹³ o sanitarios. Un valor alto de SOC lo vimos en un 24,44%, siendo bastante inferior al observado en trabajadores no sanitarios durante el periodo de pandemia (47,7%). Los resultados confirman la necesidad de, no solo estar preocupados por proteger la salud física de los profesionales de la medicina y enfermería del trabajo, sino también de los efectos en su salud mental, algo que se ha confirmado en un alto número de estudios. Así mismo, estamos a tiempo de prevenir el efecto de la COVID-19 en la salud mental de estos profesionales, ya que sabemos que dichos efectos se producen pronto, pero que también se mantienen más largo plazo que los efectos sobre la salud biológica^{14,15}. El presente estudio ha constatado pues, que el colectivo de medicina y enfermería del trabajo tiene efectos en la salud mental similares al del conjunto de profesionales de la salud, pero también otros que le diferencian, posiblemente justificado por una actividad laboral en menor medida en hospitales y más en las empresas de los trabajadores que supervisan su salud, que les diferencia de los sanitarios clínicos que atienden mayoritariamente a personas enfermas, mientras que los médicos y enfermeros del trabajo ven a personas teóricamente sanas, pero que pueden ser portadores asintomáticos de COVID-19, o a personas con síntomas en su primer estadio. Los efectos en la salud mental de los profesionales que desempeñan su labor en el área de salud laboral son similares al encontrado en estudios previos realizados al conjunto de los sanitarios. No obstante, en el colectivo del presente estudio se da un menor nivel de DP, pues han podido adaptar su labor al teletrabajo y consecuentemente, se ha dado una menor exposición o contacto con personas afectas por COVID-19. Respecto al género, las mujeres que trabajan en el sector privado mediante teletrabajo generaban mayor DP que aquellas que trabajaban fuera de casa. En el caso de los hombres, aquellos que se habían realizado el test diagnóstico, trabajaban en centro público o privado, disponían de estudios de posgrado, presentaron menor malestar psicológico.

Bibliografía

1. Pan A, Liu L, Wang C, Guo H, Hao X, Wang Q, et al. Association of Public Health Interventions With the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *JAMA*. 2020.
2. Allsopp K, Brewin CR, Barrett A, Williams R, Hind D, Chitsabesan P, et al. Responding to mental health needs after terror attacks. *BMJ*. 2019;366:14828.
3. Gómez-Salgado J, Andrés-Villas M, Domínguez-Salas S, Díaz-Milanés D, Ruiz-Frutos C. Related Health Factors of Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17, 3947.

4. Kang L, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020;doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X
5. Ruiz-Frutos C, Ortega-Moreno M, Allande-Cussó R, Ayuso-Murillo D, Domínguez-Salas S, Gómez-Salgado J. Sense of coherence, engagement, and work environment as precursors of psychological distress among non-health workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Safety Science*. 2021;133:105033.
6. Malagon-Aguilera MC, et al. Relationship between sense of coherence, health and work engagement among nurses. *J Nursing Management* 2019;27:1620-30.
7. Blake H, Bermingham F, Johnson G, Tabner A. Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):2997.
8. Goldberg DP, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*. 1997;27:191-7.
10. Mihashi M, et al. Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychol*. 2009;28:91-100.
11. Li S, et al. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:2032.
12. Rueda-Garrido JC, Vicente-Herrero MT, Del Campo MT, Reinoso-Barbero L, Delcos GL et al. Return to work guidelines for the COVID-19 pandemic. *Occupational Medicine*. 2020;70:300-5.
13. Eriksson M, et al. The level of sense of coherence among Swedish nursing staff. *J Adv Nurs*. 2019;75:2766-72.
14. Ruiz-Frutos C, Gómez-Salgado J. Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población trabajadora. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2021;24(1):6-11.

59. INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN SANITARIOS Y SOCIO-SANITARIOS SÍNTOMAS DE PRESENTACIÓN

Caridad León Robles, Roberto Fernández García y Alicia Sánchez de la Fuente Sastre

Servicio de Prevención Mancomunado Gestlab 98, Bilbao, España.

Palabras clave: SARS-CoV-2. Síntomas COVID-19. Trabajadores de la salud.

Introducción: Las Unidades de Vigilancia de la Salud de los Servicios de Prevención, desde el inicio de la Pandemia venimos gestionando casos en la población trabajadora. Especial atención la tiene el sector sanitario/sociosanitario, donde las decisiones de aislamiento son no demorables y se debe intentar que sean lo más acertadas posible debido a sus implicancias en la salud de los trabajadores y en la organización del trabajo.

Objetivos: Describir los síntomas de inicio de infección por SARS-CoV-2 en trabajadores sanitarios y sociosanitarios, presentados en las primeras 24h horas.

Material y métodos: Se procedió a recoger los datos documentados en el registro de seguimiento clínico-evolutivo, de los casos confirmados de infección por SARS-CoV-2, se seleccionó solo los registros que incluían los síntomas de las primeras 24h y el seguimiento completo hasta cumplir los criterios para recomendar la vuelta al trabajo. Los registros fueron recogidos e introducidos por el mismo personal sanitario a través de entrevistas telefónicas a los trabajadores. Se excluyeron a los trabajadores con registros incompletos y a los perdidos durante el seguimiento. La estadística descriptiva de los datos se desarrolló en el programa informático de Microsoft Excel.

Resultados: Se incluyeron un total de 143 casos confirmados. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron cefalea 25%, tos 20%, malestar general 19%, congestión nasal 18%, pérdida de olfato/gusto 15%, astenia, 14%, síntomas orofaríngeos 14%, mialgias 14%, febrícula 13%, fiebre 11%, asintomáticos 11%, otros 13%. La frecuencia de aparición de fiebre en el seguimiento fue mayor en los meses de marzo y abril. Los casos asintomáticos fueron identificados por estudio de contactos y por cribado. Durante el seguimiento solo 2 trabajadores permanecieron asintomáticos a lo que denominamos “verdadero asintomático” (1%).

Conclusiones: A fecha actual la sintomatología COVID-19 es muy diversa y frecuentemente con síntomas leves que en ocasiones son subestimados, a la espera de los “síntomas clásicos” de fiebre, tos o falta de aire, retrasando así, la detección temprana.

El hecho que los “verdaderos asintomáticos”, representen aproximadamente el 1%, cifra que disminuiría más si incluyéramos al 100% de casos confirmados, pone en valor las actividades preventivas de estudio de contactos, cribado y aislamiento temprano para sortear la fase presintomática.

259. COVID-19 PERSISTENTE Y RENDIMIENTO EN EL TRABAJO: A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Catalina Pimentel Eusebio y Alicia Chanca Díaz

El Corte Inglés, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19 Persistente. Trabajo.

La pandemia de la COVID-19 ha revolucionado la esfera asistencial sanitaria a partir de que se notificara el primer caso positivo en diciembre de 2019. En esta revolución cabe destacar las secuelas producidas a pacientes que han pasado la COVID-19 y se detectan todavía síntomas semanas después de la infección aguda por SARS-CoV-2. El COVID persistente es una realidad que cada vez se hace más presente a medida que la pandemia avanza. Personas, generalmente mujeres de mediana edad, que pasados unos meses desde el contagio siguen manifestando sintomatología, y muy variada. El objetivo de este estudio es detectar la capacidad funcional del individuo a nivel laboral después de haber pasado la enfermedad, es decir, las secuelas que quedan en la persona después de haber sido diagnosticada de COVID-19 y como afectan estas a su rendimiento laboral. Hemos valorado 3 casos de diferente sexo y edad, que pasaron la infección con alteraciones importantes a nivel respiratorio, digestivo, neurológico y muscular. Además estos casos cursaron con fiebre continuada durante varios días sin que cediera con analgésicos, antipiréticos ni antibióticos. Un 66% de ellos precisaron ingreso hospitalario, aunque ninguno fue derivado a las Unidades de Cuidados Intensivos. Todos los casos estuvieron de baja laboral una media de 88 días, siendo significativo que las 2 mujeres de los 3 casos estudiados estuvieron más días de IT que el varón. Es significativo también que en la actualidad ambas mujeres están de IT, una de ellas porque no se ha reincorporado aún a su actividad laboral y la otra porque ha sufrido una nueva baja secundaria a las secuelas de la COVID-19. En los 3 casos de estudio, la valoración concluye que existe una disminución de su capacidad funcional no solo a nivel laboral, sino también en las actividades básicas de la vida diaria. Así mismo hemos detectado que estos pacientes tras pasar una COVID-19 más o menos agresiva, ahora experimentan dificultades cognitivas para llevar a cabo tareas de la vida personal o laboral que nunca antes fueron un problema. Como conclusiones consideramos que es de vital importancia hacer un seguimiento de estos pacientes por las distintas especialidades médicas que requiera su sintomatología y realizar exámenes de salud a la reincorporación a su puesto de trabajo por baja prolongada, para poder determinar su capacidad funcional y realizarle las limitaciones oportunas para que su actividad laboral sea compatible con su estado de salud.

339. SEGUIMIENTO TRAS CONTACTO ESTRECHO CON COVID+ EN PERSONAL SANITARIO DEL HUMV

Annabella Liliana Mujica del Solar, Santiago Gargallo Tatay, Aroa Zubizarreta Solá, Alicia Carreira Santos, Silvia Velasco de la Fuente, Jose Aparicio Narejos, Marco Antonio Gandarillas González, María Aurora Velasco Solar, Rosa María Horna Arroyo y Bárbara Mesonero de la Peña

Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Palabras clave: Contacto. Estrecho. Esencial.

El Ministerio de Sanidad en sus documentos de “Estrategia de Detección, Vigilancia y Control de COVID-19” de marzo del 2020 consi-

dera al profesional sanitario como trabajador esencial indicando que ante un contacto estrecho podía continuar la actividad vigilando síntomas, excepto si el contacto fue durante técnica generadora de aerosoles. En su actualización del 7 de septiembre sigue considerando al personal sanitario esencial, dando una pauta específica de seguimiento ante contacto estrecho: "podrá continuar la actividad si PCR negativa, con medidas de prevención y protección vigilando inicio de síntomas". En la revisión del 25 de septiembre sigue contemplando el contacto estrecho en actividades esenciales y faculta a las CCAA para establecer una pauta específica ante contactos que realicen actividades esenciales en determinadas circunstancias. En octubre del 2020, la Consejería de Sanidad de Cantabria encomendó a los Servicios de Prevención del ámbito sanitario implementar un protocolo específico de control y seguimiento del contacto estrecho en el personal sanitario. El Servicio Prevención del HUMV documentó en febrero del 2020 la norma N24.-COVID-19 dentro del Sistema de Gestión de la Prevención del HUMV y en junio incluyó en la misma un apéndice para clasificar los contactos con la pauta de seguimiento específica tras contacto estrecho. La pauta se consultó en el Comité de Seguridad y Salud, fue aprobada por la Dirección y remitida a Salud Pública. Contempla que el personal HUMV es personal esencial y puede continuar la actividad tras contacto estrecho si se mantiene asintomático, con al menos 3 o 4 PCR de control en los siguientes 10 días, vigilando síntomas hasta el 14º día y reforzando las medidas básicas de higiene de manos, uso de mascarilla y distancia social. La pauta está en consonancia con lo indicado por sociedades de prestigio para mitigar el riesgo de carencia de personal sanitario como la CDC americana o la HSE irlandesa. De 1.388 profesionales seguidos por declarar contacto estrecho, 65 [4,6% (IC95: 3,6-5,8%)] resultaron PCR(+), mientras seguían asintomáticos causando incapacidad temporal. Se estima que la pauta ha resultado eficiente al evitar cuarentena en elevado número de profesionales y el menoscabo notable de la seguridad y eficacia de los servicios sanitarios, además de resultar bien apreciada por los profesionales. No se observaron brotes asociados a la pauta en el ámbito hospitalario, familiar o comunitario.

473. TELETRABAJO Y SEROPREVALENCIA COVID EN TRABAJADORES DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Paloma Burgos Diez, Ángel Carlos Matía Cubillo, María Nieves González Natal, Luis Alberto Flores Pérez, Eva Vaquerizo Carpizo, María Jose Aragón Cabeza, Ana Marta García Martínez, Luis Fernández Carbajo, Raquel Alfayate Sierra y Ana Gejo Iglesias

Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Valladolid, España.

Palabras clave: Teletrabajo. COVID-19. Prevalencia.

Introducción: Con la pandemia declarada el 11 de marzo de 2020 y la necesidad de confinamiento para reducir el ritmo de contagios, el teletrabajo se contempló como una opción para continuar el ritmo laboral

Objetivos: Objetivo principal es valorar la influencia de la presencialidad laboral en la prevalencia de la infección por SARS-CoV-2 en trabajadores de la administración. Secundarios: Conocer las variables relacionadas con un resultado positivo de anticuerpos. Conocer las variables relacionadas con la presencialidad en el trabajo.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, transversal de prevalencia. Variables: edad, sexo, IMC, hábitos tóxicos, comorbilidades, vacunación gripe, síntomas previos (anosmia, tos, fiebre, mialgias), contacto con infectados, trabajo presencial, a distancia o teletrabajo y resultado de test de anticuerpos. El estudio implica la realización de una prueba rápida de anticuerpos frente a SARS-CoV-2, con Ig M e Ig G diferenciadas.

Resultados: En 58 casos (10%) fue positivo el resultado de la IgM y/o IgG, (IC95% 7,5-12,5%). La prevalencia de los trabajadores se rela-

ciona significativamente con la edad (53,8 vs 51,7 años, $p = 0,047$), con ser no fumador (11,1 vs 3,7, $p = 0,041$), vacunado con gripe (17 vs 6,7 $p < 0,001$), síntomas sospechosos (26,8 vs 6,1, $p < 0,001$) convivencia con familiares enfermos (22,2% vs 9,4% $p = 0,03$). No encontrando diferencias significativas en resto de variables estudiadas. Respecto a la presencialidad en el trabajo un 24,6% acudieron a diario a su puesto de trabajo, un 56,6% de manera ocasional y los que no acudieron a su puesto un 18,8%. La presencialidad en el trabajo se ha relacionado significativamente con el sexo, siendo superior en los hombres (32% vs 21% $p = 0,014$), ser fumador, (20% acudieron todos los días, frente al 6, 4% que permanecieron en casa $p < 0,007$). No hubo diferencias significativas en cuanto a edad u otros factores de riesgo o variables estudiadas. La seroprevalencia fue superior (15,3%; IC95%: 8,16-22,46) en los trabajadores que no acudieron su puesto respecto a lo que acudieron siempre (6,20%; IC95%: 2,07-11,16), o los que acudieron de manera ocasional (9,58%; IC95% 6,27-12,89%) y aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,51$) sí que ha mostrado una asociación lineal significativa ($p = 0,017$).

Conclusiones: El teletrabajo parece no influir en la reducción de la seroprevalencia por COVID-19. Lo que podría hacer pensar que el riesgo de contagio es igual o menor en el trabajo que en el domicilio.

525. REACCIONES CUTÁNEAS POR USO DE MASCARILLAS EN PERSONAL SANITARIO DURANTE LA COVID-19

Ana Bella Alcaraz Martínez, Ana de Diego Yenes, Sherry Sue Lonighi García, Emily Jose Mora Perdomo, Andrea Weir Rodríguez, Ignacio Bardón Fernández-Pacheco y Covadonga Caso Pita

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Mascarilla. Dermatitis.

Introducción: La COVID-19 fue declarada pandemia mundial en marzo de 2020, por lo que el personal sanitario tuvo que disponer de equipos de protección individual (EPI), para la atención de pacientes, dando lugar a alteraciones cutáneas por el uso de los mismos.

Objetivos: Descripción de las alteraciones dermatológicas causadas por el uso de mascarillas en profesionales sanitarios durante la pandemia COVID-19. Establecer las medidas preventivas y terapéuticas para combatir dichas alteraciones.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de la literatura científica. Los criterios de inclusión fueron: estudios publicados desde enero de 2020 a febrero de 2021 que incluyesen a trabajadores sanitarios teniendo en cuenta también patologías cutáneas previas. Los criterios de exclusión fueron idiomas diferentes a inglés o español, artículos de personas en edad no laboral, alteraciones en tronco o extremidades y manifestaciones relacionadas con el uso de otros EPIs como guantes o gafas.

Conclusiones: El uso de mascarillas, especialmente FFP2, ha provocado la aparición de patología dermatológica en personal sanitario; ocasionada por algunos de sus componentes, como formaldehído y bronopol. La clínica más frecuente ha sido: prurito, eritema, sequedad y descamación; sobre todo en área buco geniana y puente nasal. Las enfermedades más prevalentes han sido: dermatitis de contacto y seborreica, urticaria por presión, rosácea y acné. Se han descrito tanto manifestaciones de novo como empeoramiento de patologías preexistentes. La mayoría de los trabajadores no fueron valorados por un especialista, por lo que no se realizó una valoración ni seguimiento adecuado. Debido a ello, existe un infradiagnóstico de estas patologías, por lo que sería interesante la creación de una consulta específica para el diagnóstico y tratamiento de las mismas. Por otra parte, existen medidas preventivas como higiene facial, aplicación de cremas hidratantes o descansos periódicos en el uso de los EPIs que evitarían la aparición de estas lesiones, por lo que se deben poner en uso. El uso de mascarillas en trabajadores sanitarios durante la

COVID-19, ha ocasionado manifestaciones cutáneas y ha empeorado patologías dermatológicas previas. Consideramos que la literatura encontrada es escasa y la prevalencia de dichas manifestaciones es elevada, por lo que sería necesaria una mayor investigación y un exhaustivo estudio sobre esta materia.

567. PROPAGACIÓN DEL COVID-19 EN LOS NEGOCIOS DE LA RESTAURACIÓN: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Isidro Rivadulla Lema¹, María Gabriela Torres Romero² y Emily Mora Perdomo³

¹Sociedad de Prevención Cualtis, A Coruña, España. ²Unidad Docente de Medicina del Trabajo de Navarra, Pamplona, España. ³Unidad Docente de Medicina del Trabajo de Madrid, Madrid, España.

Palabras clave: Infección por coronavirus. SARS-CoV-2. Restaurantes.

Introducción: Las medidas que se han tomado en todo el mundo para el control de la propagación del COVID-19 desde el inicio de la pandemia y hasta la actualidad afectan en gran parte a los negocios dedicados a la restauración. Por ello, los autores han considerado de interés examinar en la literatura científica las posibles causas de propagación del COVID-19 en los negocios de la restauración y las posibles medidas preventivas aplicadas.

Material y métodos: Se realizó un análisis sistemático y crítico de los documentos recuperados. Los datos se obtuvieron mediante consulta directa, vía Internet, de la literatura científica contenida en las bases de datos MEDLINE (vía PubMed), The Cochrane Library, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y en las colecciones de revistas Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECs) y Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para definir los términos de la búsqueda se consultó el Thesaurus desarrollado por la U. S. National Library of Medicine (MeSH), considerándose adecuados "Coronavirus infections", "SARS-CoV-2" y "Restaurants", como descriptores y texto libre.

Resultados: Se encontraron un total de 52 referencias. De estas, después de eliminar las duplicadas y aplicar los criterios de inclusión y posteriormente los de exclusión, se recuperaron 6 artículos a texto completo, todos ellos de MEDLINE (PubMed) y de características muy dispares.

Conclusiones: Predominó la propagación del COVID-19 por gotas, seguida por la transmisión por contacto y por vía aérea. Cuatro publicaciones demostraron de manera directa que los locales de restauración fueron lugares de propagación del SARS-CoV-2. Los trabajos revisados no se preocupan de cómo ha afectado la pandemia a la salud de sus trabajadores, claramente expuestos al contagio en una profesión que implica una gran interacción interpersonal, siendo necesarios estudios que hagan un seguimiento del impacto del COVID-19 en este sector laboral. Parece probable que pueda existir propagación del SARS-CoV-2 en los negocios de la restauración si no se aplican correctamente las medidas preventivas, aunque es preciso ampliar la investigación en este campo incluyendo la eficacia de las mismas.

694. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE COVID-19. UN DIAGNÓSTICO PROBABLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Emily Jose Mora Perdomo¹, Sherry Sue Lonighi García¹, Alberto Conde Taboada², Ana Bella Alcaraz Martínez¹, Ana de Diego Yenes¹, Silvia O'Connor Pérez¹, Lucía Campos Muñoz² y María Covadonga Caso Pita¹

¹Departamento de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ²Departamento de Dermatología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Palabras clave: COVID-19. Manifestaciones cutáneas. PseudoChilblain.

Introducción: La evidencia actual, sugiere que la enfermedad por COVID-19 puede tener manifestaciones cutáneas, el momento de desarrollo de la lesión varía desde días antes del diagnóstico de COVID-19 hasta días después. No está claro si los síntomas cutáneos son consecuencia de la infección respiratoria o una infección primaria de la piel. Es probable que la combinación de tales mecanismos sea responsable de las manifestaciones cutáneas. No existe una clasificación previa de las manifestaciones cutáneas de COVID-19 en España se han descrito 5 tipos diferentes: pseudo perniosis en zonas acrales, erupciones vesiculares, urticaria, erupciones máculo-papulosas y necrosis pudiéndose asociar cada patrón a características específicas de pacientes, evolución y gravedad de la enfermedad.

Caso clínico: Presentamos enfermero de 28 años, sin antecedentes médicos, refiere aparición de placa marrón violácea ulcerada en centro con lesiones satélites en 2º dedo de mano izquierda, los primeros días de abril 2020, el 19/04 presenta odinofagia, febrícula 37,2 °C, se solicita PCR para SARS-CoV-2 resultando positiva. Se indico aislamiento domiciliario, sin síntomas nuevos. 30/04 PCR negativa. Sin cambios en la lesión. El 10/06 por persistencia de la lesión acude a dermatología y plantean los siguientes diagnósticos: manifestación cutánea de COVID-19 vs sarcoma de Kaposi vs esporotricosis, solicitan biopsia de piel. Diagnóstico histopatológico: dermatitis purpúrica superficial sin rasgos histológicos de cronicidad ni especificidad. Epidermis acantótica. Focos de extravasación hemáticas, en torno al plexo vascular superficial con mínimo infiltrado inflamatorio perivascular, sin signos de vasculitis aguda ni trombos. En febrero 2021, por persistencia de la lesión se valora en conjunto por SPRL y Servicio de Dermatología, no siendo necesaria nueva toma de biopsia y estableciendo diagnóstico probable de pseudo perniosis por COVID-19, se solicitan exámenes inmunológicos (TBKN, C3, C4, ANA y ANCA).

Discusión: El patrón de pseudoperniosis se relaciona con enfermedad menos grave o asintomática de COVID-19. Reportándose en personas jóvenes como nuestro paciente. En adición, las lesiones aparecieron en un período de clima cálido y el paciente no tenía historia previa de perniosis pese a haber residido en zonas geográficas frías en el pasado. Sin embargo, hemos planteado la realización de pruebas inmunológicas para excluir otras enfermedades, con el fin de hacer un diagnóstico definitivo.

876. BUENAS PRÁCTICAS EN EL SPRL DE ESMALGLASS-ITACA FRENTE AL COVID-19

Susana Caño Garazo, Ricardo Ferragut Chillida y Silvia Chamorro Gil

Grupo Esmalglass-Itaca, Vilarreal, España.

Palabras clave: COVID-19. Test antígenos. Asintomáticos.

Los test de antígenos detectan una proteína del virus para determinar si alguien está infectado. Se realizan a partir de muestras respiratorias provenientes del tracto respiratorio superior (nasofaríngeo u orofaríngeo), basándose en ensayos inmunocromatográficos que utilizan anticuerpos monoclonales isotipo IgG anti-SARS-CoV-2 para la localización de antígenos del virus. Es importante destacar que las pruebas de antígenos proporcionan una información esencial en 15 minutos, en un momento del ciclo de la infección en el que las personas corren el mayor riesgo de propagar la enfermedad. Por ello, son una herramienta útil para contener y evitar contagios masivos. Durante el mes de enero debido a la tercera ola nos planteamos un estudio de detección del virus, y así tener controlados a los trabajadores de la empresa. De esta manera evitamos que se propague el virus y además el Servicio de prevención propio de la empresa consigue un entorno laboral seguro. El objetivo principal de este trabajo, es analizar el porcentaje de positivos asintomáticos que hemos detectado durante el mes de enero de 2021. Con ello, queremos demos-

trar la utilidad del uso de estos test de detección del SARS-CoV-2 para contener y evitar brotes tanto en el entorno laboral como familiar.

Material y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, basado en el análisis de la realización de los test de Antígeno durante el mes de enero de 2021.

Resultados: Se realizan 2.690 test de Antígeno durante el mes de enero de 2021, de los cuales el 1% de los trabajadores han sido Ag +, es decir 27 personas. De los empleados positivos (20) el 0,74% han sido asintomáticos.

Conclusiones: La puesta en marcha por parte de la empresa y del servicio de prevención propio en la realización de los test de antígeno ha supuesto una buena práctica para la detección del SARS-CoV-2 en asintomáticos, metodología eficaz para contener la propagación del virus tanto en el entorno laboral y familiar. El entorno laboral seguro propicia una mejora en el ambiente de trabajo, en el rendimiento del trabajador y en su bienestar generando salud.

1308. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS TRABAJADORES COVID CONFIRMADOS DE UN DEPARTAMENTO DE SALUD

Marina Santos Esteban¹, Alina Dunca Dunca², Diana García Montoya¹, María Ugarte Aceituno³, María Cecilia Baraldo del Cerro¹, Carmen Altava Padilla³, Ana María Fernández de Simón Pérez⁴, Sara García del Arco⁴ y Francisca Barrachina Martínez³

Riesgos laborales, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, España.

Palabras clave: Trabajadores Sanitarios. COVID-19. Departamento de Salud.

Introducción: La pandemia COVID-19 ha puesto en conocimiento de la mayor parte de la población la importancia de la sanidad en nuestro país, así como de sus profesionales. Sin ellos, la fatalidad de esta situación hubiese sido mucho más devastadora en todos los as-

pectos. Al igual que el resto de la población los profesionales sanitarios se han tenido que ver obligados a realizar aislamiento domiciliario por ser contacto estrecho con algún caso positivo, o bien ser ellos mismos los afectados por el virus. Nuestro objetivo fue evaluar y mostrar cómo el colectivo de nuestro departamento de Salud, se ha visto afectado en relación al contacto con este virus. Se realiza, además, seguimiento clínico telefónico de vigilancia de salud por parte del sprl.

Material y métodos: Análisis descriptivo de una corte transversal de los trabajadores sanitarios de un departamento de salud. La investigación incluye trabajadores de atención hospitalaria de tercer nivel y atención primaria, que resultaron casos confirmados mediante PCR o test de Ag en una muestra de exudado nasofaríngeo, de entre aquellos que precisaron aislamiento domiciliario, entre el 12 de marzo de 2020 y el 2 de febrero de 2021. Participan 1.900 trabajadores, de los cuales 458 resultan positivos para COVID-19. Se registraron la fecha del inicio y fin del aislamiento, se agruparon según si el aislamiento fue por síntomas, por contacto estrecho o por resultado en PCR y/o test de Ag positivo. Se distinguió si el contacto fue social o laboral. Se dividió a los trabajadores según criterios epidemiológicos, riesgo de exposición en la zona de trabajo, categoría profesional, necesidad de ingreso, realización posterior de serología y resultado de la IgG, así como criterios de vulnerabilidad para el COVID-19.

Resultados: Se realizaron 1.900 PDIA, 458 resultaron ser positivas, de las cuales el 79,91% son mujeres. El 13,7% fueron asintomáticos. El criterio de vulnerabilidad más repetido fue la HTA y/o enfermedad cardiovascular, siendo 60 trabajadores (13,10%) los que la padecen, seguido de la edad mayor o igual a 60 años.

Conclusiones: Disponer de personal sanitario física- y mentalmente sano y bien protegido es vital para mejorar la capacidad de un país para manejar los casos de manera eficaz. Los sistemas de vigilancia epidemiológica en salud laboral están resultando instrumentos decisivos, tanto para la gestión de casos y contactos, como para la predicción de escenarios que permita gobernar la pandemia a sus distintos niveles.