

## PROCEDIMIENTO

# Actuación en caso de contagio/sospecha de un trabajador de la empresa

### REGISTRO DE GESTIÓN

<b>Realizado</b>	Responsable Vigilancia de la Salud	15/07/2020
<b>Revisado</b>	Responsable de Proyectos de Prevención	16/07/2020

### REGISTRO DE REVISIONES

Revisión	Fecha	Objeto de la Revisión
0	15/07/2020	Edición Inicial

### INDICE DEL PROCEDIMIENTO

#### 1. OBJETO

#### 2. ALCANCE

#### 3. FUNCIONAMIENTO

- 3.1. Detección de posibles casos de trabajadores infectados
- 3.2. Seguimiento de los casos y contactos
- 3.3. Supuesto de trabajadores especialmente sensibles

Anexos

## 1. OBJETO

En la Comunidad Valenciana la intervención de los servicios de prevención (SPRL) frente a la exposición al SARS-COV-2 en el ámbito de las empresas está siendo crucial, sobre todo para la adaptación de las actividades a las indicaciones preventivas. Con medidas de carácter organizativo, de protección y de colaboración en la gestión de la incapacidad temporal.”

“En el escenario actual los servicios de prevención están llamados a aumentar su colaboración, especialmente en el control de la transmisión del SARS-CoV-2.”

“Los profesionales del servicio sanitario del servicio de prevención de riesgos laborales serán los encargados de establecer los mecanismos para la detección, investigación y seguimiento de los casos y contactos estrechos en el ámbito de sus competencias, de forma coordinada con las autoridades de salud pública.”

## 2. ALCANCE

Actualmente Previnsa aumenta su servicio a nuestras empresas colaborando con el sistema público de salud en:

1. El diagnóstico y control de los **posibles casos** de COVID.
2. Búsqueda, estudio, cuarentena y seguimiento de los **contactos** de casos de COVID.
3. Gestión de la incapacidad temporal del **personal de riesgo**.

### 3. FUNCIONAMIENTO

#### **3.1 Detección de posibles casos de trabajadores infectados**

La empresa deberá informar a sus trabajadores que si uno de ellos presenta síntomas compatibles con COVID: fiebre 38°C, tos o sensación de falta de aire y/o síntomas como el dolor al tragar, pérdida del olfato, pérdida del gusto, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o cefaleas, de aparición brusca, que no se hayan padecido anteriormente, deberá **quedarse en casa y no acudir** a su puesto de trabajo.

Cuando un trabajador que presente síntomas la EMPRESA puede:

- Ⓐ – Llamar a su centro de atención primaria. Donde le deben tramitar la IT y hacer la PCR
- Ⓑ – Ponerse en contacto con Previnsa llamando al 663932766 o enviando un correo a [covid@previnsa.es](mailto:covid@previnsa.es).

Si elige la opción Ⓑ deberá:

➔ Enviarnos los datos del trabajador utilizando el **Anexo 1-E**. Una vez recibido Previnsa emitirá un informe para que el médico de la seguridad social realice la baja por IT del trabajador y para que le tramiten realización de una prueba diagnóstica PCR en su centro de salud.

Además con independencia de si elige la opción Ⓐ ó Ⓑ para el seguimiento del caso y de sus contactos necesitamos:

➔ Nos remita un listado de los trabajadores que han estado trabajando muy próximo a la persona infectada DOS DÍAS ANTES de la aparición de los síntomas, lo que se denomina CONTACTO ESTRECHO, es decir;

- Haya proporcionado cuidados a un caso: personal sanitario o socio-sanitario que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar.
- Haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros (ej. convivientes, visitas) y durante más de 15 minutos. Ejemplo: Hayan desayunado juntos, compartido mesa, vestuario, trabajadores de otras empresas que hayan coincidido, etc.
- Haya viajado en un avión, tren u otro medio de transporte terrestre de largo recorrido (siempre que sea posible el acceso a la identificación de los viajeros) en un radio de dos asientos alrededor del caso, así como la tripulación que haya tenido contacto con él.

Para notificar los CONTACTOS ESTRECHOS deberá utilizar el **Anexo 2-E**.

### **3.2 Seguimiento de los casos y contactos**

En el caso de que haya sido **confirmado el diagnóstico de COVID POSITIVO**, será Salud Pública quien avisará a Previnsa para que realicemos el seguimiento y control de todos los contactos que haya habido en la empresa, determinando quienes deben quedar aislados y/o en su caso solicitarles la PCR, a los que además deberemos solicitarles la baja IT.

Paralelamente al trámite anterior, Previnsa se ocupará del seguimiento de dichos contactos y del control de los posibles síntomas **durante 14 días**. Durante este control puede pasar que:

- ❶ Que los trabajadores que han sido contactos estrechos **NO TENGAN SINTOMAS**.
- ❷ Que alguno/s tenga síntomas compatibles.

En el supuesto ❶ se informará a Salud Pública de la ausencia de contagio y por tanto se solicitará el alta.

En el supuesto ❷ se informará a Salud Pública para que les realice la prueba PCR y realice el seguimiento del nuevo caso y de su entorno familiar si procede.

En el caso de que no haya contactos estrechos comunicaremos a Salud Pública las conclusiones de nuestra investigación.

### **3.3 Supuesto de trabajadores especialmente sensibles**

Previnsa continuará colaborando con el sistema nacional de Salud en la gestión de la IT de los **Trabajadores Especialmente Sensibles** (ver lista en Anexo3-E parte2), siguiendo las instrucciones de la autoridad competente.

Con independencia de si existen casos sospechosos o confirmados en la empresa, se debe informar a Previnsa de los trabajadores que sean especialmente sensibles al COVID-19, para poder evaluar su puesto y en su caso realizar las gestiones oportunas.

En el caso de que en su empresa haya trabajadores con estas características deberán enviarnos cumplimentado el **Anexo 3-E**, en su parte 1 y 2.

**Anexo 1-E****POSIBLE CASO DE CORONAVIRUS**

Fecha de aparición de los síntomas/diagnóstico PCR: \_\_\_\_\_

**Datos del trabajador**

<b>Nombre</b>	_____
<b>Apellidos</b>	_____
<b>Teléfono</b>	_____
<b>Edad</b>	_____
<b>N.º SIP</b>	_____
<b>N.º DNI /NIE</b>	_____
<b>Puesto de trabajo</b>	_____
<b>Municipio de residencia</b>	<b>Código postal</b>
_____	_____
<b>Centro de Salud del trabajador</b>	_____
<b>Médico del trabajador</b>	_____
<b>Nombre de la empresa</b>	_____
<b>NIF empresa</b>	_____

**Anexo 2-E****Empresa**

Identificación de la persona que comunica

Nombre Completo del trabajador/a contagiado

DNI del trabajador/a contagiado

Teléfono del trabajador/a contagiado

Fecha inicio síntomas o de diagnóstico médico

**Trabajadores que han estado en contacto estrecho con el trabajador sintomático/contagiado**

Nombre y apellidos	DNI	Puesto de trabajo	Teléfono

**Trabajadores de empresas AJENAS en contacto estrecho con el trabajador sintomático/contagiado**

Nombre y apellidos	DNI	Empresa	Teléfono

## Anexo 3-E – Parte 1

### Ficha para Evaluación Simplificada de Trabajadores Especialmente Sensibles por COVID-19

#### PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES FRENTE A LA EXPOSICIÓN AL SARS-CoV-2 de 8 de abril de 2020

#### Ámbito de aplicación

Esta evaluación será de aplicación a los trabajadores con diabetes, enfermedad cardiovascular, incluida hipertensión, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad hepática crónica severa, insuficiencia renal crónica, inmunodeficiencia, cáncer en fase de tratamiento activo, embarazo, obesidad mórbida y mayores de 60 años que según la evidencia científica disponible a fecha 23 de marzo de 2020, el Ministerio de Sanidad ha definido como grupos vulnerables para COVID-19.

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Puesto de trabajo \_\_\_\_\_

**Indique** de las siguientes condiciones cuales se dan en su empresa, en relación con los trabajadores de los colectivos indicados en el ámbito de aplicación:

Nivel Riesgo	Situación en la que desarrolla el trabajo	Marcar con X
1	Similar a riesgo común al resto de población ciudadana, es decir trabaja <b>sin</b> contacto con personas sintomáticas.	
2	Realiza su trabajo con posibilidad de contacto con personas sintomáticas, pero lo hace manteniendo la distancia de seguridad y sin actuación directa sobre ellas. Ej. Farmacéutico, Comercio, etc	
3	Realiza trabajos de asistencia o intervención <b>directa</b> sobre personas sintomáticas, <b>con EPI</b> adecuado y <b>sin poder</b> mantener la distancia de seguridad. Ej. Cuidador, sanitario, seguridad	
4	El trabajador en sus tareas está la posibilidad de realizar maniobras generadoras de aerosoles. Ej. Realiza maniobras de RCP o similar a otras personas.	

Fecha : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2020

Firma (Gerente o responsable de la empresa) y Sello de la empresa

**Anexo 3-E – Parte 2****Ficha para Evaluación Simplificada de Trabajadores Especialmente Sensibles por COVID-19**

<b>Nombre</b>	_____
<b>Apellidos</b>	_____
<b>Teléfono</b>	_____
<b>Edad</b>	_____
<b>N.º SIP</b>	_____
<b>N.º DNI /NIE</b>	_____
<b>Puesto de trabajo</b>	_____
<b>Municipio de residencia</b>	_____
<b>Código postal</b>	_____
<b>Centro de salud del trabajador</b>	_____
<b>Médico de la SS del trabajador</b>	_____
<b>Nombre de la empresa</b>	_____
<b>NIF empresa</b>	_____

Marcar **todas** las patologías que presente, si tiene más de una indicarlas todas.

- Presenta **problemas de salud previos** que pueden agravar los efectos del SARS-COV-2. Especificar:
- más de 60 años
  - obesidad mórbida IMC>40
  - enfermedades cardiovasculares
  - hipertensión arterial
  - diabetes
  - enfermedades pulmonares crónicas
  - enfermedad hepática crónica severa
  - insuficiencia renal crónica
  - cáncer en fase de tratamiento
  - inmunodepresión
- Embarazo

Declara que no hay posibilidad de adaptación del puesto de trabajo, protección adecuada que evite el contagio o reubicación en otro puesto exento de riesgo de exposición en la empresa o entidad.

Fecha **comunicación**: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2020

Firma (Gerente o responsable de la empresa) y Sello de la empresa.