

MEDICINA DEL TRABAJO



Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo

Vol. 20 • Nº 3 diciembre 2011

www.aeemt.com

COMUNICACIONES ORALES

DISCREPANCIAS EN LA VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL DE LOS TRABAJADORES ENTRE LAS UNIDADES MÉDICAS DE VALORACIÓN Y LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN
J.A. Díaz García, M.A. Gallego Montalbán

Análisis de las lesiones por accidente de trabajo en el sector de la construcción de la isla de Mallorca (2006-2008)
E. Ramírez Santana

CASOS CLÍNICOS

DIFICULTAD RESPIRATORIA EN UN TÉCNICO PROTÉSICO DENTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO
C. Guillén Subirán, C. Ortega Molina

Enfermedad profesional en el personal sanitario: continúa el reto del diagnóstico, el reconocimiento de la contingencia y las actuaciones derivadas
M. Larrosa Hernández, M.L. Valle Robles, C. Caso Pita

PREMIO DE VACUNACIÓN

ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN ANTIGRIPEAL EN EL PERSONAL SANITARIO
I. Camacho Muñoz, M. Larrosa Hernández, A. Capapé Aguilar, S. O'Connor Pérez, I. Bardón Fernández-Pacheco, C. Caso Pita

PÓSTERES

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA DE LA MEDICINA DEL TRABAJO EN EUROPA
I. Reinoso Echezárraga, M.ªC. Bellido Cambrón, A.I. Arizón Benito, V. Gómez Bautista, S. Zupcic Rivas, I. Predoiu

Sensibilización a la resina epoxi agravada en el tiempo: un caso inusual
M. Larrosa Hernández, F. Heras Mendaza, I. Camacho Muñoz, P. Fenoy Rodríguez, S. O'Connor Pérez, L. Conde-Salazar



grupo acción médica

REVISTA INCLUIDA EN EXCERPTA MEDICA/EMBASE
ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO ESPAÑOL EN CIENCIAS DE LA SALUD (IBECS)

Consejo de Redacción

Director

Dr. Javier Hermoso Iglesias

Fundador de la revista

Dr. Javier Sanz González

Comité de Redacción

Dra. M.^a Teresa del Campo Balsa

Dra. Carmen Muñoz Ruipérez

Dr. Pedro Ortiz García

Dr. Luis Reinoso Barbero

Consejo Editorial

Dra. Encarnación Aguilar Jiménez (Valencia)

Dr. Enrique Alday Figueroa (Madrid)

Dr. Felipe Álvarez de Cozar (Madrid)

Dr. Juan José Álvarez Sáenz (Madrid)

Dr. Maurice Amphoux (Francia)

Dr. Héctor Anabalón Aburto (Chile)

Dr. Vicente Arias Díaz (Madrid)

Dr. Fernando Bandrés Moya (Madrid)

Dr. Juan Ángel Bartolomé Martín (Madrid)

Dra. Blanca Bell Martínez (Zaragoza)

Dr. Antonio Botija Madrid (Madrid)

Dr. Ramón Cabrera (Málaga)

Dr. Manuel Carrasco Mallén (Madrid)

Dr. Víctor Manuel Casaus Andreu (Zaragoza)

Dr. José Couceiro Follente (La Coruña)

Dr. Juan José Díaz Franco (Madrid)

Dr. Eladio Díaz Peña (Madrid)

Dr. Manuel Figueroa Pedrosa (Guipúzcoa) †

Dr. Enrique Galindo Andújar (Madrid)

Dr. Antonio García Barreiro (Madrid)

Dr. Fernando García Escandón (Madrid)

Dr. Miguel García Munilla (Madrid)

Dr. José González Pérez (Madrid)

Dr. Alfredo Gracia (Zaragoza)

Dr. Antonio Granda Ibarra (Cuba)

Dr. Pedro A. Gutiérrez Royuela (Madrid)

Dr. Javier de las Heras Calvo (Madrid)

Dr. Jesús Hermoso de Mendoza (Navarra)

Prof. Dr. Hubert Kahn (Estonia)

Dr. Antonio Iniesta (Madrid)

Dr. Antonio Jiménez Butragueño (Madrid) †

Dr. José Ramón de Juanes Pardo (Madrid)

Dr. Eugenio Laborda (Madrid)

Dr. Héctor M. Lavalle (Argentina)

Dr. Rafael Llopis (Madrid)

Dr. Enrique Malboysson Correcher (Madrid)

Dr. Juan Luis Manzano Medina (Madrid)

Dr. Gregorio Martín Carmona (Madrid)

Dr. Luis Nistal Martín de Serrano (Madrid)

Dra. Begoña Martínez Jarreta (Zaragoza)

Dr. Ignacio Moneo (Madrid)

Prof. Dr. José Palacios Carvajal (Madrid)

Dr. Francisco Pérez Bouzo (Santander)

Dr. Eugenio Roa Seseña (Valladolid)

Dr. Juan Manuel Rodríguez Meseguer (Madrid)

Dr. Antonio Rodríguez Noriega (Madrid)

Prof. Dr. Enrique Rojas Montes (Madrid)

Dr. F. Javier Sánchez Lores (Madrid)

Dr. Francisco Villarejo Ortega (Madrid)

S.V.: 91046 R

I.S.S.N.: 1132-6255

D.L.: M-43.419-1991

Control 

Sumario

Editoriales	145
 Comunicaciones orales	
Discrepancias en la valoración de la capacidad laboral de los trabajadores entre las unidades médicas de valoración y los servicios de prevención	152
J.A. Díaz García, M.A. Gallego Montalbán	
Análisis de las lesiones por accidente de trabajo en el sector de la construcción de la isla de Mallorca (2006-2008)	163
E. Ramírez Santana	
 Casos clínicos	
Dificultad respiratoria en un técnico protésico dental: a propósito de un caso	171
C. Guillén Subirán, C. Ortega Molina	
Enfermedad profesional en el personal sanitario: continúa el reto del diagnóstico, el reconocimiento de la contingencia y las actuaciones derivadas	175
M. Larrosa Hernández, M.L. Valle Robles, C. Caso Pita	
 Premio de vacunación	
Estrategias de vacunación antigripal en el personal sanitario	181
I. Camacho Muñoz, M. Larrosa Hernández, A. Capapé Aguilar, S. O'Connor Pérez, I. Bardón Fernández-Pacheco, C. Caso Pita	
 Pósteres	
Estudio comparativo de la formación especializada de la medicina del trabajo en Europa ..	186
I. Reinoso Echezárraga, M.ªC. Bellido Cambrón, A.I. Arizón Benito, V. Gómez Bautista, S. Zupcic Rivas, I. Predoiu	
Sensibilización a la resina epoxi agravada en el tiempo: un caso inusual	191
M. Larrosa Hernández, F. Heras Mendaza, I. Camacho Muñoz, P. Fenoy Rodríguez, S. O'Connor Pérez, L. Conde-Salazar	
 Premios	 194
 Agenda	 196

Contents

Editorials	145
 Oral speech	
Disagreements in work ability assessment of workers between medical assessment units and prevention services	152
J.A. Díaz García, M.A. Gallego Montalbán	
Analysis of occupational injuries in the construction industry in Mallorca (2006-2008)	163
E. Ramírez Santana	
 Clinical cases	
Dental technician with respiratory trouble. Speaking of a case	171
C. Guillén Subirán, C. Ortega Molina	
Occupational disease in healthcare workers: the continuation of the diagnosis challenge, contingency recognition and the following actions	175
M. Larrosa Hernández, M.L. Valle Robles, C. Caso Pita	
 Vaccination award	
Influenza immunization strategies among healthcare workers	181
I. Camacho Muñoz, M. Larrosa Hernández, A. Capapé Aguilar, S. O'Connor Pérez, I. Bardón Fernández-Pacheco, C. Caso Pita	
 Posters	
Comparative study of specialized training occupational medicine in Europe	186
I. Reinoso Echezárraga, M.ªC. Bellido Cambrón, A.I. Arizón Benito, V. Gómez Bautista, S. Zupcic Rivas, I. Predoiu	
Sensitization to epoxy resin increasing over time: an unusual case	191
M. Larrosa Hernández, F. Heras Mendaza, I. Camacho Muñoz, P. Fenoy Rodríguez, S. O'Connor Pérez, L. Conde-Salazar	
 Awards	 194
 Agenda	 196

Editorial

Despedida

Da lo que tienes para que merezcas recibir lo que te falta

SAN AGUSTÍN

Tenemos el gran honor de dedicar íntegramente este número de la revista a los premiados en este VIII Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo, celebrado recientemente en Valladolid, como reconocimiento al magnífico trabajo que han realizado en favor de la investigación en nuestra especialidad, y que es extensivo a todos los autores de artículos que han participado a lo largo de estos 20 años de existencia de nuestra revista.

También merecen nuestra más profunda gratitud nuestros fieles lectores, que en numerosas ocasiones nos han mostrado su afecto y reconocimiento por el esfuerzo que para la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT) ha supuesto la edición de esta magnífica revista, en la que he tenido el honor de participar tanto en el consejo de redacción como posteriormente en su dirección.

Tras estos cuatro años en los que la AEEMT me ha confiado la tarea de ser director de MEDICINA DEL TRABAJO, ha llegado el momento de ceder el testigo a nuevas ideas que sigan revitalizando la revista y continúen promoviendo la investigación en la especialidad, y lo hago pleno de satisfacción y de agradecimientos, con el convencimiento de que tenemos una extraordinaria revista que, sin duda, va a continuar mejorando gracias a la colaboración de todos los que queremos y confiamos profundamente en crear evidencia científica en nuestra especialidad.

Quiero empezar esta despedida recordando a todas esas personas que han estado siempre conmigo, apoyándome desde el principio, y por las que he estado aquí, especialmente al Dr. Javier Sanz, fundador y director de la revista durante muchísimos años, por haberme enseñado a apasionarme por nuestra especialidad, por nuestra asociación y, cómo no, por la revista en la que tanto esfuerzo y dedicación personal he dedicado durante muchos años para que viese la luz y fuese un referente nacional.

Igualmente, vaya mi reconocimiento y gratitud a los miembros del Comité de Redacción, la Dra. Carmen Muñoz, la Dra. Teresa del Campo, el Dr. Pedro Ortiz y el Dr. Luis Reinoso, con los que he tenido la suerte de compartir este proyecto y sin los cuales no habría sido posible seguir adelante.

Quiero mostrar mi gratitud también a toda la Junta Directiva de la asociación, con su presidente a la cabeza, el Dr. Antonio Iniesta, por haber comprendido la importancia que una revista científica como MEDICINA DEL TRABAJO tiene para nuestra asociación, que debe velar en todo momento, además de por la defensa de los intereses profesionales de los asociados, por el fomento de la investigación y la divulgación de los resultados de nuestro trabajo en la práctica ejercida por los especialistas. Gracias por haber entendido que en muchas ocasiones hemos

tenido que primar los intereses científicos sobre los comerciales, sin que ello haya interferido nunca en nuestras decisiones.

Me van a permitir, para concluir, que también exprese mi agradecimiento por escrito a las personas anónimas que me han permitido dedicar una gran parte de mi tiempo a la asociación y a la revista durante estos doce años, a mi padre el Dr. Casto Hermoso, ejemplo constante de trabajo y esfuerzo, que siempre me ha ayudado y apoyado en cuantas actividades requerían mi tiempo y con quien tengo la inmensa suerte de poder trabajar actualmente y seguir aprendiendo de él y, por último, y muy especialmente, a las personas a las que más tiempo he robado, que son mi mujer, Elena, y mis hijos, Cristina y Javier: nunca les podré agradecer lo suficiente su apoyo y su comprensión sin límites, sin escucharles jamás un lamento ni un reproche por mi ausencia. A ellos intentaré dedicar mi tiempo a partir de ahora.

Me voy con la satisfacción del deber cumplido y con la convicción de que la magnífica nueva directora de la revista, la Dra. Teresa del Campo, y el espléndido comité de redacción que continúa harán de nuestra revista, sin duda, un referente en la investigación de la medicina del trabajo europea.

;;;Hasta siempre!!!

Javier Hermoso Iglesias
Director de la revista MEDICINA DEL TRABAJO

Editorial

Sobre el riesgo de las radiaciones ionizantes en el embarazo

Desde la aprobación del Real Decreto 298/2009 en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o esté en periodo de lactancia, la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT) ha hecho varias reivindicaciones sobre la clasificación de las radiaciones ionizantes en su segundo anexo (Anexo VIII), “Lista no exhaustiva de los agentes y condiciones de trabajo a los cuales no podrá haber riesgo de exposición por parte de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural (lista de prohibición)”, obviando en su trasposición al derecho español la Directiva 92/85/CEE del Consejo relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o esté en período de lactancia, que las clasificaba en el primer anexo, “Lista no exhaustiva de los agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que deben ser evaluadas específicamente con respecto a la mujer embarazada o lactante”.

Las recomendaciones establecidas por la Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) son trasladadas a nivel internacional y europeo por la Organización Internacional de la Energía Atómica (OIEA) y por la Unión Europea (UE), ésta en forma de Directivas que deben trasponerse al Derecho Comunitario.

En España, la Directiva 96/29/Euratom del Consejo por la que se establecen las normas básicas relativas a la protección sanitaria de los trabajadores y de la población contra los riesgos que resultan de las radiaciones ionizantes se traspuso con el Real Decreto 783/2001, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes. En él se definen los límites de exposición en la trabajadora embarazada. Este Real Decreto fue desarrollado por el Consejo de Seguridad Nuclear en junio de 2002 en el documento sobre “La protección radiológica de las trabajadoras gestantes expuestas a radiaciones ionizantes en el ámbito hospitalario”. En él quedaban claramente definidos los límites de exposición para una trabajadora embarazada a nivel del abdomen.

Por lo anterior, se deduce que existen normas nacional e internacionalmente reconocidas que evalúan los riesgos y marcan los límites de exposición que no debe superar una trabajadora embarazada, igualando estos niveles a los niveles para los miembros del público (Real Decreto 783/2001). Por debajo de esos límites la mujer embarazada puede trabajar sin un riesgo mayor a los de la población general.

En los hospitales hay medidas suficientes de control para garantizar que la mujer embarazada no va a sufrir un riesgo adicional, además de limitar las tareas que puedan suponer una

dosis superior a las del público. Siempre se las exime de participar en los planes de emergencia de la instalación.

El incluir a la sanitaria embarazada en la lista de prohibición, además de contravenir otras disposiciones de igual o mayor rango, puede favorecer la discriminación de las mujeres embarazadas o en edad fértil.

Por lo anterior, y en base a la disposición adicional única del Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, en la que se establece que, en el plazo de tres años desde la entrada en vigor de este Real Decreto, el Ministerio de Trabajo e Inmigración evaluará el funcionamiento de las disposiciones contenidas en el artículo único con objeto de valorar la necesidad de actualizar o modificar los agentes, sustancias o procedimientos de trabajo contemplados en los Anexos VII y VIII y, estando próximos a este plazo, la AEEMT solicita la reclasificación de las radiaciones ionizantes del Anexo VIII al Anexo VII, “Lista no exhaustiva de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que pueden influir negativamente en la salud de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural, del feto o del niño durante el período de lactancia natural” del mismo Real Decreto.

Carmen Muñoz Ruipérez
Comité de Redacción de la revista MEDICINA DEL TRABAJO

Editorial

Evidencias y necesidades de la investigación en medicina del trabajo

*Compatibilidad entre el ejercicio profesional y la labor investigadora.
Poco hay que esforzarse en demostrar que, lejos de excluirse ambas tareas,
se completan e iluminan mutuamente*

SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL. REGLAS Y CONSEJOS
SOBRE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. LOS TÓNICOS DE LA VOLUNTAD; 1898

La medicina del trabajo es una especialidad de orientación clínica y social en la que confluyen cinco áreas de competencia fundamentales: preventiva, asistencial, pericial, gestora y docente e **investigadora**, como recoge el programa formativo de nuestra especialidad. En nuestra actividad, como médicos del trabajo desarrollamos estas cinco vertientes en mayor o menor medida. La última área citada –no por ello menos importante–, la investigadora, se puede considerar clave para el desarrollo de nuestra especialidad.

Algunas veces se cuestiona la evidencia científica de nuestra práctica clínica. Recientemente se ha publicado en el marco de la Unión Europea un documento¹ sobre la salud de la población en edad laboral, en el que, entre otros datos, se recoge una revisión de la literatura científica de PubMed y Web of Science desde 1966 hasta la actualidad sobre trabajadores europeos y su salud, causas de incapacidad y posibilidades de mejora de prevención. Para ello consideraron estudios longitudinales y sus resultados para valorar posibles relaciones causales entre **factores de riesgo e indicadores de salud y consecuencias para el trabajo**. En esta revisión se evidencia que las buenas prácticas respecto a la salud y seguridad en el trabajo en los lugares de trabajo son efectivas en la disminución de los **accidentes laborales**. Además, se demuestra una efectividad respecto algunas **enfermedades relacionadas con el trabajo**, especialmente sordera y trastornos musculoesqueléticos. Finalmente, dicho informe europeo concluye que son necesarios más estudios con análisis de coste-efectividad así como estudios de intervención relacionados con la salud laboral. En resumen, tenemos disponibles evidencias científicas, pero también se detectan ciertas áreas con una necesidad mayor de avance en su conocimiento.

Desde nuestra Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo queremos promover también la investigación en medicina del trabajo, tan necesaria siempre, en especial en estos momentos caracterizados por un envejecimiento poblacional y por cambios socioeconómicos en el mundo laboral.

M.^a Teresa del Campo Balsa
Comité de Redacción de la revista MEDICINA DEL TRABAJO

¹ Health of people of working age. European Commission; 2011

Editorial

Unidades preventivo-asistenciales

Desde el comienzo de su publicación en 1991 por el Dr. Javier Sanz González, la revista *MEDICINA DEL TRABAJO* ha ido pasando por diferentes etapas. Ahora estamos cerrando una al despedirnos del actual director de la revista, el Dr. Javier Hermoso Iglesias, que tan magníficamente ha sabido llevar la batuta de esta sinfonía en tiempos de crisis y de cambio permanente.

Algunos cambios son indeseados, como éste; otros (muy esperados) se van haciendo realidad, y otros (que no terminan de llegar) son muy añorados. Ojalá el nuevo equipo del Gobierno de España y el de sus Ministerios de Sanidad y de Trabajo en particular aprovechen esta nueva etapa para, entre muchas otras tareas pendientes, permitirnos a los especialistas en medicina del trabajo ser más útiles a la sociedad.

No se nos debe cerrar la posibilidad de realizar medicina asistencial. En ese sentido, se nos denomina “unidades preventivo-asistenciales” en el último Real Decreto 843/2011, que regula nuestra organización de recursos.

Si bien la vigilancia de la salud es la principal actividad de la medicina del trabajo, esta última es mucho más amplia y enriquecedora para el médico especialista.

Debemos obtener a nivel nacional las facilidades en dispensación farmacológica que han obtenido las Comunidades Autónomas Vasca, Gallega y Valenciana, no tan sólo por el principio de equidad y por nuestro beneficio como médicos que somos, sino porque se beneficiarían los trabajadores, sus representantes, la empresa, la sobrecargada sanidad pública y la sociedad española en su conjunto.

Debemos poder tratar un resfriado común o una cistitis sin tener dudas acerca de si es nuestro trabajo o no ayudar a este paciente. No podemos “despreciar” las tareas asistenciales y estar preparados simultáneamente para atender de forma correcta a un paciente accidentado.

Queremos hacer bien nuestro trabajo y, para ello, debemos hacer que la vigilancia de la salud individual sea eminentemente útil para la mejora de la salud del trabajador y no un mero trámite burocrático, como lo es en otros entornos.

Debemos seguir mejorando nuestra deficiente formación en la vigilancia de la salud colectiva, en la búsqueda de la patología laboral (enfermedad profesional y patologías relacionadas con el trabajo). Debemos realizar estudios epidemiológicos de calidad frente a las nuevas patologías que surgen en nuestro entorno. Debemos perder el miedo a enfrentarnos a la patología común agravada por el entorno laboral. Debemos aprovechar los medios materiales que nos brinda el progreso (desfibriladores, ecógrafos...). Tenemos obligaciones docentes.

Tenemos obligaciones periciales. Tenemos muchas obligaciones en este mundo permanente y velozmente cambiante.

Dentro de los servicios de prevención de riesgos laborales (ya sean ajenos, propios o mancomunados), las empresas españolas invierten cantidades ingentes de dinero en recursos materiales y sobre todo humanos (técnicos superiores, técnicos medios, administrativos, personal de enfermería y médicos). Tenemos la obligación de ser eficientes y de velar por los intereses de todas las partes implicadas sin ceder a los distintos grupos de interés. Queremos que las autoridades públicas nos permitan hacer bien nuestro trabajo.

Luis Reinoso Barbero
Comité de Redacción de la revista MEDICINA DEL TRABAJO

Discrepancias en la valoración de la capacidad laboral de los trabajadores entre las unidades médicas de valoración y los servicios de prevención

José Antonio Díaz García¹, María Angustias Gallego Montalbán²

¹ Médico del trabajo. Coordinador médico de la Dirección Regional Andalucía Oriental.

Sociedad de Prevención de FREMAP. Málaga. ² Médico del trabajo. Mutua FREMAP. Málaga

Correspondencia:

José Antonio Díaz García

Sociedad de Prevención de FREMAP. Málaga

Compositor Lehmborg Ruiz, 17. 29007 Málaga

Correo electrónico: jantonio_diaz@prevencionfremap.es

Fecha de recepción: 24/10/11

Fecha de aceptación: 04/11/11

Premio a la mejor comunicación oral de la sección de especialistas en medicina y enfermería del trabajo en el VIII Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo (Valladolid, 2011)

Los servicios de prevención (SP) y las unidades médicas de valoración de incapacidades (UMVI) evalúan a los mismos trabajadores. Los resultados no siempre coinciden, lo que produce graves problemas. Se realizaron dos búsquedas de jurisprudencia y un estudio descriptivo recopilando las propuestas realizadas por mutua a las UMVI en 2010, analizando discrepancias (valoraciones distintas entre SP y UMVI). El 21% de las sentencias encontradas estaban relacionadas con nuestra investigación. La mutua realizó 65.536 propuestas. El 6,75% de incapacidad permanente. El 15% de ellas con respuesta desfavorable. Siguiendo criterios de inclusión se obtuvieron 84 casos y se detectaron 20 discrepancias, un 23,81%. La alta frecuencia de discrepancias y sus graves consecuencias hacen necesario encontrar vías que minimicen o prevengan los efectos negativos

DISAGREEMENTS IN WORK ABILITY ASSESSMENT OF WORKERS BETWEEN MEDICAL ASSESSMENT UNITS AND PREVENTION SERVICES

Prevention services (PS) and disabilities medical assessment units (DMAU) assess the same workers. The results do not always coincide, causing serious problems. We conducted two searches of jurisprudence and a descriptive study collecting the proposals made by the mutual insurance company to the DMAU in 2010, analyzing disagreements (different assessments between PS and DMAU). The 21% of the sentences found were related to our research. The mutual insurance company made 65,536 proposals: permanent disability: 6.75%; the 15% of them with unfavorable response. Following inclusion criteria there were 84 cases and 20 disagreements were detected, a 23.81%. The high frequency of disagreements and their serious conse-

derivados. Se debería establecer una vía oficial de transmisión de datos entre los SP y las UMV con el fin de homogeneizar la respuesta disminuyendo los efectos adversos de las discrepancias.

Palabras clave: Discrepancia. Aptitud laboral. Valoración de incapacidades. Servicios de prevención.

Introducción

En la práctica diaria de los servicios de prevención (SP) y de las unidades médicas de valoración de incapacidades (UMVI) se evalúan las capacidades laborales de trabajadores que ya lo han sido o van a serlo por alguna de esas dos instancias. La coincidencia de criterios no siempre se da, lo cual provoca no pocos problemas para el trabajador y la empresa, además de la posible responsabilidad que pueda derivarse de los problemas de salud del trabajador que ha continuado expuesto a determinados riesgos y requerimientos de su puesto de trabajo o profesión habitual. Entran en juego conceptos que pueden crear confusión y, a su vez, pueden ser origen de supuestas contradicciones, como el de incapacidad permanente (IP), profesión habitual, puesto de trabajo y aptitud para el mismo.

Así, la situación de *IP* (modalidad contributiva) prevista en la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) es aquella de duración ilimitada en la que se encuentra el trabajador que, tratado médicamente, presenta “reducciones anatómicas o funcionales graves”, susceptibles de determinación objetiva, previsiblemente definitivas, que suponen la disminución o la anulación de la capacidad laboral. No impedirá tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo. Se consideran elementos constitutivos del concepto legal de *IP* los siguientes: a) la alteración grave de la salud; b) determinación objetiva –fijación del diagnóstico–; c) carácter perma-

quences make necessary to find ways to minimize or prevent the secondary adverse effects. It should be established an official channel for data transmission between the PS and the DMAU to homogenize the response decreasing the adverse effects of the disagreements.

Key words: Disagreement. Occupational health. Occupational health services. Disability evaluation.

nente y definitivo de la alteración o previsiblemente definitivo; y d) la incidencia en la capacidad laboral, lo que supone una disminución considerable de la capacidad de ganancia⁽¹⁾.

Según el artículo 137.2 de la LGSS y el artículo 11 de la Orden de Invalidez, la *profesión habitual* en caso de accidente, sea o no de trabajo, será la desempeñada normalmente por el trabajador al tiempo de sufrirlo y, en caso de enfermedad común o profesional, aquella a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante los 12 meses anteriores a la iniciación de la incapacidad temporal (IT)⁽²⁾. El Tribunal Supremo (TS) entiende que la profesión habitual no es esencialmente coincidente con la labor específica que se realice en un determinado puesto de trabajo, pero ha de considerarse relacionada con aquella que el trabajador está cualificado para realizar y a la que la empresa le haya destinado o pueda destinarle en movilidad funcional, sin perjuicio de las limitaciones correspondientes a las existencias de la titulación académica o de pertenencia a un grupo profesional⁽³⁾. Esta jurisprudencia inspira a otra sentencia que afirma que la profesión habitual “permite su ejercicio en empleos o puestos distintos, pero propios del mismo grupo profesional, en el sentido en que lo define el artículo 22.2 del Estatuto de los Trabajadores”⁽⁴⁾. En la Sentencia del STS del 27 de abril de 2005 la cuestión que plantea el recurso de casación para la unificación de doctrina versa sobre la extensión del concepto de “profesión habitual”, que, de acuerdo con los artículos 137 y 139 de la LGSS y concordantes, determina la calificación de la invalidez permanente en

varios de sus grados; no cabiendo identificar, a los efectos de calificación de los grados de la IP, profesión habitual con puesto de trabajo habitual ni con categoría profesional, de acuerdo con la jurisprudencia referida anteriormente.

Por lo tanto, el *puesto de trabajo* se entiende como la labor específica que realiza un trabajador dentro de su profesión habitual, que sería el conjunto de tareas que lleva a cabo en el desarrollo de las labores encomendadas por la empresa en un momento dado y que está sujeto a una serie de riesgos específicos.

Según la Sociedad de Prevención de FREMAP (SPF), el proceso por el que se valora y emite la aptitud del trabajador consiste en conocer si éste se ajusta físicamente al puesto específico, y asegurar que su puesto de trabajo no supone un riesgo para su salud o la de otros trabajadores de la empresa. La aptitud laboral desde el punto de vista médico es la valoración de la relación entre las demandas del trabajo y los riesgos a los que se está expuesto en un puesto de trabajo concreto, y la salud del individuo que lo va a realizar. La aptitud no es un elemento estático, sino que el equilibrio entre salud y enfermedad y entre seguridad y riesgo en el trabajo es como todos los equilibrios: pueden desestabilizarse (“la aptitud laboral no puede definirse en términos absolutos [...] por lo que toda estimación de aptitud está en constante revisión” [J. Bourret. *Enciclopedia OIT*; 1980])⁽⁵⁾. Esta valoración es un requerimiento legal, ya que el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención, a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva⁽⁶⁾. Con el reconocimiento médico (RM), se pretende establecer la aptitud del trabajador para el trabajo, es decir, la relación entre las exigencias del trabajo y las aptitudes de la persona, evaluando además, en el caso de los reconocimientos periódicos, si el trabajo ha producido alteraciones en la salud del trabajador que hayan afectado a su aptitud para el trabajo que realiza⁽⁷⁾.

Para poder establecer esa aptitud, la vigilancia de la salud estará sometida a protocolos específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las comunidades autónomas, oídas las sociedades científicas competentes, y de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad en materia de participación de los agentes sociales, establecerán la periodicidad y los contenidos específicos de cada caso⁽⁸⁾.

Si, como consecuencia de un RM, se detecta la pérdida de la capacidad de un trabajador para desarrollar las tareas de su puesto de trabajo, el artículo 25.1 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, obliga al empresario a garantizar de manera específica la protección de este trabajador, adoptando las medidas preventivas y de protección necesarias. Además, no será empleado en aquellos puestos en los que, a causa de su estado biológico, pueda él, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentre manifiestamente en estado o situación transitoria que no responda a las exigencias psicofísicas de su puesto de trabajo.

La STS de 2-5-90 define: “el concepto de ineptitud se refiere a una inhabilidad o carencia de facultades profesionales que tiene su origen en la persona del trabajador, bien por falta de preparación o de actualización de sus conocimientos, bien por deterioro o pérdida de sus recursos de trabajo –rapidez, percepción, destreza, capacidad de concentración, etc.–”; sin embargo, “la declaración de no invalidez no supone plena aptitud para el desempeño de las tareas que se hacían antes de caer de baja” (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia [STSJ] del País Vasco del 6-5-97, AS 1647), y “puede declararse la resolución del contrato por ineptitud cuando el trabajador, no alcanzando ningún grado de invalidez permanente de los previstos en la Ley General de la Seguridad Social, sin embargo resulta incapaz en la realización de su trabajo ordinario siempre que la enfermedad sea posterior a la fecha de iniciación de su trabajo” (STSJ de Galicia del 15-10-99, AS 2967; STSJ de Cantabria del 27-11-01, AS 2002/223; STSJ

de Canarias Las Palmas del 9-7-96, AS 2536; STSJ de Cataluña del 16-6-03, AS 2606), “siendo por tanto un concepto diferente al de invalidez permanente, situación que por sí misma permite la extinción contractual (ex art. 49.1-e), de forma que puede declararse la resolución del contrato por aquella causa cuando el trabajador no alcanza ningún grado de invalidez permanente y sin embargo resulta incapaz en la realización de su trabajo ordinario siempre que la enfermedad sea posterior a la fecha de iniciación del trabajo” (STSJ de Valencia del 4-10-06, EDJ 415981; STSJ de Cataluña del 31-10-1997, EDJ 11501), si bien “para ello es necesario que esa incapacidad resulte debidamente acreditada, de manera que resulte indubitado que el trabajador no puede realizar su trabajo habitual a pesar de haberse denegado la incapacidad permanente” (STSJ de la Comunidad Valenciana del 16-11-00, EDJ 74086)⁽⁹⁾.

La discrepancia puede parecer a primera vista una contradicción bajo el supuesto de que se están teniendo en cuenta conceptos similares, pero, según el magistrado Enrique Juanes Fraga en su Sentencia 175/2008 del TSJ de Madrid: “Hay que matizar que tal vez habría que rechazar solamente supuestos límite de total coincidencia entre las tareas y dolencias por las que se deniega una incapacidad permanente y las consideradas para justificar la ineptitud. Hipotéticamente, la contradicción podría aparecer si existiera una coincidencia plena entre los dos ámbitos, de manera que tanto las tareas como las dolencias fueran idénticas, y por un lado se denegase la incapacidad y por otro se aceptase la ineptitud. Pero también puede apreciarse la compatibilidad lógica de la inexistencia de incapacidad permanente y la apreciación de la ineptitud extintiva. Esto ocurrirá, al menos, en los siguientes casos: a) cuando ni siquiera se haya instado la declaración de incapacidad permanente; b) cuando se deniegue la incapacidad permanente en consideración a la totalidad de las tareas de la profesión habitual, pero se acredite la ineptitud para el desempeño de las tareas del puesto de trabajo concreto y no sea exigible la asignación a otro puesto compatible con las dolencias; c) cuando las dolencias apreciadas en uno y otro ámbito no coincidan, y se acrediten de cara a

la ineptitud padecimientos no demostrados en el procedimiento de incapacidad permanente; d) cuando se deniega la declaración de incapacidad permanente porque no quedaron acreditadas en el proceso las características relativas a las exigencias de esfuerzo físico de la profesión habitual, y sin embargo en el proceso de despido sí se demuestran esas características (STSJ de Madrid del 5-7-04, recurso 1691/04)⁽⁹⁾.

Objetivos

Tras el planteamiento anterior queremos conocer cuántas situaciones discrepantes han generado un conflicto jurídico y, por otro lado, las diferencias en las valoraciones que se hayan podido dar entre un SP y las UMVI.

Material y métodos

Para la consecución del primer objetivo hemos realizado dos búsquedas en la Base de Datos de los Servicios Jurídicos de Prevención FREMAP Online, una primera búsqueda con las palabras clave *discrepancia*, *alta médica* y *servicio de prevención*, y una segunda búsqueda con las palabras *carta de aptitud* y *alta médica*.

Respecto al segundo objetivo, hemos realizado un estudio descriptivo para el que se han recopilado todas las propuestas que ha realizado la mutua FREMAP durante los meses del 0 al 12 de IT por contingencia común a la UMVI durante el año 2010 a nivel nacional. Las propuestas han sido de 5 tipos: *iniciativa de alta* (al Instituto Nacional de la Seguridad Social [INSS], cuando la UMVI no responde en 15 días a una propuesta de alta), *inicio de IP* (UMVI), *propuesta de alta* (UMVI), *solicitud de informe médico* (UMVI) y *solicitud de pruebas* (UMVI). De todas las propuestas se han investigado las solicitudes de inicio de IP y, dentro de éstas, aquellas en las que no se ha realizado alta por informe-propuesta para inicio de expediente de incapacidad. En función de la respuesta de la UMVI, se han clasificado como: *favorables* (se emite el alta por infor-

me-propuesta y, por lo tanto, se inicia el expediente), *desfavorables* (no se ha emitido el alta por informe-propuesta), *sin respuesta y pendientes de respuesta*.

Hemos considerado *discrepancia* a aquella situación en la que la UMVI no emite alta por informe-propuesta para inicio de expediente de IP, y la SPF ha emitido un informe de aptitud con criterio no apto (NA), no apto temporal (NAT) o apto con limitaciones (AL). Se pueden dar, por tanto, dos situaciones discrepantes y dos concordantes, según sea la secuencia temporal de valoración del trabajador, ya sea visto antes por la SPF o la UMVI.

Las dos situaciones discrepantes son:

A. La UMVI no emite el alta por informe-propuesta; posteriormente se hace el RM en la SPF y el resultado es NA, NAT o AL (*discrepancia de tipo A o DTA*).

B. La SPF realiza un RM con resultado NA, NAT o AL, y la UMVI no emite el alta por informe-propuesta. En este caso, hemos fijado un periodo máximo de 30 meses entre el RM de la SPF y la fecha de resolución, para poder relacionar ambas valoraciones, debido a que el periodo máximo de IT es de 18 meses (incluyendo una posible prórroga) más 12 meses de periodicidad media de los RM de la SPF (*discrepancia de tipo B o DTB*).

Las dos situaciones concordantes son las siguientes:

A. La UMVI no emite el alta por informe-propuesta; posteriormente se hace el RM en la SPF, y el resultado es apto (*concordancia de tipo A o CTA*).

B. La SPF realiza un RM con resultado de apto, y la UMVI no emite el alta por informe-propuesta, con los mismos plazos explicados anteriormente (*concordancia de tipo B o CTB*).

Para seleccionar los casos de estudio se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

a) Tener contratado como SP ajeno (SPA) a la SPF.

b) Haberse realizado el RM dentro de los 30 meses previos a la fecha de la respuesta de la UMVI o hasta marzo de 2011, y cuyo resultado no sea: "sin criterio de aptitud", "incompleto, no valorable" o pendiente de cierre.

En el estudio descriptivo hemos analizado los casos concordantes y discrepantes de forma conjunta y después sólo los discrepantes de forma específica.

En ambos casos se han analizado las siguientes variables: edad, sexo, profesión (CNO-2011), provincia

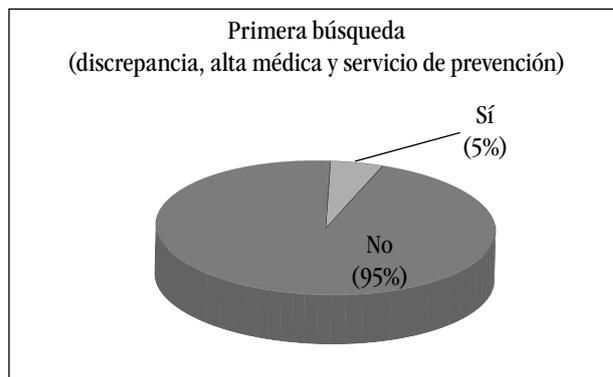


Figura 1. Búsqueda de conflictos jurídicos con las palabra clave *discrepancia, alta médica y servicio de prevención*.

donde se ha realizado la propuesta y tipo de RM realizado. En los casos discrepantes además se han analizado: el tipo de discrepancia, el resultado del RM y el tiempo transcurrido entre el RM y la respuesta (DTB) o viceversa (DTA).

Resultados

• En relación con el primer objetivo:

La búsqueda con las palabras clave *discrepancia, alta médica y servicio de prevención* ha generado 87 sentencias de jurisdicción social de todos los órganos y provincias; 4 (5%) de estas sentencias estaban relacionadas con el objeto de nuestra investigación; las 83 restantes no tenían relación alguna (Figura 1).

La búsqueda con las palabras clave *carta de aptitud y alta médica* ha generado 707 sentencias, de las cuales hemos elegido al azar 30 y, de éstas, 7 estaban relacionadas con el objeto de nuestra investigación. Extrapolando los resultados, podemos considerar que 165 (23%) están relacionadas (Figuras 2 y 3).

En todas las sentencias analizadas las discrepancias lo eran con las resoluciones del INSS.

• En relación con el segundo objetivo:

La mutua FREMAP ha realizado 65.536 propuestas a la UMVI en 2010 a nivel nacional. De ellas, 4.426 (6,75%) son propuestas inicio de IP, de las que 1.413 (el 31,93% de las propuestas) han sido favorables y 664 (el 15%) son desfavorables, es decir, la

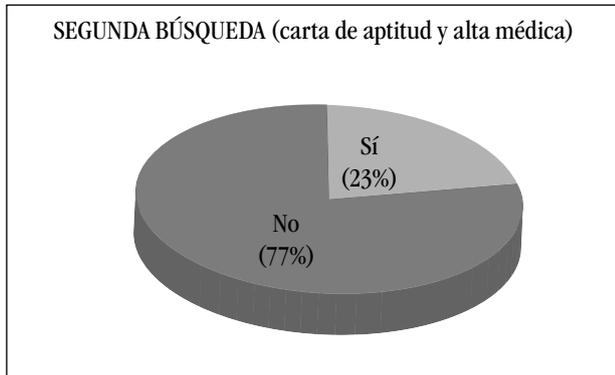


Figura 2. Búsqueda de conflictos jurídicos con las palabras clave *carta de aptitud y alta médica*.

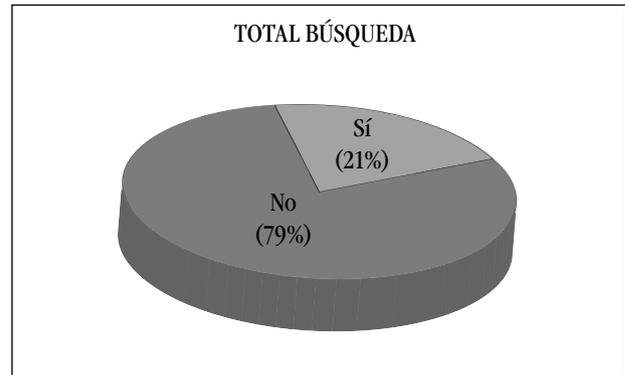


Figura 3. Total de la búsqueda de conflictos jurídicos.

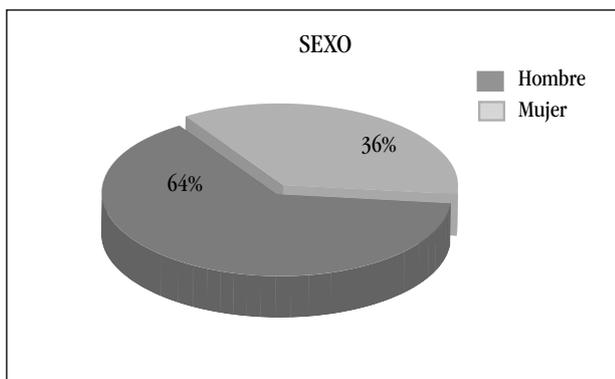


Figura 4. Distribución por sexo del análisis conjunto.

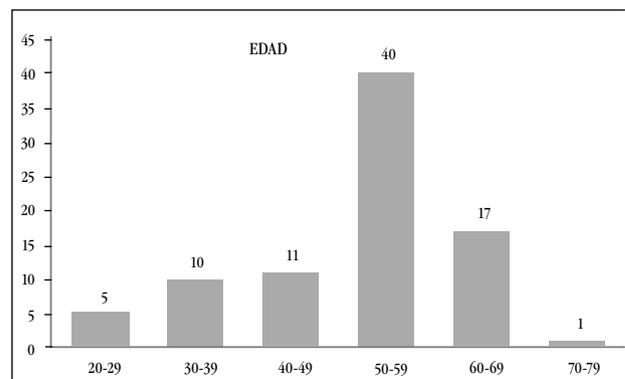


Figura 5. Distribución etaria del análisis conjunto.

UMVI no emite el alta por informe-propuesta (no se han tenido en cuenta las “pendientes de respuesta” o “sin respuesta”). De estas 664 se han revisado cuáles tenían como SPA la SPF y en cuáles se realizaron RM, quedando en 132 (19,88%). De estas 132 se descartaron 48 por superar el límite máximo de 30 meses entre el RM de la SPF y la respuesta de la UMVI, quedando, por tanto, 84 casos en los que se cumplían los criterios de inclusión definidos previamente. En este grupo es en el que estudiamos las discrepancias. De los 84 casos se han detectado 20 discrepancias, un 23,81%.

En el análisis conjunto se han obtenido los siguientes resultados: el 64% de los casos fueron hombres (Figura 4); la edad media fue de 51,21 años, con una desviación estándar de 10,72 y moda de 52 (Figura 5); la profesión más frecuente fue “asisten-

tes de dirección y administrativos” (CNO 3613), seguida de “personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros establecimientos similares” (CNO 921) y “dependientes en tiendas y almacenes” (CNO 52) (Figura 6). Las provincias con más número de casos han sido Ávila, A Coruña y Jaén (Figura 7). Los tipos de RM siguieron las siguientes proporciones: periódico: 86%; inicial: 6%; retorno al trabajo: 4%; cambio de puesto: 3%; y periódico especial: 1% (Figura 8).

En el análisis específico de las discrepancias los resultados han sido los siguientes: en cuanto al sexo, el 65% fueron hombres (Figura 9), la edad media fue de 52,6 años, con una desviación estándar de 7,90 y moda de 44 (Figura 10); la profesión más frecuente fue “personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros establecimientos similares” (CNO 921). La



Figura 6. Frecuencia de profesiones encontradas en el análisis conjunto según CNO-2011.

provincia con un mayor número de casos ha sido Pontevedra, seguida de Jaén, Málaga, Asturias, Las Palmas y Valencia (Figura 11). Los tipos de RM siguieron las siguientes proporciones: periódico: 75%; retorno al trabajo: 10%; cambio de puesto: 10%; e inicial: 5% (Figura 12). Las discrepancias se divi-

den, como hemos indicado, en A y B, siendo el 25% DTA (Figura 13). Las aptitudes de los RM fueron un 70% de AL, un 25% de NAT y un 5% de NA (Figura 14). El tiempo transcurrido entre el RM y la respuesta o viceversa fue en un 45% de entre 6 y 10 meses (Figura 15).

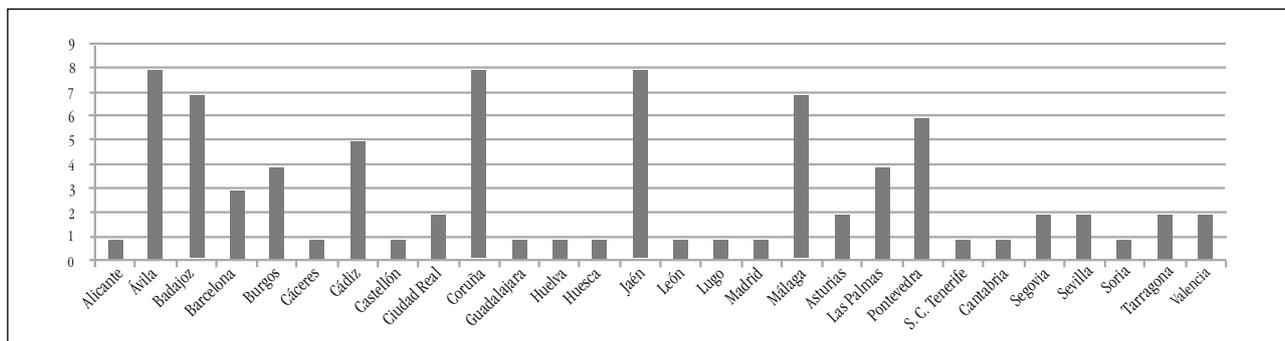


Figura 7. Frecuencia de provincias encontradas en el análisis conjunto.

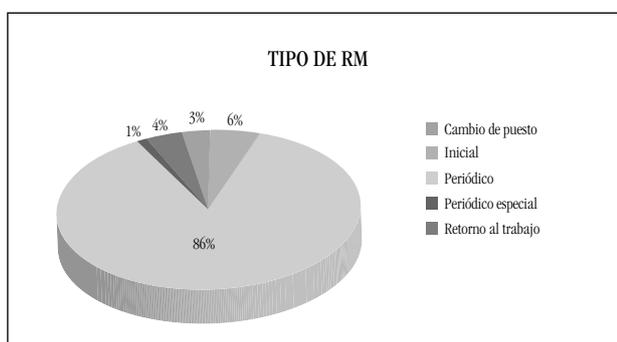


Figura 8. Distribución de los tipos de reconocimiento médico en el análisis conjunto.

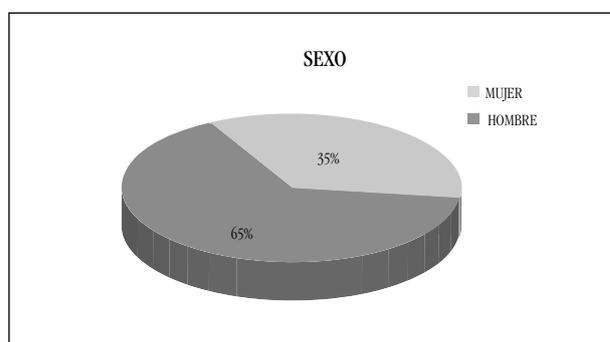


Figura 9. Distribución por sexo del análisis de las discrepancias.

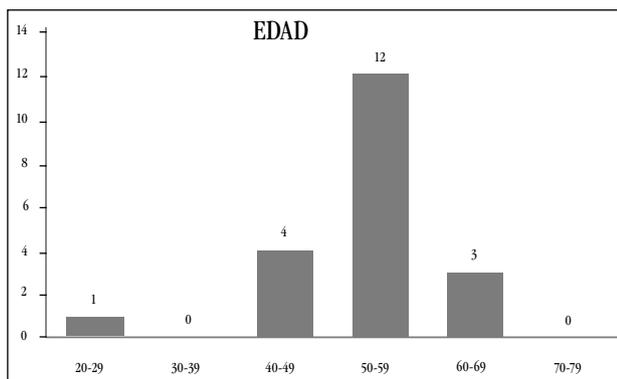


Figura 10. Distribución etaria del análisis de las discrepancias.

Discusión

Al objeto de confrontar nuestros datos con la bibliografía existente, hemos realizado una búsqueda usando las bases de datos BVS, LILACS, SciELO, MedLine (2008-2011) y OSH.Cochrane. Si bien hay abundantes estudios en los que se trata la aptitud laboral en

múltiples aspectos, no hemos encontrado ninguno que relacione la aptitud laboral que emite el SP con la IP. Hemos encontrado un artículo que hace una revisión bibliográfica de la capacidad para el trabajo, en la cual tampoco se pone en relación la aptitud para trabajar con la IP⁽¹⁰⁾.

Los contenidos de la mayoría de las sentencias que hemos encontrado relacionadas con nuestro trabajo tienen como objeto el despido del trabajador por ineptitud sobrenvenida, resolviéndose en algunos casos como procedente y en otros como improcedente. No hemos encontrado ninguna que trate sobre la responsabilidad ya sea de las unidades médicas del equipo de valoración de incapacidades (UMEVI) del INSS como de las UMVI o de los SP.

El hecho de que en las sentencias por discrepancias analizadas los conflictos hayan sido en todos los casos con el INSS y no se mencionen las UMVI sesga en cierto modo la fundamentación jurídica del estudio.

Tal como hemos visto en las sentencias analizadas, la mayoría de los casos discrepantes han conllevado

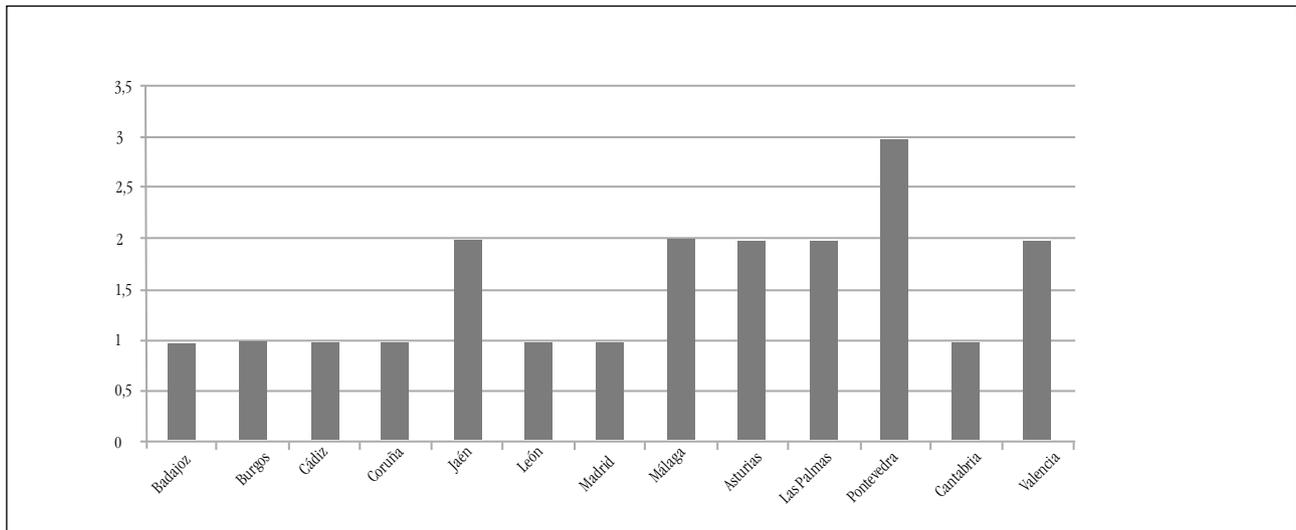


Figura 11. Frecuencia de provincias encontradas en el análisis de las discrepancias.

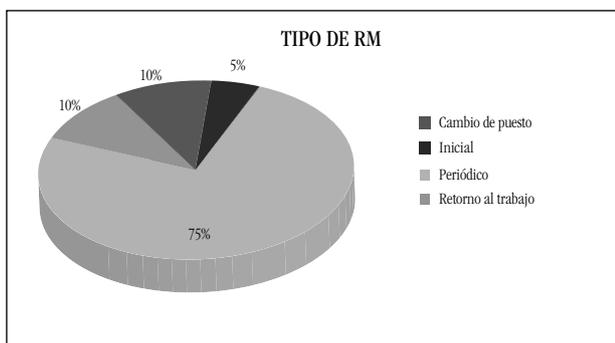


Figura 12. Distribución de los tipos de reconocimiento médico en el análisis de las discrepancias.

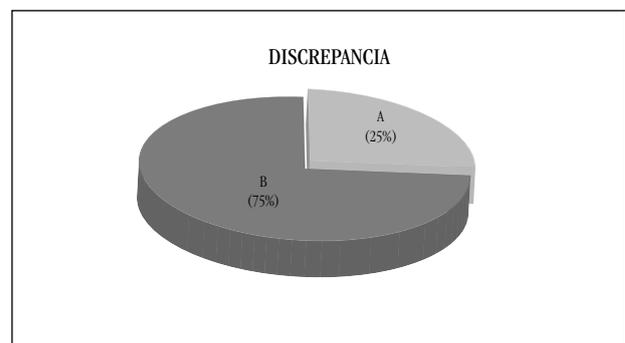


Figura 13. Distribución del tipo de discrepancia (A y B).

graves consecuencias para el trabajador (posible despido por ineptitud sobrevenida, menoscabo sociolaboral, etc.) y/o para la empresa (necesidad de realizar modificaciones en la organización del trabajo, cambios de puesto, etc.). En nuestro estudio los casos discrepantes han supuesto un 23,81%, lo cual podría implicar una considerable variabilidad de los criterios de valoración. La alta frecuencia de los casos y sus graves consecuencias hacen perentorio encontrar vías que minimicen o prevengan estos efectos negativos.

El carácter dinámico del estado de salud de los trabajadores, y por tanto de su aptitud laboral, junto con el hecho de que en el 60% de los casos discrepantes haya existido una diferencia temporal entre las valoraciones

de 6 a 15 meses, podría explicar en algunas situaciones la variabilidad en las evaluaciones, independientemente de los criterios seguidos en cada una de ellas, aunque, por otro lado, esa variabilidad indicaría el carácter no previsiblemente definitivo de las reducciones anatómicas o funcionales, lo cual abogaría por el no reconocimiento de incapacidades permanentes.

Es llamativo un caso de los discrepantes en el que se realizó un RM en la SPF de tipo inicial cuyo resultado fue de AL, y la mutua propuso el inicio de una IP, lo que sugiere que posiblemente existía una reducción funcional o anatómica previa a la contratación. Esta situación apunta diferencias entre la percepción que tiene el trabajador de su capacidad laboral y la valoración que el médico realiza de la misma⁽¹¹⁾.

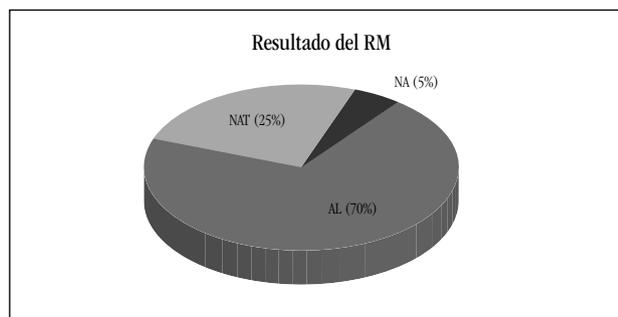


Figura 14. Resultados de los reconocimientos médicos en términos de aptitud en las discrepancias. AL: apto con limitaciones; NA: no apto; NAT: no apto temporal.

El estudio descriptivo se ha basado únicamente en situaciones de IT derivada de contingencias comunes que fueron remitidas por la mutua a la UMVI, no teniendo en cuenta las contingencias profesionales, ni las otras vías por las que se puede iniciar un expediente de IP por parte del INSS, como son por propia iniciativa del trabajador, a propuesta del médico de familia u otro especialista, de oficio, etc. Todo ello ha limitado la muestra que hemos analizado y sugiere la conveniencia de ampliar el estudio, incluyendo las resoluciones del INSS.

Como conclusión final, cabe proponer a la administración que se cree una vía oficial de transmisión de datos en ambos sentidos entre los SP y las UMEVI/UMVI, con el fin de que los médicos de éstas puedan tener acceso a las cartas de aptitud emitidas en los SP y evaluaciones de riesgos de los puestos de trabajo concretos y, a su vez, los médicos de los SP tengan acceso a los informes de síntesis y evaluaciones de las unidades de valoración, incluso obligando a dicha comunicación, no dejando en manos del trabajador la decisión de qué documentos aportar. Con ello se pretende homogeneizar, en lo posible, la respuesta que se le da al trabajador y a la empresa que lo emplea, intentando paliar los efectos negativos y/o la desprotección en que pueda quedar el trabajador. De hecho, ya existe indicación legal que evidencia la necesidad de cooperación y colaboración ya que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, y en el

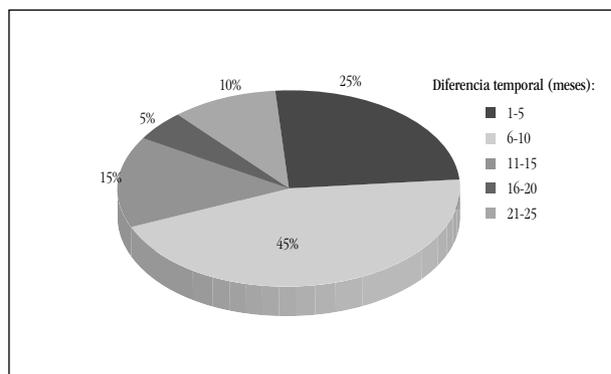


Figura 15. Diferencia en meses entre el reconocimiento médico y la repuesta de la unidad médica de valoración de incapacidades y viceversa.

artículo 21 de la Ley 14/1986, General de Sanidad, el SP colaborará con los servicios de atención primaria de salud y de asistencia sanitaria especializada para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades relacionadas con el trabajo, y con las Administraciones sanitarias competentes, en la actividad de salud laboral que se planifique, siendo las unidades responsables de salud pública del Área de Salud, que define la Ley General de Sanidad, las competentes para la coordinación entre los SP que actúen en esa área y el sistema sanitario. Esta coordinación será desarrollada por las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias⁽¹²⁾.

Bibliografía

1. Rodríguez Izquierdo R. Concepto de incapacidad permanente en la LGSS. Concepto jurídico y grados de incapacidad permanente. En: Rivas Vallejo MP (ed.). Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. 2.ª ed. Navarra. Cizur Menor: Editorial Aranzadi; 2008. p. 87-9.
2. Rodríguez Izquierdo R. Concepto de profesión habitual y profesiograma laboral. Concepto jurídico y grados de incapacidad permanente. En: Rivas Vallejo MP (ed.). Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. 2.ª ed. Navarra. Cizur Menor: Editorial Aranzadi; 2008. p. 123-4.
3. STS de 17 de enero de 1989.
4. STS de 12 de febrero de 2003.

5. Laborde A. Algunas reflexiones sobre el examen de aptitud laboral. Disponible en: www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias86/aptlabor.htm (7 de junio de 2011).
6. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (artículo 25).
7. Monografías Sanitarias Serie A, n.º 32. Reconocimientos médicos preventivos para trabajadores. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 1998. p. 30.
8. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (artículo 37).
9. STSJ de Madrid 175/2008.
10. Martínez MC, Dias de Oliveira Latorre MR, Marina Fischer F. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciencia & Saúde Colectiva* 2010; 15 (Supl 1): 1553-61.
11. Jennison EA, Parker JE. The occupational and environmental history and examination. En: Rom WN (ed.). *Environmental & Occupational Medicine*. 3.ª ed. Nueva York: Lippincott-Raven; 1998. p. 36.
12. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (artículo 38).

Análisis de las lesiones por accidente de trabajo en el sector de la construcción de la isla de Mallorca (2006-2008)

Eliezer Ramírez Santana

Residente de 4.º año en Medicina del Trabajo. Mutua Balear.
Palma de Mallorca (Balears)

Correspondencia:

Eliezer Ramírez Santana

c/ Obispo Campins, 4. 07012 Palma de Mallorca (Balears)

Correo electrónico: eliezer.ramirez.s@gmail.com

Fecha de recepción: 27/09/11

Fecha de aceptación: 04/11/11

Premio a la mejor comunicación oral de la sección de residentes en medicina y enfermería del trabajo en el VIII Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo (Valladolid, 2011)

Objetivos: Identificar los mecanismos específicos de las lesiones por accidente de trabajo (LAT) leves en la construcción en Mallorca, así como los diferentes diagnósticos registrados.

Métodos: El total de LAT leves con baja laboral en Mallorca fue de 50.939 durante el periodo 2006-2008, siendo analizados los ocurridos en el sector de la construcción (8.559).

Resultados: El mecanismo de producción más específico de LAT en la construcción fue el choque contra objetos móviles (OR = 7,4; IC 95%: 1,03-76,64). En cambio, el diagnóstico más específico serían las heridas (OR = 11,5; IC 95%: 1,04-123,67).

Conclusiones: Las actividades orientadas a prevenir las LAT leves en la construcción en Mallorca deben tener en cuenta especialmente los choques contra objetos móviles y las heridas.

ANALYSIS OF OCCUPATIONAL INJURIES IN THE CONSTRUCTION INDUSTRY IN MALLORCA (2006-2008)

Objectives: To identify the specific mechanisms of minor occupational injuries in the construction sector in Mallorca, as well as the specific diagnosis.

Methods: The total minor occupational injuries with workdays lost in Mallorca was 50 939 during the period 2006-2008. From these, injuries in construction industry were analyzed (8559).

Results: The mechanism with the highest risk of minor occupational lesions in construction workers was being struck by objects (OR = 7.4; CI 95%, 1.03-76.64). On the other hand, the most specific diagnosis was wounds (OR = 11.5; CI 95%, 1.04-123.67).

Conclusions: Activities aimed at preventing minor occupational injuries in the construction sector in Mallorca should be orientated towards these mechanism and diagnosis, especially being struck by objects and wounds.

Palabras clave: Mecanismo de producción. Construcción. Lesiones por accidente de trabajo.

Key words: Occupational injuries. Mechanisms. Construction industry.

Introducción

Las lesiones por accidente de trabajo (LAT) siguen siendo uno de los principales problemas al que se enfrenta la sociedad española en el terreno de la salud laboral⁽¹⁾. En España, se han movilizado importantes recursos⁽²⁾, sin que apenas existan estudios que permitan valorar el impacto que estas actividades han tenido en términos de reducción de la incidencia de las LAT. Tras la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), se han puesto en marcha medidas, tanto financieras como humanas, para reducir la incidencia de las LAT. Sin embargo, poco sabemos del impacto que esas políticas e intervenciones han podido tener sobre la incidencia de las LAT⁽³⁾.

Loomis⁽⁴⁾ nos propone una doble tendencia hipotética, en cuanto al descenso de la incidencia de las LAT. Por un lado, se ha producido un cambio profundo en la estructura productiva y, por otro, se ha realizado un esfuerzo preventivo en las empresas y las administraciones. La mayoría de los países desarrollados han experimentado un cambio significativo en sus estructuras productivas, disminuyendo la población ocupada en el sector primario y secundario y aumentando significativamente las actividades del sector servicios, donde el riesgo de las LAT mortales es menor. Los cambios normativos, junto con los recursos necesarios para hacerlos efectivos (p. ej., un incremento de las actividades de inspección), apoyarían la segunda de estas hipótesis.

Alrededor de 1.500.000 personas trabajan como asalariadas en el sector de la construcción en España, lo que representa aproximadamente el 10% del total de la población asalariada y el 7,3% del producto interior bruto⁽⁵⁾. Al mismo tiempo, la construcción es el sector que registra mayor número de LAT con baja en jornada (excluidos los *in itinere*): 239.244 casos, lo que representó el 25,6% de todos los ocurridos en el año 2000. El 98,5% de ellos fueron clasificados como leves, los cuales presentaron una duración media de la incapaci-

dad de aproximadamente 21 días, lo que supuso casi 5.000.000 de días perdidos en ese mismo año, frente a los casi 300.000 días perdidos por las LAT graves⁽⁶⁾.

El estudio epidemiológico de las LAT es básico para orientar las acciones preventivas, y su fin debe ser evitar la repetición del accidente y sus consecuencias. Por tanto, realizamos este estudio como una aproximación a la realidad de las LAT en el sector de la construcción en la población trabajadora de Mallorca, considerando como hipótesis del mismo la probabilidad de que ocurran LAT por un determinado mecanismo de producción en el sector de la construcción; siendo este como factor de exposición.

El objetivo principal será analizar las LAT leves que causaron baja en la construcción en el periodo 2006-2008 en la isla de Mallorca, así como, de manera específica, estimar la prevalencia de LAT leves que causaron baja en el sector de la construcción, certificada por médicos del servicio de accidentes de trabajo de una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) en Mallorca entre los años 2006 y 2008, haciendo hincapié en el tipo de lesión así como en características de la baja laboral como son la duración de la misma y la causa del alta; establecer la posible asociación entre los mecanismos de producción y los diagnósticos de dichas lesiones con los trabajadores de la construcción; identificando los mecanismos de producción así como los diagnósticos más específicos para este sector.

Material y métodos

Planteamos un estudio longitudinal de tipo retrospectivo (casos y controles con base poblacional) referido a una población de trabajadores que sufren una LAT leve con baja laboral y son atendidos en una MATEPSS en la isla de Mallorca.

El ámbito de estudio fue la isla de Mallorca, que, según el padrón de 2008, contaba con una población de

851.118 habitantes⁽⁷⁾, de los que tienen una cobertura en MATEPSS N.º 183, Mutua Balear, 213.233 trabajadores en 2008 (cuota de mercado del 50,93% frente a otras mutuas e instituciones protectoras de los trabajadores)⁽⁸⁾. La población de estudio fue la población activa (16-71 años) protegida por dicha MATEPSS entre los años 2006-2008 y que sufre una LAT con baja laboral (n = 50.939 trabajadores). Los trabajadores de la construcción (Clasificación Nacional Actividad Económica 452) fueron considerados a efectos de este estudio como trabajadores expuestos, es decir, el 16,80% (n = 8.559), y los trabajadores del sector financiero (CNAE 651, 652, 660, 671 y 672), como referente (no expuestos), es decir, el 0,22% (n = 110), asumiendo sus presumibles mejores condiciones de trabajo respecto a la construcción. Los criterios de inclusión en cuanto a los casos objeto de estudio correspondieron a trabajadores que presentaron LAT traumáticas con baja de carácter leve notificadas en el sector de la construcción durante los años 2006, 2007 y 2008. En cuanto al criterio de inclusión para los controles lo fue la LAT leve

producida por una afección no traumática (p. ej., patología cardíaca), asumiendo que estos mecanismos no están relacionadas con las condiciones de trabajo de la construcción. Se considerará como criterios de exclusión los accidentes *in itinere* y las “recaídas”, es decir, nueva baja laboral por reagudización de la misma LAT (Figura 1).

Los datos procedían del parte médico de baja emitido en el servicio de urgencias de la mutua. Se procesó toda la información en una base de datos que se elaboró específicamente para los trabajadores. Posteriormente se realizó el tratamiento estadístico de la información procesada. Los paquetes informáticos utilizados fueron EXCEL y SPSS 17.0 para Windows.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables recogidas, hallando las frecuencias absolutas para las variables cualitativas categóricas y estimación puntual e intervalo de confianza (IC) al 95% de seguridad de medias para las variables cuantitativas. Posteriormente se efectuaron las comparaciones correspondientes entre los datos obtenidos en el grupo de la construcción y los datos de los trabajadores del grupo de finanzas. Para ello, tomando como variables dependientes los mecanismos de producción y los diagnósticos, se realizó un análisis bivalente mediante pruebas de la χ^2 para tablas de contingencia para las variables categóricas. Se estimaron las *odds ratio* (OR), que se aproximan a la razón de tasas si la probabilidad de LAT por afectación no traumática es independiente de las actividades económicas que se comparan⁽⁹⁾. De la misma manera se calcula y valora cuál de los diagnósticos era más específico de la construcción. Para ello, se comparó el número de LAT leves clasificadas por cada uno de los diagnósticos (lesiones de origen traumático),

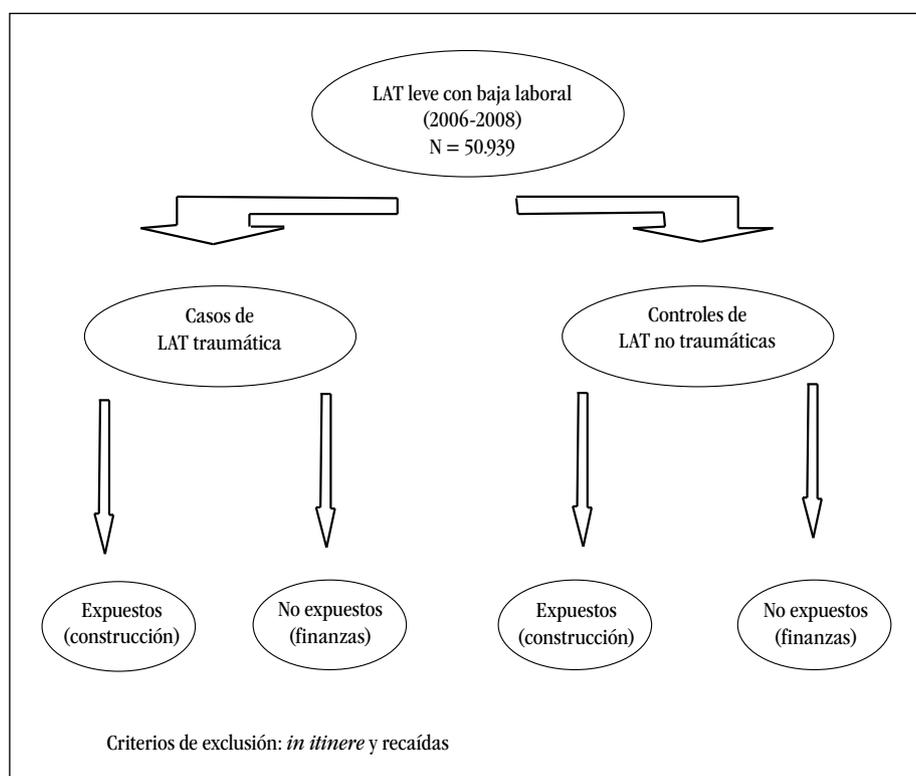


Figura 1

respecto al número de LAT leves con diagnóstico no traumático en la construcción con el mismo cociente en las finanzas.

Por último, se realizó un análisis multivariante mediante modelos de regresión logística no condicional, con objeto de determinar las principales variables asociadas a las variables dependientes: mecanismos de producción y diagnósticos, controlando posibles factores de confusión, como la edad (16-19, 20-24, 25-34, 35-44, 45-54 y más de 54 años) y modificadores del efecto.

En el apartado de resultados reflejaremos sólo los resultados significativos ($p < 0,05$).

Resultados

Existe un claro predominio del sexo masculino en el sector de la construcción (99,04%). En cambio, en el grupo control de finanzas, la distribución se inclina hacia las mujeres (63,64%). En la muestra estudiada, la franja de edad de los accidentados en la construcción se situó de los 25 a los 34 años, coincidiendo con el grupo de las finanzas, siendo la media de 36,67 (desviación típica [DT] = 10,98; IC 95% = 36,4376-36,9024) años en el primer sector y de 36,94 (DT = 9,81; IC 95% = 35,1071-38,7730) años en el segundo.

En cuanto a las características de la baja laboral, podemos asegurar que en la construcción el 90,85% de los accidentados se sitúa en la franja de 1 a 50 días perdidos, con una media de unos 21,57 (DT = 41,79; IC 95% = 20,6847-22,4553) días perdidos, siendo en el sector de las finanzas de un 83,64% en la misma franja, con una media de días perdidos de 35,62 (DT = 61,12; IC 95% = 24,1977-47,0423). Por otro lado, las causas del alta se distribuyeron de manera que el alta por curación fue en la construcción de un 79,32% y en las finanzas de un 52,73%, siendo la segunda causa el alta por mejoría (un 19,04% en la construcción y un 44,55% en las finanzas) (Figura 2).

Entre los mecanismos de las LAT leves en la construcción, el más frecuente fue el sobreesfuerzo (26,14%), seguido de los golpes contra objetos o herramientas (18,32%). En las finanzas y seguros, el mecanismo más

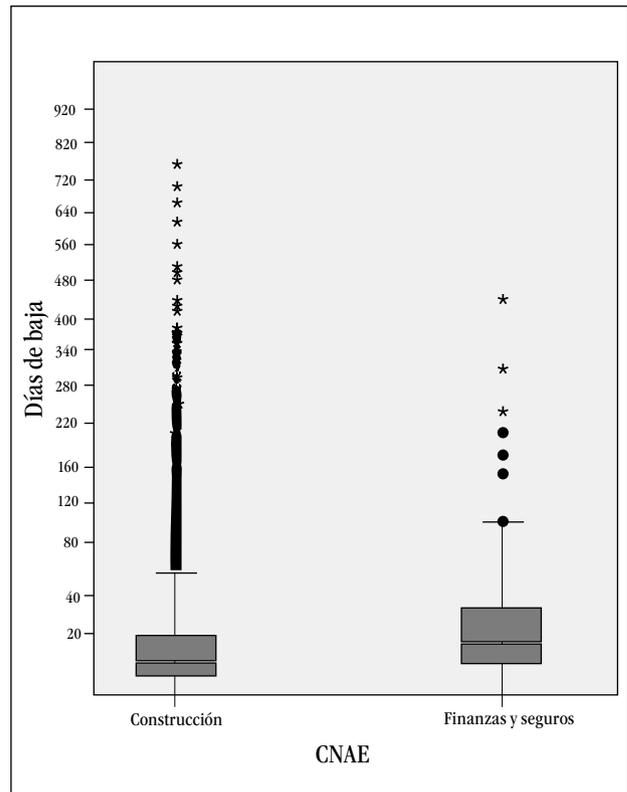


Figura 2. Distribución de las lesiones según los días de baja.

frecuente fueron los sobreesfuerzos (41,82%), seguido por los golpes contra vehículos y atropellos (18,18%) (Figura 3).

Por otro lado, se diagnosticaron mayoritariamente en el sector de la construcción los esguinces y las torceduras (28,62%); en segundo lugar, las contusiones (20,33%), y en tercer lugar, las heridas (10,98%). Por el contrario, en el sector de las finanzas se detectó, en primer lugar, dolor de espalda (30,00%); en segundo lugar, los esguinces y las torceduras (29,09%), y en tercer lugar, las contusiones (16,36%) (Figura 4).

Al realizar análisis bivariante para ver si existe asociación estadística entre cada uno de los mecanismos de producción y el sector de la construcción, únicamente hemos encontrado asociación entre los choques contra objetos móviles y ser trabajador de la construcción ($p = 0,01$). Al comparar la probabilidad de tener una LAT leve en la construcción con la probabilidad de tenerla en las finanzas y los seguros, observamos que los choques contra objetos móviles (OR = 9,2; IC

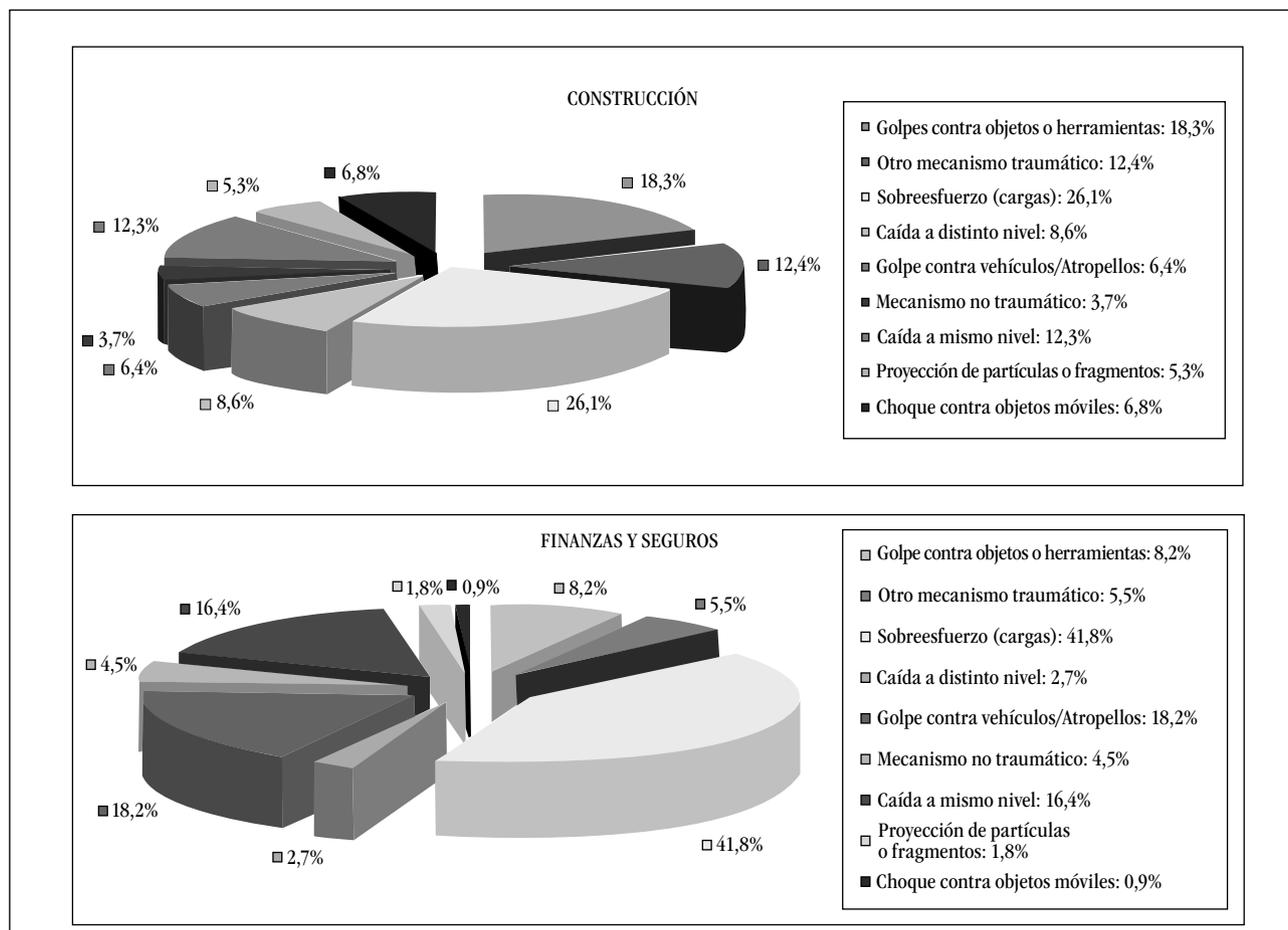


Figura 3. Distribución de lesiones por mecanismos.

95%: 1,08-79,45) presentan una mayor probabilidad en la construcción que en los seguros y finanzas, incluso cuando ajustamos por edad y sexo (OR = 7,4; IC 95%: 1,03-76,64).

Una vez realizado el análisis bivalente para los diferentes diagnósticos de LAT leve, observamos las siguientes asociaciones estadísticamente significativas con el sector de la construcción: las heridas ($p = 0,034$), la patología traumática ocular ($p = 0,028$) y las artralgias ($p = 0,031$). Cuando se calculó la OR cruda para dichos diagnósticos de LAT leve, observamos que presentan una mayor probabilidad de ser diagnosticadas en la construcción que en el sector de seguros y finanzas. Por tanto, para los trabajadores de la construcción, el primer lugar lo ocuparon las heridas (OR = 26,7; IC 95%: 2,90-240,29); el segundo, la patología ocular traumática (OR = 13,19; IC 95%: 1,46-118,87); y el

tercero, las artralgias (OR = 9,6; IC 95%: 1,06- 86,29). Al ajustar por edad y sexo, el orden sería el siguiente: las heridas (OR = 11,5; IC 95%: 1,04-123,67), la patología ocular traumática (OR = 5,68; IC 95%: 1,87-96,35) y las artralgias (OR = 4,13; IC 95%: 1,06-69,92).

Discusión

La metodología de estudio de nuestra investigación, el estudio de casos y controles, ha permitido aproximar la realidad de un problema habitual en la investigación cuantitativa de las LAT en España⁽¹⁰⁾ con la que poder comparar el número de LAT por actividades.

En primer lugar, destaca que, en las distribuciones por edad, se confirma una mayor incidencia en el grupo de edad de menores de 35 años⁽¹¹⁾.

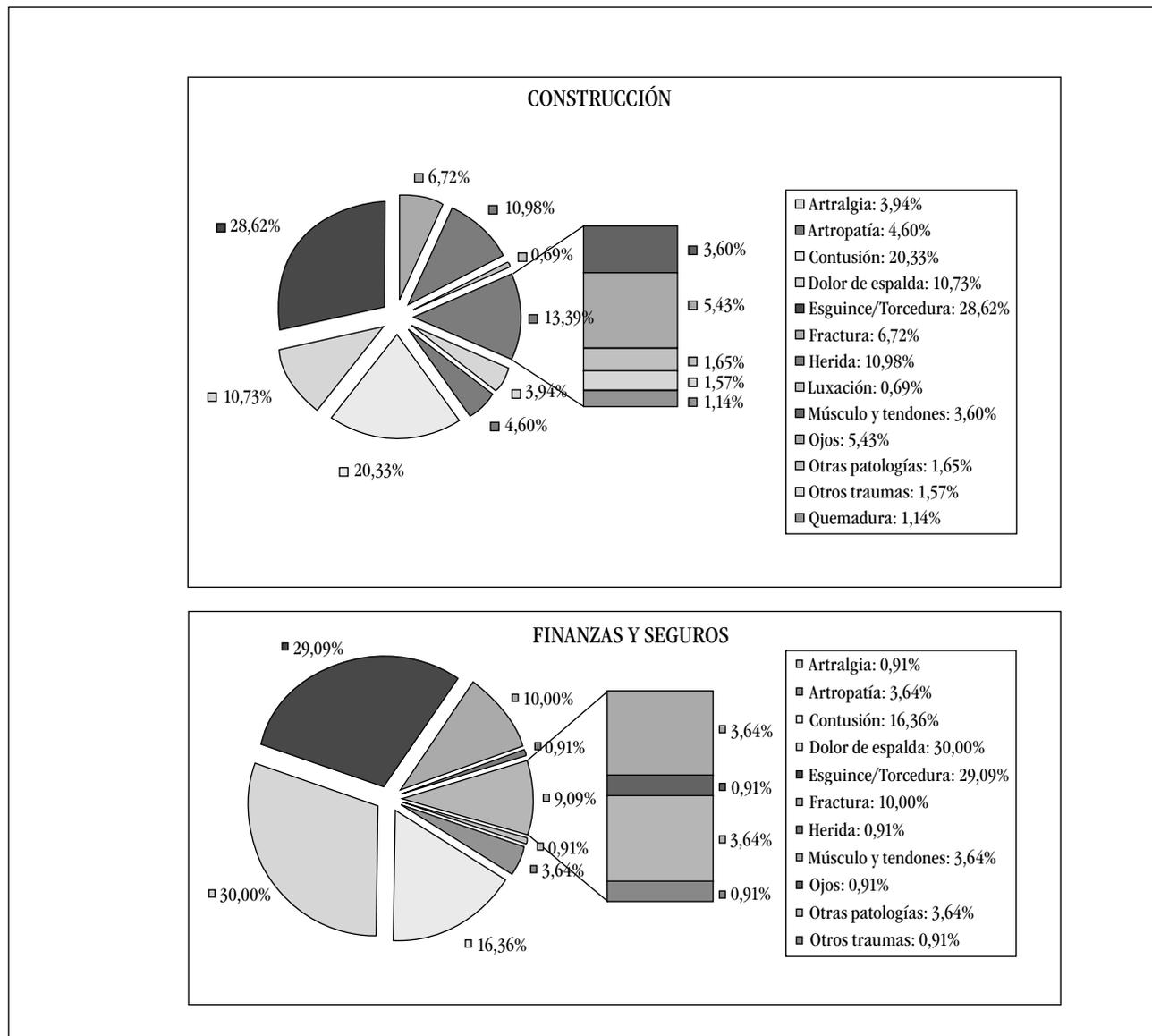


Figura 4. Distribución de lesiones por diagnósticos.

De manera descriptiva, hemos podido aseverar que la media de días de baja laboral es similar en nuestra muestra a la de otros informes realizados, como el del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) de 2009⁽¹²⁾, en el que se afirma que esta media es de unos 22,45 días en el sector de la construcción, muy similar a la nuestra. Por otro lado, según M. López⁽¹³⁾, entre las comunidades autónomas que tienen mayor riesgo de manera consistente para este tipo de LAT en la construcción se encuentra Baleares, que se sitúa en el segundo tercil para las LAT provo-

cadas por mecanismos mecánicos y que provocaron más de 15 días de baja, para los periodos 1994-1995 y 2000-2004; sin embargo, para los sobreesfuerzos, durante estos periodos, Baleares se sitúa a la cabeza, junto con Cataluña, en el primer tercil de LAT que provocan más de 15 días de bajas en el sector de la construcción.

En estudios sobre duración de la baja, se ha observado que el tiempo medio de la duración de las LAT leves fue de 23 días, lo que parece excesivo para una lesión valorada, *a priori*, como leve^(14,15). Por consiguiente,

una estrategia para medir la gravedad de la lesión puede consistir en considerar la duración de la baja⁽¹⁶⁾.

Gracias a nuestra investigación, podemos afirmar que en la construcción el primer mecanismo productor de LAT leves son los sobreesfuerzos. Este resultado se ve reforzado al observar que en otros estudios –como, por ejemplo, el informe sobre el sector de la construcción (2003-2007) realizado por el INSHT citado anteriormente– se confirma este mecanismo de producción como el primero. En cambio, el único mecanismo que para nuestro estudio demostró una asociación estadísticamente significativa entre mecanismo y actividad económica fueron los choques contra objetos móviles. Dicho mecanismo es recogido como uno de los específicos para LAT leves en la construcción, según el estudio de Benavides⁽¹⁷⁾ en que se analizan los diferentes mecanismos de producción para este tipo de lesiones.

Por otro lado, conforme los diagnósticos principales en la construcción de nuestra muestra fueron los esguinces y las torceduras, en el informe citado anteriormente del INSHT destacan como primer grupo diagnóstico las heridas y lesiones superficiales, quedando relegado a un segundo lugar las torceduras y los esguinces. Sin embargo, resalta el que exista asociación estadísticamente significativa y, en consecuencia, se traduzca que los diagnósticos más específicos para el sector de la construcción sean las heridas, seguidas de la patología ocular traumática y las artralgias.

En este sentido, en el estudio realizado por la agencia de estadísticas de la Unión Europea (EUROSTAT) en 2009⁽¹⁸⁾, en primer lugar se destacarían las heridas, seguidas en segundo lugar por las afecciones oculares, aunque son términos absolutos y no relativos a ningún sector económico.

La multicausalidad es un fenómeno evidente al analizar los factores implicados en la siniestralidad laboral, pero es preciso conocer la contribución relativa de dichos factores a la cadena causal para poder establecer políticas preventivas eficaces. Así, el factor predominante en la forma de accidentarse puede considerarse la actividad económica, con sus consiguientes factores de riesgo. Estas formas de lesión caracterizadas en función de la actividad económica permiten considerar a ésta como factor predominante en la siniestralidad laboral

y orientan en el diseño de estrategias de prevención acordes con los riesgos característicos de cada colectivo⁽¹⁹⁾. La agencia EUROSTAT nos indica una serie de medidas que pueden ser implementadas en el campo de la prevención de las LAT. Esto debe estar apoyado por un análisis de las principales causas y circunstancias que encabezan la siniestralidad laboral. Además, afirma que el empresario debe conocer de forma detallada dicho análisis, con el fin de adoptar las medidas preventivas más apropiadas, e incluso aconseja que se prioricen, en función de dicho análisis, las medidas según el sector de actividad y el riesgo.

Por último, en una revisión de van der Molen *et al.*⁽²⁰⁾ se concluye que no se han hallado pruebas acerca de la efectividad de los reglamentos a la hora de prevenir las lesiones leves en la industria de la construcción. Parece haber una necesidad de estrategias adicionales para maximizar el cumplimiento –por parte de los empresarios y los trabajadores– de las medidas de seguridad prescritas a través de reglamentos. Por tanto, para intentar influir en la cultura de la seguridad y en el cumplimiento de la implementación de medidas de seguridad en los ambientes de trabajo de los obreros de la construcción parecen importantes las intervenciones multifacéticas. Aun así, se concluye que en la industria de la construcción se requieren más estudios para establecer los efectos de diversas intervenciones de seguridad sobre la implantación de medidas de seguridad frente a las LAT leves.

Conclusiones

1. Dentro de los mecanismos de producción de LAT leves estudiados, en el sector de la construcción, predominan los sobreesfuerzos (primer mecanismo productor), seguidos de los golpes contra objetos o herramientas.
2. En cuanto a los diagnósticos de LAT leves estudiados, predominan los esguinces y las torceduras (principal grupo diagnóstico).
3. Existe asociación estadísticamente significativa entre la construcción y el mecanismo de producción, así como entre la construcción y el choque contra objetos

móviles, tanto de manera cruda como ajustando dicha asociación por edad y sexo.

4. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la construcción y los diagnósticos en el periodo del estudio, en primer lugar, para las heridas; en segundo lugar, para la patología ocular traumática y, en tercer lugar, para las artroalgias, tanto de manera cruda como ajustando dicha asociación por edad y sexo.

Agradecimientos

A la Dra. M. Dolores Lizarbe Iranzo, tutora de MIR en la Mutua Balear.

Bibliografía

- Informe sobre riesgos laborales y su prevención. La seguridad y la salud en el trabajo en España. Madrid: Ministerio de la Presidencia; 2001.
- Durán F, Benavides FG. Informe de Salud Laboral. España, 2004. Barcelona: Atelier; 2005.
- Santamaría N, Catot N, Benavides FG. Tendencias temporales de las lesiones mortales (traumáticas) por accidente de trabajo en España (1992-2002). *Gac Sanit* 2006; 20: 280-6.
- Loomis D, Richardson DB, Bena JF, Bailer AJ. Desindustrialisation and the long term decline in fatal occupational injuries. *Occup Environ Med* 2004; 61: 616-21.
- Servicio de estudios e investigación. Informe sobre el sector de la construcción. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2000.
- Benavides FG, Giráldez MT, Castejón E, Catota N, Zaplana M, Delclós J, et al. Análisis de los mecanismos de producción de las lesiones leves por accidente de trabajo en la construcción en España. *Gac Sanit* 2003; 17 (5): 353-9.
- Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de Mallorca [consultado 30/03/2010]. Disponible en: <http://www.ine.es>
- Mutua Balear de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social MATEPSS n.º 183. Memoria anual 2008. Disponible en: <http://www.mutua-balear.es>
- Benavides FG, Castejón E, Company A, Fábrega O, Mira M, Serra C. Aplicación de los estudios de casos y controles en la investigación de los accidentes de trabajo. *Arch Prev Riesgos Labor* 2001; 4 (3): 112-8.
- Artieda L, Beloqui A, Lazaun M. Lesiones profesionales en Navarra, 2000. Pamplona: Instituto Navarro de Salud Laboral; 2002.
- Informe de siniestralidad laboral en España. 28 de abril de 2009. UGT. Bases de estadísticas de Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Díaz Aramburu C, Orden Rivera V, Vicente Abad MA, González Través C. Informe sobre el sector de la construcción (período 2003-2007). Evolución de la siniestralidad. INSHT; 2009.
- López-Ruiz M, Martínez JM, Castejón E y Benavides FG. Comparación de las lesiones no mortales por accidente de trabajo por Comunidades Autónomas en España (1994-2004). *Gac Sanit* 2009; 23 (6): 489-95.
- Benavides FG, Pérez G, Martínez JM, Gispert R, Benach J. Underreporting of fatal occupational injuries in Catalonia (Spain). *Occup Med (Oxford)* 2004 ; 54 : 110-4.
- Castejón E. Una propuesta metodológica para la estimación, a nivel nacional, de la duración media de la baja de los accidentes de trabajo. *Arch Prev Riesgos Labor* 2003; 6: 134-8.
- Moreno-Sueskun I, Tapiz P, Artieda L. Validación de un indicador de gravedad del accidente laboral. *Arch Prev Riesgos Labor* 2000; 3: 94-9.
- Benavides FG, Giráldez MT, Castejón E, Catota N, Zaplana M, Delclós J, et al. Análisis de los mecanismos de producción de las lesiones leves por accidente de trabajo en la construcción en España. *Gac Sanit* 2003; 17 (5): 353-9.
- Directorate-general for employment, social affairs and equal opportunities. Causes and circumstances of accidents at work in the EU. Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/>
- Layana E, Abascal E, Artieda L, García L, Mallor F, Santos J. Determinantes de la accidentalidad laboral: condiciones versus relaciones de trabajo. *Arch Prev Riesgos Labor* 2003; 6 (3): 120-4.
- van der Vollen HF, Lethola MM, Lappalainen J, Hoonaker PLT, Hsiao H, Haslam R, et al. Intervenciones para la prevención de lesiones en la industria de la construcción. Biblioteca Cochrane Plus; 2008. Número 2.

Dificultad respiratoria en un técnico protésico dental: a propósito de un caso

Clara Guillén Subirán¹, Carlos Ortega Molina²

¹ Médico del trabajo. Jefe de Departamento de Enfermedades Profesionales. IBERMUTUAMUR

² Médico del trabajo. Unidad Central de Enfermedades Profesionales. IBERMUTUAMUR. Madrid

Correspondencia:

Clara Guillén Subirán, Carlos Ortega Molina

Departamento de Enfermedades Profesionales. IBERMUTUAMUR

c/ Ramírez de Arellano, 27. 28043 Madrid

Correos electrónicos: claraguillen@ibermutuamur.es; carlosortega@ibermutuamur.es

Fecha de recepción: 19/10/11

Fecha de aceptación: 04/11/11

Premio al mejor caso clínico de la sección de especialistas en medicina y enfermería del trabajo en el VIII Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo (Valladolid, 2011)

Presentamos el caso de un técnico protésico dental cuya historia clínica, antecedentes y riesgos de exposición llevan a un primer diagnóstico de sospecha de asma bronquial profesional, que no se confirma, para llegar a un diagnóstico definitivo de silicosis.

La silicosis está resultando ser una entidad patológica en alza dentro de esta minoritaria profesión, como se puso de manifiesto en la mesa que, sobre silicosis y asbestosis, se desarrolló en el reciente VIII Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo (VIII Congreso Nacional de la AEEMT-CEMET).

Palabras clave: Silicosis. Asma profesional. Protésico dental. Sensibilización al látex. Sensibilización a metales.

DENTAL TECHNICIAN WITH RESPIRATORY TROUBLE. SPEAKING OF A CASE

We presented the case of a dental technician whose medical record, family medical history and exposition risks led the doctors who studied it to a first diagnosis of occupational asthma, that was not confirmed, being silicosis the definitive one.

Silicosis, a lung disease, shows a noteworthy increase among the workers of that minority profession. This fact was enhanced at the recent VIII Spanish Congress of Medicine and Nursing of Labour (Valladolid, 2011)

Keywords: Silicosis. Occupational asthma. Dental technician. Latex allergy. Metal allergy.

Caso clínico

Varón de 50 años de edad que desde hace 30 años trabaja como protésico dental –los 3 últimos años en la empresa actual–.

Como antecedente de interés, presenta dermatitis de contacto al cromo, al cobalto y al látex, diagnosticada aproximadamente hace 20 años. La sensibilización cutánea al látex la paliaba utilizando guantes textiles por debajo de los de látex, hasta que comenzó a utilizar guantes de nitrilo.

Hace unos 2 años empezó a notar dificultad respiratoria, por lo que acudió a su médico de cabecera, quien lo derivó a su hospital de referencia.

Fue estudiado, incluyendo radiografías posteroanterior y lateral del tórax, que se informan como “patrón intersticial reticular de predominio en campos medios y superiores”. El informe final emite un juicio clínico de “sospecha de asma profesional”. Aquí empieza la intervención de la mutua, a la que acude el trabajador⁽¹⁾.

Enfermedad actual y estudio del puesto

El paciente aporta el citado informe. Él también piensa que sus molestias tienen origen laboral, ya que empeora a lo largo de la semana, mejora los fines de semana y en los periodos vacacionales llega a estar prácticamen-

te asintomático. En la actualidad utiliza un inhalador prescrito por su médico de atención primaria por presentar trabajo respiratorio y pitos audibles.

El trabajador nunca ha estado de baja laboral por este episodio⁽²⁾.

La empresa se dedica a la fabricación de esqueléticos (estructuras metálicas sobre las que van montadas las prótesis dentales) por colado con la técnica de la cera perdida. Para eliminar los restos de revestimiento que quedan pegados, se introduce el esquelético en una máquina de chorro de arena herméticamente cerrada. A continuación, se lleva la pieza a la zona de mecanizado, donde se procede al corte de los remanentes metálicos procedentes del colado. Del mecanizado pasa de nuevo al chorro de arena para terminar de eliminar los restos y, de ahí, se somete a un baño electrolítico para abrillantar la pieza. Por último, se lava el esquelético con detergente y agua.

Las prótesis están realizadas en una aleación que contiene proporcionalmente cobalto (62%); cromo (30,7%); molibdeno (5,7%); e indicios de silicio, carbono y manganeso.

Las prótesis pueden llevar adheridos restos del revestimiento necesario para el modelado secundario de la pieza, con contenido en sílice, pero que no origina materia en suspensión apreciable.

De todas las tareas expuestas anteriormente, este trabajador sólo lleva a cabo la realización del patrón de cera de forma manual y la mecanización del esque-



Figura 1. Modelado en cera de los esqueléticos metálicos.



Figura 2. Repasado y pulido de los esqueléticos.

lético mediante micromotores, así como el lavado final (Figuras 1 y 2).

En estas operaciones utiliza guantes de nitrilo, gafas contra las proyecciones y mascarillas de celulosa.

Exploración física

Se aprecia en la consulta lo siguiente:

- Piel: leves lesiones hiperqueratóticas, de aspecto eczematoso crónico, en los dedos de ambas manos; fisurada sobre el pulpejo del tercer dedo de la mano izquierda.

- Auscultación cardíaca: normal.

- Auscultación pulmonar: normal (se había aplicado el inhalador antes de la consulta).

- Resto de exploración por aparatos: sin hallazgos patológicos⁽³⁾.

Pruebas complementarias

En primer lugar, se realiza una espirometría basal⁽⁴⁾, que muestra un patrón de obstrucción muy ligera, cercano a la normalidad y una tomografía computarizada de tórax con el siguiente informe: adenopatías mediastínicas e hiliares calcificadas, y afectación bilateral del parénquima pulmonar, con patrón micronodular difuso, que resulta compatible con la sospecha clínica de silicosis.

Ante la posibilidad de que estos hallazgos no justifiquen totalmente el cuadro clínico, se inició la práctica de las siguientes nuevas pruebas:

- Espirometría basal: FVC: 122% del valor teórico; FEV1: 83,2%; FEV1/FVC: 55%; mesos FEF: 47%.

- Test de broncodilatación: mejoría del FEV1 del 16,1%.

- FeNO: 80,1 ppb (normal ≤ 30). En sucesivas mediciones los valores se normalizaron (entre 19 y 27 ppb).

- Provocación bronquial con metacolina: negativa; PC20 > 16 mg/mL.

- Radiografías posteroanterior y lateral del tórax: se confirma el patrón intersticial reticular de predominio en campos medios y superiores.

- Pruebas cutáneas con neumoalergenos: negativas.

- *Prick* con látex: positivo.

- Analítica de sangre: hemograma, fórmula leucocitaria y bioquímica dentro de la normalidad. Complemento normal. Alfa-1-antitripsina normal. IgE específica a látex: 4 KU/L. Otras IgE específicas: negativas.

- Test de adenosina: inicialmente positivo y luego negativizado.

- Provocación bronquial específica: con látex y dicromato potásico: negativa.

- Biopsia de mucosa bronquial: sin alteraciones histológicas significativas. No se observan componente inflamatorio, presencia de microorganismos ni signos de malignidad.

- Biopsia transbronquial (lóbulo medio): formaciones nodulares intersticiales de predominio histiocitario con patrón de neumoconiosis.

- Lavado broncoalveolar: dentro de la normalidad, incluso desde el punto de vista microbiológico. No se observa aumento de eosinófilos.

Diagnóstico

Silicosis simple de grado 1.

Tratamiento

No precisa tratamiento. En estos casos, el tratamiento consiste en apartar al trabajador de las ocupaciones con exposición a polvo de sílice. En este caso, no ha sido necesario el cambio de puesto, al estar el actual libre de exposición a este agente.

Evolución

No es posible determinar una evolución por el muy escaso tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Medidas preventivas

Se han aplicado las siguientes medidas preventivas⁽⁵⁾:



Figura 3. Instalación del chorro de arena.

- Máquina de chorro de arena colocada en espacio herméticamente cerrado (Figura 3).
- Quemador de humos para la cera de extracción localizada. Además, esta operación se realiza por la noche, en horas en que no hay personal en las instalaciones.
- Micromotores dotados de un sistema de aspiración localizada, situada en la parte posterior de la zona de mecanizado (Figura 2).
- El trabajador dispone de gafas de seguridad, mascarilla para polvo y guantes de nitrilo (debajo de los cuales utiliza otros de algodón).

Conclusiones

La exposición del presente caso clínico pretende ilustrar sobre la dificultad que a veces presenta el diagnóstico en medicina del trabajo.

Inicialmente, todo parecía indicar que el proceso patológico correspondía a un asma profesional, sobre

todo si se tienen en cuenta los antecedentes del trabajador, que ya estaba sensibilizado a metales y al látex. Sin embargo, esta sensibilización se ha demostrado sólo cutánea, sin ser acompañada de una sensibilización bronquial añadida, como ha quedado suficientemente comprobado por las pruebas de provocación bronquial específica y las biopsias de mucosa bronquial y de parénquima, entre otras exploraciones.

El hecho de que ya tuviéramos un diagnóstico radiológico de silicosis no es obstáculo para seguir con el proceso diagnóstico, pues podríamos habernos encontrado ante dos entidades nosológicas concomitantes no excluyentes. Éste es precisamente uno de los mayores retos en medicina.

Cabe resaltar también que, aunque la clínica se haya presentado en la actualidad, el trabajador no ha adquirido la neumoconiosis en el presente puesto de trabajo —en el que lleva 3 años—. Es paradójico que la empresa que cumple con las medidas higiénico-ambientales sea la que haya soportado las incomodidades de todo tipo que ha supuesto la declaración de enfermedad profesional de uno de sus trabajadores, con marcada experiencia y capacitación. No obstante, una vez más, ello indica la gran importancia que tiene en nuestra especialidad el hacer una historia laboral detallada y cuidadosa.

Bibliografía

1. Guillén Subirán C, Ortega Molina C. ¿Es enfermedad profesional? Criterios para su calificación. Ibermutuamur; 2008.
2. Protocolo de vigilancia sanitaria específica para trabajadores expuestos a asma laboral. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
3. Ladou J. Medicina laboral y ambiental. En: Manual Moderno; 1999.
4. Curso de actualización en salud laboral para médicos de atención primaria. Instituto de Salud Pública. Agencia Laín Entralgo. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid; 2004.
5. Farreras-Rozman. Medicina interna. 15.ª ed. Ed. Elsevier España; 2004.

Enfermedad profesional en el personal sanitario: continúa el reto del diagnóstico, el reconocimiento de la contingencia y las actuaciones derivadas

Mónica Larrosa Hernández¹, María Luisa Valle Robles², Covadonga Caso Pita³

¹ Médico interno residente de 4.º año. Medicina del Trabajo;

² Facultativo especialista de área; ³ Jefe de servicio

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Correspondencia:

Mónica Larrosa Hernández

Residente de 4.º año del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

c/ Profesor Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid

Correo electrónico: mglarrosa@gmail.com

Fecha de recepción: 19/10/11

Fecha de aceptación: 04/11/11

Premio al mejor caso clínico de la sección de residentes en medicina y enfermería del trabajo en el VIII Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo (Valladolid, 2011)

Se trata de una auxiliar de enfermería sin antecedentes patológicos de interés.

En 1999 tuvo una exposición laboral a paciente bacilífero con viraje de prueba de tuberculina, rechazando quimioprofilaxis.

En 2010 había consultado a su médico de atención primaria por dolor torácico 15 días antes de comunicarlo en nuestro servicio. Se decide conducta expectante. Ante la persistencia de los síntomas, acudió a urgencias de nuestro hospital, donde se observó infiltrado alveolar en el lóbulo superior izquierdo en una radiografía de tórax.

Fue diagnosticada 48 horas más tarde de tuberculosis pulmonar bacilífera. Causa incapacidad temporal por contingencia común.

En el estudio de contactos, ninguno de los trabajadores que obtuvieron su primer Mantoux negativo tras el contacto acudió a realizarse la repetición del mismo, pese a que fueron correctamente informados.

OCCUPATIONAL DISEASE IN HEALTHCARE WORKERS: THE CONTINUATION OF THE DIAGNOSIS CHALLENGE, CONTINGENCE RECOGNITION AND THE FOLLOWING ACTIONS

This case is about a nurse's aide, without pathological antecedents. Work-related exposure in 1999 to a smear-positive patient, the Mantoux technique was positive, but she rejected treatment with isoniazid.

She had seen a general practitioner 15 days before, because she had presented thoracic pain. The doctor decided no treatment. The symptoms persisted, so she went to our hospital emergency services. An infiltrate in left superior lobe was observed in the thorax x-rays. The patient was diagnosed 48 hours later of pulmonary active tuberculosis and she was given a temporary disability from her job, as a common illness.

The contact investigation was done, but none of the workers that had their initial Mantoux technique neg-

Tras el análisis y las investigaciones oportunas, se reconoce como enfermedad profesional.

Palabras clave: Enfermedad profesional. Tuberculosis. Trabajador sanitario.

Objetivo

Describir un caso de tuberculosis (TBC) pulmonar como enfermedad profesional en un trabajador sanitario de un servicio de psiquiatría.

Introducción

En la Comunidad de Madrid la tasa de incidencia anual de TBC para el año 2008 fue de 17,94 por 100.000 habitantes.

La TBC es un problema de salud pública y se la considera una enfermedad infecciosa ocupacional cuando acontece en profesionales sanitarios. Es una enfermedad de declaración obligatoria y está incluida en el apartado 3-A de la lista de enfermedades profesionales. Se incluye como tal para todo el personal sanitario de hospitales, sanatorios y laboratorios.

Varios estudios indican que hay un mayor riesgo de infección entre los profesionales del cuidado de la salud y, especialmente, en ciertos servicios, como urgencias o laboratorio, aumenta aún más esa posibilidad⁽¹⁾. Un estudio en Turquía cuantifica la incidencia como 3 veces mayor que en la población general⁽²⁾.

Los trabajadores podrían estar expuestos al riesgo de TBC, sobre todo en el lapso de tiempo que transcurre hasta que se realiza el diagnóstico, se instaura el tratamiento y se adoptan las medidas preventivas adecuadas.

El retraso en el diagnóstico de la TBC puede elevar la morbimortalidad y la frecuencia de secuelas derivadas de la TBC crónica. Además, puede incrementar la incidencia debido a la mayor probabilidad de transmisión de la infección entre los contactos.

active followed up for their second Mantoux, despite they were correctly informed of the process.

After the accurate investigations it is recognized as an occupational disease.

Key words: Occupational disease. Tuberculosis. Health personnel.

En el retraso diagnóstico inciden dos factores fundamentales: el primero, asociado con el paciente, corresponde al intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas y la consulta a un servicio de salud; el segundo, relacionado con el sistema de atención sanitaria, es el tiempo transcurrido entre la fecha de la consulta al servicio de salud y el inicio del tratamiento antituberculoso^(3,4).

En países donde la TBC es una enfermedad rara, más del 95% de los pacientes con tos crónica no tienen TBC⁽⁵⁾. Este hecho podría justificar, en cierta forma, la falta de sospecha de TBC ante casos donde la clínica no es clara.

A continuación, describimos el caso de una enfermedad profesional en una trabajadora de nuestro hospital, sin evidencia de exposición reciente a enfermos tuberculosos, con clínica poco sugerente, y cuyo diagnóstico –a pesar de tener acceso directo a la atención especializada– se vio retrasado.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 39 años, sin antecedentes patológicos de interés, auxiliar de enfermería del servicio de psiquiatría, con una antigüedad de 1 año en el puesto.

Antecedentes laborales: en el año 1998 ingresa a trabajar en nuestro hospital, en el servicio de medicina interna. Se realiza el primer Mantoux, con resultado negativo. En 1999 tuvo una exposición laboral a paciente bacilífero: Mantoux positivo (7 mm). Radiografía de tórax normal. Rechaza quimioprofilaxis tras consultar con medicina interna.

Exposiciones posteriores de posibles contactos esporádicos sin realizar quimioprofilaxis.

La historia actual de la paciente comienza 3 semanas antes de nuestro conocimiento. Consulta a su médico de atención primaria (MAP) por dolor torácico de 15 días de evolución y, tras la valoración oportuna, decide conducta expectante.

Ante la persistencia de los síntomas, a los cuales añade tos con expectoración, acude al servicio de urgencias de nuestro hospital. Allí se realiza radiografía de tórax, en la que se observa un infiltrado alveolar en el lóbulo superior izquierdo. El resultado de la primera tinción de Ziehl-Neelsen de esputo fue negativo. Le remiten a su MAP, quedando pendiente la realización de otra tinción de Ziehl-Neelsen y el resultado del cultivo. Causa incapacidad temporal (IT) en ese momento por contingencia común.

Al día siguiente acude nuevamente al hospital, para repetición de la tinción de Ziehl-Neelsen de esputo, y al servicio de Salud Laboral, para la realización de la prueba de tuberculina solicitada en urgencias.

Ese mismo día el laboratorio obtiene un resultado de la tinción de Ziehl-Neelsen positiva, no identificada (> 50 BAAR/línea), y contacta con el servicio de medicina preventiva, que —al no conseguir identificar la tinción con los pacientes del hospital— se pone en comunicación con Salud Laboral. En ese momento se sospecha la existencia de enfermedad tuberculosa en un trabajador del hospital.

El servicio de medicina preventiva declara el caso en Salud Pública, se pone en contacto con el MAP y coordina el ingreso hospitalario.

Diagnóstico: TBC pulmonar bacilífera.

Tratamiento: isoniazida, piracinamida, rifampicina y etambutol durante 4 meses, seguidos de 2 meses con rifampicina e isoniazida.

Reconocimiento de la contingencia laboral y evolución

Desde el servicio de prevención de riesgos laborales (SPRL) acudimos a visitar a la trabajadora hospitalizada para actualizar la historia clínico-laboral.

Tras analizar e investigar las posibles exposiciones tanto en su vida privada como en su actividad laboral

se sospecha enfermedad profesional. Nos encontramos ante una trabajadora que ingresó en nuestro hospital con Mantoux negativo y, tras una exposición en el servicio de medicina interna hace 11 años, se detecta viraje tuberculínico e infección tuberculosa latente, rechazando quimioprofilaxis.

Se procede a realizar un escrito a su MAP para cambiar la contingencia de su IT a enfermedad profesional.

Posteriormente recibimos una visita del inspector del Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo (IRSST) de la Comunidad de Madrid para realizar la investigación de dicha enfermedad profesional.

La enfermedad tuberculosa en un paciente que ha tenido una infección primaria podría ser producto de la reactivación del bacilo latente de la infección pasada (reactivación endógena) o una nueva infección a partir de un bacilo diferente al de la infección primaria (reinfeksió exógena).

En los conversores recientes de tuberculina, la máxima probabilidad de enfermar de TBC se da en el primer año y va descendiendo progresivamente, pero, si se produjera en cualquier momento un deterioro de la inmunidad celular, podría desarrollarse la enfermedad.

La presencia de un viraje en la prueba de tuberculina 11 años antes, tras una exposición laboral, y la no realización de quimioprofilaxis indicada nos orientan a pensar que estamos ante una reactivación. Los hallazgos radiológicos fundamentales de la TBC de reactivación concuerdan con los encontrados en la paciente.

En nuestro caso, se trataba de una trabajadora sanitaria, sin antecedentes personales de interés, que podría ser clasificada como especialmente sensible.

El hecho de trabajar con pacientes psiquiátricos, con los que estuvo en estrecho contacto durante largos periodos de tiempo, podría haber sido causa de reinfección exógena, ya que varios estudios demuestran que la incidencia de TBC en los pacientes y profesionales que trabajan en los hospitales, las clínicas de salud mental y las prisiones es mayor que la que se ve en la población general. La transmisión en esos ambientes es muy elevada y la prevalencia de TBC es hasta 16 veces mayor que en la población general⁽⁶⁾. El retraso en el diagnóstico de estos pacientes es la razón principal por la que se dan brotes de la enfermedad en estos sectores⁽⁷⁾. Ello se de-

be a múltiples razones: la incapacidad de los pacientes psiquiátricos para referir los síntomas adecuadamente, el hecho de que se encuentran generalmente en lugares poco ventilados, en ocasiones superpoblados y que hay falta de sospecha de esa patología entre los profesionales que atienden a este tipo de pacientes⁽⁷⁾.

Ante la presencia de una infección tuberculosa previa, probablemente adquirida en el hospital, y la ausencia de exposición reciente y de contacto con personas con enfermedad tuberculosa conocida en su vida personal, el reconocimiento de la enfermedad profesional es refrendado por el IRSSST de la Comunidad de Madrid.

Tras una evolución favorable y continuando clínica y analíticamente estable se decide, por parte del servicio de medicina interna, dar el alta hospitalaria con tratamiento domiciliario (octubre de 2010).

Causa alta laboral en febrero de 2011, con incorporación a su puesto de trabajo y revisiones por parte de su médico especialista. Procedimos a la realización de reconocimiento médico para valoración de su estado de salud y confirmar su aptitud laboral. Realizamos el seguimiento de forma periódica y en coordinación con la atención especializada hasta que causó alta clínica.

Estudio de contactos

El estudio de contactos no laborales lo realizó el servicio de medicina preventiva en coordinación con el MAP, mientras que los contactos laborales los estudió el SPRL de este hospital.

- Primer círculo: contacto frecuente diario mayor de 6 horas. Como contactos de alto riesgo se realiza estudio en su familia, y se pauta quimioprofilaxis primaria a su hijo de 3 años de edad.

- Segundo círculo: contacto frecuente diario menor de 6 horas. Aquí se incluyen los compañeros de trabajo, ya que según refieren fueron contactos a distancia y de corta duración.

- Tercer círculo: contacto esporádico, no diario. En este caso consideramos enviar notificación de la enfermedad tuberculosa al servicio de prevención de la empresa de limpieza, indicando la ubicación del traba-

jador enfermo, para que puedan proceder al estudio y seguimiento de sus trabajadores expuestos.

El servicio de salud laboral de nuestro hospital contactó con la supervisora de planta para obtener la relación de contactos laborales. Nos remite un total de 20 trabajadores, con la siguiente distribución por categorías, 10 diplomados en Enfermería (DUE), 6 auxiliares de Enfermería, 3 celadores y 1 administrativo.

Entre ellos encontramos 5 trabajadores con Mantoux positivo previo. Se les indica la realización de una radiografía de tórax a los 3 meses: 2 de ellos no se la realizan; en otros 2 el resultado es normal y no se les ofrece quimioprofilaxis, al ser esporádico el contacto; a 1 de ellos se le ofrece quimioprofilaxis (por engrosamiento pleural), que no acepta tras consultarlo con compañeros de medicina interna.

En el resto (15 trabajadores, con Mantoux negativo previo), se procede a la realización del mismo. Se lo realizan 11 y 4 no acuden. Se obtiene el resultado de Mantoux negativo en 11 de ellos, a los cuales se les indica la procedencia de repetir el mismo a los 3 meses, enviando una carta personalizada en su momento. Nos consta que no acudió ningún trabajador (Figura 1).

Discusión

La baja sospecha clínica inicial y la obtención de una primera tinción de Ziehl de esputo negativo contribuyen, en este caso, al retraso diagnóstico.

El bacilífero no diagnosticado contribuye al aumento de la transmisión en la comunidad. Al tratarse de personal sanitario, la probabilidad de daño asociado se incrementa por el contacto con pacientes potencialmente inmunodeprimidos.

En el estudio de contactos, detectamos que se nos remite para el *screening* un “listado de máximos”, lo que determina que en un comienzo la mayoría de los trabajadores acudan al servicio de prevención por temor y posteriormente no finalicen el seguimiento, desvirtuándose el estudio. Como se pudo observar en nuestro estudio, ninguno de los trabajadores que obtuvieron su primer Mantoux negativo tras el contacto acudió

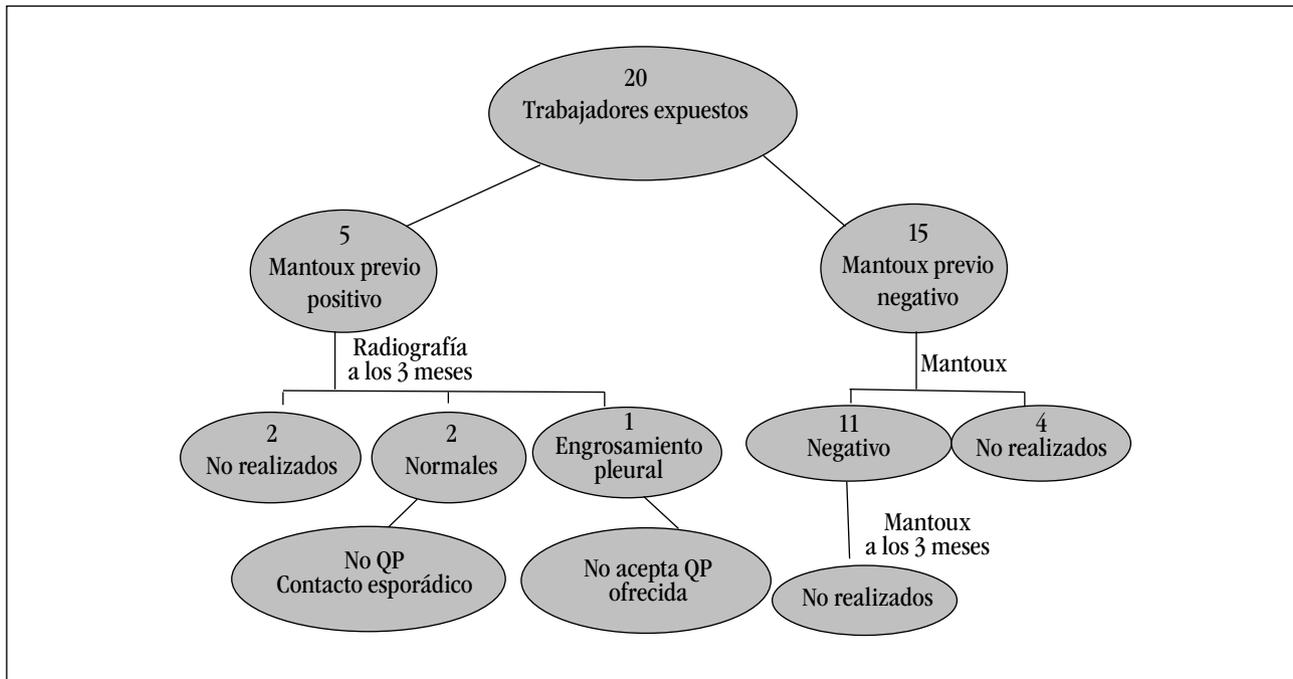


Figura 1. Estudio de contactos laborales de la trabajadora.

a realizarse la repetición del mismo, pese a que fueron correctamente informados.

Esto refuerza la idea de que debería ser una misma persona (idealmente el médico) quien integre la información en el censo de contactos, para que se valoren correctamente los factores relacionados con las circunstancias de exposición y transmita a los trabajadores la importancia del seguimiento.

Conclusiones

1. La declaración de la TBC como enfermedad profesional suele conllevar una fuente de exposición directa y clara (vínculo epidemiológico). En nuestro caso, a pesar de no haberla identificado, debido a sus antecedentes laborales, consideramos dicho cuadro como enfermedad profesional.

2. Es prioritario iniciar el estudio de contactos en las personas verdaderamente expuestas para asegurar de esta forma el cumplimiento del procedimiento. Sólo así podremos analizar y obtener las conclusiones reales del mismo.

Bibliografía

- Moreira TR, Zandonade E, Noia Maciel EL. Risk of tuberculosis infection among community health agents. *Rev Saúde Pública* 2010; 44 (2). http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000200014&script=sci_arttext&tlng=en
- Cuhadaroglu C, Erelel M, Tabak L, Kilicaslan Z. Increased risk of tuberculosis in health care workers: a retrospective survey at a teaching hospital in Istanbul, Turkey. *BMC Infectious Diseases* 2002; 2 (14). <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/2/14>
- World Health Organization. Diagnostic and treatment delay in tuberculosis. An in-depth analysis of the health-seeking behaviour of patients and health system response in seven countries of the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO; 2006. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1020-498920100002000100008&pid=S1020-49892010000200001&lng=es>
- Lambert M, van der Stuyft P. Delays to tuberculosis treatment: shall we continue to blame the victim? *Tropical Medicine and International Health* 2005; 10: 945-6.
- Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC*

- Public Health 2008; 8 (15). <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/15>
6. Hindenburg C, Da Costa G, Malaspina A. Tuberculosis in a Psychiatric Hospital in the state of Goiás, Brazil. *J Bras Pneumol* 2006; 32 (6): 566-72.
7. Harada N, Higuchi K, Mori T. Assessment of nosocomial transmission of tuberculosis in a psychiatric hospital using a whole blood interferon-gamma assay. *Jpn J Infect Dis* 2008; 61: 415-8.

Estrategias de vacunación antigripal en el personal sanitario

Irene Camacho Muñoz¹, Mónica Larrosa Hernández¹, Ana Capapé Aguilar¹, Silvia O'Connor Pérez², Ignacio Bardón Fernández-Pacheco², Covadonga Caso Pita³

¹ Médico interno residente de Medicina del Trabajo; ² Facultativo especialista de área de Medicina del Trabajo; ³ Jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Correspondencia:

Irene Camacho Muñoz

Residente de Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos.

c/ Profesor Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid

Correo electrónico: i.camacho.m@gmail.com

Fecha de recepción: 31/10/11

Fecha de aceptación: 04/11/11

Premio a las mejores iniciativas en vacunación antigripal en el medio laboral en el VIII Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo (Valladolid, 2011)

La gripe es una enfermedad de las vías respiratorias que todos los años afecta a un elevado porcentaje de la población, aunque existe una amplia oferta de vacunas para prevenirla.

La vacunación antigripal está recomendada en el personal sanitario tanto por el riesgo de infección del trabajador como por actuar como fuente de infección. Por ello, el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) del Hospital Clínico San Carlos todos los años realiza una campaña de vacunación antigripal con diferentes estrategias vacunales.

En la temporada 2009-2010, ante la aparición de la gripe A pandémica, el SPRL puso en marcha nuevas estrategias de vacunación, y la cobertura vacunal se incrementó más de un 5% respecto a temporadas anteriores.

A pesar de ello, la cobertura vacunal frente a la gripe en el personal sanitario del hospital está por debajo

INFLUENZA IMMUNIZATION STRATEGIES AMONG HEALTHCARE WORKERS

The flu is a respiratory disease that affects every year a high percentage of the population, although there is a wide range of vaccines.

Influenza vaccination is recommended for healthcare personnel by both the worker's risk of infection and to be a source of infection. Therefore, the Department of Occupational Health and Safety at the Clinic Hospital San Carlos every year makes an influenza vaccination campaign with different vaccine strategies.

In the 2009-2010 season, at the onset of the swine flu pandemic, the Occupational Risk Prevention Service launched new strategies for vaccination and immunization coverage increased by more than 5% compared to previous seasons.

However, vaccination coverage against influenza in the hospital staff is below the recommendations of the

de las recomendaciones de la OMS, por lo que habría que proponer nuevas estrategias de aceptación de la vacuna.

Palabra clave: Gripe. Vacunación. Estrategia de vacunación. Personal sanitario.

Introducción

La gripe es una enfermedad de las vías respiratorias que anualmente provoca en todo el mundo entre 3 y 5 millones de casos de enfermedad grave y entre 250.000 y 500.000 defunciones⁽¹⁾, a pesar de existir una amplia oferta de vacunas, con una eficacia del 70-90% en los adultos sanos⁽²⁾.

Entre el 5 y el 20% de la población tiene gripe cada año, y esta cifra supera el 30% en caso de pandemia⁽³⁾. La incidencia anual de la gripe depende principalmente de las propiedades del virus y del grado de inmunidad de la población⁽⁴⁾.

La gripe, en su forma más grave, genera un alto número de hospitalizaciones y, en su forma más leve, es una importante causa de incapacidad temporal. Por tanto, es un problema de salud pública que desempeña un importante papel por la sobrecarga que significa para los sistemas de atención sanitaria y para su personal⁽⁵⁾.

El principal método para prevenir la gripe y sus complicaciones graves es la vacunación antigripal. Con esta medida puede reducirse su transmisión y subsecuentemente las complicaciones relacionadas con ella⁽⁶⁾, incluida la mortalidad, además de contribuir a reducir los costes sanitarios y las pérdidas en la productividad, al reducir el absentismo⁽⁷⁾.

En la estrategia vacunal contra la gripe estacional en España se ofrece de forma gratuita la vacuna a todas las personas mayores de 65 años (en algunas provincias a los mayores de 60 años), a personas que sufran enfermedades crónicas y al personal sanitario.

La vacunación antigripal está recomendada en el personal sanitario tanto por el riesgo de infección del trabajador como por actuar como fuente de infección e incluso de brotes nosocomiales^(7,8). Cada vez se recono-

World Health Organization, so it should propose new strategies to vaccine acceptance.

Key words: Influenza. Vaccination. Immunization strategy. Healthcare workers.

ce más la importancia de la transmisión nosocomial de la gripe. Se han observado beneficios con la vacunación del personal sanitario, ya que la vacunación de más del 60% de los trabajadores sanitarios disminuye la morbimortalidad intrahospitalaria por influenza^(9,10). A pesar de ello, las coberturas en este colectivo son bajas. Según los datos del Centro Europeo para el Control y Prevención de enfermedades (ECDC), la cobertura vacunal en el personal sanitario entre los diferentes países que aportan datos va desde el 14 al 48%. Los hospitales con programas activos de vacunación de sus empleados han logrado disminuciones de la incidencia de gripe en el personal de hasta el 88% y una reducción de la mortalidad por complicaciones de esta infección en los pacientes cercana al 50%⁽¹¹⁾.

En abril de 2009 surgieron casos de gripe A (H1N1) con material genético, proveniente de cuatro cepas, que sufrió una mutación y dio un salto entre especies de los cerdos a los humanos, y se contagió de persona a persona alrededor de todo el mundo produciendo una pandemia. Este hecho hizo que a mitad de la campaña de la vacunación antigripal estacional surgieran 3 nuevas vacunas frente a la gripe pandémica, recomendándose la vacunación en el personal sanitario, entre otros colectivos.

En el Hospital Clínico San Carlos (HCSC) todos los años se realiza una campaña de vacunación antigripal estacional siguiendo las recomendaciones de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, del Ministerio de Sanidad y Consumo, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de administrar anualmente la vacuna antigripal en trabajadores sanitarios^(6,12). En la temporada 2009-2010 la campaña de vacunación antigripal estacional se solapó

con la de la gripe pandémica por la aparición del virus de la gripe H1N1.

Dada la importancia de la vacunación antigripal en el personal sanitario, en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) del HCSC se decidió hacer un estudio con el objetivo de describir las estrategias en la campaña de vacunación antigripal 2009-2010 en el personal sanitario en un hospital de tercer nivel, y también analizar y proponer nuevas estrategias que incrementen, en el personal sanitario, la adhesión a la vacunación frente a la gripe –tanto frente a la estacional como frente a otras posibles gripes pandémicas que puedan surgir en el futuro–.

Material y métodos

Se realizó un estudio epidemiológico analítico y descriptivo de la campaña de vacunación antigripal 2009-2010, y un estudio epidemiológico descriptivo de las campañas de vacunación antigripal 2008-2009 y 2010-2011.

La población de estudio incluye los trabajadores en activo durante dichas campañas de vacunación y cuyo SPRL es el del HCSC. En total, son más de 6.389 trabajadores. La edad media de los trabajadores del hospital es de 44,07 años. Su distribución por sexo es un 24,8% de hombres y un 75,2% de mujeres.

Se considera trabajador vacunado a aquel que ha recibido la vacuna antigripal durante la campaña de vacunación en el SPRL del HCSC.

Los datos sociodemográficos se recogieron mediante una encuesta realizada por el personal de enfermería del SPRL en el momento de la vacunación.

Se calculan las coberturas vacunales correspondientes a cada campaña, total (y por categorías en la campaña de vacunación 2009-2010) en porcentaje e intervalo de confianza del 95%. Éstas se han obtenido por cada 100 trabajadores mediante el cociente entre el número de vacunados y la población susceptible de vacunación, de forma global y específica por cada categoría estudiada. Los porcentajes se han comparado con la prueba de la χ^2 , y se ha establecido un grado de significación $p < 0,05$.

El análisis estadístico se ha llevado a cabo mediante el programa SPSS 13.0 y Epidat.

Se han usado bases de datos sin información que pueda identificar directa o indirectamente al personal del HCSC. Con ello, se respetan las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE n.º 298, de 14 de diciembre). Para la realización de este estudio no fue necesaria la solicitud de un consentimiento informado, ya que se trabajó con datos anónimos.

Resultados

Al analizar las estrategias de la campaña de vacunación encontramos que en el HCSC el SPRL todos los años realiza una campaña de vacunación antigripal cuyas estrategias para lograr la mayor cobertura vacunal son:

- Campaña vacunal de 8 a 16 horas para abarcar todos los turnos de trabajo.
- Información de la campaña: carteles informativos repartidos en lugares estratégicos del hospital y envío de cartas informativas junto con una copia de los carteles a todas las direcciones, para la difusión de la información a todos los trabajadores.
- Desplazamiento de un médico y una enfermera para la inmunización en el lugar de trabajo en los centros extrahospitalarios (centros de especialidades).

En la temporada 2009-2010, ante la aparición de la gripe A pandémica, el SPRL puso en marcha nuevas estrategias de vacunación para aumentar la adhesión a la vacunación antigripal entre los trabajadores. Estas estrategias consistieron en:

- Charlas de información-formación para todos los trabajadores.
- Desplazamiento de un médico y una enfermera del SPRL a los servicios intrahospitalarios considerados de mayor riesgo para los pacientes (unidad de cuidados intensivos [UCI] y urgencias).

Al analizar los datos de los trabajadores vacunados, encontramos que la cobertura vacunal en la temporada 2009-2010 fue del 18,9% y que se eleva hasta un

22,5% si incluimos los centros de especialidades. La cobertura vacunal, incluyendo los centros de especialidades, en la temporada anterior, fue de un 16,9%, y en la campaña vacunal posterior (2010-2011) descendió a un 19,5%.

Al realizar el estudio analítico de la campaña de vacunación 2009-2010, se observa que hubo una mayor tasa de vacunación en el colectivo de los facultativos. Por sexo, los que más se vacunaron fueron los hombres. La edad media de los vacunados fue mayor que la edad media de los trabajadores del hospital. El turno que más se vacunó fue el de la mañana. También se ha encontrado una mayor cobertura vacunal entre los trabajadores vacunados en campañas anteriores.

En los servicios de UCI y urgencias donde se realizaron estrategias de información específicas dada su importancia para el funcionamiento hospitalario, la cobertura de vacunación ha sido del 21,92% en UCI y del 2,04% en urgencias. El servicio con mayor cobertura de vacunación fue el de medicina nuclear (30,55%), seguido del SPRL (28%) y, en tercer lugar, de la UCI.

Discusión

La cobertura vacunal de gripe en 2009-2010 se incrementó más de un 5% respecto a temporadas anteriores, lo que podría deberse a las nuevas estrategias de adhesión a la inmunización implantadas en el hospital y también al miedo a padecer un nuevo tipo de gripe.

La cobertura vacunal de gripe en la campaña 2010-2011 descendió respecto a la campaña previa, siguiendo la tendencia general en otros centros de la Comunidad de Madrid, y superando la cobertura vacunal de campañas en las que no surgieron gripes pandémicas.

En todas las campañas de vacunación antigripal estudiadas, la cobertura vacunal se sitúa muy por debajo de las recomendaciones de la OMS para los trabajadores sanitarios, que se basan en que una vacunación de más del 60% de los trabajadores sanitarios disminuye la morbimortalidad intrahospitalaria por influen-

za^(9,10). No obstante, puede existir una infraestimación de las coberturas vacunales debido a los trabajadores que reciben la vacuna fuera del hospital (en sus centros ambulatorios o en otros hospitales).

Al igual que en otros estudios, la cobertura vacunal ha sido mayor entre los facultativos. Habría que plantearse si ello se debe a una mejor formación académica. La edad media de los vacunados fue mayor que la edad media de los trabajadores del hospital, lo cual podría deberse a que los trabajadores se vacunan por su propio beneficio. Un amplio porcentaje de los vacunados fueron trabajadores del turno de mañana, por lo que habría que facilitar aún más la vacunación de los trabajadores de los turnos de tarde y noche.

Como estrategia para la mayor aceptación de la vacunación antigripal en el personal sanitario se podría recurrir a la difusión de la campaña en la intranet del hospital. Otra estrategia podría ser el desplazamiento para la vacunación en el lugar del trabajo a un mayor número de servicios intrahospitalarios, ya que el desplazamiento a los centros de especialidades del hospital ha demostrado que aumenta la cobertura vacunal, al igual que el desplazamiento para la inmunización en la UCI.

La baja cobertura vacunal en urgencias, a pesar del desplazamiento al lugar de trabajo, puede ser debida a que entre el personal sanitario de urgencias no se incluye a los residentes médicos internos (MIR), que, aunque representan un elevado porcentaje del personal que trabaja en urgencias, pertenecen a otros servicios. A pesar de esto, deberían potenciarse las estrategias para la adhesión a la vacunación en el personal de urgencias.

También habría que continuar con las estrategias ya implantadas en el hospital e intentar mejorarlas. Se podrían realizar encuestas sobre el conocimiento de la vacuna entre los trabajadores para adecuar las charlas informativas a dichos conocimientos. Otra estrategia podría ser realizar encuestas a los trabajadores sobre sus motivos para no vacunarse, con objeto de potenciar esos puntos débiles.

Es importante concienciar al personal sobre el beneficio de la vacuna, tanto para ellos como para sus familiares y para los pacientes; e informar sobre la efi-

cacia y seguridad de la vacuna, ya que en ocasiones los efectos secundarios podrían ser la razón de que los trabajadores no se vacunen.

Vacunar al personal sanitario contra la gripe puede comportar un ahorro neto para la sociedad, ya que con ello evitaríamos los gastos en incapacidad temporal, hospitalización y tratamiento que supone la enfermedad.

Dados sus beneficios, y sus escasos e inocuos efectos adversos, en otros países como EE. UU. se han planteado la obligatoriedad de la vacuna.

Conclusiones

La cobertura vacunal frente a la gripe en el personal sanitario del hospital se sitúa por debajo de las cifras recomendadas por la OMS, por lo que habría que proponer nuevas estrategias de aceptación de la vacuna y potenciar las estrategias ya instauradas en el hospital.

La finalidad de las nuevas estrategias debería ser doble: por un lado, facilitar el acceso a la vacunación y que la información siga llegando a aquellos trabajadores “convencidos” del beneficio de la vacunación antigripal y, por otro, atraer a esos otros trabajadores “no convencidos” del beneficio.

Vacunar contra la gripe al personal sanitario puede comportar un ahorro neto para la sociedad.

La vacunación antigripal es un recurso óptimo mal aceptado, por lo que los SPRL de trabajadores sanitarios tienen mucho en lo que avanzar en este campo.

Bibliografía

1. Influenza: Report by the WHO Secretariat, World Health Assembly- May 2003. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/ea5623.pdf
2. Del Villar A, Hernández MJ, Lapresta C, Solano VM, Arribas JL. Vacunación antigripal en personal sanitario. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007; 25: 247-9.
3. De Mateo S. La importancia de la vigilancia en el control y la prevención de la gripe. *Vacunas* 2002; 3: 9-13.
4. De Juanes JR, Cisterna R, Sanz J, Magaz S, Badía X. Evaluación de la eficiencia de la vacunación antigripal en la población laboral española. *Gac Sanit* 2006; 20: 101-7.
5. Valenciano L. Importancia de la gripe como problema de salud pública. *Vacunas* 2002; 3 (Supl 1): 28-30.
6. Harrison J, Abbot P. Vaccination against influenza: UK health care workers not on-message. *Occup Med* 2002; 21: 303-7.
7. CDC. Prevention and control of influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) *MMWR* 2005; 54 (RR06): 1-40. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5408.pdf>
8. Horcajada JP, Pumarola T, Martínez JA, Tapias G, Bayas JM, De la Prada M, et al. A nosocomial outbreak of influenza during a period without influenza epidemic activity. *Eur Respir J* 2003; 21: 303-7.
9. CDC. Influenza vaccination of health-care personnel. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) and the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 2006; 55: 1-16.
10. García de Codes A, Arrazola MP, Juanes JR, Sanz MI, Jaén F, Lago E. Vacunación frente a la gripe en trabajadores de un hospital general. Estrategias para incrementar su cobertura. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 532-4.
11. Campins M. La vacunación del personal sanitario. Recomendaciones y realidades. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006; 24: 411-2.
12. World Health Organization. Weekly epidemiological record. 2002; 77: 229-40. Disponible en: <http://www.who.int/wer>

Estudio comparativo de la formación especializada de la medicina del trabajo en Europa

Idoia Reinoso Echezárraga¹, M.^a del Carmen Bellido Cambrón², Ana I. Arizón Benito³,
Viviana Gómez Bautista⁴, Slavko Zupcic Rivas⁵, Irena Predoiu⁵

¹ Residente de 4.º año de Medicina del Trabajo; ² Médico especialista en Medicina del Trabajo. Coordinadora de la Unidad Periférica n.º 1; ³ Médico especialista en Medicina del Trabajo. Adjunta en el Servicio ⁴ Residente de 2.º año de Medicina del Trabajo; ⁵ Médico especialista en Medicina del Trabajo Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana

Correspondencia:

Idoia Reinoso Echezárraga

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital General de Castellón

Avda. Benicasim, s/n. 12004 Castellón de la Plana

Correo electrónico: reinoso_ido@gva.es

Fecha de recepción: 12/11/11

Fecha de aceptación: 18/11/11

Premio al mejor póster científico de la sección de especialistas en medicina y enfermería del trabajo en el VIII Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo (Valladolid, 2011)

En Europa hay una considerable variabilidad en las estructuras, en los programas de formación y en el acceso a la especialidad de medicina del trabajo, variabilidad acentuada por el carácter multidisciplinar de los servicios de prevención de riesgos laborales, las legislaciones vigentes en materia laboral y la organización de los sistemas sanitarios de cada país. En nuestro trabajo se describen las peculiaridades en la formación en medicina del trabajo, tanto pregraduada como postgraduada, así como la forma de acceso a la especialización. Comprobamos la gran variabilidad que existe en la formación entre los distintos países, lo que repercutirá en el ejercicio profesional del médico del trabajo y, por tanto, en la salud de los trabajadores.

Palabras clave: Formación especializada. Medicina ocupacional. Europa.

COMPARATIVE STUDY OF SPECIALIZED TRAINING OCCUPATIONAL MEDICINE IN EUROPE

In Europe there is considerable variability in the structures, training programs and access to the specialty of occupational medicine, accentuated by the multidisciplinary nature of the services to prevent occupational hazards, existing laws on labor and the organization of health systems of each country. In our paper we describe the peculiarities of occupational training, both undergraduate and postgraduate, as well as how to access to expertise. We note the great variability that exists in the training between different countries, which will affect the physician's professional work and, therefore, the health of workers.

Key words: Specialized training. Occupational medicine. Europe.

Introducción

Los planes de estudio de la formación especializada en los países de la Unión Europea (UE) vienen sustentados por la legislación de la UE. Sin embargo, las funciones de los médicos del trabajo en Europa varían en función de la legislación local, lo que da lugar a una gran variabilidad en el ejercicio de la especialidad y en la formación tanto pregraduada como posgraduada.

Hay grupos de especialistas en medicina del trabajo –como la Sección de Medicina del Trabajo de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) y la European Association of Schools of Occupational Medicine (EASOM)– que trabajan para promover el desarrollo de la especialidad en Europa, unificar los criterios de evaluación y formación de la misma y, así, mejorar la salud de los trabajadores.

Se realiza un estudio sobre los planes de formación en medicina del trabajo, tanto pregraduada (asignatura obligatoria u optativa durante la carrera) como de la forma de acceso a la especialidad y los años de especialización requeridos para el ejercicio de esta especialidad, en varios países de Europa.

Objetivos

Nuestro objetivo principal es describir las diferencias existentes en los distintos territorios de Europa para el ejercicio de la prevención de riesgos laborales en su faceta de medicina del trabajo.

Metodología

Realizamos una revisión sistemática y comparativa de los planes de estudios de medicina y de los programas formativos de la especialidad de medicina del trabajo en los países europeos.

Para ello se ha realizado una revisión de la bibliografía existente y se ha contactado mediante correo electrónico con miembros de la EASOM pertenecientes a 20 países, cuyos datos obtuvimos mediante listado de fecha 8 de febrero publicado en <http://www.easom.org>

Como adjunto al correo, se envió un cuestionario en el que se solicitaba información acerca de:

- La implantación de la formación en prevención de riesgos laborales durante los estudios de pregrado en la carrera de medicina (si estaba contemplada la medicina del trabajo como una asignatura obligatoria u optativa)
- Las características del acceso para realizar la especialización en medicina del trabajo tras finalizar la carrera (concurso nacional de tipo MIR, entrevista personal, currículum, prueba local por cada hospital o centro formativo...).
- Los años y áreas requeridas (rotatorios intra y extrahospitalarios) para alcanzar la especialidad en medicina del trabajo en los distintos países europeos investigados.

Resultados

De las respuestas obtenidas junto con la bibliografía revisada, presentamos de manera esquemática (*Figura 1*) la situación de 12 países de la UE y vimos que la variabilidad de la formación, tanto pre como posgrado, es la norma.

En cuanto a la **formación pregraduada (FPG)**, además de que los años de duración de la carrera varían entre 5 años (en Portugal, Irlanda, Dinamarca o Reino Unido), 6 (en Finlandia, Francia, España, Suiza, Italia, Holanda) o 7 (en Bélgica), el único país de los revisados en el que la asignatura de Medicina laboral es obligatoria es Suiza, con una duración de entre 4 y 20 horas, según la facultad. En el resto de los países analizados la asignatura es optativa, con una duración distinta según cada universidad.

Respecto a la forma de **acceso (ACC)**, en algunos países se realiza mediante un concurso nacional (como en Francia o en España el MIR); en otros, se realiza una entrevista personal (Reino Unido, Italia o Bélgica); en otros, se realiza un examen o concurso en el hospital donde se desea realizar la formación (Dinamarca, Holanda, Finlandia o Irlanda); en Suiza no se requiere prueba de acceso; y en Portugal se realiza una valoración de méritos en la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.

Respecto a la **formación especializada (FE)**, también se observan diferencias en los programas, en la duración total, en la de los cursos teóricos o los rotatorios

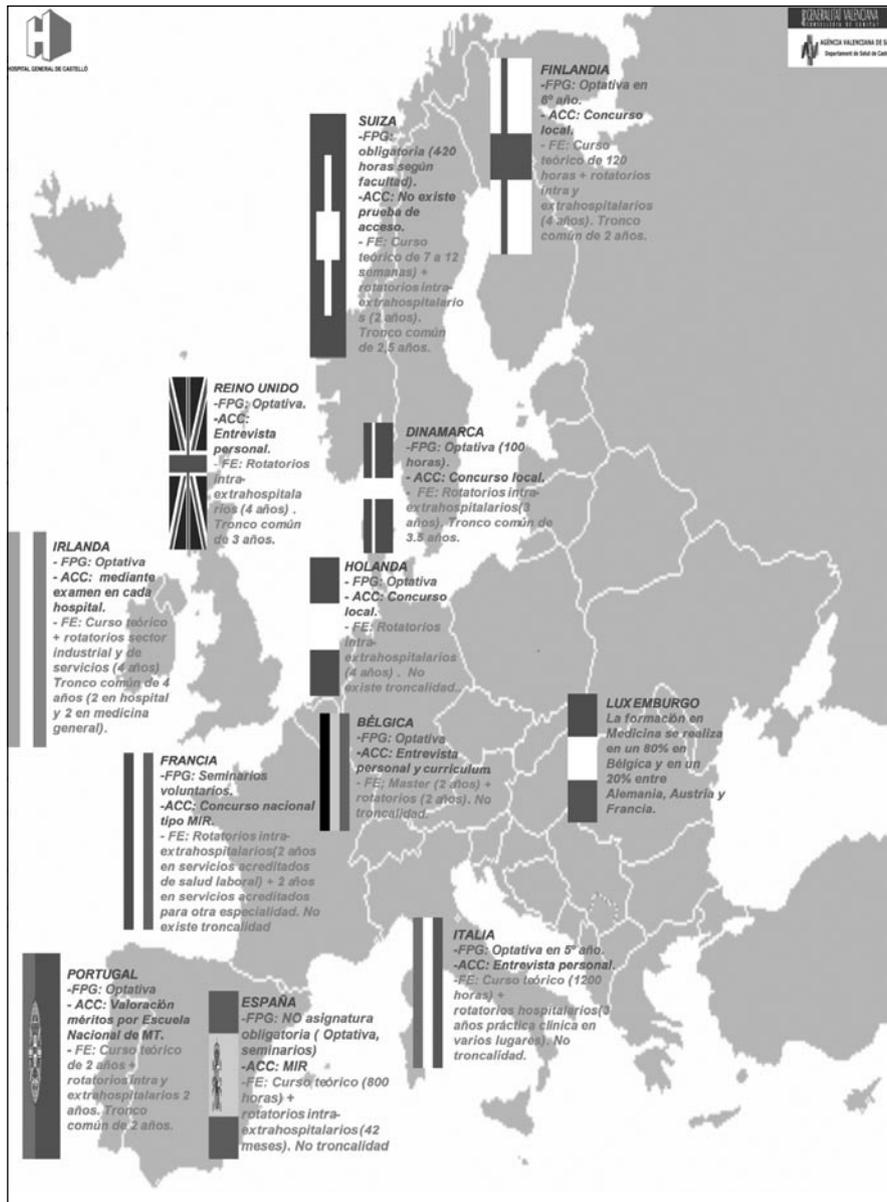


Figura 1

o en la existencia de troncalidad, tal y como especificamos a continuación:

- En **Irlanda** la duración de la formación especializada es de 4 años (en los que se debe estar, como mínimo, 18 meses en un sector industrial y 1 año en el sector servicios), supervisados por un tutor, tras haber pasado por un tronco común de otros 4 años.

- En **Finlandia** hay un tronco común de 2 años, y posteriormente una especialización de 4 años, que in-

cluye formación en el Instituto de Salud Ocupacional, con un curso teórico de unas 120 horas, rotatorio hospitalario de 1 año y rotatorios extrahospitalarios, tutorizados por un médico especialista.

- En **Dinamarca** existe un tronco común de 3,5 años y posteriormente otros 3 de especialización, con rotatorios por los departamentos de medicina del trabajo, rehabilitación, neurología, dermatología, medicina interna, epidemiología, estadística, evaluación de riesgos, higiene industrial o promoción de la salud.

- En **Reino Unido**, el programa de formación especializada dura 4 años, con supervisión de un tutor y rotatorios intra y extrahospitalarios. Previamente existe un tronco común de 3 años.

- En **Portugal** existe un tronco común de 1 año, y un programa de especialización de 4 años, compuesto por 2 años de formación teórica seguidos de otros 2 años prácticos, tutorizados por un especialista. La evaluación concluye con un examen final.

- En **Suiza** la formación especializada dura 2 años, e incluye un curso teórico de 7 a 12 semanas, más rotatorios intra y extrahospitalarios. Existe un tronco común de 3 años.

- En **Italia** no existe troncalidad, y la formación posgraduada dura 4 años, incluyendo 3 años de rotatorios de práctica clínica en varios lugares y un curso teórico de 1.200 horas.

- En **Bélgica** tampoco existe troncalidad, y la duración de la especialización es de 4 años, 2 de los cuales consisten en la realización de un máster y otros 2 son rotatorios clínicos.

- En **Holanda** no existe troncalidad, y la duración de la formación posgraduada es de 4 años, con rotatorios intra y extrahospitalarios.

- En **Luxemburgo** la formación en medicina se realiza en Bélgica en un 80%, y en Alemania, Austria o Francia el otro 20%.

- En **Francia** la especialización dura 4 años, e incluye una formación teórica de unas 250 horas y rotatorios hospitalarios (por distintas especialidades médicas) y extrahospitalarios que se realizan en servicios acreditados por la Escuela de Medicina del Trabajo.

- En **España** se está tramitando la troncalidad, y la formación dura 4 años, con un curso teórico de 800 horas y 42 meses de rotatorios por distintas especialidades.

Discusión

Los resultados muestran que existen diferencias tanto en las pruebas de acceso a la especialización (prueba local en Italia, entrevista y currículum en Holanda o prueba objetiva nacional de tipo MIR en España) como en cuanto a la duración de la formación especializada según el país, la existencia o no de un periodo de tronco común, la existencia de formación teórico-práctica, la autorización, y el grado de responsabilidad de los especialistas en formación y rotatorios necesarios para la adquisición del título de especialista.

Estas diferencias en el grado de conocimiento, técnicas y habilidades adquiridas se ven reflejadas en el ejercicio profesional de los futuros especialistas, y redundan inevitablemente en la salud de los trabajadores de la UE, existiendo diferencias en el abordaje de la prevención de los riesgos laborales y en los posibles daños, derivados de estos riesgos, para la salud de los trabajadores.

Conclusiones

La variabilidad tanto en la FPG como en la formación especializada de la medicina del trabajo en distintos países europeos es la norma, existiendo diferencias en las pruebas de acceso a la especialidad, la existencia o no de un tronco común, la duración y el contenido del itinerario formativo.

Estas divergencias en la formación se traducen en diferencias en el grado de conocimiento de las técnicas y las habilidades adquiridas según el país donde se realice la especialización, lo que se refleja en el ejercicio de la profesión de los médicos del trabajo en Europa, en su grado de movilidad y en desigualdades en el abordaje de la prevención de riesgos laborales y, por tanto, en la salud de los trabajadores.

Ante las diferencias observadas, es deseable alcanzar una unanimidad de criterios en las pruebas de acceso, la duración del periodo formativo, el contenido del programa docente y los sistemas de evaluación, todo ello en vistas a mejorar la calidad de la salud laboral de los trabajadores, así como la formación, la incorporación y movilidad de los médicos del trabajo en el mercado laboral europeo. Estas conclusiones coinciden con los objetivos de sociedades como la UEMS y la EASOM.

Queremos destacar, por otra parte, que la medicina del trabajo se ofrece en los planes de estudios de algunas facultades de Medicina de nuestro país como asignatura optativa u obligatoria. Como ejemplos cabe citar:

- Universidad de Albacete (UCLM): imparte como asignatura obligatoria en el segundo ciclo “Medicina del trabajo” (5 créditos).

- Universidad de Santiago de Compostela: optativa de segundo ciclo: “Salud laboral” (4,5 créditos).

- Universidad de Sevilla: optativa de segundo ciclo: “Salud laboral” (4,5 créditos).

- Universidad Complutense de Madrid: optativa de segundo ciclo: “Medicina del trabajo”.

- Universidad de Cádiz: optativa de segundo ciclo: “Prevención de riesgos profesionales de la salud” (5 créditos).

- Universidad de Lleida: optativa de segundo ciclo: “Salut i entorn”.

- Universidad de Barcelona: optativa de segundo ciclo: “Medicina del treball” (4,5 créditos).

- Universidad de Girona: optativa de segundo ciclo: “Salut i medi ambient”.

No se puede obviar, para la correcta formación de los nuevos licenciados como médicos generales, que en cada una de las especialidades existe una patología específica que se desarrolla en el ámbito laboral. La formación de los alumnos en este ámbito es fundamental

para un buen diagnóstico y prevención, tanto individual como comunitaria, de los factores de riesgo derivados de su entorno laboral, y debe formar parte del enfoque biopsicosocial en el que se debe englobar a sus futuros pacientes, lo que contribuirá a evitar la infradeclaración de enfermedades profesionales y el desconocimiento de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales por parte de los profesionales sanitarios.

Por todo ello, proponemos que la asignatura de medicina del trabajo sea tenida en cuenta, como asignatura optativa al menos, en las facultades de Medicina de nuestro país.

Bibliografía

<http://www.easom.org>. Fecha de acceso: 8 de febrero de 2010.
La Sección de Medicina del Trabajo de la Unión Europea de

Médicos Especialistas (UEMS). Arch Prevención Riesgos Laborales 2011; 14 (1): 43-4.

Reetoo KN, Harrington JM, Macdonald EB. Required competencies of occupational physicians: a Delphi survey of UK customers. Occup Environ Med 2005; 62: 406-13.

Requirements for occupational medicine training in Europe: a Delphi study.

Research in occupational medicine in the Netherlands: responsiveness to societal needs. Occupational Medicine 2010; 60: 242-6.

The occupational medicine agenda: routes and standards of specialization in occupational medicine in Europe. Clodagh Cashman and Andy Slovak. Occupational Medicine 2005; 55: 308-11.

Training for physicians in occupational medicine in various European countries. http://edforsa.vubp.cz/files/vysledky/cpmt_english.doc. Fecha de acceso: 4 de marzo de 2010.

Sensibilización a la resina epoxi agravada en el tiempo: un caso inusual

M. Larrosa Hernández¹, F. Heras Mendaza², I. Camacho Muñoz¹, P. Fenoy Rodríguez³, S. O'Connor Pérez¹, L. Conde-Salazar²

¹ Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ² Servicio de Dermatología Laboral. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

³ Servicio Médico de la European Aeronautic Defence and Space Company EADS de España

Correspondencia:

Mónica Larrosa Hernández

Residente de 4.º año del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

c/ Profesor Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid

Correo electrónico: mglarrosa@gmail.com

Fecha de recepción: 03/11/11

Fecha de aceptación: 04/11/11

Premio al mejor póster científico de la sección de residentes en medicina y enfermería del trabajo en el VIII Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo (Valladolid, 2011)

Trabajador de 58 años, en industria aeronáutica desde el año 1966 (chapa y montaje), donde se manejan resinas epoxi. Estudiado en 2001 por eccema de manos y antebrazos, se realizaron pruebas epicutáneas, que fueron positivas a la resina epoxi. Diagnosticado de eczema alérgico de contacto por esta resina, se llevó a cabo un cambio de puesto de trabajo, destinándose al paciente a las oficinas. Tras 9 años en este puesto, presentó brotes de intenso eccema en la cara, el cuello, los miembros superiores y los pliegues inguinales. Unas nuevas pruebas epicutáneas observaron la persistencia de la sensibilización a resinas epoxi (bisfenol F), que se había agravado en el tiempo. Los eccemas causados por resinas epoxi no suelen reaparecer si se evitan los ambientes en que se manipula dicha resina. Sin embargo, en casos excepcionales, como el que aquí presentamos, una mínima cantidad de resina vehiculizada a través de la documentación que había permanecido previamente en el taller de la fábrica desencadenó lesiones.

Palabras clave: Resina epoxi. Salud ocupacional. Dermatitis de contacto.

SENSITIZATION TO EPOXY RESIN INCREASING OVER TIME: AN UNUSUAL CASE

A 58 year old aeronautical industry worker, since 1966 (in maintenance), using epoxy resin composite material was studied in 2001 for presenting eczema in hands and forearm. He showed positive patch test reactions to epoxy resin. Patient was diagnosed of contact allergic eczema, and was changed to administrative duties. Nine years later (2010) he presents intense eczema on face, neck, arms and groins. Patch test with epoxy resin (bisphenol F) was done, showed increasing positive results compared to previous ones. Eczemas caused by epoxy resins tend to disappear in a short period of time since the contact with the allergen decreases. However, despite the change to administrative duties and reduced contact with epoxy resin in the current work environment, the eczema that the patient presented was more significant than before, with higher sensitivity in the patch test.

Key words: Epoxy resin. Occupational health. Contact dermatitis.

Introducción

Las resinas epoxi son pegamentos utilizados ampliamente en la industria. Sus propiedades de resistencia, poder adhesivo, capacidad aislante y rapidez de manufactura han hecho que la explotación comercial creciera exponencialmente desde 1946⁽¹⁾. Actualmente se las encuentra como componentes de pinturas, barnices, suelos industriales, material deportivo como esquís, raquetas, etc.

Por otro lado, las resinas epoxi son unas de las sustancias industriales con mayor capacidad de sensibilización. Esta resina se forma por polimerización de unidades que determinan su peso molecular. Cuanto menor sea el peso molecular, mayor el poder de sensibilización del compuesto⁽²⁾.

La manipulación sin protección adecuada de estos productos hace que las dermatosis producidas por esta resina sean frecuentes entre los trabajadores que las manejan, pudiendo aparecer de forma brusca y en ocasiones asociadas a un mecanismo aerotransportado (*airborne*)⁽³⁾.

Las dermatitis de contacto aerotransportadas están causadas por sustancias que se vehiculizan por el aire y se depositan en la piel. Estas sustancias químicas pueden encontrarse en forma de vapores, gotitas o partículas sólidas. La localización principal de las lesiones tiene lugar en zonas descubiertas y en contacto con el aire, principalmente en la cara, los antebrazos y las manos. En ocasiones, pueden aparecer lesiones en los grandes pliegues de flexión y en zonas protegidas por la vestimenta, pero donde existe mayor oclusión, y por lo tanto mayor penetración del alérgeno⁽⁴⁾.



Figura 1. Lesiones ecematosas que presentaba el paciente en zonas expuestas al aire y en pliegues.

Caso clínico

Trabajador de 58 años de la industria aeronáutica desde hacía 44 años, en el sector de chapa y montaje. Comienza en el año 1966 desempeñando sus tareas en los talleres (lijado y pintura, principalmente). En 2001, tras sufrir episodios de lesiones ecematosas en las manos y los antebrazos, se realiza un estudio con pruebas epicutáneas (batería estándar española y de resinas epoxi, de Chemotechnique®). Se encontró positividad a la resina epoxi y se diagnosticó un eccema alérgico de contacto a esta resina, que se encontraba en su puesto de trabajo. Se recomendó evitar totalmente el alérgeno, lo que derivó en una adaptación de puesto de trabajo, consistente en el trasladado a las oficinas de la misma fábrica, y pasando a realizar tareas administrativas. Un nuevo estudio con pruebas epicutáneas en el año 2006 confirmó la persistencia de su sensibilización profesional.

Tras 9 años en este nuevo puesto en la empresa, el trabajador comenzó a presentar en 2010 intensos brotes de eccema en la cara, el cuello, los miembros superiores y los pliegues inguinales (**Figura 1**). La dermatitis remitía completamente durante los periodos de descanso laboral, para reaparecer cuando se reincorporaba a su trabajo. La única novedad que se había producido en su puesto era la reciente introducción de una serie de documentos que pasaban previamente por la zona del taller.

Nuevamente, se realizaron pruebas epicutáneas, observándose la persistencia de la positividad a resinas epoxi (bisfenol F), con mayor intensidad aún que la observada en los estudios previos (**Tabla 1**).

Discusión

Generalmente, los eccemas causados por resinas epoxi se resuelven tras 2-3 semanas de evitar el alérgeno. Un cambio de puesto de trabajo, sin el contacto directo con la resina sin polimerizar, suele ser suficiente para que la

Tabla 1. **RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS***

Año	Resina epoxi
2001	+
2006	++
2010	+++

*Se observa el grado de positividad creciente, con relevancia actual en cada uno de los años (rango según la escala de cruces 0 a 3 cruces)

persona sensibilizada no presente brotes de eccema en el futuro.

Sin embargo, en el caso que presentamos, pese a la ubicación del trabajador dentro de las oficinas y aislado del taller, reaparece un eccema de contacto aerotransportado que se agrava con el tiempo. El hecho de que una cantidad menor de resina a la que el paciente está expuesto en las oficinas de la fábrica (en comparación con el taller) provoque un eccema cada vez más intenso se explica a través de la creciente positividad de la prueba epicutánea con la resina epoxi, es decir, la concentración de resina en el ambiente necesaria para provocar un eccema en este paciente fue decreciendo a lo largo del tiempo.

Otro aspecto a tener en cuenta en este caso sería la forma en que la resina epoxi alcanza un puesto de trabajo que se encuentra relativamente aislado del taller donde se maneja la resina: en vez de alcanzar las oficinas de la fábrica a través de las corrientes de aire, lo hace por los documentos que previamente habían

permanecido en la zona de taller, actuando, pues, estos documentos como fómites.

El trabajador fue trasladado a las oficinas centrales de la empresa, ubicadas en otro edificio y donde no maneja documentación que provenga de la zona de talleres. Sin embargo, se trata de un caso en el que siempre se deberá permanecer alerta, evitando de forma estricta aun las más mínimas concentraciones de resina epoxi, por insignificantes que parezcan, ya que podrían desencadenar nuevos brotes.

Bibliografía

1. Conde-Salazar L, Guimaraens D, Romero L. Estudio de tres casos. Sensibilidad a resinas epoxi de carácter profesional. *Salud y Trabajo* 1982; 35: 66-9.
2. Jiménez Bajo L, Fernández Guarino M, Del Pozo Pozo AI, Martínez-Amo Gámez JL, Heras Mendaza F, Conde-Salazar Gómez L. Sensibilización a bisfenol A y bisfenol F en trabajadores expuestos a resinas epoxi. *Med Segur Trab* [online] 2008; 54 (211): 39-45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X200800020000624/10/11
3. Conde Salazar L, Ancona-Alayón A. *Dermatología profesional*. Madrid: Aula Médica; 2004. p. 134-46.
4. Giménez Camarasa JM. *Dermatitis de contacto*. Madrid: Aula Médica; 1999.

Premios

El VIII Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo otorga:

Premio al mejor trabajo de investigación en medicina y enfermería del trabajo

TI-02. Ototoxicidad por exposición a concentraciones bajas de mezclas de disolventes en trabajadores de una fábrica de pinturas

Cuauhtémoc Arturo Juárez Pérez¹, Arturo Torres Valenzuela², Luis Cuauhtémoc Haro García³, Víctor Hugo Borja Aburto⁴, Guadalupe Aguilar Madrid⁵

¹ Investigador asociado B. Salud Ambiental. Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Investigación y Estudios Avanzados (CINVESTAV). ² Servicio de Audiología. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. ³ Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de México. ⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social. ⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Investigación en Salud en el Trabajo



PREMIOS A COMUNICACIONES ORALES

Premio a la mejor comunicación oral. Sección de especialistas en medicina y enfermería del trabajo

CO-033. Discrepancias en la valoración de la capacidad laboral de los trabajadores entre las unidades médicas de valoración y los servicios de prevención

José Antonio Díaz García¹, María Angustias Gallego Montalbán²

¹ Médico del trabajo. Coordinador médico de la Dirección Regional Andalucía Oriental. Sociedad de Prevención de FREMAP. Málaga. ² Médico del trabajo. Mutua FREMAP. Málaga



Premio a la mejor comunicación oral. Sección de residentes en medicina y enfermería del trabajo

CO-015. Análisis de las lesiones por accidente de trabajo en el sector de la construcción de la isla de Mallorca (2006-2008)

Eliezer Ramírez Santana. Residente de 4.º año en Medicina del Trabajo. Mutua Balear. Palma de Mallorca (Balears)



PREMIOS A CASOS CLÍNICOS

Premio al mejor caso clínico de la sección de especialistas en medicina y enfermería del trabajo

CC-07. Dificultad respiratoria en un técnico protésico dental: a propósito de un caso

Clara Guillén Subirán¹, Carlos Ortega Molina²

¹ Médico del trabajo. Jefe de Departamento de Enfermedades Profesionales. Ibermutuamur. ² Médico del trabajo. Unidad Central de Enfermedades Profesionales. Ibermutuamur. Madrid



Premio al mejor caso clínico de la sección de residentes en medicina y enfermería del trabajo



CC-05. Enfermedad profesional en el personal sanitario: continúa el reto del diagnóstico, el reconocimiento de la contingencia y las actuaciones derivadas

Mónica Larrosa Hernández¹, María Luisa Valle Robles², Covadonga Caso Pita³

¹ Médico interno residente de 4.º año. Medicina del Trabajo; ² Facultativo especialista de área; ³ Jefe de servicio Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Premio a las mejores iniciativas en vacunación antigripal en el medio laboral

NV-02: Estrategias de vacunación antigripal en el personal sanitario

Irene Camacho Muñoz¹, Mónica Larrosa Hernández¹, Ana Capapé Aguilar¹, Silvia O'Connor Pérez², Ignacio Bardón Fernández-Pacheco², Covadonga Caso Pita³

¹ Médico interno residente de Medicina del Trabajo; ² Facultativo especialista de área de Medicina del Trabajo; ³ Jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid



PREMIOS A PÓSTERES CIENTÍFICOS

Premio al mejor póster científico de la sección de especialistas en medicina y enfermería del trabajo

PO-027: Estudio comparativo de la formación especializada de la medicina del trabajo en Europa

Idoia Reinoso Echezárraga¹, M.^a del Carmen Bellido Cambrón², Ana I. Arizón Benito³, Viviana Gómez Bautista⁴, Slavko Zupcic Rivas⁵, Irena Predoiu⁵

¹ Residente de 4.º año de Medicina del Trabajo; ² médico especialista en Medicina del Trabajo. Coordinadora de la Unidad Periférica n.º 1; ³ médico especialista en Medicina del Trabajo. Adjunta en el Servicio ⁴ Residente de 2.º año de Medicina del Trabajo; ⁵ Médico especialista en Medicina del Trabajo Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana



Premio al mejor póster científico de la sección de residentes en medicina y enfermería del trabajo

PO-012: Sensibilización a la resina epoxi agravada en el tiempo: un caso inusual

M. Larrosa Hernández¹, F. Heras Mendaza², I. Camacho Muñoz¹, P. Fenoy Rodríguez³, S. O'Connor Pérez¹, L. Conde-Salazar²

¹ Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ² Servicio de Dermatología Laboral. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ³ Servicio Médico de la European Aeronautic Defence and Space Company EADS de España



En el acto también se entregó la distinción de presidente de honor de la asociación a los que han ocupado tan relevante cargo al frente de ésta.

De izquierda a derecha son: Dr. Antonio Iniesta Álvarez, actual presidente de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, quien entrega el premio al Dr. Miguel Jurado, al Dr. Arturo Pretel Pretel y al Dr. Javier Sánchez Lores.

Los maestros de ceremonia, al fondo, son la Dra. Isabel García Gismera y el Dr. Juan José Muñoz, miembros del comité científico y organizador del VIII Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo.

Agenda

Certificado Internacional de Experto en Evaluación e Intervención Psicosocial Laboral

Organiza: Instituto Técnico de Psicología y Formación Mac (ITPF-mac)
Abierta la matrícula del curso
MÁS INFORMACIÓN:
Web: <http://itpfmac.edu20.org>

Entrega de los II Premios de Seguridad y Salud Laboral

Fecha: 1 de marzo de 2012
Lugar: Hotel Pullman.
Campo de las Naciones. Madrid
MÁS INFORMACIÓN:
Web: <http://www.borrmart.es/agenda.php>

Safety Granada 2012

Fecha: 16-18 de mayo de 2012
Lugar: Parque de las Ciencias de Granada
MÁS INFORMACIÓN:
Web: <http://www.ugr.es/~safetygranada2012/safetygranada2012/Inicio.html>

XII Encuentro Internacional sobre Prevención y Salud Laboral y IV Seminario Internacional sobre Factores Psicosociales en la Profesión Médica

Fecha: 5-8 de junio de 2012
Lugar: Biblioteca-Museo Víctor Balaguer de Villanova i la Geltrú (Barcelona)
Avda. Víctor Balaguer, s/n
MÁS INFORMACIÓN:
Web: enpysal.8m.com

XIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) y III Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales

Convoca: Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo
Organiza: Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo (SCMST)
Fecha: 17 al 19 de octubre de 2012
Lugar: Toledo
MÁS INFORMACIÓN:
Webs: www.semst.org
www.scmst.org
Secretaría técnica: Drug Farma Congresos:
Telfs.: 91 792 13 65 / 91 792 20 32
Correo electrónico: lpnizo@drugfarmacongresos.com



Boletín de asociación a la AEEMT

Nombre y apellidos:

DNI: **Fecha de nacimiento:**

D./D^a:

Dirección:

c/

Población: **CP:** **Provincia:**

Teléfono móvil: **Teléfono fijo:**

Correos electrónicos:

Fecha de finalización de licenciatura:

Fecha de finalización de la especialidad Medicina del Trabajo:

Empresa en la que trabaja y teléfono:

.....

DATOS DE DOMICILIACIÓN BANCARIA:

Entidad: **Oficina:** **DC:** .. **N.º cta.:**

Dirección: c/ **Población:**

CP: **Provincia:**

Sugerencias:

.....

.....

Firma **a** **de** **de**

Por favor, cumplimentar los datos, aunque no varíen desde la última vez, para actualizar los ficheros y enviar este boletín a la Secretaría de la AEEMT. A/A Mercedes Almagro Mejías. c/ Fernández de la Hoz, 61. 28003 Madrid

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, usted queda informado y presta su consentimiento expreso e inequívoco a la incorporación de sus datos a los ficheros de datos personales de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT). Asimismo, usted presta consentimiento para que pueda ser facilitado su correo electrónico a otros socios o incorporarlo en la página web de la AEEMT con objeto de favorecer y fomentar la comunicación entre los médicos del trabajo, así como para recibir información sobre actividades científicas, formativas, comerciales, legales o cualesquiera otras de interés para los profesionales médicos del trabajo. El responsable de dichos ficheros es la AEEMT, sita en Sta. Isabel, 51. 28012 Madrid. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección de la AEEMT.



Staff

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO

Director:

Dr. Javier Hermoso Iglesias

Comité de Redacción:

Dra. M.^a Teresa del Campo Balsa

Dra. Carmen Muñoz Ruipérez

Dr. Pedro Ortiz García

Dr. Luis Reinoso Barbero

Edita:



grupoacciónmédica

Redacción, Publicidad y Suscripciones:

Acción Médica, S.A.

c/ Fernández de la Hoz, 61, entreplanta.

28003 MADRID

Tfno.: 91 536 08 14 • Fax: 91 536 06 07

Correos-e: publicaciones@accionmedica.com

comercialmadrid@accionmedica.com

Balcells, 21-25, bajos, local 1

08024 BARCELONA

Tfno.: 93 285 75 55 • Fax: 93 285 75 56

Correo-e: comercialbarcelona@accionmedica.com

Editor: Javier Baglietto

Redacción: Celerina Ramírez, Mamen Gómez,

Daniel Dorrego, Rosana Jiménez, Felipe Contreras, Ester Carrasco

Maquetación: Domingo Roldán, Nuria Martínez, Agustín Sánchez, Lola Vázquez

Secretaria de Redacción: Carmen González

Precio de suscripción anual (3 números): 110 € (IVA incluido)

S.V.: 91046 R

I.S.S.N.: 1132-6255

D.L.: M-43.419-1991

Control

