

XVIII DIADA DE LA SCSMT

RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES LIBRES

27 de Noviembre de 2008

Universidad Pompeu Fabra
Barcelona

Salud laboral y atención primaria: integración de la información en la historia clínica informatizada

*Fàbrega O, Castejón J, Company MA, Funes J.
Unitat de Salut Laboral. Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent. Institut Català de la Salut.*

Contacto: ofabrega.cp.ics@gencat.cat

Objetivos: En la atención primaria de salud (AP) se atienden problemas de salud relacionados con el trabajo. El médico de AP necesita disponer de herramientas de información y apoyo sobre las características de la ocupación del paciente para la toma de decisiones. El objetivo de este trabajo es presentar un sistema para optimizar y agilizar el flujo de información entre los médicos de AP y la Unitat de Salut Laboral (USL) de la Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent del Institut Català de la Salut, y los resultados del periodo de implantación.

Métodos: Se han diseñado, con el apoyo de los responsables de la historia clínica informatizada (e-CAP) y la unidad de informática, instrumentos que permiten: 1) la integración de la actividad de consulta de la USL y la del médico de AP, al mismo nivel, y 2) la comunicación rápida entre el médico de AP y la USL (consulta y respuesta). Así mismo, se ha evaluado el punto 2 mediante un estudio realizado entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2008, en el que se han analizado los casos consultados, el tiempo de respuesta y los motivos de consulta.

Resultados: 1) Los médicos de la USL utilizan la e-CAP como historia clínico-laboral propia. La información específica (laboral y clínica) obtenida en el momento de la consulta de la USL, así como el plan de actuación y seguimiento, se integran en el mismo apartado clínico (MEAP) que utiliza el médico de AP. 2) Se ha incorporado en la barra del menú principal de la e-CAP un acceso directo a la USL ("Suport Unitat de Salut Laboral CP") que permite al médico de AP realizar consultas en el momento de la visita, vía e-mail, y obtener una respuesta de la USL en un plazo máximo de 24 horas. Mediante esta última herramienta se han recibido y contestado, durante el periodo indicado, 96 consultas. El tiempo medio de respuesta ha sido inferior a 24 horas. Los motivos de consulta fueron: para estudio de posible patología laboral (56,3%), sobre medidas preventivas (22,9%), sobre gestión de procesos (12,5%), y para valoración del pronóstico de enfermedades no laborales en relación con la exposición a factores de riesgo laboral (8,3%).

Conclusiones: La utilización de la historia clínica informatizada de AP es un instrumento idóneo para facilitar y agilizar el flujo de información entre la AP y la USL, mejora las actividades de apoyo de la USL al médico de AP, y permite reducir al mínimo el tiempo de consulta-respuesta.

Accidentes biológicos percutáneos en el personal sanitario: análisis de los factores de riesgo que no pueden ser prevenibles mediante las precauciones sanitarias estándar

Torres M, Campins M, Varela P, López Clemente V, Gascó A, De la Prada M, Espuga M, Tapias G, Peña P, Hermosilla E, Otero S, Bastida T, Sanz P, Bayas JM, Serra C.

Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet; Hospital Universitari Vall d'Hebron; Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell; Hospital Clínic; Hospital de Viladecans; Consorci Sanitari del Maresme; Hospital de Mataró; Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

Contacto: mtorres@hes.scs.es

Objetivo: El riesgo biológico es el más frecuente entre los riesgos laborales de los trabajadores de la salud, y dentro de este grupo, son las inoculaciones accidentales las que generan una mayor angustia y percepción de riesgo en este colectivo. La forma más segura de evitar o minimizar los riesgos derivados de la exposición a material biológico consiste en la adopción de las denominadas "precauciones estándar". Un número relevante de las exposiciones se producen a pesar del cumplimiento estricto de las precauciones estándar y del correcto uso de los equipos e instrumental de trabajo. El objetivo de este estudio ha sido identificar los posibles factores de riesgo de las exposiciones laborales percutáneas no prevenibles mediante las precauciones estándar.

Métodos: Estudio multicéntrico de casos y controles. Se definió como caso el trabajador que había sufrido una exposición percutánea a pesar de haber seguido las precauciones estándar. Los controles fueron trabajadores del mismo hospital que realizasen procedimientos similares al caso y que hubieran tenido un accidente biológico sin adoptar de forma correcta las precauciones estándar (control 1) o que no hubieran tenido una exposición accidental en los últimos 6 meses (control 2). Se calcularon las odds ratio ajustadas (ORa) de los factores de riesgo considerados en el estudio, con su intervalo de confianza del 95% (IC95%), mediante regresión logística condicional univariable.

Resultados: Se incluyeron 512 exposiciones (256 casos y 256 controles 1) y 256 controles 2. Respecto a los controles 1, se observó asociación con ser médico (ORa 2,22; IC95% 1,07-4,60) y trabajar en quirófano (ORa 2,87; IC95% 1,26-6,55). En

relación a los controles 2, se observó asociación con tener una edad inferior a 25 años (ORa 2,58; IC95% 1,20-5,58), ser médico (ORa 5,24; IC95% 1,50-18,28), trabajar en quirófanos (ORa: 6; IC95%:2,07-17,36), en servicios de urgencias, UCIs y reanimación (ORa 3,48; IC95% 1,37-8,85), y estar expuesto a iluminación inadecuada (ORa 1,67; IC95% 1,02-2,82). La formación en prevención de riesgos laborales se mostró como un factor protector en los controles 1 (ORa 0,61; IC95% 0,39-0,97).

Conclusiones: A pesar de seguir de forma correcta las precauciones estándar son factores de riesgo independientes de sufrir exposiciones accidentales percutáneas, ser médico, trabajar en quirófanos, urgencias, UCI o reanimación, la edad inferior a 25 años, la visibilidad inadecuada y la poca formación en prevención.

Los trabajadores de mayor edad: elementos claves en el mantenimiento de su capacidad laboral y su intención de mantenerse laboralmente activos

González MP, Peña P, Rovira T, Orpella X, Fernández-Castro J, Serrano R, Galdeano H, Ripoll R, Tortajada M, Molins M. *Fundación Privada Universitaria EADA; Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball; Universitat Autònoma de Barcelona. Equipo de 23 investigadores. Proyecto subvencionado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (107/UAB/CAPLAB_2007).*

Contacto: mpgonzalez@eada.edu

Objetivo: La sostenibilidad del sistema de bienestar social europeo dependerá cada vez más de la contribución de los trabajadores mayores de 50 años. El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer las principales variables clave en relación con la capacidad laboral y la intención de mantenerse laboralmente activo de los trabajadores de mayor edad. Se inscribe en la primera fase de recogida de información de un proyecto para diseñar, ejecutar y evaluar una intervención de promoción de la salud en este colectivo.

Métodos: Revisión sistemática de literatura científica de artículos originales (Bases de datos: Medline, Cochrane, Science Direct, Psychinfo, Source Business Direct) y de literatura gris (Google y webs institucionales), realizada en dos fases.

Primera fase. Criterios de inclusión: estudios que relacionen los temas clave (trabajadores de mayor edad, capacidad de trabajo, motivación, satisfacción, salud y intención de continuar en activo), en poblaciones sin trastorno específico. Segunda fase. Criterio de inclusión: calidad y relevancia de resultados.

Se realizaron lecturas independientes de los estudios seleccionados, sintetizando los resultados en función de criterios cualitativos.

Resultados: Literatura científica: 11 estudios seleccionados al final de la segunda fase: uno controlado aleatorio, seis descriptivos transversales, uno cualitativo, uno de diseño combinado (diseño experimental y descriptivo transversal) y dos artículos complementarios narrativos. Literatura gris: 3 publicaciones seleccionadas. Factores relevantes: condiciones laborales, factores organizativos, demanda-control, esfuerzo-recompensa, percepción de salud (mental y física), situación laboral de la pareja, planes para la prejubilación, accidentes laborales, satisfacción con el servicio médico de empresa y expectativas sobre la jubilación.

Conclusiones: Se constata una ausencia de trabajos de calidad sobre intervenciones dirigidas a promocionar la salud y capacidad laboral de los trabajadores en esta franja de edad. Se concluye que para entender de qué depende la intención de mantenerse laboralmente activo, se requiere contemplar factores particulares que afectan diferencialmente a los trabajadores de mayor edad, en relación a la población general. En este sentido, el apoyo social parece jugar un papel distinto del que juega en trabajadores más jóvenes.

VARIABLES LABORALES ASOCIADAS A LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL SANITARIO

Carreras R, Blázquez B, Riera I, Garre J. *Servicio de Prevención. Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona); Unidad de Investigación. Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona)*

Contacto: rosa.carreras@ias.scs.es

Objetivos: La calidad de vida (CV) es un constructo multidimensional. El objetivo del estudio fue determinar el efecto de variables laborales sobre la CV de una muestra de trabajadores de una empresa sanitaria.

Métodos: Estudio transversal y observacional. Estudio del clima laboral de los trabajadores del Institut d'Assistència Sanitària. Se utilizó el SF-12 para determinar la CV (dimensión física -dF- y mental -dM-) y cuestionarios estandarizados para registrar diversas variables laborales. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y un estudio analítico mediante regresión lineal multivariante. Se utilizó la dF-CV y la dM-CV como variables dependientes y las características sociodemográficas y laborales como variables independientes.

Resultados: Respondieron todos los cuestionarios 458 trabajadores. La edad media fue de 36,5 años (DE=9,7) y el 72,9% fueron mujeres. El 77,1% de los participantes realizaba actividades asistenciales. La puntuación media de la dF-CV fue de 53,3 puntos (DE=6,1) y se relacionó con la edad ($\beta=-0,160$; $p<0,001$), el sexo ($\beta=-0,152$; $p<0,001$) y el tipo de turno laboral ($\beta=-0,152$; $p<0,001$). La puntuación media de la dM-CV fue de 49,2 puntos (DE=8,7) y se relacionó con el clima social de la empresa ($\beta=0,194$; $p=0,001$), con el tipo de actividad (asistencial vs no asistencial) ($\beta=-0,037$; $p=0,048$) y con la percepción del funcionamiento general del centro de trabajo ($\beta=-0,214$; $p<0,001$).

Conclusiones: La CV de los trabajadores del ámbito sanitario está relacionada con diversas variables laborales, aunque su efecto sobre la varianza total de la CV es bajo, con un coeficiente de determinación de 0,117 para la dF-CV y de 0,198 para la dM-CV.

Comparación del coste de la incapacidad temporal por contingencia común entre las provincias de Barcelona y Madrid, 2006

Ballesteros M, Serra C, Martínez J, Plana M, Benavides FG. *División de Servicios Médicos. Midat Mutual Cyclops. Barcelona; Unidad de Investigación en Salud Laboral. Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.*

Contacto: mballesteros@mc-mutual.com

Objetivo: La incapacidad temporal por contingencia común (ITCC) es un importante problema de salud pública con grandes repercusiones socioeconómicas, que no se distribuye territorialmente de forma homogénea. El objetivo de este trabajo es explicar la variabilidad en los costes de la ITCC entre las provincias de Barcelona y Madrid.

Métodos: Estudio descriptivo basado en casos incidentes de ITCC de más de 15 días de duración seguidos hasta su finalización en una cohorte retrospectiva de trabajadores en el año 2006. La población de estudio fueron los trabajadores de las empresas afiliadas a una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales para la gestión de la ITCC ubicados en las provincias de Barcelona y Madrid. Se comparó la incidencia, duración y base reguladora diaria (BRD) entre Barcelona y Madrid, ajustando por sexo, edad y sector económico mediante modelos estadísticos que tuvieron en cuenta individuos con más de un episodio en el periodo.

Resultados: Se identificaron 24.527 episodios de ITCC, siendo el 62% de Barcelona. El coste medio por episodio fue un 40% más elevado en la provincia de Barcelona (202€ vs. 144€). Los episodios de ITCC ocurridos en la provincia de Barcelona, respecto a Madrid, presentaron una incidencia un 22% superior (1,22, IC95%:1,10-1,36), la duración mediana fue un 3% mayor (1,03; IC95%: 1,01-1,05) y la BRD media por episodio fue 7,8€ superior (IC95%:7,20-8,40).

Conclusiones: La mayor incidencia, duración y BRD de la ITCC en la provincia de Barcelona respecto a la de Madrid permiten explicar su mayor coste.

Fortalezas y debilidades de la nueva formación de la especialidad de medicina del trabajo

Pérez P, Artaxoz L.

UDMT Mateu Orfila; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Contacto: peprez@mc-mutual.com

Objetivo: Identificar las fortalezas y debilidades del nuevo sistema de formación de la especialidad de Medicina del Trabajo.

Métodos: La información se recogió mediante la técnica Delphi, un método de consenso que permite que personas que cuentan con buena información puedan identificar y priorizar problemas, necesidades o soluciones. Los participantes del estudio fueron residentes de Medicina del Trabajo de todas las Unidades Docentes de España (n=109) de las dos primeras promociones tras el nuevo diseño de la especialidad. El proceso se desarrolló en tres rondas. En la primera se formularon dos preguntas abiertas ¿Cuáles son los aspectos más positivos de tu formación? y ¿Cuáles son los aspectos más negativos de tu formación?. Las respuestas sirvieron para elaborar el segundo cuestionario en el que se solicitó a los participantes la priorización de las respuestas. En la tercera ronda se envió el cuestionario con los ítems priorizados y se solicitó una nueva priorización a la luz de los resultados. La tasa de respuesta en la primera ronda fue del 44% (n=48) y en la segunda y la tercera del 25,6% (n=28).

Resultados: Tras la primera ronda se obtuvieron 11 aspectos positivos y 38 negativos. En la segunda y tercera ronda se ordenaron de mayor a menor número de votos. Aunque ya en la segunda ronda se produjo una importante concentración de votos en unos cuantos aspectos, en la tercera esta concentración fue aún superior.

En la última ronda los aspectos positivos que destacaron significativamente sobre el resto fueron "rotación clínico hospitalaria", "formación más completa con rotaciones específicas de salud laboral" y en tercer lugar "formación MIR similar al resto de especialidades médicas", con 103, 98 y 75 puntos, respectivamente. Los aspectos negativos priorizados en la última ronda fueron "formación hospitalaria no dirigida a Medicina del trabajo", "los Servicios de Prevención no están capacitados para formar residentes" y "desconocimiento de la especialidad por parte de otros especialistas" con 56, 53 y 46 puntos respectivamente.

Conclusiones: El nuevo sistema se propone mejorar el programa formativo anterior. Sin embargo, las dificultades propias de su puesta en marcha revelan algunas carencias en la dificultad de Medicina del Trabajo que deben ser tenidas en cuenta para la introducción de mejoras.

Registro y notificación de accidentes biológicos en el IMAS

Pi-Sunyer J, Villar R, Domínguez Y, Del Prado J, González N, Sánchez C, Sancho C.

Servei de Prevenció IMAS. Barcelona.

Servicio de Prevención IMAS. Barcelona.

Contacto: RVillar@imas.imim.es

Objetivos: El IMAS está constituido por diversos centros sanitarios, entre ellos el Hospital del Mar, Peracamps, el Hospital de la Esperanza y el Centro Fórum. Dispone de un Servicio de Prevención (SP) que tiene entre sus objetivos el registro, análisis y prevención de accidentes laborales. El protocolo de actuación ante un accidente biológico está vigente desde 1997. Fue revisado el año 2002 y en septiembre de este año se ha reeditado para adaptarlo a las nuevas Guías Clínicas. El objetivo de esta comunicación es el análisis y descripción de la frecuencia y tendencia de las exposiciones accidentales ocupacionales a fluidos biológicos en el IMAS.

Métodos: El circuito de notificación de accidentes establecido en todo el IMAS incluye una visita médica inicial en la que el trabajador rellena un cuestionario estandarizado sobre las características técnicas del accidente, se realiza una valoración del riesgo de contagio de los virus de la Hepatitis B y C, y de VIH, y se llevan a cabo las medidas preventivas correspondientes a cada caso. La información recogida se procesa en el programa informático de registro de accidentes. Se ha realizado un análisis proporcional de todos los accidentes biológicos notificados según este circuito durante los años 2006 y 2007.

Resultados: Se registraron un total de 351 y 392 accidentes de trabajo en el 2006 y 2007 respectivamente, de los cuales 141 (40.2%) y 162 (41.3%) eran accidentes con riesgo biológico. En el 2006 los accidentes por contacto con mucosas correspondieron a un 15.6% de los accidentes biológicos y en el 2007 aumentaron hasta el 20.3%. Este tipo de accidente fue el mecanismo más frecuente en ambos años. El hecho de reencapuchar agujas corresponde a un porcentaje del 1.41% en el 2006 y un 3% en el 2007. La ocupación que más accidentes laborales ha sufrido ha sido la de enfermería, con un 51.7% en 2006 y un 48,7% en 2007. Con relación al tipo de contrato del accidentado, en el 2006 un 26.9% era personal suplente y en 2007 un 36,41% de accidentes eran de personal suplente.

Conclusiones: El incremento observado en el número de accidentes notificados al SP en 2007 puede ser explicado por una mejora en la notificación de los accidentes por el esfuerzo dedicado a divulgar el circuito de declaración de accidentes en la institución. Habría que considerar también otros factores más relacionados con la prevención, especialmente en los trabajadores temporales. Es necesaria más información, formación y nuevos dispositivos de seguridad, así como la implicación de la empresa, mandos intermedios y trabajadores para la prevención de accidentes.

Serología hepatitis a en personal sanitario

Carreras R, González V, Garre J, Valverde J, Bardalet S.
Servicio de Prevención. Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona); Unidad de Investigación. Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona)

Contacto: rosa.carreras@ias.scs.es

Objetivos: Determinar el estado de inmunización natural frente a la hepatitis A en un grupo de trabajadores del sector sanitario.

Métodos: Estudio transversal y observacional. Análisis de los datos del registro de serología de hepatitis A del Servicio de Prevención (SP) de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) de Salt (Girona). La muestra estuvo formada por personal sanitario que acudieron de forma voluntaria al SP. El registro incluye datos demográficos y el resultado de la serología con la determinación de anticuerpos IgG de la hepatitis A. Análisis descriptivo y estudio analítico mediante regresión logística.

Resultados: La muestra estuvo formada por 460 casos, el 20,7% hombres y el 79,3% mujeres. La serología fue negativa para el 54,1% (IC 95%=49,5-58,8) de los casos. No hubieron diferencias del resultado de la serología según el sexo. La edad media de los sujetos con serología negativa fue de 32,2 años (DE=8,7) frente a 40,5 años (DE=11,2) años en los sujetos con serología positiva (p<0,001). A partir de los 50 años el 86,7% (IC 95%=77,2-96,1) fueron positivos. Los resultados de la regresión logística indican diferencias importantes según los grupos de edad (OR=2,4 entre 30 y 39 años; OR=3,5 entre 40 y 49 años; OR=19,6 a partir de 50 años).

Conclusiones: Hay diferencias en el resultado de la serología según la edad, siendo más frecuente el resultado negativo entre 20 y 49 años. A partir de los 50 años el resultado negativo es casi nulo. Los datos cuestionan las recomendaciones actuales sobre la no vacunación a partir de los 40 años. Son necesarios estudios en muestras con mayor grado de representatividad de la población general.

Lesiones por accidente de trabajo en un centro sanitario, 1990-2004

Peña P, López V, Varela P, Vadell C, Serra C, Benavides FG.

Servicio de Prevención, Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell; Universitat Pompeu Fabra. Barcelona; Servei de Prevenció. Hospital Clínic.

Contacto: ppena@tauli.cat

Objetivos: Analizar el registro de lesiones por accidentes de trabajo (LAT) del Servicio de Prevención de un centro hospitalario con 2500 trabajadores, desde su inicio hasta 2004. Se analizan aquí los factores asociados a las LAT en el período 1997-2004.

Métodos: La población de estudio fue la cohorte de trabajadores del hospital durante el período 1990-2004. Antes de 1997 no se disponía de un registro longitudinal de todos los contratos de cada trabajador. Se calcularon las personas-años a partir de la suma de la duración de cada contrato durante el período 1997-2004, como denominador de las tasas. Los cambios en la clasificación de los puestos de trabajo en el registro administrativo de trabajadores motivó la elaboración de una clasificación nueva. Se calcularon las razones de tasas (RT), y sus intervalos de confianza del 95% (IC), ajustándose por edad, género, contrato, antigüedad, turno, ocupación y área de trabajo, utilizando un modelo múltiple de regresión de Poisson.

Resultados: Entre 1997-2004 se notificaron al Servicio de Prevención 3.163 LAT (1.783 osteomusculares y 1.380 con riesgo biológico). Se calculó un total de 35.813 personas-años. Los factores asociados a las LAT osteomusculares fueron el género (RT hombres 1,2; IC 1,1-1,4), el tipo de contrato (RT temporal 0,8; IC 0,7-0,9), los turnos de mañana (RT 1,5; IC1,3-1,8) y tarde (RT 1,3; IC1,1-1,6). El riesgo aumentó con la edad y disminuyó con la antigüedad. Las ocupaciones de mayor riesgo fueron los cocineros y ayudantes, mozos de almacén, mantenimiento, limpieza, auxiliares y enfermeros. Para las LAT con riesgo biológico, los hombres mostraron un riesgo inferior (RT 0,8; IC 0,7-0,9), no se observó una asociación con el tipo de contrato, el riesgo disminuyó con la edad y la antigüedad, se observó una asociación con el turno de mañana y las ocupaciones de riesgo fueron los enfermeros, médicos, auxiliares, técnicos y limpieza. Las áreas con mayor riesgo de LAT osteomusculares fueron limpieza y mantenimiento (RT 1,9; IC 1,8-3,0), y para las LAT biológicas no se observaron diferencias una vez ajustadas las tasas por todas las variables.

Conclusiones: Además de la ocupación, otras variables sociodemográficas y laborales se han mostrado como determinantes de las LAT en un centro hospitalario. Este análisis muestra una calidad razonablemente buena del registro de LAT, así como la necesidad de disponer de registros administrativos de trabajadores adecuados para la vigilancia colectiva de la salud en las empresas.

Actualización del tratamiento antiretroviral de urgencia después de una exposición accidental ocupacional con riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Pi-Sunyer J, Villar R, Domínguez Y, Del Prado J, González N, Sánchez C, Sancho C.

Servicio de Prevención IMAS. Barcelona.

Contacto: RVillar@imas.imim.es

Introducción: Según la experiencia acumulada, las tasas de infección tras pinchazos accidentales con enfermos reconocidos como infectados son aproximadamente del 0.3% para el VIH, del 3 al 10% para el VHC y hasta el 30 % para el VHB. En otros tipos de exposición el riesgo es extremadamente bajo, calculándose un 0.09% (una infección cada 3000 accidentes). No se ha descrito ningún contagio después de accidentes con sangre en caso de piel intacta del sanitario accidentado.

Objetivos: Actualización del protocolo médico asistencial en caso de exposición accidental ocupacional.

Métodos: El Servicio de Prevención ha trabajado conjuntamente con el servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital del Mar (Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria - IMAS) para revisar y actualizar el protocolo vigente desde 1997 (revisado en 2002) para adaptarlo a las recomendaciones de las nuevas guías clínicas de actuación. Después de elaborar el nuevo protocolo de actuación se ha confeccionado un tríptico y se han programado charlas informativas para los médicos de urgencias que son quienes realizan la primera asistencia a los accidentados. Desde Vigilancia de la Salud se ha procedido a la revisión y actualización de los botiquines de medicación antiretroviral y a la difusión del nuevo protocolo entre los médicos asistenciales. El protocolo revisado comporta diversos cambios:

a) Medicación antiretroviral de urgencia: se ha sustituido la pauta de Combivir, IDV (Indinavir) y NFV (Nelfinavir) por Truvada (Tenofovir asociado a Emtricitabina) y Kaletra (Lopinavir/Ritonavir).

b) Inicio de la profilaxis postexposición: hasta ahora se recomendaba instaurar la profilaxis antes de dos horas tras la exposición y se creía que si se iniciaba 6-12h tras el accidente podría no tener ninguna eficacia. En el actual protocolo se amplía el tiempo de inicio de la profilaxis a las 6 primeras horas preferentemente y como máximo a las 72 horas tras la exposición accidental. Si la exposición es de riesgo muy alto se puede considerar la administración de la profilaxis más tarde de estas 72

horas. Al igual que en el anterior protocolo, se recomienda mantener el tratamiento durante cuatro semanas si la medicación es bien tolerada por el trabajador.

Conclusiones: Con esta revisión del protocolo se quieren lograr varios objetivos:

1. La participación activa e implicación de trabajadores, profesionales y empresa en la integración de la prevención de riesgos laborales en el IMAS.
2. La disminución de la probabilidad de seroconversión a VIH.
3. El hecho de aumentar el margen de tiempo para acudir a urgencias y la difusión activa del nuevo circuito favorecerá su cumplimiento.

Exposición laboral a agentes anestésicos inhalatorios

Fernández de Castro Y, Casals M, Mingo A

Servicio de Prevención. Fundació Puigvert. Barcelona.

Contacto: oprl@fundacio-puigvert.es

Objetivos: Reflejar que con la introducción de nuevas técnicas quirúrgicas, como por ejemplo la cirugía laparoscópica se tiende a reducir el uso de los agentes anestésicos inhalatorios, disminuyendo el tiempo de exposición y el riesgo laboral de los anestesiólogos y del personal de quirófano.

Métodos: Estudio retrospectivo. Recogida de los datos obtenidos de los archivos, del nº de laparoscopias realizadas desde el 1999 hasta finales de agosto de 2008. Además, se hace un análisis de las medidas de las concentraciones ambientales de los gases anestésicos (Isofluroano y Sevofluroano) en este periodo, en los cuatro quirófanos durante una intervención quirúrgica. Las muestras de aire son captadas con filtros especiales y con bombas de aspiración (según métodos aceptados MTA/MA-046/A00 y MTA/MA-020/A91). Estas muestras son analizadas por Laboratorios de Higiene Industrial acreditados. En el momento de las medidas se tiene en cuenta diversos factores como son: qué tipo de gas se utiliza, la existencia o no de una conexión de evacuación de los gases del respirador, la duración de la intervención quirúrgica, la renovación del aire del quirófano, si las puertas del quirófano están o no cerradas...etc.

Resultados: En el 1999 se registraron 2 laparoscopias de un total de 4277 intervenciones (corresponden al 0'05%) frente al 2008 (final de agosto de 2008) en que se han registrado 237 laparoscopias de 3640 intervenciones (6'5 %). En cuanto a las medidas se observa que se deja de utilizar en el 2005 el Isofluroano con unas concentraciones de 1'1 mg/m³ y 8'9 mg/m³ en los quirófanos 1 y 2 respectivamente, no se pudo medir en el 3 y 4. En cuanto al Sevofluroano en el 2008 salen valores de 52'7 mg/m³, 67'8 mg/m³, 22'8 mg/m³ y 51'8 mg/m³ en cada uno de los quirófanos, siempre por debajo del valor límite establecido...

Conclusiones: Existen dificultades técnicas para medir los gases anestésicos porque se utilizan menos, por 2 motivos: 1) Los anestesiólogos cada vez son más sensibles a los efectos secundarios de los gases anestésicos y tienden a utilizar anestesia por vía endovenosa y no inhalatoria; 2) La imposición de nuevas técnicas quirúrgicas. Los resultados de las concentraciones ambientales son inferiores al valor límite, pero nunca despreciables, esto hace que desde el SP se deba continuar recomendando a los anestesiólogos que deben ser muy precisos en la administración de los gases, evitando así la generación de concentraciones de gases anestésicos a la zona de trabajo, vigilar que haya una correcta conexión de la evacuación de gases y velar por un buen mantenimiento preventivo de los aparatos.

Nueva línea de prevención de estrés

Morales P, Mira M, Espinos M, Segarra I, Sisa M, López L, Blanqué z JM, Martínez JM.

Servei de prevenció de TMB; Centre de salut mental Fundació Pere Claver; Unitat de recerca en salut laboral. Universitat Pompeu Fabra.

Contacto: pmorales@tmb.net

Objetivos: Evaluar la relación entre síntomas de estrés percibido por los conductores de autobús y aparición de cambios en los biomarcadores relacionados con la activación del eje hipofisopararrenal y del sistema nervioso vegetativo.

Métodos: Estudio de tipo transversal, durante el 2007, de los conductores que realizaron el examen de salud. La presencia de síntomas relacionados con el estrés percibido fueron recogidos mediante entrevista clínica psicológica, también se recogieron datos relativos a antecedentes patológicos (diabetes mellitus, hipertensión, hipercolesterolemia y trastornos de salud mental). Los trastornos ansioso-depresivos fueron recogidos mediante cuestionario validado (EADG-18). Los trastornos somáticos del sistema nervioso vegetativo y del eje hipofisopararrenal se determinaron mediante la tensión arterial (TA), cortisol en saliva, glucemia, hemoglobina glicosilada, colesterol total en muestra de sangre y registro de TA Holter 24 h.

Resultados: El 6.2% (n=107) de conductores que realizaron su examen periódico de salud (n=1.604) refirieron presentar tres o más síntomas de percepción de estrés. Siete de ellos no dieron su consentimiento, por lo que la participación del estudio fue de 100 conductores. En cuanto al resultado del cuestionario EADG-18 utilizado, el 54% presento un EADG-18 positivo y en el 46% de los casos fue negativo. En relación a los biomarcadores utilizados en este estudio, destacar que en el 77% de los casos el cortisol en saliva presentó cifras superiores a los valores de referencia para su edad y género. Respecto a los otros biomarcadores, el 21,9 % tenían cifras compatibles con hipercolesterolemia, el 4,2% presentaban cifras de glicemia patológicas y el 7,5% cifras de Hemoglobina glicosilada superiores a los valores de referencia. En cuanto a la tensión arterial sólo el 19% presentaba cifras patológicas. Por lo que se refiere a los resultados del Holter de 24 h, destacar que el 72.2% de los casos (n=13) el test fue patológico frente al 27,8% en que fue normal (n=5).

Conclusiones: De la tasa de conductores de autobús que refieren tres o más síntomas de estrés (6,2%), la mayoría (56%) tenían antecedentes de trastornos del ánimo. La determinación del cortisol salivar ha sido patológica en el 77% de los casos en que los conductores han referido tres o más síntomas de estrés. Este resultado parece indicar que la determinación de dicho biomarcador puede ser una exploración complementaria útil para la detección de un aumento de actividad neuroendocrina y por consiguiente identificar la necesidad de intervenir precozmente a nivel individual contra el estrés.

Elaboración de diagramas de flujo de los procesos de la actividad preventiva

Lecina O, Guerrero J, Espinar A, Garcia S, Porta D, Luna J L.
Servei de Prevenció. Fundació Hospital Asil de Granollers
(Barcelona).

Contacto: olecina@fhag.es

Objetivo: Un diagrama de flujo es una representación de los pasos de un proceso, necesario para determinar como funciona realmente el proceso para producir un resultado. El resultado puede ser un producto, como por ejemplo una evaluación de riesgos o un examen de salud, un servicio como la gestión de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos o la vehiculización de los comunicados de riesgo, o una información, como las campañas divulgativas de promoción de unos hábitos saludables, la edición de trípticos informativos... El objetivo de la elaboración de estos diagramas es la de optimizar los procesos. Al examinar cómo se relacionan entre sí los diferentes pasos de un proceso se suelen evidenciar problemas potenciales como cuellos de botella, pasos innecesarios y círculos de duplicación del trabajo.

Método: La metodología seguida para la realización de estos diagramas de flujo de procesos es la siguiente; identificación del objetivo de su elaboración, lo que nos permite definir el grado de detalle del mismo. Definición de los límites del proceso, es decir cuáles son el primer y el último paso. Identificación de los grupos de acciones más relevantes del proceso y el responsable de realización de las mismas. Identificar y documentar los pasos del proceso. Cumplimentación del diagrama hasta que se conecten todos los inputs definidos. Verificación de la adecuación de los recorridos en los puntos de decisión o bifurcación. Revisión del diagrama completo de manera que el diagrama de flujo final sea fiel al funcionamiento del proceso real y por último elaboración del análisis del proceso identificando los posibles puntos de mejora.

Resultados: Los diagramas de flujo son una herramienta valiosa para la mejora de los procesos, permiten detectar las actividades que agregan valor y aquellas que son redundantes o innecesarias. También son de gran utilidad durante el desarrollo de la documentación de los sistemas de gestión, ya que proporcionan una descripción de los procesos y un detalle de las operaciones más funcionales que los procedimientos e instrucciones basados en texto, contribuyendo a resolver uno de los principales problemas, que es la resistencia a utilizar los documentos como referentes para el desempeño de las tareas.

Conclusiones: La elaboración de los diagramas de flujo de procesos es el punto de partida de un camino que nos permitirá pasar de un sistema de gestión eficiente a uno eficaz.

IV Conferencia Internacional sobre nanotecnología – Salud laboral y ambiental

26 – 29 de agosto de 2008, Helsinki (Finlandia)

Información:

NanOEh2009 Secretariat, Ms. Leila Ahlström, Finnish Institute of Occupational Health,
Topeliuksenkatu 41 a A, FI-00250 Helsinki, Finlandia.

Tel: +358 30 474 285

E-mail: nanoeh2009@ttl.fi