XVIII DIADA DE LA SCSMT

RESUM DE LES COMUNICACIONS LLIURESS

27 de Novembre de 2008

Universitat Pompeu Fabra
Barcelona

Variables laborals associades a la qualitat de vida en personal sanitari

Carreras R, Blázquez B, Riera I, Garre J.
Servei de Prevenció. Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona); Unitat de Recerca. Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona)

Contacte: rosa.carreras@ias.scs.es

Objectius: La qualitat de vida (QV) és un constructe multidimensional. L'objectiu de l'estudi va ser determinar l'efecte de variables laborals sobre la QV, d'una mostra de treballadors d'una empresa sanitària.

Mètodes: Estudi transversal i observacional. Estudi del clima laboral dels treballadors de l'Institut d'Assistència Sanitària. Es va utilitzar el qüestionari SF-12 per determinar la QV (dimensió física –dF- i mental –dM-) i qüestionaris estandarditzats per registrar diverses variables laborals. Es realitzà una anàlisi descriptiva de les variables i un estudi analític mitjançant regressió lineal multivariant amb la puntuació del component físic i mental del qüestionari SF-12 com variables dependents i les característiques sociodemogràfiques i laborals com variables independents.

Resultats: Van respondre tots els qüestionaris 458 treballadors. L'edat mitjana va ser de 36,5 anys (DE=9,7) i el 72,9% van ser dones. El 77,1% dels participants realitzava activitats assistencials. La puntuació mitjana de la dF-QV va ser de 53,3 punts (DE=6,1) i es va relacionar amb l'edat (β=-0,160; p<0,001), el sexe (β=-0,152; p<0,001) i el torn laboral (β=-0,152; p<0,001). La puntuació mitjana de la dM-QV va ser de 49,2 punts (DE=8,7) i es va relacionar amb el clima social de l'empresa (β=-0,194; p=0,001), amb el tipus d'activitat (assistencial vs no assistencial) (β=-0,037; p=0,048) i amb la percepció del funcionament general del centre de treball (β=-0,214; p<0,001).

Conclusions: La QV dels treballadors de l'àmbit sanitari està relacionada amb diverses variables laborals, si be el seu efecte sobre la variança total de la QV és baix, amb un coeficient de determinació de 0,117 per la dF-QV i de 0,198 per la dM-QV.

Accidents biològics percutanis en el personal sanitari: anàlisi dels factors de risc que no poden ser previnguts mitjançant les precaucions estàndard

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.

Contacte: mtorres@hes.scs.es

Objectiu: El risc biològic és el més freqüent entre els riscos laborals dels treballadors de la salut, i dintre d'aquest grup, són les inoculacions accidentals les que generen una major angoixa i percepció de risc en aquest col·lectiu. La forma més segura d'evitar o minimitzar els riscos derivats de l'exposició a material biològic consisteix en l'adopció de les denominades "precaucions estàndard". Un número rellevant de les exposicions es produeixen malgrat l'acompliment estricte de las precaucions estàndard i del correcte ús dels equips i instrumental de treball. L'objectiu d'aquest estudi ha estat identificar els possibles factors de risc de les exposicions laborals percutànies no prevenibles mitjançant les precaucions estàndard.

Mètodes: Estudi multicèntric de casos i controls. Es va definir com cas el treballador que havia sofert una exposició percutània malgrat haver seguit les precaucions estàndard. Els controls van ser treballadors del mateix hospital que realitzessin procediments similars al cas i que haguessin tingut un accident biològic sense adoptar de forma correcta les precaucions estàndard (control 1) o que no haguessin tingut una exposició accidental en els últims 6 mesos (control 2). Es calcularen les odds ratios ajustades (ORa) dels factors de risc considerats a l'estudi, amb el seu interval de confiança del 95% (IC95%), mitjançant regressió logística condicional univariable.

Resultats: Es van incloure 512 exposicions (256 casos i 256 controls 1) i 256 controls 2. Respecte als controls 1, es va observar associació amb ser metge (ORa 2,22; IC95% 1,07-4,60) i treballar a quiròfan (ORa 2,87; IC95% 1,26-6,55). En relació als controls 2, es va observar associació amb tenir una edat inferior a 25 anys (ORa 2,58; IC95% 1,20-5,58), ser metge (ORa 5,24; IC95% 1,50-18,28), treballar en quiròfans (ORa: 6; IC95%:2,07-17,36), en serveis d'urgències, UCIs i reanimació (ORa 3,48; IC95% 1,37-8,85), i estar exposat a il·luminació inadequada (ORa 1,67;IC95% 1,02-2,82). La formació en prevenció de riscos laborals es va mostrar com un factor protector en els controls 1 (ORa 0,61; IC95% 0,39-0,97).

Conclusions: Malgrat seguir de forma correcta les precaucions estàndard són factors de risc independents de sofrir exposicions accidentals percutànies, ser metge, treballar en quiròfans, urgències, UCI o reanimació, l'edat inferior a 25 anys, la visibilitat inadequada i la poca formació en prevenció.

Registre i notificació d'accidents biològics a l'IMAS

Pi-Sunyer J, Villar R, Domínguez Y, Del Prado J, González N, Sánchez C, Sancho C.
Servei de Prevenció IMAS. Barcelona.

Contacto: RVillar@imas.imim.es

Objectius: L'IMAS està constituït per diversos centres sanitaris, entre ells l'Hospital del Mar, Peracamps, l'Hospital de l'Esperança i el Centre Fòrum. Disposa d'un Servei de Prevenció (SP) que té entre els seus objectius el registre, anàlisi i prevenció d'accidents laborals. El protocol d'actuació davant d'un accident biològic està vigent des de 1997. Va ser revisat l'any 2002 i al setembre d'enguany s'ha reeditat per adaptar-lo a les noves Guies Clíniques. L'objectiu d'aquesta comunicació és analitzar i descriure la freqüència i tendència de les exposicions accidentals ocupacionals a fluids biològics a l'IMAS.

Mètodes: El circuit de notificació d'accidents establert a tot l'IMAS inclou una visita mèdica inicial en la que el treballador omple un qüestionari estandarditzat sobre les característiques tècniques de l'accident, es realitza una valoració del risc de contagi dels virus de les hepatitis B i C, i el VIH, i es duen a terme les mesures preventives corresponents a cada cas. La informació recollida es processa al programa informàtic de registre d'accidents. S'ha realitzat una anàlisi proporcional de tots els accidents biològics notificats segons aquest circuit durant els anys 2006 i 2007.

Resultats: Es varen enregistrar un total de 351 i 392 accidents de treball al 2006 i 2007, respectivament, dels quals 141 (40,2%) i 162 (41,3%) eren accidents amb risc biològic. Al 2006 les esquitxades van correspondre a un 15,6% dels accidents biològics i al 2007 van patir un augment fins al 20,3%. El mecanisme de l'accident més freqüent va ésser l'esquitxada els dos anys. El fet de reencaputxar agulles correspon a un percentatge de l'1,41% al 2006 i un 3% al 2007. L'ocupació que més accidents laborals ha patit ha estat la d'infermeria, amb un 51'7% al 2006 i un 48,7% al 2007. En relació al tipus de contracte de l'accidentat, al 2006 un 26.9% era personal suplent i al 2007 un 36.41% dels accidents eren de personal suplent.

Conclusions: L'increment observat en el nombre d'accidents notificats al SP al 2007 pot ser explicat per una millora en la notificació dels accidents pels esforços realitzats en divulgar el circuit de declaració d'accidents a la institució. Caldria considerar també altres factors més relacionats amb la prevenció, especialment en els treballadors temporals. És necessària més informació, formació i nous dispositius de seguretat, així com la implicació de l'empresa, càrrecs de comandament i treballadors per a la prevenció dels accidents.

Serologia hepatitis a en personal sanitari

Carreras R, González V, Garre J, Valverde J, Bardalet S.
Servei de Prevenció. Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona); Unitat de Recerca. Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona).

Contacte: rosa.carreras@ias.scs.es

Objectius: Determinar l'estat d'immunització natural front l'hepatitis A en un grup de treballadors del sector sanitari.

Mètodes: Estudi transversal i observacional. Anàlisi de les dades del registre de serologia d'hepatitis A del Servei de Prevenció (SP) de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) de Salt (Girona). La mostra va estar formada per personal sanitari que ha acudit de forma voluntària al SP. El registre inclou dades demogràfiques, i el resultat de la serologia amb la determinació d'anticossos IgG de l'hepatitis A. Anàlisi descriptiva i estudi analític mitjançant regressió logística.

Resultats: La mostra va estar formada per 460 casos, el 20,7% homes i el 79,3% dones. La serologia va ser negativa en el 54,1% (IC 95%=49,5-58,8) dels casos. No van haver-hi diferències en el resultat de la serologia segons el sexe. L'edat mitjana dels subjectes amb serologia negativa va ser de 32,2 anys (DE=8,7) front a 40,5 (DE=11,2) anys en els subjectes amb serologia positiva ($p<0,001$). A partir dels 50 anys el 86,7% (IC 95%=77,2-96,1) van ser positius. Els resultats de la regressió logística mostren diferències importants segons els grups d'edat (OR=2,4 entre 30 i 39 anys; OR=3,5 entre 40 y 49 anys; OR=19,6 a partir de 50 anys).
Conclusions: Hi ha diferències en el resultat de la serologia segons l'edat, essent més freqüent el resultat negatiu entre 20 i 49 anys. A partir dels 50 anys el resultat negatiu és quasi nul. Les dades qüestionen les recomanacions actuals sobre la no vacunació a partir dels 40 anys. Són necessaris estudis en mostres amb major grau de representativitat de la població general.

Actualització del tractament antiretroviral d'urgència després d'una exposició accidental ocupacional amb risc d'infecció pel virus de la inmunodeficiència humana

Pi-Sunyer J, Villar R, Domínguez Y, Del Prado J, González N, Sánchez C, Sancho C.
Servei de Prevenció IMAS. Barcelona.

Contacte: RVillar@imas.imim.es

Objectius: Segons l'experiència acumulada, les tasses d'infecció després de punxades accidentals amb malalts reconeguts com infectats són aproximadament del 0.3% per el VIH, del 3 al 10% per el VHC i fins el 30 % per el VHB. En altres tipus d'exposició el risc és extremadament baix, calculant-se un 0.09% (una infecció cada 3000 accidents). No s'ha descrit cap contagi després d'accidents amb sang en cas de pell intacta del sanitari accidentat. L'objectiu ha estat l'actualització del protocol mèdic assistencial en cas d'exposició accidental ocupacional.

Mètodes: El Servei de Prevenció ha treballat conjuntament amb el servei de Malalties Infeccioses de l'Hospital del Mar (IMAS) per tal de revisar i actualitzar el protocol vigent des del 1997 (revisat al 2002) tot adaptant-lo a les recomanacions de les noves guies clíniques d'actuació. Després d'elaborar el nou protocol d'actuació s'ha elaborat un tríptic i s'han programat xerrades informatives per als metges d'urgències que han d'atendre als accidentats en primera instància.

Resultats: Des de Vigilància de la Salut s'ha procedit a la revisió i actualització de les farmacioles de medicació antiretroviral, i a la difusió del nou protocol entre els metges assistencials. El protocol revisat comporta diversos canvis: medicació antiretroviral d'urgència: s'ha substituït la pauta de Combivir, IDV(Indinavir) i NFV (Nelfinavir) per Truvada (Tenofovir associat a Emtricitabina) i Kaletra (Lopinavir/Ritonavir); inici de la profilaxi postexposició: fins ara es recomanava instaurar la profilaxi abans de dues hores després de l'exposició i es creia que si s'iniciava 6-12h després de l'accident podria no tenir cap eficàcia. En l'actual protocol s'amplia el temps d'inici de profilaxi a les 6 primeres hores preferentment i com a màxim a les 72 hores després de l'exposició accidental. Si l'exposició és de risc molt alt es pot considerar l'administració de profilaxi més tard d'aquestes 72 hores. Igual que en l'anterior protocol, es recomana mantenir el tractament al llarg de quatre setmanes si la medicació és ben tolerada pel treballador.

Conclusions: La participació activa i implicació de treballadors, professionals i empresa en la integració de la prevenció de riscos en l'IMAS. La disminució de la probabilitat de seroconversió a VIH. El fet d'augmentar el marge de temps per anar a urgències i la difusió activa del nou circuit afavorirà el seu compliment.

Exposició laboral a agents anestèsics inhalatoris

Fernández de Castro Y, Casals M, Mingo A.
Servei de Prevenció. Fundació Puigvert. Barcelona.

Contacte: oprl@fundació-puigvert.es

Objectius: Reflectir que amb la introducció de noves tècniques quirúrgiques, com ara la cirurgia laparoscòpia es tendeix a reduir l'ús dels agents anestèsics inhalatoris, disminuint el temps d'exposició i el risc laboral dels anestesiòlegs i del personal de quiròfan.

Mètodes: Estudi retrospectiu. Recull de les dades obtingudes dels arxius, del nº de laparoscòpies realitzades des del 1999 fins a finals d'agost de 2008. A més, es fa un anàlisi de les mesures de les concentracions ambientals dels gasos anestèsics (Isofluorà i Sevofluorà) en aquest període, en els quatres quiròfans durant una intervenció quirúrgica. Les mostres d'aire són captades amb filtres especials i amb bombes d'aspiració (segons mètodes acceptats MTA/MA-046/A00 i MTA/MA-020/A91). Aquestes mostres són analitzades per Laboratoris d'Higiene Industrial acreditats. En el moment de les mesures és té en compte diversos factors com són: quin tipus de gas s'utilitza, l'existència o no d'una connexió d'evacuació dels gasos del respirador, la durada de la intervenció quirúrgica, la renovació de l'aire del quiròfan, si les portes del quiròfan estan o no tancades…etc.

Resultats: En el 1999 es van registrar 2 laparoscòpies d'un total de 4277 intervencions (corresponen al 0'05%) vers el 2008 (final d'agost de 2008) en que s'han registrat 237 laparoscòpies de 3640 intervencions (6'5 %). En quan a les mesures s'observa que es deixa d'utilitzar en el 2005 l'Isofluorà amb unes concentracions de 1'1 mg/m^3 i 8'9 mg/m^3 en els quiròfan 1 i 2 respectivament, no es va poder mesurar en el 3 i 4. En quan al Sevofluorà en el 2008 surten valors de 52'7 mg/m^3, 67'8 mg/m^3, 22'8 mg/m^3 i 51'8 mg/m^3 en cada un dels quiròfans, sempre per sota del valor límit establert.

Conclusions: Existeixen dificultats tècniques per mesurar els gasos anestèsics perquè s'utilitzen menys per 2 motius: 1) Els anestesiòlegs cada vegada són més sensibles als efectes secundaris dels gasos anestèsics i tendeixen a utilitzar anestesia per via endovenosa i no inhalatòria; 2) La imposició de noves tècniques quirúrgiques. Els resultats de les concentracions ambientals són inferiors al valor límit, però mai menyspreables, això fa que des del SP s'ha de continuar recomanant als anestesiòlegs que han de ser molt precisos en l'administració dels gasos, evitant així la generació de concentracions de gasos anestèsics a la zona de treball, vigilar que hi hagi una correcta connexió de l'evacuació de gasos i vetllar per un bon manteniment preventiu dels aparells.