

Fichas Coleccionables



m Esta sección cubre el propósito de facilitar a los correspondientes Servicios Médicos de las empresas la tarea, fundamental en la política prevencionista, de identificación de riesgos por puestos de trabajo.

m Asimismo se propone facilitar a esos Servicios, el instrumento idóneo para conocer la aptitud de cada trabajador con respecto a su puesto de trabajo.

m En este, y en los sucesivos número de la Revista, se dará cabida a las fichas utilizadas por la Mutua (S. de Medicina Laboral) de los principales riesgos a que se encuentran sometidos los trabajadores, identificados en el análisis estadístico de siniestralidad del Ministerio de Trabajo.

m Estas fichas, se verán complementadas con una selección bibliográfica del tema tratado en cada caso.

m En esta ocasión, la bibliografía incluye “la manipulación manual de cargas”, perteneciente a los protocolos de vigilancia sanitaria específica editados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

fichas
coleccionables



LEGISLACION ESPECIFICA

- Convenio n° 127 OIT, de 28 de junio de 1967, relativo al peso máximo de la carga que puede ser transportada por un trabajador.
- Recomendación n° 128 OIT, de 28 de junio de 1967, sobre el peso máximo de la carga que puede ser transportada por un trabajador.
- Convenio n° 137 OIT, adoptado el 25 de junio de 1973, sobre las repercusiones sociales de los nuevos métodos de manipulación de las cargas en los puertos.
- Directiva 90/269/CEE del Consejo, de 29 de mayo de 1990, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores. DOCE L 156, de 21 de julio de 1990.
- Real Decreto 487/1997, de 14 de abril de 1997, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.

BIBLIOGRAFIA

- Ayoub M. Control of Manual Lifting Hazards: III: Preemployment Screening. Journal of Occupational Medicine, 1982. 10 (24): 751 – 761.
- Chavarria R. La carga física de trabajo: definición y evaluación. Notas Técnicas de Prevención INSHT, 1991. NTP 295: 1 – 6.
- Chirivella C, García C, Page A. Evaluación de riesgos laborales asociados a la carga física. Prevención, 1997.141: 9 – 21.
- Guía técnica de la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 1997: 1 – 108.
- Método de evaluación de riesgos de lesión por movimientos repetitivos. Jornada, 1996: 52 – 68.
- Muñoz G, Solano JF. Protocolos en reconocimientos médicos preventivos. II carga física. Medicina y Seguridad en el trabajo, 1990. 150 (38): 55 – 60.
- Nueva Guía NIOSH sobre manutención manual. Prevención Express, 1993. 210: 2 – 4.
- Prieto JM. Exploración del aparato locomotor. Barcelona, 1996 (EdiDe).
- Protocolo Específico Columna Vertebral. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Solé MD. Valoración de la carga física mediante la monitorización de la frecuencia cardíaca. Notas Técnicas de Prevención INSHT, 1991. NTP 295: 1 – 5.
- Ibañez G. Herrero – Beaumont, c. De la Cruz. Hacia un consenso en la prevención y tratamiento del dolor de espalda. 1997 (39 – 46).
- Lobera M. Prevalencia de psicopatología en pacientes con algias vertebrales. Implicaciones en el tratamiento rehabilitador. Mapfre medicina. 1998. 9: 179 – 188.
- Moya et al. Dolor lumbar crónico e incapacidad laboral. Programas de valoración y tratamiento de pacientes con lumbalgia crónica. Mapfre Medicina. 1994. 5: 245 – 252.
- Bart W. Koes, Maurits W. Van Tulder, et al. The efficacy of back schools: A review of randomized. Clinical Trials. J. Clin. Epidemiol. 1994. Vol. 47 n° 8. 851 – 862.
- Florez García, M. Y García Pérez. Escalas de incapacidad de dolor lumbar. Rehabilitación. 1994. 28:6 (442 – 447).
- Hoaglund. Franklin T. Muskuloskeletal injuries. Occupational & environmental Medicine. Prentice – Hall International, 1997, 8: 263 – 268.
- Ibañez Campos M.T., J. Carazo Dorado, J. Ramos Valverde. Escuela de espalda. Rehabilitación, 1993. 27.6: (377 – 427).

PERFIL DE RECONOCIMIENTO ESPECÍFICO

MANIPULACIÓN DE CARGAS		P.06
CUMPLIMENTACIÓN DE CUESTIONARIOS MANIPULACIÓN DE CARGAS Y MÚSCULO ESQUELÉTICAS		
HISTORIA LABORAL:	CLÍNICO-	<p>ANTECEDENTES LABORALES. TAREA ACTUAL.</p> <p>ANAMNESIS: ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES Y PERSONALES. HÁBITOS.</p>
EXPLORACIÓN MÉDICA:		<p>⇒ EXPLORACIÓN FÍSICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peso - Talla - B.M.I. - Frecuencia cardíaca - T.A. - Auscultación cardiopulmonar - Palpación abdominal (hernias) <p>⇒ EXPLORACIÓN FÍSICA ESPECÍFICA OSTEOMUSCULAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuello: Inspección. Movilidad Dolor a la exploración. Irradiaciones - Dorso-lumbar: Inspección. Movilidad LASSÉGUE. SCHÖBER Dolor a la exploración. Irradiación - Hombro: Inspección. Movilidad Dolor a la exploración. Irradiaciones - Codo: Inspección. Movilidad Dolor a la exploración. Irradiaciones - Mano/Muñeca: Inspección. Movilidad Test de PHALEN. Test de TINÉL - Cadera: Inspección. Movilidad Dolor a la exploración. Irradiaciones Distancia cadera - Maleolo interno - Rodilla: Inspección. Movilidad. Dolor a la exploración - Tobillo/pié: Inspección. Movilidad. Dolor a la exploración. Irradiaciones Inspección estática del pié <p>⇒ EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motor - Sensitivo - Reflejos

(Sigue por detrás)



NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PROTOCOLO MÉDICO ESPECÍFICO

PRUEBA DE PHALEN: Indica neuropatía del mediano.

Procedimiento: Se examina el llamado "signo de la mano flexionada", en el que el paciente mantiene las manos en flexión palmar durante 10 minutos. En esta posición, con el dorso de las manos en contacto, se produce un aumento de la presión en el túnel carpiano.

Valoración: La posición que adopta el dorso de las manos provoca parestesias en la zona del nervio mediano no solamente en individuos con síndrome del túnel carpiano, sino también en personas sanas. Si existe un síndrome del túnel carpiano, los síntomas empeoran al realizar la prueba.

SIGNOS DE TINEL: Indica lesión del nervio mediano.

Procedimiento: La mano se sitúa en ligera flexión dorsal, apoyada sobre un pequeño almohadón en la mesa de exploración, y con un martillo de los reflejos o con el dedo índice se percute sobre el nervio mediano en la articulación de la muñeca.

Valoración: Las parestesias y el dolor en la mano e incluso en el antebrazo indican un síndrome de compresión del nervio mediano (síndrome del túnel carpiano).

PRUEBA DIFERENCIAL SEGÚN LASSÈGUE: Diferenciación entre ciatalgia y dolor de cadera.

Procedimiento: El paciente se encuentra en decúbito supino. Con una mano el clínico sujeta el talón y con la otra la rodilla por la parte de delante. La pierna hiperextendida se levanta lentamente hasta el punto en que aparece el dolor, y se registran entonces su tipo y su localización.

La prueba se repite y la pierna se flexiona por la articulación de la rodilla cuando se alcanza el punto doloroso.

Valoración: Un paciente afecto de irritación del nervio ciático presenta una disminución clara de las molestias cuando efectúa una flexión de la rodilla, que incluso pueden desaparecer completamente. Si existe una alteración de la articulación coxofemoral, el dolor se acentúa al efectuar una flexión más pronunciada de esta articulación.

Observaciones: El dolor que aparece como consecuencia de un trastorno de la articulación coxofemoral se localiza en la región inguinal y sólo de manera excepcional en la zona dorsolateral de la articulación. Solamente si el dolor es dorsolateral puede ser difícil diferenciar una irritación radicular de una alteración de la articulación coxofemoral.

SIGNO DE SCHÖVER: Mide el grado de flexibilidad de la columna vertebral lumbar.

Procedimiento: El paciente se encuentra en bipedestación. Se efectúa una marca sobre la piel en la zona correspondiente a la apófisis espinosa de la vértebra S1, así como 10 cm. más arriba. En flexión anterior, la distancia entre las dos marcas cutáneas se amplía hasta 15 cm., mientras que en flexión posterior (reclinación) se acorta hasta 8-9 cm.

Valoración: Los cambios de la columna vertebral de tipo degenerativo e infeccioso conducen a una limitación de la movilidad de la columna y, con ello, de la flexibilidad de las apófisis espinosas.

EFFECTOS SOBRE LA SALUD EN LA INADECUADA MANIPULACIÓN DE CARGAS

- Fatiga fisiológica
- Muscular: contracturas, calambres y rotura de fibras
- Tendinosa y ligamentosa: sinovitis, tenosinovitis, roturas, esguinces y bursitis
- Articular: artrosis, artritis, hernias discales
- Otros efectos:
 - Óseos: fracturas y fisuras
 - Neurológicas: atrapamientos
 - Vasculares: trastornos vasomotores
 - Pared abdominal: hernias

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Grado 0	Ausencia de signos y síntomas
Grado 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva
Grado 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización
Grado 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión
Grado 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES QUE TENEMOS QUE TENER EN CUENTA:

Enfermedades inflamatorias (Esclerosis múltiple)
 Enfermedades infecciosas (Ej. Brucelosis)
 Enfermedades metabólicas (Ej. Osteoporosis, Paget)
 Material de osteosíntesis
 Fracturas con pérdida de más de un 50%
 Hernia de disco

REMITIR RECOMENDACIONES HIGIÉNICAS PARA MANIPULACIÓN DE CARGAS





CUESTIONARIO DE MOLESTIAS MUSCULO-ESQUELETICAS



Identifique las regiones sobre las cuales se le Demanda en las preguntas siguientes. Usted debe de determinar en cual/es parte/s del cuerpo ha tenido molestias.

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR LA COLUMNA DE INTENSIDAD Y TIEMPO

INTENSIDAD

- 0- No molestias.
- 1- Pocas quejas. Ligera sensación de inconfort, que se manifiesta cuando no está concentrado en el trabajo.
- 2- Ligeras molestias también cuando está concentrado en su trabajo, pero sin disminuir su capacidad.
- 3- Molestias relativamente fuertes durante el trabajo que provocan un esfuerzo suplementario para realizar el trabajo. Es necesario descansar para eliminar las molestias.
- 5- Es difícil llevar a cabo el trabajo debido a las molestias. Las mismas no se eliminan con el descanso.

TIEMPO

- 0- Mensual
- 1- Semanal
- 2- Diariass

RESPONDA EN TODOS LOS CASOS		RESPONDA SOLAMENTE SI HA TENIDO PROBLEMAS			GRAVEDAD	
Usted ha tenido en los últimos 12 meses problemas (dolor, agujetas..) A nivel de:		Durante los últimos 12 meses ha estado incapacitado para su trabajo (en casa o fuera) por causa del problema		¿Ha tenido problema en los últimos 7 días?	Intensidad	Tiempo
Nuca	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hombros						
hombro derecho	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>					
hombro izquierdo	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambos hombros	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>					
Codos						
codo derecho	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>					
codo izquierdo	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambos codos	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>					
Puños/manos						
la derecha	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>					
la izquierda	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambos	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>					
Columna alta (dorso)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Columna baja (lumbares)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una o las dos caderas	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una o las dos rodillas	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uno o los dos tobillos	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



CUESTIONARIO DE RIESGOS DE MANIPULACION DE CARGAS

APELLIDOS Y NOMBRE:				
EDAD:	D.N.I.:	SEXO:		
ACTIVIDAD:		DURACIÓN DEL TRABAJO:		
LEVANTA	COLOCA <input type="checkbox"/>	EMPUJA <input type="checkbox"/>	TRACCIONA <input type="checkbox"/>	DESPLAZA <input type="checkbox"/>
SI ES REPETITIVO ¿CON QUÉ FRECUENCIA?		HORAS/DÍA: <input type="text"/>		
RIESGO OBTENIDO EN LA EVALUACIÓN (SI LO CONOCE):		MINIMO <input type="checkbox"/>	MEDIANO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>
TIEMPO DE PERMANENCIA (EN AÑOS) <input type="text"/>				
TIEMPO DE EXPOSICIÓN (HORAS/DÍA) <input type="text"/>		(DÍAS/SEMANA) <input type="text"/>		
DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PUESTO:				
1. CARACTERÍSTICAS DE LA CARGA				
Peso (Kg.): Entre <input type="text"/> Kg. y <input type="text"/> g.				
Volumen difícil de manejar			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Equilibrio inestable o contenido puede desplazarse			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Manipulación a distancia del tronco o con torsión o inclinación del mismo			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. ESFUERZO FÍSICO NECESARIO				
Exige torsión -flexión del tronco			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Existe la posibilidad de un movimiento brusco de la carga			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cuerpo en posición inestable			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Alzar o descender la carga variando el agarre			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. MEDIO DE TRABAJO				
Espacio libre insuficiente para la actividad			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Suelo irregular o resbaladizo			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altura excesiva para manipulación manual de carga			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Postura forzada			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Desniveles en suelo o plano de trabajo			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Suelo o punto de trabajo inestable			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Temperatura, humedad, circulación del aire e iluminación inadecuadas			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vibraciones			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. EXIGENCIAS DE LA ACTIVIDAD				
Esfuerzos físicos demasiado frecuentes o prolongados en los que interenga en particular la columna vertebral			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Período insuficiente de reposo			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Distancias demasiado grandes de elevación, descenso o transporte			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ritmo impuesto por un proceso que el trabajador no pueda modular			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. MEDIDAS DE PROTECCIÓN				
Faja lumbar	SIEMPRE <input type="checkbox"/>	A VECES <input type="checkbox"/>	NUNCA <input type="checkbox"/>	
Medios auxiliares en la manipulación manual de cargas	SIEMPRE <input type="checkbox"/>	A VECES <input type="checkbox"/>	NUNCA <input type="checkbox"/>	
Diseño adecuado del puesto	SIEMPRE <input type="checkbox"/>	A VECES <input type="checkbox"/>	NUNCA <input type="checkbox"/>	
Pausas de trabajo frecuentes	SIEMPRE <input type="checkbox"/>	A VECES <input type="checkbox"/>	NUNCA <input type="checkbox"/>	