

Medicina y Seguridad del Trabajo



ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO

EDITORIAL

Centro Nacional de Referencia de las Enfermedades Profesionales. *Juan José Álvarez Sáenz.*

OPINIÓN

Reflexiones y propuestas sobre las incapacidades laborales.
Juan José Álvarez Sáenz, Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar, Laura Álvarez Collado, Jerónimo Maqueda Blasco.

ORIGINALES

Productividad laboral relacionada con la salud en una población laboral: Resultados del Estudio Impala. *Manuel Domínguez Salgado, Miguel Láinez Andrés, Gemma Palacios Hernández, Encarnación Arriaza Peso, Margarida García García, Javier Rejas Gutiérrez.*

Perjuicio estético: Propuesta de valoración de cicatrices. *María Teresa Lérída Arias, Luis Javier del Pozo Hernando.*

Análisis de las enfermedades profesionales declaradas en los trabajadores inmigrantes de la región de Murcia durante el período 2000-2003.
Gloria Gil Carcelén, María Lourdes García Sánchez, Rosa López Tornero.

Riesgo de enfermedad coronaria en dos poblaciones laborales diferentes.
Carlota Espina Álvarez, Pedro Arcos González, Arturo Canga Alonso, Laura Mallada Rivero, Francisco Díaz Mora.

ACTUALIZACIONES

Anamnesis en dermatología laboral
Felipe Heras Mendaza, Blanca Díaz Ley, Luis Conde-Salazar Gómez.

V Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo

Declaración de Valencia: "Hacia el compromiso y la responsabilidad social de la Medicina del Trabajo"

Conclusiones definitivas del V Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo

SEPTIEMBRE 2005
VOLUMEN LI • Nº 200
PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO
UNIDAD CLÍNICA DE REFERENCIA DE PATOLOGÍA LABORAL



ISSN - 0465 - 546X

Editorial

Centro Nacional de Referencia de las Enfermedades Profesionales

Ya en 1700, Bernardino Ramazzini había observado los distintos trabajos que se realizaban en aquella época y describe la forma de enfermar de los trabajadores, en su libro *Morbus Artificum Diatriba* o Tratado de las Enfermedades de los Artesanos. Éste filósofo, retórico, matemático y astrónomo, cuando se hizo médico se dedicó a comparar por trabajos, las enfermedades que eran más frecuentes y de esta forma enunció que enfermedades eran propias y más comunes de cada tarea. Podemos afirmar que es el primer Tratado de Enfermedades Profesionales que se conoce.

En nuestro país, a lo largo de la historia, tenemos varios ejemplos demostrativos de enfermedades profesionales, como por ejemplo:

El cultivo de arroz en el levante español, siempre ha dado lugar a muchos escritos y disquisiciones, debido a su influencia nociva en la salud pública y en especial a la salud de la población trabajadora y vecina colindante con los arrozales. Las fiebres tercianas eran endémicas en toda la zona del levante, por causa de las lagunas, charcas y barrizales que eran nidos de toda clase de insectos transmisores de enfermedades y que dieron lugar a múltiples licencias y prohibiciones del cultivo del arroz.

Don Antonio José Cavanilles en sus observaciones en 1797, sobre el cultivo del arroz en el Reino de Valencia y su influencia en la salud pública, refiere que "debe observarse de cerca las varias operaciones que preceden y acompañan al cultivo del arroz, para calcular el mérito del trabajador. Metido siempre en agua y cieno, trabaja las más veces doblado en arco, porque sostenido sobre un suelo cenagoso baja las manos y la cabeza, así para arrancar y plantar el arroz, como para limpiarle de la juncia, juncos y otras plantas".

Igualmente escribe, que "...con el calor aumenta la fermentación de las charcas y se descomponen la multitud de varios cuerpos que existían mezclados en aquel suelo cenagoso y las emanaciones son mefíticas por el azufre, sales y aceite fétido que contienen...alteran el color de los hombres y se manifiestan tercianas, que con el tiempo aumentan de fuerza y malicia".

Compara en su estudio las riberas del Xúcar y las del Túria, en donde se prohibió el cultivo del arroz en 1769 y manifiesta que "la opinión unánime de los médicos, la experiencia y la razón manifiestan la insalubridad de los cenagales y por lo mismo la de los campos de arroz".

Aconseja, entre otras medidas, "quítese enteramente el arroz de la ribera alta del Xúcar, confíñese a sitios naturalmente pantanosos y en los inmediatos a la albufera, cuidando que disten media legua de poblado, y muy pronto se verán saludables efectos".

Estas y otras medidas han ido siempre parejas con los trabajos y las enfermedades causadas por la realización de los mismos. También en la minería existen numerosos ejemplos de las enfermedades que se producían en la extracción del material.

El Doctor Don José Parés y Franqués, médico de las Reales Minas, escribió sobre "lo perjudicial de dichas reales minas a la salud de sus operarios y de la exposición, de las enfermedades corporales y médico-morales de sus personas, con la curación respectivas de ellas" en 1778, en el libro titulado "Catastrophe morboso de las Minas Mercuriales de la Villa de Almaden del Azogue" y el Dr. Guillermo Sanchez Martín, publica en la Revista Minera en Madrid en 1924, un "Estudio Médico del Hidrargirismo de las Minas de Almadén". En 1857 el Dr. Gervasio Sánchez Aparicio, médico del Hospital Minero de Almaden, escribe un informe recogido por D. Luis Zarraluqui en el libro "Los Almadenes de Azogue", que refiriéndose a los mineros se expresa así "El hombre mas sano y vigoroso pierde de seguro su lozanía y vigor a los dos años de ejercitarse en las labores subterráneas".

Mención particular desgraciada, para las enfermedades derivadas de la extracción del mineral (Cinabrio) de las minas de Almaden es el Hidrargirismo, que provocaban una mortalidad excesiva en relación con el número de habitantes. El Dr. Gómez de Figueroa en 1888, refiere que los trabajadores del interior de la mina, enferman más pronto que los de la destilación o buitrones, siendo el censo de habitantes de Almaden en aquella época era de 8737 personas. Pero no solo destacaba la mortalidad, sino la elevada tasa de invalidez que existía entre los mineros y los habitantes de los pueblos adyacentes. Nos encontramos con personas avejentadas, pálidos de tez, ojos hundidos, llagas en la boca, debilidad y temblores generales que los habitantes del lugar los calificaban como "azogados", intoxicados por mercurio o "modorros", suponemos que por el símil de las ovejas atacadas de "coenuro cerebri" que las denominaban modorras. Ambrosio de Morales en 1575 los describió de esta forma: "Andan amarillos y con un temblor perpetuo los que allí trabajan y generalmente viven muy poco".

El Dr. León y Castro en 1904, que fue un impulsor de la medicina minera, al referirse a los datos estadísticos de los registros de accidentes y enfermedades profesionales y de la necesidad de bajas laborales producidas por los mismos, refiere "...que es la verdad oficial, pero que están muy relativizados por circunstancias no médicas". Hoy en día ocurre lo mismo con el registro de las enfermedades profesionales, si nos atenemos a las declaradas podemos decir que en España, prácticamente no hay enfermedades profesionales, con respecto a Europa.

Es por ello, que quiero llamar la atención al legislador, de la necesidad de dedicar esfuerzos a la prevención y declaración de las enfermedades profesionales. En primer lugar debemos adaptar las Directivas Europeas a nuestra Legislación, establecer un cuadro de enfermedades profesionales, abierto, fácilmente modificable y en consonancia con las nuevas tecnologías y las actuales formas de realizar los trabajos.

La Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, del Instituto de Salud Carlos III, como órgano asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de formación, investigación y prestación de servicios en todo lo referente a la Salud Laboral, Valoración de la Incapacidad y Prevención Sanitaria de Riesgos Laborales, podría a través de sus Unidades Clínicas de Referencia, asumir el papel de Centro Nacional de Referencia de Enfermedades Profesionales.

Dr. Don Juan José Álvarez Sáenz

Director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

OPINIÓN

REFLEXIONES Y PROPUESTAS SOBRE LAS INCAPACIDADES LABORALES

JUAN JOSÉ ÁLVAREZ SÁENZ, BEGOÑA RODRÍGUEZ ORTIZ DE SALAZAR,
LAURA ÁLVAREZ COLLADO, JERÓNIMO MAQUEDA BLASCO

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, prevé la vigilancia de la salud de los trabajadores y entre esa vigilancia debería estar el control administrativo-sanitario de las incapacidades laborales, tanto en lo que respecta a la incapacidad temporal como a la permanente.

Ante el enorme coste que genera la Incapacidad Temporal, se han establecido mecanismos necesarios, pero insuficientes e impopulares, de control y que necesitan de un consenso difícil entre distintas Administraciones (Autonómicas, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Sanidad) con muchos Organismos y Entidades implicados (Mutuas de Accidentes y Enfermedades Profesionales, Servicios Autonómicos de Salud, Agentes Sociales, Trama Empresarial, etc.), que hacen bueno el refrán de "a río revuelto...".

Creemos que es el momento oportuno de proponer ideas de reformas. Además esta propuesta novedosa, no es nueva en su concepto, pues los Seguros en Europa distinguen entre estar de baja laboral total y estar de forma parcial, que se cubre con un subsidio menor. La misma Ley 30/1995 de Accidentes de Tráfico, indemniza de forma diferente los días de baja, según el grado de incapacitación temporal.

Ante una Incapacidad Temporal nos encontraremos con dos situaciones diferentes: una Incapacidad Temporal de forma Parcial y una de forma Total.

La primera, que denominaremos *Incapacidad Parcial Temporal (IPT)*¹, te permitiría realizar parcialmente tu profesión habitual² (reducción de jornada, con lo que el subsidio cubriría sólo la jornada reducida no trabajada o bien una modificación parcial temporal de las condiciones de trabajo³ en la que no hay subsidio extra al trabajador (sigue con su sueldo), sólo si pierde pluses y debe haber una compensación en las cotizaciones de la empresa por ese trabajador accidentado⁴, que se incorpora parcialmente temporalmente a su trabajo.

La segunda situación la denominaremos *Incapacidad Total Temporal (ITT)* y es aquella que no te permite desarrollar tu profesión habitual. Es la situación legal que tenemos hoy en día. El trabajador no puede trabajar y la Seguridad Social le paga un subsidio mientras tanto, de sustitución de rentas.

En un mismo proceso de Incapacidad, se pueden dar ambas situaciones y pasar de una a otra, cuando la circunstancia lo permita.

1. Ejemplo 1: un trabajador que por su situación física o por estar realizando un tratamiento médico que le ocupa un tiempo, no está capacitado para desarrollar una jornada laboral completa: rehabilitación o recuperación de una cirugía.

Ejemplo 2: un trabajador que con un brazo escayolado no puede desarrollar un trabajo de requerimientos físicos de su brazo, pero si puede realizar otro trabajo intelectual, de organización, de control, etc. y que no necesite prioritariamente el brazo escayolado.

2. Reducción de jornada, la parte trabajada correría a cargo de la empresa y la no trabajada o reducida a cargo de la Seguridad Social.

3. Modificación de tareas, cambio de puesto de trabajo, etc. En éste caso realizaría jornada normal, pero sigue con su sueldo.

4. También habría que distinguir económicamente si el accidente es de trabajo o es casual, deportivo, tráfico, etc. Sólo el de trabajo debería tener la máxima consideración económica.

Respecto a las modificaciones de la **Incapacidad Permanente**⁵ si tenemos en cuenta que en 1946 se fundó el Mutualismo Laboral, para proteger entre otras situaciones al trabajador incapacitado, en 1956 se forman los Tribunales Médicos de Valoración, en 1968 se crean las Comisiones Técnicas Calificadoras, en 1982 comienzan las Unidades de Valoración Médica de Incapacidades, en 1995 los Equipos de Valoración de Incapacidades que ahora existen, podemos observar que cada diez-doce años se modifica la forma de valorar las Incapacidades Laborales porque hay que adaptar la forma de evaluar a las nuevas situaciones legislativas. Si este planteamiento es correcto, podemos deducir que para el año 2005/2007 debe estudiarse una nueva forma de evaluar.

Para ello deberíamos señalar los siguientes aspectos:

El **Organismo Sanitario de Valoración del Daño Corporal** y más concretamente de las Incapacidades Laborales⁶. Actualmente el INSS es un Organismo no sanitario, sino de gestión que coordina⁷ los mecanismos de control y de valoración de las incapacidades laborales. El modelo anterior fijaba en el antiguo INSALUD la parte sanitaria de la valoración y en el INSS la parte de gestión de la prestación por incapacidad. Dicho cambio de concentración de poderes (valoración, resolución, gestión) en el INSS, hace que el mecanismo de valoración sea cuestionado entre otros por la Jurisdicción Laboral, al entender dicha concentración como ser "juez y parte" en la concesión de una prestación laboral por incapacidad permanente.

El **modelo de Valoración**, que según la Ley General de la Seguridad Social, tiene establecidos unos grados (con distinta óptica que en Europa), no quiere decir que esta sea mala, sino que precisaría de modificaciones. El amplio abanico de una calificación de incapacidad total (en general superior al 33% de menoscabo), hasta una incapacidad absoluta (en torno al 55-60%), hace que cobre igual prestación una persona con poco menoscabo por ejemplo un 34%, que otra que con un 60% no alcance el grado de absoluta, y digo no alcance por un criterio

subjetivo del Equipo de Valoración de Incapacidades que lo califique. No hay normas regladas, ni baremos establecidos y es muy difícil hacerlos.

La modificación debería ser en el sentido de establecer dentro del grado de incapacidad un subsidio porcentual, a mayor porcentaje de menoscabo, menos capacidad de ganancia que le queda al trabajador y debería ser mayor el subsidio. Esto está avalado por el criterio de que las prestaciones de la Seguridad Social no son de carácter indemnizatorio estricto, sino de sustitución de rentas. Lo mismo podríamos establecer en el tramo entre la I.P. Absoluta y la Gran Invalidez y lo mismo podríamos precisar al redefinir un nuevo concepto de incapacidad permanente parcial para la profesión habitual.

La **readaptación a un nuevo puesto de trabajo**, actualmente no existe en la práctica. El IMSERSO dedica sus esfuerzos en otras direcciones y concretamente en la readaptación laboral prácticamente no hay nada. Pienso que en muchos casos no sería demasiado difícil en la teoría, pero debería ser consensuado con los agentes sociales, administraciones autonómicas, empresas, etc.

La formación en Valoración del Daño Corporal de los médicos evaluadores, debería ir encaminada hacia una búsqueda de capacitación específica, que avale las decisiones profesionales a la hora de peritar⁸. Actualmente al ser funcionarios inspectores médicos destinados en el INSS, es ese Organismo el que corre con la formación en materia de incapacidades laborales. Debería de modificarse y dejar la formación interna como reciclaje de conceptos y formar al médico evaluador en otros aspectos de la Valoración del Daño Corporal, con el fin de alcanzar esa **capacitación profesional**.

La **conexión con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales**, deja al descubierto una laguna administrativa, puesto que no hay referencias interconexiónadas, entre las declaraciones de NO APTITUD para un determinado puesto de trabajo en los reconocimientos voluntarios específicos por riesgos de su trabajo y la declaración de una incapacidad permanente en el grado que sea, especialmente en la

5. RD 1300/1995 actualmente.

6. El EVI/INSS, evalúa además otras situaciones (víctimas terrorismo, SAT, Inválidos de Guerra, Delitos violentos y contra la libertad sexual, MUFACE, etc.)

7. RD 1300/1995.

8. El Médico Evaluador como funcionario que es, debe ser considerado como "perito titular" y aconsejar y asesorar al Juez en la toma de decisiones en éste campo de la Valoración. Para ello es imprescindible alcanzar la correspondiente capacitación profesional.

calificación de total para la profesión habitual. Podemos estar hablando de un No Apto para un determinado puesto y el EVI declarar, que no se objetiva causa de incapacidad permanente, por lo que debe incorporarse a un puesto de trabajo para el que se le ha declarado No Apto⁹, por su Servicio de Prevención.

El establecimiento de *estudios de situaciones especiales* en las mismas valoraciones laborales, cuando intervienen otros organismos que tienen legislaciones con matices especiales. Colectivos de pilotos, azafatas, mecánicos de vuelo, etc. que precisan de un certificado de aptitud expedido por un organismo diferente al INSS. Colectivos de trabajadores que precisan para su trabajo de una cualificación especial¹⁰ y se les retira la aptitud provisional o definitivamente.

Realizar modificaciones en la forma de valorar ciertos colectivos profesionales, que tienen situaciones diferentes en cuanto al alcance de la vida laboral, forma de cotizar, etc. (futbolistas, toreros, artistas, etc), si tenemos presente que las valoraciones médicas serán siempre las mismas, pero pueden dar lugar a Resoluciones de Incapacidad diferentes al resto del Sistema.

Creemos que se debería constituir una Comisión de Expertos, que estudien y propongan modificaciones en los aspectos anteriores y en otros que resulten del estudio que realicen. Dicha Comisión debería estar formada por representantes del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, de la Inspección de Trabajo, de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, de los Agentes Sociales, de las Sociedades Profesionales, etc.

9. Caso parecido cuando se declaraba a un conductor profesional no afecto de incapacidad y en Tráfico le retiraban el carnet profesional de conducción.

10. Carnet de conducir que se retira por padecer una determinada enfermedad.

PRODUCTIVIDAD LABORAL RELACIONADA CON LA SALUD EN UNA POBLACIÓN LABORAL: RESULTADOS DEL ESTUDIO IMPALA

MANUEL DOMÍNGUEZ SALGADO^{1,2}, MIGUEL JA LÁINEZ ANDRÉS³,
GEMMA PALACIOS HERNÁNDEZ⁴, ENCARNACIÓN ARRIAZA PESO⁵,
MARGARIDA GARCIA-GARCIA⁶, JAVIER REJAS GUTIÉRREZ⁷

¹ Servicio de Neurofisiología Clínica, Hospital Puerta de Hierro, Madrid.

² Grupo de Neurología del Trabajo, Sociedad Española de Neurología, Madrid.

³ Servicio de Neurología, Hospital Universitario, Valencia.

⁴ Área Neurociencias, Unidad Médica, Pfizer España, Madrid.

⁵ Servicio Médico de Empresa, Pfizer España, Madrid.

⁶ Departamento de Dirección de Proyectos, Biométrica CRO, Barcelona.

⁷ Departamento de Investigación de Resultados en Salud, Unidad Médica, Pfizer España, Madrid.

RESUMEN

Objetivos: Realizar un estudio comparativo del impacto de distintas enfermedades en la productividad laboral relacionada con la salud.

Metodología: Un cuestionario, incluyendo las medidas de productividad laboral del Índice IMPALA y número de días equivalentes a días de trabajo perdidos (LWDE), fue enviado por correo y cumplimentado por empleados de la empresa Pfizer en España. Se evaluaron diferencias en el grado de impacto laboral entre sujetos con/sin distintas características y antecedentes de enfermedades y no-toma/toma actual de tratamiento mediante pruebas estadísticas U-Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados: En una muestra de 399 sujetos valorables, de 35,8±6,5 años (media desviación típica), 63,7% hombres, se observó menor productividad laboral según el Índice IMPALA en sujetos con antecedentes de alguna enfermedad, y en particular de migraña y trastornos mentales, y algún tratamiento ($p<0,05$). Según LWDE se observaron mayores pérdidas laborales en sujetos con antecedentes de alguna patología (media desviación típica: 1,9±6,2 días) y/o toma de algún tratamiento (2,7±6,8), versus sujetos sin antecedentes (0,2±1,0) y/o sin tratamiento (1,4±6,2) ($p<0,05$), y, específicamente, en sujetos con antecedentes de patologías mentales (6,1±12,7), respiratorias (4,0±10,0), digestivas (3,6±10,5) y migraña (2,6±3,3) ($p<0,05$).

Conclusiones: El impacto negativo en la productividad laboral de diferentes enfermedades fue distinto, destacando en patologías mentales, respiratorias, digestivas y migraña.

PALABRAS CLAVES

Índice IMPALA; LWDE; productividad laboral; medicina laboral; patologías.

ABSTRACT

Objectives: To compare the impact of several diseases in work productivity related to health.

Methods: A questionnaire, including the measures of work productivity of IMPALA Index and lost workday equivalents (LWDE), was sent by mail and fulfilled by employees of the Pfizer company in Spain. Differences in the degree of work impact between subjects with and without determined characteristics, history of several diseases and current treatment, were assessed by means of U-Mann-Whitney and Kruskal-Wallis statistical tests.

Results: In a sample of 399 valuable subjects, 35.8±6.5 years (mean standard deviation), 63.7% of men, worst work productivity Index IMPALA scores were observed among subjects with history of some disease, and particularly among subjects with history of migraine and mental disorders, and some current treatment ($p<0.05$). In terms of LWDE, greater work losses were found among subjects with history of some disease (average standard deviation: 1.9±6.2 days) and/or taking some treatment (2.7±6.8), versus subjects without history of any disease (0.2±1.0) and/or any treatment (1.4±6.2) ($p<0.05$), and specifically, in subjects with history of mental (6.1±12.7), respiratory (4.0±10.0) and digestive (3.6±10.5) illnesses and migraine (2.6±3.3) ($p<0.05$).

Conclusions: The negative impact in the work productivity of different illnesses varied, standing out in mental, respiratory, digestive diseases and migraine.

KEY WORDS

IMPALA Index; LWDE; work productivity; occupational medicine; illnesses.

INTRODUCCIÓN

El constante incremento de los costes sociosanitarios en los últimos años es un problema para el cual se están comenzando a plantear medidas tanto en Estados Unidos (1), como en estados de la Comunidad Europea como el español (2,3). Dada esta creciente restricción de los recursos disponibles, se plantea como necesario poder determinar el valor de las distintas intervenciones farmacéuticas y sanitarias tanto desde la perspectiva de la sociedad como de los decisores sanitarios. Un modo de establecer el valor de una determinada intervención, es mediante la realización de análisis coste-beneficio, en los cuales se evalúan habitualmente sus potenciales beneficios en términos de costes directos (incluyendo visitas médicas, hospitalizaciones, tratamientos y tiempo de los cuidadores) e indirectos (que engloban el impacto que tiene dicho problema de salud y su tratamiento en las actividades de la vida diaria del individuo). Uno de los beneficios habitualmente contemplados en dichos análisis coste-beneficio es el incremento de la productividad laboral.

El impacto de los problemas de salud sobre la productividad laboral en particular, se ha destacado como uno de los costes indirectos relevantes a considerar. Se estima que un 32% de los sujetos de la población en activo presentan enfermedades crónicas que afectan su trabajo (4). Es por ello que las pérdidas de productividad laboral relacionadas con la salud se convierten así en una información clave a fin de determinar el verdadero impacto de una patología y su tratamiento, tanto en el contexto de la Medicina Laboral como desde la perspectiva de la sociedad y los decisores sanitarios. Como reflejo de esta necesidad de conocer el impacto de distintas patologías y su tratamiento en la productividad laboral, creciente en los últimos años, se han desarrollado y validado nuevos instrumentos para su medida (5,6), y se ha ido incluyendo este parámetro en estudios epidemiológicos y ensayos clínicos con pacientes con diversas patologías tales como patologías dermatológicas (7), cardíacas (8), endocrinas (9), músculo-esqueléticas (10), respiratorias (11), digestivas (12,13), psiquiátricas (14,15,16,7), infecciosas (18) y neurológicas, de entre las cuales se ha estudiado especialmente en pacientes con migraña por ser una de las patologías de mayor impacto en la productividad laboral (19,20,21,22). Sin embargo, existen escasos estudios comparativos del grado de impacto de distintas enfermedades en la productividad laboral relacionada con la salud entre distintas poblaciones (23), medidas en una población homogénea y utilizando el mismo instrumento de medida.

Por todo ello se planteó la realización del estudio cuyos resultados se presentan en este manuscrito, obtenidos en el contexto de un estudio más amplio de validación de los cuestionarios *Migraine Screen Questionnaire* (MS-Q) (24) e *Índice de Impacto de la enfermedad en la Productividad Laboral* (25) (Índice IMPALA) (estudio IMPALA), con el propósito de evaluar y comparar el impacto de distintas enfermedades en la productividad laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y muestra del estudio

El estudio IMPALA se trató de un estudio observacional, transversal, realizado en el ámbito de la Medicina Laboral. Todos los sujetos debían tener 18 o más años de edad, podían ser de ambos sexos, y debían estar empleados desde hacía un mínimo de 3 meses y a jornada completa en una empresa (Pfizer). Se excluyeron mujeres embarazadas o de baja maternal y sujetos con imposibilidad de cumplimentar los cuestionarios. Todos los sujetos participantes debían otorgar su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio.

Medidas de productividad laboral

◆ *Índice de Impacto de la enfermedad en la Productividad Laboral (Índice IMPALA)*

El Índice IMPALA consta de 7 ítems que cubren distintos aspectos del impacto laboral de los problemas de salud. Se trata de un instrumento genérico, aunque en el presente estudio en el enunciado de la pregunta general empleada se hizo mención también a las dificultades debidas a dolor de cabeza, dado que este estudio se realizó en el contexto de un estudio más amplio de validación de un cuestionario de cribaje de la migraña. Cada ítem debe ser respondido en una escala de respuesta que tiene un recorrido desde 1 (impacto laboral durante todo el tiempo o la mayor parte del tiempo de la jornada laboral) hasta 4 (en ningún momento). Adicionalmente, existe una quinta opción de respuesta para cada ítem para aquellos casos en que no proceda responder a la pregunta. Previamente al inicio del estudio se llevó a cabo la adaptación cultural al español del Índice IMPALA, que se basó en el método de traducción y retrotraducción (26) por profesionales y la realización de estudios piloto con sujetos para valorar la comprensibilidad y factibilidad de administración del cuestionario. Tras ello, se elaboró una segunda versión consensuada que fue la definitiva y cuyas propiedades fueron evaluadas en otro estudio. Puede obtenerse una puntuación total cruda del Índice IMPALA

mediante la suma de los puntos obtenidos en los 7 ítems, obteniéndose una puntuación total de 7 a 28 puntos, que posteriormente se transforma en valores de 0 (peor productividad laboral posible) a 100 (productividad laboral máxima) mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Escala Transformada} = \frac{(\text{Puntuación total cruda} - \text{puntuación total cruda más baja posible})}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación total cruda}} \times 100$$

La puntuación total cruda más baja posible y el máximo recorrido posible de la puntuación total cruda se vieron afectados por el número de ítems aplicables para cada sujeto. En el caso de presentar 3 o más ítems "dato perdido" o con respuesta "no aplicable" dicho cuestionario no se consideró valorable.

En el caso de presentar "dato perdido" en uno o dos ítems, se imputó el valor medio redondeado del resto de ítems. En el caso de presentar la respuesta "no aplicable" en uno o dos ítems, no se imputó ningún valor en dichos ítems, pero en el momento de transformar la puntuación total cruda a valores entre 0 y 100 se realizó teniendo en cuenta el número de ítems aplicables.

◆ *Número de días equivalentes a días de trabajo perdidos (LWDE)*

Se obtiene mediante la siguiente ecuación, $LWDE_i = W_{1i} + W_{2i} (1 - P_i)$ (27), y donde: W_{1i} es el número de días incapaz de trabajar o emprender actividades normales por problemas de salud, incluidos dolores de cabeza; W_{2i} es el número de días en el trabajo con problemas de salud / crisis de migraña; P_i es el porcentaje de efectividad en el trabajo; y $(1 - P_i)$ es el porcentaje de discapacidad laboral en el trabajo. En el presente estudio el marco temporal de referencia empleado fue el de los 3 últimos meses anteriores al momento de responder los sujetos.

Recogida de información

Todos los empleados de la empresa Pfizer que cumplían criterios de selección fueron contactados por correo para que cumplimentasen un Cuaderno de Recogida de Datos elaborado ad-hoc que incluía el Índice IMPALA de Productividad Laboral y las medidas de productividad laboral relacionadas con los LWDE, que se solicitó que fuese devuelto por correo. En este mismo cuestionario, elaborado conjuntamente con el Servicio Médico de Empresa, se recogían los datos de la historia clínica del trabajador y antecedentes de

salud de los sujetos participantes. Todos los sujetos participantes debían otorgar su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio.

Análisis de los datos

En los análisis descriptivos se estimaron la media, la desviación típica y el rango para las variables cuantitativas, y la frecuencia y el porcentaje de pacientes en cada categoría para las variables cualitativas.

Para evaluar las diferencias en el grado de impacto laboral entre grupos de sujetos con distintas características generales, antecedentes de enfermedades y según no toma/toma actual de tratamiento, se emplearon las pruebas estadísticas no paramétricas de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis de comparación entre grupos, empleándose adicionalmente la prueba exacta de Montecarlo a fin de determinar posibles diferencias estadísticamente significativas entre categorías específicas. Los análisis realizados cuyos resultados se presentan en el presente trabajo fueron de tipo descriptivo sin ajustes por posibles factores confusores a fin de preservar el carácter exploratorio del presente trabajo. Los valores p referenciados en este manuscrito corresponden a la significación estadística de pruebas con dos colas. Valores inferiores o iguales a 0,05 fueron considerados estadísticamente significativos.

Una vez tabulados los datos del estudio y practicado el control de calidad, todos los análisis fueron realizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

La Figura 1 describe el flujo de la muestra de 415 sujetos reclutados, de los cuales se obtuvo una muestra total de 399 sujetos valorables que se empleó para todos los análisis, aunque para el análisis de las

Figura 1. Esquema de sujetos reclutados, valorables y excluidos

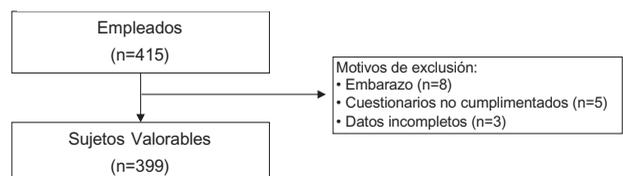


Tabla I. Características sociodemográficas y clínicas generales de los sujetos

Característica	Muestra (n=399)	
Sexo (n, %)	397	100,0
Hombre	253	63,7
Mujer	144	36,3
Edad (m, DT)	35,8	6,5
Hombre	36,8	6,4
Mujer	34,0	6,2
Estado civil (n, %)	390	100,0
Soltero/a	110	28,2
Casado/a	271	69,5
Divorciado/a - separado/a	9	2,3
Categoría profesional (n, %)	392	100,0
Categoría 1 (sin especialización)	52	13,3
Categoría 2 (especialización baja)	206	52,6
Categoría 3 (especialización medio -alta)	94	24,0
Categoría 4 (especialización alta)	40	10,2
Índice de Masa Corporal (kg/m²) (m, DT)	24,7	3,5
Hombre	26,1	2,9
Mujer	22,0	2,8
Hábito tabáquico (n, %)	371	100,0
Fumador	115	31,0
Ex-fumador	77	20,8
No fumador	179	48,2

n: número de casos, %: porcentaje, m: media, DT: Desviación Típica.

Categoría 1: ordenanzas, limpiadores, auxiliares, recepcionistas, conductores de vehículos, archivo, grabación de datos, vendedores sin especialización y auxiliares administrativos; categoría 2: vendedores especializados, oficiales administrativos, secretarías y administrativos; categoría 3: supervisores, técnicos y analistas, coordinadores y jefes/médicos de producto; categoría 4: jefes de área/departamento y directores.

puntuaciones obtenidas con el Índice IMPALA se empleó solamente con la muestra de 331 sujetos valorables que presentaron puntuación en dicho cuestionario, y el análisis del resto de indicadores de productividad laboral se efectuó con las muestras de sujetos valorables que presentaron el dato en cada indicador. En la Tabla I se describen las principales características sociodemográficas y clínicas generales de la muestra total del estudio.

Impacto laboral según Índice IMPALA

La Tabla II y la Figura 2 muestran los resultados del análisis de comparación del Índice IMPALA entre grupos según sexo, edad y categoría profesional, hallándose solamente diferencias estadísticamente significativas según sexo (prueba U de Mann-Whitney), de tal modo que se observó menor productividad laboral en mujeres.

La Tabla III muestra los resultados del análisis de comparación del Índice IMPALA entre grupos según presencia/ausencia de antecedentes de enfermedades y toma actual de algún tratamiento en general. Comparando entre estos grupos de sujetos, se observaron de forma estadísticamente significativa menores puntuaciones en el cuestionario IMPALA de productividad laboral, y por tanto un mayor impacto de la enfermedad (prueba U de Mann-Whitney $< 0,05$), en sujetos con antecedentes de alguna enfermedad en general, y en concreto de migraña y trastornos mentales, y con toma actual de algún tratamiento, versus a los sujetos que respectivamente no presentaban cada una de estas condiciones. La Figura 3 muestra la puntuación media en el Índice IMPALA obtenida en estas distintas poblaciones de sujetos, resultando que de entre los sujetos estudiados, el grupo de sujetos con mayor impacto de la enfermedad en la productividad laboral versus a sujetos sanos sin antecedentes de enfermedades ni tratamiento actual,

Tabla II. Características sociodemográficas y clínicas generales de los sujetos

Puntuación Índice IMPALA (0 -100)	n	Media	DT	Mín	Máx	p
Hombres	202	95,7	9,9	28,6	100,0	<0,01^a
Mujeres	128	89,1	17,4	0,0	100,0	
≤ 30 años	73	92,5	14,1	19,0	100,0	>0,05 ^b
> 30 y ≤ 40 años	201	92,9	14,2	0,0	100,0	
> 40 años	57	95,0	11,1	52,4	100,0	
Categoría 1 (sin especialización)	37	95,6	8,1	66,7	100,0	>0,05 ^b
Categoría 2 (especialización baja)	172	93,7	12,8	14,3	100,0	
Categoría 3 (especialización medio -alta)	84	89,7	18,2	0,0	100,0	
Categoría 4 (especialización alta)	33	95,8	8,5	66,7	100,0	

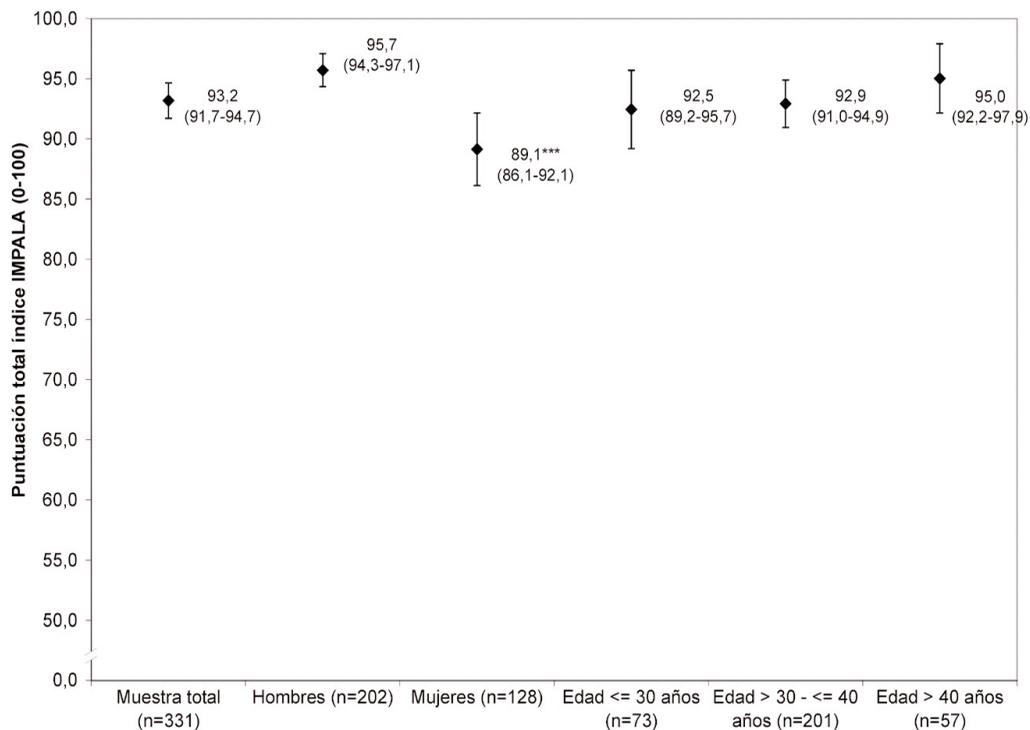
n: número de casos, DT: Desviación Típica, Mín: mínimo, Máx: máximo, p: nivel de significación.

a Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a los hombres (prueba U de Mann-Whitney): p<0,01.

b No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos de edad y entre las 4 categorías profesionales (prueba de Kruskal-Wallis): p>0,05.

Categoría 1: ordenanzas, limpiadores, auxiliares, recepcionistas, conductores de vehículos, archivo, grabación de datos, vendedores sin especialización y auxiliares administrativos; categoría 2: vendedores especializados, oficiales administrativos, secretarías y administrativos; categoría 3: supervisores, técnicos y analistas, coordinadores y jefes/médicos de producto; categoría 4: jefes de área/departamento y directores.

Figura 2. Productividad laboral relacionada con la salud: puntuación total del Índice IMPALA según sexo, edad y categoría profesional (muestra Índice IMPALA)



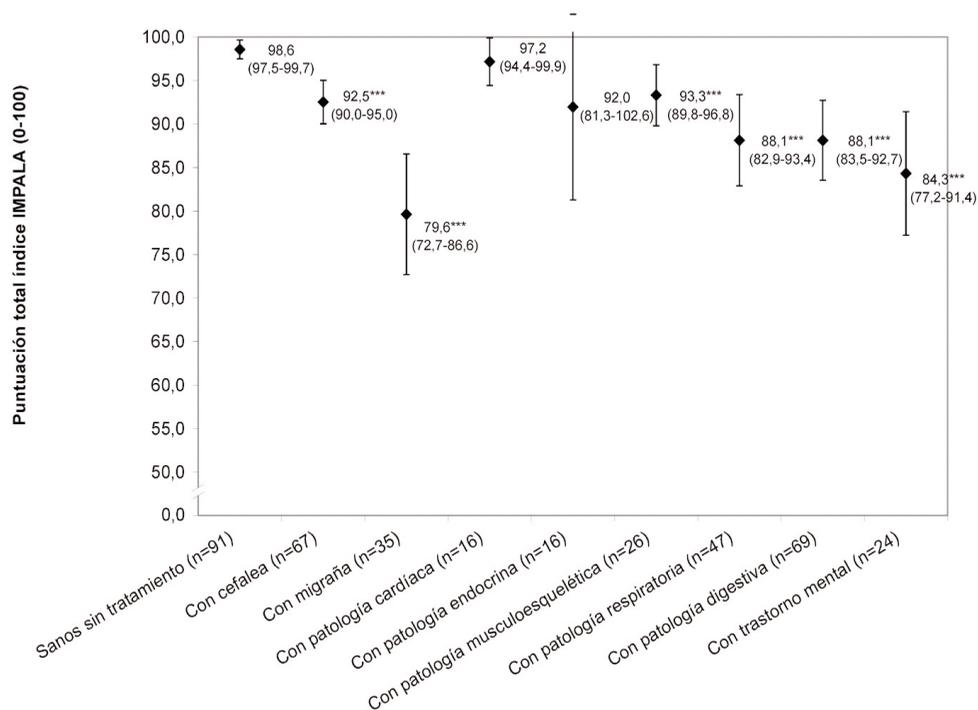
Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a los hombres: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001 (prueba U de Mann-Whitney). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de edad: p>0,05 (prueba de Kruskal-Wallis).

Tabla III. Puntuación total del Índice IMPALA según tipo de antecedentes de patologías y toma actual de algún tratamiento

Puntuación Índice IMPALA (0-100)		n	Media	DT	Mín	Máx	p
Antecedentes de migraña y/u otras enfermedades	Sí	240	91,1	15,2	0,0	100,0	<0,01 ^a
	No	91	98,6	5,2	66,7	100,0	
Antecedentes de migraña	Sí	35	79,6	20,9	14,3	100,0	<0,0001 ^a
	No	189	95,9	10,3	0,0	100,0	
Antecedentes de patologías cardíacas	Sí	16	97,2	5,6	83,3	100,0	>0,05 ^a
	No	315	93,0	13,9	0,0	100,0	
Antecedentes de patologías endocrinas	Sí	16	92,0	21,8	14,3	100,0	>0,05 ^a
	No	315	93,2	13,2	0,0	100,0	
Antecedentes de patologías musculoesqueléticas	Sí	26	93,3	9,1	66,7	100,0	>0,05 ^a
	No	305	93,2	14,0	0,0	100,0	
Antecedentes de patologías respiratorias	Sí	47	88,1	18,3	14,3	100,0	<0,01 ^a
	No	284	94,0	12,6	0,0	100,0	
Antecedentes de patologías de sistema digestivo	Sí	69	88,1	19,4	0,0	100,0	<0,01 ^a
	No	262	94,5	11,4	14,3	100,0	
Antecedentes de trastornos mentales	Sí	24	84,3	17,7	28,6	100,0	<0,001 ^a
	No	307	93,9	13,1	0,0	100,0	
Toma actual de algún tratamiento	Sí	125	86,8	16,5	14,3	100,0	<0,01 ^a
	No	92	95,4	12,9	0,0	100,0	

n: número de casos, DT: Desviación Típica, Mín: mínimo, Máx: máximo, p: nivel de significación

a Se encontraron diferencias estadísticamente significativas según antecedentes de enfermedades, y específicamente según antecedentes de migraña, y según antecedentes de patologías respiratorias, de sistema digestivo, trastornos mentales y toma actual de algún tratamiento (prueba U de Mann-Whitney)

Figura 3. Productividad laboral relacionada con la salud: puntuación total del Índice IMPALA según tipo de patología (muestra Índice IMPALA)

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a los sujetos sanos: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001 (prueba U de Mann-Whitney).

fueron los sujetos con antecedentes de migraña, seguidos de aquellos con antecedentes de trastornos mentales, patologías respiratorias y digestivas, cefaleas y patologías músculo-esqueléticas.

Impacto laboral según número de días equivalentes a días de trabajo perdidos (LWDE)

La Tabla IV y la Figura 4 muestran los resultados del análisis de comparación entre grupos según sexo, edad y categoría profesional, del grado de impacto laboral atribuido por los sujetos a los problemas de salud presentados en los últimos 3 meses y evaluado en términos de: i) días faltados al trabajo por problemas de salud en los últimos 3 meses; ii) días en el trabajo con problemas de salud en los últimos 3 meses; iii) rendimiento promedio en días con problemas de salud; y iv) número de días equivalentes a días de trabajo perdidos (LWDE). Comparando entre estos grupos de sujetos, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre sujetos según sexo (prueba U de Mann-Whitney) y según categoría profesional (prueba de Kruskal-Wallis), observándose un mayor impacto en la productividad laboral en mujeres y en sujetos con especialización profesional medio-alta.

La Tabla V muestra los resultados de los análisis de comparación del grado de impacto laboral, atribuido por los sujetos a los problemas de salud presentados en los últimos 3 meses, entre grupos con distintos antecedentes de enfermedades y según toma actual de algún tratamiento en general. Se observó mayor número de días faltados al trabajo por problemas de salud, en el trabajo con problemas de salud y/o equivalentes a días de trabajo perdidos (LWDE), y por tanto mayores pérdidas en productividad laboral, en sujetos con antecedentes de alguna enfermedad, y en particular de migraña, patologías cardíacas, musculoesqueléticas, respiratorias, del sistema digestivo y trastornos mentales, y con toma actual de algún tratamiento (prueba U de Mann-Whitney $< 0,05$). La Figura 5 muestra el número medio de días equivalentes a días de trabajo perdidos (LWDE) obtenido en estas distintas poblaciones de sujetos, resultando que los grupos de sujetos con mayor LWDE y, por consiguiente, con mayores pérdidas de productividad laboral relacionada con la salud, fueron los sujetos con antecedentes de migraña, patologías respiratorias y digestivas y trastornos mentales, respectivamente, versus a los sujetos sanos (sin antecedentes de enfermedad y sin tratamiento actual).

Tabla IV. Impacto de la enfermedad en la productividad en una población laboral según sexo, edad y categoría profesional en los últimos 3 meses

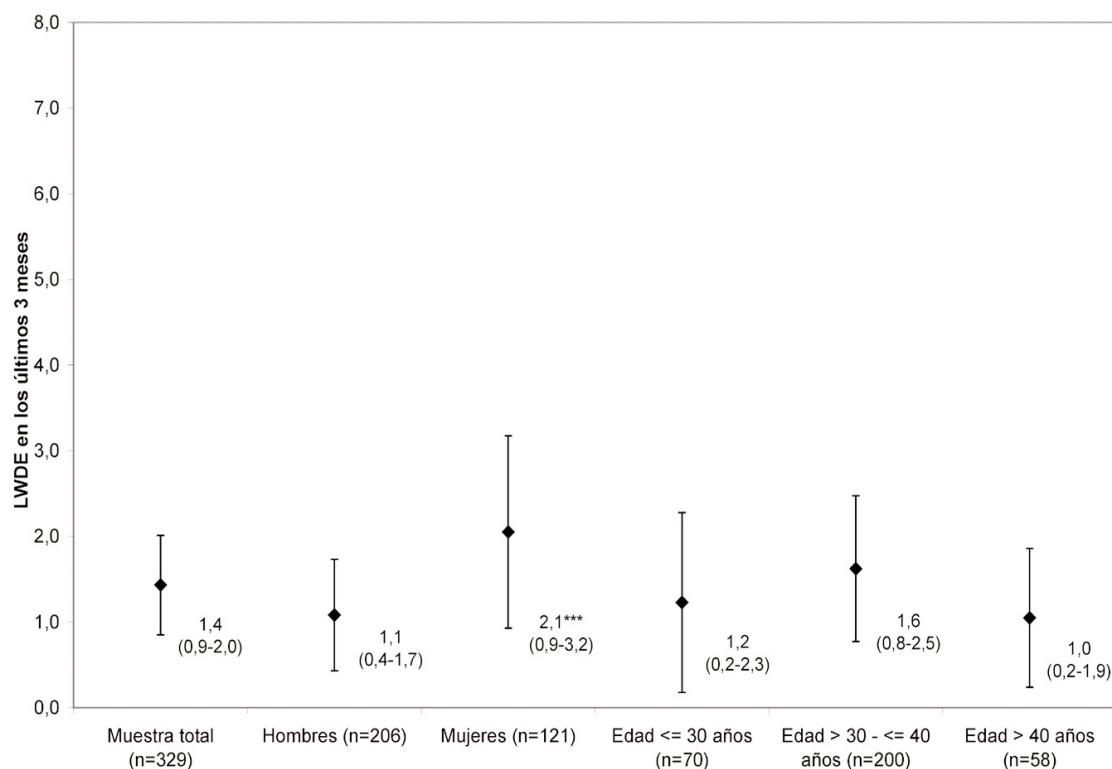
	n	Días faltados al trabajo por problemas de salud en los últimos 3 meses		Días en el trabajo con problemas de salud en los últimos 3 meses		Rendimiento promedio en días con problemas de salud en los últimos 3 meses		LWDE en los últimos 3 meses	
		Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Sexo									
Hombres	210	0,6	3,7	2,4	7,1	87,5	18,8	1,1	4,8
Mujeres	130	0,7	4,8	5,9 ^{a(**)}	12,2	79,8 ^{a(**)}	19,5	2,1 ^{a(**)}	6,3
Edad									
≤ 30 años	73	0,5	2,5	2,8	6,6	82,2	24,4	1,2	4,5
> 30 y ≤ 40 años	208	0,7	5,0	3,9	9,3	84,3	18,5	1,6	6,1
> 40 años	60	0,6	2,5	4,1	12,6	88,4	15,9	1,0	3,1
Categoría profesional									
Categoría 1 (sin especialización)	42	0,1	0,8	2,1	5,7	88,8	17,4	0,6	1,8
Categoría 2 (especialización baja)	180	0,6	3,9	3,4	8,6	85,3	20,6	1,4	5,6
Categoría 3 (especialización medio-alta)	82	1,1	6,2	6,1	13,4	80,5	17,6	2,4 ^{b(*)}	7,0
Categoría 4 (especialización alta)	31	0,1	0,4	1,8	4,0	86,0	18,5	0,6	1,2

n: número de casos, DT: Desviación Típica.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas: a según sexo (prueba U de Mann-Whitney); y b según categoría profesional en general (prueba de Kruskal-Wallis), y, en particular, según categoría profesional (prueba U de Mann-Whitney, prueba exacta de Montecarlo) de la categoría 3 respecto a categorías 1 y 2; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según edad entre los 3 grupos de edad (prueba de Kruskal-Wallis): $p > 0,05$.

Categoría 1: ordenanzas, limpiadores, auxiliares, recepcionistas, conductores de vehículos, archivo, grabación de datos, vendedores sin especialización y auxiliares administrativos; categoría 2: vendedores especializados, oficiales administrativos, secretarías y administrativos; categoría 3: supervisores, técnicos y analistas, coordinadores y jefes/médicos de producto; categoría 4: jefes de área/departamento y directores

Figura 4. Productividad laboral relacionada con la salud: número de días equivalentes a días de trabajo perdidos (LWDE) según sexo, edad y categoría profesional

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a los hombres: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001 (prueba U de Mann-Whitney).

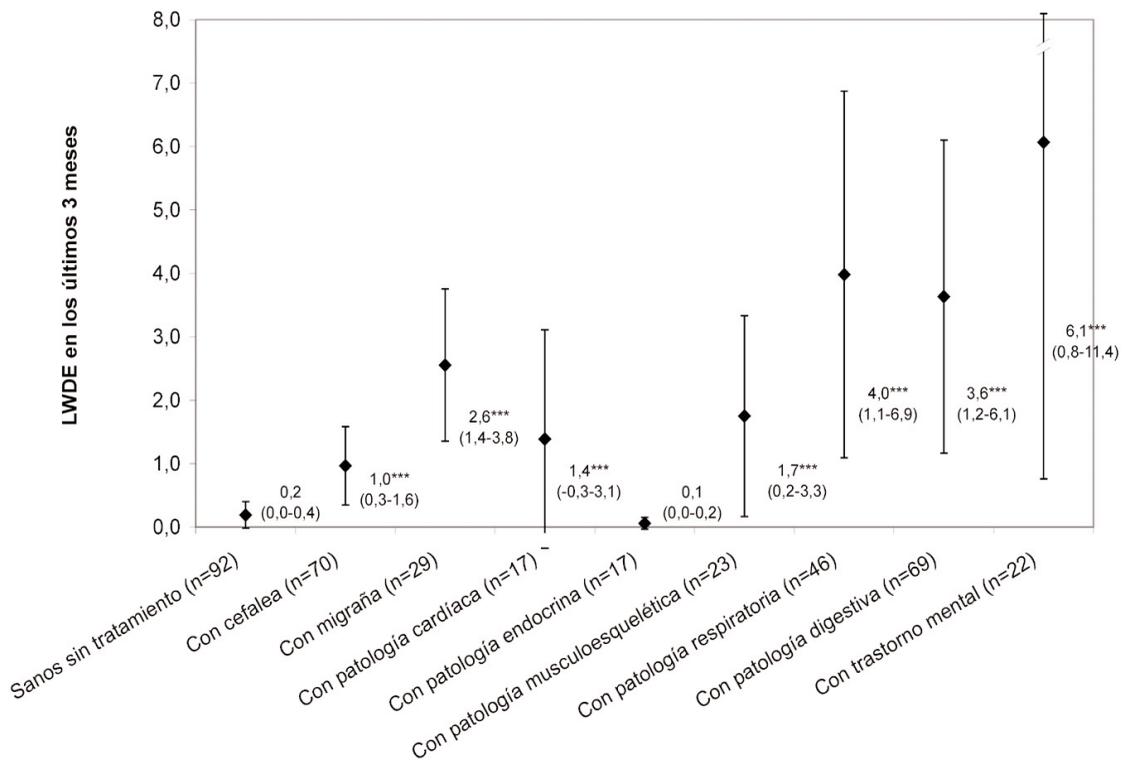
Tabla V. Impacto de la enfermedad en la productividad en una población laboral según tipo de antecedentes de patologías en los últimos 3 meses

		n	Días faltados al trabajo por problemas de salud en los últimos 3 meses		Días en el trabajo con problemas de salud en los últimos 3 meses		Rendimiento promedio en días con problemas de salud en los últimos 3 meses		LWDE en los últimos 3 meses	
			Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Antecedentes de migraña y/u otras enfermedades concomitantes	Sí	249	0,9**	4,9	4,9***	10,7	81,7***	19,2	1,9***	6,2
	No	93	0,0	0,0	0,5	2,5	94,3	16,7	0,2	1,0
Antecedentes de migraña	Sí	31	0,2	0,6	7,8***	9,4	67,4***	15,5	2,6***	3,3
	No	209	0,7*	5,0	3,3	9,8	89,2	18,0	1,2	6,0
Antecedentes de patologías cardíacas	Sí	19	1,1*	3,4	6,9	16,6	89,3	14,4	1,4	3,6
	No	323	0,6	4,2	3,5	8,9	84,4	19,6	1,4	5,5
Antecedentes de patologías endocrinas	Sí	18	0,0	0,0	2,1	7,3	89,1	18,1	0,1	0,2
	No	324	0,7	4,3	3,8	9,5	84,5	19,4	1,5	5,5
Antecedentes de patologías musculoesqueléticas ^a	Sí	25	0,6	2,2	11,6*	18,3	87,7	15,4	1,7	3,9
	No	317	0,6	4,3	3,1	8,2	84,4	19,7	1,4	5,5
Antecedentes de patologías respiratorias	Sí	49	1,4**	6,6	9,0***	16,3	75,1**	23,2	4,0**	10,0
	No	293	0,5	3,6	2,8	7,4	86,3	18,3	1,0	4,1
Antecedentes de patologías de sistema digestivo	Sí	73	1,7**	8,1	7,5***	13,8	80,6*	21,2	3,6***	10,5
	No	269	0,3	2,0	2,7	7,7	86,2	18,5	0,8	2,5
Antecedentes de trastornos mentales	Sí	25	2,8*	9,5	16,7***	21,7	71,5***	18,7	6,1***	12,7
	No	317	0,5	3,4	2,7	6,8	85,9	19,0	1,1	4,3
Toma actual de algún tratamiento	Sí	127	0,9	4,6	7,2***	12,4	76,3***	19,4	2,7***	6,8
	No	97	0,9	5,7	2,9	8,7	88,9	16,4	1,4	6,2

n: número de casos, DT: Desviación Típica.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas según antecedentes de enfermedades, y específicamente según antecedentes de migraña, de patologías cardíacas, musculoesqueléticas, respiratorias y del sistema digestivo, y según antecedentes de trastornos mentales y toma actual de algún tratamiento (prueba U de Mann-Whitney): * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Figura 5. Productividad laboral relacionada con la salud: número de días equivalentes a días de trabajo perdidos (LWDE) según tipo de patología



Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a los sujetos sanos: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001 (prueba U de Mann-Whitney).

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio era evaluar y comparar el impacto de distintas enfermedades en la productividad laboral. Para ello se realizó un estudio empleando como medidas principales de productividad laboral el Índice IMPALA y las medidas de: i) días faltados al trabajo por problemas de salud en los últimos 3 meses; ii) días en el trabajo con problemas de salud en los últimos 3 meses; iii) rendimiento promedio en días con problemas de salud; y iv) número de días equivalentes a días de trabajo perdidos (LWDE). De todo ello se obtuvieron los resultados descritos, que a continuación se someten a discusión.

La medida de la productividad laboral: diferencias entre patologías y limitaciones

Como limitación al objetivo del presente estudio de evaluar y comparar el impacto de distintas enfermedades en la productividad laboral, debe mencionarse la disparidad entre el marco temporal de referencia empleado en la recogida de la informa-

ción acerca de las distintas patologías empleadas, que se recogió haciendo referencia a alguna vez en la vida, y el empleado para la medida de su impacto en la productividad laboral relacionada con la salud mediante el Índice IMPALA y los LWDE, que estaban referidos a los 3 últimos meses. Pese a esta aparente limitación, que puede estar sesgando parcialmente los resultados obtenidos infravalorando el impacto en productividad laboral de patologías agudas sin episodios en los 3 últimos meses, el impacto laboral asociado a las distintas patologías estudiadas resultó comparable al obtenido en los otros escasos estudios existentes. En segundo lugar, debe tenerse en cuenta la posible influencia de terceros factores, incluyendo sexo, edad y categoría profesional, en la interpretación de los resultados de los análisis de comparación entre patologías obtenidos. En particular, se hallaron diferencias estadísticamente significativas según sexo y categoría profesional, presentando más pérdidas laborales las mujeres y los sujetos de la categoría profesional 3 (especialización medio-alta). Este hecho podría estar explicando parcialmente las mayores pérdidas laborales observadas en los grupos de pacientes con

patologías que son más prevalentes en mujeres, tales como los trastornos mentales y la migraña. Finalmente, debe considerarse como otra posible limitación a considerar en la interpretación del impacto en la productividad laboral, la existencia de comorbilidad entre distintas patologías estudiadas. A este respecto, se realizó un análisis exploratorio de comorbilidades, resultando que la proporción de pacientes con comorbilidad con otras patologías era relevante. Presentaban otras patologías 18 de los 22 pacientes con patologías cardíacas, 12 de los 20 pacientes con patologías endocrinas, 25 de los 30 pacientes con patologías músculo-esqueléticas, 38 de los 51 pacientes con patologías respiratorias, 62 de los 82 pacientes con patologías del sistema digestivo, 25 de los 27 pacientes con trastornos mentales, y en particular, 20 de los 35 pacientes con migraña.

En nuestro estudio se observó una menor productividad laboral en términos del Índice IMPALA en sujetos con antecedentes de alguna patología, con una puntuación media de 91,1 puntos (DT=15,2), y/o con toma actual de algún tratamiento, con una media de 86,8 puntos (DT=16,5). Más concretamente, se observaron menores puntuaciones en el Índice IMPALA, indicativas de peor productividad laboral, en sujetos con antecedentes de migraña con una media de 79,6 puntos (DT=20,9), de trastornos mentales con 84,3 puntos, (DT=17,7), de patologías respiratorias con una media de 88,1 puntos (DT=18,3) y de patologías digestivas con 88,1 puntos, (DT=19,4).

En nuestro estudio también se observaron destacables pérdidas en productividad laboral en términos de equivalentes a días de trabajo perdidos (LWDE) en los últimos 3 meses, en sujetos con antecedentes de alguna patología en que se encontró una media de 1,9 días (DT=6,2 días) LWDE, y en sujetos con toma actual de algún tratamiento, entre los cuales se observó una media de 2,7 días (DT=6,8) LWDE. Más específicamente se encontraron unas medias de equivalentes a días de trabajo perdidos de 6,1 días (DT=12,7) en sujetos con antecedentes de trastornos mentales, de 4,0 días (DT=10,0) en sujetos con antecedentes de patologías respiratorias, 3,6 días (DT=10,5) en sujetos con antecedentes de patologías digestivas, y específicamente de 2,6 días en sujetos con antecedentes de migraña (DT=3,3).

Estos resultados son congruentes con los obtenidos en estudios previos en que se observó un porcentaje medio de absentismo por problemas de salud de 1,8% en sujetos con algún factor de riesgo en general (23), así como que los pacientes con enfermedades crónicas con trastornos de sueño graves

muestran menor grado de cuidado y presentan dos veces más la necesidad de pausas en su actividad laboral (). Más específicamente, son congruentes también los resultados obtenidos: i) en patologías respiratorias, en que frente a la media de equivalentes de días de trabajo perdidos (LWDE) observada aquí, de 4,0 días (DT=10,0) en los últimos 3 meses, se ha descrito un relevante impacto en términos de absentismo y de productividad laboral en general; ii) en patologías digestivas, para las que frente al LWDE observado aquí de 3,6 días de media en los últimos 3 meses (DT=10,5), se ha descrito un 6,0% de reducción de la productividad laboral atribuible a síntomas en pacientes con síntomas de trastorno de reflujo gastroesofágico (13), y 2,5 horas de absentismo y un 23% de reducción de la productividad laboral en pacientes con ardor de estómago (12); iii) en trastornos mentales, para los que frente a la media de 6,1 días (DT=12,7) LWDE en los últimos 3 meses observada aquí, se han descrito en otros trabajos en pacientes con depresión unas pérdidas diferenciales de tiempo productivo de 5,6 horas a la semana (14).

Los resultados obtenidos en sujetos con antecedentes de migraña con una media de 2,6 LWDE en los últimos 3 meses (DT=3,3), son congruentes también con los observados en otros estudios en que, respectivamente, se ha observado una media de 0,5 días por ataque de migraña en el último mes (21). Por lo que hace referencia a los resultados obtenidos en sujetos con patologías cardíacas, endocrinas y músculo-esqueléticas, en que sólo se encontraron diferencias en días faltados al trabajo por problemas de salud para patologías cardíacas y días en el trabajo con problemas de salud para patologías músculo-esqueléticas, son incongruentes con los obtenidos en estudios previos (8,9,10), lo que debe ser atribuido al reducido tamaño de muestra de los grupos con dichas patologías valorables para análisis (n=19, n=18 y n=25, respectivamente), y además en el caso de las patologías cardíacas, al hecho de que la mayoría del total de pacientes con patologías cardíacas presentaban hipertensión (n=15/22, 68,2%).

La medida de la productividad laboral: instrumentos y limitaciones

Uno de los problemas de la evaluación de la productividad laboral es la elección de medidas adecuadamente factibles y válidas para su medida. Existen diversas medidas para la cuantificación de las pérdidas de productividad laboral entendidas como costes directos, de entre las cuales actualmente la más habitualmente aceptada y empleada es la de los días equivalentes a días de trabajo perdidos (LWDE). Por otra parte, existen diversos instrumentos, tanto gené-

ricos como específicos, para la medida de las pérdidas de productividad laboral entendidas como costes indirectos, tal y como señalan dos recientes revisiones al respecto (5,6). Instrumentos de Productividad Laboral autoadministrados genéricos son los cuestionarios Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI) (29,30), el Work Limitations Questionnaire (WLQ) (4,31,32), el Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) (33), el Health and Work Questionnaire (HWQ) (34), el Endicott Work Productivity Scale (EWPS) (35), y el Health and Labor Questionnaire (HLQ) (36), con 6, 25, 24, 24, 25 y 23 ítems, respectivamente, instrumentos que no han mostrado adecuadamente alguna propiedad psicométrica. Además existen instrumentos de Productividad Laboral autoadministrados específicos, tales como el WPAI-Special Health Problem Questionnaire (WPAI-SHP) (29), el WPAI-Allergic Rhinitis Questionnaire (WPAI-AS) (37), el WPAI-Gastro-Esophageal Reflux Disease Questionnaire (WPAI-GERD) (12), el WPAI-Chronic Hand Dermatitis Questionnaire (WPAI-ChHD) (7), el Migraine Disability Assessment Questionnaire (MIDAS) (19,38), y el Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire (MWPLQ) (32), que constan de 6, 9, 6, 6, 7, y 29 ítems, respectivamente, pero dado que son específicos para patologías concretas no son útiles para estudios comparativos en general. En este sentido debe destacarse que las medidas empleadas en el presente

estudio, es decir, el Índice IMPALA, que consta solamente de 7 ítems y ha demostrado en un estudio previo una aceptable factibilidad, y los LWDE, son medidas factibles, fiables y válidas. Ello permite la comparación entre patologías en el presente estudio, aunque frente a otros trabajos previos resulta difícil la comparación dada la disparidad existente en las medidas y métodos empleados, dificultad que aparece ser una limitación de este área de estudio a considerarse como objeto de interés de futuras investigaciones.

Futuras investigaciones

Los sujetos con migraña fueron los que presentaron un mayor impacto en la productividad laboral cuando se mide con un instrumento de productividad laboral como el IMPALA. En términos de días laborales perdidos por problemas de salud los antecedentes de trastornos mentales, patologías respiratorias, digestivas y migraña son las que proporcionan un mayor número de pérdidas de días. A pesar de las limitaciones comentadas anteriormente y que los resultados observados en este estudio deberían confirmarse en estudios más amplios que incluyeran otros sectores productivos como la construcción o el sector servicios, los datos arrojados por este estudio son de interés para aquellos que toman decisiones sanitarias en el ámbito de la medicina laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kuttner R. The American health care system--employer-sponsored health coverage. *N Engl J Med* 1999; 340(3):248-52.
2. Antofianzas F. Challenges to achieving value in drug spending in a decentralized country: the Spanish case. *Value Health* 2003; 6(Suppl 1):52-63.
3. Domínguez A, Inesta A. Establishing an insight-gaining area in pharmacoeconomics. *Farm Hosp* 2004; 28(5):375-83.
4. Lerner DJ, Amick BC 3rd, Malspeis S, Rogers WH. A national survey of health-related work limitations among employed persons in the United States. *Disabil Rehabil* 2000; 22(5):225-32.
5. Prasad M, Wahlqvist P, Shikhar R, Shih YC. A review of self-report instruments measuring health-related work productivity: a patient-reported outcomes perspective. *Pharmacoeconomics* 2004; 22(4):225-44.
6. Lofland JH, Pizzi L, Frick KD. A review of health-related workplace productivity loss instruments. *Pharmacoeconomics* 2004; 22(3):165-84.
7. Reilly MC, Lavin PT, Kahler KH, Pariser DM. Validation of the Dermatology Life Quality Index and the Work Productivity and Activity Impairment-Chronic Hand Dermatitis questionnaire in chronic hand dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48(1):128-30.
8. Reynolds MW, Frame D, Scheye R, Rose ME, George S, Watson JB, et al. A systematic review of the economic burden of chronic angina. *Am J Manag Care* 2004; 10:347-57.
9. Lavigne JE, Phelps CE, Mushlin A, Lednar WM. Reductions in individual work productivity associated with type 2 diabetes mellitus. *Pharmacoeconomics* 2003; 21(15):1123-34.
10. Puolakka K, Kautiainen H, Mottonen T, Hanno-

nen P, Korpela M, Julkunen H, et al. Impact of initial aggressive drug treatment with a combination of disease-modifying antirheumatic drugs on the development of work disability in early rheumatoid arthritis: a five-year randomized followup trial. *Arthritis Rheum* 2004; 50(1):55-62.

11. Wang PS, Beck A, Berglund P, Leutzinger JA, Pronk N, Richling D, et al. Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys. *J Occup Environ Med* 2003; 45(12):1303-11.

12. Wahlqvist P, Carlsson J, Stalhammar NO, Wiklund I. Validity of a Work Productivity and Activity Impairment questionnaire for patients with symptoms of gastro-esophageal reflux disease (WPAI-GERD)--results from a cross-sectional study. *Value Health* 2002; 5(2):106-13.

13. Dean BB, Crawley JA, Schmitt CM, Wong J, Ofman JJ. The burden of illness of gastroesophageal reflux disease: impact on work productivity. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17(10):1309-17.

14. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 2003; 289(23):3135-44.

15. Lerner D, Adler DA, Chang H, Berndt ER, Irish JT, Lapitsky L, et al. The clinical and occupational correlates of work productivity loss among employed patients with depression. *J Occup Environ Med* 2004; 46(6 Suppl):S46-55.

16. Percudani M, Barbui C, Tansella M. Effect of second-generation antipsychotics on employment and productivity in individuals with schizophrenia: an economic perspective. *Pharmacoeconomics* 2004; 22(11):701-18.

17. Dean BB, Gerner D, Gerner RH. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. *Curr Med Res Opin* 2004; 20(2):139-54.

18. Perrillo R, Rothstein KD, Rubin R, Alam I, Imperial J, Harb G, et al. Comparison of quality of life, work productivity and medical resource utilization of peginterferon alpha 2a vs the combination of interferon alpha 2b plus ribavirin as initial treatment in patients with chronic hepatitis C. *J Viral Hepat* 2004; 11(2):157-65.

19. Stewart WF, Lipton RB, Kolodner KB, Sawyer J, Lee C, Liberman JN. Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. *Pain* 2000; 88(1):41-52.

20. Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R, Kolodner K, Endicott J, Hettiarachi J, et al. ID Migraine validation study. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine validation study. *Neurology*. 2003; 61(3):375-82.

21. Vicente-Herrero T, Burke TA, Lainez MJ. The impact of a worksite migraine intervention program on work productivity, productivity costs, and non-workplace impairment among Spanish postal service employees from an employer perspective. *Curr Med Res Opin* 2004; 20(11):1805-14.

22. Pransky GS, Berndt E, Finkelstein SN, Verma S, Agrawal A. Performance decrements resulting from illness in the workplace: the effect of headaches. *J Occup Environ Med* 2005; 47(1):34-40.

23. Boles M, Pelletier B, Lynch W. The relationship between health risks and work productivity. *J Occup Environ Med* 2004; 46(7):737-45.

24. Láinez JM, Domínguez M, Arriaza E, Palacios G, Madrigal M, Garcia-Garcia M, et al. A new screening tool for migraine in the general population: the MIGRAINE-SCREEN-Q (MS-Q). *Value in Health* 2004; 7(6):795-6. PNL26.

25. Rejas J, Domínguez M, Palacios G, Arriaza E, Garcia-Garcia M, Rico-Villademoros F, et al. Validación preliminar del Índice IMPALA (Impacto en la Productividad Laboral) para medir el impacto de la enfermedad en la productividad laboral. *Neurología* 2004; 19(9):644.

26. Brislin RW. The wording and translation of research instruments. En: Lonner WJ, Berry W, editores. *Field methods in cross-cultural research*. Beverly Hills CA: Sage publications, 1986; 137-64.

27. Stewart WF, Lipton RB, Simon D. Work-related disability: results from the American migraine study. *Cephalalgia* 1996; 16:231-8.

28. Manocchia M, Keller S, Ware JE. Sleep problems, health-related quality of life, work functioning and health care utilization among the chronically ill. *Qual Life Res* 2001; 10(4):331-45.

29. Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics* 1993; 4(5):353-65.

30. Chirban JT, Jacobs RJ, Warren J, Ettigi P, Sodomsky ME, Clarke JF, et al. The 36-item short form health survey (SF-36) and the work productivity and activity impairment (WPAI) questionnaire in panic disorder. *Dis Manage Health Outcomes* 1997; 1(3):154-64.

31. Lerner D, Amick BC 3rd, Rogers WH, Malspeis S, Bungay K, Cynn D. The Work Limitations Questionnaire. *Med Care* 2001; 39(1):72-85.
32. Lerner DJ, Amick BC 3rd, Malspeis S, Rogers WH, Santanello NC, Gerth WC, et al. The migraine work and productivity loss questionnaire: concepts and design. *Qual Life Res* 1999; 8(8):699-710.
33. Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKeen D, et al. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med* 2003; 45(2):156-74.
34. Halpern MT, Shikar R, Rentz AM, Khan ZM. Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity. *Tob Control* 2001; 10(3):233-8.
35. Endicott J, Nee J. Endicott Work Productivity Scale (EWPS): a new measure to assess treatment effects. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33(1):13-6.
36. Van Roijen L, Essink-Bot ML, Koopmanschap MA, Bonsel G, Rutten FF. Labor and health status in economic evaluation of health care. The Health and Labor Questionnaire. *Int J Technol Assess Health Care* 1996; 12(3):405-15.
37. Reilly M, Tanner A, Meltzer EO. Work, classroom, and activity impairment instruments: validation studies in allergic rhinitis. *Clin Drug Invest* 1996; 11(5):278-88.
38. Stewart WF, Lipton RB, Kolodner K, Liberman J, Sawyer J. Reliability of the migraine disability assessment score in a population-based sample of headache sufferers. *Cephalalgia* 1999; 19(2):107-14; discussion 74.

PERJUICIO ESTÉTICO: PROPUESTA DE VALORACIÓN DE CICATRICES

MARÍA TERESA LÉRIDA ARIAS*,
LUIS JAVIER DEL POZO HERNANDO**.

(*) Médico Evaluador.

Equipo Valoración Incapacidades (EVI) del INSS. Baleares

(**) Dermatólogo.

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

RESUMEN

Perjuicio estético es cualquier modificación peyorativa que afecta a la imagen de la persona, estática o dinámica. Su valoración es compleja y plantea el problema de la subjetividad.

Proponemos un método descriptivo de valoración de las cicatrices, consideradas como daño estético estático. Nuestra propuesta modifica otras escalas previas publicadas y se adapta a la nueva normativa española del año 2004.

Se consideran cinco variables (localización, dimensión, relación con pliegues, arrugas y unidades funcionales, color y etiología de la cicatriz) que informan del proceso de cicatrización y de la visibilidad de la cicatriz. Esta herramienta permite cuantificar el perjuicio que producen las cicatrices y equipararlo con la escala cualitativa actualmente vigente en nuestro país.

PALABRAS CLAVES

Cicatriz, valoración, perjuicio estético, daño corporal.

ABSTRACT

Aesthetic impairment is any pejorative change affecting the personal image, both static as dynamic. Its appraisal is difficult and much influenced by the subjectivity of the observer.

We propose a descriptive method for the assessment of the scars, considered as a static aesthetic impairment. Our criteria are based on other previous published scales and adapted to the new Spanish law of the yr. 2004.

Five variables giving information about the cicatrization process and scar visibility are considered (localization, dimensions, relation with skin surface marks, colour and aetiology of the injury). The final result is a numeric score corresponding with the qualitative scale of the current regulations in our country.

KEY WORDS

Scar, assessment, aesthetic impairment, body injury.

INTRODUCCIÓN

1. Daño estético

Daño estético es todo aquello que rompe la fisonomía del individuo y altera su relación con los demás [1]. El perjuicio estético trata de estudiar y evaluar exclusivamente la pérdida de atracción física. Las repercusiones fisiológicas, sociales, morales y laborales deben ser valoradas dentro de los respectivos daños (Resolución 75/7 del Consejo de Europa), y no dentro del daño estético.

Hay dos tipos de daño estético [2]: estático y dinámico. El estático es aquel que permanece invariable en la persona independientemente de los distintos tipos de actitud que éste adopte (Ej.: cicatrices, deformidades, discromías). El daño estético dinámico varía y se modifica dependiendo de las distintas actitudes. (Ej.: alteraciones de la mímica, de gestos, cojeras, amputaciones, plejías).

La existencia de daño estético se prueba fácilmente al poderse comprobar visualmente, lo cual es una ventaja para su valoración, porque se puede apreciar y acreditar personalmente el daño. Pero su valoración plantea el problema de la subjetividad de su estimación. Se trata de valorar un daño objetiva-ble cuya apreciación cuantitativa es subjetiva tanto para el lesionado como para el reparador.

La valoración del daño estético es particularmente compleja, porque convergen elementos objetivos y subjetivos de extrema variabilidad en los sujetos

afectados. Además, la apreciación de la estética varía con el paso del tiempo porque los gustos y modelos estéticos evolucionan con las épocas y culturas a lo largo de la historia.

La Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (RD 08/2004) [7] recoge un capítulo especial sobre perjuicio estético, dentro del anexo sobre valoración de los daños y perjuicios causados a las personas¹. Esta ley establece una valoración cualitativa del perjuicio estético. Hace corresponder el perjuicio ocasionado por una secuela, con un determinado adjetivo de los enumerados en una escala con una serie gradual de calificativos o de situaciones. Valora este perjuicio de forma conjunta y autónoma -separado del perjuicio fisiológico-. No hace distinciones según la edad, sexo o profesión. El momento de esta valoración es el de la completa sanidad del lesionado. Este BOE establece un máximo de 50 puntos, que correspondería a una teórico perjuicio del 100%, que es el que se debería dar a un gran quemado con una afectación importante de la superficie corporal (no especifica porcentaje) y con el máximo de repercusión estética. La principal dificultad para aplicar este baremo reside en la subjetividad e imprecisión del método cualitativo.

También la valoración médico-legal de víctimas del terrorismo [10,11,12] contempla las mismas indicaciones del citado RD 08/2004 [7] para el perjuicio estético, por lo que cobra especial protagonismo la escala cualitativa sobre el perjuicio estético [Tabla1].

Tabla I. Escala cualitativa de valoración del perjuicio estético

Valoración del perjuicio estético RD 08/2004	
Grados	Puntuación
Ligero	1-6
Moderado	7-12
Medio	13-18
Importante	19-24
Bastante importante	25-30
Importantísimo	31-50

1. Este Anexo referido a la Valoración del Perjuicio Estético, también figura en la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados (BOE núm. 265, de 5-11-2003, pp. 39190-39220)

Estas nuevas consideraciones en la valoración del perjuicio estético obligan a modificar y/o adaptar las escalas existentes sobre valoración de cicatrices [3, 4, 13] y es la justificación de este trabajo.

Puede entenderse que un perjuicio estético de intensidad considerable es aquel que provoca en los demás una tendencia a dejar de mirarlo, porque los sentimientos o reacciones emocionales que despierta son intensos, y provocan un nivel de emociones en el paciente que puede afectar intensamente la relación entre él y las personas de su entorno.

La valoración de las cicatrices requiere una descripción detallada de las características morfológicas de la cicatriz que pueden ser elementos constitutivos del perjuicio estético, en especial aquellos parámetros que tienen relación con su mayor visibilidad.

2. Proceso de cicatrización

Una cicatriz es la sustitución de tejido normal por tejido cicatricial (tejido conectivo) como resultado final de la curación de las injurias de la piel, ya sean de causa accidental o quirúrgica.

Cuando se produce una pérdida de la solución de continuidad cutánea que afecte a la dermis, la reparación ya no será "ad integrum", es decir, con la sustitución del tejido inicial con uno idéntico, sino con cicatriz.

La cicatriz se compone de tejido conectivo diferente del circundante y de un epitelio generalmente adelgazado en el que han desaparecido los pliegues normales [8]. Este epitelio presenta cambios de color relacionados con pérdida de los melanocitos normales (hipopigmentación) o con su estímulo (hiperpigmentación).

Además faltan los anejos correspondientes a la zona dañada (folículos pilosebáceos, glándulas sudoríparas apocrinas y ecrinas, uñas...) y su ausencia también puede producir déficits funcionales o estéticos (p.ej. la pérdida o alteración de las uñas de las manos por una quemadura).

Las fibras nerviosas sensitivas de la zona que han sido cortadas, producen inicialmente una hipoestesia o anestesia en el territorio denervado. El intento de reinervación que ocurre posteriormente y que suele ser defectuoso puede provocar la aparición de sensaciones anormales al tacto, con los cambios de temperatura o espontáneas (disestesias) que pueden ser muy molestas. El nervio cortado a veces produce un "muñón de amputación", o neuroma de amputación,

en la zona proximal que provoca a veces dolor intenso al mínimo roce.

La morfología inicial de la cicatriz puede verse alterada por la tensión de la piel circundante, que puede producir ensanchamiento de la misma, ocurriendo a veces una cicatriz atrófica. Otras veces la proliferación de colágeno es excesiva y produce abultamiento y aumento de consistencia de la cicatriz. Si esto se circunscribe a los límites que la cicatriz tenía inicialmente, la llamamos cicatriz hipertrófica. Si, por el contrario sobrepasa estos límites, a veces con abollonaduras de la superficie que semeja un tumor, lo llamamos cicatriz queloidea o queloide. El queloide se produce con mayor frecuencia en algunos grupos étnicos (p.ej. negros) o en determinadas zonas del cuerpo (orejas, zona deltoidea, anterior de tórax...).

La cicatriz suele perder consistencia con el tiempo, pero a veces no lo hace. Una cicatriz rígida se hace más visible con los movimientos (por ejemplo en la cara con la mímica).

3. Valoración clínica de cicatrices

En clínica, la medición de la severidad de las cicatrices se suele realizar mediante escalas en las que se puntúan una serie de parámetros de manera subjetiva. La valoración global resulta de la suma de las distintas puntuaciones individuales. Existen varias escalas [5, 14-16] de las que la más usada es la de Vancouver [5] [Tabla 2] que, aunque diseñada para valorar las cicatrices post-quemadura, se usa también para la valoración de cicatrices en general.

Cuando el médico y el paciente evalúan de manera subjetiva la longitud, anchura y color de la cicatriz, suelen ser coincidentes [17] aunque no en todos los aspectos. Así, la opinión del médico parece estar más influida por la vascularización (que afecta al eritema), el grosor, la pigmentación y el relieve; mientras que la opinión del paciente lo está más por el grosor y el prurito [15]. La presencia de cicatrices en zonas visibles se relacionó con la autoestima en los pacientes [18].

Ninguna de las escalas subjetivas mencionadas ha demostrado ser al mismo tiempo fiable, consistente, aplicable y válida. Es por ello que se han intentado métodos de valoración objetiva de diferentes aspectos de las cicatrices. Ya en 1985 Katz propuso la utilización de la tonometría para evaluar la plegabilidad, y la ecografía de alta resolución para determinar el grosor [19]. El volumen total de la cicatriz se ha intentado determinar mediante réplicas

Tabla II. Escala de Vancouver para valoración clínica de cicatrices

ESCALA DE VANCOUVER : Valoración cicatrices post -quemadura		
Pigmentación	0	Normal (similar al resto)
	1	Hipopigmentada
	2	Mixta
	3	Hiperpigmentada
Plegabilidad	0	Normal
	1	Flexible con mínima resistencia
	3	Firme, inflexible: no se desplaza fácilmente, resiste al plegado
	4	Blanda: cordón que blanquea al estirar la cicatriz
	5	Contractura: acortamiento permanente que produce deformidad o distorsión
Vascularidad	0	Normal
	1	Rosa
	2	Rojo
	3	Púrpura
Altura	0	Normal, plana
	1	Hasta 1 mm
	2	1 a 2 mm
	3	2 a 4 mm
	4	Más de 4 mm
Síntomas - Dolor - Prurito	0	No
	1	Ocasional
	2	Requiere medicación

en materiales [20]. También se han propuesto formas de evaluar la elasticidad mediante análisis de la imagen por computador [21,22,27,28]. Un trabajo encontró más fiable la medición objetiva del color de las cicatrices que su valoración subjetiva, con valores de concordancia inaceptablemente bajos ($k=0,349$). De los dos instrumentos que utilizaron, un colorímetro triestímulo (Minolta Chromameter) y un medidor de reflectancia de banda estrecha (DermaSpectrometer), encontraron este último más fácil de usar [24].

Se ha propuesto un sistema de valoración de las cicatrices que considera la sensibilidad y la especificidad de cada uno de los instrumentos de medida. Estos autores utilizaron fotografías de las lesiones, evaluación clínica e instrumentos para cuantificar la pigmentación, el eritema, la plegabilidad, el grosor y la vascularización. Encontraron que la evaluación objetiva de la plegabilidad y del eritema correlacionó significativamente con la evaluación clínica de la hipertrofia, pero no así la pigmentación. La cicatriz hipertrófica tuvo significativamente más perfusión que la no hipertrófica. Es posible que en el futuro los sistemas objetivos puedan reemplazar a los criterios subjetivos [23].

4. Valoración estética de las cicatrices

Se han propuesto, que sepamos, tres procedimientos de valoración del perjuicio estético originado por las cicatrices que puntúan parámetros relacionados con su visibilidad y con aspectos morfológicos del proceso de cicatrización [3, 4, 13].

Bermúdez [3] realiza una buena ponderación de la visibilidad y la morfología de la cicatriz, pero las diferencias que establece según el sexo y la profesión del lesionado ya no se consideran en la actual legislación [7, 10]. Además, en el caso de concurrencia de cicatrices, no especifica cómo hacer una ponderación conjunta.

Orgaz [4], por su parte, valora por igual las cicatrices que son mayores de 5 cm. de longitud o de 3 cm. de ancho.

Gracia y col. [13] establece criterios mayores y menores según las características de la cicatriz. Prioriza el tamaño de la lesión y la localización, sin entrar a cuantificar numéricamente. No considera las zonas íntimas como causa de perjuicio estético, al no ser visibles.

Existe una propuesta de resolución del Parlamento Europeo con recomendaciones destinadas a la Comisión sobre una Guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas. Este Baremo Europeo [6] expresa por medio de un porcentaje el grado de déficit funcional. Se basa en el empleo de baremos porcentuales. Como hemos comentado, el déficit funcional no es objeto de valoración en el perjuicio estético.

PROTOCOLO DE VALORACION:

Proponemos un método descriptivo de valoración del daño estético estático. Este *protocolo de valoración de cicatrices* es una adaptación de escalas de valoración conocidas que nos pueden orientar en la clasificación de los grados cualitativos propuestos por la normativa española actualmente en vigor.

Tabla III. Propuesta de valoración de cicatrices: Procedimiento de asignación de puntos

Parámetro	Puntos	Opciones
ZONA AFECTADA		
LOCALIZACIÓN	1,5	Cara región periorifical (párpados, nariz, labios)
	1	Cara región interna (frente, pómulos, mejillas, mentón)
	0,5	Zonas íntimas
		Cara región externa (sienes, maxilar inferior, cuello)
		Cuello y escote
0,25	Cabeza no cubierta por pelo	
0,10	Manos	
DIMENSIONES		
LONGITUD	1	por cada cm. los primeros 5 cm
	0,5	por cada cm que supere los 5 cm hasta 10 cm
	0,25	por cada cm que supere los 10 cm hasta los 15 cm
	0,10	por cada cm que supere los 15 cm
		Ejemplo
ANCHURA	1	Hasta 0,5 cm
	1,50	De 0,6 cm hasta 3 cm
	1,75	De 3,1 cm hasta 5 cm
	+ 0,10	De 5,1 cm en adelante: 0.10 x cm
		Ejemplo:
ALTURA	1	Plana
1,25	Hipertrófica o atrófica	
1,5	queloidea	
RELACIONES CON		
Pliegues, arrugas y unidades funcionales	1	Indiferente o disimulada
	1,25	Perpendicular a pliegues y arrugas
COLORACIÓN		
Pigmentación	1	Normal
	1,25	Hipercrómico o hipocrómico o eritematoso o mixto
CAUSA		
Origen de la lesión	1	Lesional
	1,25	Quirúrgica por motivo estético
	1,5	Quirúrgica por causa médica

Los parámetros que vamos a considerar, pues, en este protocolo de valoración de cicatrices [Tabla 3] son:

1. Zona afectada: localización

Hemos asignado la mayor puntuación a las partes móviles de la cara por tratarse de zonas de máxima visibilidad en las relaciones interpersonales (cuando hablamos con alguien, su mirada traza una línea con forma de zeta que va desde nuestros ojos a nuestra boca pasando por nuestra nariz). Le siguen en importancia las partes no móviles de la cara y las zonas íntimas (de gran importancia en las relaciones sexuales). A medida que las zonas van siendo menos visibles van recibiendo menor puntuación. Somos conscientes de que la visibilidad cambia con las épocas, y este criterio debe siempre someterse a revisión. Con respecto a la mama femenina, que era puntuada por Bermúdez [3] junto con las zonas íntimas de ambos sexos, nosotros no la consideramos ahí porque la nueva ley no discrimina entre sexos [7]. Una zona que se torna visible si se ha perdido el pelo (bien de forma natural o accidental) es el cuero cabelludo.

2. Dimensiones

La longitud y la anchura determinan la superficie. La altura y la superficie determinarían el volumen. Aunque el volumen de la cicatriz sería el parámetro global más importante para valorar su tamaño, no lo consideramos debido a que la parte de la cicatriz responsable del perjuicio estético es la que sobresale del nivel de la piel y no la que queda debajo del mismo.

3. Relación con pliegues, arrugas y unidades funcionales.

Una cicatriz puede quedar disimulada por un pliegue natural o una arruga (mínima visibilidad) o, en el extremo opuesto, ser perpendicular a ellos, con lo que su visibilidad será máxima. Las tradicionales líneas de Langer han ido cayendo en desuso al estar descritas en piel de cadáver, y por ello no verse influidas por la tracción de los músculos subyacentes [9]. Son más utilizadas en la actualidad las líneas de tensión de piel relajada [26]. En la cara hay que considerar también su relación con las unidades funcionales descritas en esta zona.

4. Color

El color es un parámetro *relativo*, que se valora siempre en relación al color de la piel circundante.

Si el color es similar al de la piel adyacente se confunde más fácilmente con ella, y si por el contrario es diferente, la cicatriz será más visible, ya que nuestro cerebro trabaja detectando los *contrastos*. Los dos pigmentos principales que proporcionan el color a la cicatriz son la melanina y la hemoglobina. La **melanina**, según esté en exceso o en defecto, produce cicatrices hiper o hipopigmentadas. La cantidad de melanina que contiene la cicatriz variará en función de la exposición solar que recibe la zona. Si está en una zona permanentemente expuesta cambiará poco con la estación del año. Si lo está en una zona expuesta al sol de manera ocasional, podría ser necesario valorar al paciente en dos épocas diferentes para evaluar este parámetro.

La **hemoglobina** suele estar contenida dentro de los vasos, por lo que el color rosado de las cicatrices se relaciona con la cantidad de vascularización que tenga (y por lo tanto, con su grado de perfusión). Las cicatrices recientes suelen ser más rosadas que las antiguas. También las cicatrices que loideas o hipertróficas suelen ser más rojizas que las demás. Dependiendo de la profundidad a la que están los vasos dentro de la cicatriz el color rojizo aparecerá como un rosado tenue (vasos superficiales), de color vino Burdeos o incluso de color púrpura si los vasos son más profundos. Ocasionalmente la hemoglobina se extravasa por rotura de los vasos de la cicatriz, y origina otro pigmento, la **hemosiderina**, que tiene color pardo debido a la oxidación del hierro y que contribuye a la hiperpigmentación. En nuestra escala de valoración asignamos igual puntuación a la disminución del color y a su aumento, y consideramos también el color rojo y las combinaciones de los tonos precedentes (color mixto).

5. Causa

Cuando el mecanismo de producción de la cicatriz es **lesional** se entiende que el paciente nunca podía haber esperado un beneficio de la cicatriz, ni ésta fue buscada intencionadamente. Cuando el origen es **quirúrgico**, es decir producido por la intervención de un cirujano, existen dos situaciones: 1) Por un lado la cicatriz derivada del intento de resolución de un problema estrictamente *médico* (por ejemplo la cicatriz de extirpación de un tumor cutáneo; un injerto en malla para cubrir la superficie cruenta de un gran quemado...etc.). 2) Por otro lado están las cicatrices producidas en la corrección de un problema puramente *estético* (por ejemplo, mamoplastias de aumento o, en algunos casos, de reducción; liposucción, etc.). Obviamente, entre estas dos situaciones extremas se dan otras intermedias (por ejemplo, la cicatriz de una cesárea, que es un pro-

blema estrictamente médico, puede ser realizarse paralela a las líneas de tensión, en un intento de lograr una cicatriz más estética, o bien ser ejecutada con una cicatriz que sea perpendicular a las mismas, con una cicatriz peor que en caso anterior (ver apartado 3). Teniendo en cuenta lo anterior, hemos asignado 1.5 puntos a la cicatriz quirúrgica por patología médica, 1.25 a la quirúrgica por motivo estético y 1 a la lesional propiamente dicha.

Para valorar una cicatriz, damos una puntuación a cada uno de los parámetros antes comentados [tabla 4]. Se adjudica una mayor puntuación a la cicatriz localizada en una zona más visible, o con una mayor superficie. También las características del proceso de cicatrización que aumenten su visibilidad serán valoradas con una mayor puntuación.

Tabla IV. Propuesta de valoración de cicatrices: cálculo de puntuación

Cálculo de puntuación			Zona x Dimensión x Relaciones x Coloración Causa				TOTAL	PERJUICIO
			Dimensión = Longitud x Anchura x Altura					
ZONA	DIMENSIONES		RELACIONES	COLOR	CAUSA			
	Long	anch	alt					

UTILIZACIÓN

1. Se **asigna** una puntuación a cada parámetro de la cicatriz. Para ello, y según las características de la cicatriz, se puntúa cada parámetro siguiendo las pautas expuestas en la tabla 3.

2. Se **puntúa** la cicatriz. La tabla 4 recoge la puntuación asignada a cada parámetro, nos recuerda todo lo que tenemos que valorar, y la influencia de cada parámetro en la puntuación final. Todos los parámetros relacionados con la visibilidad de la cicatriz son factores que se multiplican entre si, excepto el parámetro -causa de la lesión- que es un factor que se divide. Después de aplicar la fórmula, se obtienen los puntos de la cicatriz (tabla 4).

3. La puntuación de cada cicatriz se hace corresponder con el grado de **perjuicio** estético del baremo propuesto en el RD 8/2004 [7][Tabla 1]

4. En caso de múltiples cicatrices, se utilizaría esta sistemática en cada una de las cicatrices presentes de forma independiente, utilizando la fórmula de ponderación de secuelas concurrentes, corregida a la puntuación máxima de 50.

$$\text{Ponderación} = \frac{(50 - M) \times m}{50} + M$$

*M es la cicatriz de mayor puntuación
m es la cicatriz con menor puntuación*

5. La puntuación obtenida después de la **ponderación**, se traslada nuevamente a la escala cualitativa anterior [Tabla 1]. Para el cálculo, se consideran todos los decimales. En el resultado final, sólo se redondea en caso de valores superiores al 0,5 punto (Ej. 6,85 se considera 7; 6,25 se considera 6).

6. En caso de puntuaciones **inferiores** a la unidad, se considera que la cicatriz no causa perjuicio estético.

En la **valoración final**, conviene hacer referencia siempre a los puntos obtenidos, para conocer la situación dentro del intervalo de la escala cualitativa de perjuicio estético. En caso de cicatrices múltiples, además de la puntuación tras la ponderación, conviene indicar siempre la puntuación de cada cicatriz, con su grado de perjuicio estético.

EJEMPLOS

1º Lesionado que presenta una sola cicatriz a nivel de la extremidad superior derecha (0,25) de 2 cm de longitud (2), inferior a 0,5 cm de diámetro (1), con cicatrización normal (1) que sigue la distribución de los pliegues cutáneos (1) de origen lesional directo (1).

ZONA	DIMENSIONES			RELACIONES	COLOR	CAUSA	TOTAL	PERJUCIO
	Long	Anch	Alt					
0,25	2	1	1	1	1	0,5	NO PERJUCIO	

2º Varón de 19 años de profesión fontanero que sufrió un accidente laboral por contacto con cola caliente con resultado de quemadura química de tercer grado en cara anterior de muslo izquierdo. Se le realizó injerto de piel de grosor medio tomado de la cara externa del mismo muslo. El paciente refería que ambas cicatrices (de la zona injertada y de la donante) se habían vuelto dolorosas y pruriginosas, al mismo tiempo que se habían comenzado a abultar

(figuras 1 y 2). En la exploración se apreciaban dos cicatrices de 30 cm. de largo por 14 cm. de ancho, de color rojizo. La cicatriz post-quemadura (figura 1) era hipertrófica y secundaria a injerto en malla para corrección de defecto en quemadura de tercer grado. En los bordes se hizo queloidea y fue tratada con láser de CO2 con poca respuesta. La cicatriz de la zona dadora (figura2) del injerto en malla de la figura 1, también se muestra ligeramente hipertrófica.

Figura 1. Cicatriz hipertrófica secundaria a injerto en malla para corrección de defecto en quemadura de tercer grado. En los bordes se hizo queloidea y fue tratada con láser de CO2 con poca respuesta.

Figura 2. Zona dadora del injerto en malla de la figura 1. Se observa cicatriz ligeramente hipertrófica.



Primera cicatriz [figura 1: quemadura, zona injertada]

ZONA	DIMENSIONES			RELACIONES	COLOR	CAUSA	TOTAL	PERJUCIO
	Long	Anch	Alt					
0,25	10,25	2,65	1,25	1	1,25	1	10,61	MODERADO

La longitud de la cicatriz es de 30 cm. Los primeros 24 cm dan una puntuación de 9,65 (tabla 3). Los 6 cm que faltan hasta los 30 cm se puntúan añadiendo 0,10 puntos por cm, es decir se añaden unos 0,60 puntos más a los 9,65. En total son 10,25 puntos.

Segunda cicatriz [figura 2: zona dadora]

ZONA	DIMENSIONES			RELACIONES	COLOR	CAUSA	TOTAL	PERJUCIO
	Long	Anch	Alt					
0,25	10,25	2,65	1,25	1	1,25	1,5	7,07	MODERADO

La cicatriz de la zona dadora tiene las mismas dimensiones que la cicatriz donde se originó la quemadura. La puntuación final es diferente (menor) porque la causa de la misma no es lesional, sino que es quirúrgica por causa médica (se divide por 1,5).

Ponderación

$$\frac{(50 - M) \times m}{50} + M = \frac{(50 - 10,61) \times 7,07}{50} + 10,61 = 16,17$$

*M es la cicatriz de mayor puntuación
m es la cicatriz con menor puntuación*

M: Cicatriz mayor	m: cicatriz menor	TOTAL	PERJUICIO
10,61	7,07	16,17	MEDIO

Al considerar las dos cicatrices del paciente, y realizar la ponderación, la puntuación aumenta, y el grado del perjuicio se modifica.

CONCLUSIONES

El perjuicio estético ha de ponderarse en su conjunto, y no procede atribuir a cada elemento una puntuación y aplicar una fórmula para lesiones con-

currentes. Ha de efectuarse una calificación global [25].

Nuestra propuesta es orientativa y permite objetivar las lesiones. Se basa en propuestas de otros autores, modificadas y adaptadas a los criterios que considera la actual normativa española para la valoración del perjuicio estético [7, 11, 12].

BIBLIOGRAFÍA

- Hinojal Fonseca R. Daño corporal: Fundamentos y Métodos de Valoración Médica. Arcano-Medicina, Oviedo, 1996.
- Medina Crespo M. El resarcimiento del perjuicio estético. En: <http://civil.udg.es/cordoba/pon/medina.htm>
- Bermúdez J. Valoración del daño estético por cicatrices. Primeras Jornadas Iberoamericanas de Ciencias Forenses. Madrid, junio 2001.
En: <http://www.la-plaza.com/vdc/revisiones> y <http://www.mednet.org.uy/dml\bibliografia\exterior\jb\1.htm>
- Orgaz Melgarejo J. Propuesta de protocolo de valoración del perjuicio estético. 1998 [Http:// la-plaza.com/vdc/BD/doc/revisiones/VDCART.html](http://la-plaza.com/vdc/BD/doc/revisiones/VDCART.html)
- Sullivan T, Smith J, Kermode J, Mc Iver E, Courtemanche DJ. Rating the burn scar. J Burn Care Rehabil 1990; 11 (3): 256-60
- Propuesta de resolución del Parlamento Europeo con recomendaciones destinadas a la Comisión sobre una Guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas (2003/2130 (INI)). www.europar.eu.int/meetdocs/committees/juri/20031001/505310ES.pdf

- Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre (BOE 5 noviembre 2004) por el que se aprueba la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.
- López Fernández S, Masià Ayala J, Serret Estalella P. La piel. Cicatrización cutánea. En: Manual de Cirugía Plástica. SECPRE. En: <http://www.secpres.org/documentos%20manual%202.html>
- Coifman F. Principios generales de suturas en urgencias. En: Guía para manejo de urgencias, pp.174-178. [Http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/%20Trauma/cita](http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/%20Trauma/cita).
- Lampreave JL, Gómez AM, Martínez JA, Sánchez L, Vicente JM, Villanueva C. Valoración médico-legal de las víctimas de terrorismo. V Jornadas de Formación de Médicos Evaluadores del INSS. Madrid, 2005
- Real Decreto 288/2003 de 7 de marzo. Reglamento de ayudas y resarcimientos a las víctimas de delitos de terrorismo
- Ley 32/1999 de 8 de octubre de solidaridad con las víctimas del terrorismo. BOE 9.10.1999
- Gracia PJ, Cervantes MA y López LF. Protocolo de actuación en la valoración del perjuicio estético. VI Jornadas sobre valoración del daño corporal. Fundación Mapfre. Madrid, 2005

14. Beausang E, Floyd H, Dunn KW, Orton CI and Ferguson MW. A new quantitative scale for clinical scar assessment. *Plast Reconstr Surg*, 102 (6): 1954-1961, 1998.
15. Draaijers LJ, Tempelman FR, Botman WE, Tuinebreijer and col. The patient and observer scar assessment scale: a reliable and feasible tool for scar evaluation. *Plast Reconstr Surg*, 113 (7): 1960-5: discussion 1966-7, 2004.
16. Yeong EK, Mann R, Engrav LH, Goldberg et al. Improved burn scar assessment with use of a new scar-rating scale. *J Burn Care Rehabil*, 18 (4): 353-5; discussion 352, 1997.
17. Siana JE, Rex S and Gottrup. Comparison of self reported and observed length, width, and colour of scar tissue. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*, 26 (2): 229-231, 1992.
18. Lawrence JW, Fauerbach JA, Heinberg L and Doctor M. Visible vs. hidden scars and their relation to body esteem. *J Burn Care Rehabil*, 25 (1): 25-32, 2004
19. Katz SM, Frank DH, Leopold GR and Wachtel TL. Objective measurement of hypertrophy burn scar: a preliminary study of tonometry and ultrasonography. *Ann Plast Surg*, 14 (2): 121-127, 1985.
20. Sawada Y. A method of recording and objective assessment of hypertrophic burn scars. *Burns*, 20 (1): 76-78, 1994.
21. Tsap L. Fusion of physically-based registration and deformation modelling for nonrigid motion analysis. *IEEE Transactions On Image Processing*, 10(11):1659, 2001
22. Zhang, DB, Goldgof SS and Tsap LV. A modelling approach for burn scar assessment using natural features and elastic property. *IEEE Trans Med Imaging* 23(10): 1325-9, 2004
23. Oliveira GV, Chinkes D, Mitchell C, Oliveras G, Hawkins HK and Herndon DN. Objective assessment of burn scar vascularity, erythema, pliability, thickness, and planimetry. *Dermatol Surg*, 31(1): 48-58, 2005.
24. Draaijers LJ, Tempelman FR, Botman WE, Kreis RW and col. Colour evaluation in scars: tristimulus colorimeter, narrow-band simple reflectancemeter or subjective evaluation? *Burns*, 30(2):103-7, 2004.
25. Arancón A. Teoría y práctica de la medicina evaluadora. Fundación Mapfre Medicina. Madrid, 2004.
26. Grabb, W.C. Técnicas fundamentales en cirugía plástica. En: Grabb, W.C. y Smith, J.W. Cirugía plástica. 3ª ed. Barcelona, Salvat. Editores. 1983;
27. L.V. Tsap, D.B. Goldgof, S. Sarkar, and P. Powers. A method for increasing precision and reliability of elasticity analysis in complicated burn scar cases. *International Journal of Pattern Recognition and Artificial Intelligence*, 14(2):189-211, 2000
28. L.V. Tsap, D.B. Goldgof, S. Sarkar, and P.S. Powers. A vision-based technique for objective assessment of burn scars. *IEEE Trans Med Imaging*, 17(4):620-633, 1998.

ANÁLISIS DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES DECLARADAS EN LOS TRABAJADORES INMIGRANTES DE LA REGIÓN DE MURCIA DURANTE EL PERÍODO 2000-2003

GLORIA GIL CARCELÉN*, MARÍA LOURDES GARCÍA SÁNCHEZ**,
ROSA LÓPEZ TORNERO***

(*) Médico del Trabajo, (**) Estadístico, (***) Médico del Trabajo
Sección de Salud Laboral del Instituto de Seguridad y Salud Laboral de Murcia

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer la tasa de incidencia, la etiología y los diagnósticos de las enfermedades profesionales declaradas en la población trabajadora inmigrante de la Región de Murcia, y relacionar estos datos con los correspondientes a la población trabajadora autóctona de la región.

Previamente al estudio de las enfermedades profesionales de los trabajadores inmigrantes afiliados a la Seguridad Social en Murcia, se analizó la estructura demográfica de dicha población. A continuación se revisaron los partes notificados de enfermedades profesionales en inmigrantes durante el período comprendido entre los años dos mil y dos mil tres, registrados en la base de datos del Instituto de Seguridad y Salud Laboral de Murcia. Por último, se realizó el tratamiento estadístico de las variables contempladas en dichos partes.

Los resultados de este análisis permiten afirmar que la tasa de incidencia de enfermedades profesionales en la población trabajadora inmigrante, en el período analizado, ha sido significativamente menor que en la autóctona. Respecto a la etiología y a los diagnósticos de las enfermedades profesionales, no se han encontrado diferencias significativas entre ambas poblaciones.

PALABRAS CLAVES

Población trabajadora inmigrante, población trabajadora autóctona, base de datos de enfermedades profesionales, clasificación española de enfermedades profesionales.

ABSTRACT

The objective of this study was to know the incidence rate, the etiology and the diagnoses of the occupational diseases notified among the immigrant working population within the Region of Murcia, in order to be able to appreciate if there were significant differences between them and the autochthonous working population.

Previous to this study of the occupational diseases of the working immigrants registered in the Social Security, the demographic structure of this population was analysed. Subsequently, the notified reports of occupational diseases in immigrants, registered in the database of the Institute of Occupational Health and Safety of Murcia, were reviewed for the period between 2000 and 2003. Finally, a statistical analysis of the variables included in the reports was carried out.

The results of this analysis allow us to affirm that the incidence rate of occupational diseases among immigrant workers, is significantly lower than the rate for the native population. Regarding the causes and the diagnoses of the occupational diseases, no significant differences were found between the two groups.

KEY WORDS

Immigrant working population, autochthonous (native) working population, occupational diseases database, Spanish catalogue of occupational diseases.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la Región de Murcia, ha pasado de ser un área de emigración para convertirse en una de inmigración. La llegada de población extranjera, es muy reciente, ya que, si en 1998 representaba apenas uno de cada cien habitantes, en el año 2002 se aproximaba a valores de uno de cada diez habitantes (1). Centrándose en la población trabajadora, en el año 2003, la tasa de afiliación de inmigrantes era de 115,51 por cada mil trabajadores afiliados en la región, mientras que en el territorio nacional dicha tasa era de 55,69 por cada mil trabajadores.

Este fenómeno, hace conveniente el estudio de la población inmigrante desde puntos de vista muy diversos. En este estudio se han analizado la mayoría de las variables contempladas en los partes de declaración de enfermedades profesionales de la población inmigrante de la Región de Murcia.

El presente estudio tiene como objetivo comparar la evolución de las enfermedades profesionales (EPP) entre la población trabajadora inmigrante y la población trabajadora autóctona de la Región de Murcia durante el período 2000-2003.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo de tipo transversal (en un contexto geográfico y temporal concreto), que analiza, por un lado, las características de la población extranjera afiliada a la Seguridad Social en la Región de Murcia entre los años 2000 y 2003 y, por otro, las enfermedades profesionales declaradas en dicha población en el mismo período.

La información estadística de afiliación de extranjeros a la Seguridad Social se ha obtenido del Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos sociales que publica el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2).

Los datos analizados son datos de enfermedades profesionales declaradas en la Región de Murcia, recogidas en la base de datos de EPP del Instituto de Seguridad y Salud Laboral, por tanto se incluyen solamente las declaradas en aquellos inmigrantes afiliados a la Seguridad Social con las contingencias por enfermedad profesional cubiertas, quedando fuera del estudio el colectivo de inmigrantes ilegales, los afiliados al Régimen Especial de Empleados del Hogar y los del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.

Se analizaron las distribuciones anuales de enfermedades profesionales según la mayoría de las variables contempladas en el vigente Parte de Enfermedad Profesional, que agrupadas según los cuatro apartados en los que se subdivide son:

1. Datos del Trabajador: número de bajas laborales (casos incidentes y recaídas), país de origen, género, edad, estado civil, antigüedad en la empresa, oficio (según clasificación nacional de ocupaciones C.N.O.-94), tiempo de exposición en el puesto de trabajo causante de la enfermedad profesional, y trabajos anteriores a la fecha de declaración de la enfermedad.
2. Datos de la Empresa: actividad económica de la empresa (según clasificación nacional de actividades económicas-CNAE-93), y localidad y comarca del centro de trabajo.
3. Datos de las Empresas con riesgo de enfermedad profesional en las que el trabajador hubiera prestado sus servicios anteriormente (este apartado se analiza con menor profundidad porque en un gran porcentaje de casos llega sin cumplimentar).
4. Datos de la Enfermedad: etiología, grupo o subgrupo de enfermedad profesional (según el cuadro español), diagnóstico (según código CIE.9.MC), carácter del diagnóstico y grado de gravedad.

En el estudio se presentan una serie de indicadores cuyas definiciones se exponen a continuación:

- Tasa de afiliación de inmigrantes: número de inmigrantes afiliados a la Seguridad Social por cada mil afiliados en cada año. Se consideran medias anuales de afiliados.
- Tasa de afiliación de inmigrantes según Régimen de afiliación: número de inmigrantes afiliados a un determinado régimen por cada mil afiliados en dicho régimen, referidos también a cada año.
- Razón de masculinidad: número de hombres por cada mujer, referida exclusivamente a la población de inmigrantes afiliados a la Seguridad Social. Se calcula a nivel nacional y regional, y para cada uno de los años en estudio.
- Índices de incidencia de enfermedades profesionales: número de EPP declaradas por cada cien mil trabajadores afiliados a la Seguridad

Social con las contingencias profesionales cubiertas. Se han calculado tanto los índices anuales, referidos al número medio de afiliados anuales, como índices globales, referidos al número medio de afiliados durante todo el período.

- Tasas de incidencia de enfermedades profesionales: para las variables oficio y actividad económica, al no disponer de datos de afiliación a la Seguridad Social para cada una de las categorías de la variable, se han calculado tasas de incidencia utilizando como población de referencia el número de ocupados extranjeros según el Censo de Población y Viviendas 2001, referidos por tanto a noviembre de 2001. Así, la Tasa se refiere a número de EEPP totales del período 2000-2003 por cada cien mil ocupados extranjeros a mitad del período, mientras que todos los Índices anteriormente citados, se refieren al número medio de afiliados.

RESULTADO DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA AFILIADA A LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA REGIÓN DE MURCIA.

Previamente al análisis de las enfermedades profesionales en los trabajadores inmigrantes de la Región de Murcia, es conveniente estudiar la estructura demográfica de dicha población. Este estudio se ha centrado en los trabajadores inmigrantes afiliados a la Seguridad Social en esta región.

La Tabla I muestra comparativamente la distribución de los inmigrantes afiliados a la Seguridad

Social por género a nivel Nacional y Regional durante el período 2000-2003.

Existen diferencias significativas entre las características de la población extranjera afiliada a la Seguridad Social en la Región de Murcia y la afiliada en el resto de España (2). Así, según el porcentaje en cada Régimen de Afiliación, a nivel Nacional durante todo el período, predominan los extranjeros afiliados al Régimen General y al Régimen Especial de la Minería del Carbón (67,4%), mientras que en la Región de Murcia el régimen que representa un mayor porcentaje es el Régimen Especial Agrario (REA).

A pesar de lo cual, en la Región de Murcia se viene observando una evolución anual, según la cual va adquiriendo peso el Régimen General, a la vez que disminuye levemente el del Régimen Especial Agrario, pasando el primero de representar un porcentaje del 22,2% de los afiliados en 2000 a un 36,3% en 2003, mientras que en el REA, ha pasado de un 71,1% en 2000 a un 58,3% en 2003. Cabe reseñar como dato de interés, el considerable aumento porcentual producido en esta región, en el año 2003, en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.

No obstante, actualmente a nivel regional sigue siendo preponderante la afiliación de la población extranjera al Régimen Especial Agrario. Así, en el año 2003, mientras que a nivel Nacional de cada mil trabajadores afiliados al REA el 28,91 eran inmigrantes, en Murcia ascendían al 446,14 por mil (2).

TABLA I: DATOS COMPARATIVOS DE TRABAJADORES EXTRANJEROS EN ALTA LABORAL SEGÚN GÉNERO A NIVEL NACIONAL Y EN LA REGIÓN DE MURCIA. PERÍODO 2000 -2003

		Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Razón de masculinidad
		Nº	Nº	%	Nº	%	Nº hombres: Nº mujeres	
2000	NACIONAL	454.571	296.658	65,26	157.780	34,71	1,9:1	
	R .MURCIA	22.703	19.098	84,12	3.605	15,88	5,3:1	
2001	NACIONAL	607.074	398.553	65,65	208.414	34,33	1,9:1	
	R .MURCIA	33.447	27.235	81,43	6.210	18,57	4,4:1	
2002	NACIONAL	831.658	531.086	63,86	300.543	36,14	1,8:1	
	R .MURCIA	51.815	39.402	76,04	12.413	23,96	3,2:1	
2003	NACIONAL	925.280	589.645	63,73	335.610	36,27	1,8:1	
	R. MURCIA	56.279	42.276	75,12	14.003	24,88	3:1	

Fuente: Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales 2000, 2001, 2002, 2003. Ministerio de Trabajo y de Asuntos Sociales

RESULTADO DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS PARTES DE DECLARACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN TRABAJADORES INMIGRANTES DE LA REGIÓN DE MURCIA.

En la Tabla II se muestra la distribución de las enfermedades profesionales declaradas en la Región de Murcia, durante el período 2000-2003, según el origen de la población trabajadora y según género.

El total de la población extranjera afiliada a la Seguridad Social en la Región de Murcia, en el año 2003, supone el 11,42% del total de la población afiliada, y mientras que a nivel Nacional la razón de masculinidad se sitúa en torno a 2:1 durante todo el período, en la Región de Murcia es bastante más elevada, observándose, no obstante, una progresiva disminución de las diferencias en cuanto a afiliación

por sexo, pasando de una razón de masculinidad de 5:1 en el año 2000 a 3:1 en el año 2003 (2).

Frecuencia e índices de incidencia: De las 2800 EEPP declaradas en la Región de Murcia en el total de la población trabajadora afiliada a la Seguridad Social, durante el período estudiado, 175 se han declarado en la población trabajadora inmigrante, lo cual representa el 6,25% del total (3,64% en hombres y 2,61% en mujeres).

Comparando la evolución de los índices de incidencia anuales, de las enfermedades profesionales declaradas con baja, en el período estudiado correspondientes a la población total trabajadora de la región con los de la población trabajadora inmigrante, se observa que estos últimos han sido significativamente inferiores a los índices regionales (3).

TABLA II: DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA, AUTÓCTONA E INMIGRANTE SEGÚN GÉNERO, EN LA REGIÓN DE MURCIA. PERÍODO 2000 -2003.

		2000	2001	2002	2003	Total	%
AUTÓCTONOS	HOMBRES	234	362	388	421	1405	50,17
	MUJERES	188	347	348	337	1220	43,57
INMIGRANTES	HOMBRES	8	18	34	42	102	3,64
	MUJERES	8	20	22	23	73	2,61
TOTALES		438	747	792	823	2800	100

Fuente: Base de datos de EEPP de la Región de Murcia. Instituto de Seguridad y Salud Laboral

Concretamente, en el año 2003, las EEPP diagnosticadas en inmigrantes representaron el 7,90% del total de las declaradas en la región en dicho año. Considerando únicamente las enfermedades profesionales con baja, se declararon en Murcia un total de 62 en inmigrantes, lo que supone un índice de incidencia de 116,26 por cada cien mil trabajadores inmigrantes en alta en la Seguridad Social, siendo significativamente inferior al índice de incidencia regional de enfermedades profesionales con baja en dicho año, 196,14 (3).

Casos incidentes y recaídas: Las recaídas no se contemplan en el parte de enfermedad profesional, pero sí se recogen en la base de datos de este Instituto.

De las EEPP declaradas en la población trabajadora inmigrante considerada en su conjunto, el

92,57% fueron casos incidentes y el 7,43% fueron recaídas de procesos anteriores. En este colectivo, las mujeres han presentado un mayor porcentaje de recaídas con baja que los hombres, 10,96% frente a 4,90%.

A continuación se desarrollan los resultados de las variables analizadas en los distintos apartados del parte de enfermedad profesional:

DATOS DEL TRABAJADOR

Según el *pais de origen* y en correspondencia con el último censo de población, la mayoría de las enfermedades profesionales, se han producido en inmigrantes procedentes de Marruecos y de Ecuador dada la importancia de estos colectivos en la Región de Murcia. El 50% de las declaradas en hombres, han sido en trabajadores originarios de Marruecos, y,

en el colectivo de las mujeres, el mayor porcentaje 32,8% se ha producido en ecuatorianas.

Respecto al *género, estado civil y edad*, el 58,2% de las enfermedades profesionales acaecidas en inmigrantes se han producido en hombres y el 41,7% en mujeres. No obstante, teniendo en cuenta la proporción de estos trabajadores en alta laboral según género, puede decirse que las EEPP declaradas en inmigrantes en todo el período han sido más frecuentes en las mujeres que en los hombres; especialmente en el año 2000, en el que el número de enfermedades profesionales declaradas correspondientes a mujeres igualaba a las declaradas en hombres, a pesar de que aquellas representaban sólo el 16% de los extranjeros afiliados a la Seguridad Social. Las enfermedades profesionales también han sido más frecuentes en las mujeres trabajadores autóctonas, aunque en menor proporción que en las inmigrantes.

Según los datos extraídos de los partes de EEPP estudiados, el 41,18% de los hombres eran solteros, y aproximadamente el 48% de las mujeres eran casadas. En relación con esta variable cabe destacar la gran diferencia observada entre las enfermedades profesionales declaradas en mujeres casadas y solteras, relación que no se corresponde con la estructura de la población (4), en la que el número de casadas y solteras es similar. No obstante, estos datos deben ser interpretados con cautela, debido al alto porcentaje de partes de enfermedades profesionales de inmigrantes en los cuales no consta el estado civil del trabajador (35,29% en hombres y 24,66% en mujeres).

El mayor número de EEPP, tanto en hombres como en mujeres, se ha producido en el grupo de edad comprendido entre los 20 y los 39 años, como cabía esperar según los datos del último censo de población. Cabe destacar que en el año 2003 se produjo un aumento de enfermedades profesionales en inmigrantes más jóvenes, de entre 20 y 29 años, especialmente en los hombres.

En cuanto a la *antigüedad* en la empresa, se ha de tener en cuenta el carácter temporal de la mayoría de los empleos que ocupan los inmigrantes. En el año 2002, las modalidades de contratación de mayor peso, en inmigrantes a nivel nacional, fueron las dos modalidades de contrato temporal, con aproximadamente un 46% de contratos por obra y servicio y más de un 40% en la modalidad de eventual por circunstancias de la producción. Incluso en los contratos de duración determinada el plazo era de menos de 1 año en el 45,7% de los casos (5).

En su mayoría, las enfermedades profesionales se han declarado en trabajadores inmigrantes que tenían un año o menos de antigüedad en la empresa. Aproximadamente el 61% de los hombres y el 64% de las mujeres tenían una antigüedad menor de un año en la fecha del diagnóstico de la enfermedad profesional. Sólo el 1,96% de los hombres y el 4,11% de las mujeres tenían una antigüedad en la fecha del diagnóstico de más de tres años.

Atendiendo al oficio según la Clasificación Nacional de Ocupación - C.N.O.-94 (6): En la Tabla III se expresan los datos correspondientes a porcentaje de EEPP y Tasas de Incidencia en las distintas ocupaciones.

Comparando la distribución porcentual y las tasas de incidencia para hombres inmigrantes en cada uno de los oficios se encuentra que:

1. Aunque más de la mitad de las EEPP se dan en "Peones agropecuarios", C.N.O. 94, este grupo solamente alcanza una tasa de 324,31 por cien mil.
2. Por el contrario los "Trabajadores de las industrias extractivas", C.N.O. 74, que sólo representan un 0,98% de las EEPP en hombres inmigrantes, tienen la tasa de incidencia más elevada, 6250 por cien mil. En este sentido destacan también los "Trabajadores de los servicios de protección y seguridad", con un 0,98% de las EEPP y una tasa de 1204.
3. Otras ocupaciones a destacar son los "Peones de las industrias manufactureras" y los "Trabajadores cualificados en actividades ganaderas" (incluyendo los trabajadores de las Industria cárnica), estas se encuentran entre las ocupaciones con Tasas de Incidencia más elevadas.

En las mujeres inmigrantes, el único oficio que presenta una baja tasa de incidencia pese a representar un alto número de EEPP es el C.N.O. 50, "Trabajadores de los servicios de restauración".

Presentan altas Tasas de Incidencia las ocupaciones "Trabajadores cualificados en actividades ganaderas" (C.N.O. 61), "Trabajadores cualificados en otras actividades agrarias" (C.N.O. 62) y "Peones agropecuarios y de la pesca" (C.N.O. 94).

Respecto al *tiempo de exposición* en el puesto de trabajo causante de la enfermedad profesional, se ha puesto de manifiesto que los tiempos de exposición que con mayor frecuencia las han originado, han

TABLA III: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL Y TASAS DE INCIDENCIA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN INMIGRANTES SEGÚN OFICIO (C.N.O.94)

C.N.O.	Ocupación	Hombres		Mujeres	
		% EEPP	Tasa de Incidencia	% EEPP	Tasa de Incidencia
50	Trabajadores de los servicios de restauración	-	-	5,48	392,93
52	Trabajadores de los servicios de protección y seguridad	0,98	1204,82	-	-
53	Dependientes de comercio y asimilados	-	-	2,74	394,48
60	Trabajadores cualificados en actividades agrícolas	0,98	60,13	4,11	700,93
61	Trabajadores cualificados en actividades ganaderas	5,88	4958,68	4,11	20000,00
62	Trabajadores cualificados en otras actividades agrarias	-	-	4,11	75000,00
71	Trabajadores en obras estructurales de construcción y asimilados	7,84	392,73	-	-
72	Trabajadores de acabado de construcciones y asimilados, pintores y otros asimilados	2,94	364,52	-	-
74	Trabajadores de las industrias extractivas	0,98	6250,00	-	-
75	Soldadores, chapistas, montadores de estructuras metálicas, herreros, elaboradores de herramientas y asimilados	0,98	173,61	-	-
76	Mecánicos y ajustadores de maquinaria y equipos eléctricos y electrónicos	2,94	671,14	-	-
79	Trabajadores que tratan la madera, ebanistas, industria textil, piel, cuero, calzado y asimilados	1,96	696,86	-	-
83	Operadores de máquinas fijas	0,98	110,62	-	-
91	Empleados domésticos y otro personal de limpieza de interior de edificios	0,98	390,63	-	-
94	Peones agropecuarios y de la pesca	50,98	324,31	75,34	1377,07
96	Peones de la construcción	12,75	647,09	-	-
97	Peones de las industrias manufactureras	7,84	2675,59	4,11	895,52
	No consta	0,98	-	-	-
TOTAL		100,00	329,06	100,00	573,18

Fuente: Base de datos de EEPP de la Región de Murcia. Instituto de Seguridad y Salud Laboral
Distribución porcentual respecto al total de EEPP declaradas en inmigrantes
Tasas referidas a número de trabajadores afectados por cada 100.000 extranjeros ocupados

sidó menores de un año, dándose el mayor porcentaje para el tiempo de exposición de 1 a 3 meses, representando un 33,33% en hombres y un 46,58% en mujeres. Ver Figura 1.

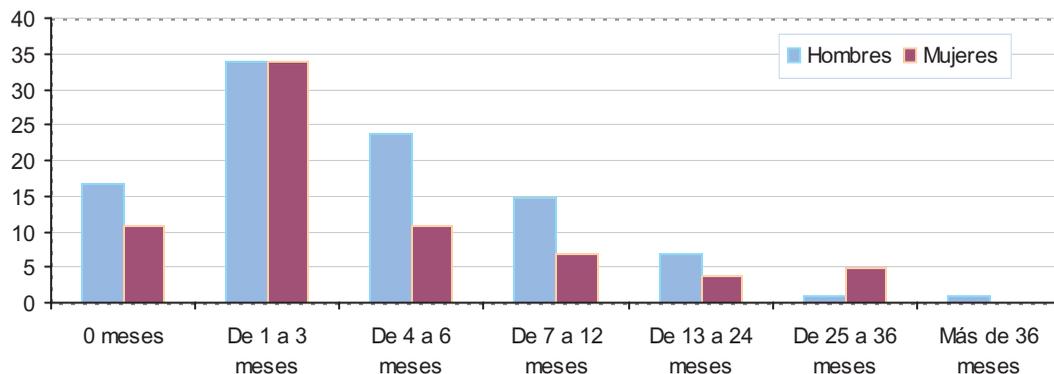
Puede ser que en el origen de esta circunstancia influya, entre otras variables, la formación previa necesaria para desarrollar adecuadamente las tareas del puesto de trabajo, especialmente en aquellos inmigrantes que no dominan el idioma, entre los cuales la formación resulta insuficiente en la mayoría de los casos. No obstante, resulta de interés poner de manifiesto, que el tiempo de exposición corto previo a la aparición de enfermedades profesionales, no es exclusivo de la población laboral inmigrante, puesto que se constatan igualmente

porcentajes similares para los tiempos de exposición en los trabajadores autóctonos, como se refleja en las "Estadísticas de Siniestralidad Laboral" y en algunos de los estudios realizados por este Instituto (7).

Los trabajos anteriores a la fecha de declaración de la enfermedad profesional que desempeñaban los inmigrantes no figuran en el 34% de los partes de los hombres, y en el 23% de los correspondientes a mujeres.

A partir de los datos disponibles, tanto en hombres como en mujeres, predominan como trabajos anteriores los agrícolas, los cuales suponen el 27,45% en hombres y 58,90% en mujeres, seguido de la

FIGURA1: ENFERMEDADES PROFESIONALES EN INMIGRANTES SEGÚN TIEMPO DE EXPOSICIÓN. TOTAL PERÍODO 2000-2003



construcción de inmuebles (14,71%), en el caso de los hombres, y de la hostelería (5,48%) en el de las mujeres.

DATOS DE LA EMPRESA

Atendiendo al sector de actividad económica según la Clasificación Nacional de Actividades Económicas - C.N.A.E.-93 (8), en los hombres inmigrantes los sectores de actividad en los cuales se han declarado más enfermedades profesionales han sido: los de Producción agrícola (C.N.A.E. 011) con el 31,37% y el de la Construcción de inmuebles (C.N.A.E. 452) con el 19,61%.

En los tres primeros años del período, ha destacado la producción agrícola (C.N.A.E. 011), sin embargo en el año 2003 el sector preponderante pasa a ser el de la construcción de inmuebles (C.N.A.E. 452). Llama la atención que, a partir del año 2002, en el sector de la industria cárnica (C.N.A.E. 151), concretamente en "mataderos", se han declarado el 9,80% de las enfermedades profesionales producidas en hombres inmigrantes.

Al agrupar según secciones de la C.N.A.E.-93 por dígitos alfabéticos, la que presenta una mayor tasa de incidencia es la sección K que abarca las "Actividades inmobiliarias, de alquiler y servicios empresariales", esto es debido a que esta incluye las empresas de selección y colocación de personal, es decir, las Empresas de Trabajo Temporal (ETT), muy arraigadas en esta región, principalmente en Agricultura, como lo verifica, que en el período 2001-2003, el 64% de los contratos de empresas usuarias de ETT en la Región de Murcia fueron del sector agrícola (2).

Las otras dos secciones con mayores tasas de incidencia son la sección D que comprende la "Industria manufacturera", y la sección F que abarca la Construcción.

En mujeres inmigrantes los sectores de actividad en los cuales se han declarado más EEPP durante el período analizado, han sido principalmente el sector agrícola, representado por: la producción agrícola (C.N.A.E. 011) con el 53,42%, seguido de la industria de conservas vegetales, en concreto la preparación y conservación de frutas (C.N.A.E. 153), con el 12,33%.

Según agrupación de C.N.A.E por secciones, las dos con tasas de incidencia más elevada coinciden con las citados anteriormente para hombres inmigrantes, secciones K y D, seguida en tercer lugar por la sección A "Agricultura, ganadería, caza y selvicultura".

En cuanto a la localidad y comarca de *ubicación del centro de trabajo*, se ha comprobado que, en general, las zonas que presentan una mayor número de enfermedades profesionales en inmigrantes, coinciden con aquellas con un mayor número de residentes extranjeros: Huerta de Murcia, Campo de Cartagena y comarca del Mar Menor (9).

En los hombres inmigrantes las EEPP se han presentado con más frecuencia en centros de trabajo ubicados en el municipio de Cartagena con el 31,37%, y el segundo lugar, lo ocupan los municipios de Murcia y Torre Pacheco, con un 10,78% cada uno. De los datos anteriores se desprende que, la localización comarcal de las enfermedades profesionales se ha producido principalmente en centros

de trabajo ubicados en la zona sureste de la región, sobre todo en las comarcas del Campo de Cartagena (32,3%), Mar Menor (17,6%) y Huerta de Murcia (11,8%).

En cuanto a las mujeres inmigrantes, el centro de trabajo estaba ubicado con más frecuencia en la localidad de Murcia 17,80%, seguida de San Javier 13,70%, y de Fuente Álamo 12,33%. También son las comarcas de la zona sureste de la región las que presentan mayor número de EEPP en las mujeres.

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Atendiendo a la distribución de las enfermedades profesionales según la etiología, se ha podido observar que, tanto en hombres como en mujeres inmigrantes, la primera causa que ha originado EEPP en el período estudiado, han sido las tareas que implican movimientos repetitivos. En hombres han supuesto el 53,92% y en las mujeres el porcentaje ha sido bastante más alto, de un 78,08%.

La segunda causa originaria es muy distinta según el género, así en los hombres ha sido el contacto con ganado, representando el 12,75%, y en mujeres, ha sido el contacto con sustancias irritantes y/o alérgicas, desencadenando principalmente dermatitis profesionales. La tercera causa originaria de EEPP en este colectivo, ha sido la manipulación de cargas en los hombres (11,76%), y las posturas forzadas en las mujeres (4,11%). En hombres inmigrantes la cuarta causa desencadenante de enfermedades profesionales ha sido el contacto con sustancias irritantes y/o alérgicas y dentro de estas, el contacto con cemento representa el 7,84%.

Destaca que, aunque gran parte de los inmigrantes realizan tareas agrícolas, la inhalación de plaguicidas sólo represente el 1,96% de las causas desencadenantes de EEPP en los hombres. Ver Figura 2.

Se ha comparado la incidencia de enfermedades profesionales entre la población autóctona y la población inmigrante, atendiendo al grupo de enfermedad profesional según el Cuadro Español (10). En la Tabla IV se exponen los índices de incidencia comparativos de las enfermedades profesionales, entre ambas poblaciones trabajadoras. (Sólo se han considerado los grupos y subgrupos de la clasificación de enfermedades profesionales en los cuales se han declarado partes de enfermedad profesional en ambos colectivos).

Estos datos ponen de manifiesto que en la mayoría de los grupos de EEPP, la incidencia ha sido mayor en trabajadores autóctonos, exceptuando el grupo D3 de enfermedades infecciosas y parasitarias, en el cual a partir de 2002 se produce una inversión en la incidencia, siendo esta mucho mayor en trabajadores inmigrantes que en autóctonos: 12,3 por cada cien mil inmigrantes afiliados a la Seguridad Social frente al 3,9 por cada cien mil trabajadores autóctonos afiliados. En 2003, esta diferencia es aún más significativa, ya que la incidencia en inmigrantes es 13,1 frente a una incidencia de 1,4 en autóctonos.

La incidencia en el grupo D3 de enfermedades infecciosas y parasitarias, en ambas poblaciones, se debe principalmente a la declaración de brucelosis ocupacional (codificada con el 023.9 en la clasificación CIE.9.MC). No obstante, mientras que en la

FIGURA 2: DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN INMIGRANTES SEGÚN LA ETIOLOGÍA DE LAS CAUSAS. PERÍODO 2000 -2003

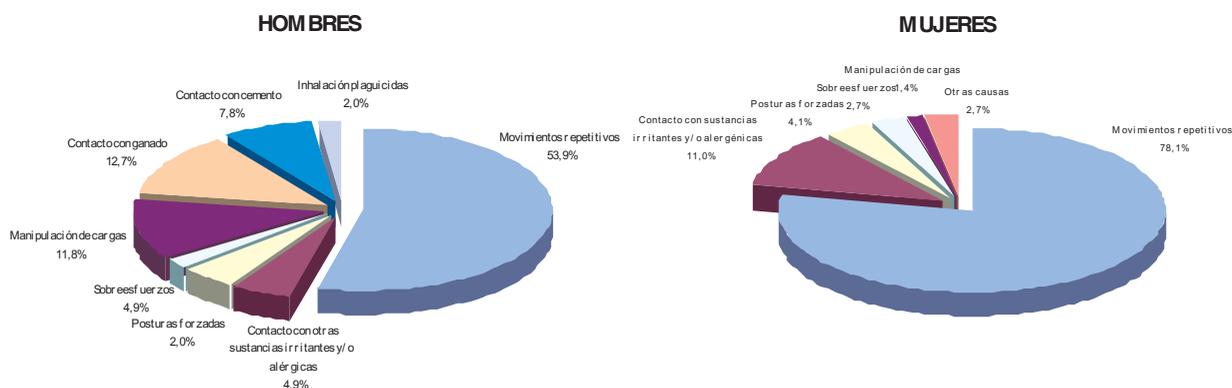


TABLA IV: DATOS COMPARATIVOS DE ÍNDICES DE INCIDENCIA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES DECLARADAS EN TRABAJADORES AUTÓCTONOS E INMIGRANTES POR GRUPO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL. PERÍODO 2000 -2003

Grupo de enfermedad	Trabajadores	2000	2001	2002	2003
B2 De la Piel	AUTÓCTONOS	22,9	18,5	17,8	15,9
	INMIGRANTES	4,7	19,0	12,3	11,3
C5 Asma	AUTÓCTONOS	2,2	4,0	3,6	2,3
	INMIGRANTES	0,0	0,0	0,0	3,8
C6 Irritación vías aéreas superiores	AUTÓCTONOS	0,3	0,0	0,9	1,7
	INMIGRANTES	0,0	0,0	0,0	1,9
D3 Infecciosas y parasitarias	AUTÓCTONOS	1,3	3,7	3,9	1,4
	INMIGRANTES	0,0	0,0	12,3	13,1
E6a Bursitis	AUTÓCTONOS	0,3	4,9	6,6	2,0
	INMIGRANTES	0,0	0,0	2,0	0,0
E6b Tendinitis y Tenosinovitis	AUTÓCTONOS	90,8	153,8	153,6	161,0
	INMIGRANTES	66,1	97,9	77,6	84,4
E6e Neuropatías por presión	AUTÓCTONOS	11,1	21,2	23,5	25,3
	INMIGRANTES	4,7	0,0	10,2	7,5

Fuente: Base de datos de EEPP de la Región de Murcia. Instituto de Seguridad y Salud Laboral
Índices referidos a número de trabajadores afectados por cada 100.000 afiliados a la Seguridad Social

población inmigrante, la incidencia es mayor y todos los casos son debidos a brucelosis, en los trabajadores autóctonos, aunque el diagnóstico principal del grupo D3 es también el de brucelosis, no es el único, apareciendo también los diagnósticos de hepatitis B y C, tuberculosis pulmonar, varicela, fiebre Q, herpes circinado, dermatofitosis, y onicomiosis.

La Tabla V refleja la distribución de enfermedades profesionales en inmigrantes atendiendo al *criterio diagnóstico* CIE.9.MC (11), observándose que, tanto en hombres como en mujeres, el diagnóstico clínico más frecuente ha sido la tendinitis de muñeca y/o mano (código 727.05), aunque con un porcentaje de presentación bastante distinto según sexo: mientras que en los hombres este diagnóstico representa el 26,47% del total, en las mujeres, representan más de la mitad de los diagnósticos (52%). En la población autóctona, también ha sido el diagnóstico más frecuente de enfermedad profesional. La incidencia de la tendinitis de muñeca y/o mano para el período estudiado, ha sido de 210,3 por cada cien mil trabajadores autóctonos, y de 159,8 por cada cien mil trabajadores inmigrantes.

Especialmente llama la atención, que el segundo diagnóstico más frecuente en hombres inmigrantes, durante dicho período, haya sido el de brucelosis, representando el 12,75% de los diagnósticos. Esto puede deberse a que en el período estudiado un porcentaje importante de las plantillas de los mataderos estén ocupadas por hombres inmigrantes, en especial de origen marroquí.

Según la distribución anual, los trece casos diagnosticados de brucelosis en inmigrantes, se produjeron en 2002 y 2003, siendo en el año 2003, cuando se produce la mayor diferencia en la incidencia de esta enfermedad entre trabajadores autóctonos e inmigrantes. En ese año, el índice de incidencia de brucelosis en inmigrantes fue de 13,1 frente al 0,3 por cien mil afiliados en trabajadores autóctonos.

Tomando como referencia la población media afiliada a la Seguridad Social en el conjunto de los cuatro años, el índice de incidencia global para la brucelosis ha sido de 33,5 frente a 5,7 casos por cada cien mil trabajadores afiliados, en trabajadores autóctonos considerados aisladamente.

TABLA V : DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN INMIGRANTES SEGÚN DIAGNÓSTICO Y GÉNERO. PERÍODO 2000 -2003

Diagnóstico (Código CIE 9 MC)	Género	2000	2001	2002	2003	Total	%
727.05 Tendinitis muñeca/mano	Hombres	2	5	9	11	27	26,47
	Mujeres	6	11	8	13	38	52,05
023.9 Brucelosis	Hombres			6	7	13	12,75
	Mujeres					0	0,00
727.09 Tendinitis codo/rodilla	Hombres		4	4	3	11	10,78
	Mujeres		1		1	2	2,74
727.04 Tenosinovitis estiloides radial	Hombres		1	6	1	8	7,84
	Mujeres		2	2	1	5	6,85
354.0 Síndrome túnel carpiano	Hombres			2	3	5	4,90
	Mujeres	1		3	1	5	6,85
NCOC 692.6 Dermatitis alérgica plantas	Hombres					0	0,00
	Mujeres		3	2		5	6,85
692.4 Dermatitis contacto cemento y caucho	Hombres		3	1	2	6	5,88
	Mujeres					0	0,00
692.5 Dermatitis contacto ocupacional	Hombres	1		1	3	5	4,90
	Mujeres			1	1	2	2,74
726.0 Tendinitis y tenosinovitis hombro	Hombres	2			3	5	4,90
	Mujeres					0	0,00
Otros diagnósticos	Hombres	3	5	5	9	22	21,57
	Mujeres	1	3	6	6	16	21,92
TOTAL	Hombres	8	18	34	42	102	100
	Mujeres	8	20	22	23	73	100

Fuente: Base de datos de EEPP de la Región de Murcia. Instituto de Seguridad y Salud Laboral

Con este estudio no puede precisarse si las brucelosis declaradas en hombres inmigrantes, han sido diagnosticadas por primera vez en la región o si, algunos de los casos, han sido recaídas de procesos anteriores contraídos en su país de origen.

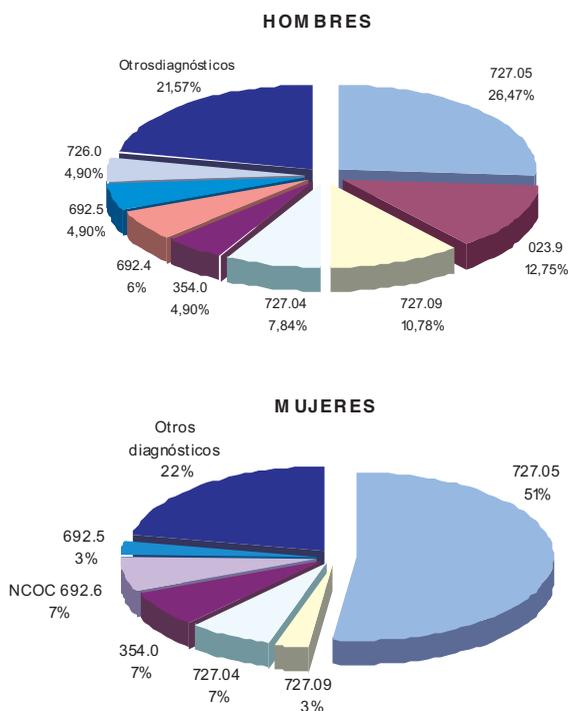
Teniendo en cuenta la distribución de los casos de brucelosis de origen ocupacional por empresas, se observó que el 78,12% se habían declarado exclusivamente en una empresa dedicada al sacrificio de ganado.

En dicha empresa la incidencia de brucelosis fue especialmente significativa en los años 2002 y 2003, produciéndose un auténtico brote epidémico en todos los trabajadores de la empresa, aunque más acusado en los trabajadores inmigrantes. Así, en el año 2003, la enfermedad afectó al 16,67 por cien de los trabajadores inmigrantes frente al 2,27 por cien de los trabajadores autóctonos.

De los datos anteriores, se deduce que la incidencia de la brucelosis de origen ocupacional en la Región de Murcia durante el período estudiado, no ha sido un hecho generalizado en la región, sino que se debió a un brote epidémico localizado en una única empresa.

Como se observa en la Figura 3, en el colectivo de mujeres inmigrantes, el segundo diagnóstico más frecuente, ha sido el de las dermatitis profesionales, incluyendo en este epígrafe la dermatitis alérgica a plantas, y las dermatitis ocupacionales no filiadas. El tercer y cuarto lugar de los diagnósticos en hombres inmigrantes es debido a tendinitis de codo y/o rodilla (10,78%) y a tenosinovitis de la estiloides radial (7,84%), mientras que en las mujeres inmigrantes el tercer diagnóstico más frecuente vuelve a estar ocupado, entre otros, por dermatitis ocupacionales, en este caso no filiadas.

FIGURA 3 : DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN INMIGRANTES SEGÚN DIAGNÓSTICO Y GÉNERO. PERÍODO 2000 -2003



Código CIE 9 MC	Diagnóstico
023.9	Brucelosis
354.0	Síndrome túnel carpiano
692.4	Dermatitis contacto cemento y caucho
692.5	Dermatitis contacto ocupacional
NCOC 692.6	Dermatitis alérgica plantas
726.0	Tendinitis y tenosinovitis hombro
727.04	Tenosinovitis estiloides radial
727.05	Tendinitis muñeca/mano
727.09	Tendinitis codo/rodilla

Según el *carácter del diagnóstico*, se ha constatado que en la población inmigrante, tanto en hombres como en mujeres, aproximadamente el 86% de los diagnósticos emitidos de enfermedad profesional, lo han sido con carácter de certeza, y solamente en torno al 14% lo han sido con carácter de presunción.

En cuanto al *grado de gravedad* de enfermedad, todas las enfermedades profesionales declaradas en inmigrantes durante el período estudiado han sido de carácter leve.

CONCLUSIONES

Los resultados de este análisis permiten afirmar que, durante el período analizado, la tasa de incidencia de enfermedades profesionales en la población trabajadora inmigrante ha sido significativamente menor que en la población trabajadora autóctona.

Respecto a la etiología y a los diagnósticos de las enfermedades profesionales, no se han encontrado diferencias significativas entre ambas poblaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Espín, JM.; Inmigración reciente en la Región de Murcia. Papeles de Geografía, 36 (2002), 81-104.
2. Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2000, 2001, 2002, y 2003.
3. Documentos divulgativos sobre seguridad y salud en el trabajo nº 4. Estadísticas de siniestralidad laboral de la Región de Murcia. 2003.
4. Censo de Población y Viviendas 2001. Instituto Nacional de Estadística.
5. La inmigración y el mercado de trabajo en España. Colección Informes Nº 2/2004. Consejo Económico y Social.
6. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 917/1994 por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones (C.N.O - 94). BOE núm 126, 27/5/1994.
7. Monografía Técnica sobre seguridad y salud en el trabajo nº 7: "seguimiento de las enfermedades profesionales que ocasionan neuropatías por presión". Instituto de Seguridad y Salud Laboral Región de Murcia. 2004.
8. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1560/1992 por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE - 93). BOE núm 306, 22/12/1992. Modificado por el Real Decreto 330/2003.
9. Padrón Municipal de Habitantes. Series 2000-2003. Centro Regional de Estadística de Murcia.
10. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1995/1978 por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales. BOE núm 203, 25/8/1978.
11. Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE.9.MC. Actualización 4ª Edición 2002. Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con el Boletín Oficial del Estado.

RIESGO DE ENFERMEDAD CORONARIA EN DOS POBLACIONES LABORALES DIFERENTES

CARLOTA ESPINA ALVAREZ*, PEDRO ARCOS GONZÁLEZ**, ARTURO CANGA ALONSO***
LAURA MALLADA RIVERO*, FRANCISCO DÍAZ MORA*

(*) Servicio de Prevención MEDYCSA.

(**) Área de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo.

(***) Servicio de Prevención Universidad de Oviedo.

RESUMEN

Objetivo: Estimar el riesgo coronario en dos poblaciones laborales diferentes para establecer programas de prevención de enfermedades coronarias en el medio laboral según los respectivos perfiles de riesgo.

Metodología: Estudio retrospectivo de factores de riesgo coronario (presión arterial sistólica y diastólica, índice de masa corporal, colesterol total sérico, tabaco y antecedentes familiares de coronariopatía en menores de 55 años) recogidos en el examen de salud de 3857 trabajadores de dos colectivos (ejecutivos y peones de construcción) aplicando una escala de riesgo cardiovascular. Los datos se analizaron con el paquete G-STAT y se usaron pruebas de Chi cuadrado y t de Student.

Resultados: El riesgo coronario es más alto en hombres mayores en los dos grupos estudiados; moderado en peones de construcción y moderado-bajo en ejecutivos. En mujeres es más alto en ejecutivas en el mismo grupo de edad aunque sea bajo, según la clasificación utilizada. Globalmente es más alto en el grupo de edad mayor de 51 años, tanto en ejecutivos como en peones. Por género y sin valorar la edad el riesgo es siempre mayor en hombres aunque en el nivel bajo.

Conclusiones: Hay diferencias en riesgo coronario por género siendo más alto, independientemente del puesto, en hombres que en mujeres. Los ejecutivos hombres tienen menor riesgo coronario que los peones hombres. En mujeres el riesgo coronario es mayor en las ejecutivas. Hubo además diferencias importantes entre los dos grupos en la prevalencia de los factores de riesgo coronario.

PALABRAS CLAVES

Riesgo cardiovascular, medicina laboral, estudio poblaciones laborales.

ABSTRACT

Goal: Evaluate the coronary risk in two different working populations to establish programmes to prevent coronary disease in the workplace adapted to their risk profiles.

Methodology: We developed a retrospective study of coronary risk factors (systolic and diastolic blood pressure, body mass index (B.M.I.), seric cholesterol rate, tobacco consumption and history of relatives previously affected by coronary disease in workers who are under 55). These data were collected after having checked the health of 3857 workers belonging to two different working populations, executives and unskilled construction workers. The data were processed and analysed with G-STAT and we also applied χ^2 and t-Student.

Results: Coronary risk is higher for the oldest male workers belonging to both groups. It is considered to be average for unskilled construction workers and average-low for executives. As far as female workers are concerned, it is higher for executives belonging to the same age group, although it is low according to the rating used in the sample. All in all, it is higher for both groups of workers who are older than 51. As regards gender, the risk is always higher for male workers, though it is on the lower level of the scale.

Conclusion: There are differences in coronary risk according to gender as the risk is higher for male workers no matter their working place. Male executives present a lower degree of coronary risk than male unskilled construction workers. Female executives have a higher degree of coronary risk when compared to female unskilled construction workers. We have noticed remarkable and important differences on the prevalence of coronary risk factors in both working populations.

KEY WORDS

Coronary risk factors, occupational medicine, working populations study.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV, en adelante) son actualmente la primera causa de muerte en los países occidentales(1). España no constituye una excepción y, aunque la tendencia de la mortalidad por ECV está en situación estable en los últimos años(2), este grupo de enfermedades son también la primera causa de muerte en nuestro país(3). De todas ellas, la cardiopatía isquémica (en adelante, CI) constituye uno de los principales problemas de salud pública, además de la primera causa de mortalidad en la población adulta de los países desarrollados(4), incluida España(5), sin olvidar la importante repercusión que la CI tiene en el ámbito laboral, tanto por las bajas laborales que ocasiona como por su impacto en la reincorporación laboral(6,7,8). En este sentido y, dado que los diferentes factores de riesgo cardiovascular suelen aparecer asociados en un mismo individuo y tienen un efecto sinérgico(9), para conseguir resultados óptimos en cuanto a estrategias preventivas, estas deberán ser necesariamente multifactoriales(10,11).

Habida cuenta que una de las actividades prioritarias de la Medicina del Trabajo es la prevención y la promoción de la salud, a ella no deben escapar las ECV en su conjunto(12) dado que, además, la CI representa una proporción importante de ese grupo de enfermedades, y la utilización de perfiles de riesgo ha demostrado su utilidad en Salud Pública y Medicina Preventiva. El objetivo de este trabajo es estudiar el perfil de riesgo cardiovascular de dos colectivos con diferentes condiciones laborales mediante una escala de valoración del riesgo cardiovascular(13) que sirva para identificar a los pacientes con mayores niveles de riesgo y en base a ello establecer la estrategia intervención más adecuada.

MATERIAL Y METODOS

La población laboral estudiada estaba formada por 3857 trabajadores distribuidos por todo el territorio nacional y pertenecientes a dos colectivos laborales: el colectivo A formado por 2089 ejecutivos y el colectivo B formado por 1768 peones de la construcción y cuya característica común es que la vigilancia de la salud en sus empresas era llevada a cabo por el mismo Servicio de Prevención Ajeno de ámbito Nacional.

Las variables estudiadas, procedentes de la historia clínico-laboral utilizada en los centros asistenciales del citado Servicio de Prevención Ajeno, fueron la presión arterial sistólica y diastólica, el índice de masa corporal (Índice de Quetelet), el colesterol

sérico total, el consumo de tabaco y la presencia de antecedentes familiares de enfermedad coronaria antes de los 55 años, recogidos sistemáticamente en el examen de salud realizado a los trabajadores. Se aplicó en todos los casos la escala de riesgo cardiovascular elaborada y validada por ANGGARD y Cols.(14) y propuesta por la Liga Española de Lucha contra la Hipertensión Arterial(15), en la que se puntúan una serie de parámetros de la siguiente manera: Presión Arterial Sistólica medida en mm Hg y clasificada en Grupos 0 (0-140), I (141-160); II (161-200), IV (mayor de 200). Presión Arterial Diastólica medida en mm Hg en las categorías 0 (0-90), I (91-110); II (111-120), IV (mayor de 120). Índice de Quetelet en las categorías 0 (menor de 27.5) y II (mayor de 27.5); Colesterol sérico total en mg/dl en las categorías 0 (0-174), II (175-215), IV (216-270), VI (271-348), VIII (mayor de 348); Hábito tabáquico en cigarrillos/día en las categorías 0 (0), I (1-10); III (11-20), V (21-40), VII (más de 40) y, finalmente, los antecedentes familiares de enfermedad coronaria antes de los 55 años, en número de casos, con las siguientes categorías: 0 (ningún antecedente); I (1-2), II (3-4), III (5-6), IV (mas de 6).

Para calcular el riesgo coronario se clasificó la población laboral estudiada en grupos de edad (menos de 30 años, 30 a 40, 41 a 50 y mas de 50) y de acuerdo con ANGGARD y Cols.(14) y teniendo en cuenta la suma de la puntuación asignada tanto al sexo como a los distintos factores de riesgo considerados se calculó el promedio de cada grupo de edad, estableciendo las siguientes categorías de riesgo: riesgo bajo (0 a 6), riesgo moderado (6 a 9) riesgo alto (10 a 15) y riesgo muy alto (mas de 15).

Los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico G-STAT, utilizando como pruebas de examen de la significación de las diferencias entre los grupos el test de Chi cuadrado (para las variables cualitativas) y t de Student (para las variables cuantitativas).

RESULTADOS

En la distribuciones por edad y sexo de los grupos estudiados hay una significativa ($\chi^2 = 159.9$; $p = 0.0001$) mayor proporción de hombres que de mujeres en ambos grupos. Esta diferencia por sexo también era significativa ($p=0.0001$) en el caso de los hombres pertenecientes al colectivo de peones de la construcción. Por otro lado, también era significativamente mayor ($t=18.5$; $p= 0.000$) la edad media del grupo de ejecutivos (media = 41.4 años; $ds = 9.2$) frente a la del grupo de los peones (media = 35 años; $ds = 10.9$).

Tal como se muestra en la tabla I, había una diferencia global estadísticamente significativa en los dos grupos en cuanto a la distribución de sus niveles de presión arterial sistólica ($\chi^2=11.4$; $p=0.003$) y diastólica ($\chi^2=6.6$; $p=0.03$), mientras que en el análisis por categorías solo hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a una mayor presión arterial sistólica en la población de peones de la construcción en las categorías I ($\chi^2=4$; $p=0.04$) y II ($\chi^2=5.9$, $p=0.01$), que representa el 14.2 % de esta población.

Tabla I: Distribución de los niveles de presión arterial sistólica y diastólica

	Categoría	Ejecutivos n (%)	Peones construcción n (%)	χ^2 (p)
Presión Arterial Sistólica	0	1853 (88.7)	1516 (85.7)	0.51 (0.47)
	I	231 (11.0)	238 (13.4)	4 (0.04)
	II	5 (0.2)	14 (0.8)	5.9 (0.01)
Total		2089 (100)	1768 (100)	11.4 (0.003)
Presión Arterial Diastólica	0	1872 (89.6)	1550 (87.6)	0.2 (0.64)
	I	214 (10.2)	218 (12.3)	3.3 (0.06)
	IV	3 (0.14)	0 (0.0)	2.5 (0.11)
Total		2089 (100)	1768 (100)	6.6 (0.03)

En relación con el índice de masa corporal o índice de Quetelet (Tabla II) hubo una diferencia significativa global entre los dos grupos ($\chi^2=1.7$; $p=0.001$) y en el análisis por categorías la significación estadística se hace patente en un mayor índice de masa corporal en la población de peones de la construcción con un índice superior a 27.5 ($\chi^2=75$; $p=0.0001$).

Tabla II: Diferencias en el Índice de Masa Corporal

Categoría	Ejecutivos n (%)	Peones construcción n (%)	χ^2 (p)
0	1428 (68.3)	1175 (66.4)	0.3 (0.58)
II	661 (31.6)	593 (33.5)	75 (0.0001)
TOTAL	2089 (100)	1768 (100)	1.7 (0.001)

En lo que se refiere a la cifra de colesterol sérico (Tabla III) hubo una diferencia significativa global ($\chi^2=109$, $p=0.001$) en los niveles medios de ambos grupos, en tanto que su análisis por niveles mostró diferencias estadísticamente significativas para los niveles de colesterol comprendidos en las categorías II (175 a 215) ($\chi^2=8.5$, $p=0.003$) y IV (216 a 270) ($\chi^2=19.5$; $p=0.001$) ambas con el nivel de colesterol mayor en la población de ejecutivos. Sin embar-

Tabla III: Distribución de los niveles de colesterol sérico

Categoría	Ejecutivos n (%)	Peones construcción n (%)	χ^2 (p)
0	500 (23.9)	692 (39.1)	54.3 (0.001)
II	909 (43.5)	644 (36.4)	8.5 (0.003)
IV	599 (28.6)	366 (20.7)	19.5 (0.001)
VI	80 (3.8)	63 (3.5)	0.17 (0.67)
VIII	1 (0.05)	3 (0.17)	1.36 (0.24)
TOTAL	2089 (100)	1768 (100)	109 (0.001)

go, en la población de peones de la construcción la diferencia significativa aparece en el grupo que tiene cifras de colesterol inferiores a 174 ($\chi^2=54.3$; $p=0.001$).

Por lo que se refiere al hábito de consumo de tabaco (Tabla IV) hubo diferencias globales estadísticamente significativas ($\chi^2=256.7$; $p=0.001$). Es significativo ($\chi^2=50.4$; $p=0.001$) que el 75 % de la población de ejecutivos estudiados manifiesta no ser fumadores, mientras que en la población de peones de la construcción el 47 % es fumadora con una cifra comprendida entre 11 y 20 ($\chi^2=100$; $p=0.001$), 21 y 40 ($\chi^2=40$; $p=0.001$) y más de 40 ($\chi^2=9$; $p=0.002$) cigarrillos / día, con diferencias significativas en el sentido de un mayor consumo de tabaco en los peones de la construcción.

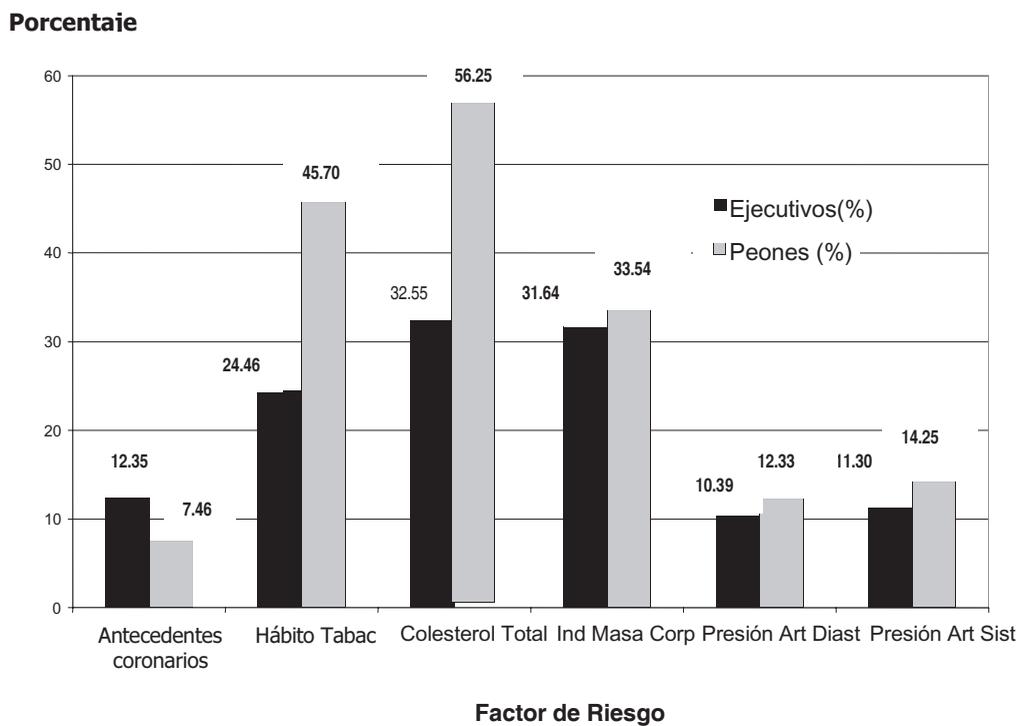
Tabla IV: Distribución de los niveles de consumo de tabaco

Categoría	Ejecutivos n (%)	Peones construcción n (%)	χ^2 (p)
0	1578 (75.5)	920 (52.0)	50.4 (0.001)
I	169 (8.1)	176 (10.0)	3.4 (0.06)
III	231 (11.0)	459 (26.0)	100 (0.001)
V	103 (4.9)	191 (10.8)	40 (0.001)
VII	8 (0.38)	22 (1.20)	9 (0.002)
TOTAL	2089 (100)	1768 (100)	256.7 (0.001)

Al considerar la presencia de antecedentes de enfermedad coronaria en familiares menores de 55 años (Tabla V), se aprecia significación estadística global ($\chi^2=25.6$; $p=0.0001$); así como dentro de la población de ejecutivos en el grupo que manifiesta tener 1 ó 2 familiares con antecedentes de enfermedad coronaria ($\chi^2=19$; $p=0.0001$).

Tabla V: Distribución de los antecedentes de enfermedad coronaria en familiares menores de 55 años

Categoría	Ejecutivos n (%)	Peones construcción n (%)	χ^2 (p)
0	1831 (87.6)	1636 (92.5)	1.3 (0.24)
I	251 (12.0)	130 (7.3)	19 (0.0001)
II	7 (0.34)	2 (0.11)	2 (0.15)
Total	2.089 (100)	1768 (100)	25.6 (0.0001)

Figura 1: Prevalencia de Factores de Riesgo**Tabla VI: Comparación entre el riesgo coronario en hombres y mujeres de las dos poblaciones consideradas**

Edad	Ejecutivos				Peones				Total			
	n (%)		Riesgo		n (%)		Riesgo		n		Riesgo global	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
<30	110 (6.85)	48 (9.94)	3.37	1.54	630 (35.9)	6 (37.5)	3.93	2.5	740	54	2.11	1.65
31 - 40	702 (43.7)	204 (42.2)	4.38	3.55	599 (34.1)	6 (37.5)	5.59	3.83	1301	210	4.94	3.56
41 - 50	490 (30.5)	149 (30.8)	5.37	4.52	339 (19.3)	4 (25.0)	6.44	5.75	829	153	5.80	4.55
≥51	304 (18.9)	82 (16.9)	6	5.84	184 (10.5)	0 (0.0)	7.06	0	488	82	6.39	5.84
Total	1606 (100)	483 (100)	4.92	4.04	1752 (100)	16 (100)	5.31	3.81	3358	499	5.12	4.03

La Figura 1 resume la prevalencia de los diferentes factores de riesgo estudiados en los dos grupos; pudiendo observarse que, con excepción de los antecedentes de enfermedad coronaria en familiares menores de 55 años que resulta ser más prevalente en los ejecutivos, los demás factores de riesgo estudiados son más prevalentes en los peones de la construcción.

En la tabla 6 se muestra el riesgo coronario de los dos colectivos estudiados, comparativamente, según el género, observando que el riesgo coronario es más elevado en el grupo de edad igual o mayor de 51 años en los hombres de los dos grupos estudiados, si bien mientras que en el grupo de ejecutivos se encuentra en el límite entre riesgo bajo y moderado, de acuerdo con la clasificación establecida, en cam-

bio en el grupo de peones de la construcción se puede considerar moderado. En las mujeres del grupo de ejecutivos también es más elevado en el mismo grupo de edad; mientras que en las del grupo de peones de la construcción es más elevado en el grupo de edad comprendido entre 41 y 50 años; si bien en ambos casos se considera bajo, de acuerdo con la misma clasificación. Sin embargo, cuando se analiza el riesgo coronario globalmente, por edad, resulta ser más elevado en el grupo de edad igual o mayor de 51 años, tanto en el grupo de ejecutivos como en el de peones de la construcción, estando en el nivel bajo en ambos casos.

Si analizamos la muestra en conjunto por género y sin tener en cuenta los distintos grupos de edad observamos que el RC es siempre mayor en los varones (4.92 y 5.31) aunque en el nivel bajo de la clasificación antedicha.

DISCUSION

La distribución por sexo de la población estudiada muestra una marcado predominio de hombres (87.06%) sobre mujeres (14.86%). Este dato debe ser tenido en cuenta a la hora de analizar nuestros resultados, ya que los múltiples estudios previos ponen de manifiesto una mayor prevalencia de factores de riesgo coronario en hombres dentro del rango de edades en el que nos movemos en éste estudio¹⁶. La media de edad de la población estudiada era de 41.4 (\pm 9.2 años) en el grupo de ejecutivos y 35 \pm 10.9 años en el de peones de la construcción; lo que nos permite afirmar que se trata de una población joven.

Al analizar las cifras de presión arterial sistólica y diastólica no podemos comparar nuestras prevalencias con las encontradas por VICENTE y Cols.¹⁶ (14.2%) dado que estos autores nos dan la prevalencia de hipertensión arterial en general de acuerdo con el criterio de la OMS (TAS 160 y/o TAD 95)¹⁷; ni con las comunicadas por MARTÍNEZ, M.A. y Cols.¹⁸ que oscilan entre el 8.4% y el 19.1%, ésta última cuando se incluyen a individuos con valores limítrofes (TAS 140, TAD 90 mm de Hg) y por ALVAREZ, A. y Cols.¹⁹ que refieren una cifra de hipertensos del 30.7%, considerando cómo valores límites los antedichos.

En lo que se refiere al índice de masa corporal (Índice de Quetelet) nuestra prevalencia (31.64% y 33.54%, respectivamente para cada uno de los colectivos estudiados) resulta ser muy inferior a la observada por MARTÍNEZ, M.A. y Cols.¹⁸ que obtienen una prevalencia de sobrepeso del 65.1 %; si bien no

podemos decir que estemos ante obesidad como sostienen VICENTE y Cols.¹⁶, que la estiman en un 28%, ya que para tal aseveración dichos autores sitúan el índice de Quetelet en valores mayores o iguales a 30. Si podemos afirmar la presencia de sobrepeso en el colectivo de peones de la construcción, considerando un índice de Quetelet mayor de 27.5⁽¹³⁾.

En relación con la hipercolesterolemia nuestra prevalencia (32.55% y 56.25%, respectivamente) resulta ser superior a la encontrada por VICENTE Cols.¹⁶ (18%) e inferior a la observada por MARTÍNEZ, M.A. y Cols.¹⁸ que dan cifras del 69.3 %.

El tabaquismo es un factor de riesgo muy prevalente en España llegando a alcanzar en 1997 la prevalencia del consumo de cigarrillos el 36%(20), habiendo sido el tabaquismo responsable en España, según las estimaciones realizadas, de 6.307 muertes por cardiopatía isquémica y 5.803 por enfermedad cerebrovascular(21).

En lo referente a los antecedentes familiares de enfermedad coronaria, es conocido que la CI tiene una fuerte asociación familiar(22) y que los parientes en primer grado de pacientes coronarios tienen más riesgo que la población general(8); habiéndose observado en revisiones de historias clínicas de pacientes que murieron por CI antes de los 55 años que dos terceras partes tenían antecedentes familiares de coronariopatías(23). En cuanto al nivel de conocimiento por parte de los trabajadores de la presencia de antecedentes de enfermedad cardiovascular en familiares de primer grado oscila entre el 27 %(8) y el 14.6 % citado en el "Estudio Preventcort" (24), estando relacionado con dos variables: por una parte, el mayor nivel cultural (los gerentes son quienes más porcentaje presentan y los trabajadores manuales quienes menos)(8), hecho que también hemos encontrado nosotros en nuestro estudio, y, por otro lado, con la edad, ya que los jóvenes tienen un menor conocimiento de éste hecho.

En nuestro estudio la prevalencia encontrada oscila entre el 24.46% en el colectivo de ejecutivos y el 45.70% en la población de peones de la construcción, que resulta ser; en ambos casos, inferior a la observada por VICENTE y Cols.¹⁶ (52.5%), MARTÍNEZ, M.A. y Cols.¹⁸ (44.2%) y ALVAREZ, A. y Cols.¹⁹ (45.9%). Dicha prevalencia guarda relación con el nivel de RC encontrado en nuestro estudio que también resulta ser más elevado en la población de peones de la construcción.

En general puede concluirse que hay diferencias en el nivel de riesgo coronario estudiado según el género de forma que el riesgo global, independientemente del puesto de trabajo, es mayor en hombres que en mujeres. En relación con el puesto de trabajo, los ejecutivos hombres tienen un riesgo coronario menor que los peones de la construcción de su mismo género. Esta diferencia se da en sentido contrario en el grupo de mujeres estudiadas, es decir un mayor riesgo coronario en las mujeres ejecutivos.

Por otro lado, es significativamente más prevalente el factor de riesgo "antecedentes familiares de enfermedad coronaria"; mientras que en el grupo de peones de la construcción son significativamente más prevalentes el resto de los factores de riesgo "presión arterial sistólica", "presión arterial diastólica", "Índice de Masa Corporal" y "hábito tabáquico". Ello indica la necesidad de diferenciar las estrategias preventivas en cada uno de los grupos para adaptarlas a su perfil de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. World Health Statistics Annual. Ginebra: WHO, 1984-1985.
2. Banegas, J.R.; Rodríguez, P.; Rodríguez, F.; Martín, J.M. y González, J.: Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en España, ¿hacia dónde vamos?. Med Clin 1989; 93 (13):10-17.
3. Instituto Nacional de Estadística: Defunciones según causa de muerte 1995. Tomo I. Resultados Básicos. Madrid; 1998.
4. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Center for Health Statistics. Health United States 1991. DHHA publication nº (PHS) 92-122. Washington DC. US Government Printing Office, 1992.
5. Banegas, J.R.; Villar, F.; Rodríguez, F.: Enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo. Importancia sanitaria en España. Hipertensión 1996; 13: 329-337.
6. Castelló, M.J.; Valdés, M.; Tormo, J.; García, A.; Soria, F.; Sanmartín, J., et al.: Situación laboral tras un infarto agudo de miocardio. Rev Lat Cardiol 1989; 10: 137-147.
7. Sorensen, G. y Himmelstein, J.: Intervención en el lugar de trabajo. En: O'CKene JK, O'CKene IS, editores. Prevención de la cardiopatía coronaria. Barcelona: Edika, 1993; 2: 517-539.
8. Grima, A.; Alegria, E. y Jover, P.: Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población laboral mediterránea de 4.996 varones. Rev Esp Cardiol 1999; 52: 910-918.
9. Kannel, W.B.: Factores de riesgo cardiovascular y tratamiento preventivo. Hospital Practice (ed. esp) 1988; 3: 23-26.
10. Kannel, W.B.: Factores de riesgo en la enfermedad coronaria: experiencia del seguimiento durante tres décadas del estudio Framingham. Hipertens Arterioescl 1989; 2: 77-86.
11. Ares, A.; Soto, M.L.; Sáinz, B. y Esquitino del Río, B.: Detección de factores de riesgo cardiovascular en una población laboral. Hipertensión; 1992; 9(10): 31-41.
12. Prevención y lucha contra las enfermedades en la Comunidad. OMS. Serie de informes técnicos, 732. Ginebra; 1986.
13. Vicente, D.; Martínez, S.; Gil, V.; Bueno, J.M.; Alonso, J. y Merino, J.: Utilización oportunística de una escala de riesgo cardiovascular en población laboral. Med Trab 1994; 3(1): 13-17.
14. Anggard, E.E.; Land, J.M.; Lenihan, C.J.; Packard, C.J.; Percy, M.J.; Ritchie, L.D. y Shepherd, J.: Prevention of Cardiovascular disease in general practice: a proposed model. Br Med J (Clin Res Ed); 1986; 19, 293 (62540): 177-180.
15. Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Actualización de competencias en el manejo clínico de la hipertensión arterial en los años 90. ACTHA 90. Pharma Consult SA; 1990.
16. Vicente, D.; Martínez, S.; Gil, V.; Rubio, C.; Pérez, C. y Merino, J.: Factores de riesgo cardiovascular en población laboral de Alicante. Atención Primaria 1991; 8(6): 45-50
17. Métodos de encuesta sobre enfermedades cardiovasculares. OMS. Serie de monografías nº 56. Ginebra. 1986.
18. Martínez, M.A.; Bueno, A.; Fernández, M.A.; Gracia, M.; Delgado M. y Gálvez, R.: Prevalencia de fac-

tores de riesgo cardiovascular e población laboral. Med Clin 1995; 105(9): 7-12

19. Alvarez, A., Pérez, H.; Acuña, A., Fraile, M.J.; Galván, E. y Dávila, M.F.: Estudio de la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en un sector de población activa ocupada en la isla de Tenerife (Islas Canarias, España), Rev Lat Cardiol Euroam 1995;16: 165-175.

20. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid;1999.

21. González, J.; Villar, F.; Banegas, J.R.; Rodríguez, F. y Martín, J.M.: Mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. Med Clin 1997; 109: 577-582.

22. Hunt, S.C.; Williams, R.R. y Barlow, G.K.: A comparison of positive family history definitions for defining risk of future disease. J Chronic Dis 1986;39: 809-821.

23. Hunt, S.C.; Blickenstaff, K.; Hopkins, P.N. y Williams, R.R.: Coronary disease and risk factors in close relatives of Utah women with early coronary death. West J Med 1986: 145: 329-334.

24. Preventcor. Estudio epidemiológico de hipertensión arterial en el medio laboral, 1996. Zeneca Farma. Madrid.

ANAMNESIS EN DERMATOLOGÍA LABORAL*

* (Primero de una serie de tres artículos sobre el estudio del enfermo con patología dermatológica laboral)

FELIPE HERAS MENDAZA, BLANCA DÍAZ LEY,
LUIS CONDE-SALAZAR GÓMEZ.

Servicio de Dermatología.
Escuela Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo.
Instituto de Salud Carlos III

RESUMEN

Resumen: La anamnesis es la principal herramienta diagnóstica en Dermatología Laboral. Puesto que alrededor del 90% de las dermatosis profesionales corresponden a dermatitis de contacto, nuestro interrogatorio se centrará principalmente en conocer las sustancias irritantes o sensibilizantes que se encuentran en el entorno laboral. Esto también incluye las medidas de protección (guantes, mascarilla, botas...) y los jabones o cremas que utilice el paciente en relación con su puesto de trabajo. Es importante además indagar sobre empleos pasados y si presentaba algún problema dermatológico en ellos, ya que podría explicar una sensibilización que no está relacionada con la dermatitis actual. La relación temporal de las lesiones con la actividad profesional, y la mejoría de las mismas cuando no trabaja, es un dato importante para sospechar una causa laboral. Otro dato que apoya un origen laboral es la afectación de varios trabajadores en la misma empresa. La opinión del paciente acerca de cuál es el producto que le produce la dermatitis de contacto nos puede ser de gran ayuda. También debemos conocer cuáles son sus actividades y aficiones extra-profesionales y si presenta rasgos atópicos. Después de una anamnesis bien realizada debemos sospechar el diagnóstico, antes incluso de realizar la exploración física, y utilizar ésta y las pruebas complementarias para confirmarlo.

PALABRAS CLAVES

Anamnesis, dermatosis profesional, dermatitis de contacto, historia clínica, eccema profesional.

ABSTRACT

Anamnesis is the main diagnostic tool in Occupational Dermatology. Since about 90% of occupational dermatosis corresponds to contact dermatitis, our questions to the patient are, essentially, directed to know the irritants and allergenic substances present at workplace. This also includes protective measures (gloves, masks, boots...) and soaps or creams used at work. It is important to know the past occupations of the patient and if he/she has had dermatologic problems, because this could explain a sensitization that is not related to the current dermatitis. Temporal relation of the lesions with the professional activity, and improvement when the patient does not work, is an important support of an occupational origin. Several workers affected in the same company also support it. The opinion of the patient about the cause of the contact dermatitis can be very helpful. We must also know his/her hobbies, domestic activities and atopic features. After a well done anamnesis, we must suspect the diagnosis, even before the physical examination. In fact, physical examinations and complementary tests must be used to confirm our suspicion.

KEY WORDS

Anamnesis, occupational dermatosis, contact dermatitis, clinical history, occupational eczema.

INTRODUCCIÓN

Existe la creencia generalizada de que los dermatólogos debemos llegar a un diagnóstico exclusivamente con la visión de las lesiones que presenta el paciente. Incluso muchos de nuestros compañeros médicos nos muestran, de forma repentina, una pequeña zona de su piel con la esperanza de que les demos un diagnóstico firme en los siguientes dos o tres segundos.

La piel y algunas mucosas son muy accesibles a la exploración, pero la simple visión de las lesiones no nos aporta tantos datos como lo hace el interrogatorio sobre los antecedentes del paciente, la evolución que ha seguido el cuadro o los síntomas que lo acompañan.

La palabra anamnesis proviene del griego y significa rescatar algo que ha sido olvidado (Amnesia es la falta de memoria. El prefijo "an" añadido niega la amnesia(1)) Se puede definir como el conjunto de información que se recoge del interrogatorio sobre la historia personal del paciente y de su enfermedad(2). En Dermatología, como en el resto de especialidades médicas, este interrogatorio es la principal ayuda que poseemos para orientar el diagnóstico. Un diagnóstico realizado con una anamnesis insuficiente no hace más que aplazar el diagnóstico correcto y aumentar el número de consultas y de pruebas complementarias que se necesitarán. Es más, de poco sirven todas las pruebas existentes y las técnicas más sofisticadas si la anamnesis no es correcta.

En el campo de las dermatosis profesionales esto tiene mayor importancia aún. El catalogar una enfermedad dermatológica como laboral se apoya, casi exclusivamente, en la anamnesis.

La anamnesis no es una serie de preguntas estáticas que se realizan a todos los pacientes por igual (eso sería un cuestionario), sino que se orienta hacia un campo u otro según el caso que nos ocupe.

Una anamnesis perfecta requeriría un conocimiento profundo de las más de 2.000 patologías dermatológicas conocidas, con sus múltiples subgrupos, para realizar así las preguntas adecuadas. Como este conocimiento no está al alcance de nadie (incluidos los dermatólogos) nos guiamos por una serie de preguntas generales que nos pueden ayudar, sin olvidar que cada caso tiene las suyas propias.

En el caso de la dermatología laboral, este conocimiento debe abarcar también una idea sobre en qué consiste la profesión del paciente, cómo lleva a cabo

su trabajo, qué productos maneja, qué protección realiza y, en definitiva, todo lo relacionado con su ambiente laboral que pudiera tener un vínculo con su dermatosis.

Este artículo pretende dar una serie de pautas generales que nos ayudan en la anamnesis ante un paciente con una probable dermatosis profesional. Son las pautas que seguimos desde hace más de 30 años en el Servicio de Dermatología de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo y que intentamos actualizar constantemente. Es la principal enseñanza que tratamos de inculcar a los médicos que realizan una rotación en nuestro Servicio (Médicos del Trabajo, Dermatólogos y Alergólogos) y la guía que utilizamos diariamente para dar un nombre a los cuadros de los pacientes que estudiamos.

LA ANAMNESIS EN DERMATOLOGÍA LABORAL

Las dermatitis de contacto suponen en torno al 90% de las dermatosis profesionales(3). Por ello, gran parte de la anamnesis va orientada a conocer qué maneja el paciente, cómo lo hace y qué relación existe entre la manipulación de ciertos productos y la aparición de las lesiones.

El orden que seguimos en el interrogatorio de una posible dermatosis profesional varía ligeramente respecto a la clásica anamnesis médica y dermatológica. Por cuestiones prácticas, dejamos para el final los antecedentes personales y familiares del paciente, y sin embargo comenzamos con los datos relativos a su puesto de trabajo. Esto nos ayuda a orientar el problema del paciente y la posible relación con su profesión.

A continuación describimos los puntos de la anamnesis que realizamos en Dermatología Laboral, haciendo especial hincapié en las diferencias existentes con el interrogatorio médico clásico:

1º- Datos de filiación: Al igual que en cualquier historia clínica, nos interesa conocer el nombre, apellidos, dirección, localidad de residencia, edad y estado civil del paciente.

2º- Historia laboral personal anterior: Especificamos los **empleos pasados** del paciente, junto a la **duración** que tuvieron. Esto nos da una idea de los alérgenos a los que ha podido estar expuesto. De esta forma, se pueden explicar sensibilizaciones que encontremos en la prueba del parche (prueba epicutánea o patch-test) y que tendrían una relevancia pasada, es decir, una hipersensibilidad tipo IV sin

relación con la dermatitis que presenta el paciente. Por ello, señalamos también **si presentaba algún problema médico** en relación con alguno de estos trabajos(4).

P. ej.: Fue peluquera durante 2 años. Refiere que presentaba "eccemas" en las manos al manejar tintes.

3°- Historia laboral personal actual: Nos interesa conocer en qué trabaja y desde hace cuánto tiempo. Muchas veces es necesario realizar una pequeña descripción de las tareas que realiza para hacernos una idea de cuáles son las partes de su cuerpo expuestas y a qué productos.

P. ej.: Industria textil desde hace 11 años. Pega botones sobre prendas de vestir.

4°- *Productos que maneja*: Puesto que son múltiples, centramos nuestra atención en los que tienen capacidad irritante o sensibilizante. No sólo nos interesa conocer los productos que están en su puesto de trabajo, sino todos aquellos que utiliza y tienen una relación con el trabajo, como podrían ser jabones para lavado de manos al abandonar la empresa, cremas emolientes para proteger sus manos, etc.

Es de gran ayuda que el enfermo aporte las **hojas de seguridad** de todos estos productos, ya que en ellas se indica la composición y concentración de sustancias con conocida capacidad irritante o sensibilizante. Pero incluso en estas hojas de seguridad la información puede ser insuficiente. En estos casos es necesario ponerse en contacto con el fabricante para obtener estos datos; algo que no siempre resulta del todo útil, ya que, o bien el propio fabricante puede desconocer con exactitud los componentes del producto que suministra, o bien puede mostrarse reticente a compartir dicha información.

5°- *Medidas de protección*: Muchas veces son las medidas de protección la causa de una dermatitis de contacto. Por ello, debemos conocer cuáles son y su **composición**.

Respecto a los materiales de las medidas de protección, no sólo es importante la composición principal del producto (guantes de cuero, mascarilla de goma...), sino también otros posibles alérgenos que puedan contener, como pigmentos (ciertos colores azules, naranjas, rojos...), conservantes, resinas, etc. Esto requiere un estudio exhaustivo, por lo que lo solemos reservar para los casos en los que parece que una determinada medida de protección es la causa del cuadro que presenta el paciente.

6°- *Datos de la empresa*: Nos interesa el nombre, dirección y teléfono, así como el **número de trabajadores**.

Según el número de trabajadores sabremos si cuenta o no con un médico de empresa y si sería más o menos factible una reubicación del paciente en un nuevo puesto de trabajo dentro de la misma empresa, si es que fuera necesario. El diagnóstico no cambia por las posibilidades que tenga el paciente de tener un puesto diferente o dejar de manejar determinados productos, pero sí cambia el tratamiento, es decir, la actitud que se recomienda seguir.

7°- *Observaciones*: En este punto incluimos otros datos relacionados con su vida laboral que puedan ser de utilidad en la consulta y que no están incluidos en los apartados anteriores. Solemos dejar constancia, por ejemplo, de si el paciente sigue trabajando, a pesar del cuadro que presenta, si está de vacaciones o de **baja laboral**; y si es así, desde cuándo.

8°- *Anamnesis del problema actual*: En relación al problema concreto que presenta el paciente, las clásicas tres preguntas "¿Qué le pasa? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye?" son la base del interrogatorio.

Como en cualquier historia clínica, comenzamos por la descripción del problema y la situación en el tiempo. Puesto que en muchas ocasiones cuando vemos al paciente presenta lesiones residuales o ausentes, nos es muy útil una historia de cómo eran las primeras lesiones, sus síntomas y cómo fue su evolución.

El paciente puede no conocer el sentido que damos a términos como "vesículas", "descamación", "pápulas"... pero podemos ayudarlo con preguntas como "¿Le salieron burbujitas? ¿Granitos con líquido?", "¿Se le secó después?", etc.

No se trata aquí de describir lo que el médico observa en la exploración, sino de hacernos una idea de cómo eran las lesiones que no hemos visto. A esto lo podríamos llamar **"exploración referida"**. Limitarse a frases como *"Presentó lesiones pruriginosas en el dorso de las manos"* es sacar poco provecho de la anamnesis.

La pregunta "¿A qué lo atribuye?" tiene especial importancia en las dermatitis de contacto. Muchas veces el paciente ya tiene una sospecha bien fundada sobre cuál es la causa de las lesiones que presenta. De todos modos, aunque su idea sea disparatada

o intente achacar su problema de forma vehemente al trabajo para obtener un beneficio económico, no debemos obviar su opinión. Si no la refiere espontáneamente quizás sea porque piensa que su opinión va a parecer ridícula, por miedo a perder su empleo, etc., por lo que siempre conviene preguntarle a qué achaca lo que le sucede. Un enfoque aproximado de la causa nos puede evitar muchos quebraderos de cabeza y pruebas innecesarias.

P. ej.: Refiere que desde hace 3 meses presenta, en dorso de la tercera falange de los dedos II y III de la mano izquierda, placas eritematosas, pruriginosas, con vesículas, que en pocos días se desecan formando pequeñas costras y que posteriormente evolucionan hacia la descamación.

Lo achaca a un nuevo pegamento que comenzó a utilizar 2 semanas antes.

Con la anamnesis del ejemplo anterior podemos sospechar ya, incluso antes de la exploración, que por el tipo de lesiones, su evolución y sus síntomas, se trata de un eccema, y que éste podría ser debido al contacto con una resina.

Un punto muy importante en Dermatología Laboral es la **relación temporal que tiene la clínica con el trabajo**. Siempre debemos conocer si las lesiones mejoran o desaparecen los días que no trabaja (fines de semana, vacaciones y periodos de baja laboral). A veces existe un empeoramiento a medida que avanza la semana (peor el viernes que el lunes). Otras veces, las lesiones sólo se presentan a los pocos días de realizar una actividad determinada en su trabajo.

De todos modos, la relación temporal con el trabajo es orientativa. No siempre que una determinada clínica aparece exclusivamente cuando trabaja nos encontramos ante una dermatosis profesional. Y al contrario, el hecho de que persistan las lesiones durante la baja laboral, o incluso empeoren, no significa que podamos descartar que se trate de una dermatosis profesional.

Debemos indicar también los **tratamientos aplicados** y si han sido o no eficaces. El tiempo que tardó en resolverse el cuadro puede ayudarnos a diferenciar, por ejemplo, algunas dermatitis de contacto irritativas (que se resuelven en muy pocos días) de las alérgicas (que suelen necesitar entre 1 y 2 semanas).

Otra cuestión importante es conocer si otros compañeros del trabajo han presentado problemas

similares⁵. En general, una dermatitis de contacto que afecta a varios individuos dentro de un grupo suele ser irritativa, mientras que las de causa alérgica afectan a muy pocos (por ejemplo, a uno o dos trabajadores de cada cien)

Por último, nos interesamos por los estudios realizados por otros médicos que hayan visto al paciente y sus conclusiones.

9º- Aficiones: Determinadas actividades que realice el paciente en su vida privada pueden ser la causa de una dermatitis de contacto. Pueden además coincidir los días de trabajo y de algún "hobby", llevándonos a catalogar erróneamente una dermatitis de contacto "privada" como de origen laboral.

Cualquier afición es relevante, pero más aún las que se acompañan de múltiples alérgenos, como el bricolaje, mecánica, pintura, jardinería, etc.

Otra actividad extra-laboral que es fuente de múltiples dermatitis de contacto son las **tareas domésticas**, que muchas veces acompañan y agravan una dermatitis de contacto de origen laboral, como suele suceder con el eccema irritativo de las manos en trabajadores de hostelería, peluqueras, limpiadoras...

10º- Antecedentes personales: Son de especial importancia las patologías relacionadas con el cuadro que presenta el paciente. En general, ante una dermatitis de contacto nos debemos centrar en:

- Posibles alergias a medicamentos sistémicos o tópicos.
- Conocer si estamos ante un paciente con una **"diátesis atópica"**. Muchos eccemas de contacto, urticarias y sensibilizaciones se explican por una predisposición atópica, por lo que debemos indagar sobre rinitis alérgica, conjuntivitis, asma, picaduras frecuentes de mosquitos, pieles sensibles y secas, eccemas previos en los pliegues, etc.
- Sobre todo en las mujeres, se debe investigar si existe intolerancia al níquel con preguntas como "¿Tolera la bisutería; los pendientes y joyas baratas?" Dada la alta prevalencia de sensibilización a este metal, esto nos puede orientar a la hora de diferenciar si la relevancia de una prueba positiva es actual (en relación con el cuadro que presenta) o pasada (sin relación).
- Además de otras enfermedades e intervenciones que haya sufrido, debemos conocer los **medica-**

mentos que toma, y especialmente los inmunosupresores que puedan alterar los resultados de las pruebas que realicemos.

Dentro de los medicamentos utilizados por el paciente, no hay que olvidar los que son de uso tópico, ya que pueden ser éstos la causa de una sensibilización (como ocurre con los productos mercuriales).

- Conocer los cosméticos, perfumes o cremas que el paciente utiliza nos puede aportar muchos datos de cara al diagnóstico y tratamiento: Muchos de los **productos utilizados para la higiene personal** presentan sustancias (conservantes, fragancias...) también presentes en productos industriales (aceites de corte, jabones...).

11º *Antecedentes familiares*: Dentro de nuestra búsqueda de "atópicos", debemos preguntar si hay entre sus familiares de primer grado. Además, y según el cuadro del paciente, nos puede interesar conocer si existe algún familiar con psoriasis, determinadas patologías neoplásicas, etc.

CONCLUSIÓN

La anamnesis es la herramienta principal para llegar al diagnóstico en Dermatología Laboral. Conocer cómo desarrolla su trabajo el paciente, las sustancias y objetos que maneja, la relación temporal de la clínica con su actividad profesional y sus antecedentes personales, es lo que más nos aporta para dar nombre y poner remedio a su patología.

La exploración y las pruebas complementarias permanecen aún en un segundo plano, a pesar del desarrollo científico y técnico de los últimos tiempos. Incluso una especialidad tan visual como la Dermatología tiene en la anamnesis su principal herramienta. Una anamnesis bien realizada nos suele llevar al diagnóstico correcto antes incluso de ver las lesiones del paciente. De hecho, con la exploración y las pruebas complementarias sólo buscamos confirmar lo que ya sospechábamos tras el interrogatorio. Es más, si después de la exploración física no vemos claro aún el diagnóstico, suele ser más útil volver sobre detalles del interrogatorio que hayamos pasado por alto que realizar las pruebas complementarias "a ciegas".

Puede decirse, pues, que el equipo humano es mucho más útil que las diferentes técnicas y pruebas complementarias. Algo que no siempre se tiene en cuenta. En general, los pacientes suelen valorar más

que se les haya realizado un análisis de sangre, unas pruebas epicutáneas exhaustivas, una resonancia magnética... que la entrevista que hayan tenido con el médico. Incluso los médicos tendemos muchas veces a desconfiar de las impresiones que obtenemos de nuestra anamnesis por considerarlas subjetivas⁶. Estamos en la era de la Medicina basada en la evidencia y del rechazo a todo lo que es intuitivo. Pero los datos "objetivos" (los resultados de las pruebas complementarias) se obtienen después de haber llegado a una sospecha bien fundada del cuadro que presenta el paciente; Es decir, con la anamnesis. Y estos datos "objetivos" sólo se comprenden si son coherentes con la historia clínica.

Pero no sólo por la utilidad práctica de la anamnesis deberíamos esforzarnos en realizarla de forma correcta. También por el aspecto intelectual: ¿No es acaso una de las mayores satisfacciones que podemos obtener como médicos el hecho de llegar al diagnóstico de un caso complejo después de formular al paciente la pregunta clave?

Tabla 1. Principales cuestiones en la anamnesis de las Dermatosis Profesionales

EMPLEOS ANTERIORES
- ¿Qué actividades laborales ha realizado? - ¿Presentaba algún problema realizándolas?
EMPLEO ACTUAL
- ¿En qué consiste su trabajo? - ¿Qué productos maneja? - ¿Qué medidas de protección realiza?
ENFERMEDAD ACTUAL
- ¿Qué le pasa, desde cuándo y a qué lo atribuye el paciente? - ¿Mejoran las lesiones cuando no trabaja? - ¿Hay otros empleados con lesiones similares? - ¿Qué tratamientos ha realizado? ¿Han sido eficaces? - ¿Qué aficiones y actividades extra-laborales tiene?
ANTECEDENTES PERSONALES
- ¿Tiene alergias a medicamentos sistémicos o tópicos? - ¿Tiene una predisposición atópica? - ¿Toma medicación por algún motivo? - ¿Utiliza medicamentos o cosméticos tópicos? - ¿Qué enfermedades tiene o ha padecido?
ANTECEDENTES FAMILIARES
- ¿Existen alergias o atopia en sus familiares?

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario Griego-Español. José M. Pabón S. de Urbina y Eustaquio Echauri Martínez. Ediciones Spes, S.A. 3ª edición. 1955.

2. Patología General. Semiología Clínica y Fisiopatología. J. García-Conde, J. Merino Sánchez, J. González Macías. Ed. Interamericana-Mc Graw Hill. 1999. Pág. 10.

3. Dermatología Profesional. L. Conde-Salazar Gómez, A. Ancona Alayón. Ed. Biblioteca Aula Médica. 2004. Págs. 3-4.

4. Dermatitis de Contacto. José Mª Giménez Camarasa. Ed. Biblioteca Aula Médica. 1999. Pág. 364.

5. Tratado de Dermatosis Profesionales. Antonio García Pérez, Luis Conde-Salazar, José M. Giménez Camarasa. Ed. Eudema. 1987. Pág. 23.

6. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Volumen 1. 6ª edición. Ed. Mc Graw Hill. 2003. Pág. 12.



V CONGRESO ESPAÑOL DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Hacia el compromiso y la responsabilidad social

Valencia, del 5 al 8 de octubre de 2005

En el V Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo se han debatido las bases del futuro de la salud de los trabajadores

El V CEMET reúne en Valencia a 700 profesionales de la Medicina y la Enfermería del Trabajo

El pasado sábado 8 de octubre se clausuró en el Palacio de Congresos de Valencia el V CEMET, Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo, que ha congregado a unos 700 especialistas en salud laboral de nuestro país. Además, se han acercado hasta Valencia para participar en el evento congresistas de Israel, Brasil, Francia y Portugal. Durante el Congreso se entregaron los premios de investigación en medicina del trabajo, entre los que cabría destacar el premio a la mejor investigación, otorgado al doctor Miguel Santibáñez por su trabajo sobre el riesgo de determinadas profesiones a desarrollar cáncer de esófago y el premio al mejor trabajo científico, otorgado a la doctora María José Prieto y que versaba sobre la evolución en el periodo 1988-2003 de la exposición a sustancias tóxicas por parte de los trabajadores de la industria del calzado. Desde la organización se considera que el congreso ha sido gran una oportunidad para definir los roles que habrán de desempeñar los profesionales de la salud de los trabajadores tras la entrada en vigor del nuevo marco normativo.

VALENCIA, 10 DE OCTUBRE DE 2005- El Palacio de Congresos de Valencia ha acogido entre el 5 y el 8 de octubre de 2005 el V Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo, que ha reunido a gran parte de la profesión, unos 700 profesionales, y en el que se han estudiado cuáles son los aspectos que inciden en el mantenimiento y la mejora de la salud de los trabajadores en España.

La representación de profesionales valencianos de la medicina y enfermería del trabajo ha estado en torno al 30% y el otro 70 % acudió del resto del territorio nacional y del extranjero. Es el caso de los especialistas en medicina del trabajo que acudieron al congreso desde Francia, Brasil, Portugal o Israel.

Por otra parte, cabe destacar que en el V CEMET se ha hecho pública la **Declaración de Valencia**, resultado del trabajo de más de 50 profesionales de reconocido prestigio científico a nivel nacional. Este documento básico resume lo que debe ser la práctica de la Medicina del Trabajo desde el punto de vista de los profesionales y es una apuesta por el

sostenimiento de la formación MIR en esta especialidad y para hacer posible la extensión y universalización de la Medicina del Trabajo.

Además y dando respuesta al lema del congreso, Hacia el compromiso y la responsabilidad social, se creó en su día otro grupo de trabajo que ha desarrollado la herramienta informática ARSISAT. Este programa informático se ha presentado durante la inauguración del Congreso, y a través de él los organismos, empresas e instituciones podrán obtener una valoración sobre su responsabilidad social corporativa interna por lo que respecta a la salud de sus propios trabajadores.

Cursos pre-congreso, mesas, talleres y foros sectoriales. Durante el V CEMET se han debatido los temas de más interés en la medicina del trabajo y en la mejora de la calidad de vida de los trabajadores. Así, en los cursos pre-congreso se ha tratado el tabaquismo, el riesgo biológico, la osteoporosis o el asma laboral.

En las mesas han estado presentes otros temas de gran actualidad para estos profesionales como la responsabilidad social de la medicina del trabajo, la relación entre la medicina del trabajo y el servicio público de salud, los aspectos jurídicos y éticos de la medicina del trabajo, enfermedades emergentes en el ámbito laboral o la exposición ocupacional a sustancias tóxicas y cancerígenas. Además, se han organizado talleres específicos sobre la exploración y valoración del equilibrio, el manejo y uso de desfibriladores y la valoración física de la carga en la mujer embarazada, entre otros.

Por su parte, en los foros sectoriales se han tratado temas de gran trascendencia social como la prevención de las agresiones en los centros sanitarios, los daños para la salud y la exposición a campos electromagnéticos, la obligatoriedad de la detección de drogas de abuso en el sector del transporte o los incumplimientos de la administración en la implantación de la prevención de riesgos laborales. Finalmente, para el acto de clausura se programó una conferencia magistral dedicada a los hallazgos toxicológicos en trabajadores y voluntarios en la retirada de fuel del Prestige a cargo del doctor Rafael Cabrera Bonet, del Instituto Nacional de Toxicología .

Presencia de las principales sociedades de medicina del trabajo y presidencia de honor de la Casa Real. El V Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo, organizado por la Asociación de la Medicina del Trabajo en la Comunidad Valenciana y la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, ha contado con el apoyo y participación de las principales asociaciones de especialistas en la materia de todo el territorio nacional, así como con la colaboración y la presencia de las principales instituciones públicas con responsabilidades en la salud de los trabajadores, como son el Instituto de Salud Carlos III, la Tesorería General de la Seguridad Social, el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Generalitat Valenciana, a través de la Conselleria de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social. Además, la Casa Real aceptó la Presidencia de Honor del V Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo.



DECLARACIÓN DE VALENCIA: "HACIA EL COMPROMISO Y LA RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA MEDICINA DEL TRABAJO"

GRUPO REDACTOR(1) : SORIANO, G.; FERRÍS, JM.;
GUILLEN, P.; AGUILAR, E.; MORATÓ, L.

(1) Asociación de Medicina del Trabajo de la Comunidad Valenciana-AMTCV

INTRODUCCIÓN

La globalización ha introducido el término *responsabilidad social* en la vida de las empresas como un nuevo contrapeso ético y de solidaridad para nuestra aldea global.

Algunos organismos nacionales e internacionales han optado por etiquetar así esta necesidad de solidaridad a fin de vender mejor a consumidores, empresarios y trabajadores, algo que siempre ha sido una utopía: El trabajo puede y debe ser un pilar sustancial de la salud.

Así lo reconoce, entre otros, el objetivo 13 del Comité Regional para Europa de la OMS: "Antes del año 2015, los habitantes de la región deben tener mayores oportunidades para vivir en un entorno físico y social saludable en el lugar de trabajo."

Entre el trabajador y el empresario, además del Estado, es bueno que esté también la sociedad civil, y -como una minúscula parte de ella- los profesionales de la salud de todo tipo, albaceas naturales de la ciencia y la tecnología.

Pero con todos ellos, necesariamente, estamos y estaremos los profesionales sanitarios que ejercemos la Medicina del Trabajo. Nuestra profesión, hasta hoy mal e insuficientemente valorada en su importancia social, está llamada a ser un elemento de intervención preventiva y un generador de salud de primer orden pese al desconcierto pasado y presente.

Desde la etimología de la palabra prevenir (prevenire: preparar y disponer con anticipación lo necesario para un fin, conocer de antemano o con anticipación un daño o perjuicio), esta **Declaración de Valencia** pretende ser una señal, un código interpretable por una comunidad de intereses y de saber, que ayude a procesar el mensaje de la responsabilidad social.

La salud laboral, independientemente de las ideologías, debe ser un ejercicio individual y colectivo de lo que constituye su esencia: La mejora de la salud de los trabajadores.

Para ello, para definirla más en nuestra permanente dificultad de poner nombre a cada cosa, ha de servir este esfuerzo de síntesis. Creemos entonces principios, pues son voluntades inalterables, morales, que han de soportar en el tiempo cualquier acción humana, y -por supuesto, las nuestras.

DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LA MEDICINA DEL TRABAJO

La Medicina del Trabajo es el arte y la ciencia de conocer, prevenir y tratar los problemas de salud relacionados con las condiciones del trabajo, con la finalidad de proteger y promover la salud de los trabajadores y de preservar sus capacidades laborales.

Dentro del concepto de salud organizacional, los Médicos del Trabajo tienen un marco para la consecución de un objetivo común: mejorar la salud de los trabajadores y contribuir a la creación de organizaciones saludables que permitan al trabajador desarrollarse, alcanzar y poder utilizar plenamente todo su potencial, además de permitir conseguir un enfoque equilibrado que combine al mismo tiempo los factores económicos y humanos.

En las organizaciones, el Médico del Trabajo ejerce sus funciones en cinco áreas primordiales: Promoción de la Salud, Prevención, Vigilancia de la Salud, Asistencia Sanitaria y Pericial, a las que se pueden añadir otras tres, que comprenden, la Gestión y Asesoramiento, la Investigación, la Formación y la Docencia.

En el ejercicio de estas funciones, el Médico del Trabajo debe desarrollar un amplio abanico de actuaciones para:

- ❖ Fomentar conductas de vida saludables y una cultura preventiva dentro de la empresa, además de promover el desarrollo de programas sanitarios frente a patologías prevalentes en la comunidad y colaborar con el Sistema Público de Salud.
- ❖ Participar en la identificación y evaluación de los riesgos inherentes a los puestos de trabajo y medioambientales, proponer y desarrollar medidas preventivas, y evaluar la eficacia de las mismas.
- ❖ Diseñar las actividades de vigilancia de la salud, realizar los exámenes de salud, interpretar y comunicar individual y colectivamente sus resultados.
- ❖ Identificar, diagnosticar y notificar los problemas de salud relacionados con el trabajo, aplicar técnicas de control biológico, y promover medidas de adecuación del trabajo al trabajador.
- ❖ Proporcionar la asistencia médica necesaria -en coordinación con Atención Primaria y Especializada- para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades relacionadas con el trabajo, además de evaluar la relación entre la especial susceptibilidad individual y las condiciones de trabajo.
- ❖ Valorar la aptitud tras un problema de salud relacionado o no con el trabajo, orientando su actuación a promover la adaptación del puesto a las características psicofísicas del trabajador.

Respecto a las funciones de gestión, formación e investigación, tendrá las siguientes competencias:

- ❖ Gestionar recursos y actividades con criterios de calidad, trabajar de forma integrada en el equipo multidisciplinar de prevención, y ejercer una Medicina del Trabajo basada en la evidencia, con criterios éticos y de responsabilidad social.
- ❖ Identificar las necesidades de formación y diseñar programas adecuados.
- ❖ Realizar investigaciones, con criterios epidemiológicos, sobre problemas de salud relacionados con el trabajo y difundir sus resultados.

La puesta en práctica de todos estos aspectos, conlleva a la creación de organizaciones saludables, con unas buenas condiciones de trabajo que benefician tanto a los trabajadores, en cuanto a la calidad y

mejora de sus condiciones, como a las empresas, con una reducción de los costes y una mejora de la rentabilidad y de su responsabilidad social.

CONTRIBUCIÓN Y COMPROMISO DE LA MEDICINA DEL TRABAJO A LA SOCIEDAD DEL BIENESTAR

Los pilares básicos en los que se sustenta la sociedad del bienestar, son sin lugar a duda, la educación, la salud y los sistemas de protección social.

Por ello, no es casualidad que aquellas organizaciones que más recursos destinan a la formación y cualificación de sus miembros, y a velar por la mejora de las condiciones de trabajo y el mantenimiento de la salud de los trabajadores, son al mismo tiempo, las más competitivas y las que más aportan a este objetivo común.

Sin embargo, dado que la Salud Laboral no ha constituido uno de los objetivos prioritarios en las Políticas de la Administración, la práctica de la especialidad se ha visto condicionada en nuestro país por diferentes amenazas y deficiencias presentes en el entorno o en el sistema.

Como amenazas o deficiencias, destacamos entre otras, las dificultades para la adaptación al nuevo marco normativo, la demora en la implantación efectiva de la vigilancia de la salud en las empresas, la falta de coordinación entre las distintas administraciones, la ausencia de la especialidad dentro del Sistema Público de Salud, la formación en las Escuelas Profesionales y el modelo de financiación de la formación (en clara desigualdad con respecto al resto de especialidades médicas), la escasa valoración y reconocimiento social de la especialidad, el trabajo de forma aislada del resto del servicio de prevención, la inexistencia de un área de conocimiento universitaria específica, el escaso desarrollo de una investigación de calidad o la disgregación de las sociedades profesionales y científicas.

Asimismo, la práctica de la medicina del trabajo se ha visto igualmente afectada por los cambios en la aparición de nuevas enfermedades emergentes relacionadas con el trabajo, los efectos de la globalización sobre la organización del trabajo y los patrones de empleo, la inmigración, las nuevas sustancias y tecnologías, el nuevo perfil de población activa, el creciente envejecimiento de la población laboral, el incremento de los trabajadores autónomos o la incorporación masiva de la mujer al trabajo.

Todas estas circunstancias han propiciado una ralentización en la implantación de la especialidad circunscrita mayoritariamente a las grandes empresas, una baja declaración de enfermedades profesionales o relacionadas con el trabajo, una excesiva orientación asistencial y una escasa implantación de programas de promoción y educación para la salud en los lugares de trabajo.

No obstante, también se han producido cambios muy positivos, como la universalización del derecho a la salud en el lugar del trabajo, la paulatina sensibilización social para adoptar una actitud activa frente a los daños de origen laboral, la extensiva realización de exámenes de salud orientados a los riesgos, el reconocimiento por parte de la Administración del papel de los servicios de salud laboral en la promoción de la salud de los trabajadores, la mayor implicación de los profesionales en temas como la realización de estudios para la adaptación de puestos de trabajo o para la protección de trabajadores susceptibles, la identificación de daños a la salud en relación con los riesgos y el notable incremento en la notificación y registro de enfermedades profesionales, el nuevo modelo formativo de la especialidad o el desarrollo de la Carrera Profesional.

Es evidente que el desarrollo de nuestra especialidad va unido a los cambios que se producen en las empresas y que en los últimos años está adquiriendo una nueva dimensión por el especial interés que conlleva la responsabilidad social, siendo la prevención de riesgos laborales, uno de los aspectos fundamentales de la responsabilidad social interna.

La Medicina del Trabajo debe comprometerse con este principio esencial que se denomina "la nueva cultura de empresa". La responsabilidad social primaria: condiciones de trabajo dignas que favorezcan la seguridad y la salud laboral, el desarrollo humano y profesional, y el respeto del medio ambiente; y la responsabilidad social secundaria: calidad de vida en el trabajo en equilibrio con la vida familiar y social, reinserción laboral del enfermo o accidentado y asistencia sanitaria. Ambas se corresponden con las bases de los objetivos de la Medicina del Trabajo: mejorar la salud de los trabajadores y contribuir a la creación de organizaciones saludables.

Todos estos cambios en las circunstancias de la vida laboral y en los perfiles del mercado laboral y macroeconómicos, influyen en las expectativas de la sociedad con respecto a los profesionales de la salud laboral, y hacen necesaria la adaptación de nuestro

ejercicio a estos cambios. Lo que hacemos, lo hacemos bien, pero, ¿estamos haciendo bien lo que hay que hacer?.

PAPEL DE LA MEDICINA DEL TRABAJO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS INDIVIDUOS, LAS ORGANIZACIONES O LA POBLACIÓN

A los clásicos determinantes de la salud tanto desde una óptica individual como colectiva propuestos por Lalonde, entre los que se encuentran la biología (carga genética), el medioambiente (incluido el medioambiente laboral), los estilos de vida y la accesibilidad a los recursos sanitarios (entre los que se encuentran los Servicios de Salud Laboral), habría que añadir hoy un quinto elemento, que es la globalización, que está provocando un fuerte impacto, tanto en el perfil de las patologías laborales- fruto de los cambios en la naturaleza del trabajo y del empleo-, como en el ejercicio de nuestra profesión en este nuevo milenio.

Por ello, se hace necesario que los profesionales de la Medicina del Trabajo adopten una visión integral, no exclusivamente centrada en los aspectos técnicos y puramente científicos de la salud, sino que abarque también los aspectos sociopolíticos, económicos y éticos.

Las transformaciones que genera la globalización, donde se han roto las barreras del espacio y del tiempo, han agudizado más -si cabe-, las desigualdades referentes tanto al bienestar social general como a la salud de los trabajadores en particular.

Las alteraciones de la salud relacionadas con el trabajo, por definición, se pueden prevenir, ya que dependen de las condiciones de trabajo, y estas pueden ser modificadas.

Por consiguiente, el papel del Médico del Trabajo, como experto que conoce la relación entre trabajo y salud, y su actuación en el marco de un equipo multidisciplinar, contribuye a mejorar la salud de los trabajadores, sus condiciones de trabajo y el clima laboral, y por ende, a la creación de empresas generadoras de salud, condición previa para establecer una competencia comercial socialmente justa y sostenible.

Para que esto sea posible, los profesionales de la Salud Laboral deben gozar de una total independencia profesional en el ejercicio de sus funciones, y deben adquirir y mantener la competencia necesaria para este ejercicio y exigir las condiciones que les

permitan llevar a cabo sus tareas, de acuerdo con la buena práctica y la ética profesional

LOS VALORES PROFESIONALES DE LA MEDICINA DEL TRABAJO

Los profesionales de la Medicina del Trabajo tienen unos valores que definen sus compromisos con la sociedad. El aprendizaje y la interiorización de estos valores, es imprescindible para una adecuada actividad profesional.

Podemos agrupar los valores de los profesionales de la Medicina del Trabajo en cuatro compromisos:

Compromiso con las personas: El trabajador es el destinatario de la atención que prestan los profesionales de la Salud Laboral, y sus actuaciones, por encima de cualquier otro interés, están centradas en la mejora, protección y el mantenimiento de la salud individual y colectiva de los trabajadores.

Compromiso social: Los profesionales de la Medicina del Trabajo tienen una alta responsabilidad social, tanto en lo referente al uso eficiente de los recursos sanitarios, su papel dentro del sistema sanitario, su influencia en la mejora de las condiciones de vida de la población, así como en evitar activamente la discriminación laboral o las desigualdades sociales por motivos de salud.

Compromiso con la propia especialidad: La polivalencia, la transversalidad y la incertidumbre con la que trabajan permanentemente los profesionales de la Medicina del Trabajo, no deben considerarse una limitación, sino una característica propia de la especialidad. Además deben suponer un incentivo para participar activamente en el desarrollo, consolidación, actualización y mejora continua de sus contenidos, así como de su disposición a investigar sobre aquellas cuestiones que son pertinentes a fin de ofrecer un mejor servicio a la sociedad. El Médico del Trabajo toma sus decisiones sobre la base de las evidencias científicas actualizadas y por ello mantiene al día sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales a través de la formación continuada y el compromiso científico con la especialidad.

Compromiso ético: Las complejas y a veces conflictivas responsabilidades de los profesionales de la Salud Laboral con respecto a los trabajadores, los empresarios, la población o las autoridades competentes, han situado a la ética en el centro de la práctica médica laboral. Por ello, los Médicos del Trabajo son exigentes con la Administración Sanita-

ria y con el resto de actores del sistema sanitario, y deben mantener una actitud ética en su práctica, asegurando la confidencialidad en el ejercicio de sus funciones.

En función de todos estos argumentos, la *Declaración de Valencia "hacia el compromiso y la responsabilidad social de la Medicina del Trabajo"*, considera que:

- ❖ El médico del trabajo es el experto que conoce la relación entre trabajo y salud. Por ello, su actuación en el marco de un equipo multidisciplinar, contribuye a mejorar la salud de los trabajadores, las condiciones de trabajo y la creación de organizaciones saludables.
- ❖ El perfil del Médico del Trabajo y su compromiso con los trabajadores, con la sociedad y con la mejora continua, le convierten en un profesional necesario para el buen funcionamiento del sistema de salud pública.
- ❖ La nueva orientación de los programas de formación en medicina y enfermería del trabajo, con la dotación de los recursos económicos necesarios, facilitarán la adquisición de las competencias y habilidades precisas para el desempeño de sus funciones en este nuevo marco, desde una óptica multidisciplinar y una elevada competencia científica.
- ❖ El desarrollo de nuestra especialidad debe ir paralelo a la implantación de la responsabilidad social interna en las organizaciones, con el objetivo común de la mejora de la salud de los trabajadores y su contribución al bienestar social.
- ❖ La implicación de todos los agentes sociales, resulta imprescindible para establecer una base sólida para este cambio. Muy especialmente, se hace necesario que tanto la Administración Sanitaria como el Ministerio de Educación, se involucren en todas las áreas relacionadas con la Salud Laboral, y que establezcan todos los mecanismos necesarios para la adecuada coordinación entre las diferentes Comunidades Autónomas.
- ❖ La práctica de la Medicina del Trabajo, debe basarse en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, independencia, ética, participación activa de los distintos actores sociales y de respeto al medio ambiente, todo ello en concordancia con el código ético internacional para los profesionales de la salud laboral (ICOH).

- ❖ Todos los trabajadores tienen el derecho a acceder a servicios de Salud Laboral eficientes y de calidad (incluidos los trabajadores de pequeñas y medianas empresas y los trabajadores autónomos)
- ❖ La importancia creciente de la Medicina del Trabajo, será consecuencia de una mayor calidad y oferta de los Servicios de Salud Laboral, así como de la mejor formación y capacidad resolutiva de los profesionales que los integran.
- ❖ Uno de los aspectos fundamentales del ejercicio correcto de la Salud Laboral es la plena independencia profesional, es decir, que los profesionales de la Medicina del Trabajo deben disfrutar de la misma, en el ejercicio de sus funciones, que les permitan emitir dictámenes y proporcionar asesoramiento sobre salud y seguridad de los tra-

bajadores en la empresa de acuerdo con su conocimiento y moral profesional.

- ❖ La responsabilidad primaria sobre la salud y la seguridad de los trabajadores en los lugares de trabajo, corresponde a los empresarios. La función de los profesionales de la Medicina del Trabajo es el asesoramiento competente en como establecer y mantener un entorno de trabajo seguro y saludable para proteger y fomentar la salud de los trabajadores.

En consecuencia, sólo las organizaciones proactivas y comprometidas, con el apoyo adecuado de expertos en salud y seguridad, pueden lograr el éxito socioeconómico duradero, estableciendo una competencia comercial socialmente justa y sostenible.

BIBLIOGRAFÍA

Declós J., Betancourt O. Marqués F., Tovalín H. Globalización y Salud Laboral. Arch Prev Riesgos Labor 2003; 6(1): 4-9

Grupo de Trabajo sobre las competencias profesionales de los médicos del Trabajo. Las competencias profesionales de los médicos del trabajo. Barcelona 2003.

Código ético internacional para los profesionales de la salud laboral . International Comisión on Occupational Health (ICOH).

Sección de Medicina del Trabajo de la Unión Europea de Especialistas Médicos. Visión europea de la salud laboral, la organización saludable y el papel de los médicos del Trabajo. Arch Prev Riesgos Labor 2004; 7(4): 164-166

Principios directivos técnicos y éticos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1998 (Serie Seguridad y Salud en el Trabajo, num 72)

Medicina del Trabajo en Europa : ámbito y competencias. WHO European Centre for Environment and Health. Bilthoven. 2000.

ADHESIONES:

Para sumarse a la lista de adhesiones a la presente Declaración de Valencia, solicitar formulario en www.amtcv.org

Grupo de Trabajo y Panel de Expertos participantes en el proyecto DEVA (por orden alfabético)

Aguilar Jiménez, Encarnación (Generalitat Valenciana. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Conselleria de Sanitat. Valencia); Agulló Vidal, Albert (Presidente de la AEEMT en Cataluña. Barcelona); Alday Figueroa, Enrique (INSHT.CNNT. Jefe de la Unidad de Neumología y Alergia Laboral. Madrid); Álvarez Martín, Leopoldo (Director de Medicina del Trabajo del SPA Fraternidad Muprespa. Madrid); Álvarez Saenz, Juan José (Director Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid); Boix i Ferrando, Pere (Unión de Mutuas. Valencia); Cabanillas Moruno, Juan Luis (Coordinador de la Unidad Docente de Medicina del Trabajo de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla); Camisa Jiménez, Francisco (Médico del Trabajo. Valencia); Coto Fernández, Juan Carlos (Osalan. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. Barakaldo); De Montserrat i Nonó, Jaume (Director del CSCST de Girona. Departament de Treball i Industria. Generalitat de Catalunya. Girona); Esteban Buedo, Valentín (Generalitat Valenciana. Jefe de Servicio de Salud Laboral. DGSP. Valencia); Ferris Gil, Juan Manuel (Generalitat Valenciana. Coordinador del Servicio de PRL. Conselleria de Educación y Cultura. Valencia); García Benavides, Fernando (Director del Observatorio de Salud Laboral. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona); García García, Ana M (Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universitat de Valencia-Estudi General. Valencia); García Maciá, Ramona (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Responsable de PRL. Barcelona); Gelabert Cubillo, María Luisa (Presidenta de la ACMT. Barcelona); Guillén Robles, Pedro (AMTCV. Valencia); Hermoso Iglesias, Javier (AEEMT. Representante de la OMC en la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina del Trabajo. Madrid); Hermoso de Mendoza Urrizola, Jesús (FIMET. Pamplona); Iniesta Álvarez, Antonio (Coordinador Médico MAZ D.T. Centro. Madrid); Lobato Cañón, José Rafael (Director de la Escuela Profesional de Medicina del Trabajo. Universidad Miguel Hernández. Alicante); Llorca Rubio, José Luis (Jefe sector de Enfermedades Profesionales. GSHT. Valencia); Martínez York, Alfonso (FIMET. Pamplona); Morató Moscardó, Lucila (Servicio de Prevención de CEMEX. Valencia); Palmer Juaneda, Rafael (AEEMT. Baleares); Plana Almuní, Pere (Presidente SCSMT. Barcelona); Purti Pujals, Elisabeth (Directora del Área Sanitaria. Dirección Nacional Servicio de Prevención de Asepeyo. Barcelona); Rescalvo Santiago, Fernando (Jefe Servicio de Salud Laboral. Hospital de Valladolid. Valladolid); Ribelles Villalba, Alfredo (Presidente de la AMTCV. Valencia); Roel Valdés, José M^a (Jefe sector de Enfermedades Profesionales. GSHT. Alicante); Ruiz-Frutos, Carlos (Director Departamento de Biología Ambiental y Salud Pública. Universidad de Huelva); Sánchez Lores, Javier (Presidente de la AEEMT. Madrid); Sanz Gallén, Pere (Responsable Departamento de Medicina del Trabajo. SGS TECNOS, S.A. Barcelona); Serrano Estrada, Carmen (Coordinadora Vigilancia de la Salud Asepeyo. Madrid); Soriano Tarín, Guillermo (Coordinador del Área de Medicina del Trabajo. División de Prevención y Medioambiente. SGS TECNOS, SA. Valencia); Tormo Pérez, Eduardo. (Jefe Unidad Salud Laboral de la EVES . Valencia); Vera Quesada, Manuel (Generalitat Valenciana. Jefe Servicio de Prevención Conselleria de Administración Pública y Justicia. Valencia); Vicente Herrero, M^a Teofila (Servicio de Medicina del Trabajo Correos. Valencia).

CONCLUSIONES DEFINITIVAS DEL V CONGRESO ESPAÑOL DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL TRABAJO

La responsabilidad social ha sido el eje central del encuentro de los profesionales de la Medicina y la Enfermería del Trabajo celebrado en Valencia entre el 5 y el 8 de Octubre de 2005.

Sobre la definición de responsabilidad social corporativa interna (RSCI), existe un consenso sobre que se trata de la integración voluntaria, por parte de las empresas, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y en las relaciones con sus interlocutores. Entre los diferentes objetivos que se derivan de ella se encuentran la Seguridad y la Salud de los trabajadores.

La RSCI exige establecer indicadores para su evaluación, pero también la conciencia de que su desarrollo puede verse amenazado, por la globalización y los diferentes modelos del llamado estado del bienestar.

Pese al interés que suscita, y como concepto dinámico, la mayor parte de las iniciativas actuales corresponden a su vertiente externa, y su desarrollo puede estar influido por el tamaño de la empresa. El establecimiento de beneficios fiscales y la reconducción de los excedentes de la gestión de las Mutuas, podrían ser un soporte que financiara estas acciones.

Nos encontramos actualmente ante esperanzador escenario que propicia el desarrollo de iniciativas para potenciar la investigación en Medicina del Trabajo, debido fundamentalmente a la aportación de nuevos recursos económicos, el cambio del modelo formativo de la especialidad e iniciativas como la Fundación de Investigación en Medicina del Trabajo.

La gran cantidad de datos e información del que disponemos en salud laboral, permite realizar

estudios de carácter epidemiológico, que potencien y mejoren la investigación y la evidencia científica.

Es imprescindible en materia de Prevención de Riesgos Laborales la puesta en marcha del sistema de información sanitaria en salud laboral y la creación de nuevas unidades de epidemiología para garantizar la calidad del trabajo que realizamos.

Los diferentes modelos de gestión en España provocan una discontinuidad en las acciones preventivas de los servicios de prevención ajenos respecto a los servicios propios, dado que la planificación preventiva se realiza a medio y largo plazo.

Existe una desconfianza bastante generalizada en la Unión Europea sobre la eficacia de los sistemas de Vigilancia de la Salud. El debate debería centrarse en la calidad de lo que se hace y no en modelos formalistas.

Analizados los diferentes modelos en sus ventajas e inconvenientes, éstos no se pueden trasladar o intercambiar, debido a las peculiaridades nacionales y a sus diferentes culturas sociolaborales.

La legislación promueve la integración de los recursos preventivos, sin embargo, nos encontramos ante la paradoja de que su aplicación práctica ha supuesto una masiva externalización. Los servicios de prevención ajenos deberían quizás tener una actuación complementaria de los propios.

Existen nuevas adicciones en el medio laboral que el Médico del Trabajo debe conocer para poder establecer programas de Prevención, tratamiento y rehabilitación de las mismas.

Uno de cada seis trabajadores padecerá en su vida laboral alteraciones psiquiátricas, se plantean políticas de adecuación de estas patologías emergentes al mundo del trabajo.

Constatamos la necesidad de mejorar la comunicación, colaboración y coordinación entre Servicios de Prevención y Sistema Nacional Salud.

Se define la figura del Médico del Trabajo como gestor de salud de los trabajadores. Es imprescindible la creación de cauces de colaboración entra las Sociedades Científicas de Medicina de Familiar y Medicina del Trabajo.

Los cambios en los nuevos modelos formativos de los especialistas en Medicina y Enfermería del Trabajo mejoraran el desarrollo de nuestras competencias profesionales y pasan sin lugar a dudas por el Aseguramiento de las condiciones de formación en igualdad con el resto de Especialidades Médicas.

La confidencialidad no es tan solo el cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos sino que comprende todas las actividades de la Medicina y Enfermería del Trabajo.

Existe actualmente un creciente debate sobre los posibles efectos de ciertos agentes ambientales y ocupacionales en la fertilidad, destacando: metales pesados, pesticidas, disolventes y agentes físicos.

El síndrome de fatiga crónica es una patología emergente de etiopatogenia desconocida, diagnóstico complejo y tratamiento curativo poco eficaz siendo su repercusión económica muy importante.

Las causas de patología psicosocial, tienen con frecuencia su origen en el trabajo, y generan nuevos daños en la salud de los trabajadores. Disponemos de instrumentos de cribado útiles para su diagnóstico precoz y prevención.

Es fundamental la correcta aplicación de las técnicas de control biológico de exposición a sustancias químicas y el papel que desarrolla el personal de enfermería en ello.

La aparición de nuevos riesgos por la utilización de enzimas sobre todo en el Sector químico y alimenticio dan lugar a procesos de sensibilización diversos, así como los nuevos riesgos neurotóxicos de tipo degenerativo y de larga evolución tanto en sectores tradicionales como en la industria química avanzada.

Debemos actuar sobre los factores individuales modificables y laborales elaborando protocolos para la vigilancia de la salud.

La implantación de la protocolización del consejo médico vial en Medicina del Trabajo y la inclusión en las historias médico-laborales de aspectos relacionados con la conducción e implicar a todas las organizaciones sanitarias en la prevención del accidente de tráfico.

Deben establecerse relaciones estructuradas entre servicios de Medicina del Trabajo y las unidades de sueño. Lo importante es la evaluación objetiva funcional de la resistencia del individuo a la somnolencia diurna previa y posterior al tratamiento.