GUÍA BÁSICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES



Fundación
Hospital de Cieza

FUNDACION HOSPITAL DE CIEZA

ibermutuamur
Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social nº 274

Edición: Mayo 2005

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático ni la transmisión por cualquier medio sin el correspondiente permiso por escrito.

I.S.B.N.: 84-95366-73-8

Depósito Legal: M-20047-2005

Diseño, maquetación e impresión: PyCH & Asociados, S.L.
c/ Emilio Vargas, 20 Dupl. (4ºE)
28043 Madrid

Fotografías: Unidad de Fotografía Fundación Hospital de Cieza

GUÍA BÁSICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Fundación
Hospital de Cieza

INDICE

PRESENTACIÓN 5

1. INTRODUCCIÓN 7

2. RIESGOS DERIVADOS DE LA EXPOSICÓN A AGENTES BIOLÓGICOS 7

2.1. RESUMEN DE GRUPOS CON EXPOSICIÓN A RIESGO BIOLÓGICO 8
2.1.1.Grupos de riesgo BAJO 8
2.1.2.Grupos de riesgo MEDIO 8
2.1.3 Grupos de riesgo ALTO 9

2.2. ENFERMEDADES INFECCIOSAS ASOCIADAS. EXPOSICIÓN A RIESGO BIOLÓGICO 9

2.3. CONTROL DEL RIESGO BIOLÓGICO EN EL TRABAJO. MEDIDAS GENERALES 10
2.3.1. Evitar la proliferación de gérmenes 11
2.3.2. Evitar la Exposición 11
2.3.3. Medidas de protección individual 11

2.4. RESIDUOS SANITARIOS BIOCONTAMINADOS 12

2.5. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA EXPOSICIÓN ACCIDENTAL A FLUÍDOS FISIOLÓGICOS 13
2.5.1. Criterios de inclusión 13
2.5.2. Definiciones 13
2.5.3. Actuación Clínica 13
2.5.4. Protocolo de actuación en caso de resultados positivos en la fuente 14
2.5.5. Quimioprofilaxis con antiretrovirales 15
2.5.6. Circunstancias especiales 15
2.5.7. Actuación médico legal. Procedimiento 16

3. INMUNIZACIONES RECOMENDADAS EN EL PERSONAL SANITARIO 16

4. RIESGOS DERIVADOS DE LA EXPOSICIÓN A AGENTES QUÍMICOS 17

4.1. ACTUACIONES ANTES DE QUE EL DAÑO SE PRODUZCA 18
4.1.1. Conocer los compuestos químicos 18
4.1.2. Conocer la toxicidad de los compuestos químicos 19
4.1.3. Sustituir y eliminar el tóxico 19
4.1.4. Conocer la dosis 19
4.1.5. Controlar la aplicación de las medidas de prevención 19

5. RIESGOS DERIVADOS DE LA MANIPULACIÓN DE AGENTES CANCERÍGENOS 19

5.1. IDENTIFICACIÓN DE AGENTES CANCERÍGENOS 20

5.2. ACTUACIONES ANTES DE QUE EL DAÑO SE PRODUZCA 20
5.2.1. Identificar y eliminar 20
5.2.2. Evaluar 20
5.2.3. Prevenir y reducir al mínimo la exposición 20

5.3. EXPOSICIONES ACCIDENTALES 22

6. MANEJO DE AGENTES CITOTÓXICOS. Definición de Citostáticos 22

6.1. ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS Y CITOTÓXICOS. MEDIDAS PREVENTIVAS 22

6.2. RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y CIRCULACIÓN 23
6.3. ADMINISTRACIÓN 24
6.4. CONTAMINACIÓN 24
6.5. TRATAMIENTO DE LOS RESÍDUOS 24
6.6. CONCLUSIÓN 25
7. MEDIDAS ESPECÍFICAS DE PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD 25
8. RIESGOS DERIVADOS DEL TRABAJO CON RADIACIONES ELECTROMAGNÉTICAS DE NATURALEZA IONIZANTE 26
8.1. PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS PROFESIONALMENTE EXPUESTAS 28
9. RIESGOS DERIVADOS DE LA MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS Y MANEJO DE CARGAS 29
9.1. PRINCIPIOS BÁSICOS EN LA MOVILIZACIÓN DE CARGAS 30
10. RIESGOS DERIVADOS DEL USO DE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS. PVD´s 35
10.1. ¿QUÉ DICE LA LEY? 36
11. RIESGOS DERIVADOS DEL TRABAJO A TURNOS. TURNICIDAD 37
11.1. SE PUEDEN AMINORAR LOS EFECTOS NEGATIVOS 37
12. RIESGOS DERIVADOS DEL USO DE VEHÍCULOS PARA IR O VENIR DEL TRABAJO. "ACCIDENTES IN ITÍNERE" 38
13. OTROS ACCIDENTES 39
13.1. CAÍDAS DE PERSONAS AL MISMO NIVEL 39
13.2. ATRAPAMIENTOS Y GOLPES ENTRE OBJETOS 39
13.3. CONTACTOS ELÉCTRICOS 39
13.4. INCENDIOS 39
14. LAVANDERÍA, LENCERÍA, COCINAS Y CAFETERÍA, LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO 39
14.1. LAVANDERÍA Y LENCERÍA 40
14.2. CAFETERÍA Y COCINAS 40
14.3. LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO 40
15. PLAN DE EMERGENCIA/EVACUACIÓN Y LUCHA CONTRA INCENDIOS. GUÍA DE ACTUACIÓN PARA USUARIOS DEL HOSPITAL 41
16. ¿QUÉ HACER EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO? 43
16.1. EL TRABAJADOR SÓLO FALTA AL TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE Y NO CAUSA BAJA LABORAL 44
16.2. EL TRABAJADOR CAUSA BAJA LABORAL 44
16.3. SITUACIONES ESPECIALES 44
17. BIBLIOGRAFÍA. LEGISLACIÓN DE REFERENCIA 45

PRESENTACIÓN.

La Dirección de la Fundación Hospital de Cieza, ha establecido como una de sus prioridades, la Prevención de Accidentes y Enfermedades Profesionales en su entorno laboral.

Con éste objetivo, el Comité de Seguridad y Salud Laboral de la FHC en actuación conjunta con el Servicio de Prevención de Ibermutuamur, han elaborado un ambicioso Sistema de Gestión para la Prevención de Riesgos Laborales que abarca desde la identificación de los riesgos específicos para cada puesto de trabajo hasta las acciones a implantar para llegar al objetivo "accidentes cero".

Es intención del equipo directivo seguir profundizando en el diagnóstico y prevención de los riesgos, hasta llegar a elaborar protocolos y guías de actuación para los puestos de trabajo del Hospital, con lo que éste documento no cierra el proceso sino que realmente lo inicia.

Asímismo, se aporta un protocolo de actuación en caso de sufrir algún accidente laboral con las indicaciones esquemáticas de los pasos precisos a seguir.

Esperamos que esta Guía Básica sea una herramienta útil para todos los profesionales, con el propósito de evitar accidentes y enfermedades relacionadas con el desempeño de su actividad profesional.

No se puede finalizar ésta presentación sin expresar un sincero agradecimiento a los profesionales de la Fundación Hospital de Cieza que han colaborado y aportado sus ideas y su esfuerzo para hacer realidad ésta Guía :

Es el caso de los miembros del Comité de Seguridad y Salud del centro:

Juan Bernal Torres
Mario Cayuela Verdú
Rosa Ana Escudero Molina
Alfonso García Ruiz
Alejandro Lafuente Rodriguez
José Antonio Marín Santos
Juan Antonio Salmerón Aroca
María Blanca Sánchez Sánchez
Pilar Soto Torres.

Configuración y diseño gráfico de ésta guía expreso agradecimiento a Francisco Cayuela Verdú.

Como impulsora inicial del proyecto la Directora de Gestión Clara Miranda López.

En la implantación de los sistemas de autoprotección al responsable del Servicio de Mantenimiento del Hospital Bernardo Almonacid Kroeger.

Finalmente, al Técnico de Prevención de Riesgos Laborales de Ibertmutuamur, Jesús Caparrós Alvarez, cuyo esfuerzo y dedicación han sido determinantes para la realización de esta Guía.

Merecen un reconocimiento muy especial los dos Directores Gerentes de la FHC que iniciaron y desarrollaron éste proyecto y que son los que han permitido que el mismo sea una realidad.

Juan Luis Jimenez Molina (Director Gerente desde enero de 2001 a mayo de 2004)

Juan Antonio Marqués Espí (Director Gerente desde mayo de 2004 hasta enero de 2005)

Jesús Cañavate Gea
Director Gerente de la FHC

Cieza, febrero de 2005.

1. INTRODUCCIÓN.

El objetivo de éste trabajo es ofrecer al personal de la Fundación Hospital de Cieza una información útil y práctica para el desarrollo de su actividad diaria.

En éste breve manual, se resumen las acciones y medidas incluidas en la planificación de actividades preventivas, y tiene la pretensión de proporcionar a todos los trabajadores una guía rápida y útil dirigida a evitar y minimizar los riesgos.

2. RIESGOS DERIVADOS DE LA EXPOSICIÓN A AGENTES BIOLÓGICOS.

El estudio y la tipificación de un agente biológico en un determinado ambiente laboral, es complejo, al tratarse de un SER VIVO, que desarrolla diferentes CICLOS VITALES, (huevo-larva-adulto), en MUY CORTOS PERÍODOS DE TIEMPO. Además, puede sobrevivir de forma prácticamente indefinida en ambientes con condiciones físicas adversas. Enquistándose en forma de esporas inactivas , (caso de bacterias termorresistentes), esto repercute directamente en su ACTIVIDAD BIOLÓGICA, (y por tanto su virulencia) , que puede cambiar radicalmente cuando varían factores tan fluctuantes en los ambientes laborales como son la temperatura, humedad, la luz, la presencia de nutrientes, etc.

Resumidamente, el CARÁCTER VITAL de cualquier agente biológico, y por tanto su CAPACIDAD PARA REPRODUCIRSE, así como que en una misma especie de bacterias existan CEPAS CON DISTINTO PODER PATOGÉNICO o que factores ambientales tales como la temperatura, la humedad, la luz, la presencia o no de nutrientes, etc., puedan condicionar su presencia,

NO PERMITE ESTABLECER UNOS VALORES MÁXIMOS PERMITIDOS GENERALIZADOS.

Marco Normativo Legal.

La prevención de los riesgos que pueden ocasionar los Agentes Biológicos en ambiente laboral, está reglamentada en nuestro país por el R.D. 664/97, de 12 de mayo, “Sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.”

Este Real Decreto transpone a la Legislación Española, la Directiva Europea 90/679/CEE y las modificaciones posteriores: 93/88/CEE y 95/30/CEE.

Ésta normativa define :

Agente Biológico: microorganismos, con inclusión de los genéticamente modificados, los cultivos celulares, y endoparásitos humanos, susceptibles de originar cualquier infección, alergia o toxicidad.

Microorganismo: toda entidad microbiológica, celular o no, capaz de reproducirse o transferir material genético.

Cultivo celular: el resultado del crecimiento in vitro de células obtenidas de organismos multicelulares.

Por riesgo biológico, se entiende la exposición y/o contacto, con agentes vivos patógenos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad.

El riesgo de infecciones, producidas por defectos en la realización de procedimientos invasivos y/o por la práctica incorrecta de procedimientos de limpieza, desinfección y/o esterilización, entre otros, no se circunscribe sólo al medio nosocomial.

La clasificación de agentes biológicos seguida por la normativa española utiliza como criterios de clasificación:

El riesgo infectivo del agente biológico.
El riesgo de propagación de la enfermedad a la colectividad.
Existencia o no de profilaxis o tratamiento médico eficaz.

GRUPO DE RIESGO	RIESGO DE INFECCIÓN	RIESGO DE PROPAGACIÓN A LA COLECTIVIDAD	PROFILAXIS O TRATAMIENTO MÉDICO EFICAZ
1	Poco probable que cause enfermedad	No	Innecesario
2	Pueden causar una enfermedad y constituir un peligro para los trabajadores	Poco probable	Posible generalmente
3	Puede provocar una enfermedad grave y constituir un serio peligro para los trabajadores	Probable	Posible generalmente
4	Provocan una enfermedad grave y constituyen un serio peligro para los trabajadores	Elevado	No conocida en la actualidad

De forma no exhaustiva, se presenta a continuación una relación de actividades que se desarrollan en el Hospital y que entrañan diferentes grados de exposición potencial a riesgo biológico:

2.1. RESUMEN DE GRUPOS CON RIESGO BIOLÓGICO.

2.1.1. GRUPO DE RIESGO BAJO.

Medicina preventiva.
Medicina Nuclear.
Radiodiagnóstico.
Radioterapia.
Alimentación.
Lavandería.
Administración, recepcionistas.
Mantenimiento.



Riesgo Biológico.

2.1.2. GRUPO DE RIESGO MODERADO.

Especialidades Médicas no Quirúrgicas.
Policlínicas.
Consultas externas.
Salas de cura.

2.1.3. GRUPO DE RIESGO ALTO.

Laboratorio clínico. Hematología. Bacteriología. Bioquímica.
Urgencias.
Quirófanos.
Infecciosos.
Anatomía Patológica.





2.2. ENFERMEDADES INFECCIOSAS ASOCIADAS.

Hepatitis, SIDA, Herpes, Tuberculosis, Otras infecciones.

Principales vías de entrada de agentes biológicos en el organismo, en orden de importancia:

VÍA INHALATORIA:
Agentes Biológicos que puedan presentarse en suspensión en el aire formando BIOAEROSOLES CONTAMINADOS, tanto en forma sólida (polvo) como líquida (gotículas).

Los procesos o tareas más importantes en las que pueden formarse bioaerosoles:

Contacto directo con fluídos biológicos de personas contaminadas.
Rotura de muestras biológicas en autoclaves o centrífugas en laboratorios.
Gotículas de humedad o condensado en los sistemas de climatización.



VÍA DÉRMICA:
CONTACTO CONSCIENTE O ACCIDENTAL de la piel o las mucosas con Agentes Biológicos.
Dentro de ésta vía de entrada adquiere gran importancia la vía conjuntivo-ocular.



VÍA PARENTERAL:
Penetración en el organismo de Agentes Biológicos a través de DISCONTINUIDADES DE LA PIEL (heridas, erosiones, eczemas, etc.) o debido a cortes, pinchazos, etc. Con objetos potencialmente contaminados.

VIA DIGESTIVA:
Posible INGESTIÓN de Agentes Biológicos asociado generalmente a malos hábitos higiénico-sanitarios de los trabajadores tales como comer, beber o fumar, no lavarse concienzudamente las manos al finalizar una potencial exposición, etc.

En ORDEN DE IMPORTANCIA, las vías de entrada de Agentes Biológicos suelen ser la PARENTERAL y la INHALATORIA seguida de la DÉRMICA, y tiene menor relevancia la vía DIGESTIVA.

A las vías de entrada tradicionales descritas con anterioridad hay que añadir determinados VECTORES ESPECÍFICOS DE TRANSMISIÓN de los Agentes Biológicos tales como determinados parásitos, insectos, y roedores presentes en determinadas actividades que sirven de vehículo eficaz para su propagación en los medios laborales.

Los programas "DDD" (Desinfección, Desinsectación, Desratización), en las empresas con potencial exposición a Agentes Biológicos adquieren una importancia preventiva básica en la reducción de éstos vectores de contaminación.

La guía que edita el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, en la que se desarrolla el Real Decreto 664/97 que regula la Exposición a Agentes de tipo Biológico nos clasifica la "EXPOSICIÓN A AGENTES BIOLÓGICOS EN 3 CATEGORÍAS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE INTERACCIÓN que puede tener el trabajador con éste tipo de agentes.



2.3. CONTROL DEL RIESGO BIOLÓGICO EN EL TRABAJO.

MEDIDAS GENERALES.

Las medidas de prevención y control deben adecuarse en cada caso al tipo de germen, a la fuente de infección y al modo de transmisión de la enfermedad que se trate. No obstante, se pueden formular algunas recomendaciones generales para todos los trabajos con riesgo de transmisión de enfermedades.

2.3.1. EVITAR LA PROLIFERACIÓN DE GÉRMENES.

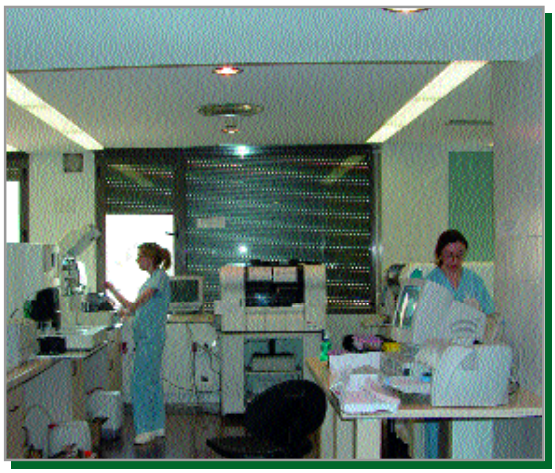
Desinfección y esterilización de productos contaminados.
Diseño de locales de trabajo evitando lugares susceptibles de acumulación de suciedad.
Limpieza y desinfección de locales de trabajo, lavabos, duchas y servicios higiénicos.

2.3.2. EVITAR LA EXPOSICIÓN.

Reducción del número de trabajadores expuestos.
Evitar o minimizar la liberación de agentes biológicos en el lugar de trabajo.
Técnicas y métodos de trabajo que impidan el contacto directo con material contaminado.
Especificar los procedimientos de obtención, manipulación y procesamiento de muestras de origen humano.
Verificación de la presencia de agentes biológicos fuera del lugar donde deberían estar confinados.
Utilización de material desechable.
Ventilación forzada o aspiración para eliminar polvo.
Planes y pautas de actuación ante emergencias.
Transporte y almacenamiento en condiciones de seguridad.
Medios seguros que permitan la recogida, el almacenamiento, y la evacuación de resíduos por los trabajadores.
Señalización adecuada y restricción de acceso.

2.3.3. MEDIDAS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL.

Formación e información de los trabajadores.
Evitar la ingestión de comidas y bebidas en zonas de riesgo de contaminación biológica.
Limpieza y desinfección de ropas y utensilios.
Higiene personal.
Uso de jabones antisépticos, especialmente en heridas.
Protección personal: ropa, guantes, mascarillas.
Vacunación cuando sea efectiva y aplicable.
Prohibición de comer, beber, fumar o aplicarse cosméticos en lugares de riesgo.





2.4. RESÍDUOS SANITARIOS BIOCONTAMINADOS.

Se consideran como tales los siguientes:
Cualquier material proviniente del tratamiento de enfermos infecciosos.
Resíduos anatómicos provinientes de la cirugía o de laboratorios.
Vacunas de gérmenes vivos o atenuados.
Agujas y todo tipo de material cortante y punzante.

Los resíduos biocontaminados deben separarse en origen del resto de resíduos y envasarse en contenedores adecuados y debidamente señalizados. Los envases deben ser resistentes, a prueba de roturas y garantizar la estanqueidad, evitando la contaminación exterior.





Los resíduos biosanitarios potencialmente infecciosos deben ser desinfectados o esterilizados (desinfección térmica, o desinfección química) previamente a su eliminación o vertido en vertederos controlados. La incineración es el sistema de tratamiento que más problemas medioambientales provoca, por lo que no se puede considerar una alternativa aceptable.

¿ Qué riesgo de infección tienen los Residuos Biosanitarios?

	Interior Centros Sanitarios		Exterior Centros Sanitarios	
	Pacientes	Personal Sanitario y Limpieza	Personal Recolección y Eliminación	Medio Ambiente (Salud Pública)
Residuos Biosanitarios (RB) especiales	SI	SI	SI	SI
(RB) asimilables a urbanos	SI	SI	NO	NO
Residuos Generales	NO	NO	NO	NO

2.5. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA EXPOSICIÓN ACCIDENTAL A FISIOLÓGICOS.

2.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Se incluyen todos aquellos accidentes en los que ha tenido lugar la inoculación de sangre y/o otros líquidos biológicos (semen, secreciones vaginales, líquido cefaloraquideo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico o amniótico) en un profesional durante su actividad laboral, bien sea de forma percutánea (pinchazos, cortes, contacto con piel no intacta) o a través de mucosas (salpicaduras).

2.5.2. DEFINICIONES.

Fuente:

Es la persona de quien procede el material biológico inoculado durante el accidente.

Hay circunstancias en las cuales no se podrá saber el estado serológico de la fuente, como puede ser el caso de un profesional sanitario que se pincha con un objeto punzante (p.ej. una aguja tirada en una bolsa de basura) que ha estado abandonada en un lugar incorrecto, o en el caso de un profesional sanitario que se pincha en el momento que intenta tirar una aguja en un contenedor rígido que estaba demasiado lleno. Tampoco se podrá conocer el estado serológico la fuente si esta ya ha abandonado el hospital y no se puede localizar, o si, excepcionalmente, la fuente se negara a colaborar.

En estas circunstancias se habla de fuente desconocida o inaccesible.

Receptor:

Es la persona que recibe la inoculación biológica durante el accidente.

Por razones de índole práctica, se considera resultados analíticos positivos el la fuente:

VHB (HEPATITIS B): HBs Ag positivo.

VHC (HEPATITIS C): anti VHC positivo.

VIH (Virus del SIDA): lo sea para el anti VIH.

Prueba de ELISA; aunque posteriormente se hará una prueba de confirmación con el Western Blot.

2.5.3. ACTUACIÓN CLÍNICA.

Algoritmo de actuación inmediata ante cualquier exposición accidental a fluídos y muestras biológicas de pacientes.

Lavar bien la zona de exposición.

EXPOSICIÓN PERCUTÁNEA:

En primer lugar, dejar fluir libremente la sangre durante 2 o 3 minutos bajo agua corriente. Inducir el sangrado si es necesario. Después lavar bien la herida con agua y jabón y, posteriormente, aplicar alcohol de 70º o povidona yodada al 10%.

SALPICADURAS MUCOSAS:

– Lavar con agua abundante o solución salina isotónica.
– Notificación al Supervisor de enfermeria de guardia que rellenará el parte de accidentes correspondiente (modelo 8 del manual del sistema de gestión de Prevención de Riesgos Laborales), salvaguardando la confidencialidad de los datos y acudirá al Servicio de Urgencias registrando la asistencia médica.
– Extracción de 15 ml de sangre al receptor (sin anticoagulante).
– Extracción de 15 ml de sangre en la fuente siempre que sea posible (sin anticoagulante).
– Determinar: HbsAg, anti-VHC y anti VIH en ambos (mas recomendado).

Si alguno de ellos es positivo

– Determinar en la sangre del receptor el/los los marcadores que hayan resultado positivos en la fuente*.
– Si son negativos y se dipone de seroteca guardar suero del receptor.
– Si no se dispone de seroteca, en todos los casos es recomendable determinar al receptor el Ag HBs, el anti VHC y el anti VIH.

2.5.4. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE RESULTADOS POSITIVOS EN LA FUENTE.

VHB (+)

RECEPTOR VACUNADO:

– Anti HBs positivo (>10 U/L): No precisa quimioprofilaxis.

Respuesta posvacunal:

– Anti HBs negativo (>10U/l): 1 dosis de gammaglobulina hiperinmune y 2ª dosis a las 4 semanas.

Desconocida: una dosis de gammaglobulina hiperinmune.

Positivo: Nada mas.

Anti HBs Negativo: vacunación antiVHB (20ug) y segunda dosis de gammaglobulina alas 4 semanas.

RECEPTOR NO VACUNADO:

Si se ignora el estado serológico: gammaglobulina hiperinmune: una dosis de 5 ml por vía intramuscular.

Primera dosis de vacuna anti VHB* (20 ug).

Inmunizados: (anti HBs y anti HBC+) no es preciso hacer nada mas.

HBs Ag positivo: realizar seguimiento. En caso de replicación del VHB valorar la posibilidad de tratamiento con antivirales, así como la adecuacidad del puesto de trabajo.

*Administrar una dosis y seguir la pauta establecida.

Negativo: seguimiento serológico a las 6 semanas, 3 y 6 meses.



VHC (+)

Determinación anti VHC.

Hay que determinar el ARN VHC para distinguir los casos de infección activa.

Positivo: realizar seguimiento , valorar la posibilidad de tratamiento con antivirales (infección aguda), así como la adecuación al puesto de trabajo.

Negativo: seguimiento serológico a las 6 semanas, 3, 6 y 12 meses.

Ofrecer quimioprofilaxis con antiretrovirales.

VIH (+) : Determinación anti VIH.

Positivo: realizar seguimiento, valorar la posibilidad de tratamiento con antiretrovirales y la adecuación al puesto de trabajo.

2.5.5. QUIMIOPROFILAXIS CON ANTIRETROVIRALES.

Comenzar siempre que sea posible en las dos primeras horas después del accidente.

Se recomienda realizar quimioprofilaxis con zidovudina y lamivudina más indinavir o nelfinavir durante 4 semanas.

Zidovudina: Retrovir; Dos cápsulas de 100 mg c/8 horas o una de 250 mg o cp de 300 mg c/12 horas, (según las disponibilidades del preparado en cada centro).

Lamivudina (3TC): Epivir; comprimidos de 150 mg.

Un comprimido c/12 horas. Indinavir (IDV): Crixivan, cápsulas de 400 mg. Dos cápsulas 3 veces al día: (media hora antes del desayuno, comida y cena). Ingesta de al menos 2 litros de agua al día para prevenir la nefrolitiasis.

Nelfinavir: Viracept.; cápsulas de 250 mg. Tres cápsulas 3 veces al día. (hacerlo coincidir con la ingesta de alimentos.

2.5.6. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.

Si se conoce fidedignamente el estado de la fuente a través de su Historial médico respecto al VHB, VHC o VIH no es preciso su confirmación mediante la extracción de sangre al mismo. Hay que tener en cuenta la replicación viral mediante el ARN del VHC o la carga viral o estadío clínico del VIH.

En caso de exposiciones menor riesgo, exposición a sangre por contacto con piel o mucosas, o exposciones a fluidos que contengan sangre visibles u otros fluidos potencialmente infecciosos (semen, secreciones vaginales, líquidos cefaloraquideo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico o amniótico) por contacto cutáneo o mucoso.

En las exposiciones a otros fluidos biológicos (p.ej orina) no hay que realizar quimioprofilaxis antiretroviral.

Si en el momento del accidente no se dispone de una serología reciente del VIH de la fuente, o no se puede conseguir en las dos primeras horas, actuar incialmente como si hubiera riesgo de contagio, después de comentar las ventajas y riesgos potenciales de la quimioprofilaxis con el receptor. La conducta posterior dependerá del resultado de la serología.

Cuando la fuente sea desconocida o inaccesible, se actuará inicialmente como si fuera positiva para el VB, VHC y VIH y se ofrecerá al profesional sanitario afectado las mismas posibilidades de profilaxis posexposición y seguimiento para prevenir una eventual infección por estos virus, siempre después de haber valorado con el receptor los riesgos y beneficios potenciales de estas medidas.

2.5.7. ACTUACIÓN MÉDICO LEGAL. PROCEDIMIENTO.

Conducta recomendada al personal de los centros sanitarios, después de una exposición accidental a sangre u otros fluidos corporales:

1º Aplicar las primeras medidas urgentes, lavar bien la zona de exposición como se describe en el protocolo de actuación clínica.

2º Notificar el accidente al profesional responsable (Supervisor de enfermería) que rellenará el parte de accidente (modelo 8 descrito) y presentará una copia al servicio de prevención de riesgos laborales.

3º Acudira al Servicio de Urgencias del hospital, haciendo constar como parte de asistencia, donde se continuará el protocolo descrito (extracción de sangre de la fuente y del receptor).

4º En caso de aparecer resultados positivos aplicar el protocolo de profilaxis, solicitando al profesional encargado una información comprensible, suficiente, y continua sobre los procedimientos clínicos disponibles para la protección de su salud en relación con el accidente sufrido, para poder dar el consentimiento a aplicar los procedimientos diagnósticos y terapeúticos precedentes.

5º Remitir al servicio de personal, el documento Parte de accidente sin baja, para que desde allí se comunica a la mutua de accidentes que corresponda por si, mas adelante se produjera una situación de enfermedad profesional o de accidente de trabajo.

6º Conducta recomendada al Servicio o Unidad del centro encargada de la Prevención de Riesgos Laborales deberá asegurarse que el protocolo es conocido por todos, especialmente en lo que hace referencia a primeras medidas a adoptar por el personal del centro que sufre un accidente.

8º Proceder con garantías de confidencialdad en relación a la persona que ha sufrido el accidente, a la determinación de sus marcadores virales, evitando identificar nominalmente la muestra.

7º Gestionar la cobertura de los costes que generen las determinaciones analíticas y el tratamiento, por la institución o la mutua de accidentes que corresponda.

3. INMUNIZACIONES RECOMENDADAS EN EL PERSONAL SANITARIO.

El hospital es un lugar único en cuanto al riesgo de adquisición de muy diversos tipos de patologías relacionadas con el trabajo. Los profesionales sanitarios se enfrentan diariamente, durante la realización de sus funciones, a exposiciones accidentales de virus de transmisión sérica, tales como el virus de la hepatitis B, (VHB), o el de la inmunodeficiencia humana (VIH).

En este sentido la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 8 de Noviembre de 1995 definió el marco de responsabilidades de las empresas y de los trabajadores para minimizar la exposición a los riesgos mediante la adopción de las medidas de higiene y seguridad en el trabajo, y reducir el riesgo individual a través de las actividades de prevención.

En lo que concierne a los riesgos biológicos, las dos áreas de actuación se concretan, por un lado en la adopción de las pautas de higiene, y de protección adecuadas; y, por otro en la prevención mediante quimio o inmunoprofilaxis.



La inmunización constituye la medida más eficiente para la prevención de determinadas enfermedades infecciosas. Las indicaciones de vacunación en los trabajadores sanitarios se diferencian en tres grupos, según el riesgo de exposición profesional, la susceptibilidad personal y las recomendaciones de los programas de vacunación poblacionales. Desde este punto de vista cabe destacar que las vacunaciones especialmente indicadas en trabajadores sanitarios son:

GRIPE:

La vacunación de los trabajadores está recomendada como medida de reducción de la transmisión en el medio sanitario de los virus gripales, con especial relevancia en unidades que atienden a pacientes de mayor riesgo de complicaciones de la gripe (ancianos, broncópatas, cardiópatas y enfermos renales, hepáticos, metabólicos o inmunológicos crónicos).

Recomendación: Inmunización anual de todos los trabajadores sanitarios. 1 dosis anual en otoño.

HEPATITIS B:

Infección considerada enfermedad profesional por su mayor riesgo en el medio sanitario.

Recomendación: Inmunización de todos los trabajadores sanitarios. Con tres dosis de vacuna, pauta, 0,1,6 meses. Aunque la baja prevalencia de infectados, en especial en trabajadores de nueva incorporación, no hacen necesario el estudio serológico prevacunal, la trascendencia de su conocimiento para definir las pautas de actuación ante un accidente con riesgo biológico aconsejan su realización. Así mismo se debe realizar el estudio de seroconversión posterior (entre 1 y 2 meses tras la tercera dosis).

TETANOS-DIFTERIA.

En el momento actual todo adulto debe estar vacunado frente al tétanos y la difteria.

Recomendación: Vacunación de todos los trabajadores sanitarios. 3 dosis, 0, 1, 12 meses. Posteriormente se administrará dosis sucesivas de recuerdo (cada 10 años).

De la misma manera y a pesar de que la mayoría de estudios seroepidemiológicos muestran que un alto porcentaje de los adultos poseen inmunidad frente a la Triple Vírica y la Varicela, los sanitarios que no tengan evidencia de inmunidad deberían vacunarse antes de su incorporación al trabajo, independientemente de la edad y del área de trabajo.

4. RIESGOS DERIVADOS DE LA EXPOSICIÓN A PRODUCTOS QUÍMICOS.

Todos los reactivos utilizados en el laboratorio o en anatomía patológica, y los productos de desinfección o limpieza suelen tener entre sus propiedades físicas el ser nocivos y peligrosos para nuestra salud o el medio ambiente si entran en contacto directo con nuestra piel o mucosas, si los inhalamos o los ingerimos de forma accidental.





4.1. ACTUACIONES ANTES DE QUE EL DAÑO SE PRODUZCA.

4.1.1. CONOCER LOS COMPUESTOS QUÍMICOS QUE SE UTILIZAN O GENERAN.

No es suficiente con el nombre comercial.

Una forma sencilla es mirar la etiqueta del envase y/o consultar la ficha de datos de seguridad.

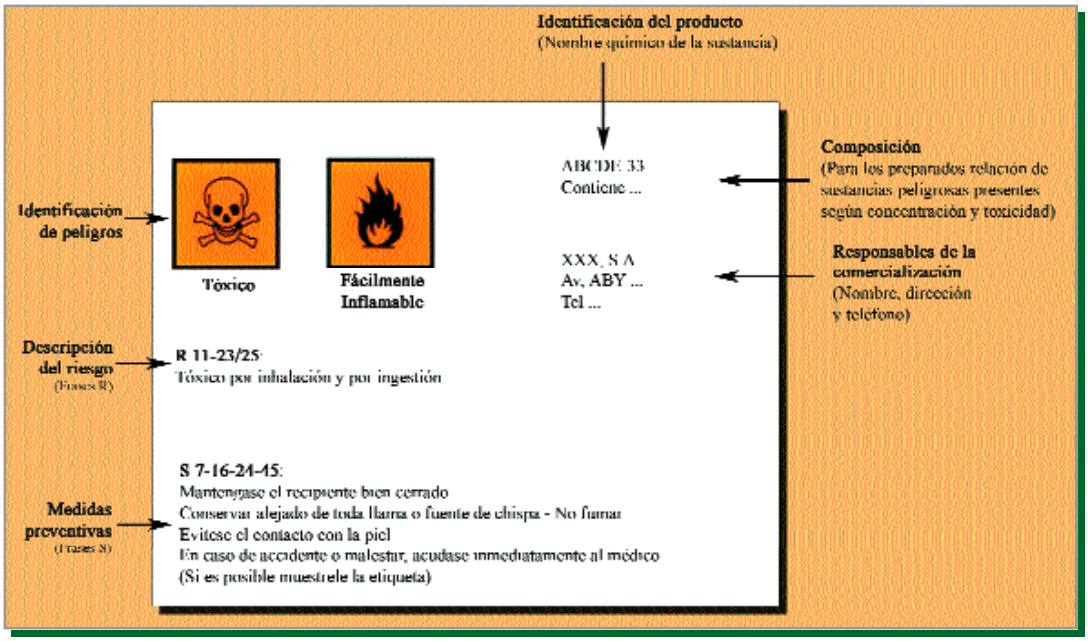
Si no está correctamente etiquetado y falta la ficha de datos de seguridad química, se debe de comunicar al Servicio de Prevención de Ibermutuamur, al Jefe de Servicio o al supervisor/a de la Unidad.

Una sustancia es peligrosa cuando presenta una o varias de las características siguientes:

Puede provocar incendios y explosiones.

Es peligrosa para la salud, corrosiva o irritante.

Es peligrosa para el medio ambiente.



4.1.2. CONOCER LA TOXICIDAD DE DICHOS COMPUESTOS.

4.1.3. SUSTITUIR Y ELIMINAR EL TÓXICO.

Una vez identificada la sustancia, si es peligrosa, hay que valorar la posibilidad de utilizar otro procedimiento de trabajo que no la necesita o bien podemos sustituirla por otra que implique menos riesgo.

La ley determina que la primera obligación empresarial es eliminar el riesgo, y si esto no es posible por problemas técnicos y/o científicos, se deberá actuar en la línea de sustituir por algo que entrañe poco o ningún riesgo, si esto tampoco pudiese efectuarse se realizarán evaluaciones ambientales periódicas.

4.1.4. CONOCER LA DOSIS.

A la que están expuestos los trabajadores mediante las mediciones ambientales correspondientes. Mientras se sustituye o elimina el tóxico, se debe evaluar la cantidad y la peligrosidad.

Otra forma de medir la exposición, menos usual pero a veces más útil, es mediante el control biológico de exposición, analizando fluídos fisiológicos de los trabajadores expuestos y comprobando las cantidades de metabolitos que presentan.

4.1.5. CONTROLAR LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN.

Que impidan la exposición a dósis nocivas para la salud de las personas que trabajan: sustitución, automatización, cerramientos, aspiración, etc.

Verificar si existen programas de mantenimiento y revisión de los sistemas de seguridad y protección ambiental. Sólo si éstas medidas no son aplicables, se deberá recurrir obligatoriamente a la protección personal.

5. RIESGOS DERIVADOS DEL MANEJO DE PRODUCTOS CANCERÍGENOS.

Como son el óxido de etileno, los gases anestésicos y los citostáticos.

En los servicios dónde se emplean estos productos: quirófanos, esterilización, farmacia y oncohematología, se necesitan unos conocimientos muy específicos para su manejo de forma que no pueda haber exposiciones accidentales.



Frases R-45, 49.

El control en el ambiente de trabajo de los gases anestésicos o del óxido de etileno y los mecanismos de vigilancia y ventilación en caso de fuga así como el uso de los protocolos de trabajo y protección evitarán cualquier exposición accidental del trabajador a ellos.

En estos servicios son obligatorios los reconocimientos médicos periódicos.

En caso de embarazo o lactancia hay que avisar inmediatamente al jefe del servicio, al supervisor/a de la unidad y al Servicio de Prevención de Ibermutuamur para que indique si es necesario un cambio de puesto de trabajo.

5.1. IDENTIFICACIÓN DE AGENTES CANCERÍGENOS.

¿Cómo podemos identificar los agentes cancerígenos?

Por las frases "R" de la etiqueta o la ficha de datos de seguridad, si la sustancia o el preparado están correctamente etiquetados:

R45. (Puede causar cáncer).

R49. (Puede causar cáncer por inhalación).

También debe ponernos sobre alerta la frase R40 (Posibilidad de efectos irreversibles).

La mera sospecha de carcinogenicidad es motivo suficiente para actuar preventivamente.

Mediante consulta de bases de datos sobre sustancias cancerígenas.

El INSHT publica anualmente los "Límites de exposición profesional para Agentes Químicos en España", en ella se clasifican como cancerígenos las sustancias que incluyan éstas notas:

C1. Sustancia que se sabe que es carcinogénica para la persona.

C2. Sustancia que pueden considerarse como carcinogénicas para la persona.

C3. Sustancias cuyos posibles efectos carcinogénicos en el hombre son preocupantes, pero de las que no se dispone de información suficiente.

Existen organizaciones internacionales de prestigio, como la IARC (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer) o la ACGIH (Asociación Norteamericana de Higienistas Industriales), que utilizan diferentes clasificaciones y suelen identificar mayor número de sustancias capaces de producir cáncer en el trabajo que las publicadas en la legislación.

5.2. ACTUACIONES ANTES DE QUE EL DAÑO SE PRODUZCA.

La exposición a cancerígenos supone un nivel máximo de riesgos, por tanto requiere un nivel de prevención y seguridad máximos.

El mecanismo de actuación preventiva debe ser el siguiente:

5.2.1. IDENTIFICAR Y ELIMINAR.

Una vez identificado el riesgo de exposición a agentes cancerígenos hay que tratar de eliminarlo, especialmente mediante la sustitución por otras sustancias sin riesgo.

5.2.2. EVALUAR.

Si la eliminación no es posible, hay que evaluar el riesgo. Determinando la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de los trabajadores, para adoptar las medidas que aseguren la mayor prevención posible.

5.2.3. PREVENIR Y REDUCIR AL MÍNIMO LA EXPOSICIÓN.

Hay que asegurar que el agente cancerígeno se utiliza en un sistema cerrado, (lo que evita el contacto del trabajador con el agente).

Si el cerramiento tampoco es posible, se debe reducir la exposición al nivel más bajo que sea técnicamente posible, y para lograrlo aplicará todas las que sean necesarias de las medidas siguientes:

5.2.3.1. LIMITAR LAS CANTIDADES DEL AGENTE CANCERÍGENO EN EL CENTRO DE TRABAJO.

5.2.3.2. ADECUAR LOS PROCESOS DE TRABAJO Y LAS MEDIDAS TÉCNICAS. LIMITAR AL MÍNIMO ESTRICTAMENTE NECESARIO EL NÚMERO DE TRABAJADORES EXPUESTOS. EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN DEBE SER EL MÍNIMO POSIBLE.

5.2.3.3. ELIMINACIÓN DE LOS AGENTES CANCERÍGENOS EN ORIGEN Y DE MANERA SEGURA.

5.2.3.4. PROTECCIÓN COLECTIVA Y/O INDIVIDUAL.

5.2.3.5. ESMERAR HIGIENE Y LIMPIEZA.

5.2.3.6. DELIMITAR Y SEÑALIZAR LAS ZONAS DE RIESGO.

5.2.3.7. VELAR POR EL CORRECTO ETIQUETADO DE TODOS LOS RECIPIENTES, ENVASES E INSTALACIONES QUE CONTENGAN CANCERÍGENOS.

5.2.3.8. INSTALAR DISPOSITIVOS DE ALERTA PARA LOS CASOS DE EMERGENCIA.

5.2.3.9. DISPONER DE MEDIOS QUE PERMITAN EL ALMACENAMIENTO, MANIPULACIÓN Y TRANSPORTE SEGUROS DE LOS AGENTES CANCERÍGENOS, ASÍ COMO PARA LA RECOGIDA, ALMACENAMIENTO Y ELIMINACIÓN DE RESÍDUOS.

5.2.3.10. HIGIENE PERSONAL Y PROTECCIÓN INDIVIDUAL.
Las medidas higiénicas también tienen finalidad de reducir los riesgos.
Sin embargo, si las anteriores están principalmente dirigidas a reducirla exposición, las que se denominan higiénicas tienden a evitar o reducir los efectos perjudiciales para la salud de la exposición.

5.2.3.11. PROHIBICIÓN DE COMER, BEBER Y FUMAR EN ZONAS DE RIESGO.

5.2.3.12. PROVISIÓN DE ROPA DE TRABAJO Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS.

5.2.3.13. MANTENIMIENTO Y ALMACENAMIENTO CUIDADOSO DE LOS MISMOS.

5.2.3.14. VIGILANCIA DE LA SALUD.

5.2.3.15. GARANTIZAR UNA ADECUADA VIGILANCIA DE LA SALUD, SEGÚN LAS PAUTAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS.



5.3. EXPOSICIONES ACCIDENTALES O NO REGULARES.

Se deben extremar las medidas para reducir al mínimo los riesgos ante exposiciones puntuales, (limitaciones de acceso, protección personal, dosificación de la exposición, formación e información a los trabajadores).

6. MANEJO DE AGENTES CITOTÓXICOS. DEFINICIÓN DE CITOSTÁTICOS.

Se define como citostáticos al grupo de fármacos según la O.M. de 13-10-89 del Ministerio de Sanidad y Consumo, dentro del grupo L (antineoplásticos).

Los medicamentos citostáticos y citotóxicos incluyen una serie de substancias de distinta naturaleza química, utilizados preferentemente, pero no exclusivamente, en el tratamiento farmacológico de enfermedades neoplásicas. Los citostáticos, se pueden utilizar como terapia única o asociados a otras medidas, como son cirugía, radioterapia, inmunoterapia u hormonoterapia.



Un punto muy importante en estos medicamentos es su gran peligro toxicológico que puede afectar al manipulador, al enfermo y al medio, ya que están diseñados para originar la muerte celular, sin diferenciar entre células sanas y cancerosas. La mayoría de los citostáticos han demostrado propiedades mutagénicas, carcinogénicas, teratogénicas y embriotóxicas en modelos animales.

6.1. ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS Y CITOTÓXICOS. MEDIDAS PREVENTIVAS.

Estas normas afectan a todas las personas que participan en la manipulación de estos medicamentos, entendiendo por manipulador de citostáticos al personal que:

Prepara una dosis a partir de la presentación comercial.

Administra el citostático al enfermo.

Recoge los desechos procedentes de las actuaciones anteriores.

Elimina las excretas de los enfermos tratados con citostáticos.

Cualquier persona que pueda tener contacto potencial con citostáticos como pueden ser los encargados de la recepción, circulación del fármaco por el hospital y almacenamiento, tanto a nivel almacén general, como de servicio de farmacia, de botiquines de planta y unidades de enfermería, así como el responsable de limpieza y acondicionamiento de las distintas áreas en las que se manipulen citostáticos.

No se autorizará el manejo de citostáticos a personal en periodos de gestación o que estén planeando un embarazo, lactancia, madres de hijos con malformaciones congénitas o con historias de aborto, personas con historia de alergias o tratamientos previos con citostáticos, radiaciones o ambos. El personal que maneja citostáticos no debe ser expuesto a un nivel de radiaciones ionizantes que supere los 15 msv por año, debido al efecto sinérgico citotóxico de ambos agentes.

6.2. RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y CIRCULACIÓN.

Estas tareas las llevarán a cabo personal instruido en la manipulación de citostáticos, así como en las medidas a tomar en caso de rotura. Para ello sería recomendable que estos medicamentos vinieran convenientemente identificados del laboratorio como medicamento citostático.

El almacenamiento será el adecuado para evitar la caída y rotura de los envases, sin pasar por alto posibles condiciones especiales que requieren algunos de estos medicamentos. Este lugar será señalizado convenientemente.

En cuanto a la circulación del fármaco por el hospital, se procurará la protección del personal que los transporte y del ambiente en caso de rotura, para ello, utilizaremos bolsas de plástico rotuladas indicando su contenido y envases que protejan al medicamento de posibles roturas.

Todos los medicamentos citostáticos deben ser dosificados y reconstituidos en un lugar específicamente diseñado para este propósito, siendo lo más apropiado disponer de una unidad centralizada en el Servicio de Farmacia, dotada de una cabina de flujo laminar vertical de clase II, tipo B (30% aire circulante y 70% aire exterior).
Es una cabina cuadrangular o rectangular que tiene un filtro de entrada y otro de salida al exterior, expulsa el aire filtrado verticalmente.

La cabina está cerrada por la parte central con un cristal de 2-3 mm de grosor con una cavidad para introducir solamente manos y brazos.

Este tipo de cabina evita la contaminación del lugar de trabajo y la formación de aerosoles, favoreciendo además la asepsia del fármaco. La cabina debe instalarse en un lugar de acceso limitado a personal autorizado.

El manipulador tomará las medidas de protección oportunas que consisten en:

Lavado cuidadoso de las manos con un jabón desinfectante. Bata, que será de un tejido no permeable al citostático para evitar un posible contacto con el medicamento. La A.E.F.H. aconseja " la utilización de batas tipo quirófano, provistas de puños con cierre elástico que pueden ser o no desechables y cerradas por delante". No deben usarse fuera del área de trabajo. Deben cambiarse después de cada utilización, o inmediatamente en caso de contaminación. Guantes quirúrgicos de látex, sin talco en su interior, colocados por dentro de los puños de la bata, que deben cambiarse cada 30 minutos y en caso de contaminación o rotura. La protección aumenta si se utilizan dos pares a la vez.

Gafas con protectores laterales. Se utilizarán únicamente cuando no se disponga de cabina. Mascarilla, tiene como objetivo evitar la inhalación de aerosoles. La correcta utilización de la cabina de flujo laminar no debe conllevar la formación de aerosoles, y por ello el uso de mascarilla será opcional cuando utilicemos la cabina.

Una vez terminados todos los tratamientos, se procederá a la retirada de todo el material que haya dentro de la cabina y todos los residuos de las preparaciones se recogerán en contenedores especiales a prueba de perforaciones. Los paños, torundas, guantes y batas se colocarán en una bolsa de plástico etiquetada y diferenciada del resto de residuos no citostáticos.

El proceso de preparación de las dosis finalizará con un correcto etiquetado de los envases y jeringas preparadas (identificación del paciente, medicamento, dosis, vía de administración, velocidad de goteo si procede, hora de administración, caducidad, condiciones de conservación, y fecha y firma del responsable de su preparación).

6.3. ADMINISTRACIÓN.

Durante la administración del medicamento al enfermo, se utilizarán bata y guantes análogos a los de la preparación

6.4. CONTAMINACIÓN.

Durante toda la vida del medicamento en el hospital, éste sigue una serie de fases y en cualquiera de ellas puede producirse una contaminación del personal manipulador, del paciente o del ambiente. En estos casos debemos tomar una serie de medidas:

En caso de contacto directo con el medicamento, lavar inmediatamente con agua y jabón la zona afectada durante un mínimo de 10 minutos. Si el contacto se produce con los ojos, lavar inmediatamente con abundante agua, durante al menos 15 minutos, y consultar al médico oftalmólogo rápidamente. Si se produce una inoculación accidental en el manipulador, actuar como si se tratara de una extravasación. Si se contaminan los guantes o ropa protectora, se cambiarán inmediatamente y se procederá al lavado de la zona afectada. La ropa se descontaminará con lejía. En caso de derrames por accidentes durante la preparación, se procederá a neutralizar el citostático, si es posible. Los restos se recogerán utilizando paños absorbentes embebidos en neutralizante o agua. El área contaminada se limpiará cuidadosamente con agua y detergente.

El personal responsable de la limpieza se vestirá con bata, mascarilla y guantes dobles de cloruro de polivinilo, que aunque ofrecen menor manejabilidad proporcionan mayor protección que los de látex.

6.5. TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS.

Los residuos se pueden diferenciar en dos grupos, los desechos procedentes de la preparación y administración del medicamento y las excretas procedentes del paciente tratado con citostáticos.

Los residuos citostáticos no deben ser eliminados a través de los sumideros ni enviados a la atmósfera.

El material procedente de la preparación de la dosis y su administración así como los guantes, bata y mascarilla utilizados por los manipuladores, se recogerán en un recipiente con tapa, provisto de una doble bolsa de material plástico consistente, que estará disponible en la unidad de preparación de dosis y unidades de enfermería.

Las bolsas estarán selladas y etiquetadas indicando claramente que contiene material peligroso y según el procedimiento del hospital pueden ser recogidas por la empresa de eliminación de residuos tóxicos.

En la eliminación de posibles derrames, restos de viales, etc. se utilizarán los reactivos de neutralización adecuados a cada caso, siempre que sea posible.

En cuanto al paciente, éste elimina restos de medicamento mayoritariamente por orina y heces, pudiendo presentar una elevada concentración de medicamento, por lo que se hace peligroso su manejo. Por esta razón, se utilizarán bata, guantes y mascarilla en su manejo. Su evacuación se realizará por los medios habituales evitando la contaminación del ambiente, extremando las medidas de higiene y utilizando gran cantidad de agua para el arrastre total de residuos.

6.6. CONCLUSIÓN

Aunque, por razones evidentes, no se han podido efectuar estudios de la exposición a citostáticos en humanos, ante el riesgo que supone la naturaleza de estos medicamentos, es necesario adoptar unas medidas protectoras para evitar en lo posible la exposición. Estas medidas están dirigidas al manipulador, enfermo y medio ambiente, siendo lo ideal contar con unidades centralizadas para la preparación de estos medicamentos así como personal manipulador debidamente instruido.

7. MEDIDAS ESPECÍFICAS DE PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD.

La Fundación Hospital de Cieza velará por la salud de las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente y evaluarán cualquier situación de posible riesgo para la salud de las trabajadoras o del feto. Si los resultados de la evaluación revelasen un riesgo para la seguridad y salud o una posible repercusión sobre el embarazo y/o lactancia de las trabajadoras, la empresa adoptará las medidas oportunas para evitar la exposición a ese riesgo, a través de la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo de la trabajadora afectada. Dichas medidas incluyen, cuando sea necesario no realizar trabajo nocturno o trabajo a turnos.

Cuando la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo no resulte posible o, a pesar de tal adaptación, las condiciones de un puesto de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la trabajadora embarazada o en periodo de lactancia, y así lo certifique el médico de la seguridad social que la asista, ésta deberá desempeñar un puesto compatible con su estado.

El cambio de puesto o función se llevará a cabo de conformidad con las reglas y criterios que se apliquen en los supuestos de movilidad funcional y tendrá efectos hasta el momento en que el estado de salud de la trabajadora permita su reincorporación a su anterior puesto.

En el supuesto de que no existiese puesto de trabajo o función compatible, la trabajadora podrá ser destinada a un puesto no correspondiente con su grupo o categoría equivalente, si bien conservará el derecho al conjunto de retribuciones de su puesto de origen.

Las trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia, constituyen un grupo especial de riesgo frente a la acción de agentes biológicos por el efecto directo que pueden ejercer sobre ellas o sobre el feto. Hay tres tipos de exposiciones específicas a agentes biológicos:

Trabajadoras que manipulan agentes biológicos: microbiólogas.

Aquellas expuestas a agentes biológicos en su tarea diaria: enfermeras y auxiliares de enfermería.

Aquellas con riesgo de contacto accidental: a través de fluidos corporales (hepatitis B, HIV).

En periodo de lactancia es frecuente la presencia de mastitis. Se debe tener gran cuidado para evitar la contaminación de la piel y la ropa de la madre tanto para prevenir la mastitis como las infecciones del recién nacido.

8. RIESGOS DERIVADOS DEL TRABAJO CON RADIACIONES IONIZANTES.

Son aquéllas que al interaccionar con un medio material provocan directa o indirectamente ionización, alteración e incluso rotura de las moléculas, originando cambios en sus propiedades químicas.

Las radiaciones ionizantes son las ondas electromagnéticas más energéticas.

En el espectro, van desde las partes más altas de la radiación ultravioleta hasta la radiación gamma.

Las más comunes son:

Partículas alfa.(a). Núcleo atómico de Helio

Partículas beta.(b). Electrones

Radiación Gamma. (g) y Rayos X



Peligro Exposición a Radiaciones onizantes.

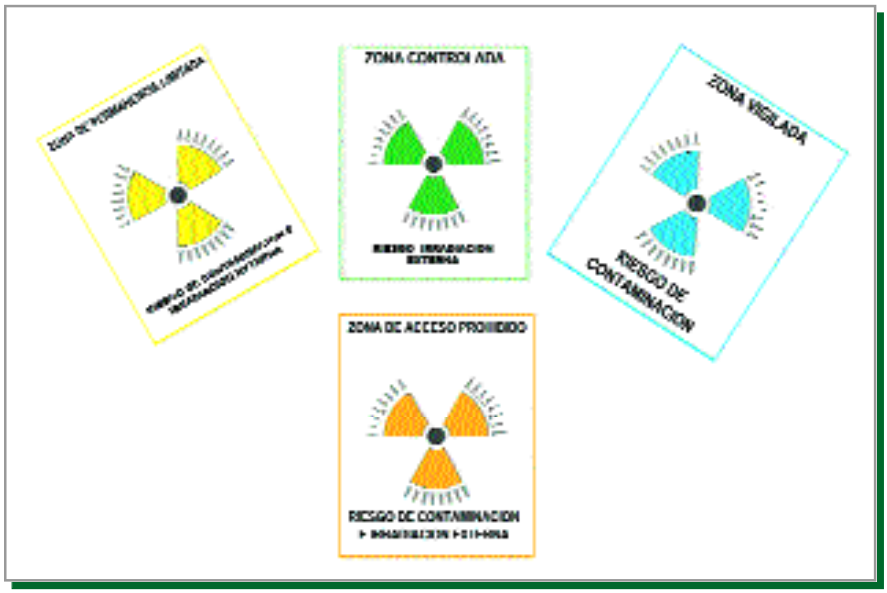
Servicio de Radiodiagnóstico. Valoración de riesgos radiactivos.

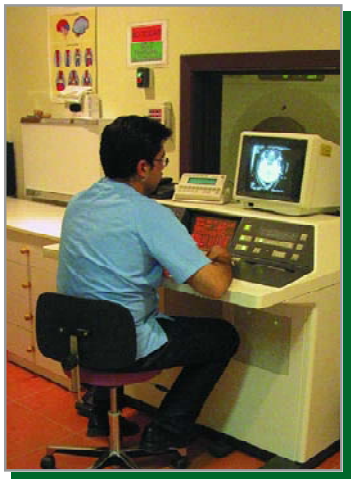
Dentro de éste servicio se incluirán todas aquéllas salas que cuenten con equipos de radiografía convencional, los TAC/scáner los equipos portátiles de RX, así como aquéllas que cuenten con equipos de radioscopía y las salas de mamografía.

El riesgo al que están sometidos éstos trabajadores es el de irradiación externa.

El procedimiento inicial para la valoración del riesgo a que están sometidos los trabajadores que desempeñen su trabajo en éstas áreas, consiste en la revisión de las lecturas dosimétricas de los últimos 12 meses, realizadas por un centro de dosimetría autorizado por el Consejo de Seguridad Nuclear.

Dichos niveles de radiación deberán ser comparados con los límites establecidos por el Consejo de Seguridad Nuclear en el Reglamento de Protección Sanitaria contra Radicaciones Ionizantes, publicado en el año 1992 (anexo III), y actualmente en vigor.







La cantidad de energía de la radiación que es absorbida por el cuerpo se denomina dósis absorbida y se mide en Grays (Gy).

Dependiendo del tipo de radiación y otros factores de tipo biológico el daño puede ser diferente, con lo que a la hora tener en cuenta estos factores se hablará de dósis equivalente, que se mide en Sievert (Sv).

Si se pretende valorar la exposición de un solo órgano del cuerpo y dado que la vulnerabilidad de cada uno es diferente, la dósis equivalente deberá ser corregida por un factor de ponderación de cada tejido, resultando así la dósis equivalente efectiva, que también se mide en Sievert.

El Sievert es una unidad muy grande con relación a los límites de exposición permitidos.

(Legislación española: 0,05 Sv. Para exposición profesional), por lo que la medida más utilizada es el milisievert (mSv.).

Nota. Ver Cuadro 1.

Cuadro 1.

ZONA CORPORAL.	*LÍMITE DE DOSIS. (mSv/año.)*
TODO EL ORGANISMO (1)	***50***
PIEL	***500***
MANOS, ANTEBRAZOS, PIES, TOBILLOS (2)	***500***
MUJERES FÉRTILES (DOSIS EN ABDOMEN)	***<13***

(1) Esta dósis es la que mide el dosímetro que debe utilizar, colocado a la altura del corazón, toda persona profesionalmente expuesta a radiaciones ionizantes.
(2) Esta dósis debe medirse con dosímetros distintos a (1), colocados en dichas zonas.

8.1. PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS PROFESIONALMENTE EXPUESTAS.

Son personas profesionalmente expuestas las que, por la circunstancia de su trabajo, puedan recibir una dósis anual superior a 1/10, de la dósis máxima permitida para los trabajadores.

En la protección de su salud se establecen las siguientes obligaciones:

8.1.1. CLASIFICAR A LAS PERSONAS PROFESIONALMENTE EXPUESTAS SEGÚN NIVELES POTENCIALES DE EXPOSICIÓN.

8.1.2. PRACTICAR UN RECONOCIMIENTO MÉDICO ORIENTADO REGISTRANDO LOS DATOS OBTENIDOS EN EL PROTOCOLO MÉDICO DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA: ANTES DE EMPEZAR EL TRABAJO CON RIESGO DE EXPOSICIÓN. COMO MÍNIMO UNA VEZ AL AÑO.





8.1.4. REGISTRAR PERIÓDICAMENTE LAS DÓSIS RECIBIDAS (CONTAMINACIÓN EXTERNA E INTERNA) POR CADA PERSONA EN SU HISTORIAL DOSIMÉTRICO INDIVIDUAL.

8.1.5. INFORMAR E INSTRUIR A TODAS LAS PERSONAS, ANTES DE QUE ÉSTA INICIE SU ACTIVIDAD, SOBRE LA NATURALEZA DE LOS RIESGOS A LOS QUE ESTÁ EXPUESTA Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN A ADOPTAR.

8.1.6. NO ASIGNAR PUESTOS DE TRABAJO CUYOS TITULARES SEAN CALIFICADOS COMO PROFESIONALMENTE EXPUESTOS A: MENORES DE 18 AÑOS, MUJERES EN PERÍODO DE LACTANCIA Y PERSONAS CUYO ESTADO DE SALUD LO DESACONSEJE.

8.1.7. LAS SITUACIONES COMO EL EMBARAZO O LA LACTANCIA SE HAN DE COMUNICAR INMEDIATAMENTE AL JEFE DEL SERVICIO, SUPERVISOR/A DE LA UNIDAD Y AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE IBERMUTUAMUR PARA DETERMINAR SI ES O NO NECESARIO UN CAMBIO DE PUESTO DE TRABAJO.

8.1.8. CONSERVAR, A DISPOSICIÓN DEL INTERESADO Y DE LA AUTORIDAD COMPETENTE, EL HISTORIAL DOSIMÉTRICO Y EL PROTOCOLO MÉDICO DE LAS SPERSONAS EXPUESTAS DURANTE UN PERÍODO DE 30 AÑOS.

8.1.9. SEÑALAR Y DELIMITAR CONVENIENTEMENTE, EN EL INTERIOR DE LA EXPLOTACIÓN, LA ZONA CONTROLADA (DONDE MAYOR ES EL RIESGO DE EXPOSICIÓN) Y LA ZONA VIGILADA (DONDE DICHO RIESGO ES MEDIO).

9. RIESGOS DERIVADOS DE LA MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS Y MANEJO DE CARGAS.

Fundamentalmente será nuestra espalda la que padecerá las consecuencias de la movilización inadecuada de cargas, éxitus o enfermos. Por esto es importante saber:

En la medida que sea posible, es obligatoria la utilización los sistemas mecánicos de movilización de enfermos o de cargas.

Si no es urgente, realizar la movilización de los enfermos o las cargas de forma adecuada mediante el empleo de medios mecánicos, y/o solicitando ayuda si se trata

de cargas superiores a 25 Kg. a movilizar, en el caso de hombres, o 15 kg. en caso de las mujeres, jóvenes, o personas mayores. Para el personal entrenado y de forma esporádica se admiten 40 Kg. de peso.





9.1. PRINCIPIOS BÁSICOS EN LA MOVILIZACIÓN DE CARGAS.

Aproximar el peso al cuerpo: las cargas se deben mantener lo más cerca del cuerpo, de esta forma la fuerza que se somete a la columna vertebral es menor

Aumentar el equilibrio postural. Los pies deberán estar separados para aumentar la base de la sustentación consiguiéndose así un mejor equilibrio.

Orientación de los pies: orientarlos en el sentido del desplazamiento que queramos dar a la carga. Si es necesario efectuar giros, se evitará la torsión del cuerpo con la carga, se deberá girar todo el cuerpo mediante pequeños movimientos de los pies.

Mejorar la posición de los brazos: Deben mantenerse pegados al cuerpo para que sea éste quién soporte el peso. Los brazos deben mantener la carga, no soportarla.

Enderezar la espalda: levantar pesos con la espalda recta ayuda a reducir los esfuerzos con la columna vertebral.

Utilizar la fuerza de las piernas: En toda acción de manutención manual se usarán los músculos de las piernas en primer lugar, dando el primer impulso a la carga que se va a desplazar.

Mejorar la posición de las manos. El objeto debe ser agarrado utilizando las palmas de las manos y los dedos, y no únicamente las puntas de los dedos, ya que esto implica un sobreesfuerzo considerable.

Utilizar la muñeca recta: Para evitar el síndrome del tunel carpiano se deberá utilizar el pulgar para realizar movimientos como el de empujar un botón o tirar de una palanca en forma repetida en lugar de los dedos centrales. La mano debe agarrar, sostener y manipular objetos sin doblar las muñecas.

Existen fajas dorsolumbares protectoras para las situaciones en las que se tengan que manejar cargas importantes, por lo que podemos solicitarlas a nuestro supervisor.



Es importante el reconocimiento médico prelaboral y los posteriores para evaluar y/ o diagnosticar posibles patologías que puedan entrañar riesgos o factores que aceleren o precipiten problemas en la espalda derivados del trabajo consecuencia de la manipulación de cargas.

Para las mujeres que realicen habitualmente elevación de cargas durante el trabajo y se encuentren embarazadas o en los tres meses siguientes al parto es conveniente que lo comuniquen a través del Comité de Seguridad y Salud al Servicio de Prevención de Ibermutuamur para su evaluación y determinar si es necesario un cambio en su puesto de trabajo o adjudicarle un trabajo más liviano.

MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS

La movilización de enfermos es una tarea muy frecuente llevada a cabo en la actividad hospitalaria. Las lesiones, sobre todo lumbares, que sufre el personal sanitario son frecuentes,pudiendo provocar a lo largo del tiempo lesiones irreversibles.

MÉTODOS DE AYUDA PARA LA MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS

Una gran parte de la actividad que llevan a cabo las personas encargadas de cuidar a los pacientes consiste en ayudarles a moverse o cambiar de posición.

Los movimientos deberán ser suaves, seguros, basados en los conocimientos de la biomecánica, que no sólo ayuden a mover a los enfermos con facilidad, sino que deben proporcionar a los auxiliares una sensación de confianza. Cada uno y en cada situación deberá adaptarse a las circunstancias del enfermo, su entorno, sus características físicas, medios mecánicos de ayuda, etc.

Con carácter general, antes de iniciar cualquier movimiento con una persona enferma o impedida, se tendrán en cuenta una serie de consideraciones:

Motivar al paciente para que colabore al máximo.

No realizar nunca un movimiento que le invalide, ni siquiera por razones de eficacia mal entendida (ganar tiempo).

Clasificar los movimientos según el grado de dependencia del enfermo:

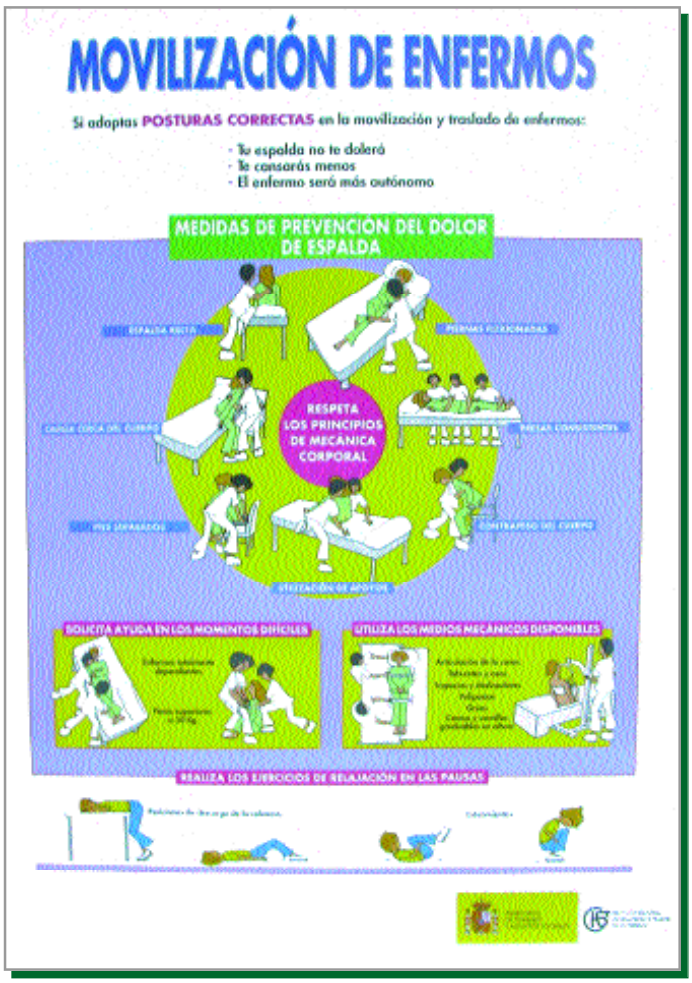
Enfermo dependiente total.

Incapacitado.

Enfermo semidependiente.

Semiincapacitado.

Enfermo autónomo.



MÉTODO PARA AYUDAR AL PACIENTE A MOVERSE HACIA UN LADO DE LA CAMA

Es el caso del enfermo que se encuentra acostado de espalda. Hay que moverlo hacia un lado de la cama, como cuando se le cambia el apósito quirúrgico, se le coloca la cuña, etc. Levantarle exigiría un gran esfuerzo para ambos, sin embargo es posible ayudarle a moverse con mayor facilidad.

Pasos a seguir:

1.- El auxiliar se pone de pie frente al paciente, en el lado de la cama hacia el que debe moverlo.

2.- Separa los pies, una pierna delante de la otra y las rodillas flexionadas, para colocar sus brazos al nivel de la cama.

3.- Coloca un brazo debajo de los hombros y el cuello, y el otro debajo del glúteo del enfermo.

4.- Pasa su peso corporal del pie delantero al trasero, a medida que se inclina hacia atrás hasta la posición de cuclillas, llevando al paciente hacia sí hasta el lado de la cama. Mientras va inclinándose hacia atrás, desciende sus caderas, tirando del paciente en vez de levantarlo.

Con estos movimientos, el auxiliar no sentirá esfuerzo en sus hombros; su peso es el que proporciona la fuerza para moverlo.

MÉTODO PARA INCORPORAR DE LA CAMA A UN PACIENTE INCAPACITADO.

Lo ideal es hacerlo entre dos personas, sin embargo una sola puede ayudarlo a subirse, moviéndole en forma diagonal hacia un lado de la cama; resulta más fácil si baja la cabecera ya que, de esta forma, no actúa directamente contra la fuerza de la gravedad.

Los movimientos serían los siguientes:

1.- El auxiliar se coloca a un lado de la cama del paciente, mirando hacia la esquina más alejada de los pies de la cama.

2.- Coloca un pie delante del otro, tomando la posición más amplia.

3.- Flexiona las rodillas de forma que sus brazos queden a nivel de la cama y los coloca debajo del paciente, uno a nivel de la cabeza y los hombros y el otro en la espalda.

4.- El auxiliar se balancea hacia adelante y simultáneamente pasa su peso del pie delantero al trasero, bajando las caderas.

MÉTODO PARA MOVER HACIA ARRIBA DE LA CAMA A UN PACIENTE SEMI-INCAPACITADO.

Este movimiento se facilita si el enfermo colabora flexionando sus rodillas y empujándose con las piernas. Al ayudarlo en este movimiento, se evitará que la cabeza del paciente se golpee en la cabecera de la cama; para ello se colocará la almohada para que, en caso de golpe accidental, le sirva de protección.

Como el método anterior, se puede mover hacia arriba entre una o dos personas; en este último caso, cada una de ellas, se pasa a un lado de la cama.

Los pasos a seguir serían para realizar este movimiento con un solo auxiliar es el siguiente:



1.- El paciente flexiona sus rodillas, llevando sus talones hacia los glúteos.

2.- El auxiliar se pone a un lado de la cama, inclinado ligeramente hacia la cabeza del paciente.

3.- Un pie está un paso delante del otro, quedando atrás el que está pegado a la cama; sus pies apuntan hacia la cabecera.

4.- El auxiliar coloca un brazo debajo de los hombros del paciente y otro bajo sus glúteos.

5.- Flexiona sus rodillas para llevar sus brazos a nivel de la superficie de la cama.

6.- El paciente coloca su barbilla sobre el tórax y se empuja con los pies mientras el auxiliar pasa su peso del pie posterior al anterior.

7.- El paciente puede ayudar a tirar hacia arriba su peso tomando los barrotes de la cabecera con las manos.

MÉTODO PARA AYUDAR AL PACIENTE A VOLVERSE DE LADO.

Los pasos a seguir serán los siguientes:

El auxiliar se pone de pie pone al lado de la cama, hacia el que se dará la vuelta el paciente.

El paciente coloca su brazo más alejado sobre el tórax y la pierna de este mismo lado sobre la que está más cerca.

El auxiliar comprueba que el brazo más cercano del paciente está a un costado y separado del cuerpo, de forma que no gire sobre él.

El auxiliar se pone frente a la cintura del paciente, mirando hacia el lado de la cama, con un pie un paso delante del otro.

Coloca una mano en el hombro más alejado del paciente y la otra en la cadera del mismo lado.

A medida que el auxiliar pasa su peso de la pierna delantera a la trasera, gira al paciente hacia sí.

Durante este movimiento el auxiliar baja las caderas.

El paciente es sujetado por los codos del auxiliar que descansan en el colchón, en el borde de la cama.

MÉTODO PARA AYUDAR AL PACIENTE A SENTARSE A UN LADO DE LA CAMA.

1.- El enfermo gira sobre su costado hacia el borde de la cama en que desea sentarse.

2.- En este paso habrá que tener en cuenta lo ya manifestado en el punto de ayuda a moverse hacia un lado de la cama.

3.- El auxiliar levanta la cabecera de la cama.(Siendo esta articulada).

4.- Dando frente a la esquina inferior más alejada de la cama, el auxiliar apoya los hombros del paciente con un brazo. Con el otro ayuda a que extienda las piernas sobre el lado de la cama. Se pone de pie con los pies separados (el que se halla hacia los pies de la cama detrás del otro). El paciente queda sentado, en posición natural, en el borde de la cama, cuando el auxiliar apoyando aún sus brazos y piernas gira llevando hacia abajo las piernas del enfermo.

5.- El peso del auxiliar pasa de la pierna delantera a la trasera.

MÉTODO PARA AYUDAR AL PACIENTE A LEVANTARSE DE UNA CAMA Y SENTARSE EN UNA SILLA.

1) El paciente se sienta en el borde de la cama.

2) Se coloca una silla a un lado de la cama, con el respaldo hacia los pies.

3) El auxiliar se pone de pie de frente al paciente, coloca su pie cercano a la silla un paso delante del otro, para tener una base de apoyo amplia.

4) El paciente coloca sus manos en los hombros del auxiliar y éste lo toma de las muñecas.

5) El paciente se pone de pie en el suelo y el auxiliar flexiona sus rodillas, de forma que la de delante quede contra la rodilla del enfermo, con lo que se evita que el paciente la doble involuntariamente.

6) El auxiliar gira con el paciente, conservando su base de apoyo amplia. Dobla sus rodillas a medida que el paciente se sienta en la silla.

MÉTODO PARA AYUDAR A UN PACIENTE SEMI-INCAPACITADO A MOVERSE DE LA CAMA A LA SILLA

1) El auxiliar ayuda a moverse al enfermo; para ello le coloca una mano en la espalda y la otra debajo de la rodilla.
2) Mantiene los pies separados, uno más adelantado que el otro.
3) Ayuda al enfermo a que gire y se siente al borde de la cama. Le pone los zapatos y le ayuda a ponerse de pie.
4) El auxiliar flexiona las piernas y bloquea las del enfermo con las suyas, utilizando la rodilla y el pie.
5) El auxiliar rodea con sus brazos el tórax del enfermo:
6) El enfermo se apoyará con una mano en el hombro del auxiliar y con la otra en el borde de la cama y después en el brazo del sillón.
7) El auxiliar lo hace pivotar sobre el pie que le tiene trabado. Al sentarlo utiliza su cuerpo como contrapeso.

10. RIESGOS DERIVADOS DEL USO DE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS (PVD).



El trabajo con pantallas de visualización de datos es quizás el ejemplo más característico de cómo una nueva tecnología puede suponer la introducción de unos nuevos riesgos.

Su uso reciente, pero rápidamente generalizado, ha permitido un conocimiento de los riesgos asociados:

Problemas en ojos y visión, trastornos músculo-esqueléticos y lesiones por movimientos repetitivos y estrés.

La tecnología informática, además de los beneficios que ha supuesto para realizar determinadas tareas, cambia los contenidos del trabajo:

El trabajo se hace más repetitivo y monótono.

Produce más inmovilidad en el puesto de trabajo.

Los movimientos del cuerpo se reducen a los ojos y las manos.

10.1. ¿QUÉ DICE LA LEY?

Los trabajadores deben ser informados y recibir una formación específica sobre las modalidades de uso del equipo informático que manejan.

Organizar el trabajo estableciendo pausas, o cambios de actividad periódicos a efectos de reducir la carga de trabajo en pantalla, si de la evaluación de riesgos resulta que el trabajo con PVD genera riesgo.

A los trabajadores se les practicará un reconocimiento adecuado de los ojos y de la vista antes de comenzar a trabajar con una PVD, de forma periódica con posterioridad y cuando aparezcan trastornos de la vista que puedan deberse al trabajo con PVD.

De conformidad con lo previsto en el art. 37.3.c) del R.D. 397/1997, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud ha aprobado en su sesión plenaria del 12 de abril de 1999 el Protocolo de vigilancia sanitaria específica relativo a Pantallas de Visualización de Datos.

En el anexo del Real Decreto se establecen las condiciones de seguridad que debe reunir el equipo (características de la pantalla, del teclado, de la mesa o superficie de trabajo y del asiento), el entorno en el cual está ubicado el puesto de trabajo (espacio, iluminación reflejos y deslumbramientos, ruido, calor emisiones y humedad) y la interconexión ordenador/trabajador (características de los programas utilizados).

Las medidas de protección previstas en el Real Decreto se aplican a cualquier trabajador que habitualmente y durante una parte relevante de su trabajo normal utilice un equipo con pantalla de visualización.

La Guía Técnica relativa a la aplicación del Real Decreto de Visualización aclara que:

Quedan incluídos quienes trabajen con pantallas más de 4 horas diarias.

Se excluyen quienes trabajen con patallas menos de 2 horas diarias.

Quienes trabajen con pantallas entre 2 y 4 horas diarias pueden quedar incluídos, si cumplen otros requisitos fijados en la Guía Técnica (no poder decidir si usan el equipo con PVD, depender del mismo para hacer su trabajo, etc.)



11. RIESGOS DERIVADOS DEL TRABAJO A TURNOS. TURNICIDAD.



El trabajo a turnos exige mantener al organismo activo en los momentos que necesita descanso y viceversa.

La turnicidad afecta a:

Ritmo biológico: problemas de sueño, trastornos gastrointestinales, trastornos nerviosos relacionados con la fatiga.

Alteraciones en los hábitos alimenticios.

Alteraciones del sueño.

Alteraciones de la vida social.

Incidencia en la vida profesional: descenso del rendimiento del trabajo, descenso en la seguridad, etc.

El trabajador o trabajadora a turnos, especialmente en los turnos de noche, sufre una situación de múltiples desajustes:

Irregularidad en los periodos de trabajo y descanso que altera los ritmos biológicos.

Esfuerzo adicional requerido para activar al organismo cuando está biológicamente desactivado.

Redistribución de los horarios de todas las actividades: comida, ocio y sueño.

Ritmo de vida diferente al del resto de la sociedad o de la propia familia.

11.1. SE PUEDEN AMINORAR LOS EFECTOS NEGATIVOS:

Participando los trabajadores en la organización de los turnos (número de turnos, pausas, sistemas de rotación, períodos de descanso, etc), y en general, en la organización de equipos y tareas.

Flexibilizando y adaptando los turnos a las necesidades y características personales:

Los trabajadores mayores de 50 años se trasladarán a turnos de día al igual que a las trabajadoras embarazadas.

ES ACONSEJABLE QUE:

Descanso mínimo de 12 horas ininterrumpidas entre el fin de una jornada y el comienzo de la siguiente.

Cada 7 días debe haber un periodo de descanso ininterrumpido de 24 horas.

El tiempo de trabajo máximo durante el periodo nocturno no debería superar las 8 horas.

Deberá haber un descanso mínimo de 10 horas consecutivas en cada periodo de 24.

Los sistemas de rotación se deben modificar el sentido noche/tarde/mañana preferible al de mañana/tarde/noche, por el inconveniente que supone pasar del turno de noche al de mañana.

Descansar tras un turno de noche.

Rotaciones en ciclos cortos de no más de tres días.

El periodo principal de descanso después de un ciclo de rotación, se debe situar tras el último turno de noche.

12. RIESGOS DERIVADOS DEL USO DE VEHÍCULOS PARA IR O VENIR DEL TRABAJO: *ACCIDENTES "IN ITÍNERE"*.

Una parte importante del personal que acude a trabajar al hospital lo hace desde fuera de la comarca por lo que sus desplazamientos se efectúan mayoritariamente en vehículos privados. Aproximadamente un 30% de los accidentes laborales del personal de nuestro hospital que ocasionan baja para el trabajo es precisamente de esta forma: el accidente "in itínere". Y hay una gran cantidad de pequeños accidentes del personal del hospital cuando acude o se va del trabajo, que por no ocasionar baja laboral aún no hemos podido cuantificar. Son incidentes o accidentes que en la medida de lo posible, y por el bien de todos, se tendrían que disminuir. Para esto debemos tener en cuenta:

En la medida de lo posible usar transporte colectivo.

Compartir el coche con otros compañeros de forma que sea la persona más descansada quién lo maneje tras salida de las guardias.

Realizar las revisiones periódicas al coche, y pasar las ITV correspondientes.

Seguir los consejos sobre circulación y tráfico que desde la DGT se nos facilitan a través de los medios de comunicación.

13. OTROS ACCIDENTES QUE NOS PUEDEN OCURRIR EN EL MEDIO HOSPITALARIO Y QUE NO POR MENOS FRECUENTES O CASI INFRECUENTES PUEDEN TENER CONSECUENCIAS IMPORTANTES:

13.1. CAÍDAS DE PERSONAS AL MISMO NIVEL.

Debidos a las prisas, suelo mojado, uso de calzado inadecuado, obstáculos, etc. Es fundamental la metodología en el trabajo, e intentar mantener el orden y la limpieza en nuestras áreas de trabajo, así mismo dar aviso en caso de vertidos de agua u otros fluidos para su recogida.

13.2. ATRAPAMIENTOS Y GOLPES ENTRE OBJETOS.

Fundamentalmente con las camas de los pacientes, o con las puertas oscilantes o al trasladar los cilindros de gases que se han de hacer en carretillas adecuadas y estas una vez de pie y situadas en la habitación o lugar adecuado debe permanecer sujeta mediante abrazaderas o cadenas que impidan su caída. Es importante la vigilancia y atención durante el trabajo.

13.3. CONTACTOS ELÉCTRICOS.

Debidos a la existencia de cables sueltos o por el uso inadecuado de los equipos de electromedicina. Es fundamental que los cables estén recogidos en canaletas para evitar el tropezar y un posible contacto eléctrico. Así como el manejo adecuado de todos los equipos de electromedicina que de cada vez los hacen más seguros para su uso.

Descartar el uso del hornillo eléctrico por el peligro que implica debido a su falta de protección.

13.4. INCENDIOS.

Llamas vivas o acción de fumar. Uso de los cigarrillos fundamentalmente, y/o por sobrecarga de las líneas eléctricas tras enchufar diferentes aparatos eléctricos a un mismo adaptador doble o triple.

Aunque muy infrecuente debemos vigilar el estado de este tipo de enchufes y a ser posible descartarlos de su uso, o usarlos una vez nos lo autoricen desde el servicio de mantenimiento.

14. LAVANDERÍA Y LENCERÍA, COCINAS Y CAFETERÍA, LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO:

Los centros sanitarios u hospitalarios son como pequeñas ciudades con múltiples servicios de los que dependen para su funcionamiento y han de estar en sus

organigramas funcionales. En estos lugares de trabajo se reproducen muchos de los riesgos del resto comentados anteriormente pero por sus características los comentamos de forma separada.

14.1. LAVANDERÍA Y LENCERÍA.

Fundamentalmente de tipo físico como son el manejo de cargas (sobreesfuerzos), la temperatura, el ruido, caídas, golpes. También puede haber exposición a sustancias nocivas o a agentes biológicos. Es importante el orden y la limpieza así como el conocimiento de los productos químicos utilizados y los medios de protección.

En cuanto a los agentes biológicos es importante que la ropa ya venga marcada y separada para que su manejo se haga de forma adecuada y con protecciones.





En estas zonas hay que tener en cuenta las condiciones del ambiente de trabajo fundamentalmente los posibles problemas de temperatura y humedad asociados con la movilización de cargas para una correcta evaluación y prevención de dichos riesgos.

14.2. CAFETERÍA Y COCINAS.

En estas áreas los riesgos físicos entre los que estacan caídas, golpes o cortes así como el riesgo eléctrico o térmico (quemaduras) nos deben hacer extremar las precauciones y los cuidados en el manejo de la maquinaria o herramientas. Así mismo los sobreesfuerzos por manejo de cargas os pueden causar molestias. Como en todos los casos anteriores el orden y la limpieza son importantes, el mantenimiento preventivo de la maquinaria y el conocimiento de los productos de limpieza que se utilicen en estas zonas. Las condiciones ambientales son tan importantes como en las lavanderías.

14.3. LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO.

Hemos colocado estos dos servicios juntos ya que en un principio son trabajadores que se moverán por todo el hospital. Por lo tanto están expuestos a casi todos los mismos riesgos que el resto del personal sanitario. Deben de conocer las áreas restringidas o habitaciones de infecciosos para acceder protegidos convenientemente. Han de conocer todos los productos químicos o desinfectantes que utilizan así como las incompatibilidades entre ellos. Están así mismo expuestos por lo tanto a todo tipo de riesgos físicos; en el caso del servicio de mantenimiento destacar el peligro de accidentes eléctricos. En el caso del personal de mantenimiento debe de ser especialmente cualificado para realizar las labores de arreglo y mantenimiento preventivo de todos los equipos médicos y todo lo concerniente a los sistemas de climatización, agua sanitaria, etc. (Prevención de la Legionelosis).

No debemos olvidar que casi todo el circuito de recogida y transporte de residuos lo realiza el personal de limpieza por lo que es muy importante la constante actualización sobre la gestión interna de los residuos hospitalarios a este personal.

Es muy importante en estos trabajadores la formación e información en cuanto a los riesgos derivados de su trabajo en el hospital, así como los reconocimientos médicos periódicos.



15. PLAN DE EMERGENCIA/EVACUACIÓN Y LUCHA CONTRA INCENDIOS. GUIA DE ACTUACIÓN PARA USUARIOS DEL HOSPITAL.

A.- SI DESCUBRE UN INCENDIO.

Avise inmediatamente al personal del centro.
Marque la extensión 555 desde el teléfono más cercano.
Active el pulsador de alarma.

En la medida de lo posible, evite la propagación del fuego:
Cierre puertas y ventanas.
Aleje del fuego todo material combustible. (Telas, papeles, etc.)

Mantenga la calma en todo momento.
Siga las instrucciones del personal del centro.

B.- SI HA DE HACER USO DEL EXTINTOR.

Asegúrese de que el extintor es el adecuado para el tipo de fuego:

TIPO FUEGO. EXTINTOR	APLICACIÓN
A	Combustibles Sólidos: (Madera, plásticos, etc.)
B	Combustibles Líquidos: (Alcohol, gasolina, etc.)
C	Combustibles Gaseosos. Incendios producidos en Equipos Eléctricos: (Cuadros eléctricos, enchufes, etc.)
Polvo Polivalente A,B,C.	todo tipo de Materiales.

Asegúrese de tener siempre un camino de salida.

C.- TÉCNICAS DE EXTINCIÓN.

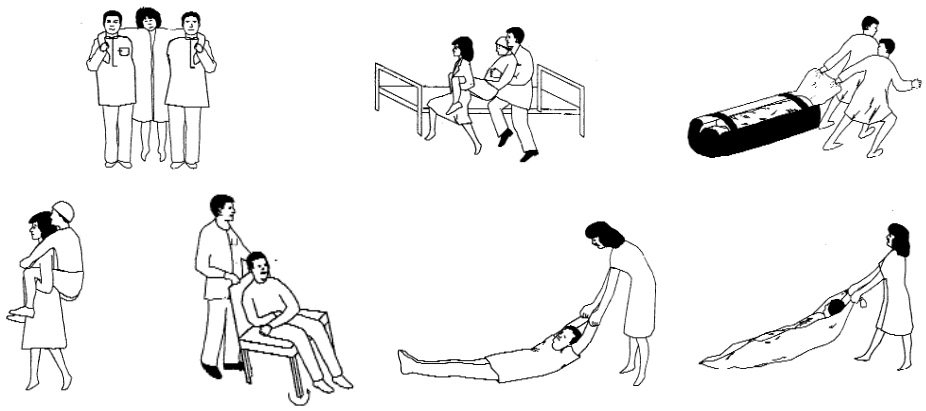
1.- Quitar el precinto de seguridad del extintor.
2.- Tirar enérgicamente de la anilla.
3.- Coger del mango, y presionar la palanca de disparo.
4.- Dirigir el chorro a la base de las llamas.
5.- Mover la manguera en zigzag barriendo la superficie incendiada.

D.- EN CASO DE EVACUACIÓN.

1.- Siga las instrucciones del personal del centro.
2.- Abandone la habitación, cerrando puertas y ventanas.
3.- Si hay humo, tápese la nariz y la boca con un pañuelo, a ser posible húmedo.
4.- Si el humo es abundante, camine agachado.
5.- Diríjase a la salida más próxima.
6.- Nunca utilice los ascensores.
7.- Salga deprisa pero con calma.
8.- No lleve consigo objetos personales.

E.- TÉCNICAS DE EVACUACIÓN.

1.- Colabore en la evacuación de los enfermos salvo que se le indique lo contrario.
2.- El sentido de la evacuación es hacia plantas inferiores.
3.- Utilice la técnica conveniente, teniendo en cuenta el peso y la gravedad del enfermo.



F.- SI LA SALIDA ESTÁ BLOQUEADA.

1.- Permanezca en la habitación colocando ropas húmedas en las ranuras de las puertas.
2.- Hágase ver por la ventana.

G.- CONSEJOS PARA PREVENIR INCENDIOS.

1.- No instale por su cuenta equipos o fuentes de calor.

2.- No deje elementos combustibles cerca de los focos de calor.

3.- No sobrecargue los enchufes, utilizando "ladrones".

4.- Conecte un solo aparato por enchufe.

5.- Preste atención a los cables deteriorados o cajas de enchufe rotas. Avise al personal del centro.

6.- Fume solo en areas reservadas para ello. Solo en cafetería.

7.- En el Hospital, esta prohibido Fumar.

8.- Deposite cerillas y colillas en los ceniceros.

9.- Recuerde que usted puede evitar un incendio.

TELÉFONOS DE INTERÉS:

Emergencias 555
Urgencias 968 77 55 55
Centralita 968 77 55 50
Admisión 968 77 55 51
Habitaciones 968 77 55 56
Fax 968 45 56 32

16. ¿QUÉ HACER EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO?

Los pasos a seguir cuando sufra un accidente de trabajo son:

Asista lo más rápidamente al accidentado.

Para ello acuda al centro IBERMUTUAMUR más cercano, donde estamos especializados en la atención sanitaria urgente de accidentes laborales.

En caso de que usted desconozca donde se encuentran ubicados nuestros centros, puede ponerse en contacto con la Línea de Atención al Cliente de IBERMUTUAMUR, servicio 24 horas, (teléfono: 900 23 33 33), o consultar nuestra Red de Centros en Internet.

Si no encuentra un centro IBERMUTUAMUR cercano, acuda al centro médico más próximo.

Para agilizar los trámites, es conveniente que lleve consigo y rellene el impreso de "solicitud de asistencia". De esta forma se facilitará la identificación y le daremos un mejor servicio. Si no fuese posible llevar este documento, no olvide su tarjeta de la Seguridad Social, el D.N.I. o cualquier otro documento que le identifique e indique a qué empresa pertenece.

Tras recibir asistencia médica el trabajador puede encontrarse en dos situaciones:

16.1. EL TRABAJADOR SÓLO FALTA AL TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE Y NO CAUSA BAJA.

La Fundación Hospital de Cieza:

Deberá remitir la "relación mensual de accidentes sin baja" al centro de IBERMUTUAMUR correspondiente a la provincia donde se encuentre situado el centro de trabajo (Red de centros), en los cinco primeros días hábiles del mes siguiente al del accidente. En ese documento se incluirán los nombres de los accidentados que no han causado baja, cumplimentando todos sus apartados (Orden Ministerial 16 de diciembre 1987).

16.2. EL TRABAJADOR CAUSA BAJA.

El/La Trabajador/a:

Tras la asistencia sanitaria, si no puede continuar con su actividad laboral, los servicios sanitarios de IBERMUTUAMUR le expedirán su parte médico de baja, por duplicado. Con él podrá acreditar ante su empresa que se encuentra en una situación que le impide continuar trabajando. La situación de baja determina el principio de sus prestaciones de Incapacidad Temporal.

El trabajador se quedará con un ejemplar, mientras que el segundo lo entregará en la empresa.

La Fundación Hospital de Cieza:

Cuando la empresa reciba el parte médico de baja, cumplimentará el Parte de Accidente de Trabajo con cinco copias.

Este parte deberá entregarse en el centro de IBERMUTUAMUR en los cinco días hábiles siguientes a la fecha del accidente o la de la baja. El ejemplar destinado a la Mutua, así como los referentes a la Autoridad Laboral, y a la Dirección General de Informática y Estadística del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, quedarán en IBERMUTUAMUR.

IBERMUTUAMUR sellará la copia destinada a la empresa, y ésta deberá entregar al trabajador la copia destinada al mismo.

Para resolver las dudas surgidas por la cumplimentación de los Partes de Accidente, puede ponerse en contacto con su Centro de IBERMUTUAMUR más cercano (Red de centros).

16.3. SITUACIONES ESPECIALES.

En los casos de accidentes graves, muy graves, que ocasionen el fallecimiento del trabajador, y en aquellos que afecten a más de cuatro trabajadores, la empresa deberá realizar una gestión adicional. Además de cumplimentar los partes de accidente, se comunicará el hecho, en el plazo de 24 horas, a la autoridad laboral de la provincia donde haya ocurrido el accidente.

La citada comunicación contendrá: razón social, domicilio y teléfono de la empresa, nombre de los accidentados y la descripción del accidente, así como el lugar donde ocurrió.

Cuando las lesiones sufridas por el accidentado estén curadas, el servicio médico que atienda al trabajador emitirá el parte médico de alta laboral, debiendo reincorporarse el accidentado a su puesto de trabajo al día siguiente al alta. Este parte se tramitará de la misma forma que el de baja (consta del mismo número de copias).

Con su emisión, finaliza la situación de Incapacidad Temporal, cesando el pago del subsidio por parte de la Mutua de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales.

17. BIBLIOGRAFÍA. LEGISLACIÓN DE REFERENCIA.

LPRRLL. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. B.O.E. 10/11/1995.

RSP. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. B.O.E. 29/03/1995.

Ley 54/2003, de 12 de diciembre , de Reforrma del Marco Normativo de Prevención de Riesgos Laborales.

RD 486/1997. Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los centros dee trabajo. B.O.E. 23/04/1997.

RD 171/2004, de 30 de enero, por el que se desarrolla el art. 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales en materia de coordinación de actividades empresariales.

RD. 485/1997. Real Decreto 485/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en el trabajo. B.O.E. 23/04/1997.

R.D. 1561/1995. Real Decreto 1561/1995, de 21 de Septiembre, sobre jornadas especiales de trabajo. B.O.E. 26/09/95.

R.D. 773/1997. Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual. B.O.E. 12/06/1997.

R.D. 1316/1989 Real Decreto 1316/1989, de 27 de octubre, sobre protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de la exposición al ruído durante el trabajo. B.O.E. 02/11/1989.

R.D. 1215/1997 Real Decreto 1215/1997, de 18 de julio, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seeguridad y salud para la utilización por los trabajadores de equipos de trabajo. B.O.E. 07/08/1997.

R.D. 2869/1972 Real Decreto 2869/1972, de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instalaciones Nucleares y Radiactivas. B.O.E. 21/07/1972.

R.D. 158/1995 Real Decreto 158/1995, de 3 de febrero, sobre protección física de los materiales nucleares. B.O.E. 04/03/1995.

R.D. 783/2001 Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre Protección Sanitaria contra Radiaciones Ionizantes. B.O.E. 16/04/1997.

R.D. 91/1997 Real Decreto 91/1997, de 21 de marzo, sobre protección operacional de los trabajadores externos con riesgo de exposición a radiaciones ionizantes por intervención en zona controlada. B.O.E. 16/704/1997.

Ley 15/71980 Ley 15/1980, de 22 de abril, de creación del Consejo de Seguridad Nuclear. B.O.E. 25/04/1980.

R.D. 1891/1991 Real Decreto 1891/1991, de 30 de diciembre, que regula la instalación y utilización de aparatos de rayos X. B.O.E. 30/12/1991.

R.D. 488/1997 Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, por el que se establecen disposiciones mínimas de de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.

R.D. 664/1997 Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Adaptado al pogrreso técnico por Orden de 25 de marzo de 1998. Corrección de errores. B.O.E.: 24/05/1997, 30/03/1998 y 15/041998.

R.D. 487/1997 Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrrañe riesgos, en particular dorsolumbares para los trabajadores. B.O.E.: 23/04/1997.

R. D. 374/2001. Real Decreto 374/2001 de 6 de abril, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo. B.O.E.: 01/05/2001.

R. D. 665/1997. Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición de a agentes cancerígenos durante el trabajo. B.O.E.: 24/05/1997.

Manuales de Seguridad Laboral Higiene Industrial y Ergonomía editados por IBERMUTUAMUR. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social nº 274. Sede Social: Ramírez de Arellano, nº 27. 28043. Madrid.