MASTER EN SALUD LABORAL UNIVERSITAT POMPEU FABRA 2012-13

Descripción de los circuitos de declaración y notificación de enfermedades profesionales en Cataluña

Rosabel Garrido Miranda

Directores:

José Mª Ramada Rodilla y Consol Serra Pujadas

Servicio de Salud Laboral, Parc de Salud Mar

CiSAL UPF

Tutora

Consol Serra Pujadas, CiSAL UPF

26 de Julio de 2013

RESUMEN

Objetivos. Investigar y definir los circuitos que deben seguir los trabajadores/pacientes para el reconocimiento de su EP por la Administración, tras ser diagnosticados por médicos del trabajo de la UPL del PSMAR.

Métodos. Serie de casos en la que se ha analizado la información proporcionada por 32 casos diagnosticados de EP de la base de datos de la UPL del PSMAR.

Resultados. Se contactó con 32 pacientes del total de 35 casos con sospecha firme de EP. De ellos, 26 se encontraban laboralmente en activo, de los cuales 5 no iniciaron el proceso de reconocimiento de EP. De los 6 pacientes que no estaban laboralmente en activo, dos no iniciaron el proceso de reconocimiento de EP. De los casos analizados, los cánceres supusieron el 15,6% (n=5), grupo donde se han reconocido el mayor número EP (12,5%, n=4). El grupo diagnóstico de hipoacusia/sordera fue el más numeroso (n= 15), en el cual se ha reconocido como EP el 9,4%. En este grupo se encuentra el mayor número de pacientes que no han iniciado el procedimiento (15,6%). El grupo de pacientes con problemas osteomusculares es el que cuenta con la mayoría de casos pendientes de resolución (21,9%).

Conclusiones. La figura de un abogado en el procedimiento, ha facilitado favorablemente el reconocimiento de EP del trabajador/paciente. Los casos precisan de mayor información en los trámites e instancias a las que deben de acudir para el reconocimiento de su EP.

Palabras clave. Enfermedad Profesional. Reconocimiento. Declaración. Notificación.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad profesional (EP) es aquella que es contraída a consecuencia de un trabajo realizado por cuenta ajena[1], en una serie de actividades y por la acción de determinadas sustancias o elementos que se especifican en el cuadro de enfermedades profesionales[2, 3].

Para que se produzca el reconocimiento de una EP es necesario que previamente exista la sospecha de la misma, un diagnóstico y que ésta sea comunicada a la Seguridad Social (que es quien legalmente puede reconocer la EP) por alguno de los actores intervinientes en el proceso: el trabajador, el empresario, el médico del sistema público de salud (de atención primaria o especializada) o el médico del trabajo del Servicio de Prevención (propio, ajeno o mancomunado).

El circuito desde la sospecha hasta el reconocimiento de una EP incluye diversas posibles vías, aunque es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) como entidad gestora, quien toma la última decisión y determina oficialmente el reconocimiento o no de las EP[2]. En el caso de un trabajador en activo, éste o el empresario pueden acudir al médico del trabajo del servicio de prevención de su empresa o directamente a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (Mutua), para comunicar la sospecha y ésta la comunica al INSS. Por otro lado, cualquier médico del sistema público de salud, puede comunicar la sospecha a la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma (en Cataluña, a través de “l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries” (ICAMS) o a la Unidad de Salud Laboral), que a su vez trasladará dicha sospecha a la Mutua y ésta al INSS. Finalmente, el/la trabajador/a siempre tienen la posibilidad de acceder directamente al INSS. Las personas que no están laboralmente en activo en el momento de la sospecha, pueden acudir al médico del Sistema Público de Salud (médico de familia o al médico especialista) o bien directamente al INSS para solicitar su reconocimiento.

Existe evidencia de que en España existe un alto grado de infradeclaración de las EP[4, 5], así como de infrareconocimiento[5,6,7] de las EP por parte del INSS.

Según Ehrlich, el retraso en la tramitación de las reclamaciones, la falta de respuesta a las solicitudes y evaluaciones inadecuadas son motivos de infrareconocimiento de las EP[5]. En nuestro país, esta infradeclaración o infrareconocimiento, pueden ser debidos a un problema de sospecha, diagnóstico y comunicación[8] (figura 1). Las causas del infrareconocimiento de las EP pueden ser debidas a las carencias en el proceso de sospecha y diagnóstico de la EP, a la falta de reconocimiento de EP por parte del INSS cuando realmente sí lo es, a las dificultades para su comunicación a la autoridad sanitaria, al desconocimiento de los actores intervinientes en el proceso sobre los pasos a seguir. Esta infracomunicación de las EP a las autoridades sanitarias produce unas consecuencias, tales como, carencias en el registro, reconocimiento, análisis y vigilancia epidemiológica de las EP, asignación inadecuada de los costes derivados de la asistencia a las entidades correspondientes (Mutuas) y de las indemnizaciones a los trabajadores.

En Junio de 2010 se creó la Unidad de Patología Laboral (UPL) del Parc Salut Mar (PSMAR), formada por médicos del trabajo de su Servicio de Salud Laboral i del Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL). Es una unidad clínica hospitalaria, pionera en España, dedicada a la evaluación de pacientes del complejo sanitario PSMAR para determinar el posible origen laboral de su enfermedad[9]. A cada paciente evaluado se le entrega un informe escrito (informe de contingencia) (, sistematizado y fundamentado en la evidencia, en el que se emite un juicio diagnóstico sobre el posible origen laboral de la patología evaluada. A partir de este momento, los pacientes diagnosticados de EP deben continuar ellos mismos el procedimiento para que su enfermedad sea reconocida como EP por la Seguridad Social.

Hasta Diciembre de 2012 se habían diagnosticado 35 casos de sospecha firme de EP en la UPL, de los cuales solamente se tenía constancia en la UPL de 3 casos reconocidos oficialmente como EP. Una de las dificultades observadas es que los circuitos para el reconocimiento de EP no están bien definidos o no son conocidos adecuadamente por los actores intervinientes. Por ello, es necesario investigar y definir los circuitos que pueden seguir los trabajadores/pacientes en el caso de que sean diagnosticados de una sospecha firme de EP para su reconocimiento por parte de la Administración.

OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio es describir los circuitos seguidos por los trabajadores/pacientes diagnosticados de una sospecha firme de EP por la UPL para lograr el reconocimiento de su patología como EP.

Los objetivos específicos son los siguientes: 1) Evaluar las resoluciones adoptadas por la Administración; 2) Identificar las barreras existentes con las que se encuentra el trabajador/paciente y proponer soluciones; y 3) Clarificar los posibles circuitos a seguir para el posible reconocimiento de una EP en Cataluña.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de una serie de casos diagnosticados de EP por la UPL del PSMAR. Como fuente de casos se ha utilizado la base de datos de la UPL (anexo 1).

Se diseñó un cuestionario para la elaboración y realización de una entrevista sistematizada, que se ha aplicado a los trabajadores/pacientes diagnosticados de sospecha firme de EP por la UPL, en el que se recogieron las siguientes variables de interés, relacionadas con el circuito seguido para el reconocimiento de la EP (anexo 2).

Se definió como variable dependiente el reconocimiento de EP por parte del INSS, siendo una variable cualitativa dicotómica con las siguientes opciones de respuesta: sí, no.

Las variables independientes fueron: a) del proceso de reconocimiento: inicio del procedimiento para el reconocimiento de la EP, con dos opciones de respuesta y siendo una variable cualitativa dicotómica (SÍ; NO); instancias a las que ha acudido el trabajador/paciente para iniciar el procedimiento, con 6 opciones de respuesta (Mutua; Médico de familia; Unidad de Salud Laboral; INSS; Juzgado de lo social, Otros) y siendo una variable cualitativa policotómica; b) Del trabajador/paciente y la enfermedad: sexo, edad, situación laboral (activo laboralmente, no activo laboralmente), diagnóstico.

Se realizó una prueba piloto en la que se entrevistó a cinco trabajadores/ pacientes con el fin de orientar la elaboración del cuestionario, que se presenta en el Anexo 2.

Aspectos Éticos

En todo momento se ha preservado la confidencialidad de los datos de carácter personal, que han sido tratados de forma anonimizada respetando la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El protocolo del TFM se envió al comité ético de investigación clínica (CEIC), para su aprobación y conformidad sobre el trato de confidencialidad de los datos de los trabajadores/pacientes realizado en dicho estudio.

Análisis

Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo para el cual se ha utilizado un diagrama de flujo, en el que se han ido incorporando el tiempo transcurrido entre el inicio de los trámites por parte del trabajador/paciente y el resultado de la sentencia definitiva.

Un diagrama de flujo es la representación gráfica de un proceso, con el que se figuran los flujos de trabajo paso a paso de operaciones de los componentes de un sistema. El diagrama de flujo representa el flujo de ejecución mediante flechas que conectan los puntos de inicio y de fin de proceso[10.]

Además, se realizó una descripción cualitativa de los diversos casos, como también de las características de las vías de reconocimiento y las barreras existentes con las que se ha encontrado el trabajador/paciente.

Se ha realizado un análisis descriptivo de los casos evaluados entre Junio de 2010 y Diciembre de 2012 (Anexo 1).

RESULTADOS

Treinta y cinco casos con diagnóstico de sospecha firme de EP fueron analizados en el presente estudio. No se pudo contactar con 3 de estos casos, por lo que finalmente se incluyeron 32 casos para su análisis. En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas de los casos incluidos. En su mayoría fueron hombres (n=24), laboralmente activos (n=26), con una media de edad de 56,87 años (DE=10,02) (tabla 1).

Las figuras 2 y 3, muestran los diagramas de flujo del diagnóstico y reconocimiento de EP resultado de las entrevistas realizadas a los trabajadores/pacientes, en los que distinguen 2 situaciones diferentes según que el trabajador esté o no en activo.

De los 26 trabajadores que estaban laboralmente en activo, 5 no iniciaron el proceso de reconocimiento de EP (tabla 2), y 21 sí iniciaron el proceso. De éstos últimos, como primera instancia, 10 acudieron directamente al INSS, 7 acudieron a la Mutua, 2 realizaron las gestiones por medio de un abogado y 2 acudieron a la empresa donde trabajaban (figura 2).

De los 10 casos que acudieron directamente al INSS, un caso fue reconocido como EP por el INSS, cuatro fueron rechazados por el INSS, dos están pendientes de la resolución por parte del INSS, dos casos fueron rechazados por el INSS y acudieron a un abogado como segunda instancia, decidiendo no continuar con el proceso por indicaciones del mismo, uno de ellos porque le pedían una baja de accidente y no la tenía, y el otro porque consiguieron aumentar su incapacidad hasta el 70% y el abogado le comentó que no había nada más que hacer. Un caso fue redirigido a la Mutua, como segunda instancia, y finalmente fue reconocida su EP y fue indemnizado.

De los 7 casos que acudieron directamente a la Mutua, uno fue aceptado directamente como EP por la Mutua que tramitó el caso para su reconocimiento por parte del INSS, uno fue aceptado como EP por la Mutua, pero no se le concedió una invalidez permanente, por lo que decidió recurrir a los servicios de un abogado para que se le reconozca y todavía sigue en curso, un caso está pendiente de la resolución por parte de la Mutua, y cuatro casos fueron

rechazados por la Mutua. En segunda instancia, estos cuatro casos prosiguieron con el proceso del modo siguiente: a) dos recurrieron al INSS como segunda instancia, de los cuales, uno fue rechazado y el otro se encuentra a la espera de la resolución, debido a que se ha producido un silencio administrativo y el trabajador ha decidido recurrir a los servicios de una abogado para proseguir con su reclamación en el Juzgado de lo Social; b) uno recurrió al médico de familia como segunda instancia y está pendiente de conocer cuál es el resultado final de su proceso de reclamación.

Los dos casos que recurrieron a la ayuda y asesoramiento de un abogado como primera instancia han sido reconocidos como EP por el Juzgado de lo Social. Los dos que acudieron a la empresa donde trabajan como primera instancia, fueron redirigidos a la Mutua como segunda instancia. De ellos, un caso está pendiente de la resolución por parte de la Mutua y el otro caso fue rechazado por la Mutua, de manera que el trabajador acudió al INSS como tercera instancia y finalmente se le reconoció la EP.

De los 6 pacientes que no estaban laboralmente en activo, dos no iniciaron el proceso de reconocimiento de EP. Se trataba de un paciente que se había trasladado de residencia y otro por desconocimiento de los trámites a realizar (tabla 2). De los cuatro que sí iniciaron el proceso, tres se dirigieron directamente al INSS y uno realizó las gestiones por medio de un abogado. De los tres casos que se dirigieron directamente al INSS, sólo uno fue reconocido de EP por el INSS, y los otros dos recurrieron como segunda instancia a un abogado y solo un caso se reconoció de EP por Juzgado de lo Social. En cambio el que se dirigió primero a un abogado se le reconoció la EP (figura 3).

En la tabla 3 se presentan los resultados del seguimiento de los pacientes con sospecha firme de EP diagnosticados por la UPL. El tiempo medio que han durado los procesos en los casos analizados que tienen una resolución firme ha sido de 5,2 meses (DE=3,04).

En la tabla 4 se presenta la situación de los casos analizados por grupos diagnósticos, en la que podemos diferenciar 11 casos de patología osteomuscular, 5 casos de cáncer, 15 casos de hipoacusia/sordera y un caso de patología dermatológica. Los cánceres suponen el 15,6% (n=5) de los casos

analizados. Es en este grupo donde se han reconocido el mayor número EP en este periodo (12,5%, n=4).

El grupo diagnóstico de hipoacusia/sordera fue el más numeroso (n= 15). En este grupo se ha reconocido como EP el 9,4%. Cabe destacar que es en este grupo donde se encuentra el mayor número de pacientes que no han iniciado el procedimiento (15,6%). De las EP pendientes de resolución mayoritariamente son del grupo osteomuscular, con un 12,5%, del total de 21,9% de las EP pendientes de resolución.

Opinión de los trabajadores sobre el proceso seguido:

Según los trabajadores/pacientes incluidos en el estudio que les ha sido reconocida la EP, el 67% consideraron que el informe realizado por la UPL ha sido un elemento facilitador para el reconocimiento de su EP, el 33% no identifica ningún elemento facilitador de reconocimiento de su EP.

El 10% de los trabajadores/pacientes opinaron que la principal limitación para el reconocimiento de su EP se debe a las limitaciones presupuestarias que está suponiendo la crisis económica que está sufriendo el país.

El 87,5% de los trabajadores/pacientes no identificó o no supo indicar ninguna limitación en su reconocimiento de EP. El 2,5% identifica otras limitaciones, como que la Mutua no acepta la EP para no tener que indemnizar, que la empresa y la Mutua tienen versiones contrapuestas, y en un caso el paciente refiere que el ICAMS no quiso mirar el informe que llevaba el trabajador/paciente facilitado por la UPL.

Los casos que contaron desde el principio con el asesoramiento de un abogado en su proceso de reconocimiento de EP, todos resultaron favorablemente reconocidos de EP. En estos casos, el paciente fue orientado y dirigido en todo momento de los pasos que debía de realizar.

DISCUSIÓN

La UPL del PSMAR diagnosticó de sospecha firme de EP a 35 trabajadores/pacientes, se contactó con 32, de los cuales se han reconocido como EP por la Administración a 9 (28,1%) de ellos. Es destacable que solo un caso ha sido reconocido por las entidades de contingencias profesionales (mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales).

El hecho de ser el primer estudio realizado para identificar y definir los circuitos a seguir por un trabajador/paciente para el reconocimiento de la EP, permite iniciar una investigación interesante, y posiblemente más extensa, para conocer las causas del infrareconocimiento existente en nuestro país y poder trazar las diferentes vías que debe seguir el trabajador/paciente, con tal de poder orientarlo y asesorarlo en sus gestiones administrativas para conseguir un resultado favorable para él.

Es posible la existencia de un sesgo de información en relación con los tiempos transcurridos facilitados por los pacientes, ya que en la mayoría de los casos declaraban no recordarlos con precisión, lo que no ha permitido analizar esta información exhaustivamente. El número de sentencias definitivas a las que hemos podido tener acceso son insuficientes, como para poder definir un tiempo medio con exactitud entre inicio del procedimiento y resolución general para todos los trabajadores/pacientes.

Cabe destacar, que la desconfianza del trabajador/paciente con el sistema es uno de los motivos principales para que no inicien los trámites para el reconocimiento de la EP. Esa desconfianza es justificada por los trabajadores/pacientes en base a la situación de crisis económica del país. En los casos en los que han iniciado los trámites, si la EP no ha sido reconocida en la primera instancia a la que han acudido, el trabajador/paciente comienza a desorientarse y no sabe dónde acudir, por lo que acaba abandonando las gestiones para el reconocimiento de la EP. Al igual que en otros estudios, existen casos que acudieron a la Mutua, pero al ser rechazada su enfermedad profesional, se dirigen como segunda instancia a la Administración. Como también, casos en los que el trabajador/paciente desconoce dónde dirigirse y por ello va directamente al INSS[11].

La hipoacusia/sordera es el grupo diagnóstico con más EP diagnosticadas por la UPL, siendo los trabajadores/pacientes con dicho diagnóstico los que en mayoría no han iniciado el procedimiento posiblemente porque no les incapacite a nivel funcional, como podría hacerlo otro tipo de patología, por lo que muchos de estos trabajadores deciden continuar en activo. En caso contrario encontramos que el grupo diagnóstico más reconocido es el de cáncer con un 12,5% respecto al 15,62% del total de este diagnóstico.

Los casos de cáncer son el grupo en que se han reconocido un mayor número de EP. Ello contrasta con el bajo número de casos de cánceres que se reconocen como EP en las estadísticas oficiales (<1%) [12,13]. Es posible que una de las causas de estos resultados se deba a que los diagnósticos de cáncer que se analizan en la UPL son aquellos en los que existe una fuerte evidencia de asociación con exposiciones laborales. No ocurre lo mismo en los casos en los que las enfermedades pueden ser debidas a una exposición laboral o extralaboral, los sistemas sanitarios dan por supuesto que se trata de una enfermedad “común”, sin investigar su origen real [14].

Los trabajadores diagnosticados con sospecha firme de hipoacusia laboral por la UPL, en la mayoría de las ocasiones, no han podido aportar evaluaciones de riesgos en las que se objetiven los niveles de ruido existente en el puesto de trabajo y las horas de exposición. El diagnóstico de sospecha en estos casos se fundamentó en la factibilidad de existencia de ruido en el trabajo descrito, y la asunción de veracidad de lo relatado por los pacientes, en cuanto a la inexistencia de exposiciones extralaborales, la percepción subjetiva de los niveles de ruido en el puesto de trabajo y la declaración del trabajador de no haber hecho uso de protecciones auditivas. Ello, probablemente, ha dificultado el reconocimiento de estas hipoacusias/sorderas por parte de la administración, que deposita la carga de la prueba de la exposición sobre el propio trabajador, exigiéndole pruebas fehacientes de la exposición laboral. A nuestro juicio, esta situación es manejada mejor por los profesionales del derecho (abogados) que por los trabajadores. Otro motivo que encontramos en la dificultad de reconocimiento de la hipoacusia laboral como EP por parte del INSS, es que éste no evalúa el daño cuando no existe una consecuencia económica, como es el caso en este caso de las hipoacusias. Muchas de las hipoacusias no

causan incapacidad laboral (I.T.), por lo que el INSS directamente no las valora. En el caso de las hipoacusias laborales, se valoran como si fuera una lesión permanente no invalidante, es decir, siguen otro circuito similar al de los accidentes de tráfico, en el cual hay una indemnización en base a un baremo, que estima los daños causados.

El presente estudio ha permitido objetivar los circuitos y dificultades de los trabajadores/pacientes para el reconocimiento de su EP. Ello ayudará a una mejor orientación de los mismos una vez diagnosticada la sospecha firme de EP por parte de la UPL u otras unidades similares que se pudieran crear en el futuro. Se han identificado las barreras más frecuentes que se puede encontrar un trabajador/paciente en el curso del reconocimiento de una EP. Sería importante darlas a conocer a los profesionales de la salud laboral y a los organismos intervinientes en el proceso. La reflexión sobre las barreras existentes debería permitir la orientación de posibles soluciones al problema de la infracomunicación y reconocimiento de las EP en nuestro entorno.

El reconocimiento de enfermedad profesional requiere una mejora de las condiciones de trabajo, promoviendo medidas de prevención y ejerciendo controles más eficaces cuando existe el riesgo, no únicamente beneficiando a la persona afectada si no a otras personas que desempeñan tareas similares en el mismo entorno[15]. Es por ello, que es de gran importancia que se pueda reconocer en mayor número de casos que el actual, para beneficiar a la población trabajadora y mejorar en políticas de salud laboral, promoviendo unas óptimas condiciones laborales. A pesar de la existencia de un registro de enfermedades profesionales en nuestro país para ayudar a su reconocimiento, son conocidas sus restricciones para la vigilancia y la prevención de los riesgos[16], debido a que se agrupan de manera insuficiente las enfermedades incluidas en el Cuadro de Enfermedades Profesionales, como también no se contemplan enfermedades de trastorno mental de origen laboral[17].

Como conclusión, el trabajador/paciente precisa de una persona que le asesore y/o guie en todo momento, en el proceso de reconocimiento de su EP para evitar el desistimiento. Como se ha podido observar en este estudio, los casos que se dirigieron desde el principio a un abogado, consiguieron en un mayor

porcentaje que les fuera reconocida su EP. Cabe destacar, la necesidad de un sistema de comunicación e información entre todas las instancias a las que acude el paciente, para evitar la desorientación y frustración del mismo cuando es dirigido de una instancia a otra, provocando en un alto porcentaje el desistimiento del procedimiento.

Estudios futuros

Sería interesante investigar los criterios que sigue la Administración para decidir si una enfermedad es debida al trabajo, o en caso contrario, en qué criterios se basa para desestimarla como profesional. Esto podría permitir objetivar e identificar posibles limitaciones del sistema, y a su vez se lograría proponer soluciones para resolver dichas barreras.

De igual forma sucede con los abogados, es conveniente conocer qué criterios tienen en cuenta para aceptar un caso o no, así se podrían tener en cuenta a la hora de elaborar el informe de contingencia.

Recomendaciones. Posibilidades de mejora de actividades de la UPL.

Se plantea como mejoras para la UPL del PSMAR la posible elaboración de documentos informativos dirigidos al trabajador/paciente, para guiarle en su reconocimiento de EP, indicando las posibles instancias a las que debería acudir, dependiendo de su situación, estando éste en activo o no activo. Este documento informativo se les entregaría junto con el informe de contingencia. A su vez, sería interesante proporcionar un teléfono de contacto de la UPL, para contactar directamente con un profesional que le pudiera orientar en caso de duda sobre el procedimiento a seguir. También a su vez sería útil contar con un registro del contenido de las resoluciones para registrar y actualizar cada caso en la base de datos de la UPL.

Otra opción que puede suplir los documentos informativos, es la edición de un video informativo en el que se explicaría las diferentes instancias a las que puede acudir al trabajador/paciente dependiendo su situación, en dicho video

incluiría unas imágenes de unos diagramas de flujo de los diferentes vías y opciones posibles para que resulte más clarificador para el trabajador/paciente, indicando también un teléfono para contactar con un profesional de la UPL que pueda asesorarle. En los casos que les sea denegada su EP, se les podría sugerir acudir al servicio de un abogado, para ayudar a que sea resuelto favorablemente. Este vídeo informativo podría estar en la misma web del Hospital del Mar, en la sección de la UPL.

AGRADECIMIENTOS

A todos los trabajadores/pacientes que han colaborado en este estudio, por dedicar parte de su tiempo a la entrevista telefónica, así como por proporcionar información y documentación necesaria para esta investigación. A todos los médicos del trabajo de la UPL del PSMAR que han participado para que este estudio sea posible, por su trabajo previo de diagnóstico y elaboración de informes para el trabajador/paciente. Agradecer a mis directores y tutora, Consol Serra y José Mª Ramada, por sus aportaciones, dedicación, disponibilidad y ánimos recibidos por parte de ambos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley General de la Seguridad Social. L. Nº 1/1994 (20 Jun 1994) Art. 116.
2. Benavides FG, Ruiz Frutos C, García AM. Trabajo y Salud. En: Benavides FG, Ruiz Frutos C, García AM. Salud Laboral Barcelona. Masson 2000.
3. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de Enfermedades Profesionales en el sistema de la SS y se establecen criterios para su notificación y registro.
4. Benavides FG, Castejón J, Gimeno D, Porta M, Mestres J, Simonet P. Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. Am J Ind Med. 2005; 47:176-80.
5. Ehrlich R. Persistent failure of the COIDA system to compensate occupational disease in South Africa. Rev South African Medical J. 2012; 102: 95-97.
6. Garcia M, Gadea R. Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España. Arch Prev Riesgos Labor 2004; 7:3-8.
7. Ministerio de empleo y Seguridad Social. Evolución anual del número de partes comunicados de enfermedades profesionales (con y sin baja) comunicados en el periodo 2007-2012. CEPROSS. [consultado 6 Jun 2013] Disponible en: http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/145097.pdf
8. Informe de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, de 1999 [consultado 3 Ene 2013]. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/CNSST.pdf.
9. Parc de Salut Mar, Barcelona [consultado 26 Nov 2012]. Disponible en: http://www.parcdesalutmar.cat/info_corp/parc-mar-de-salut.html.
10. Diagrama de Flujo [consultado 4 Ene 2013]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Diagrama_de_flujo.
11. García V. Evaluación del programa de Vigilancia Epidemiológica en Salud Laboral. Red de Médicos Centinela de Salud Laboral en Navarra. An Sist Sanit Navar 2011; 3:419-430.

12. Ministerio de empleo y seguridad social [Web Internet]. Seguridad Social. Estadísticas, presupuestos y estudios. [consultado 20 Jun 2013].Disponible en:http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ANUARIO2011/EPR/epr03_top_EXCEL.htm
13. Kogevinas M, Castaño-Vinyals G, Rodríguez Suárez MM, Tardón A, Serra C. Estimación de la incidencia y mortalidad por cáncer laboral en España, 2002. Arch Prev Riesgos Labor 2008; 11 (4): 180-187.
14. Benavides FG, Ruiz Frutos C, García AM. Conceptos y Técnicas para la prevención de los riesgos laborales. Salud Laboral Barcelona. Masson 2006.
15. Gómez MG, Castañeda R. Enfermedades profesionales declaradas en hombres y mujeres en España en 2004. Rev Esp Salud Pública. 2006; 4: 349-360.
16. García M. ¿Y para cuándo las enfermedades profesionales? Arch Prev Riesgos Labor. 1999; 2:1-3.
17. Bofill J, Serra C, Benavides FG. La nueva lista de enfermedades profesionales, ¿qué novedades aporta respecto a la situación vigente hasta ahora? Arch Prev Riesgos Labor. 2007; 2:69-71.

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los casos analizados con sospecha firme de enfermedad profesional por parte de la Unidad de Patología L aboral del PSMAR* (n=32).

		Situación laboral		
		Activo n (%)	No activo n (%)	Total n (%)
Edad, Media (DE)**		53,7 (7,62)	70,7 (5,4)	56,8 (10,02)
Sexo				
	Hombre	18 (56,3)	6 (18,8)	24 (75,0)
	Mujer	8 (25,0)	0 (0,0)	8 (25,0)
Grupo diagnóstico				
	Osteomuscular	11 (34,4)	0 (0,0)	11 (34,4)
	Cáncer	1 (3,1)	4 (12,5)	5 (15,6)
	Hipoacusia/Sordera	13 (40,6)	2 (6,3)	15 (46,9)
	Dermatológico	1 (3,1)	0 (0,0)	1 (3,1)

*PSMAR: Parc de Salut Mar, Barcelona.

**DE: Desviación estándar

Tabla 2. Motivos por los que los trabajadores/pacientes no inician el proceso de reconocimiento de EP. (n=7)

	Motivo	**n**
Trabajadores laboralmente activos (n=5)	Por desconfianza del sistema	2
	A la espera del criterio de su abogado	1
	A la espera de gestiones sanitarias	2
Trabajadores laboralmente no activos (n=2)	Por desconocimiento de los trámites	1
	Por cambio de residencia	1

Tabla 3. Resultados del seguimiento de los pacientes con sospecha firme de enfermedad profesional (EP) que iniciaron el procedimiento para el reconocimiento de la EP (n=32).

		Trabajadores laboralmente activos		Trabajadores laboralmente No activos	
		n	**(%)**	**n**	**(%)**
EP no reconocida		8	(32,0)	1	(4,0)
EP en curso		7	(28,0)	0	-
EP reconocida:		6	(24,0)	3	(12,0)
	Mutua	1	(4,0)	0	-
	INSS	3	(12,0)	2	(8,0)
	Juzgado	2	(8,0)	1	(4,0)
Total		26	(81,3,X)	6	(18,8)

Tabla 4. Situación actual de los casos analizados con sospecha firme de enfermedad profesional (EP) por parte de la Unidad de Patología Laboral del PSMAR* por grupos diagnósticos (N=32). Mayo, 2013.

GRUPO DIAGNÓSTICO	**EP RECONOCIDAS n (%)**	**EP PENDIENTES RESOLUCIÓN n (%)**	**EP NO RECONOCIDAS n (%)**	**PROCEDIMIENTO NO INICIADO n (%)**
Osteomuscular, n= 11 (34,3%)	1 (3,1%)	4 (12,5%)	4 (12,5%)	2 (6,2%)
Cáncer, n=5 (15,6%)	4 (12,5%)	0	1 (3,1%)	0
Hipoacusia/Sordera, n=15 (46,9%)	3 (9,4%)	3 (9,4%)	4 (12,5%)	5 (15,6%)
Dermatológico, n=1 (3,1%)	1 (3,1%)	0	0	0
Total	9 (28,1%)	7 (21,9%)	9 (28,1%)	7 (21,9%)

*PSMAR: Parc de Salut Mar, Barcelona.

Figura 1: Diagrama de flujo de los procesos para el reconocimiento de una EP.

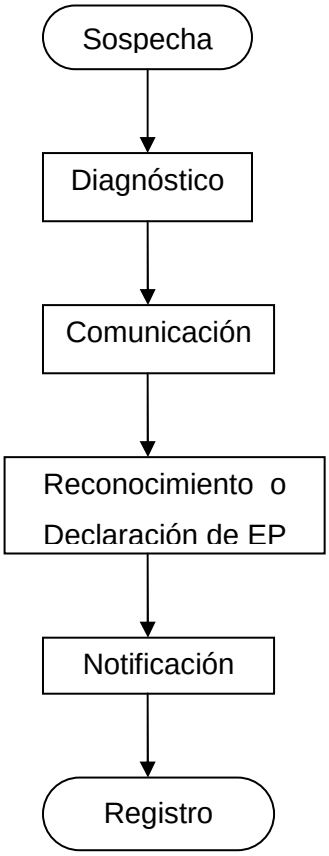


Figura 2: Diagrama de flujo del circuito de diagnóstico y reconocimiento de enfermedades profesionales de los trabajadores en activo laboralmente atendidos en la Unidad de Patología Laboral del Parc de Salut MAR (UPL)

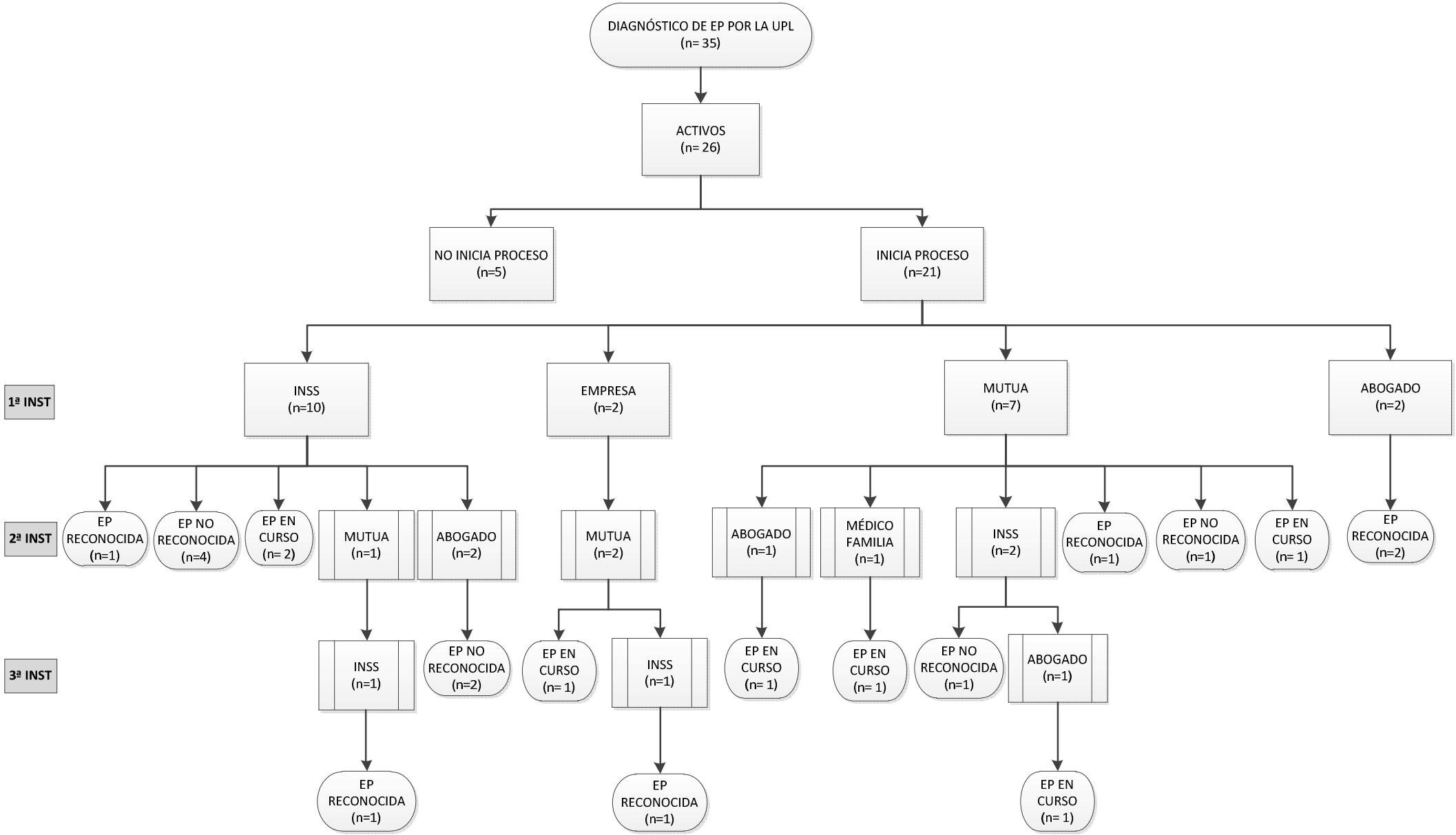
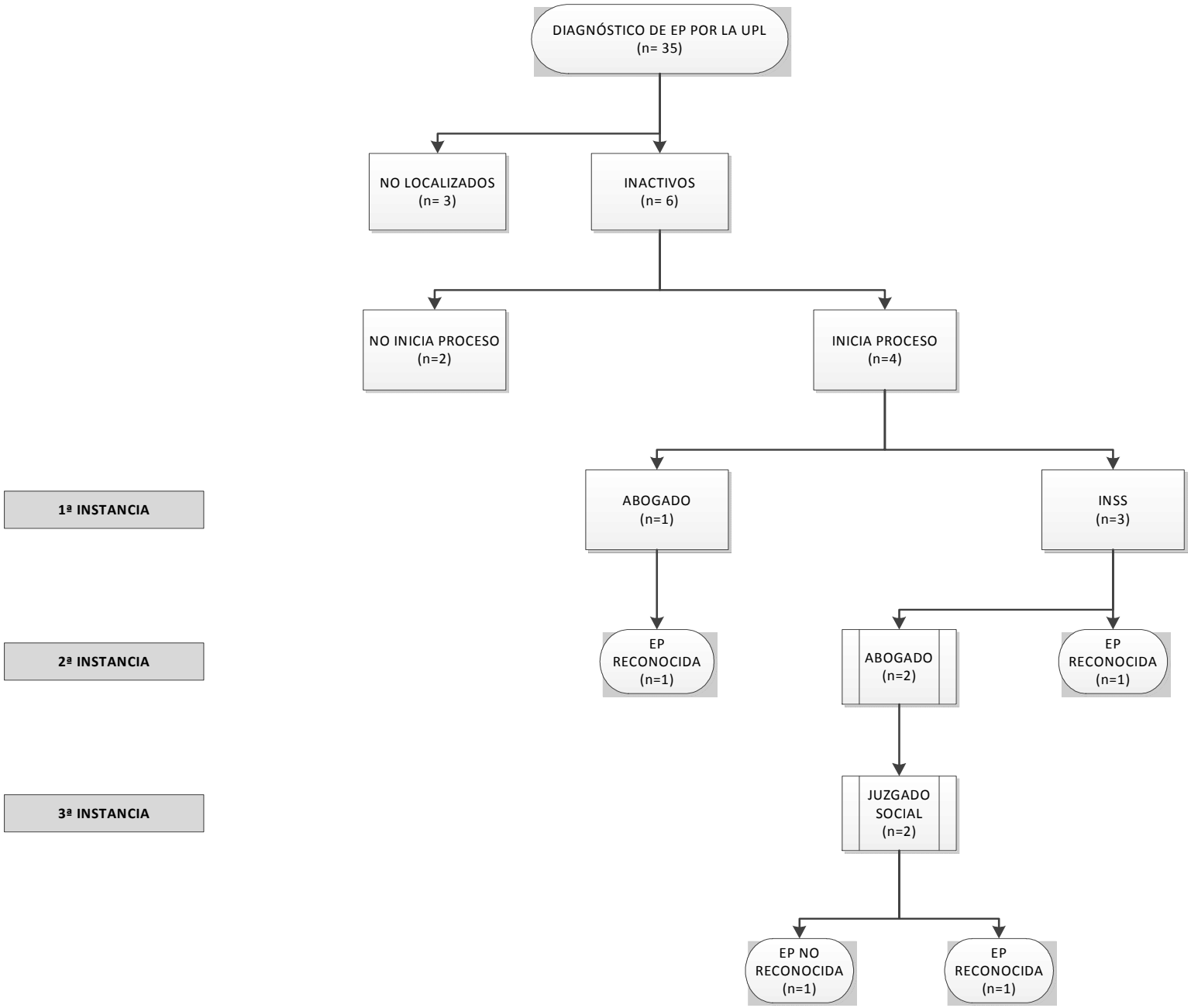


Figura 3: Diagrama de flujo del circuito de diagnóstico y reconocimiento de enfermedades profesionales de los pacientes no activos laboralmente atendidos en la Unidad de Patología Laboral del Parc de Salut MAR (UPL)



ANEXOS

ANEXO 1: Base de datos de la UPL del PSMAR.

Tablas

- ACCIONS
- CIE-9
- CONCLUSIÓ UPL
- criteris d'exclusió
- LLISTA CIE 9
- llista codi CIE
- PROCEDENCIA
- RESULTAT
- UNITAT PATOLOGIA LABO...

UNITAT PATOLOGIA LABORAL

Campo1	PROCEDENCIA	TIPO	EDA	N HISTORIA	SEX	OCUPACIÓ	ACTIVITAT DE L'EMPRESA	CI
1	ADMINISTRACIÓN AL	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	59	1519238	H	PULIDOR DE ALUMINIO	CONSTRUCCIÓN Y MANTENIMIEN	M90
2	ADMINISTRACIÓN AL	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	82	239259	H	PLANCHISTA DE AUTOMÓVILES	REPARACION DE AUTOMÓVILES	162.
3	ADMINISTRACIÓN AL	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	69	1354598	H	CARPINTERO	CARPINTERIA	160.
4	ADMINISTRACIÓN AL	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	74	510056	H	CARPINTERO	CARPINTERIA	160.
5	ADMINISTRACIÓN AL	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	48	1501727	H	DESCONOCIDA	DESCONOCIDA	188.
6	ADMINISTRACIÓN AL	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	41	190719	M	AUXILIAR DE COCINA	RESTAURACIÓN	726.
7	ADMINISTRACIÓN AL	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	72	543994	H	OPERARIO PIRELLI	NEUMÁTICOS	200.
8	ORL	INTERCONSULTA	61	484215	H	ALBAÑIL	CONTRUCCIÓN	288.
9	ADMINISTRACIÓN AL	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	78	1493978	H	OPERARIO URALITA	INDUSTRIA MANUFACTURA	162.
10	ADMINISTRACIÓN AL	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	68	1457545	H	DESCONOCIDA	DESCONOCIDA	161.
11	ADMINISTRACIÓN AL	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	64	215967	M	OPER. CADENA DE PRODUCCIÓN / JARDINERA	PERFUMERIA / JARDINERÍA	726.
12	ORL	INTERCONSULTA	52	653034	H	OPERARIO FABRICA	OPERARIO FÁBRICA TEXTIL	388.
13	ORL	INTERCONSULTA	54	303724	H	OPERARIO DE MANTENIMIENTO	MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE	288.
14	ORL	INTERCONSULTA	60	360975	H	CAMIONERO	TRANSPORTES	288.
15	ADMINISTRACIÓN AL	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	74	510905	H	MECANICO / SOLDADOR	TALLER	160.
16	REHABILITACIÓ	INTERCONSULTA	37	1566613	H	ADMINISTRATIVO	AGENCIA PUBLICIDAD	726.
17	REHABILITACIÓ	INTERCONSULTA	58	260744	H	PRACTICO SANITARIO	HOSPITAL	726.
18	ARCHIVO	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	0	584079	H	DESCONOCIDA	DESCONOCIDA	163
19	ARCHIVO	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	56	983776	H	DESCONOCIDA	DESCONOCIDA	163
20	ARCHIVO	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	0	93138	H	DESCONOCIDA	DESCONOCIDA	163
21	ARCHIVO	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	0	1501245	H	DESCONOCIDA	DESCONOCIDA	163
22	ARCHIVO	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	73	1513890	H	VENDEDOR	TEXTIL	163
23	ARCHIVO	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	65	716534	M	DESCONOCIDA	DESCONOCIDA	158
24	ARCHIVO	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	73	515507	M	DESCONOCIDA	DESCONOCIDA	158
25	ARCHIVO	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	0	1362098	M	DESCONOCIDA	DESCONOCIDA	158
26	ARCHIVO	BUSQUEDA RETROSPECTIVA	51	1486082	M	DESCONOCIDA	DESCONOCIDA	158
27	DERMATOLOGIA	INTERCONSULTA	53	595485	M	GUARDIA URBANA	CUERPOS DE SEGURIDAD	
28	DERMATOLOGIA	INTERCONSULTA	40	908086	H	PELUQUERO	PELUQUERIA	692
29	ONCOLOGIA	INTERCONSULTA	81	76019	H	MECANICO / TINTORERO	MECÁNICO/TINTORERÍA	188.
30	ORL	INTERCONSULTA	70	1108150	H	TRABAJO EN DISCOTECA	OCIO	388.

Registro: 1 de 203 Sin filtro Buscar

Tablas

- ACCIONS
- CIE-9
- CONCLUSIÓ UPL
- criteris d'exclusió
- LLISTA CIE 9
- llista codi CIE
- PROCEDENCIA
- RESULTAT
- UNITAT PATOLOGIA LABO...

UNITAT PATOLOGIA LABORAL

CIE-9	CIE-9 DESCRIPCIO	DATA REVISI	CRITERI D'EXCLUSIÓ	DATA VISITA	ACCIONS
M9050/3	MESOTELIOMA PLEURAL	10/06/2010	INCLÓS	16/06/2010	VISITA PER INFORME DE C
162.9	CARCINOMA ESCAMOSO DE PULMON	16/06/2010	EXCLOS PER DIAGNÒSTIC NO ESTUDIAT		NO PROCEDE CITA.
160.3	ADENOCARCINOMA DE ETMOIDES	24/06/2010	INCLÓS	28/06/2010	VISITA PER INFORME DE C
160.3	ADENOCARCINOMA DE FOSA NASAL-ETMOIDES	01/07/2010	INCLÓS	06/07/2010	VISITA PER INFORME DE C
188.8	CARCINOMA UROTELIAL PELVIS RENAL Y VEJIGA	06/07/2010	EXCLOS PER TABAC		NO PROCEDE CITA.
726.32	EPICONDILITIS LATERAL	24/06/2010	INCLÓS	01/07/2010	VISITA PER INFORME DE C
200.3	LINFOMA MARGINAL CUTÁNEO	01/07/2010	EXCLOS PER DIAGNÒSTIC NO ESTUDIAT		NO PROCEDE CITA.
288.12	HIPOACUSIA / TRAUMA ACÚSTICO	07/07/2010	INCLÓS	12/07/2010	VISITA PER INFORME DE C
162.3	CARCINOMA BRONCOGÉNICO	19/07/2010	EXCLOS PER DIAGNÒSTIC NO ESTUDIAT		NO PROCEDE CITA.
161.1	CARCINOMA ESCAMOSO DE CUERDAS VOCALES	19/07/2010	EXCLOS PER DIAGNÒSTIC NO ESTUDIAT		NO PROCEDE CITA.
726.32 / 726.	EPICONDILITIS LAT. EPITROCLEITIS	27/07/2010	INCLÓS	12/08/2010	VISITA PER INFORME DE C
388.12	HIPOACUSIA / TRAUMA ACÚSTICO	28/07/2010	INCLÓS	11/08/2010	VISITA PER INFORME DE C
288.12	HIPOACUSIA / TRAUMA ACÚSTICO	15/10/2010	INCLÓS	20/10/2010	VISITA PER INFORME DE C
288.1	HIPOACUSIA / TRAUMA ACÚSTICO	11/10/2010	INCLÓS	25/10/2010	VISITA PER INFORME DE C
160.08	ADENOCARCINOMA NASAL DE TIPO ENTÉRICO	14/10/2010	INCLÓS	03/11/2010	VISITA PER INFORME DE C
726.10 / 723.	TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADORES	18/10/2010	EXCLOS PER NO EXPOSICIÓ LABORAL		NO PROCEDE CITA.
726.10	TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADORES	26/10/2010	INCLÓS	02/11/2010	VISITA PER INFORME DE C
163 A 163.9	MESOTELIOMA PLEURAL	24/11/2010	EXCLOS PER MORT		NO PROCEDE CITA.
163 A 163.9	MESOTELIOMA PLEURAL	24/11/2010	EXCLÓS NO ES POSIBLE CONTACTAR		NO PROCEDE CITA.
163 A 163.9	MESOTELIOMA PLEURAL	24/11/2010	EXCLOS PER MORT		NO PROCEDE CITA.
163 A 163.9	MESOTELIOMA PLEURAL	24/11/2010	EXCLOS PER MORT		NO PROCEDE CITA.
163 A 163.9	MESOTELIOMA PLEURAL	24/11/2010	EXCLOS PER NO EXPOSICIÓ LABORAL		NO PROCEDE CITA.
158 A 158.9	LIPOSARCOMA MIXOIDE RETROPERITONEAL	24/11/2010	EXCLOS PER DIAGNÒSTIC NO ESTUDIAT		NO PROCEDE CITA.
158 A 158.9	ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRI	24/11/2010	EXCLOS PER DIAGNÒSTIC NO ESTUDIAT		NO PROCEDE CITA.
158 A 158.9	NEOPLASIA PERITONEAL	24/11/2010	EXCLOS PER MORT		NO PROCEDE CITA.
158 A 158.9	LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO	24/11/2010	EXCLOS PER DIAGNÒSTIC NO ESTUDIAT		NO PROCEDE CITA.
	LIPOATROFIA SEMICIRCULAR	03/11/2010	EXCLOS PER DIAGNÒSTIC NO ESTUDIAT	03/11/2010	REVISION DE CASO.
692	ECCEMA DE CONTACTO	12/11/2010	EXCLOS PERQUÈ RENUNCIA	12/11/2010	NO PROCEDE CITA.
188.8	CARCINOMA UROTELIAL	18/11/2010	INCLÓS	03/12/2010	VISITA PER INFORME DE C
388.12	HIPOACUSIA / TRAUMA ACÚSTICO	14/12/2010	INCLÓS	21/03/2011	VISITA PER INFORME DE C

Registro: 1 de 203 Sin filtro Buscar

ANEXO 2. Informe de contingencia de la UPL.

Unitat de Patología Laboral

Servei de Prevenció

INFORME DE CONTINGENCIA

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y apellidos:	**DNI:**	**Nº Historia clínica:**
Fecha de nacimiento:	**Nº Afiliación SS o CIF:**	**Tfno. de contacto:**
Dirección:	**Fecha de Evaluación:**	

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 39 años, intervenida quirúrgicamente el 18 febrero 2010 por una epicondilitis lateral derecha, que presenta para evaluación de contingencia.

En febrero de 2008 acudió a Urgencias del Hospital del Mar con una distensión tendinosa del antebrazo derecho, atribuida a la descarga de cajas de naranjas. Recibió tratamiento conservador y fue derivada a su mutua (FREMAP). El Servicio de Prevención de la empresa (Sodexo) hizo un estudio del accidente de trabajo y una evaluación del riesgo de la operación de descarga de frutas. Estuvo de baja de 2 a 3 semanas, tras las cual regresó a su trabajo habitual.

A partir de entonces, comienza con dolor repetido en codo y antebrazo derecho que, inicialmente, empeora a lo largo de la jornada laboral y mejora en días de descanso o cuando no está en el trabajo. La paciente no refiere antecedentes de episodios similares en trabajos anteriores. Acude a su médico de cabecera del Centro de Atención Primaria (CAP) siendo diagnosticada de epicondilitis lateral derecha y recibe tratamiento conservador, incluyendo dos infiltraciones locales con corticoesteroides, sin mejoría clínica. Por ello, en noviembre 2009,

se solicita interconsulta al servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del hospital del Mar. Durante este tiempo continúa en su trabajo habitual hasta que, en febrero 2010, se le interviene quirúrgicamente con una liberación de los radiales, seguida de tratamiento con antiinflamatorios y reposo que se prolonga hasta mediados de mayo 2010, fecha en la que regresa a su trabajo habitual.

A las dos semanas de su retorno al trabajo, comienzan de nuevo los síntomas de dolor en codo y antebrazo derecho, asociados a pérdida de fuerza de la extremidad superior derecha, hasta el punto que a veces se le caen las cosas en el trabajo. El dolor ahora es más persistente, mejorando menos que antes cuando no está en el trabajo. Por ello, solicita una visita de seguimiento con Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del Hospital del Mar, que se realiza el 14 de julio 2010, en la que se evidencia la presencia de dolor en codo derecho, que en estos momentos ha sido etiquetado de “Epicondilalgia”.

OCUPACIÓN E HISTORIA LABORAL

- Desde diciembre 2005 hasta la actualidad, trabaja para la empresa XXXXXXXXX, subcontratista del Consorci Mar Parc de Salut, en el servicio de cocina del Hospital del Mar.
- **Descripción de su trabajo actual:** trabaja a tiempo parcial, 5 horas al día, en turnos de 7 días consecutivos de trabajo seguidos de 2 días de descanso, o bien 8 días consecutivos de trabajo seguidos de 4 días de descanso. Turno de tarde (desde las 17 horas hasta las 22 horas). La operación principal de su grupo de trabajo es la preparación y limpieza de bandejas de comida para los pacientes del Hospital del Mar. Todo su trabajo se realiza de pie. posteriormente será llevado (por otro personal) a las distintas plantas del hospital.

- La jornada de trabajo se distribuye de la siguiente manera:
  - De 17h a 18h: preparación y emplatado de todo lo necesario para los postres de la cena (compotas, natillas, flanes, zumos,...) así como lo necesario para iniciar la cinta de recipientes grandes.
  - De 18 a 18:30 h: se descargan bandejas sucias procedentes de las plantas de hospitalización que contienen las meriendas que se han servido al mediodía y alguna comida que pueda haber quedado.
  - De 18:30 a 19:30 h: preparación de bandejas para la cena. En general, las tareas se realizan a lo largo de una cinta transportadora automática y

básicamente las operaciones se descomponen en las siguientes tareas: a) colocación de bandejas sobre la propia cinta (las bandejas están situadas en un carro de altura variable junto a la cinta transportadora); b) colocación de los platos limpios en la bandeja; c) emplatado de la comida en los platos (primer plato, segundo plato, postre y pan, utilizando cucharas, pinzas y tenedores grandes, realizando movimientos repetitivos de prono-supinación del antebrazo así como de flexo-extensión repetida de codo y muñeca.; d) colocación de las bandejas completadas en un carro (de altura variable, incluyendo la colocación de bandejas por encima de la altura de los hombros, y con un movimiento repetido de giro y torsión del tronco). La Sra. xxxxxxx estima que una bandeja llena puede pesar hasta unos 2 kg. Disponen de una hora para realizar estas tareas unas 350 a 450 veces. La Sra. xxxxxxxx indica que, para mantener el ritmo y cumplir el plazo de tiempo, es frecuente que los trabajadores coloquen y descoloquen hasta de 5 en 5 bandejas a la vez.
    - De 19:30 a 20 h: lavar bandejas y demás utensilios de cocina.
    - De 20 a 20:30 h: descanso para cenar.
    - De 20:30 a 21:30 h: descargar carros sucios procedentes de las plantas de hospitalización y fregar platos.
    - De 21:30 a 22 h: limpieza del área de trabajo y/o fregar cubiertos.
- Octubre de 2004 a noviembre de 2005, desempleada.
- De mayo 2004 a septiembre 2004, trabajó en la exposición del Fórum recibiendo visitantes. No trabajos repetidos, levantamiento de peso ni posturas forzadas.
- Noviembre 2002 a abril 2004, desempleada.
- Octubre 1999 a octubre 2002 trabajó en una panadería, vendiendo cara al público.
- Abril 1999 a octubre 1999, camarera.
- Julio 1997 a septiembre 1997, servicio de limpieza. Metro de Barcelona.
- Agosto 1995 a febrero 1996, desempleada.
- Febrero 1994 a agosto 1995, camarera.
- Octubre 1990 a junio 1992, autónoma. Propietaria de una tienda de variedades.
- De 1987 a 1990, limpieza de oficinas.

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

Tras su intervención quirúrgica de febrero 2010, fue dada de alta para su trabajo habitual el 18 de mayo de 2010, donde continúa trabajando.

ANTECEDENTES MÉDICOS

- “Fatiga crónica/fibromialgia” diagnosticada en marzo 2009. Tratamiento conservador. Baja por 6 meses.

- Apendicetomía, complicada con peritonitis.
- Cesárea hace 7 años.
- Ingreso hospitalario (4-5 días) hace varios años por intoxicación por alimentos.
- Fractura dedo de la mano izquierda hace 4 años, mientras empujaba un carro en el trabajo. Baja por lesión por accidente laboral (3-4 semanas).
- Fractura dedo del pie izquierdo hace 2 años, atropello por un carro en el trabajo. Baja por lesión por accidente laboral (3-4 semanas).

ANTECEDENTES FAMILIARES Y SOCIALES

Padre fallecido de cirrosis hepática. Madre vive, 62 años de edad, obesa, con hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Tres hermanos, vivos y sanos. Un hijo de 7 años, sano.

MEDICACIÓN ACTUAL

1. Paracetamol, 1 gr de 3 a 4 veces al día.
2. Epipen (adrenalina), para uso en caso de reacciones alérgicas.
3. Topamax 100 mgs. 2 veces al día.
4. Tramadol 50 mgs. 2 veces al día

ALERGIAS

Desde hace un año, alergia al marisco, confirmada mediante pruebas de alergia. Inicio con cuadro de reacción alérgica aguda, hace un año, que precisó tratamiento con adrenalina subcutánea.

HÁBITOS E HISTORIA SOCIAL

Casada, un hijo en edad escolar. El marido tiene una pescadería, pero la paciente no ha trabajado allí. Pasa las mañanas en su casa. Fumadora de 1 paquete de cigarrillos al día desde los 16 años de edad. Consumo esporádico de bebidas alcohólicas. Actividades lúdicas: viajar. No practica deporte regularmente y, en concreto, no ha jugado nunca al tenis ni al golf. Ha vivido en Barcelona desde los 5 años de edad.

ANAMNESIS POR APARATOS

Indica haber perdido unos 10 kg en el último año, no intencionadamente, y lo atribuye a uno de sus medicamentos (Topamax); en general, mantiene el apetito. Funciones digestivas y genitourinarias sin alteraciones (estreñimiento crónico).

EXAMEN FÍSICO

A fecha de 1 de julio 2010, paciente de peso normal, mentalmente alerta, coherente y que se muestra cooperadora.

Durante la exploración de la muñeca, antebrazo y codo derecho la paciente refiere dolor en el epicóndilo, que aumenta al realizar la extensión, especialmente contra resistencia de la mano y dedos del mismo lado. La paciente refiere dolor intenso al estiramiento pasivo de los músculos con el antebrazo derecho en pronación (maniobra de Cozen positiva) y la palpación del epicóndilo derecho resulta dolorosa (maniobra de Mills positiva).

La exploración de los signos de Tinel y de Phalen es negativa; no hay dolor a la palpación de las apófisis estiloides radiales y la maniobra de Finkenstein es negativa en ambas muñecas.
La exploración de ambos hombros no evidencia síntomas o signos patológicos.

DOCUMENTACIÓN REVISADA

- **Verificación de su empleo y riesgos de su puesto de trabajo:**
    - Documento de vida laboral, Ministerio de Trabajo e Inmigración. Información consistente con la historia aportada por la Sra.xxxxxxxx. Cubre el periodo 2 junio 1987 hasta la actualidad. El 1 de diciembre de 2005 inicia su trabajo actual con xxxxxxxxxxxxx.
    - Documento de Evaluación de Riesgos y Planificación Preventiva del puesto de trabajo “auxiliar de colectividades (ASL) y categorías asociadas” elaborado el 27 de mayo de 2008 por xxxxxxxxxxxx (técnico superior en prevención de riesgos laborales) del departamento de seguridad y salud de las personas de la empresa xxxxxxxx, S.A.

- **Informes médicos:**
    - Informe de Urgencias de Traumatología, Hospital del Mar. 8 febrero 2008. Es diagnosticada con “posible distensión tendinosa flexores carpo derecho”. Se le administra tratamiento conservador con antiinflamatorios, férula dorsal, sling y se la remite a control por su mutua.
    - Informe clínico. Reumatología de su CAP. 3 septiembre 2009. Diagnosticada con hiperlaxitud articular sintomática, polineuritis, fibromialgia, y síndrome de fatiga crónica asociado. Se le administra tratamiento médico y se la remite a control por el dispensario específico del Hospital de l’Esperança.
    - Solicitud de interconsulta a Traumatología (Equipo de Codo) del Hospital del Mar. 5 noviembre 2009, por “epicondilitis derecha de larga evolución con mala respuesta a tratamiento conservador”. Se pide valoración quirúrgica.
    - Informe de alta. Hospital de l’Esperança. 19 febrero 2010. Ingresada 24 horas con diagnóstico de epicondilitis derecha. Intervención quirúrgica: liberación de radiales. Como medicación al alta, se le recetan antiinflamatorios, analgésicos, omeprazol y reposo.
    - Notificación de visita con el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Parc Salut Mar, para el 14 de julio 2010.
    - Anotación del Dr. Espiga en el curso clínico de fecha 14 de julio de 2010, tras visita de la paciente en consultas externas del Servicio de COT del Hospital del Mar.

RESUMEN Y OPINIÓN

Causalidad general

- La combinación de varios factores de riesgo (movimientos repetitivos, el ejercer fuerza al levantar cargas pesadas, y las posturas forzadas) ha mostrado tener, en la literatura científica, un grado muy fuerte de evidencia como agente causal de la epicondilitis lateral (Guidelines to the Evaluation of Causation and Injury, American Medical Association, 2008).
- Tanto la epicondilitis como la epitrocleítis son reconocidas en el cuadro de enfermedades profesionales del Real Decreto 1299/2006 como enfermedades profesionales, en su Anexo 1.
- En ese mismo cuadro, las principales actividades capaces de producir tanto la epicondilitis como la epitrocleítis incluyen “trabajos que incluyan movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos de flexoextensión forzada de la muñeca…” (Actividad 01/Código 2D0201).

- Entre los factores de riesgo no laborales para los que hay fuerte evidencia de tener una relación causal con la epicondilitis/epitrocleítis están los deportes asociados a movimientos repetidos de prono-supinación del antebrazo, en especial, el tenis y el golf.

Causalidad específica

- La Sra. xxxxxxxxx presenta una larga historia de exposición a movimientos repetitivos de las extremidades superiores en su trabajo, remontándose al año 2005.En la Evaluación de Riesgos del puesto de trabajo que ocupa la Sra. xxxxxxxxx en la empresa xxxxxxx, S.A. figuran los siguientes riesgos:
    - Nº Riesgo 25: sobreesfuerzos por posturas forzadas, en las actividades de montar bandejas en cinta de emplatado, colocar cajas de género o similares en las baldas superiores de estanterías o estantes y en actividades de limpieza de estantes, superficies verticales y horizontales.
    - Nº Riesgo 26: sobreesfuerzos por movimientos repetitivos, en las actividades de montar bandejas en cinta de emplatado, vaciado de platos, separación del menaje para limpieza, secado del mismo, colocación en estantes y limpieza de estantes y superficies en general. Actividad de escurrir elementos de limpieza (mochos, bayetas…)
    - Nº Riesgo 27: sobreesfuerzos por manipulación manual de cargas en las actividades de mover bandejas, empuje y arrastre de carros con menaje y bandejeros, colocar y coger cajas de género o similares en baldas superiores de estanterías o estantes, sacar barcas y menaje del tren de lavado, traslado de cubos de fregar sin ruedas y otros equipos y herramientas, mover y colocar recipientes de grandes cantidades (producto químicos, aceite, agua,..)

- Asimismo, ha sido diagnosticada de epicondilitis lateral derecha por el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, e intervenida quirúrgicamente en febrero 2010. Este diagnostico fue precedido de un patrón de síntomas de dolor en codo y antebrazo derecho que empeoraban con la jornada de trabajo y mejoraban en días de descanso.
- Tras regresar a su trabajo habitual, que incluye tareas en donde debe realizar movimientos de prono-supinación repetidos, así como levantar repetidamente objetos de hasta 2 kg de peso de 1 a 2 horas por jornada, sus síntomas de epicondilitis han reaparecido, mejorando parcialmente cuando intenta enlentecer la marcha de las tareas, cuando levanta menos peso o cuando descansa, y para los que toma analgésicos a diario.
- Al ser evaluada de nuevo el 14 de julio de 2010 por el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), se diagnostica en el momento de la

exploración una “epicondilalgia”, dolor del antebrazo que parece ser agravado por algunas tareas de su trabajo.

- Entre sus antecedentes médicos y actividades lúdicas, no constan otros factores de riesgo científicamente demostrados como causantes de la epicondilitis.

Opinión

Por los motivos expuestos, opinamos que, en el caso de la Sra. XXXXXXX, la causa más probable de su epicondilitis lateral derecha es la larga historia de movimientos de prono-supinación repetidos contra resistencia (el peso de las herramientas de cocina, platos y bandejas) que utiliza en su trabajo desde 2005 en el servicio de cocina del Hospital del Mar.

Dada la reaparición de síntomas tras su cirugía, que empeoran con el trabajo y mejoran parcialmente cuando está alejada del trabajo o en días de descanso, se aconseja asimismo la reubicación a un puesto de trabajo donde no tenga que utilizar las extremidades superiores de esta forma.

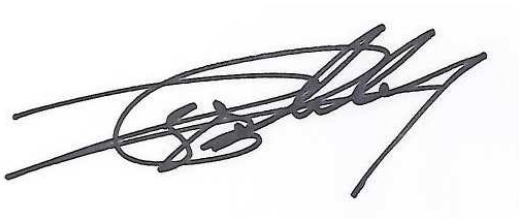
BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Melhorn JM, Ackerman WE (eds). Guides to the evaluation of disease and injury causation. American Medical Association, 2008
- Work Loss Data Institute. Official Disability Guidelines, 2009. [Accedido 2 julio 2010]. Disponible en: http://www.odg-twc.com/odgtwclist.htm
- van Rijn RM, Huisstede BM, Koes BW, Burdorf A. Associations between work-related factors and specific disorders at the elbow: a systematic literature review. Rheumatology (Oxford). 2009 May;48(5):528-36. Epub 2009 Feb 17

LUGAR Y FECHA: Barcelona, a 13 de julio de 2010

MÉDICO: José María Ramada Rodilla
ESPECIALIDAD: Medicina del Trabajo. Médico Adjunto del Servicio de Prevención.
Parc de Salut MAR. Nº DE COLEGIADO: 43996

MÉDICO: Consol Serra Pujadas
ESPECIALIDAD: Medicina del Trabajo. Jefe del Servicio de Prevención. Parc de Salut MAR. Nº DE COLEGIADO: 16658



CONSULTOR: Jordi Delclòs Clanchet
ESPECIALIDAD: Medicina del Trabajo, Neumología y Medicina Interna. CISAL – Centro de Investigación en Salud Laboral. Universidad Pompeu Fabra.

ANEXO 3. Cuestionario

NºHC: _____

Nombre: _____

Buenos días/ tardes, ¿podría hablar por favor con el Sr. /Sra. X? Soy Rosabel Garrido, de la Unidad de Patología Laboral del Hospital del Mar. Le visitó el Dr. Ramada y estoy trabajando con él. Estamos haciendo un seguimiento de todos los pacientes que han sido visitados en la Unidad y a quienes les entregamos un informe de enfermedad profesional. ¿Tiene unos 10 minutos para que le haga unas preguntas, por favor?

1. ¿Ha iniciado el procedimiento para el reconocimiento de la EP?

   a) Sí b) No, ¿por qué motivo?_____

   (Abandonar la entrevista)

2. ¿Tiene reconocida su EP?

   a) Sí b) No c) En curso

3. ¿Cuál es su situación actual del proceso?

   a) EP aceptada por la Mutua

   b) EP aceptada por INSS

   c) EP aceptada por Juzgado

   d) EP rechazada

   e) Pendiente de resolución por la Mutua

   f) Pendiente de resolución por el INSS

   g) Pendiente de resolución por el Juzgado

   h) Otros

4. ¿Cuál ha sido la primera instancia con la que contactó?

a) Mutua b) Médico de familia c) USL d) INSS

e) Juzgado de lo social f) Otros

5. ¿Cuál ha sido la segunda instancia con la que contactó?

a) Mutua b) Médico de familia c) USL d) INSS

e) Juzgado de lo social f) Otros

6. ¿Cuál ha sido la tercera instancia con la que contactó?

a) Mutua b) Médico de familia c) USL d) INSS

e) Juzgado de lo social f) Otros

7. ¿En qué fecha inició el procedimiento?

8. ¿Cuando le dieron una resolución?

9. ¿Qué limitaciones o barreras ha encontrado en el procedimiento?

10. ¿Qué le parece que ha podido facilitar el reconocimiento de su EP?

11. ¿Trabaja actualmente?

    a) Sí b) No

Observaciones: _____

_____

_____

_____

Muchas gracias.

ANEXO 3. Logística

1. Revisar la base de datos de la UPL.
2. Obtener datos sociodemográficos de la base.
3. Clasificar los trabajadores/pacientes visitados en la UPL por grupos de patologías
4. Clasificar los grupos de trabajadores/pacientes en función del resultado de la evaluación realizada en la UPL
    a) Contingencia común.
    b) Contingencia laboral:
        b.1.- Enfermedades profesionales (EEPP).
        b.2.- Enfermedades relacionadas con el trabajo.
5. Contactar telefónicamente con los trabajadores/pacientes diagnosticados de EEPP y verificar el estado actualizado de su situación:
    a) Cuantos tienen la EEPP reconocida.
    b) Cuantos han decidido no iniciar la reclamación y por qué.
    c) Cuantos han sido denegados en el reconocimiento de la EEPP.
6. Describir el circuito que ha seguido cada trabajador/paciente hasta el posible reconocimiento de EP o hasta donde ha llegado y registrar cada paso que ha dado, que puede incluir:
    a) Médico de familia
    b) Médico del trabajo de la empresa
    c) INSS
    d) Unidades de Salud Laboral
    e) ICAM.
    f) Inspección de Trabajo.
    g) Mutuas de Accidentes de trabajo