



***Alteraciones
Osteomusculares
en residencias
de la tercera edad
y centros de día***



www.ccoomadrid.es

**ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES
EN RESIDENCIAS DE LA TERCERA
EDAD Y CENTROS DE DÍA**

Primera edición: diciembre de 2017

Edita: Comisiones Obreras de Madrid

Elabora: Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid

Realiza e imprime: Unigráficas GPS

DL: M-35351-2017

El Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo colabora en esta publicación en el marco del V Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid (2017-2020) y no se hace responsable de los contenidos de la misma ni de las valoraciones e interpretaciones de sus autores. La obra recoge exclusivamente la opinión de su autor como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

V Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid (2017-2020)

Rosa, Elena, Yolanda, Melinda, Alicia, Desirée y Asunción son todas delegadas de prevención y trabajadoras de residencias de tercera edad en nuestra Comunidad, trabajadoras del cariño; sin su colaboración esta guía no hubiera visto la luz. Admiración y respeto a esta gran labor.



ÍNDICE

Presentación	7
Introducción	9
1. ¿Qué son las residencias y los centros de día?	11
Lo que las empresas “nos venden”	11
Lo que los trabajadores y trabajadoras nos cuentan	11
¿Cuáles son las funciones y tareas de los trabajadores y trabajadoras de las residencias y los centros de día?	12
Qué tienen que hacer según convenio	12
Qué nos dicen que hacen realmente	13
2. Alteraciones osteomusculares y estrés de origen laboral: ¿qué son, cómo se producen, por qué?	17
Definición del problema	17
¿Cómo puede dañar el trabajo?	18
¿Cuáles son los factores de riesgo?	20
Lesiones por esfuerzos repetitivos	20
Manejo manual de cargas y daño dorsolumbar	21
Posturas forzadas	21
Los factores de riesgo psicosocial	22
Estrés de origen laboral y trastornos musculoesqueléticos: ¿existe relación entre ellos?	23
3. ¿Qué les duele? Una imagen vale más que mil palabras	25
Pero, ¿qué es el mapeo corporal?	25
Objetivo	26
Ventajas del uso de esta técnica	26
Cómo se lleva a cabo	27
Resultados obtenidos	28
Qué les duele más y por qué	28
Lesiones dorsolumbares	28



Sobrecarga de los miembros superiores	29
Y la organización del trabajo, ¿les afecta?	29
4. Identificando los factores de riesgo ergonómicos y psicosociales en los centros de trabajo. Propuesta de intervención sindical	31
¿Cómo poner en marcha soluciones?	33
Método MAPO: evaluación del riesgo por manipulación manual de pacientes.....	37
5. Otros aspectos a tener en cuenta	43
¿Y si ya he desarrollado una lesión musculoesquelética?	43
1º. Relaciona el daño con el trabajo y verifica que se considere enfermedad profesional	43
2º. Inicia el trámite para el reconocimiento de la enfermedad profesional.....	45
3º. Por qué es importante el reconocimiento de una enfermedad como profesional.....	45
El papel de la vigilancia de la salud en los TME: estar atentos para evitar que ocurran cosas indeseadas.....	48
Información y sensibilización en el uso de ayudas técnicas	49
6. Propuestas para la mejora de las condiciones de trabajo	51
Anexo I. Formación para la reducción de lesiones osteomusculares.....	53
Anexo II. Toma conciencia: automapeo corporal	62
Anexo III. Resultados en imágenes del mapeo corporal	63

PRESENTACIÓN

No voy a descubrir nada nuevo si afirmo que durante la crisis la dependencia, cuarto pilar del Estado de Bienestar, ha sido uno de los sectores más abandonados. La financiación pública ha caído y los trabajadores y trabajadoras del cuidado son menos y peor pagados, lo cual deriva directamente en una pérdida de calidad de la atención a las personas mayores que residen en estos centros.

Además, hay que tener en cuenta que el progresivo envejecimiento de la sociedad española plantea uno de los principales retos socioeconómicos y políticos del Estado de Bienestar, ya que dibuja un escenario de nuevas necesidades sociales a las que dar respuesta para asegurar los derechos democráticos de la ciudadanía, y en el cual el papel de los y las profesionales del cuidado es indiscutible.

Desde el punto de vista de la ciudadanía es imprescindible reconocer la necesidad urgente de organizar socialmente los cuidados, porque si no lo hacemos, estaremos aumentando las desigualdades en una etapa de la vida tan vulnerable como es la de las personas mayores o dependientes.

Pero nada más lejos de la realidad; en la actualidad nos encontramos con un sector muy precario y subestimado, con bajos salarios y plantillas muy ajustadas y totalmente insuficientes, máxime si tenemos en cuenta que el perfil del usuario ha cambiado mucho en los últimos años, ya que el aumento de la esperanza de vida lleva consigo que cada vez haya más personas mayores y con un mayor grado de dependencia.

La precariedad laboral se traduce siempre, de manera inmediata, en una pérdida de salud; así, el Instituto Nacional de Salud, Seguridad y Bienestar en el Trabajo señala que la asistencia en establecimientos residenciales es una de las cinco actividades productivas más vulnerables que precisa una actividad preventiva prioritaria.

Hay que considerar que las trabajadoras de este sector ya parten, en muchas ocasiones, de una situación de desigualdad, donde el 90 por ciento son mujeres, muchas con edades superiores a los 50 años y con contratos temporales que rondan el 20 por ciento.

Los principales problemas a los que se enfrentan las trabajadoras de residencias y centros de día son una elevada exposición a riesgos ergonómicos y psicosociales. La infradotación de plantillas, la falta de ayudas mecánicas, los elevados ritmos de trabajo, los turnos excesivos, que junto con los riesgos inherentes a las propias tareas conforman un colectivo humano muy expuesto a riesgos y con gran prevalencia de dolencias de carácter musculoesquelético, y también relacionadas con el estrés.



Además, como a las tareas de los cuidados nunca se les ha dado valor, ni económico ni social, nos encontramos con que las trabajadoras de este sector están inmersas en esta desvalorización y con condiciones de trabajo precarias e invisibilizadas.

Mejorar las condiciones de trabajo de este colectivo es un reto ineludible, tanto desde el punto de vista de la salud laboral como de calidad asistencial de nuestros mayores y dependientes.

Es necesario intensificar la acción preventiva, mejorar en los diseños de los puestos de trabajo, en los espacios y lugares de trabajo, en los métodos, en la incorporación de ayudas técnicas adecuadas, en la formación e información, en una organización del trabajo más justa, y siempre con la necesaria participación de la representación sindical, que garantiza un mejor acercamiento a la realidad y a las necesidades de cambio.

Esta guía pretende ser un instrumento que ayude en este camino de mejora y que contribuya a visibilizar su realidad y ponga en valor la importancia de los cuidados y de quienes los realizan. Es una guía que parte de la percepción y de la experiencia de las trabajadoras y de nuestras delegadas de prevención, conocedoras incuestionables de la realidad del sector; a todas ellas nuestro agradecimiento por su colaboración, trabajo y dedicación.

Su realización se enmarca dentro de las actuaciones que desde CCOO de Madrid realizamos en el marco del V Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales.

Carmen Mancheño Potenciano
Secretaria de Salud Laboral de CCOO de Madrid

INTRODUCCIÓN

El incremento en la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad está originando un importante crecimiento en el porcentaje de personas mayores. Esta realidad, presente en todos los países desarrollados, también se refleja en España y en nuestra comunidad. De tal manera que la **Comunidad de Madrid ya es una población con un nivel relativamente alto de envejecimiento, y con tendencia a que el peso de las personas de 65 y más años siga creciendo**. Más aún, la proporción de población de las edades más altas –más de 85 años de edad– que crece más rápidamente que la del conjunto del grupo de 65 y más. Es lo que se denomina envejecimiento del envejecimiento o sobre-envejecimiento demográfico.

A este panorama debe añadirse la situación de dependencia en la que se encuentran estas personas por razones de enfermedad, discapacidad o limitación, que incrementa la necesidad de cuidados de esta población. Es por eso que **en los últimos años han crecido considerablemente el número de servicios sanitarios, tanto públicos como privados, destinados a cubrir las necesidades de este grupo de población en residencias geriátricas, centros de día, domicilio y hospitales geriátricos**.

En conjunto, el servicio lo presta un gran número de empresas en las que se inserta un colectivo de trabajadores/as cuyas funciones más importantes se relacionan con el tratamiento y el cuidado de los mayores, usuarios de estos servicios. En consecuencia, los riesgos laborales más importantes a los que está expuesta la población trabajadora de este sector están asociados al esfuerzo físico y el emocional, riesgos que, lejos de ser controlados, están generando serios problemas de salud, trastornos músculoesqueléticos y estrés de origen laboral, fundamentalmente.

Así lo pone de manifiesto la literatura científica que evidencia, desde el inicio de los años 70, una fuerte relación causal entre el riesgo de movilizar personas y la patología aguda y crónica del raquis lumbar. En la misma línea, numerosos estudios ubican el colectivo de la atención en residencias como uno de los más expuestos a cargas físicas, sumándosele a esto una gran presión psicosocial relacionada con el cuidado de personas en el ocaso de la vida. Dawson y cols. (2007) exponen que los profesionales de los cuidados sanitarios y asistenciales tienen una prevalencia muy alta de lesiones músculoesqueléticas, entre ellas la lumbalgia, debido a que los trabajadores/as realizan acciones técnicas potencialmente agresivas para el cuerpo como transferencias, cambios posturales, aseo y manejo en general de personas dependientes y semi-dependientes.

Comparando con otras profesiones, el personal dedicado a cuidados sanitarios tiene mayor riesgo de padecer dolor de espalda (Hofmann F y cols, 2002) y unas seis veces mayor prevalencia de lumbalgias (Cohen-Mansfield y cols, 1996).

Además, el colectivo que conforman las personas que trabajan en residencias y centros de día son, en su mayoría, mujeres. Ello incide directamente en el aumento de las lesiones músculoesqueléticas y los daños a la salud relacionados con el estrés



que éstas padecen, ya que, en tanto que mujeres, estas trabajadoras están sometidas a la doble presencia o, lo que es lo mismo, a asumir, con mayor frecuencia, las exigencias del trabajo doméstico y familiar. Esta situación incrementa el nivel de estrés y las lesiones musculoesqueléticas, pues a los requerimientos del trabajo remunerado se le suman los del trabajo doméstico y los del cuidado de las personas a su cargo, es decir, aumenta considerablemente la carga física y emocional a la que están expuestas.

La prevención de este tipo de lesiones en el ámbito laboral es uno de los grandes retos de nuestra sociedad. Por ello, esta guía pretende realizar una aproximación a la problemática concreta del colectivo de **gerocultores/as y auxiliares de enfermería** identificando todos aquellos factores de riesgo que, de no intervenir en ellos, pueden llegar a causar severos daños a la salud de estos trabajadores/as. Al mismo tiempo, intenta ayudar a los delegados y delegadas de prevención a conocer y afrontar los problemas ergonómicos y psicosociales que se plantean en los centros de trabajo y a servir de apoyo en la labor de defender el derecho a un trabajo digno, seguro y saludable.

1. ¿QUÉ SON LAS RESIDENCIAS Y LOS CENTROS DE DÍA?

Lo que las empresas “nos venden”

Si leemos la publicidad que de sí mismas hacen **las residencias** éstas se presentan como centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores que, por su situación familiar, social y/o económica, no pueden ser atendidos en sus propios domicilios y necesitan estos servicios.

Se dan a conocer como centros concebidos para atender las necesidades sociales, sanitarias y de cuidados a numerosos ancianos que, por diversas circunstancias, fundamentalmente soledad o pérdida de autonomía, precisan asegurar dichos cuidados fuera del domicilio. Esta atención se presta en ocasiones de forma temporal o de forma permanente hasta el final de la vida del residente.

Prometen que en dichos centros los cuidados son proporcionados por parte de un grupo cada vez más amplio y diverso de profesionales, teniendo cada vez más un enfoque no estrictamente custodial del usuario. Se publicitan, pues, como centros diferentes de los antiguos asilos de ancianos, donde se comprometen a prestar atención no sólo a las necesidades de cuidados básicos, alojamiento y hostelería del residente sino en la promoción de su autonomía, dignidad y desarrollo personal.

Por su parte, los centros de día se presentan como equipamientos diurnos de atención sociosanitaria donde las personas mayores con algún grado de deterioro físico o cognitivo, discapacidad sensorial y de movilidad, reciben atención especializada con una finalidad preventiva y rehabilitadora. La misión principal de estos centros es, por tanto, proporcionar a las personas mayores un apoyo técnico y especializado a través de un equipo multidisciplinar formado por personal sanitario y del ámbito social que en horario diurno desarrolla actividades y programas de salud para que las personas mayores puedan desarrollar con mayor autonomía las actividades de su vida cotidiana.

Lo que los trabajadores y trabajadoras nos cuentan

Si preguntamos a los trabajadores y trabajadoras que nos cuenten, en primera persona, su experiencia como trabajadores/as en alguna de las empresas objeto de esta guía, esto es lo que nos cuentan:

“Tengo 36 años, llevo 10 viviendo en España. Vine desde Chile a trabajar. Empecé cuidando ancianos en domicilios sin contrato y sin papeles. Me formé como auxiliar de enfermería, conseguí un contrato de trabajo en una residencia y



regularicé mi situación laboral. Mi sueño se cumplía: un contrato de trabajo, ciudadana en situación legal en España... Dos años después de trabajar en la residencia decidí cambiar de profesión. Nunca pensé que trabajar en una residencia significara tratar a los usuarios como cosas a las que hay que hacer cosas: limpiar, vestir, alimentar, acostar. El cuidado al mayor, el cariño, el trabajo para mejorar su estado físico y anímico no existían. Sólo había carreras, estrés, ansiedad, dolor en las articulaciones y cansancio. Cuando agotada y dolorida empecé a sentir que no atendía a personas sino que sólo hacía cosas con personas a las que trataba como cosas dejé la profesión. Muchos compañeros y compañeras no pueden y aguantan con su estrés y su dolor. No es justo para nosotros como trabajadores y trabajadoras y no es justo para nuestros mayores”.

“Es una profesión para la que se necesita vocación, si no, con las condiciones que tenemos de salario, el ritmo de trabajo, los turnos, la pena que supone ver cómo se muere una persona a la que has estado cuidando... ya nos habríamos buscado otra cosa. Pero si te gusta el cuidado de mayores, te sientes realizada. Ahora bien, una cosa es que tu trabajo te guste y te motive y otra cosa es que tus condiciones de trabajo te machaquen”.

¿Cuáles son las funciones y tareas de los trabajadores y trabajadoras de las residencias y los centros de día?

Qué tienen que hacer según convenio

Al personal Auxiliar de Enfermería/Geriatría le compete la realización de tareas complementarias de la asistencia sanitaria, en aquellos aspectos que no sean de la competencia exclusiva del personal auxiliar sanitario de titulación superior, y el desarrollo de actividades asistenciales (no sanitarias) psicosociales y de apoyo a la gestión doméstica, en el ámbito domiciliario y asistencial. Habitualmente se trata de funciones de apoyo a los pacientes y usuarios/as de los servicios en los que tienen un trato directo y permanente.

La jornada de un trabajador/a de este colectivo en un centro de día podría ser la siguiente¹:

- Levantar a los residentes de la cama.
- Realizar la higiene personal (duchas, lavado de residentes encamados, afeitado e higiene bucal) y vestirlos.
- Llevarlos a zonas comunes o realizar las movilizaciones pautadas por el o la fisioterapeuta.

¹ Funciones extraídas del convenio colectivo en vigor del Sector Privado de Residencias y Centros de Día para personas mayores de la Comunidad de Madrid.

- Recepcionar la comida, montar comedores y dar de comer a los residentes que lo necesiten.
- Hacer camas, recoger la ropa sucia y llevarla a la lavandería y sacar la basura de la habitación.
- Repartir y organizar en los armarios la ropa de los residentes.
- Participar en terapias con residentes (talleres programados, por ejemplo de pintura o manualidades).
- Acostar a los residentes.
- Realizar cambios posturales y cambios de pañal.
- Registrar incidencias ocurridas durante la jornada de trabajo.
- Acompañar al usuario en las salidas, paseos, gestiones, excursiones, juegos y tiempo libre en general.

Se trabaja a turnos (mañana, tarde y noche), siendo diferentes los modelos organizativos en cuanto a la distribución y duración de los turnos. También es diferente la carga de trabajo en función del nivel de dependencia del usuario/a y de la propia organización del trabajo del centro de que se trate.

Qué nos dicen que hacen realmente

En definitiva, hacen lo que por ley se les exige pero a un ritmo que no les permite hacer su trabajo como quisieran y como ellos mismos creen que debieran.

“Tienes que levantarlos de la cama, aunque no quieran y pongan resistencia, tienes que asearles y vestirlos o ayudar a que lo hagan, si están en condiciones de valerse por sí mismos, para incentivar su autonomía. Pero como no tienes tiempo, a veces acabas por vestirlos tú y los haces más dependientes y menos autónomos. Lo mismo pasa con la comida...”

“Nosotras, además de todo eso, también les damos la medicación”.

Este ritmo de trabajo viene condicionado por la ratio mínima de personal o “índice de personal” exigible por la Comunidad de Madrid para poder prestar los servicios en residencias y centros de día. En la Comunidad de Madrid esta ratio viene definida en una Orden² que se publicó al efecto. En la misma se miden las ratios de personal de atención directa, de personal general y de profesional sanitario.

² Orden por la que se desarrolla el Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al Régimen de Autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales.



La ratio de personal general mide el número de trabajadores y trabajadoras que atienden de forma directa o indirectamente a los residentes entre todos los turnos por cada residente. Así pues, en este valor, se encuentran englobados el personal sanitario, administración, servicios auxiliares, mantenimiento, lavandería, cocina, etc. que atiende las 24 horas del día en los diferentes turnos de trabajo.

De otro lado, con **la ratio de personal de atención directa** se mide el número de trabajadores y trabajadoras que atienden de forma directa a los residentes en cualquier actividad de la vida diaria durante y entre todos los turnos. Además, este personal presta apoyo en la aplicación de los servicios y programas que oferta el centro participando en la realización de las actividades, en la programación, así como en la evaluación de los resultados obtenidos. Entre ellos se puede encontrar a gerocultores/as, auxiliares de enfermería, técnicos en atención sociosanitaria, personal médico y de enfermería, terapeutas, psicólogos/as, nutricionistas, trabajadores/as sociales, etc. Quedan excluidos en esta medición el personal de limpieza, cocina, mantenimiento, recepción, administración, etc.

Por su parte, **la ratio de personal de profesionales sanitarios** incluye el número de profesionales sanitarios presentes entre todos los turnos. Entre ellos se encuentran auxiliares de enfermería, enfermeras/os, médicos/as, terapeutas, psicólogos/as, podólogos/as, nutricionistas, etc. En esta ratio se excluyen aquellos trabajadores/as que no pertenecen a la familia profesional sanitaria: gerocultores/es, personal de limpieza, cocina, trabajadores/as sociales, mantenimiento, recepción, administración.

El problema es que estas ratios están demasiado ajustadas y las empresas las conciben como un valor óptimo para la realización del trabajo y no como un índice de personal mínimo o punto de partida desde el cual, cada centro, debe establecer las medidas que mejoren el servicio que prestan a las personas usuarias del centro y las condiciones de trabajo de las personas trabajadoras.

“El problema es que está todo tan sumamente ajustado que cuando hay cualquier incidencia, ya sea una pequeña deposición fuera de lo normal, un vómito... ya no sale todo”.

“...una buena empresa es aquella que no se queda única y exclusivamente con el ratio sino que se basa realmente en las necesidades que tiene y las cubre. Qué es lo que pedimos, por ejemplo, qué menos que un responsable de planta y un gerocultor que esté apoyando porque además esa gente también descansa. No olvidemos que esa gente trabaja 10 horas y necesita un descanso. Ese es el gran problema: las ratios”.

Además, son unas ratios que están obsoletas y descontextualizadas, pues la última revisión data del año 2007. La Comunidad de Madrid lleva 10 años sin tener en cuenta la evolución en el grado de dependencia de los usuarios y por ende del cambio en sus necesidades que exige, necesariamente, un cambio en las ratios.

“No tienen en cuenta que las personas que atendemos cada vez se van deteriorando más. Y que el que empezó teniendo un cierto grado de autonomía después de X años puede acabar siendo totalmente dependiente”.

A la consideración de la ratio como un valor máximo y óptimo de personal para la realización del trabajo y de su no actualización se une el hecho de que están diseñadas sin tener en cuenta la realidad del trabajo.

“Son totalmente irreales porque te cuentan como persona los que tienen, por ejemplo, jornada reducida. Es decir, que para fijar la ratio no cuentan horas cuentan personas trabajando y da igual si trabajan dos horas, tres, siete u ocho”.

Y como colofón a esta realidad, las empresas incumplen su deber de respetar escrupulosamente, al menos, con la ratio que marca la Comunidad de Madrid.

“Qué pasa también: que mienten. Ponen como gerocultores al personal que está haciendo labores de mantenimiento, es decir, que meten como gerocultor hasta prácticamente la dirección”.



2. ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES Y ESTRÉS DE ORIGEN LABORAL: ¿QUÉ SON, CÓMO SE PRODUCEN, POR QUÉ?

Definición del problema

La Organización Mundial de la Salud define el trastorno de origen laboral como aquel que se produce por una serie de factores entre los cuales el entorno laboral y la realización del trabajo contribuyen significativamente, aunque no siempre en la misma medida, a desencadenar la enfermedad.

Algunos de los trastornos clasificados como trastornos musculoesqueléticos (TME) de origen laboral presentan signos y síntomas bien definidos, como la tendinitis de muñeca, el síndrome del túnel carpiano y la hernia discal aguda. Otros están menos definidos como, por ejemplo, las mialgias, que producen dolor, malestar, entumecimiento y sensaciones de hormigueo en el cuello o en los hombros, las extremidades superiores y la región dorsolumbar. Estos tipos de trastornos, que a veces se denominan TME de origen laboral no específicos y que no siempre se diagnostican como una patología clínica, producen deterioro físico y discapacidad.

Por lo tanto, los TME de origen laboral abarcan una amplia gama de enfermedades inflamatorias y degenerativas del sistema locomotor, entre las cuales podemos mencionar las siguientes:

- Inflamaciones de los tendones (tendinitis y tenosinovitis), en particular en el antebrazo o la muñeca, en los codos y en los hombros, que se manifiestan en profesiones con períodos prolongados de trabajo repetitivo y estático.
- Mialgias, esto es, dolor y deterioro funcional de los músculos, que se producen predominantemente en la región del cuello y los hombros y suelen darse en profesiones en las que se realiza trabajo estático.
- Compresión de los nervios (síndromes de inmovilización), que se produce especialmente en la muñeca y el antebrazo.
- Trastornos degenerativos de la columna, que afectan habitualmente al cuello o a la región dorsolumbar y se manifiestan sobre todo en personas que realizan trabajos manuales o trabajos físicos pesados. También pueden producirse en las caderas o en las articulaciones de la rodilla.



En definitiva, cuando hablamos de lesiones musculoesqueléticas nos referimos a situaciones de dolor, molestia o tensión resultante de algún tipo de lesión en la estructura del cuerpo que afecta a alguno de los siguientes elementos:

ELEMENTOS	FUNCIÓN	LESIONES
Huesos	Confieren la estructura corporal y ayudan al movimiento	Fracturas Osteoartritis (crecimiento óseo articulares)
Ligamentos	Mantienen unidos los huesos. Rodean los discos intervertebrales	Distensiones Desgarros Torceduras Hernia discal
Articulaciones	Conexiones lubricadas entre los huesos para permitir deslizarse unos sobre otros	Artritis (inflamación) Artrosis (degeneración) Luxación (por distensión ligamentosa)
Músculos	Fibras contráctiles que originan los movimientos corporales	Distensión (tiron) Desgarros
Tendones	Cordones forrados de vainas que unen los músculos a los huesos	Tendinitis (tendones) Bursitis (vainas) Tenosinovitis (ambas)
Vasos sanguíneos	Permiten el transporte de oxígeno y azúcar a los tejidos	Varices Hemorroides "Dedos blancos"
Nervios	Conectan los músculos y órganos periféricos con el cerebro	Dolor Entumecimiento Atrofia muscular

Fuente: *La prevención de riesgos en los lugares de trabajo. Guía para una intervención sindical*. ISTAS.

¿Cómo puede dañar el trabajo?

El trabajo de cuidado y atención a los usuarios de estos centros conlleva la exposición a factores de riesgo muy diversos, fundamentalmente ergonómicos y psicosociales, que si no se eliminan y/o controlan pueden provocar daños a la salud igualmente diversos y negativos, cuyos efectos pueden ser inmediatos o pueden darse a lo largo de la vida laboral.

En el caso de los riesgos ergonómicos, y dependiendo de la zona del cuerpo afectada, las lesiones más comunes que pueden llegar a desarrollar los gerocultores/as y auxiliares de enfermería son:

ZONA CORPORAL	RIESGOS DEL TRABAJO	LESIONES
Espalda	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulación de cargas • Posición mantenida • Tronco hacia delante de pie o sentado 	<ul style="list-style-type: none"> • Hernia discal • Lumbalgias • Ciática • Dolor muscular • Protusión discal • Distensión muscular • Lesiones discales
Cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Flexión o extensión constante 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Espasmo muscular • Lesiones discales
Hombros	<ul style="list-style-type: none"> • Trasladar/manipular cargas por encima de la cintura • Brazos extendidos hacia delante, en alto o hacia los lados • Codos levantados hacia los lados 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendinitis • Periartritis • BursitisCodos
Codos	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajos repetitivos de rotación de manos o de flexión/extensión de la muñeca • Sujeción de objetos por un mango 	<ul style="list-style-type: none"> • Epicondilitis o codo de "tenista"Manos
Manos	<ul style="list-style-type: none"> • Giro o flexión repetidos de muñecas • Trabajar con la muñeca doblada • Presión manual (hacer fuerza con las manos) • Manipulación de cargas 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome del túnel carpiano • Tendinitis • Entumecimiento • Distensión
Piernas	<ul style="list-style-type: none"> • Posición sentada constante • De pie constantemente 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorroides • Varices • Ciática • Pies entumecidos

Fuente: *La prevención de riesgos en los lugares de trabajo. Guía para una intervención sindical*. ISTAS.

Las lesiones músculoesqueléticas asociadas a problemas ergonómicos tienen una gravedad añadida con respecto a otros problemas del puesto de trabajo, y es que las molestias y problemas no se presentan inmediatamente, son de aparición lenta y de carácter inofensivo en apariencia, por lo que se suele ignorar el síntoma hasta que se hace crónico y aparece el daño permanente. Es muy común que los trabajadores y trabajadoras de residencias y centros de día sientan una pequeña molestia en la zona lumbar del raquis o en una muñeca, por ejemplo, especialmente después de una jornada intensa por el grado de dependencia del usuario que han tenido que movilizar, la carga de trabajo, al tener que sustituir la ausencia de un compañero/a, el ritmo, la insuficiente o inexistente ayuda mecánica, etc.



En una primera etapa esta molestia se manifiesta en forma de dolor y cansancio durante las horas de trabajo, desapareciendo fuera de éste; pese a todo, el trabajador o trabajadora no reduce el ritmo de trabajo y esta situación puede durar semanas e incluso meses. En las fases posteriores, los síntomas aparecen al empezar el trabajo y continúan por la noche, alterando el sueño y disminuyendo la capacidad de realizar movimientos repetitivos; llega a aparecer dolor incluso con movimientos no repetitivos, y se hace difícil realizar tareas, incluso las más simples. Si los problemas se detectan en la primera etapa pueden solucionarse generalmente mediante medidas ergonómicas; en etapas más avanzadas, se hace necesaria la atención médica.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

Entre los factores de riesgo que pueden llegar a ocasionar lesiones musculoesqueléticas se encuentran:

- **Factores biomecánicos**, entre los que destacan la repetitividad, la fuerza y la postura.
- **Factores psicosociales**, tales como el trabajo monótono, falta de control sobre la propia tarea, malas relaciones sociales en el trabajo, penosidad percibida o presión de tiempo.

Lesiones por esfuerzos repetitivos

Este tipo de lesiones se han convertido en uno de los problemas de desgaste más extendidos entre los trabajadores y trabajadoras debido a la fragmentación de las tareas, la introducción de nuevas tecnologías y a factores organizativos, como el aumento de los ritmos de trabajo, la supresión de pausas o las horas extraordinarias.

Afectan a distintas partes de los miembros superiores, tales como manos, muñecas, brazos y hombros, o de la región cervical, y se caracterizan porque:

- Como cualquier otro TME, pueden presentarse como una enfermedad bien definida y clínicamente objetivable (tendinitis, síndrome del túnel carpiano, neuralgia cérvico-braquial), o simplemente como dolores difusos con fatiga y sensación de impotencia funcional.
- Se producen en relación con trabajos como el de gerocultoras/es y auxiliares de enfermería, que requieren tensión muscular y movimientos repetitivos a gran velocidad de un pequeño grupo localizado de músculos o tendones.

Uno de los colectivos especialmente afectados por estos problemas es el de las mujeres trabajadoras: ellas soportan buena parte de las tareas más repetitivas.

Además, el trabajo doméstico tiene un componente repetitivo importante (lavar, fregar, planchar, barrer) que representa un riesgo adicional. Por ello, no resulta muy convincente el mito de que las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar lesiones por esfuerzos de repetición; pues lo que ocurre realmente es que además de la exposición laboral están sometidas a una “doble presencia” que les hace estar expuestas fuera y dentro del trabajo a tareas más lesionantes.

En muchas ocasiones, este tipo de lesiones se presentan acompañadas de sintomatología psíquica (ansiedad, depresión, etc.) debido a que el trabajo repetitivo es, a la vez, monótono y suele requerir un ritmo elevado que produce situaciones de estrés.

Por otra parte, la incapacidad que conlleva este tipo de lesiones, no sólo para el trabajo, sino también para otras actividades, supone situaciones de verdadera angustia sobreañadidas al dolor físico.

Manejo manual de cargas y daño dorsolumbar

El manejo manual es toda manipulación que incluya levantamiento, descenso, transporte, tracción o empuje de objetos pesados. Incluye, pues, las tareas de movilización de usuarios, higiene personal (ducha, lavado, vestimenta, etc.), hacer tareas aledañas al cuidado de aquél (hacer camas, ordenar armarios, participar en terapias con residentes, etc.).

Más de una cuarta parte de los accidentes de trabajo se relaciona con el manejo de cargas. Las lesiones de espalda que afectan a gran número de trabajadores y trabajadoras y les dejan literalmente incapacitados también tienen mucho que ver con esto.

Tradicionalmente se ha puesto el acento en la formación del trabajador o trabajadora en “técnicas de manejo seguro de cargas”, desviando una vez más el verdadero núcleo del problema: eliminar el manejo peligroso de cargas, si es posible, y en el caso de la movilización de personas implementar medidas técnicas (ayudas mecánicas, por ejemplo) y organizativas (rotación de tareas y usuarios, descansos, etc). Esta es la forma más eficaz de reducir las lesiones en el trabajo.

Posturas forzadas

Trabajar con posturas inadecuadas es también una fuente de lesiones musculoesqueléticas, tanto si se trata de posturas incómodas que sobrecargan una parte del cuerpo (la movilización de usuarios, por ejemplo) como si el trabajo obliga a mantener una misma postura todo el tiempo (bipedestación suele ser la más común entre este colectivo).



Los brazos, el cuello, la espalda y las piernas suelen ser las zonas más castigadas por problemas posturales.

Eliminar posturas forzadas, realizar pausas y poder cambiar de postura de vez en cuando reduce el riesgo considerablemente. El riesgo aparece cuando se mantienen posturas estáticas y en las que aparece alguna de las siguientes situaciones a evitar:

- Tronco inclinado.
- Rodillas flexionadas.
- Trabajo de rodillas.
- Brazos por encima de los hombros.
- Fuerza, con los brazos, superior a 10 kg.

Estas situaciones son muy comunes en el trabajo de los gerocultores/as y auxiliares de enfermería, que han de flexionar la columna repetidamente para acercarse y manipular al usuario, lavarlo, vestirlo, alcanzar objetos que no están en un plano de trabajo por encima de los hombros, etcétera.

Las molestias aparecen de manera lenta, hasta que se convierten en lesiones crónicas.

Los factores de riesgo psicosocial

En prevención de riesgos laborales los factores psicosociales son aquellos factores de riesgo para la salud que se originan en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico (reacciones endocrinas), emocional (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivo (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc.) y conductual (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.) que son conocidas popularmente como “estrés”, las cuales pueden ser precursoras de enfermedad en ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración.

Así, el estrés laboral puede acarrear consecuencias graves para el entorno de trabajo y su funcionamiento, que aún pueden tener un efecto más negativo en el personal dedicado a residencias y centros de personas dependientes. **La sobrecarga de trabajo con mala administración de los picos de ocupación, los conflictos de autoridad, la monotonía y la reiteración de algunas tareas, los problemas en las relaciones personales con los residentes o sus familiares, las desigualdades salariales, los trabajos por turnos y tareas nocturnas, los**

desajustes emocionales consecuencia de la convivencia continuada con la enfermedad y la muerte... No olvidemos que los trabajadores y trabajadoras de residencias y centros de día trabajan con personas mayores, muchas de las cuales presentan una elevada dependencia física y psicológica. Todos estos son algunos de los factores que debemos considerar.

Estrés de origen laboral y trastornos musculoesqueléticos: ¿existe relación entre ellos?

El estrés de origen laboral junto con los trastornos musculoesqueléticos son los dos principales problemas sanitarios de origen laboral en nuestro país y también se han convertido en un importante problema médico. La VII Encuesta Condiciones de Trabajo³ aporta algunos indicios de la magnitud de estos dos problemas de salud. **Las dolencias musculoesqueléticas representan el problema sanitario más frecuente seguido de los problemas de salud debidos al estrés en el trabajo⁴.**

Aunque existen pruebas que apoyan la relación entre las reacciones de estrés y los trastornos musculoesqueléticos, es difícil concluir si tales reacciones participan de un modo significativo en el desarrollo de los trastornos musculoesqueléticos, o si las reacciones de estrés que experimentan las personas que padecen trastornos musculoesqueléticos se deben sencillamente al dolor y al deterioro funcional. Existen mecanismos plausibles que apoyan la relación entre el estrés de origen laboral y los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral. La exposición a factores de riesgo físicos y psicosociales en el trabajo y sus potenciales efectos interactivos pueden provocar ciertas reacciones biológicas capaces de exacerbar los efectos del esfuerzo físico. Es posible que tales reacciones de estrés limiten las defensas y la capacidad de los sistemas orgánicos encargados de reparar el daño musculoesquelético, por lo cual la recuperación del esfuerzo puede ser más lenta.

Las reacciones de estrés de tipo emotivo y de comportamiento pueden aumentar la exposición a los factores de riesgo de trastornos musculoesqueléticos en el lugar de trabajo. Por ejemplo, una gerocultora reacciona a la presión de tiempo a la que está sometida manipulando muy rápidamente a los usuarios, lo que produce un esfuerzo físico excesivo sobre el organismo debido a la gran velocidad de los movimientos y al exceso de tensión que le produce dicha reacción.

Finalmente, las reacciones de estrés pueden incrementar la sensibilidad psicológica y física al dolor.

³ El INSHT, como órgano científico y técnico, tiene encomendada entre sus funciones más relevantes la de mantener un conocimiento actualizado de las condiciones de trabajo. Para ello, uno de los instrumentos fundamentales con los que cuenta desde el año 1987 es la Encuesta Nacional de las Condiciones de Trabajo.

⁴ *Prevención de los trastornos músculo-esqueléticas de origen laboral*. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo.



3. ¿QUÉ LES DUELE? UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS

La teoría y los estudios en el ámbito de la prevención de riesgos laborales no dejan lugar a dudas: las condiciones de trabajo en las que prevalecen las cargas física y emocional pueden provocar serios daños a la salud relacionados con los trastornos musculoesqueléticos y el estrés de origen laboral. Esos mismos estudios demuestran que sectores de actividad relacionados con el tratamiento y cuidado de mayores son uno de los más expuestos a estas condiciones de trabajo y, por tanto, donde los trabajadores y las trabajadoras tienen una peor salud física y psicológica.

No obstante, hablar de datos y estudios puede resultar frío e impersonal, aunque dichos datos y estudios nos proporcionen una información objetiva, de una validez incuestionable, pues son un fiel reflejo de la realidad. **En esta guía**, sin embargo, **hemos querido acercar esta realidad a las personas ajenas al sector dando voz a un grupo de trabajadoras que conocen, viven y sufren en primera persona lo que los datos y estudios reflejan.** Y para eso nos han contado qué les duele y con qué lo relacionan. Como se verá, lo que nos cuentan coincide plenamente con la teoría. Pero esta manera de mostrarlo creemos que lo hace más cercano, más humano y más real.

La herramienta que hemos utilizado para conocer las dolencias que padecen y su posible relación con el trabajo es una técnica cualitativa grupal denominada “mapeo corporal”.

Pero, ¿qué es el mapeo corporal?

Es una técnica en la que un grupo de trabajadores/as que desempeñan las mismas funciones señalan sobre el gráfico de una silueta humana las dolencias o daños que padecen y que, en su opinión, son provocados y/o agravados por el trabajo.

Con esta técnica, los trabajadores/as pueden recoger de manera visual los problemas de salud que sufren, compartiendo su conocimiento sobre los mismos, analizando su origen y proponiendo posibles soluciones para corregir algunos de los daños ya aparecidos y/o prevenir otros futuros.

Estas soluciones y medidas podrán extenderse a trabajadores/as que, como los participantes en la técnica del mapeo, trabajen en el mismo sector realizando idénticas o muy similares funciones.



Objetivo

Conocer la percepción que los propios trabajadores y trabajadoras tienen sobre cómo o de qué manera las condiciones de trabajo a las que se ven sometidos/as repercuten en su salud, a través de su opinión, análisis y diálogo.

Ventajas del uso de esta técnica

Una de las ventajas de esta técnica es que nos permite utilizar la experiencia subjetiva y el conocimiento de los propios trabajadores y trabajadoras para poder configurar una idea lo más detallada y real de sus condiciones de trabajo y las repercusiones sobre su estado de salud. Además, aporta más información que otras técnicas cualitativas como los cuestionarios y puede servir como un elemento más a tener en consideración en la evaluación de riesgos.

Por otra parte, el mapeo corporal es una **técnica muy adecuada para analizar las alteraciones y/o lesiones musculoesqueléticas**, siendo este tipo de dolencias las más habituales entre las trabajadoras y trabajadores de este sector.

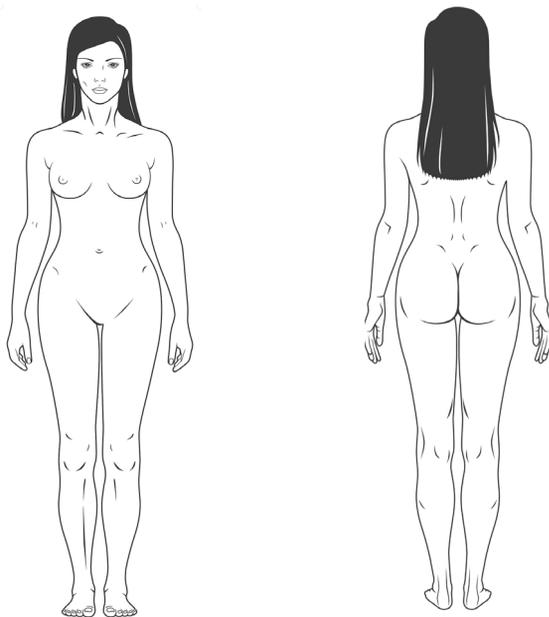
Y por último, **permite que la visibilización de los problemas de salud y el análisis de las condiciones de trabajo** que las genera sea expresados por los propios protagonistas y afectados, es decir, los trabajadores y trabajadoras objeto de esta publicación.

Otras ventajas son:

- **Es una técnica participativa y desarrolla un enfoque colectivo**, generando entre los participantes la idea de que no están solos y reforzando el sentimiento de pertenencia al grupo.
- **Fomenta la discusión y el análisis colectivo**, enriqueciendo el conocimiento de todos los participantes.
- **Permite conectar los problemas de salud con las condiciones de trabajo.**
- **Ayuda a superar barreras** de comunicación y lenguaje.
- **Es una manera de compartir problemas de salud de una manera distendida.**
- **Identifica patrones comunes de formas de enfermar en un mismo puesto de trabajo o en puestos de trabajo donde desempeñen las mismas funciones.**
- **Subraya las áreas para establecer acciones futuras** e, incluso, marcar líneas de investigación.

Cómo se lleva a cabo

1. Sobre un papel se dibujan las siluetas de un cuerpo entero (en este caso de mujer), frontal y posterior, a un tamaño por encima de las proporciones habituales y se pegan sobre una pared.
2. Se explica la dinámica a los asistentes, se le ofrece pegatinas de determinados colores asociados a problemas de salud concretos y se les pide que las coloquen en el lugar del cuerpo en el que sienten dolor, molestia o tienen una lesión y cuyo origen relacionan con el trabajo que realizan.



COLOR	PROBLEMAS DE SALUD
Rojo	TME
Azul	Otros síntomas
Amarillo	Accidentes de trabajo
Verde	Síntomas de estrés

3. A continuación se pide a los trabajadores y trabajadoras que describan qué tipos de problemas representan las pegatinas que han puesto sobre la silueta, que realicen las observaciones que deseen en relación con los patrones comunes y, por último, se intentarán consensuar acciones para emprender en el futuro en aras a

la mejora de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores y trabajadoras del sector (ver Anexo III).

Resultados obtenidos

A continuación detallamos los resultados obtenidos agrupados por temas, según las dolencias que con más frecuencia expresan los participantes, los riesgos a los que están expuestos y la problemática para que dichas dolencias sean relacionadas con el trabajo que desempeñan.

Qué les duele más y por qué

La mayor parte de los daños a la salud que sufren los trabajadores y trabajadoras de este sector son los relativos a trastornos musculoesqueléticos. Las propias trabajadoras destacan las lesiones dorsolumbares y la sobrecarga de los miembros superiores como los que más les afectan y les preocupan.

“El dolor en la espalda, en la zona lumbar, es continuo, necesito tomar antiinflamatorios a diario, si no, no podría ir a trabajar”.

Lesiones dorsolumbares

Las lesiones más comunes y costosas que sufre el colectivo de gerocultores y gerocultoras son, con mucho, las de columna vertebral y así lo destacan las participantes de esta dinámica. El origen se encuentra en las altas exigencias físicas del trabajo, esto es, en la necesidad de incorporar, sostener y desplazar a los pacientes y de manipular el equipo y los materiales, pesados o voluminosos, sin ayuda de medios auxiliares ergonómicos y sin la asistencia de otras personas. Estas actividades se realizan a menudo con posturas corporales forzadas, de difícil equilibrio y en situaciones de resistencia, consciente o no, de los pacientes a la acción de la trabajadora. Los esfuerzos por evitar la caída del paciente pueden provocar lesiones, al igual que en la adopción de posturas penosas o dolorosas, como por ejemplo, hacer las camas de los usuarios.

“Desde que me cambiaron el turno, de la espalda estoy mejor, sin embargo empiezan a dolerme los hombros y antebrazos, ten en cuenta que en el turno de noche estoy sola en mi planta, y son muchos los cambios de pañal y cambios posturales los que tengo que realizar a diario”.

Sobrecarga de los miembros superiores

Algunas de las lesiones que afectan a estos miembros pueden ser causa de enfermedades profesionales como la epicondilitis o el síndrome del túnel carpiano. Se originan cuando las tareas requieren ser realizadas de forma repetida y rápida, se han de adoptar posturas forzadas debido a las restricciones del espacio, herramientas inadaptadas que requieren esfuerzos suplementarios para su manipulación o posturas incómodas y rígidas de la mano, brazo, muñeca y codo. Condiciones que se pueden dar, por ejemplo, en las tareas de aseo e higiene personal de residentes, haciendo camas o realizando cambios posturales y cambios de pañal a usuarios encamados, operaciones que obligan a rotar, alargar y flexionar el tronco así como a mantener las muñecas en extensión o realizando inclinaciones radiales y cubitales de la misma.

“Soy correturnos, voy de planta en planta cubriendo necesidades, siempre con prisa, con poco tiempo para poder hacer mi trabajo, a veces las órdenes que recibo son contradictorias, al acabar la jornada, siento dolor y mucha presión en la cabeza, la espalda, los hombros, codos, eso me empieza a doler después, en frío...”

Y la organización del trabajo, ¿les afecta?

La tendencia a considerar la organización del trabajo como un poder exclusivo del empresario y una forma de rentabilizar recursos únicamente para obtener beneficios determina la concepción empresarial del trabajador/a como un mero instrumento para conseguir esos fines, sin tener en cuenta sus necesidades, negando su participación y relegando a las personas a obedecer órdenes y realizar tareas que han planificado otros.

Los factores psicosociales de la organización del trabajo que en, opinión de los participantes, tienen una mayor incidencia sobre la seguridad y la salud de los trabajadores y trabajadoras del sector son:

- La presión del tiempo y la sobrecarga de trabajo.
- La falta de control sobre el trabajo, la escasa claridad en las funciones y responsabilidades y la ausencia de reconocimiento.
- La doble presencia. Las mujeres, en general, y las trabajadoras de este sector en particular, están sometidas a una doble presencia que les lleva a estar expuestas a riesgos similares durante mucho más tiempo y a no descansar lo suficiente, realizando tareas similares, que comprometen los mismos grupos musculares, en el trabajo doméstico y familiar que se les asigna.
- El estrés. Esta organización del trabajo afecta a la salud de la población trabajadora a través de mecanismos que denominamos estrés, cuyas consecuencias





para la salud son muy variadas y así lo corroboran los propios protagonistas del trabajo que se analiza.

Esta forma de hacer y trabajar, no sólo genera estrés sino que también supone malestar para los y las trabajadoras, ya que sienten que no ofrecen el tiempo necesario a cada residente.

“Acabas de trabajar y, entonces, te lías con la casa, los niños, la compra...”

En el **anexo III** se presentan los resultados obtenidos sobre las imágenes utilizadas en la dinámica tras la intervención de las participantes.

4. IDENTIFICANDO LOS FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICOS Y PSICO-SOCIALES EN LOS CENTROS DE TRABAJO. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SINDICAL

Como ya hemos mencionado, en los últimos tiempos los problemas asociados a unas condiciones ergonómicas ineficientes en el puesto de trabajo están adquiriendo una importancia capital. Los trastornos de tipo musculoesquelético, relacionados estrechamente con estas deficiencias, son una clara muestra de ello. Asimismo, cada vez es más evidente la importancia de los aspectos psicosociales y organizativos del trabajo y su influencia innegable en el desempeño y salud de los trabajadores y trabajadoras. Además, cuando nos referimos a los profesionales de los centros de atención a personas dependientes en particular, estos elementos cobran especial importancia, dado que las condiciones laborales de éstos hacen que los riesgos sean mucho mayores en su caso:

- Trabajan con un mismo colectivo, las personas mayores, muchas de las cuales presentan una elevada dependencia física y psicológica.
- Llevan a cabo su trabajo en un espacio definido –la residencia o centro de día– compuesto de elementos e instalaciones similares que, por lo general, no están diseñados con criterios ergonómicos de uso que tengan en cuenta las características de los usuarios y trabajadores conjuntamente. Esta falta de criterios ergonómicos condiciona el desempeño adecuado, cómodo y saludable de las tareas por parte de los profesionales involucrados.
- La movilización de usuarios lleva asociados riesgos ergonómicos derivados de las cargas física y postural implícitas en estas tareas, agravándose con exposiciones continuadas y prolongadas en el tiempo, como son la manipulación manual de personas, las posturas forzadas o incorrectas y los sobreesfuerzos. Se entiende por movilización de personas la acción de levantar, bajar, sostener, desplazar, girar, estirar, arrastrar o empujar a una persona dependiente.

Son ejemplos de movilización las siguientes:

- Levantar y acostar al usuario en la cama.
- Cambio de posturas en personas encamadas.
- Aseo o cambio de pañal.



- Traslado a una silla o camilla.
- Empuje en sillas de ruedas o camillas.

Otro tipo de riesgos ergonómicos detectados son la realización de movimientos repetitivos y las posturas estáticas de pie del trabajador/a. Estos riesgos son muy frecuentes entre estos profesionales, produciéndoles consecuencias negativas para su salud como son la fatiga física y los ya mencionados trastornos musculoesqueléticos, en concreto lesiones dorsolumbares, causa principal de baja laboral entre estos trabajadores/as.

Dichas lesiones tienen su origen principalmente en:

- Las características de las personas a movilizar, su mayor o menor grado de discapacidad y por tanto el nivel de colaboración en la movilización.
- El entorno de trabajo. La falta de espacio para poder manejar los equipos de ayuda en las diferentes instalaciones, tanto habitaciones, baños, pasillos, etc., son elementos que pueden incidir de forma negativa en la adopción de posturas, por ejemplo.
- Los equipos de ayuda y mobiliario. El escaso número de estos equipos, así como las características inadecuadas y el mantenimiento inexistente de los que se tienen; por ejemplo, camas y camillas no regulables, sin ruedas, una grúa para varios servicios, etc.
- La organización del trabajo. El número de personas que se tienen que movilizar, el tipo de movilizaciones, la frecuencia con la que se deben realizar estas tareas, así como el número de trabajadores y trabajadoras disponibles para realizarlas.
- Ausencia de planes de formación. Cuando las trabajadoras y los trabajadores tienen formación en adopción de posturas correctas o en el manejo de los equipos de ayuda, esta formación ha sido fruto de una iniciativa aislada porque de forma generalizada no existe un plan de formación en la empresa sobre los riesgos que implican estas tareas ni sobre cómo deben y cuándo utilizar los escasos equipos de ayuda de que disponen.

Estas lesiones pueden verse agravadas por ciertas prácticas que se están dando en algunas residencias de nuestra Comunidad cuyo objetivo es el bienestar y la autonomía de los residentes y que consiste en librar de ataduras a los ancianos, que por su estado de salud o patología concreta, exista la posibilidad de que sufran una caída. Estas campañas se están implantando en los centros sin haber sido evaluadas previamente, sin una programación específica de formación para los trabajadores y trabajadoras y sin ningún tipo mejora en las instalaciones, el entorno de trabajo o equipos de ayuda y mobiliario, lo que está suponiendo un incremento de las lesiones dorsolumbares.

Por otra parte, el grupo de auxiliares es uno de los colectivos que manifiesta estar expuesto a un mayor número de factores de riesgo psicosocial. Estos riesgos tienen que ver, fundamentalmente, con altas exigencias psicológicas, pocas oportunidades para el desarrollo de las habilidades y conocimientos personales, inseguridad en el trabajo y falta de estima. A todo ello se añade, en este colectivo formado mayoritariamente por mujeres, la doble presencia en el trabajo y en el ámbito familiar, ya comentada en esta guía.

Algunas situaciones que se han detectado de manera frecuente en relación a los riesgos psicosociales son:

- En ocasiones, la organización del trabajo se hace dificultosa, debido a problemas como los siguientes:
 - Combinación de atención programada con numerosos imprevistos. Los imprevistos no suelen tener margen en la planificación de las tareas.
 - Los trabajadores perciben dificultades de reorganización cuando se producen situaciones de baja.
 - Dificultad de concentración: numerosas interrupciones.
- En su relación diaria con los residentes y con los familiares, se ven obligadas en ocasiones a esconder sus sentimientos y emociones, lo que les puede producir un importante desgaste emocional.
- Los trabajadores perciben presión externa: manifiestan situaciones de tensión con los familiares asociados a la justificación de la atención recibida y a los canales de comunicación existentes. En ocasiones pueden darse situaciones de violencia verbal o física por parte de algunos residentes, lo que causa situaciones de estrés y tensión (tanto más cuanto que a menudo estas situaciones resultan imprevisibles).

¿Cómo poner en marcha soluciones?

En general, se debe seguir el principio de ajustar el trabajo a las personas y no a la inversa. Para ello se suele recurrir a la combinación de algunas de las siguientes acciones o medidas preventivas:

- **Medidas basadas en el diseño de los puestos de trabajo:** se trata de acciones destinadas a mejorar los espacios o lugares de trabajo, los métodos de trabajo o las herramientas y maquinaria utilizadas en la realización del mismo aplicando los principios básicos de la ergonomía.
- **Medidas basadas en cambios en la organización del trabajo:** ritmos de trabajo, descansos y pausas, sistemas de pago, supervisión e instrucciones, trabajo en equipo, sistemas de rotación, cambios en la secuencia de



realización de las operaciones, etc. Estas medidas pueden reducir tanto la carga física como psíquica y deben ser tenidas en cuenta en cualquier tipo de intervención preventiva, junto a las relativas al diseño.

- **Medidas dirigidas a la mejora de los métodos de trabajo.** La información sobre los riesgos y la formación de los trabajadores/as sobre la forma correcta de realizar las tareas para prevenir las lesiones musculoesqueléticas es otro elemento a tener en cuenta. La formación y el entrenamiento son necesarios pero insuficientes por sí solos para solucionar los problemas derivados de una mala organización del trabajo o el diseño incorrecto de los espacios o herramientas de trabajo.

A continuación, te proponemos una **metodología** para intervenir en los centros de trabajo.

1. CONOCER: observa, pregunta y solicita información

Antes de actuar hay que conocer.

🗨 **Observa.** La prevención no es sólo cosa de los técnicos en prevención, sino que los trabajadores y las trabajadoras sois los verdaderos protagonistas en las relaciones laborales, capaces de detectar los riesgos de forma intuitiva y experiencial y proponer soluciones coherentes y efectivas para evitarlos y/o controlarlos.

Por tanto, lo primero que se puede hacer para conocer si existe o no un riesgo es **observar cómo se realiza el trabajo:**

- ¿Cómo se moviliza a los residentes?, ¿se dispone de ayudas mecánicas?, ¿cuántos usuarios hay que movilizar por persona y turno?, qué grado de dependencia tienen?
- Y el resto de las tareas: la higiene personal (duchas, lavado de residentes encamados, afeitado e higiene bucal) y la vestimenta. ¿Cómo se realizan, de cuánto tiempo se dispone?

Y lo mismo habría que hacer con el resto de las tareas: llevar a los usuarios a zonas comunes, realizar las movilizaciones pautadas por el fisioterapeuta, recepcionar la comida, montar comedores y dar de comer a los residentes que lo necesiten, hacer camas, recoger la ropa sucia y llevarla a la lavandería, sacar la basura de la habitación, etcétera.

🗨 **Pregunta a tus compañeros y compañeras.** Además de observar resulta interesante que preguntes a los trabajadores y trabajadoras que realizan el trabajo. Quizá tú también seas trabajador/a de esa misma tarea que pretendes conocer pero, igualmente, resulta interesante dar participación al resto de compañeros y compañeras. Sentirse escuchados mejora vuestra imagen como representantes y también incide en el grado de sensibilización que desarrollarán en la protección

de su seguridad y su salud. Además, pueden proporcionarte información adicional como si: ¿han sufrido alguna vez problemas musculoesqueléticos y/o relacionados con el estrés?, ¿vinculan el origen de esos problemas con el trabajo?, ¿hay personas consideradas especialmente sensibles por motivos de salud relacionados con las condiciones ergonómicas de su puesto?, ¿en tales casos sus condiciones de trabajo están adaptadas?

🗨️ **Solicita información a la empresa.** Pide información a la empresa sobre los accidentes de trabajo ocurridos para ver si tienen relación con el manejo manual de cargas, las posturas de trabajo, los movimientos repetitivos o los riesgos psicosociales (estrés y ansiedad, fundamentalmente). Ten en cuenta que en ese registro que solemos llamar “informe de siniestralidad”, que la empresa debe proporcionarte periódicamente, estarán contemplados sólo aquéllos accidentes que hayan sido tramitados y reconocidos como de origen laboral. Es decir, será una información incompleta, pues la realidad es que las empresas, por un lado, y las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, encargadas mayoritariamente de la gestión de las contingencias profesionales, por otro, suelen intentar no reconocer el origen laboral de las lesiones musculoesqueléticas y, sobre todo, los daños a la salud de origen psicosocial. Pese a todo, los informes de siniestralidad, aunque incompletos, te proporcionarán una aproximación a la realidad de tu empresa y evidenciarán que si hay daños a la salud relacionados con la ergonomía y la psicología, la empresa deberá actuar para evitar que haya otros y proteger la salud de los trabajadores y trabajadoras que ya han sufrido algún daño.

2. PROPONER, NEGOCIAR... Y, COMO ÚLTIMO RECURSO, DENUNCIAR

Proponer soluciones.

Con esa observación ya podemos tener información suficiente para conocer el origen del problema y **proponer soluciones** teniendo en cuenta un orden de prioridades.

Por tanto, el problema más evidente puede ser que no hay personal suficiente para sacar adelante el trabajo que se encomienda. Si a esto se le añade que no hay ayuda mecánica para las movilizaciones o que ésta no es suficiente en número, o no funciona adecuadamente, los problemas más comunes serán la falta de personal (de ahí la falta de tiempo) y/o la falta de ayuda mecánica.

Las medidas preventivas, por tanto, pasarían por disponer de personal suficiente que posibilite que se trabaje a un ritmo que permita el uso de ayudas mecánicas, disponer de dichos medios en número suficiente y que tengan un mantenimiento preventivo adecuado que garantice su uso de manera idónea en todo momento. De otra forma, la prevención será insuficiente e inadecuada: ¿para qué establecer medidas que son imposibles de adoptar si de hacerlo el trabajo no se sacaría adelante?, ¿para qué organizar jornadas de formación sobre la correcta movilización de usuarios si no hay tiempo de llevar a cabo esas pautas? Nos referimos a medidas generales que algunos servicios de prevención proponen y que son del todo inaplicables por falta de tiempo: establecer pausas, adoptar posturas adecuadas, organi-



zar el trabajo antes de realizarlo, hacer ejercicios físicos de calentamiento antes de realizar la manipulación manual de usuarios/as y de estiramiento después...

¿Para que comprar grúas si no son suficientes en número y de tanto usarlas se rompen y no se reparan a tiempo?, ¿para qué sirven las grúas si hay tantos compañeros/as de baja que no da tiempo a usarlas?

Y entonces, ¿qué hacemos?

Negociar la implantación de medidas.

Podemos negociar con la empresa, en el seno del Comité de Seguridad y Salud (CSS) si existe, o directamente con el empresario en su defecto, la implantación de medidas que solucionen el problema en el origen. Presionando, no sólo la adopción de medidas concretas (compra de ayudas mecánicas, por ejemplo y suplir las ausencias de los compañeros/as por personal sustituto), sino su cumplimiento en un plazo de tiempo que entendamos razonable. Hay que dejar plasmado por escrito, bien en acta del CSS, bien en un escrito que redactemos para tal fin, los acuerdos a los que lleguemos y el plazo de tiempo previsto para su ejecución.

¿Y si la empresa se niega a aplicar ninguna de las medidas que proponemos?

Denunciar los incumplimientos y/o **exigir que se evalúe** el riesgo ergonómico.

Sin acotar todas las posibilidades, en general, llegados a este punto tenemos dos maneras de proceder:

- acudir a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS) para **denunciar** estos incumplimientos legales: que la empresa se niega a adoptar medidas preventivas y/o supera el plazo máximo de ejecución acordado.
- **exigir** a la empresa que evalúe el riesgo ergonómico, ya que en la práctica nos encontramos con que si denunciemos el incumplimiento de evitar el riesgo en el origen y/o que la empresa se niega a adoptar medidas preventivas, es probable que la propia ITSS dicte un requerimiento, en respuesta a nuestra denuncia, exigiendo la evaluación.

3. EVALUAR

Evaluar sí, pero no como primera medida y no una vez en la vida

El artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en su apartado 1, b) establece la obligación del empresario de **evaluar los riesgos que no se puedan evitar**. Y, por otra parte, el artículo 16 determina que el empresario deberá realizar una evaluación inicial de los riesgos, que deberá actualizarse cuando cambien las condiciones de trabajo y/o se produzcan daños a la salud.

Por tanto, cuando no se llegue a un acuerdo sobre las medidas a implantar y/o la ITSS requiera que se evalúe el riesgo ergonómico se deberá llevar a cabo dicha evaluación.

4. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN

El artículo 3.2 del Reglamento de los Servicios de Prevención establece que *“el empresario deberá consultar a los representantes de los trabajadores, ... acerca del procedimiento de evaluación a utilizar...”*. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 36.2 en su apartado a) reconoce el derecho de los delegados y delegadas de prevención de *“acompañar a los técnicos en la evaluaciones...”*. Y el mismo artículo, en su apartado f), establece el derecho de los mismos a *“recabar del empresario la adopción de medidas de carácter preventivo y para la mejora de los niveles de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores...”*.

Por tanto, la norma faculta a los delegados y delegadas de prevención a participar **activamente** en el proceso de evaluación desde el mismo momento en el que se decide evaluar, eligiendo el método, primero, acompañando a los técnicos, en la toma de datos posteriormente y, por último, negociando medidas preventivas.

Cómo

Antes de elegir el método o métodos más adecuados para evaluar sería conveniente contestar a estas preguntas:

1. ¿En qué puestos de trabajo es prioritaria la mejora ergonómica?
2. ¿En qué puestos de trabajo de la empresa existe riesgo ergonómico?
3. ¿Qué características tienen los puestos de trabajo prioritarios?
4. ¿Conocemos la situación de riesgo ergonómico y la podemos evitar aplicando medidas preventivas?
5. No conocemos a fondo la situación de riesgo para poder proponer medidas preventivas eficaces, ¿realizamos una evaluación de riesgo ergonómica?

Si la respuesta a esta última pregunta es sí, tendríamos que solicitar la evaluación de riesgos. Pero, ¿a través de qué método evaluar? El método, hasta ahora, más idóneo para la movilización de personas es el MAPO.

Método MAPO: evaluación del riesgo por manipulación manual de pacientes

El **método MAPO** permite la evaluación del riesgo por **movilización de pacientes en las diferentes áreas de trabajo que se encuentran en los centros sanitarios.**



El método se puede emplear principalmente para valorar la movilización de pacientes en: hospitales, residencias de la tercera edad y residencias de enfermos crónicos.

La metodología cuantifica, de forma fiable y válida, el nivel de riesgo por movilización de pacientes en una unidad o servicio hospitalario, teniendo en cuenta los aspectos organizativos que determinan la frecuencia de manipulación por cada trabajador. Del mismo modo, el método MAPO valora el riesgo de sobrecarga biomecánica de la zona lumbar durante el traslado de pacientes en los centros hospitalarios.

Para evaluar los riesgos derivados de la manipulación manual de pacientes, según los criterios del método MAPO, se deben identificar los siguientes factores de riesgo, los cuales en su conjunto definen la exposición al riesgo:

1. La carga asistencial dada por la presencia de pacientes dependientes. Se debe considerar el número de trabajadores que realizan la movilización de pacientes presentes por turno y el número de camas a atender.
2. El tipo y grado de discapacidad motora de los pacientes. Se indica el número promedio de pacientes no autónomos parcialmente colaboradores y no colaboradores.
3. Las características estructurales del ambiente de trabajo en el centro sanitario. Ciertas características del lugar de trabajo, como la accesibilidad a las habitaciones o baños, pueden incrementar la frecuencia de movilizaciones o exigir posturas forzadas al realizarlas, aspecto que debe ser recogido al realizar la evaluación.
4. Los equipos de trabajo y su adecuación a la tarea. En este factor se considera tanto la disponibilidad numérica como la presencia o ausencia de requisitos ergonómicos de los equipos de ayuda mayores (elevadores, grúas, camas y camillas regulables) y de ayudas menores (sábanas deslizantes, cinturones ergonómicos o rollers). En este sentido, se considerará ayuda técnica aquella que cumpla los siguientes requisitos:
 - El esfuerzo biomecánico de la movilización queda reducido con el uso del equipo de ayuda.
 - La ayuda se manipula de manera correcta por el operador.
 - No pone en riesgo la seguridad del paciente.
5. La formación e información de los trabajadores sobre técnicas de movilización de pacientes. La formación por sí sola no constituye una medida preventiva eficaz, pero la ausencia de una instrucción adecuada es un factor de riesgo relevante. Será necesario por tanto desarrollar una formación periódica teórico-práctica al personal sobre las técnicas para realizar movilizaciones correctas y sobre el uso correcto de los equipos de ayuda.

Teniendo en cuenta los anteriores factores, el cálculo del índice MAPO se realizará en función de la siguiente operación:

$$(NC/OP \times FS + PC/OP \times FA) \times FC \times Famb \times FF = \text{INDEX MAPO}$$

Siendo:

NC/Op: Relación de pacientes no colaboradores por trabajador.

FS: Factor elevación, relacionado con el uso de los equipos de ayuda.

PC/Op: Proporción de pacientes parcialmente colaboradores por trabajador.

FA: Factor ayudas menores, relacionado con su utilización. FC→ Factor sillas de ruedas.

FC: Factor silla de ruedas.

Famb→ Factor instalaciones y condiciones del lugar de trabajo. FF→ Factor Formación.

FF: Factor Formación

Una vez realizado el cálculo, para cada uno de estos factores se establecerá un nivel de inadecuación ergonómica, que se clasificará, en función de las puntuaciones obtenidas, como “**Alto**”, “**Medio**” o “**Irrelevante**”.

Por último, para realizar la **evaluación inicial** de los factores de riesgo presentes en el centro sanitario y estimar en lo posible la gravedad potencial de los mismos, de cara a priorizar las medidas preventivas, será conveniente **planificar dicha evaluación para obtener**, mediante las fichas de recogida de datos, los datos concretos que requiere el método. Dicha planificación podrá organizarse del siguiente **modo**:

- **Entrevista con el superior jerárquico.**
- **Observación de la planta, de las habitaciones y del entorno de trabajo**, para verificar la información obtenida en la entrevista.
- Introducción de datos en el **Software MAPO**.
- **Propuesta de las medidas preventivas adecuadas. Seguimiento y control de su efectividad.**

Puedes encontrar más información sobre la aplicación del Método MAPO en la **NTP 907: Evaluación del riesgo por manipulación manual de pacientes: método MAPO. INSHT**⁵.

⁵ www.insht.es



Ya hemos evaluado... ¿y ahora?

El informe de evaluación de riesgos ergonómicos

Como delegado/a de prevención tienes derecho a que la empresa, a través del servicio de prevención que ha llevado a cabo la evaluación, te proporcione copia del mismo. Una vez esté en tu poder estarás en disposición de hacer una primera revisión del contenido del mismo teniendo en cuenta que, según el artículo 7 del Reglamento de los Servicios de Prevención sobre la Documentación, en todo informe de evaluación “deberán reflejarse para cada puesto de trabajo cuya evaluación ponga de manifiesto la necesidad de tomar alguna medida preventiva, los siguientes datos:

- La **identificación del puesto de trabajo**.
- El **riesgo o riesgos existentes** y la **relación de trabajadores** afectados.
- El **resultado de la evaluación** y las **medidas preventivas** procedentes.
- La **referencia de los criterios y procedimientos de evaluación y de los métodos de medición, análisis o ensayo utilizados, en los casos en que la normativa no indique o concrete los métodos que deben emplearse...**”

Estos aspectos han de aparecer, necesariamente, en la evaluación, además deberás asegurarte que dicho informe recoge fielmente la realidad de lo que se evalúa, es decir, que se contemplan los factores de riesgo arriba mencionados: la **carga asistencial** (número de pacientes dependientes y número de trabajadores/as que realizan la movilización de pacientes presentes por turno y el número de camas a atender), el **tipo y grado de discapacidad motora de los pacientes** (número promedio de pacientes no autónomos, especificando si son parcialmente colaboradores y/o no colaboradores), las **características estructurales del centro** (la accesibilidad a las habitaciones o baños, por ejemplo, espacio para realizar la movilización, etc), los **equipos de trabajo y su adecuación a la tarea** (disponibilidad o no de requisitos ergonómicos de los equipos de ayuda mayores y menores (sábanas deslizantes, cinturones ergonómicos o rollers) y la **formación e información de los trabajadores/as** recibida sobre técnicas de movilización de pacientes.

Si tras la revisión del documento detectas alguna deficiencia **puedes plantear al técnico de prevención**, en el seno del CSS o en escrito dirigido al mismo, **las dudas surgidas en dicha revisión solicitando su aclaración**. Cabe recordar que según el artículo 31. 2 del Reglamento de los Servicios de Prevención un servicio de prevención es un “conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, asesorando y asistiendo para ello al empresario, a los trabajadores y a sus representantes y a los órganos de representación especializados”.

La planificación de la actividad preventiva

“Cuando el resultado de la evaluación pusiera de manifiesto situaciones de riesgo, el empresario planificará la actividad preventiva que proceda con objeto de eliminar o controlar y reducir dichos riesgos, conforme a un orden de prioridades en función de su magnitud y número de trabajadores expuestos”.

Revisada la evaluación será el momento de negociar con el empresario (en el CSS, si lo hay, o en una reunión convocada para tal fin, en su defecto) la implantación de las medidas preventivas que se derivan del propio informe de evaluación y el plazo de ejecución.

¿Alguna duda hasta ahora?

No estás solo: CCOO, TU SINDICATO está contigo

Si tienes alguna duda o necesitas apoyo durante todo este proceso no dudes en ponerte en contacto con nosotros. En tu Federación de Sanidad, en tu comarca o en la Secretaría de Salud Laboral de Madrid tienes a tu disposición una red de asesores técnico-sindicales en salud laboral que te pueden ayudar.

Aunque esta guía esté centrada en los trastornos musculoesqueléticos, cabe mencionar el hecho de que la evaluación de riesgos en este tipo de centros no sólo debe centrarse en una evaluación ergonómica. **Existen otros tipos de riesgos laborales relacionados con la organización del trabajo que necesitan la aplicación de evaluaciones específicas**, como son las agresiones de los usuarios, tanto físicas como verbales, la carga emocional de la pérdida, el reconocimiento del trabajo, la autonomía en la ejecución del mismo, las relaciones sociales...



5. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

¿Y si ya he desarrollado una lesión musculoesquelética?

Puede suceder que algún trabajador o trabajadora de tu empresa sufra algún daño en su salud si no se ha llevado a cabo una prevención adecuada del riesgo ergonómico. En este caso es probable que los trabajadores y trabajadoras hayan desarrollado una lesión musculoesquelética. Estas lesiones no suponen un peligro para la vida, pero pueden generar un deterioro de la salud, dando lugar incluso a la incapacidad permanente de la persona trabajadora.

1º. Relaciona el daño con el trabajo y verifica que se considere enfermedad profesional

Lo primero que tendríamos que saber es si la enfermedad que la persona padece está recogida como profesional en el cuadro que a tal efecto el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales edita a través del Real Decreto Real Decreto 1299/2006. En el mismo (en el Grupo 2, agente C) se contemplan las “enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades de las bolsas serosas debida a la presión, celulitis subcutáneas” y se especifica qué enfermedades y desempeñando qué tareas pueden ocasionar estas enfermedades profesionales. A continuación se incluye un extracto del cuadro de enfermedades profesionales con las **enfermedades más comunes en el colectivo de auxiliares de enfermería y/o gerocultores/as**:

“Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas”	
Enfermedades	Trabajos
Bursitis crónica de las sinoviales o de los tejidos subcutáneos de las zonas de apoyo de las rodillas	Trabajos que requieran habitualmente una posición de rodillas mantenidas como son trabajos en minas, en la construcción, servicio doméstico, colocadores de parquet y baldosas, jardineros, talladores y pulidores de piedras, trabajadores agrícolas y similares



"Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades por fatiga e inflamación de la vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas"	
Enfermedades	Trabajos
Hombro: patología tendinosa crónica de maguito de los rotadores	Trabajos que se realicen con los codos en posición elevada o que tensen los tendones o bolsa subacromial, asociándose a acciones de levantar y alcanzar; uso continuado del brazo en abducción o flexión, como son pintores, escayolistas, montadores de estructuras
Codo y antebrazo: epicondilitis y epitrocleitis	Trabajos que requieran movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos de flexoextensión forzada de la muñeca, como pueden ser: carniceros, pescaderos, curtidores, deportistas, mecánicos, chapistas, caldereros, albañiles
Muñeca y mano: tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar (T. de Quervain), tenosinovitis estenosante digital (dedo en resorte), tenosinovitis del extensor largo del primer dedo	Trabajos que exijan aprehensión fuerte con giros o desviaciones cubitales y radiales repetidas de la mano así como movimientos repetidos o mantenidos de extensión de la muñeca
"Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: parálisis de los nervios debidos a la presión"	
Síndrome del túnel carpiano por compresión del nervio mediano en la muñeca.	Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran movimientos repetidos o mantenidos de hiperextensión e hiperflexión de la muñeca, de aprehensión de la mano como lavaderos, cortadores de tejidos y material plástico y similares, trabajos de montaje (electrónica, mecánica), industria textil, mataderos (carniceros, matarifes), hostelería (camareros, cocineros), soldadores, carpinteros, pulidores, pintores.
Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: lesiones del menisco por mecanismos de arrancamiento y compresión asociadas, dando lugar a fisuras o roturas completas.	Trabajos que requieran posturas en hiperflexión de la rodilla en posición mantenida en cuclillas de manera prolongada como son trabajos en minas subterráneas, electricistas, soldadores, instaladores de suelos de madera, fontaneros.

Aunque esta lista necesita ser actualizada teniendo en cuenta los estudios existentes sobre daños a la salud relacionados con el trabajo, las nuevas profesiones y las condiciones de trabajo, no deja de ser útil para el reconocimiento de enfermedades profesionales. Por una parte, tiene un carácter "abierto", es decir, no excluye a profesio-

nes u oficios que no están específicamente incluidos en el cuadro si se acredita que en el trabajo en cuestión están presentes los riesgos necesarios para provocar esa enfermedad. Por otra parte, **si se estima que el supuesto concreto no encaja en el cuadro de enfermedades profesionales, esto no significa que haya que tramitarse necesariamente como enfermedad común, sino que el artículo 156 de la Ley General de la Seguridad Social permite que sea considerado como accidente de trabajo**, siempre que se pruebe que la lesión ha tenido un origen laboral. En este caso, y al igual que si de una enfermedad profesional se tratara, la empresa estaría obligada a actuar individual y colectivamente, protegiendo la salud del trabajador/a afectado y evitando la aparición de daños similares en el resto de compañeros y compañeras, implantando para ello las medidas preventivas y correctoras necesarias.

2º. Inicia el trámite para el reconocimiento de la enfermedad profesional

El trabajador o la trabajadora que sufre un problema de salud que cree está relacionado con el trabajo y que aparece incluido en el cuadro de enfermedades profesionales **puede acudir directamente a la mutua** y pedir que se estudie el origen profesional de su lesión para que se declare, en su caso, la enfermedad profesional correspondiente. Ésta pedirá al empresario los datos básicos para la cumplimentación del parte de enfermedad profesional y poder así iniciar el trámite de la declaración.

Exite también la posibilidad de que el trabajador/a acuda a su médico de atención primaria o especializada, quien valorará si existen indicios de que la enfermedad pueda haber sido causada por el trabajo, y que esté recogida en el listado de EEP (enfermedades profesionales); en ese caso emitirá un diagnóstico de sospecha del posible origen laboral (con baja si el estado de salud del trabajador/a es incapacitante para el trabajo), y lo traladará a la Inspección Médica, como autoridad jerárquica directa dentro del Sistema Público de Salud. A continuación ésta trasladará a la entidad gestora encargada de la cobertura (generalmente la mutua), dicha sospecha para que emita el parte correspondiente.

Por último, el trabajador/a también **puede acceder directamente al INSS** para solicitar su pronunciamiento al respecto de la posible determinación del carácter profesional de la enfermedad.

3º. Por qué es importante el reconocimiento de una enfermedad como profesional

Por una parte, el reconocimiento de una enfermedad profesional **produce el abono de las correspondientes prestaciones de Seguridad Social** (las necesarias según el caso: Incapacidad Temporal, Incapacidad Permanente, Muerte o Supervivencia). Estas prestaciones son mejores que las que corresponden en caso de contingencias comunes; y no se exigen períodos previos de cotización.



Además, existen **otros derechos** a tener en cuenta:

Período de observación

Es la situación en la que puede encontrarse el trabajador/a durante un plazo máximo de 6 meses ampliable a un año, cuando el médico entiende que necesita ese tiempo para emitir un diagnóstico definitivo, pues se sospecha que el estado de salud de la persona puede variar durante ese periodo de observación. Durante este período pueden darse dos situaciones:

- que el trabajador/a pueda continuar con la realización de su trabajo
- que se prescriba la baja laboral pues su estado de salud no le permite estar en activo, estando en una situación asimilable a la incapacidad temporal ordinaria a efectos de cobro de salario y asistencia sanitaria.

Adaptación y/o cambio de puesto de trabajo

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) establece el **deber general del empresario de proteger la seguridad y la salud de todos los trabajadores y trabajadoras a su cargo, adaptando el trabajo a la persona** (artículo 15 LPRL) y garantizando una protección eficaz para aquellos trabajadores/as considerados “especialmente sensibles”. A este respecto el artículo 25.1 de la ley de PRL establece que “el empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo”.

Además, el empresario deberá adoptar las medidas preventivas y de protección necesarias, incluyendo, en su caso, el cambio de puesto de trabajo o función para estos trabajadores/as.

Por tanto, si a un trabajador/a se le declara una enfermedad profesional y/o desarrolla una dolencia determinada deberá acudir al Servicio Médico de vigilancia de la salud para que valore su aptitud y considere, en su caso, su especial sensibilidad. A continuación, el servicio de prevención deberá evaluar su puesto de trabajo y recomendar, junto con el Servicio Médico de vigilancia de la salud, las posibles **adaptaciones del puesto de trabajo**⁶.

Ahora bien, eso es lo que dice la Ley de Prevención en general para los casos de accidente de trabajo y enfermedad profesional, y aunque es del todo correcto, existe una norma del año 62, aún hoy en vigor, que contempla la posibilidad de que al trabajador o trabajadora que le se descubra algún síntoma de enfermedad profesional

⁶ Puedes encontrar más información sobre trabajadores especialmente sensibles en la guía de CCOO Madrid *Trabajadores Especialmente Sensibles*, que puedes descargar en www.saludlaboralmadrid.es o solicitar un ejemplar en cualquiera de nuestras sedes.

que no constituya incapacidad temporal, pero cuya progresión sea posible evitar mediante su **cambio a otro puesto de trabajo exento de riesgo**, la empresa estará obligada a facilitar dicho cambio.

En este supuesto, los médicos del Servicio de Vigilancia de la Salud deberán informar a la empresa de esta circunstancia, especificando si el cambio deberá tener carácter temporal o definitivo.

En el caso de que ese cambio de puesto a otro compatible con su estado suponga el cobro de una retribución menor de la que venía percibiendo el trabajador/a en su anterior puesto, tendrá derecho a que se le abone el salario que anteriormente venía recibiendo, excepto las retribuciones ligadas directamente a la producción que fueran exclusivas del puesto de procedencia⁶.

Cobro de recargo de prestaciones e indemnización por daños y perjuicios

Si se reconoce una **enfermedad profesional** ocasionada como consecuencia de un incumplimiento de las normas de prevención de riesgos laborales, el empresario estará obligado a abonar un recargo de las prestaciones a las que tiene derecho el trabajador/a. Esta obligación se traduce en que **el empresario tiene que abonar al trabajador/a una cuantía que supone un 30% o 50% más de la prestación a la que tiene derecho**. La fijación del porcentaje de recargo será fijada por el juez o por la Inspección de Trabajo en función de la gravedad del incumplimiento en el que incurra la empresa.

La finalidad del recargo, y su naturaleza sancionadora, permite que sea compatible con cualquier tipo de indemnización u otra acción legal que pudiera llevar a cabo el trabajador/a. Por tanto, **si se concede el recargo de prestaciones es posible que el trabajador/a pueda tener derecho a una indemnización por los daños y perjuicios** ocasionados por la enfermedad profesional, que deberá reclamar judicialmente.

La competencia para declarar la responsabilidad está atribuida al Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). La tramitación de este expediente para el reconocimiento del recargo de prestaciones puede ser iniciado por:

- La Inspección de trabajo.
- El propio trabajador/a. El procedimiento habitual es que la Inspección de Trabajo, cuando conoce de la existencia de una enfermedad profesional que puede dar lugar a un recargo por falta de medidas de seguridad, realice un informe, con una propuesta de recargo y lo remita al INSS para que éste trámite el expediente y, en su caso, acuerde el recargo. Pero para el caso de que esto no suceda, puede ser el propio trabajador/a el que solicite al INSS el citado recargo de prestaciones.



El papel de la vigilancia de la salud en los TME: estar atentos para evitar que ocurran cosas indeseadas

La vigilancia de la salud es un conjunto de procedimientos y actividades basados en la recogida y análisis de información sobre la salud de los trabajadores y las trabajadoras, cuyo principal objetivo es establecer la relación entre las condiciones de trabajo y la salud. Los datos obtenidos se utilizarán en mejora de esas condiciones a través de la actividad preventiva de la empresa.

El papel de la vigilancia de la salud, de acuerdo a los protocolos específicos adecuados, es primordial en la detección precoz de los TME, ya que por su evolución clínica peculiar, en especial los que tienen su origen en la repetición de movimientos o esfuerzo por cargas, pueden tener una sintomatología inicial imprecisa que puede pasar desapercibida. Muchos TME no suelen manifestarse de inmediato y habrá que tener presente los dolores y las molestias musculoesqueléticas como signos de alerta que permitirán una detección precoz y evitar su evolución.

Además, la vigilancia de la salud es un derecho de los trabajadores recogido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en la que se reconoce una protección eficaz de los mismos. Al tiempo que se establece que será obligación del empresario garantizar la integridad de la salud de los trabajadores a su cargo.

Esta vigilancia puede llevarse a cabo mediante reconocimientos médicos o exámenes de salud, es lo más usual, pero sólo es una de las formas posibles; hay otras, por ejemplo, encuestas de salud, controles biológicos, estadísticas de accidentes, información de enfermedades e incapacidades temporales... Todo lo que aporte datos sobre la salud de los trabajadores puede convertirse en un instrumento de vigilancia.

Entre los objetivos de la vigilancia de la salud se encuentran, al menos, estos tres:

- Identificar problemas (deficiencias o carencias) en la evaluación de riesgos, así como comprobar si las medidas preventivas evitan realmente el daño a la salud de los trabajadores y trabajadoras.
- Estudiar si las enfermedades padecidas por un colectivo de trabajadores tienen relación con el trabajo.
- Comprobar a tiempo que un trabajador está enfermando y poder actuar cuanto antes.

Debido a cómo los TME se generan y evolucionan, para poder controlarlos se hace necesario actuar desde las primeras fases de la actividad preventiva mediante la detección e identificación de aquellos factores de riesgo que puedan ser el origen de los mismos, su evaluación y la aplicación de las correspondientes medidas preventivas o correctivas necesarias.

Información y sensibilización en el uso de ayudas técnicas

Otro aspecto fundamental en la mejora de las condiciones de trabajo del personal de residencias de la tercera edad y centros de día es el correcto uso de las ayudas técnicas, ayudas que, de otra parte, todas las empresas deberían de facilitar en número suficiente a sus trabajadores/as para realizar cualquier tipo de movilización.

La ISO/TR 12296:2012 “Ergonomics. Manual handling of people in the health-care sector” define una ayuda técnica como un dispositivo de asistencia para eliminar o reducir el esfuerzo físico del cuidador o cuidadora durante el manejo de un paciente que sea no colaborador o parcialmente colaborador y subraya que la elección y utilización de las ayudas apropiadas son una parte importante de la política preventiva tanto para reducir los TME como para aumentar la calidad asistencial del paciente. Así mismo, se describen no sólo las ayudas y equipamientos sino que también se nombran las características que han de tener en función del tipo de manipulación así como las limitaciones que tienen y los beneficios que aportan.

La elección de la ayuda correcta, aparte de las condiciones ergonómicas que debe reunir, se ha de basar en los aspectos organizativos, la frecuencia de la movilización, los factores ambientales y el tipo de paciente que se ha de movilizar.

Las ayudas técnicas se pueden clasificar en “ayudas mayores”, los equipos que reducen el número de manipulaciones o la carga biomecánica inducida en alguna operación de manipulación total del peso del paciente, y “ayudas menores”, los equipos que reducen el número de manipulaciones o la carga biomecánica inducida en alguna operación de manipulación parcial del peso del paciente.

Para disminuir la carga física de este colectivo de trabajadoras/es en la movilización de residentes, las empresas deberían aplicar los principios de seguridad física y de economía de esfuerzo, teniendo en cuenta que se deberá:

- Mecanizar las movilizaciones siempre que sea posible.
- Suprimir las flexiones de tronco ubicando los objetos a manipular a nuestra altura (regulando la altura de las camas).
- En aquellas movilizaciones que no se pueden mecanizar en su totalidad, proporcionar mecanismos que permitan reducir el peso a desplazar (triángulos, barras de apoyo, ayudas menores...).

El uso de ayudas técnicas es beneficioso para el trabajador/a y para el usuario. Los beneficios para el personal que trabaja en residencias son:

- Reduce el riesgo de lesión.



- Disminuye el riesgo de recaída por problemas osteomusculares.
- Permite envejecer en mejores condiciones de salud.
- Disminuye la fatiga general y específica muscular.

Los beneficios del uso de ayudas técnicas para los usuarios son:

- Mejora la calidad de atención.
- El residente se encuentra mejor porque no se siente como una carga para el equipo.
- Se reduce el riesgo de caídas, quemaduras por fricción, dislocación o dolor en los hombros.

En la siguiente tabla podrás encontrar una serie de ayudas técnicas que se deberían utilizar en los centros de trabajo y siempre que se tenga que movilizar un residente dependiendo del perfil de este.

PERFIL DEL USUARIO	AYUDA TÉCNICA
Pacientes no colaboradores	Grúa global Polipastos Grúa de bipedestación Sábana deslizante (movilizaciones en cama) Transfer estirado Silla de ducha Bañeras
Pacientes parcialmente colaboradores	Grúa global Polipastos Grúa de bipedestación Sábana deslizante (movilizaciones en cama) Transfer estirado Silla de ducha Triángulo Cinturón ergonómico Alzas de los baños

6. PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

Ya hemos señalado que los principales problemas a los que se enfrentan los trabajadores y trabajadoras de las residencias de la tercera edad y centros de día son una elevada exposición a riesgos ergonómicos y psicosociales. La falta de recursos técnicos y humanos, los ritmos de trabajos elevados, las planillas y turnos excesivos así como los riesgos inherentes a la propia tarea muestran un colectivo humano muy expuesto a riesgos y con gran prevalencia de dolencias de carácter musculoesquelético.

Ante esta situación, algunas de las medidas tendentes a mejorar las condiciones de trabajo de este colectivo tienen que ver con:

- **Identificar y evaluar de todos los riesgos de naturaleza ergonómica y psico-social en las empresas** a través de su servicio de prevención con el objetivo de diseñar medidas preventivas que minimicen dichos riesgos. Para ello se utilizará aquellos métodos que cuenten con las garantías científicas necesarias, al ser un imperativo legal y máxime cuando ya se han detectado daños a la salud.
- **Dotar a los centros de las ayudas técnicas necesarias y suficientes** para que ningún trabajador/a tenga que realizar movilizaciones sin éstas (al menos aquellas que así estén pautadas).
- **Los equipos de trabajo deberán ser de diseño ergonómico**, por ejemplo las camas deberían ser regulables en altura y las dimensiones de las instalaciones las adecuadas.
- **Se deberán elaborar protocolos de actuación en caso de agresiones**, ya que algunos usuarios pueden presentar alteraciones conductuales y agresivas hacia el personal de contacto directo; así como un protocolo para la prevención contra el acoso moral y las situaciones de conflicto en el ámbito laboral.
- **Desarrollar planes formativos** desde los servicios de prevención y por personal cualificado para consolidar buenas prácticas de higiene postural.
- Realizar, partiendo de los resultados de la evaluación, una **vigilancia de la salud específica** con el objetivo de detectar precozmente los posibles daños a la salud derivados del trabajo.

Entre las mejoras organizativas destacarían:

- **Permitir y promover la alternancia entre tareas** con objeto de minimizar el efecto de la exposición a sobreesfuerzos.



- **Aumentar el control de las trabajadoras/es sobre su propio trabajo y permitir su participación** a la hora de organizarlo.
- **Promover el trabajo en equipo**, pues ello favorece las micropausas y por tanto, también, la recuperación muscular.
- **Proporcionar tiempos de descanso** adecuados.
- **Implicar a los mandos intermedios** en la realización de tales tareas.

Aunque el conjunto de todas estas medidas mejorarían, en mucho, las condiciones de estas trabajadoras, el principal problema del sector es que el personal asistencial de las residencias de mayores es insuficiente y los ratios de profesionales por usuario son “obsoletas” y están desactualizadas, ya que no se ha tenido en cuenta cómo evoluciona el grado de dependencia de los ancianos a lo largo del tiempo ni se ha diseñado atendiendo a la realidad de los centros; es necesario que desde la Administración se revisen los niveles de dependencia de los usuarios **para adecuar el personal a las necesidades asistenciales y se rediseñen los ratios para que en su cálculo se tengan en cuenta sólo las personas que atienden directamente a dependientes considerando, además, el número de horas que trabajan.**

Por último, instar a las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social a:

- Mayor rigor y objetividad en el reconocimiento de daños derivados del trabajo.
- Compromiso de asegurar que la protección dispensada a los trabajadores/as se lleve a cabo con las máximas garantías.
- Mejor gestión de estas entidades en tanto colaboradoras de la Seguridad Social.
- Claridad y transparencia en sus actuaciones.

ANEXO I. FORMACIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES

Escuela de espalda

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales en el artículo 19 establece que el empresario deberá garantizar que cada trabajador reciba una formación “teórica y práctica” en materia preventiva. Esta formación debería ajustarse a la realidad de cada empresa. Como ya se comentó, de nada sirve enseñar a los trabajadores y trabajadoras de un centro a utilizar ayudas mecánicas si no tienen, no funcionan o son tan pocos trabajadores/as que no les da tiempo a usarlas. Hay que tener en cuenta, además, que tampoco son iguales todas las ayudas mecánicas.

Por tanto, **la formación específica en materia preventiva no puede consistir en un curso/ taller genérico sobre el uso de grúas y manejo manual de cargas. Debería ser una formación centrada en la realidad del centro de que se trate, del uso de las ayudas mecánicas concretas con las que se cuenta e incluir formación también específica, teórica y práctica sobre hábitos de salud física e higiene postural.** En este sentido, cada vez son más las empresas que, a través de su servicio de prevención, realizan talleres teórico-prácticos sobre Escuela de Espalda.

El trabajador/a, en la mayoría de las ocasiones, no está preparado o no conoce el funcionamiento correcto de su propio cuerpo en relación a los gestos que durante años ha de ejecutar repetitivamente. Todo ello puede contribuir a la aparición de lesiones musculoesqueléticas, con la consecuente pérdida de salud. La calidad de ejercicios de estiramiento y relajación, señalando conceptos básicos de anatomía y patologías de la columna, hábitos de salud física e higiene postural adecuados puede ser muy beneficioso a la hora de proteger su seguridad y su salud.

Ahora bien, conviene insistir, de nuevo, en que de nada sirve enseñar a las personas trabajadoras cómo funciona su cuerpo y mostrarle ejercicios de estiramiento y/o relajación para hacer si no disponen de tiempo para realizarlos o las ayudas mecánicas son inexistentes. De nuevo, unas condiciones de trabajo seguras y saludables son el paso previo, necesario y obligado para proteger la seguridad y la salud. Luego vendrán la, igualmente necesaria, formación, sensibilización y concienciación en materia preventiva.

A continuación, y a modo de ejemplo, incluimos un resumen del *Taller Escuela de Espalda* realizado dentro de un *Programa para la reducción de las lesiones osteomusculares* en centros sanitarios de nuestro país y referenciado en el capítulo X de



la publicación del INSHT *Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el sector sanitario. Buenas prácticas*⁷.

El objetivo principal de este taller es el de enseñar a trabajadores y trabajadoras, de manera teórica y práctica, nociones básicas de estiramiento y relajación del sistema osteomuscular, recordando conceptos básicos de anatomía y posibles lesiones de la columna, así como hábitos de salud que mejoren la condición física y la higiene postural.

En cuanto a la metodología empleada, el Taller Escuela de Espalda consiste en una sesión presencial con una duración de dos horas en la que hay una primera parte teórica y una segunda parte práctica en la que se explican y realizan ejercicios de relajación y estiramientos del sistema osteomuscular, centrados en la columna vertebral.

La primera parte dura unos 45 minutos y se repasan conceptos teóricos mezclados con las vivencias del personal sobre:

- Factores de riesgo relacionados con el dolor de espalda.
- Conceptos básicos de patología de espalda.
- Principios básicos de biomecánica en manipulación de cargas.
- Díptico de recomendaciones para la prevención de lesiones osteomusculares (Figura 1).
- Principios de movilización de pacientes.

La segunda parte del Taller es la parte práctica del seminario, en la que se explica un total de 36 ejercicios de relajación y estiramientos. Presentados en una pantalla, primero se observa cómo es el ejercicio, se explica y se realiza una demostración de cómo hacerlo correctamente. Posteriormente, los asistentes a la sesión realizan el ejercicio supervisados por la persona que realiza la formación y corrigiéndolos si es necesario.

Para el seguimiento y al inicio de la sesión los participantes rellenarán el cuestionario de molestias osteomusculares que aparece en el folleto del INSHT “Da la espalda a los trastornos musculoesqueléticos”, tal como recoge la figura 2.

En las figuras 3, 4 y 5 se presentan los cuestionarios que deben cumplimentar los trabajadores, que son el Cuestionario de síntomas osteomusculares, el de Riesgo de lesión osteomuscular y el Test de salud total, respectivamente.

⁷ *Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el sector sanitario. Buenas prácticas.* INSHT.

Para la valoración de la efectividad en general del Programa para la Reducción de las Lesiones Osteomusculares y en particular de las sesiones del Taller Escuela de Espalda, aparte de la visita realizada a los seis meses de la sesión del taller se realizará una nueva visita al año por el Servicio de Prevención. En esta visita se volverán a repasar los conceptos explicados en la sesión del Taller de Escuela de Espalda. En esta ocasión los cuestionarios que deberán volver a rellenar los trabajadores son el Test de salud total y el Cuestionario de síntomas osteomusculares.



RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LOS TME⁷

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR PARA AUMENTAR EL TONO MUSCULAR



Hacemos presión con la mano al mismo tiempo que hacemos fuerza con la cabeza en sentido opuesto, manteniendo la posición de la cabeza. 10 segundos cada lado.



Hacemos presión con las manos en la frente al mismo tiempo que hacemos fuerza con la cabeza en sentido opuesto, manteniendo la posición de la cabeza. 10 segundos.



Hacemos presión con las manos en la parte trasera de la cabeza, al mismo tiempo que hacemos fuerza con la cabeza en sentido opuesto, manteniendo la posición de la cabeza. 10 segundos.



Ejercicio de fortalecimiento de musculatura paravertebral. Tumbado, con la espalda pegada al suelo, piernas dobladas sobre una silla, y hacer presión con los brazos hacia el suelo. 60 segundos.

EJERCICIOS DE RELAJACIÓN Y ESTIRAMIENTOS CUELLO-ESPALDA



De pie o sentados, con las manos entrelazadas por detrás de la cabeza por encima de la nuca. Tire de la cabeza para llevarla hacia abajo, sin mover el tronco, hasta que la barbilla toque el pecho. 20 segundos.



Inclinar lentamente la cabeza de derecha a izquierda. 3 veces, 5 segundos



Mover los hombros hacia arriba y hacia atrás. Y luego abajo y adelante de forma circular. Repetir en sentido contrario. 10 veces cada sentido.



Subir los hombros con los brazos caídos a lo largo del cuerpo. Bajar lo hombros (como diciendo, no sé...). 2 veces, 5 segundos cada una.

⁷ Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el sector sanitario. Buenas prácticas. INSHT.

EJERCICIOS DE RELAJACIÓN Y ESTIRAMIENTOS ESPALDA-BRAZOS



Elevar los brazos y las manos al máximo y ponerse de puntillas. 5 segundos.

Con las piernas ligeramente separadas y los brazos estirados, rotar hacia un lado y luego hacia el otro. 10 segundos con cada lado.

Con las piernas ligeramente separadas y los brazos estirados, inclinarse hacia un lado y luego hacia el otro. 10 segundos con cada lado.



Partiendo de una posición erguida, flexionar la espalda. Se puede flexionar ligeramente las rodillas. No es necesario tocar el suelo ni la punta de los pies. 20 segundos.



Tumbados con el cuerpo estirado, flexionamos una pierna sobre el pecho ayudándonos con los brazos. Aguantar 20 segundos con cada pierna. Posteriormente estiramos la pierna que teníamos flexionada bajándola hacia la cabeza. Aguantar 10 segundos con cada pierna.

EJERCICIOS DE RELAJACIÓN Y ESTIRAMIENTOS ESPALDA-BRAZOS



Con los brazos estirados, entrelazamos las manos, con las palmas de las manos hacia delante, hasta sentir una ligera tensión en los músculos del antebrazo. Realizar el estiramiento 15 segundos.



Doblar los codos, como en la imagen y entrelazar los dedos. Realizar 15 rotaciones hacia cada lado.



Con la mano izquierda, coger el brazo derecho a la altura del codo, acercarlo al pecho y tirar de él suavemente. Mantener durante 15 segundos. Repetir con el lado contrario.



Coger el codo derecho con la mano izquierda. Tirar suavemente del codo hacia atrás de la cabeza. Aguantar 10 segundos sintiendo como se estira la espalda y la zona posterior del brazo (tríceps). Repetir con el otro lado.

Cuestionario de síntomas osteomusculares

Nombre trabajador:

Puesto de trabajo actual: Fecha: __/__/__

RESPONDA EN TODOS LOS CASOS	RESPONDA SÓLO SI HA TENIDO PROBLEMAS	
Usted a tenido en los últimos 12 meses (dolor, contracturas, etc...) a nivel de	Durante los últimos doce meses ha estado incapacitado/a para su trabajo (en casa o fuera) por causa del problema.	¿Ha tenido problemas en los últimos siete días?
Cervicales / Nuca Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hombro derecho Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Brazo derecho Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Brazo izquierdo Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Codo derecho Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Codo izquierdo Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Antebrazo derecho Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Antebrazo izquierdo Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Muñeca / mano derecha Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Muñeca / mano izquierda Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Columna alta (dorso) Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Columna baja (lumbares) Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cadera derecha Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cadera izquierda Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Muslo derecho Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Muslo izquierdo Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Rodilla derecha Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Rodilla izquierda Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Pierna derecha Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Pierna izquierda Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tobillo / pie derecho Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tobillo / pie izquierdo Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Riesgo de lesión osteomuscular-anamnesis

Nombre trabajador:

Puesto de trabajo actual: Fecha: ___/___/___

A su parecer en su puesto de trabajo existen:

POSTURAS FORZADAS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MANIPULACIÓN DE CARGAS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MOVILIZACIÓN DE PACIENTES	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de las siguientes?

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Hiperuricemia mantenida o gota	<input type="checkbox"/> Osteomalacia
<input type="checkbox"/> Colagenosis	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	

¿Ha padecido fracturas, fisuras o traumatismos graves?

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad a nivel articular?

<input type="checkbox"/> Artrosis
<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Hernia discal
<input type="checkbox"/> Otras

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad a nivel muscular?

<input type="checkbox"/> Contracturas
<input type="checkbox"/> Calambres
<input type="checkbox"/> Rotura de fibras
<input type="checkbox"/> Otras

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de las siguientes en hombros y cuello?

Tendinitis del manguito de los rotadores	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Síndrome de estrecho torácico o costoclavicular	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Síndrome cervical por tensión	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otras	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿Cuáles?

En brazo y codo:

Epicondilitis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Eptrocleititis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Síndrome del pronador redondo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Síndrome del túnel cubital	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otras	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿Cuáles?

En mano y muñeca

Tendinitis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tenosinovitis (Ej.: Síndrome de De Quervain)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dedo en gatillo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Síndrome del canal de Guyon	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Síndrome del túnel carpiano	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otras	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿Cuáles?



Vigilancia de la salud de los trabajadores: test de salud total

Nombre trabajador:

Puesto de trabajo actual: Edad Fecha: ___ / ___ / ___

Conteste según haya experimentado o no cada uno de los síntomas que se relacionan, en los últimos tres meses:

1. Su apetito es en general..... Malo Bueno
2. ¿Sufre acidez de estómago más de una vez por semana? SÍ NO
3. ¿Sufre dolor de cabeza?A menudo A veces Nunca
4. Últimamente ¿le cuesta dormir o duerme mal?A menudo A veces Nunca
5. Últimamente ¿su memoria le responde satisfactoriamente? SÍ NO
6. En general ¿está de mal humor? SÍ NO
7. Últimamente ¿ha tenido nerviosismo, irritabilidad o tensión? SÍ NO
8. ¿Tiene tendencia a preocuparse?..... SÍ NO
9. ¿Se siente invadido por una sensación brusca de calor?..... SÍ NO
10. Últimamente ¿ha tenido sensación de ahogo o sofoco sin haber hecho ningún esfuerzo físico?..... SÍ NO
11. Últimamente ¿tiene sensación de pesadez de cabeza o nariz tapada SÍ NO
12. ¿Tiene momentos de tal inquietud que no puede quedarse quieto? SÍ NO
13. Últimamente ¿tiene sensación de fatiga?..... SÍ NO
14. ¿Ha pasado días, semanas o meses durante los cuales no ha tenido ganas de ocuparse de nada?..... SÍ NO
15. ¿Ha sufrido palpitaciones?..... SÍ NO
16. ¿Ha sufrido algún desvanecimiento? SÍ NO
17. ¿Siente sudores fríos?..... SÍ NO
18. ¿Le tiemblan las manos hasta tal punto que le molestan?..... SÍ NO
19. ¿Tiene preocupaciones hasta tal punto que se encuentra mal físicamente? SÍ NO
20. ¿Se siente aislado o solo aún estando entre amigos? SÍ NO
21. ¿Tiene la impresión de que todo le sale mal? SÍ NO
22. ¿Tiene a veces la impresión de que nada vale la pena? SÍ NO

Ejercicios de estiramiento y relajación

Igual que hicimos en el apartado anterior hemos querido incluir en éste los ejercicios que se incluyen como Recomendaciones para la Prevención de los TME incluidas, igualmente, en el capítulo X de la publicación del INSHT a la que hemos aludido anteriormente.

EJERCICIOS DE RELAJACIÓN Y ESTIRAMIENTOS



Elevar los brazos y las manos al máximo y ponerse de puntillas. 5 segundos



Con las piernas ligeramnete separadas y los brazos estirados, rotar hacia un lado y luego hacia el otro. 10 segundos con cada lado



Con las piernas ligeramnete separadas y los brazos estirados, inclinarse hacia un lado y luego hacia el otro. 10 segundos con cada lado

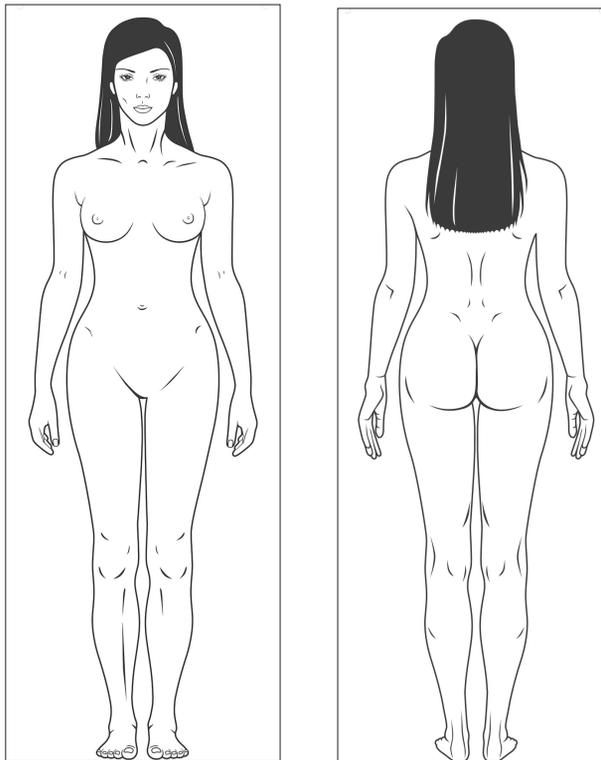
ANEXO II. TOMA CONCIENCIA: AUTOMAPEO CORPORAL

Un mejor conocimiento de nuestro cuerpo y del movimiento corporal conlleva un menor desgaste, pues nos permite escuchar a nuestro cuerpo y saber cuando un movimiento es dañino antes de lastimarnos. Si al movernos somos capaces de detectar rápidamente una molestia seremos también capaces de corregirla y no esperar a que duela.

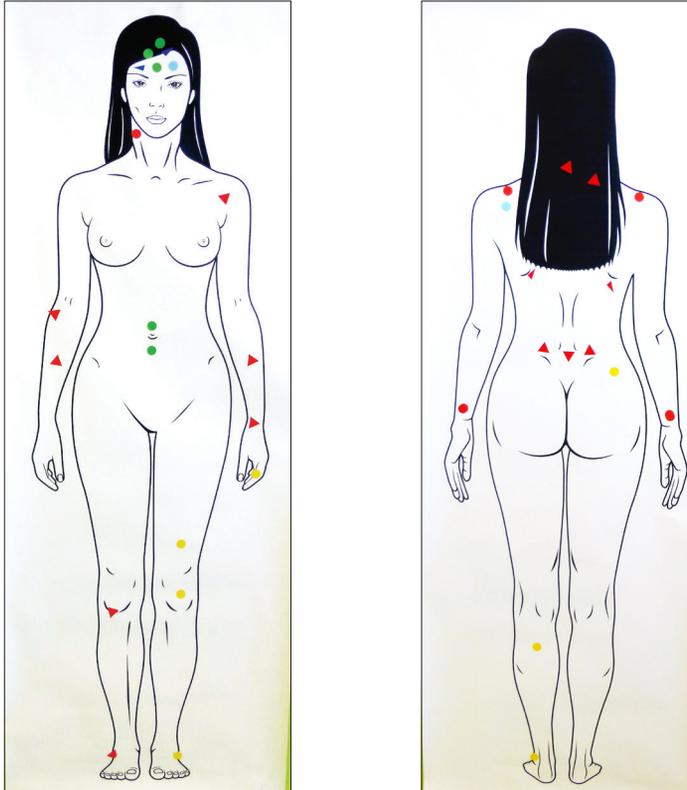
De la misma manera, una mayor conciencia de las molestias corporales que ya padecemos y un conocimiento de las condiciones de trabajo que las motivan nos sirve para proteger nuestra seguridad y nuestra salud.

A continuación te proponemos un **chequeo rápido de tu estado de salud** a través de tus síntomas señalando en la siguiente silueta las dolencias o los daños que padeces y que, en tu opinión, son provocados y/o agravados por el trabajo.

SEÑALA en el siguiente esquema las partes del cuerpo que te duelen.



ANEXO III. RESULTADOS EN IMÁGENES DEL MAPEO CORPORAL



Ante cualquier duda llámanos
**EQUIPO DE ASESORAMIENTO
EN SALUD LABORAL**

C/ Pedro Unanue, 14 28045 Madrid
Teléfono: 91 536 52 12 (Ext. 5212)
www.saludlaboralmadrid.es
slmadrid@usmr.ccoo.es



Instituto Regional de Seguridad
y Salud en el Trabajo
CONSEJERÍA DE ECONOMÍA,
EMPLEO Y HACIENDA

Comunidad de Madrid

