



MINISTERIO  
DE HACIENDA



PARQUE  
MÓVIL DEL  
ESTADO

SUBDIRECCIÓN GENERAL  
DE RECURSOS HUMANOS

# PROTOCOLOS DE VIGILANCIA DE LA SALUD PME 2019



• 2018 •

meps<sup>2</sup>

TOP 25

Premio Asepeyo 2017  
a las mejores prácticas preventivas





## Índice

<b>1.- CUADRO DE PROTOCOLOS DE VIGILANCIA DE LA SALUD PME 2018.....</b>	<b>3</b>
<b>2.- VIGILANCIA MÉDICA DEL PERSONAL TRABAJADOR DEL PME.....</b>	<b>4</b>
<b>3. - CONTENIDOS DE LOS PROTOCOLOS.....</b>	<b>4</b>
<b>3.1.- CONTENIDO DEL RM GENERAL APLICABLE A TODO LOS TRABAJADORES .....</b>	<b>4</b>
<b>4. CONTENIDO ESPECIFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR DE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS.....</b>	<b>6</b>
<b>5. CONTENIDO ESPECÍFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL CON EXPOSICIÓN A MANEJO MANUAL DE CARGAS.....</b>	<b>10</b>
<b>6. CONTENIDO ESPECIFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR CON EXPOSICIÓN A POSTURAS FORZADAS.....</b>	<b>13</b>
<b>7. CONTENIDO ESPECIFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR CON EXPOSICIÓN A MOVIMIENTOS REPETITIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>8. CONTENIDO ESPECÍFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD DEL PERSONAL TRABAJADOR QUE REALIZA TRABAJOS EN ALTURA .....</b>	<b>17</b>
<b>9. CONTENIDO ESPECÍFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR CON EXPOSICIÓN A RUIDO .....</b>	<b>19</b>
<b>10. CONTENIDO ESPECÍFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA PARA EL PERSONAL TRABAJADOR CON EXPOSICIÓN A VIBRACIONES.....</b>	<b>21</b>
<b>11. CONTENIDO ESPECÍFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR CON EXPOSICIÓN A RIESGOS BIOLÓGICOS.....</b>	<b>22</b>
<b>12. CONTENIDO ESPECIFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR CONDUCTOR.....</b>	<b>23</b>
<b>13. CONTENIDO ESPECIFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR CON EXPOSICIÓN A PRODUCTOS QUÍMICOS(MTO, IMPRENTA y TALLER).....</b>	<b>25</b>

## 1.- CUADRO DE PROTOCOLOS DE VIGILANCIA DE LA SALUD PME 2019

Nº	TRABAJO	PROTOCOLO	OBLIGATORIEDAD
<b>PERSONAL DE OFICINA</b>			
1	PERSONAL CON TRABAJOS DE OFICINA Y/O CON ORDENADOR (PVD)	Protocolo 0 Estándar Protocolo 4.- PVD	NO
2	PERSONAL SERVICIO MÉDICO	Protocolo 0 Estándar Protocolo 4.- PVD Protocolo 13.- Riesgo químico Protocolo 6.- Posturas Forzadas Protocolo 10.- Riesgo Biológico	NO
3	PERSONAL CON TRABAJOS DE MANTENIMIENTO Y TRABAJOS DE OFICINA Y/O CON ORDENADOR Y	Protocolo 0 Estándar Protocolo 4.- PVD Protocolo 13.- Riesgo químico Protocolo 5.- Manipulación Manual de Cargas Protocolo 6.- Posturas Forzadas Protocolo 7.- Movimientos repetitivos: Neuropatías por presión Protocolo 8.- Altura	SI
4	PERSONAL CON TRABAJOS DE ALMACEN*/VESTUARIO Y ORDENANZA	Protocolo 0 Estándar Protocolo 4.- PVD Protocolo 5.- Manipulación Manual de Cargas	NO
5	PERSONAL CON TRABAJOS DE OFICINA PVD Y/O CONDUCCIÓN OCASIONAL (P. Taller y S. móvil y Flota)	Protocolo 0 Estándar Protocolo 12.- Protocolo Personal Conductor. Protocolo 4.- PVD Protocolo 6.- Posturas Forzadas Protocolo 7.- Movimientos repetitivos: Neuropatías por presión	SI
6	PERSONAL CON TRABAJOS DE REGISTRO / ARCHIVO/ REPROGRAFÍA / ALMACEN*	Protocolo 0 Estándar Protocolo 4.- PVD Protocolo 5.- Manipulación Manual de Cargas Protocolo 11.- Riesgos Biológicos (Sólo p. de archivo-registro)	NO
7	PERSONAL CON TRABAJOS DE MANTENIMIENTO Y/O REVISIÓN DE MEDIOS MATERIALES CONTRA INCENDIOS	Protocolo 0 Estándar Protocolo 4.- PVD Protocolo 13.- Riesgo químico Protocolo 5.- Manipulación Manual de Cargas Protocolo 7.- Movimientos repetitivos: Neuropatías por presión Protocolo 8.- Altura	SI
<b>PERSONAL DE TALLER</b>			
8	PERSONAL CON TRABAJOS DE MECÁNICO	Protocolo 0 Estándar Protocolo 13.- Riesgo químico Protocolo 5.- Manipulación Manual de Cargas Protocolo 7.- Posturas Forzadas Protocolo 7.- Movimientos repetitivos Protocolo 9.- Ruido Protocolo 10.- Vibraciones	SI Siempre que: - LAeq,d > 85 Db(A) o Lpico > 137 Db(C) – <b>Cada 3 años</b> - LAeq,d > 80 Db(A) o Lpico > 135 Db(C) – <b>Cada 5 años</b>
9	PERSONAL CON TRABAJOS DE CHAPISTA	Protocolo 0 Estándar Protocolo 13.- Riesgo químico Protocolo 5.- Manipulación Manual de Cargas Protocolo 6.- Posturas Forzadas Protocolo 7.- Movimientos repetitivos Protocolo 8.- Ruido Protocolo 9.- Vibraciones	SI
10	PERSONAL CON TRABAJOS DE PINTOR	Protocolo 0 Estándar Protocolo 13.- Riesgo químico Protocolo 5.- Manipulación Manual de Cargas Protocolo 6.- Posturas Forzadas Protocolo 7.- Movimientos repetitivos Protocolo 9.- Ruido Protocolo 10.- Vibraciones	SI



PERSONAL DE TALLER			
11	PERSONAL CON TRABAJOS DE CONDUCCIÓN	Protocolo 0 Estándar Protocolo 12.- Personal Conductor Protocolo 6.- Posturas Forzadas Protocolo 7.- Movimientos repetitivos	SI

## 2.- VIGILANCIA MÉDICA DEL PERSONAL TRABAJADOR DEL PME

La vigilancia médica del personal trabajador del PME se efectuará por medio del examen médico por el personal sanitario competente.

En materia de vigilancia de la salud, la actividad sanitaria deberá abarcar, en las condiciones fijadas por el artículo 22 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales:

- 1.- Una evaluación de la salud del **personal trabajador inicial después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud.**
- 2.- Una evaluación de la salud del personal trabajador que reanuden el trabajo **tras una ausencia prolongada por motivos de salud**, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y re- comendar una acción apropiada para protegerlos.
- 3.- Una vigilancia de la salud **a intervalos periódicos**. Estos exámenes serán de tres tipos:
  - EXAMEN INICIAL Antes de comenzar a al incorporarse a un puesto de trabajo.
  - EXAMEN ESPECÍFICO PERIÓDICO. De forma periódica, con una periodicidad ajustada al nivel de riesgo a juicio del médico responsable.
  - EXAMEN DE RETORNO DE IT > 6 meses o prescripción facultativo/diagnóstico. antes de incorporarse al puesto de trabajo
  - EXAMEN A DEMANDA DEL PERSONAL TRABAJADOR. Cuando aparezcan trastornos que pudieran deberse a este tipo de trabajo.

## 3. - CONTENIDOS DE LOS PROTOCOLOS

### 3.1.- CONTENIDO DEL RM GENERAL APLICABLE A TODO LOS TRABAJADORES/AS

El contenido de los protocolos de vigilancia de la salud /puesto de trabajo de forma general, incluirá:

#### A/ HISTORIA CLÍNICO-LABORAL (EN ADELANTE HCL):

##### - Filiación:

- Anamnesis por aparatos y sistemas
- Datos Personales y Generales: Fecha de nacimiento, domicilio, teléfono
- Hábitos
- Antecedentes familiares de Salud
- Antecedentes personales de Salud
- Antecedentes laborales de interés preventivo.

##### - Datos Laborales:

- Antecedentes Laborales (trabajos en otras empresas).
- Reconocimientos realizados con anterioridad.
- Datos Psicotécnicos (cuando se disponga de ellos).
- Evaluación de riesgos puesto (Programa informático Ópera).

#### B/ EXPLORACIÓN CLÍNICA:

- Datos antropométricos

- Tensión arterial
- Auscultación cardiopulmonar
- Exploración aparato circulatorio
- Exploración abdominal
- Exploración aparato locomotor
- Exploración cabeza y boca
- Exploración cuello, tiroides y adenopatías
- Otoscopia
- Exploración piel
- Exploración neurológica (a criterio médico)

### **C/ PRUEBAS ESPECÍFICAS:**

- Control visión:
  - Agudeza visual lejana monocular y binocular
  - Agudeza visual cercana monocular y binocular
  - Deslumbramiento en personal conductor
  - Discromatopsia
- Audiometría:
  - Audición en frecuencias conversacionales y extra conversacionales, así como la pérdida auditiva de oído derecho, izquierdo y conjunto.
  - Audición en altas frecuencias (500-8000Hz), binaural y en cada oído.
  - Determinación de alteraciones y pérdidas auditivas.
- Espirometría:
  - Volumen espiratorio forzado en un segundo .
  - Frecuencia máxima de flujo espiratorio.
  - Capacidad vital forzada .
  - Radio forzado espiratorio
  - Frecuencia de flujo al 50 % de la FVC medida
  - Frecuencia de flujo al 25 % de la FVC medida
  - Frecuencia de flujo espiratorio medio.
- Electrocardiograma

### **D/ PRUEBAS BIOLÓGICAS**

#### **D.0.- Determinaciones biológicas del perfil ESTANDAR (a todo el personal trabajador):**

- Hemograma completo
- VSG: Velocidad de Sedimentación Globular: 1ª y 2ª horas.
- Bioquímica Sanguínea, 11 determinaciones:
  - 1. Glucemia basal
  - 2. Colesterol Total
  - 3. HDL-Colesterol
  - 4. Triglicéridos
  - 5. Urea
  - 6. Creatinina
  - 7. Transaminasas (GOT, GPT Y GGT)
  - 7. Ácido Úrico
  - 8. Fosfatasa alcalina (FA)
- Sistemático de Orina: Densidad, pH, Anormales y Sedimento fresco.

A esta analítica, y previo consentimiento informado de los trabajadores/as, se podrán añadir las siguientes determinaciones:

**D.1.- Específicas por SEXO:**

- **D.1.1.- Perfil Prostático: Para varones >45 años.**

Constará de las siguientes determinaciones:

- Del antígeno prostático (PSA total).

**D.2.- Otros perfiles:**

- **D.2.1.- Perfil Coagulación:**

- Tiempos de Hemorragia, Coagulación y protrombina

- **D.2.2.- Perfil Tiroideo (A criterio del facultativo o a petición propia):**

- TSH
- T3 libre
- T4 libre

- **D.2.3.- Perfil Prevención Ca de Colon (En campañas a petición propia):**

- Determinación de Sangre oculta en heces.

## 4. CONTENIDO ESPECIFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR DE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS

**1.-Contenido protocolo 3.1**

**2.- Cuestionario** de función visual en trabajos con PVD y osteomuscular (A rellenar por el personal trabajador)

**2.1. Cuestionario de función visual en trabajos con PVD:**

**Durante el trabajo**, se siente molesto-a por:

- |   |    |                             |
|---|----|-----------------------------|
| 1. La falta de nitidez de los caracteres      | SÍ | NO                          |
| 2. El centelleo de los caracteres o del fondo | SÍ | NO                          |
| 3. Los reflejos de la pantalla                | SÍ | NO                          |
| 4. La iluminación artificial                  | SÍ | NO                          |
| 5. La iluminación natural                     | SÍ | NO . Otras causas . . . . . |

.....

**Durante o después del trabajo, siente usted:**

1. Picores en los ojos

Muy a menudo	A veces	Raramente	Nunca

2. Quemazón en los ojos

Muy a menudo	A veces	Raramente	Nunca



3. Una sensación de ver peor

Muy a menudo	A veces	Raramente	Nunca

4. Una sensación de visión borrosa

Muy a menudo	A veces	Raramente	Nunca

5. Dolores de cabeza

Muy a menudo	A veces	Raramente	Nunca

6. Deslumbramiento, estrellitas, luces.

Muy a menudo	A veces	Raramente	Nunca

7. Otras sensaciones .....

## 2.2. Cuestionario de síntomas osteomusculares en trabajos con PVD:

**ANEXO IV: CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS OSTEOMUSCULARES EN TRABAJOS CON PVD**

Apellidos y Nombre: .....

Sexo: ..... Edad: .....

RESPONDA EN TODOS LOS CASOS	RESPONDA SOLAMENTE SI HA TENIDO PROBLEMAS	
Usted ha tenido en los últimos 12 meses problemas (dolor, curvaturas, 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?
<b>Nuca:</b> Sí    No	Sí    No	Sí    No
<b>Hombros:</b> Hombro derecho:    Sí    No Hombro izquierdo:  Sí    No Ambos hombros:    Sí    No	Sí    No	Sí    No
<b>Codos:</b> Codo derecho:      Sí    No Codo izquierdo:    Sí    No Ambos codos:        Sí    No	Sí    No	Sí    No
<b>Puños/ manos:</b> La derecha:        Sí    No La izquierda:      Sí    No Ambos:              Sí    No	Sí    No	Sí    No
<b>Columna alta (dorso):</b> Sí    No	Sí    No	Sí    No
<b>Columna baja (lumbares):</b> Sí    No	Sí    No	Sí    No
<b>Caderas:</b> Derecha:            Sí    No Izquierda:          Sí    No	Sí    No	Sí    No
<b>Rodilla:</b> Derecha:            Sí    No Izquierda:          Sí    No	Sí    No	Sí    No
<b>Tobillos/pies:</b> Derecho:            Sí    No Izquierdo:          Sí    No	Sí    No	Sí    No

**3.- Reconocimiento oftalmológico en trabajos con PVD:**

- Inspección ocular: Control de la agudeza visual mono y binocular, con y sin corrección de lejos y, sobre todo, de cerca.
- Refracción ocular.
- Equilibrio muscular: Para descartar posibles forias o estrabismos latentes.
- Reflejos pupilares.
- Motilidad extrínseca.
- Sentido cromático: Prueba destinada a destacar posibles discromatopsias, pudiéndose utilizar diferentes láminas y aparatos
- A los mayores de 40 años, realizar una Tonometría y vigilancia de la presbicia.

**4.- Exploración clínica específica que incluirá:**



- Columna cervical
- Hombro y cintura escapular
- Brazo y codo
- Antebrazo y muñeca
- Mano y dedos

## 5.- Aplicación de cuestionario Test de Golberg



RESPONDA EN CADA CASO	RESPONDA SÓLO SI HA TENIDO PROBLEMAS	
Usted ha tenido en los últimos 12 meses problemas (dolor, curvaturas, etc...) a nivel de:	Durante los doce meses ha estado incapacitado para su trabajo (en casa o fuera) por causa del problema	¿Ha tenido usted problemas en los últimos siete días?
<b>Nuca</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Hombros:</b> Hombro derecho: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Codos:</b> Codo derecho: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Codo izquierdo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Puños-manos:</b> Derechos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Izquierdos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Columna alta (dorsal):</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Columna baja (lumbar):</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Caderas:</b> Derecha: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Izquierda: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Rodilla:</b> Derecha: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Izquierda: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Tobillos-pies:</b> Derechos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Izquierdos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

### Descripción del puesto de trabajo

Puesto de trabajo.....:

	SI	NO
<b>1.-Características de la carga</b>		
▪ Peso (Kg.): entre Kg. y Kg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Volumen difícil de manejar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Equilibrio inestable o contenido puede desplazarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Manipulación a distancia del tronco o con torsión o con inclinación del mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.-Esfuerzo físico necesario</b>		
▪ Exige torsión-flexión del tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Existe la posibilidad de un movimiento brusco de la carga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Cuerpo en posición inestable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Alzar o descender la carga variando el agarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### 3.-Medio de trabajo

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Espacio libre insuficiente para la actividad                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Suelo irregular o resbaladizo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Altura excesiva para manipulación manual de cargas                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Postura forzada  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Desniveles en suelo o plano de trabajo                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Suelo o punto de trabajo inestable                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Temperatura, humedad, circulación del aire e iluminación inadecuadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Vibraciones  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 4.-Exigencias de la actividad

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Esfuerzos físicos demasiado frecuentes o prolongados en los que intervenga en particular la columna vertebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Período insuficiente de reposo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Distancias demasiado grandes de elevación, descenso o transporte  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Ritmo impuesto por un proceso que el trabajador no puede modular  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 5.-Medidas de protección

- |   | <i>Siempre</i>           | <b>A veces</b>           | <b>Nunca</b>             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Faja lumbar   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Medios auxiliares en la manipulación manual de cargas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Diseño adecuado del puesto                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Pausas de trabajo frecuentes                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 3.- Exploración clínica específica:

- Prueba de Phalen
- Signo de Tinel
- Prueba diferencial según Lasègue
- Signo de Schöver

## 6. CONTENIDO ESPECIFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR CON EXPOSICIÓN A POSTURAS FORZADAS

### 1.-Contenido protocolo 3.1

### 2.- Cuestionario (a cumplimentar por el personal trabajador):

EMPRESA:							
NOMBRE Y APELLIDOS:							
DNI:							
PUESTO DE TRABAJO:							
Tipo del Reconocimiento Médico:	<table border="0"> <tr> <td>Inicial</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Periódico</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Inicial	<input type="checkbox"/>	Periódico	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Inicial	<input type="checkbox"/>						
Periódico	<input type="checkbox"/>						
Otro	<input type="checkbox"/>						

<b>EXAMEN ESPECÍFICO</b>	<b>ANAMNESIS</b>	¿En qué consiste su trabajo / tarea? ¿Realiza pausas?							
		¿Cuántas horas al día trabaja en posturas forzadas?	<table border="0"> <tr> <td>Esporádico</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Continuo 2-4 h.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Continuo &gt; 4 h.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Esporádico	<input type="checkbox"/>	Continuo 2-4 h.	<input type="checkbox"/>	Continuo > 4 h.	<input type="checkbox"/>
		Esporádico	<input type="checkbox"/>						
		Continuo 2-4 h.	<input type="checkbox"/>						
		Continuo > 4 h.	<input type="checkbox"/>						
		Tiempo que ha de estar en postura forzada:	<table border="0"> <tr> <td>Largo: &gt; 2 min.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Moderado: 30 seg. - 1 a 2 min.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Corto: hasta 30 seg.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Largo: > 2 min.	<input type="checkbox"/>	Moderado: 30 seg. - 1 a 2 min.	<input type="checkbox"/>	Corto: hasta 30 seg.	<input type="checkbox"/>
		Largo: > 2 min.	<input type="checkbox"/>						
		Moderado: 30 seg. - 1 a 2 min.	<input type="checkbox"/>						
		Corto: hasta 30 seg.	<input type="checkbox"/>						
		Manipulación manual de cargas:	<table border="0"> <tr> <td>&lt; 1 Kg.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1-3 Kg.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>&gt; 3 Kg.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	< 1 Kg.	<input type="checkbox"/>	1-3 Kg.	<input type="checkbox"/>	> 3 Kg.	<input type="checkbox"/>
		< 1 Kg.	<input type="checkbox"/>						
		1-3 Kg.	<input type="checkbox"/>						
		> 3 Kg.	<input type="checkbox"/>						
		¿Debe adoptar alguna postura forzada durante mucho tiempo?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>						
		¿Realiza trabajos continuos con los brazos por encima de la cabeza?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>						
¿El trabajo requiere torsión, rotación de columna vertebral?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>								
¿El trabajo requiere flexión o extensión forzada del cuello?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>								
¿El trabajo requiere hacer flexión o extensión forzada con los brazos / manos / dedos?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>								
¿El trabajo requiere flexión o extensión forzada con las piernas / pies?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>								
¿Tiene que trabajar a gran velocidad?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>								
¿Tiene dolor en los movimientos de hombro, codo, manos, rodillas, pies?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>								
¿Le desaparece el dolor con el descanso?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>								
¿Siente hormigueos / sensación de acorchamiento en manos, dedos, piernas?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>								
¿Le desaparecen estas molestias con el descanso?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>								
¿Presentan molestias similares otros compañeros de trabajo?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>								
¿Tiene alguna observación que hacer respecto a su trabajo?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>								

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Trabajador / a:

### 3.- Exploración clínica específica:

3.1. Examen de la columna vertebral: cervical, dorsal y lumbral, desviación anteroposterior de la columna, desviación lateral de la columna, movilidad, dolor, contracturas, signo de laségue, maniobra de valsalva, signo de bragard, signo de schöber.

3.2. Examen de extremidades superiores: hombro, codo y muñecas, alteración de la fuerza, lteración de la movilidad, desviaciones, dolor, deformidades.

3.3. Examen de extremidades inferiores: cadera, rodilla y tobillo, alteración de la fuerza, alteración de la movilidad, desviaciones, dolor, deformidades.

3.4. Exploración de la circulación periférica: edemas, varices, cansancio, paresias, frialdad, dolor.

## 7. CONTENIDO ESPECIFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR CON EXPOSICIÓN A MOVIMIENTOS REPETITIVOS

### 1.-Contenido protocolo 3.1.

### 2.- Cuestionario a cumplimentar por el personal trabajador:

EMPRESA:			
NOMBRE Y APELLIDOS:			
DNI:			
PUESTO DE TRABAJO:			
Tipo del Reconocimiento Médico:			
	Inicial	<input type="checkbox"/>	
	Periódico	<input type="checkbox"/>	
	Otro	<input type="checkbox"/>	
EXAMEN ESPECÍFICO	ANAMNESIS	¿En qué consiste su trabajo / tarea? ¿Realiza pausas?	
		Tiempo de tarea (horas/día):	
		Esporádico	<input type="checkbox"/>
		Continuo 2-4 h.	<input type="checkbox"/>
		Continuo > 4 h.	<input type="checkbox"/>
		Ciclo de trabajo:	
		Largo: > 2 min.	<input type="checkbox"/>
		Moderado: 30 seg. - 1 a 2 min.	<input type="checkbox"/>
		Corto: hasta 30 seg.	<input type="checkbox"/>
		Manipulación manual de cargas:	
		< 1 Kg.	<input type="checkbox"/>
		1-3 Kg.	<input type="checkbox"/>
		> 3 Kg.	<input type="checkbox"/>
		¿Realiza trabajos continuos con los brazos por encima de la cabeza?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		¿El trabajo requiere hacer fuerza con los brazos / manos?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿El trabajo requiere hacer fuerza con las piernas / pies?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
¿Los movimientos de su trabajo son siempre los mismos?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
¿Tiene que trabajar en malas posturas?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
¿Tiene que trabajar a gran velocidad?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
¿Utiliza herramientas / mandos manuales que actúen por presión, rotación, etc.?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
¿Tiene dolor en los movimientos de hombro, codo, manos?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
¿Le desaparece el dolor con el descanso?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
¿Siente hormigueos / sensación de acorchamiento en manos / dedos?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
¿Le desaparecen estas molestias con el descanso?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
¿Presentan molestias similares otros compañeros de trabajo?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
¿Tiene alguna observación que hacer respecto a su trabajo?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Trabajador / a:

### 3.- Exploración clínica específica:

Se realizará la anamnesis y exploración de las regiones anatómicas implicadas en las tareas repetidas: hombros, codos, muñecas, manos y dedos.

Estudiando la actividad específica podemos determinar cuáles son las articulaciones o complejos musculotendinosos que van a realizar ese esfuerzo

#### 1.-Hombro y cintura escapular:

- Usuarios de Pantallas de Visualización de Datos (PVD).
- Pintores.
- Conductores de vehículos.
- Personal de mantenimiento
- Mecánicos. – Trabajadores que utilizan las manos por encima de la altura del hombro. –

#### 2.-Brazo y codo:

- Mecánicos.
- Chapistas. –
- Conductores de vehículos.
- Usuarios de Pantallas de Visualización de Datos (PVD). –

#### 3.- Antebrazo y muñeca:

- Mecánicos.
- Chapistas.

#### 4.-Mano y dedos:

- Chapistas.
- Mecánicos.
- Pintores.
- Conductores de vehículos.
- Usuarios de Pantallas de Visualización de Datos (PVD).

Los pilares que sustentan la exploración son:

1. **Inspección:** Observar los contornos articulares y ver si son normales o existen deformidades. Anotar la presencia de atrofas, cicatrices y amputaciones. La existencia de tumefacción, desviaciones de los dedos, etc.
2. Se buscarán por **palpación y/o percusión**, aquellos puntos anatómicos dolorosos.
3. Exploración de la **movilidad activa y pasiva** de:
  - \* Hombros: - abducción o separación, - antepulsión o elevación, - retropulsión o atrasar, - adducción o aproximación, - rotación interna y - rotación externa.
  - \* Codos: - flexión, - extensión, - pronosupinación.
  - \* Muñecas: - flexión dorsal, - flexión palmar, - inclinación radial, - inclinación cubital y - pronosupinación.
  - \* Dedos: - flexión, - extensión.
4. La presencia de **dolor y su irradiación**. Especificar forma de comienzo: agudo o insidioso. Especificar curso del dolor: continuo, brotes o cíclico.
5. La existencia de signos clínicos

## 8. CONTENIDO ESPECÍFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD DEL PERSONAL TRABAJADOR QUE REALIZA TRABAJOS EN ALTURA

### 1.-Contenido protocolo 3.1

### 2.- Cuestionario (a cumplimentar por el personal trabajador):

EMPRESA:					
NOMBRE Y APELLIDOS:					
DNI:					
PUESTO DE TRABAJO:					
Tipo del Reconocimiento Médico:					
Inicial	<input type="checkbox"/>				
Periódico	<input type="checkbox"/>				
Otro	<input type="checkbox"/>				
<b>EXAMEN ESPECÍFICO</b>	<b>ANAMNESIS</b>	<b>¿Ha percibido o tenido alguno de los siguientes síntomas o alteraciones y con qué frecuencia?</b>			
		Sensación de cabeza vacía o caída inminente: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
		Tendencia a caerse: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
		Confusión o pérdida de conocimientos: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
		Se le mueve o giran alrededor los objetos: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
		Nota desplazamiento estando inmóvil: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
		Desviación de la marcha al andar: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
		Dolor intenso de cabeza o presión intensa sobre ésta: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
		Náuseas o vómitos: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
		Dificultad en oír, ruidos, dolor, taponamiento o supuración en los oídos: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
		Visión doble, borrosa o ceguera: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
		Debilidad u hormigueo en brazos o piernas: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
		Dificultad para hablar o tragar: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
		Palpitaciones cardíacas, dolor profundo en el pecho (precordial) No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
		Otros: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
<b>TEST DE EPWORT</b>	<b>Indique la probabilidad de que le entre sueño en las situaciones siguientes:</b>				
		Nunca	Ligera	Moderada	Alta
	1. Sentado y leyendo.	0	1	2	3
	2. Viendo la televisión.	0	1	2	3
	3. Sentado, inactivo, en un lugar público.	0	1	2	3
	4. De pasajero en un coche, viajando durante una hora sin paradas.	0	1	2	3
	5. Tumbado para descansar al mediodía, cuando las circunstancias lo permiten.	0	1	2	3
	6. Sentado y hablando con alguien.	0	1	2	3
	7. Sentado tranquilamente después de una comida de medio día sin alcohol.	0	1	2	3
8. En un coche mientras se está parado unos minutos por el tráfico.	0	1	2	3	

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Trabajador / a:

### 3.- Exploración clínica específica:

- Del Sistema nervioso, analizando la presencia de cefaleas, vértigos, mareos, pérdida de conocimientos, alteraciones de la consciencia, sensación de inestabilidad, parestesias, pérdida de fuerza en extremidades, temblores, sudoración, etc.
- Del aparato cardio respiratorio: dificultad para la respiración, sensación de falta de aire, disneas, edemas maleolares, trastornos en la diuresis, dolores precordiales, tos, expectoración, etc.
- Exploración neurológica: signos meníngeos, movilidad ocular, otros nervios craneales, tono y fuerza muscular en extremidades, reflejos tendinosos, sensibilidad superficial y profunda, estática y marcha, reflejos osteo tendinosos.

## 9. CONTENIDO ESPECÍFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR CON EXPOSICIÓN A RUIDO

### 1.-Contenido protocolo 3.1

### 2.-Cuestionario (a rellenar por el personal trabajador):

#### Filiación

- Nombre:
  - Apellidos:
  - Edad:
  - Puesto de trabajo:
  - Sección de trabajo:
  - Antigüedad en el puesto:
  - Número de horas de exposición diaria a ruido:
1. Utiliza medidas de protección para el ruido:  
Siempre                      A veces                      Nunca
  2. En caso afirmativo, detallarlas:  
Tapones                      Auriculares                      Otras
  3. Ha tenido otros puestos de trabajo anteriores con ruido:  
Sí                      No
  4. En caso afirmativo, indicar el número de años:  
1-5 años                      6-10 años  
11-15 años                      > 15 años
  5. Tiene o ha tenido exposición a ruido extra- laboral:  
Discoteca                      Caza  
Motorismo                      Servicio militar con armas de fuego  
Otras
  6. Antecedentes familiares con problemas de sordera:  
Sí                      No
  7. Ha recibido en alguna ocasión tratamientos de meses de duración con:  
Aspirinas (más de 4 al día)                      Tratamiento para la tuberculosis  
Antibióticos
  8. Ha tenido que usted sepa alguna de las siguientes enfermedades:  
Paperas                      Sarampión                      Rubeola  
Traumatismos en cráneo                      Hipertensión arterial                      Azúcar  
Abortos
  9. Actualmente ¿oye bien?                      Sí                      No
  10. En caso de no oír bien ¿cuánto tiempo hace que no oye bien?  
Menos de 6 meses                      Entre 6 meses y un año  
Entre 1 y 5 años                      Entre 5 y 10 años  
Más de 10 años
  11. ¿En conversaciones se hace repetir con frecuencia?  
Sí                      No
  12. ¿Le dicen que pone la radio o la Televisión muy fuerte?  
Sí                      No
  13. ¿Oye mejor cuándo hay ruido?  
Sí                      No
  14. ¿Le molestan los ruidos intensos?  
Sí                      No

### **3.- Exploración clínica específica:**

- 1.-Otoscopia: Realización de una otoscopia para ver el estado de los conductos auditivos externos y de las membranas timpánicas.
2. Audiometría La audiometría de tonos puros es la prueba que permite conocer con exactitud el estado auditivo del individuo. Las alteraciones del umbral auditivo detectadas en la misma orientarán hacia una patología producida por el ruido, y deberán servir para tomar las medidas oportunas. Por su importancia, se le dedica un apartado específico y amplio.
3. Acumetría Si la audiometría no explora la vía ósea, pueden usarse las pruebas de Rinne y Weber, realizadas con diapasón, que orientan a la detección de alteraciones de transmisión, o bien neurosensoriales.

## **10. CONTENIDO ESPECÍFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR CON EXPOSICIÓN A VIBRACIONES**

### **1.-Contenido protocolo 3.1**

#### **2.-Exploración clínica específica:**

Dirigida principalmente al estudio de:

- Vasculares Las alteraciones vasculares debidas a la exposición a vibraciones implican un cuadro de afectación circulatoria periférica cuya característica fundamental es la palidez: La manifestación más importante del fenómeno o síndrome de Raynaud,; crisis paroxísticas de espasmo vascular (dedos medio e índice).
- Neurológicas (trastornos nervios periféricos)
- Musculo-Esqueléticas (valoración de trastornos musculares y osteoarticulares)

## **11. CONTENIDO ESPECÍFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR CON EXPOSICIÓN A RIESGOS BIOLÓGICOS**

### **1.-Contenido protocolo 3.1**

#### **2.-Historia laboral añadir:**

- Riesgo de exposición
- Accidentes de trabajo con riesgo biológico
- Enfermedades profesionales de origen biológico

#### **Historia clínica añadir:**

- Antecedentes de enfermedad infecciosa.
- Vacunas recibidas en la etapa infantil y adulta.
- Realización previa de algún tipo de quimioprofilaxis.
- Antecedentes de enfermedad crónica cardiaca.
- Antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (asma, enfisema, etc.):
- Enfermedades crónicas de la piel .
- Enfermedades hemolíticas
- Portadores de catéteres e implantes valvulares
- Inmunocomprometidos:
- Trabajadoras que están o podrían estar embarazadas.
- .Trabajadores sanitarios con niños a su cargo (especialmente niños menores de un año).

#### **3.-Pruebas específicas:**

**Pruebas biológicas específicas de Anticuerpos VHB, VHC y VIH y aquellas que se precisen por contaminación específica en su caso (Tb, Brucelosis, etc)**

## 12. CONTENIDO ESPECIFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR CONDUCTOR/A

### 1.-Contenido protocolo 3.1

#### 2.- Otras determinaciones biológicas (Específico de drogas/alcohol):

1.-**Determinación de Alcohol en Sangre Total** mediante CDT. Extracción y recogida de muestra garantizando la cadena de custodia.

Se realizará determinación de la **“Transferrina Deficiente en Carbohidratos”** –CDT- mediante técnica de Inmunoensayo Turbidimétrico, con contraanálisis de confirmación sobre la misma muestra, mediante técnica de Electroforesis, con determinación de las Isoformas de la CDT, en los casos que resulten positivos sobre los criterios de valoración establecidos por el Laboratorio de Origen del Reactivo. Esta determinación se realiza sólo en casos de RM inicial, de retorno de IT y en caso de que el facultativo lo considere necesario tras resultados de otras pruebas biológicas. **(Sólo en RM iniciales, No en RM periódicos)**

2.-**Screening de Drogas de Abuso.** Se realiza en todos los casos de RM del personal conductor/a. Extracción y recogida de muestra garantizando la cadena de custodia:

- 1. CANNABIS
- 2. COCAINA
- 3. OPIACEOS
- 4. ANFETAMINAS
- 5. METAMFETAMINAS
- 6. DROGAS DE DISEÑO (MDMA – Éxtasis)
- 7. BARBITURICOS
- 8. BENZODIACEPINAS (no en los RM periódicos)
- 9. METADONA

(Deberá realizarse “Contraanálisis de confirmación” cuando el resultado del primer Screening resulte positivo; debiendo contener este Contraanálisis la cuantificación de las diferentes sustancias por las que haya sido positivo.

#### 3.Exploración específica osteomuscular específica.

##### 3.1. HOMBRO Y CINTURA ESCAPULAR:

**Inspección:** identificar relieves óseos anormales, atrofas musculares, procesos inflamatorios, cicatrices, deformidades. — Anterior: morfología del hombro (clavícula, articulación acromioclavicular y coracoides), en busca de alteraciones: atrofia del deltoides, desplazamiento caudal del bíceps, asimetría de clavículas (tumefacciones locales o signos de inflamación en ambas fosas supraclaviculares), etc. — Lateral: relieves del acromion, espacio subacromial, espina posterior de la escápula y masa muscular del supraespinoso e Infraespinoso. — Posterior: escápulas, en busca de asimetrías. Palpación: Estructuras anatómicas óseas (clavícula, acromion, articulación acromioclavicular, articulación esternoclavicular) y partes blandas, confirmando los hallazgos de la inspección.

**Movilidad articular:** Se valorará en este orden movilidad activa, pasiva y contra resistencia, siempre bilateral.

**Fuerza muscular:**

### 3.2.-CODO:

- **Inspección:** Buscar desviaciones en varo o valgo (desviaciones del antebrazo en el plano frontal, teniendo en cuenta que el codo presenta un valgo fisiológico de 6 a 8º), tumefacciones, cicatrices y localizar como referentes dos eminencias óseas: epicóndilo (lateral) y epitroclea (medial).
- **Palpación:** En posición de extensión, el codo debe presentar a la epitroclea, el olecranon y el epicóndilo formando una línea recta; mientras que en flexión de 90º deben conformar un triángulo isósceles (triángulo de Hutter).
- **Movilidad:** Los grados de movilidad articular normal son (ver anexo II): flexión (0-140º), extensión (0º) y pronosupinación (80% pronación y 80% supinación, aproximadamente, total 160-180º). los grados de movilidad

### 3.3.-MUÑECA Y MANO

- **Inspección:** Buscar la presencia de eritema, inflamación, masas, lesiones cutáneas, atrofia muscular, contracturas en la palma, cicatrices y otras deformidades obvias.
- **Palpación:** Exploración con el paciente sentado, para localizar los puntos dolorosos.
- **Movilidad de la muñeca.**

**4. MIEMBROS INFERIORES:** Valoración de cadera, rodilla, tobillo y pie.

**5.-COLUMNA VERTEBRAL:** Columna cervical, dorsal y dorsal.

**6.- Aplicación de cuestionario Test de Golberg**

**7.-- Aplicación de cuestionario Test de Epworth**

## 13. CONTENIDO ESPECIFICO DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD PARA EL PERSONAL TRABAJADOR CON EXPOSICIÓN A PRODUCTOS QUÍMICOS (MTO, IMPRENTA y TALLER).

### 1.-Contenido protocolo 3.1

#### 2.-Historia laboral añadir:

##### Anamnesis :

- Exposiciones previas y actuales a disolventes o riesgos químicos en general
- Tratar de identificar la sustancia precisa. Exposición.
- Casos en el entorno

##### Antecedentes personales:

- Sistema Nervioso: Parestesias/hormigueos en extremidades. Pérdida del gusto, cefaleas, insomnio, vértigos, fatiga, anorexia, excitación, trastornos del comportamiento.
- Digestivo: Náuseas, vómitos, malestar general. Intolerancia al alcohol.
- Piel: Dermatitis, dermatitis, irritaciones, alergias
- Respiratorio: Asma, disnea, irritación mucosas respiratorias
- Circulatorio: Alteraciones vasculares. Arritmias
- S. Sanguíneo: Anemia
- Riñón: Alteración función renal Exploración física
- Piel: Inspección. Eczemas, dermatitis, irritaciones, etc., en las zonas en contacto con la sustancia. (Generalmente manos y antebrazos). No descartar otras localizaciones (cara, etc.).
- Ojo: Inspección: Neuritis óptica
- Digestivo: Palpación abdominal: visceromegalias
- Circulatorio: Inspección. Alteraciones vasculares. Auscultación cardíaca: Arritmias
- Nervioso - ORL:
  - Inspección. Reflejos.
  - Inspección equilibrio. Romberg, dedo - nariz, talón - rodilla, inestabilidad a la marcha.
  - Inspección: Temblores
- Respiratorio: Auscultación: Roncus, sibilancias, crepitantes



### 3.-Cuestionario (a rellenar por el personal trabajador):

EMPRESA:	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
DNI:	
PUESTO DE TRABAJO:	
Tipo del Reconocimiento Médico:	Inicial <input type="checkbox"/>
	Periódico <input type="checkbox"/>
	Otro <input type="checkbox"/>

<b>EXAMEN ESPECÍFICO</b>	<b>ANAMNESIS</b>	¿Está expuesto a agentes químicos en su puesto de trabajo actual? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Utiliza agentes químicos fuera de su trabajo? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Aficiones extralaborales (pintura, jardinería, mascotas, bricolaje, otras)? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Utiliza EPI's cuando manipula productos potencialmente peligrosas? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Cuáles?	Ropa de trabajo <input type="checkbox"/>
			Mascarilla <input type="checkbox"/>
			Gafas <input type="checkbox"/>
			Guantes <input type="checkbox"/>
			Otros <input type="checkbox"/>
		<b>¿Presenta en el momento actual alguno / s de los siguientes síntomas?</b>	
		¿Tiene poca memoria? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Encuentra difícil entender lo que lee en el periódico o libros? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Tiene problemas para concentrarse? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Se siente a menudo irritado sin una razón particular? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Se siente a menudo deprimido sin una razón particular? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Se siente cansado en grado anormal? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Tiene palpitaciones aún cuando no hace ejercicio? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Suda sin una razón particular? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Tiene dolor de cabeza por lo menos una vez a la semana? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Está menos interesado en el sexo de lo que considera normal? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Tiene a menudo hormigueo doloroso en alguna parte de su cuerpo? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Tiene intolerancia al alcohol? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Tiene hemorragias por encías y/o nariz? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		¿Tiene alteraciones en la piel? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		<b>¿Presenta alguno / s de los siguientes síntomas?</b>	
Obstrucción nasal <input type="checkbox"/>	Irritación ocular, enrojecimiento, lagrimeo <input type="checkbox"/>		
Pérdida de olfato <input type="checkbox"/>	Secreción nasal acuosa <input type="checkbox"/>		
Tos <input type="checkbox"/>	Costras en las fosas nasales <input type="checkbox"/>		
Disnea <input type="checkbox"/>	Molestias o irritación faríngea frecuente <input type="checkbox"/>		
Opresión torácica <input type="checkbox"/>	Sensación de cuerpo extraño en la garganta <input type="checkbox"/>		
Sibilancias <input type="checkbox"/>	Irritación de la piel <input type="checkbox"/>		
Expectoración <input type="checkbox"/>	Eccema <input type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>			

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Trabajador / a:

#### 4.- Otras determinaciones biológicas:

Siempre **GOT, GPT y GGT**. En caso de alteraciones detectadas se realizará indicador biológico si existe de acuerdo a las fichas que se adjuntan en el punto 3 de este protocolo.

##### Otras determinaciones biológicas en función del componente químico:

NOMBRE DEL AGENTE	VALOR LÍMITE BIOLÓGICO
TOLUENO	Ácido hipúrico en orina < 1600 mg/g de creatinina. Momento del muestreo: Final de la jornada laboral.
XILENO	Ácido metilhipúrico en orina < 1500 mg/g creatinina. Momento del muestreo: Final de la jornada laboral.
ETILBENCENO	Ácido mandélico en orina < 1500 mg/gramo de creatinina. Momento del muestreo: Final de turno de la semana laboral.
TETRACLOROETILENO	Ácido tricloroacético en orina < 3.5 mg/L. Momento del muestreo: Final de turno de la semana laboral.
CLOROBENCENO	-Clorocatecol total en orina < 150 mg/gramo de creatinina.
ALCOHOL BUTÍLICO	No existen parámetros biológicos de exposición
ACETONA	Acetona en orina < 50 mg/L. Momento del muestreo: Final de la jornada laboral.
n-HEXANO	2,5-Hexanodiona en orina < 0.4 mg/L. Momento del muestreo: Final de turno de la semana laboral.
BENCENO	Ácido S-fenilmercaptúrico en orina < 45 µg/gramo de creatinina. Momento del muestreo: Final de la jornada laboral. El ácido S- fenilmercaptúrico es el marcador más específico ya que es un metabolito derivado únicamente del benceno.
ESTIRENO	Suma del ácido mandélico más ácido fenilglicólico en orina < 400 mg/gramo de creatinina. Momento del muestreo: Final de la jornada laboral.
TRICLOROETANO (METILCLOROFORMO)	<b>TRICLOROETANO (METILCLOROFORMO) 2ª elección:</b> <b>Tricloroetano en sangre &lt; 550 µg/L.</b> Momento del muestreo: Principio de la última jornada de la semana laboral (requiere determinadas condiciones técnicas de toma de
DICLOROMETANO (CLORURO DE METILENO)	<b>Diclorometano en orina &lt; 0.3 mg/L.</b> Momento del muestreo: Final de la jornada laboral
TETRACLORURO DE CARBONO (TETRACLOROMETANO)	No existen parámetros biológicos de exposición
CLOROBENCENO	4-Clorocatecol total en orina < 150 mg/gramo de creatinina.
ALCOHOL METÍLICO (METANOL)	<b>Metanol en orina &lt; 15 mg/L.</b> Momento del muestreo: Final de la jornada laboral.
ACETONA	Acetona en orina < 50 mg/L. Momento del muestreo: Final de la jornada laboral
METILETILCETONA (BUTANONA)	Metiletilcetona en orina < 2 mg/L. Momento del muestreo: Final de la jornada laboral.
METIL-n-BUTILCETONA (2-HEXANONA)	2-5 Hexanodiona en orina < 0.4 mg/L. Momento del muestreo: Final de turno de la semana laboral.
METIL-ISOBUTIL-CETONA (HEXONA)	Metilisobutilcetona en orina < 3.5 mg/L. Momento del muestreo: Final de la jornada laboral.
CICLOHEXANONA	Ciclohexanodiol en orina < 80 mg/L. Momento del muestreo: Final de turno de la semana laboral.
2-ETOXIETANOL (ÉTER MONOETÍLICO DEL ETILENGLICOL)	Ácido 2-etoxiacético en orina < 100 mg/g de creatinina.
FENOL	Fenol total en orina < 250 mg/gramo de creatinina. Momento del muestreo: Final de la jornada laboral.
DIMETILACETAMIDA	N-Metilacetamida en orina < 30 mg/gr de creatinina. Momento del muestreo: Final de turno de la semana laboral.
HIDROCARBUROS AROMÁTICOS POLICÍCLICOS (HAP)	1-Hidroxipireno en orina < 2 µg/g de creatinina. Momento del muestreo: Final de turno de la semana laboral. El tabaquismo (fuente potencial de HAP) no



	interfiere de manera importante en la excreción urinaria del 1-hidroxipireno.
PLOMO	Plomo en sangre total < 70 µg/dl. Momento del muestreo: El momento de toma de muestra no es crítico