Fundación
Antoni
Serra Santamans

Año 21
Número 3
Volumen XVII
2022

Avances

SALUD + TRABAJO + EMPRESA

Sumario

Editorial 03

Nuevos alérgenos a tener en cuenta en eccemas de contacto 04

Asociación del aprendizaje con el compromiso laboral de los trabajadores 06

Control de la presión arterial domiciliaria a través de la telemedicina 08

Factores de riesgo laboral y extralaboral en las lesiones del miembro superior 10

Fenotipos de presentación del síndrome postcovid 12

Perspectiva de género relacionada con la distribución desigual de las condiciones de trabajo 14

Análisis fisioterápico de la gonalgia del atleta de élite 16

Puesta al día de las guías clínicas de insuficiencia cardíaca 19

¿Qué me llevo a casa después de la simulación? La importancia de los resultados de aprendizaje emergentes en la simulación clínica. 20

Repercusión laboral en trabajadores con lesiones en las manos 22

Evolución de los casos de tosferina tras la vacunación de la embarazada y la pandemia COVID-19 24

Urticaria de contacto y dermatitis de contacto por proteínas de alta densidad en panaderos y manipuladores de alimentos 26

Consumo de psicotrópicos por acoso o violencia sexual o de género en el trabajo 28

Fundación Antoni Serra Santamans

Diseño y Maquetación: Finder & Wilber
Depósito Legal: B-28333 / 2005
ISSN: 1579-7716

Editorial

Un interesante artículo es revisado por Lidia Colomina, en el presente número, sobre el impacto de las técnicas de simulación en el aprendizaje de los profesionales sanitarios, destacando la importancia de la diferencia entre estrategias docentes deliberadas con objetivos establecidos y estrategias emergentes, que surgen de forma espontánea como respuesta a las necesidades de aprendizaje de los alumnos.

En este sentido, según se refiere en el artículo de E. Urra et al[1], se entiende la simulación como una técnica global, definida por Gaba[2] como una "técnica para reemplazar o amplificar una experiencia real que está a menudo inmersa en lo natural, y que su práctica simulada evoca o replica, sustancialmente, aspectos de ese mundo real, en una forma interactiva total". De esta forma se consigue una formación práctica, desde el punto de vista clínico, adquiriendo habilidades específicas y de gestión de las situaciones críticas en equipos de trabajo, sin riesgo para la seguridad de los pacientes.

Por otro lado, la fase de *debiefring*, implica la posibilidad de análisis crítico de las actuaciones propias y del resto del grupo implicado en la práctica de simulación clínica, asegurando siempre el reconocimiento previo de profesionalidad, confidencialidad y respeto a todos los participantes. En dicha fase se profundiza en los conocimientos adquiridos planificados e incluso no planificados, resultado de las necesidades docentes de los alumnos.

En definitiva, el objetivo es lograr un ámbito ideal y lo más real posible para la práctica docente, estableciendo escenarios y acciones programadas, estandarizadas, reproducibles y seguras.

En este sentido, la simulación ha sido utilizada como herramienta para la gestión sanitaria de la pandemia por COVID-19. Así se expone en el artículo de Maestre[3], donde el objetivo del trabajo fue describir la experiencia del centro de simulación del hospital de Valdecilla (Santander) como herramienta de apoyo estratégico de los servicios de salud, durante la crisis sanitaria. Se creó un grupo de trabajo interdisciplinar y se llevaron a cabo varios tipos de actividades: Talleres de formación de formadores para entrenar la puesta y retirada de EPIs, así como talleres de entrenamiento en la colocación y retirada de dichos equipos y sesiones de reflexión y apoyo a los profesionales.

Las posibilidades que plantean las técnicas de simulación en el ámbito sanitario son infinitas, en tanto favorecen el entrenamiento y el análisis continuado de cualquier práctica clínica, siempre con el objetivo de avanzar en calidad asistencial y seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

w

1. Eugenia Urra Medinaa, Sandra Sandoval Barrientosb, , Fabio Irribarren Navarroc. El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. DOI: 10.1016/j.riem.2017.01.147

2. D. Gaba. The future vision of simulation in health care. BMJ Qual Saf., 13 (2004), pp. 2-10

3. Maestre JM, Rábago JL, Cimadevilla B, Pedraja J, Del Moral I, Manuel-Palazuelos JC. La simulación como herramienta para facilitar la adaptación de la organización sanitaria a la pandemia de COVID-19. DOI: 10.1016/j.edumed.2020.08.001

Abstract

Nuevos alérgenos a tener en cuenta en eccemas de contacto

Hernández-Fernández C.P., Mercader-García P., Silvestre Salvador J.F. et al. Alérgenos candidatos para ser incluidos en la serie estándar española a partir de los datos del Registro Español de Dermatitis de Contacto. A*CTAS Dermo-Sifiliográficas, 2021; 112*: 798 – 805.

OBJETIVO
Analizar la frecuencia de sensibilización y la relevancia de nuevos alérgenos para valorar si deben ser incluidos en la batería estándar española y europea.

DISEÑO
Estudio observacional transversal prospectivo.

POBLACIÓN
Pacientes consecutivos a los que se les realizaron pruebas epicutáneas de contacto en los centros asociados al Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC).

MÉTODO
Se valoraron las pruebas realizadas entre el 1 enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2020 a pacientes sometidos a pruebas epicutáneas con hidroperóxido de linalool, hidroperóxido de limoneno, 2-hidroxietil-metacrilato, benzisotiazolinona, octilisotiazolinona, mezcla textil, metabisulfito sódico, propóleo, bronopol, mezcla de compuestas II, diazolidinil urea, imidazolidinil urea, decil glucósido y lauril glucósido. Las pruebas epicutáneas fueron realizadas según la guía ESCD con dos lecturas, considerándose positivas las pruebas con (+), (++) o (+++). Las relevancias se consideraron presentes según los datos de la historia clínica.

RESULTADOS
Se incluyeron 4.654 pacientes, si bien por la pandemia sólo se pudieron estudiar con la batería española extendida 1.890 pacientes (40,6%) de 14 centros hospitalarios. Los resultados indican que, por su frecuencia de sensibilización, debería considerarse la inclusión de siete nuevos alérgenos en la batería estándar española: hidroperóxido delinalool, hidroperóxido de limoneno, HEMA, benzisotiazolinona, mezcla textil, propóleo y metabisulfito sódico.

CONCLUSIÓN
El número de alérgenos en la batería estándar es limitado, y en sus actualizaciones se debe valorar la inclusión de alérgenos nuevos y eliminar los obsoletos en base a datos epidemiológicos. Es útil organizar la información en dermatitis de contacto mediante un registro multicéntrico basado en Internet.

COMENTARIO
En la industria existen entre 5 y 7 millones de productos químicos. Cada año son producidas unas 100.000 sustancias nuevas de las cuales salen al mercado entre 500 y 1.000. Alrededor de unas 3.000 están clasificadas como alergénicas. Por tanto, es de suponer que muchas de estas nuevas sustancias pueden ser un peligro potencial de causar eccema de manos en trabajadores de estas industrias y usuarios de productos.

El eccema de manos, también llamada dermatitis de manos, es un trastorno inflamatorio de la piel, debido a diferentes causas, a menudo molesto y que puede incluso afectar la calidad de vida del paciente. El eccema de manos es una patología con una alta prevalencia, afecta alrededor del 10% de la población general y representa aproximadamente el 80% de las dermatosis de origen laboral. Un 20-25% los eccemas de contacto corresponden a formas alérgicas. El diagnóstico de eccema de manos es fundamentalmente clínico y se basa en la anamnesis y la exploración física, siendo muy importante la historia clínica y laboral, pero en ocasiones puede precisar de pruebas complementarias.

Una de las pruebas más usadas para su estudio son las pruebas epicutáneas que son unas pruebas de provocación. Para valorar si la sustancia sospechosa es la causa del eccema, se sigue una metodología de parcheo y lectura. Para ello se expone al paciente a determinadas sustancias 48 horas, mediante parches con la sustancia en la espalda, y se valora la reacción de la piel en la zona de contacto. Estas valoraciones o lecturas se hacen a las 48 horas, a las 96 horas e incluso a la semana dependiendo del tipo de sustancia. Según la reacción de la piel, el lector experto puede valorar si estamos ante una reacción alérgica, una reacción irritativa o nada y su relevancia.

La colocación de estas sustancias en forma de parche en la espalda no se aplica de forma aleatoria sino en series o baterías. Existe una serie estándar que contiene las sustancias a que los pacientes presentan alergia más frecuentemente o sustancias alergénicas de uso más habitual y luego existen series especificas (maderas, perfumes, tintes, gomas, incluso algún fármaco, etc.) que se aplican en función de la alergia que se sospeche.

Por tanto, es lógico pensar que esta serie estándar debe actualizarse periódicamente mediante la incorporación de nuevas sustancias de uso frecuente y eliminar las que están obsoletas.

En base al presente estudio, las sustancias que se aconseja incluir en la serie estándar española por el aumento de su uso y de la frecuencia de sensibilización que muestran los pacientes son:

- El linalool y limoneno que son fragancias muy utilizadas.
- El 2-hidroxietil-metacrilato (HEMA) que ha demostrado ser muy efectivo como marcador de la sensibilización a acrilatos (muy utilizados actualmente en productos estéticos como esmaltes de uñas y pegamentos para poner pestañas postizas).
- La benzisotiazolinona (BIT) y octilisotiazolinona (OIT) que son derivados de las isotiazolinonas con acción microbicida (conservantes presentes en productos de cosméticos, industriales y de limpieza doméstica).
- La mezcla textil que incluye un conjunto de ocho colorantes
- El propóleo que es un componente estructural de las colmenas de las abejas utilizado cada vez en biocosméticos
- El metabisulfito sódico y otros sulfitos que son utilizados por su capacidad microbiostática y antioxidante en cosméticos, medicamentos y alimentos.

Anna Martí Margarit
Médico Especialista en Medicina del Trabajo
Máster en Salud Laboral

BIBLIOGRAFÍA

1. https://www.parcdesalutmar.cat/es/dermatologia/tecniques-diagnostiques/provepicutanies/

2. www.insht.es . DDC-DER-02. Eczemas alérgicos.

3. www.insht.es . DDC-DER-03. Eczemas irritativos.

4. Conde-Salazar Gómez L, Heras Mendaza F. Concepto actual y clasificación de las DERMATOSIS PROFESIONALES

Abstract

Asociación del aprendizaje con el compromiso laboral de los trabajadores

Jorge Alberto Restrepo, Luis Carlos Domínguez, Marcelo García Diéguez

Learning climate and work engagement in clinical residents: The relationship with human self-determination

Biomédica 2022 1 de marzo; 42 (1): 102-111.

ANTECEDENTES

El clima de aprendizaje es un factor que se asocia con el compromiso hacia las actividades laborales del médico residente y la mejora del bienestar estudiantil en el lugar de trabajo, por medio de su autodeterminación durante la rotación clínica.

OBJETIVO

Determinar la relación del clima de aprendizaje medido con la escala D-RECT 35, y la autodeterminación del médico residente y su compromiso con el trabajo mediante la escala UWES 17.

MÉTODOS

Se realizó un estudio correlacional de corte transversal con médicos residentes de especialidades médico-quirúrgicas que hacían la rotación clínica en el lugar de práctica y completaron los cuestionarios de medición.

RESULTADOS

Se evaluaron 188 médicos residentes de especialidades clínicas; la mediana de la escala de clima de aprendizaje fue de 3,9/5,0; la de la escala de autodeterminación fue de 4,86/7,0, y la de la escala de compromiso laboral fue de 5,0/6,0. El clima de aprendizaje se consideró como adecuado y se encontró una relación positiva con la autodeterminación y el compromiso del médico residente con sus actividades; dichas correlaciones tuvieron significación estadística.

CONCLUSIONES

El clima de aprendizaje adecuado se relaciona positivamente con la capacidad de comprometerse con las actividades laborales y con la autodeterminación del médico residente en entrenamiento; asimismo, favorecen el trabajo colaborativo y el acceso a la supervisión, y generan mayor autonomía, entusiasmo y dedicación a las actividades asignadas, lo cual puede incentivar mejoras en los programas educativos de los departamentos clínicos y reflejarse en una atención más segura a los pacientes.

COMENTARIOS

El compromiso laboral hace referencia al vínculo emocional que mantienen los trabajadores con la organización y sus objetivos. Este compromiso emocional se traduce en que los empleados realmente se preocupan por la empresa en la que trabajan. Al final del mes, no solo esperan un sueldo sino también el éxito de la compañía. Reconocen que son parte del engranaje que mueve a toda la organización.

El compromiso laboral para las organizaciones se interpreta cuando el nivel de compromiso y esfuerzo que un trabajador deposita sobre su trabajo puede ser identificado por el área de Recursos Humanos, y puede ser medido y analizado en beneficio de la misión y visión de la compañía.

A veces se suele confundir el término “compromiso laboral” con el de “satisfacción laboral”. A pesar de tener cierto grado de similitud, también existen diferencias marcadas. Los empleados comprometidos pueden decir que se sienten implicados en el trabajo que hacen. El comportamiento de un trabajador comprometido es persistente, proactivo y se adapta a las necesidades de la compañía.

En el caso de los empleados satisfechos, se sienten contentos y gratificados. El nivel de satisfacción laboral de los empleados de una organización suele estar relacionado con factores sobre los que la organización tiene control (como el salario, los beneficios y la seguridad laboral), mientras que los niveles de compromiso están en gran medida bajo el control directo del jefe de área (a través de las asignaciones semanales, la confianza, el reconocimiento, la comunicación, etc.).

En esencia, el compromiso laboral se basa en la confianza, el compromiso y la comunicación entre las organizaciones y sus miembros. Es decir, una relación en la cual ambas partes ganan trabajando de manera colaborativa. Los empleados cumplen con funciones específicas para mejorar el funcionamiento de la organización y asegurar su éxito. Y son las organizaciones quienes aprovechan este compromiso de forma adecuada para obtener lo mejor de sus miembros. Para conseguir el mayor compromiso posible del empleado es fundamental tener en cuenta el clima de aprendizaje. A nivel social, el aprendizaje es el proceso continuo de aprender de otros. Aprendemos socialmente cuando observamos a otras personas, hacemos preguntas y compartimos recursos. En el contexto corporativo, el aprendizaje social es el conocimiento que adquirimos de nuestros compañeros de manera presencial y online, a través de tecnologías sociales como blogs, wikis, foros de discusión y contenidos digitales. Las empresas que respaldan el aprendizaje social poseen ambientes que fomentan la conversación y la colaboración entre toda su organización. Si una de las estrategias para mantener el compromiso de los trabajadores está basada en la formación continua de los empleados, el desarrollo y la innovación, el aprendizaje social podría convertirse en su aliado.

Para adquirir compromiso laboral podemos citar tres estrategias: Establecer roles como modelos de conducta, es decir, es la oportunidad para situar a los directivos o altos funcionarios de una organización como modelos a seguir. Si las personas con mayor presencia en una compañía son responsables, puntuales y proactivos, los empleados imitarán tales comportamientos.

Otra estrategia sería impulsar la colaboración y cooperación entre equipos de trabajo. Existen plataformas de aprendizaje con espacios colaborativos y sociales como grupos, foros de discusión, mensajería directa y paneles de noticias lo que puede lograr que los trabajadores más introvertidos y menos proactivos se conviertan en impulsores del trabajo en equipo.

Y por último, construir una comunidad de aprendizaje formada por los trabajadores y por una plataforma de aprendizaje digital adecuada. De esta manera diferentes departamentos podrán reunirse y aprender algo nuevo de los demás de manera continua.

Susana Pacheco Pacheco
Enfermera del Trabajo

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Sullivan PS. What's in a learning environment? Recognizing teachers' roles in shaping a learning environment to support competency. Perspect Med Educ. 2015;4:277–279.

2. Domínguez LC, Urueña N, Sanabria Á, Pepín JJ, Mosquera M, Vega V, et al. Autonomía y supervisión del residente de cirugía: ¿se cumplen las expectativas en el quirófano? Educ Médica. 2017;19:208–216.

3. Herrera CA, Olivos T, Román JA, Larraín A, Pizarro M, Solís N, et al. Evaluación del ambiente educacional en programas de especialización médica. Rev Med Chil. 2012;140:1554–1561.

4. Silkens M, Smirnova A, Stalmeijer R, Ara O, Scherpier A, van der Vleuten C, et al. Revisiting the D-RECT tool: Validation of an instrument measuring residents' learning climate perceptions. Med Teach.

Abstract

Control de la presión arterial domiciliaria a través de la telemedicina

Carmen Sánchez, Joan Torrás, María José Castillo

Optimización del control de la presión arterial a través de la telemedicina en Atención Primaria en España
Rev. Atención Primaria. 16 de mayo 2022; 54 (7): 102353

OBJETIVO

Validar con un panel de médicos de atención primaria con experiencia en hipertensión varias recomendaciones para optimizar la teleconsulta en pacientes hipertensos.

MÉTODOS

Miembros de los grupos de trabajo sobre hipertensión o enfermedad cardiovascular de las Sociedades Españolas de Médicos de Atención Primaria (MAP) [SEMERGEN], Medicina de Familia y Comunitaria [semFYC] y Médicos Generales y de Familia [SEMG], realizaron un estudio Delphi basado en un cuestionario online con 59 recomendaciones basadas en la evidencia disponible y la experiencia clínica de los autores.

RESULTADOS

Participaron 118 MAP en dos rondas del cuestionario (98,3% de los médicos invitados), alcanzando consenso en 53/62 afirmaciones (85%). El equipo de Atención Primaria debe seleccionar de forma proactiva a los pacientes hipertensos aptos para la consulta telemática y contactar con ellos para concertar una cita. La consulta telemática debe comenzar explicando el motivo y los objetivos que se persiguen, continuando con la anamnesis, que debe explorar signos y síntomas de empeoramiento de la enfermedad, tratamientos actuales y nivel de adherencia. En pacientes con una toma de presión arterial domiciliaria ≤135/85mmHg, se recomienda programar una nueva cita telemática en 3-6 meses. Por el contrario, los pacientes asintomáticos con una presión arterial domiciliaria ≥ 135/85 mmHg deben someterse a monitorización ambulatoria de la presión arterial, modificación del tratamiento y conocer los signos y síntomas de alarma.

CONCLUSIONES

La teleconsulta puede complementar la consulta presencial, constituyendo una herramienta adicional para el adecuado seguimiento de los pacientes hipertensos.

COMENTARIOS

La telemedicina es la parte de la telemática aplicada a la sanidad para la atención de pacientes individualmente considerados, con independencia de la localización de los emisores y receptores de la información, el tipo de información transmitida y los equipos necesarios. En cualquier caso, se trata de una nueva forma de establecer las relaciones entre los pacientes y el sistema sanitario, entre los profesionales y las organizaciones sanitarias, modificando cualitativamente factores de distancia y simultaneidad y cuantitativamente factores de velocidad y seguridad. Son muchas las áreas sanitarias que se han visto influidas en los últimos años por la utilización de estas nuevas tecnologías: seguimiento de pacientes con patologías crónicas, consultas de los pacientes a profesionales de diferentes especialidades, comunicación entre profesionales, asistencia urgente, etc. La hipertensión arterial tiene una elevada prevalencia en sociedades occidentales y contribuye de forma clara en las tasas de morbilidad y mortalidad de la población. La aplicación de nuevas tecnologías en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes hipertensos puede mejorar el control de sus niveles de presión arterial y, en consecuencia, contribuir en la reducción del riesgo cardiovascular.

La automedida de la presión arterial domiciliaria es una técnica sencilla, rápida y de bajo coste que poco a poco se está introduciendo como prueba complementaria en el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial en atención primaria, con el objetivo de clasificar mejor a los pacientes, mejorar el porcentaje de controles óptimos y evitar errores en la medida de la presión arterial (PA) que puedan inducir a sobrestimar o subestimar sus valores reales y llevar a tomar decisiones inadecuadas.

La medida de la PA en el consultorio presenta una serie de limitaciones: no ofrece información sobre los valores de presión fuera del consultorio, habitualmente se realiza un número limitado de lecturas por visita que representa una pequeña fracción de los valores de la PA de 24 h, pueden darse fácilmente errores en las lecturas debidos al observador (falta de tiempo, desconocimiento de la técnica, problemas audiovisuales...) y, finalmente, implica la presencia del efecto de bata blanca, reacción de alerta ante el personal sanitario y que produce una sobrestimación de la PA y una subestimación del efecto real del tratamiento que sigue el paciente.

Los estudios disponibles demuestran que los pacientes que utilizan el sistema de transmisión de los valores de PA domiciliarios mediante las nuevas tecnologías de la comunicación, presentan un mayor cumplimiento del tratamiento y mayores descensos de la PA.

Guillermo Martín Bravo
Enfermero del Trabajo

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios V., Cosín-Sales J., Bravo M., Escobar C., Gámez JM, Huelmos A., et al. La consulta telemática para el cardiólogo clínico en tiempos de la COVID-19: presente y futuro. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2020;73:910–918.

2. Pallarés Carratalá V., Górriz-Zambrano C., Morillas Ariño C., Llisterri Caro JL, Gorriz JL COVID-19 y enfermedad cardiovascular y renal: ¿Dónde estamos? ¿Hacia dónde vamos? Semergen. 2020;46(Suplemento 1):78–87.

3. Unger T., Borghi C., Charchar F., Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D., et al. Directrices de práctica de hipertensión global de la Sociedad Internacional de Hipertensión 2020. Hipertensión (Dallas, Tex: 1979). 2020;75:1334–1357.

4. Kamyshnyi A., Krynytska I., Matskevych V., Marushchak M., Lushchak O. La hipertensión arterial como comorbilidad de riesgo asociada con la patología COVID-19. Int J Hipertensos. 2020;2020:8019360.

Abstract

Factores de riesgo laboral y extralaboral en las lesiones del miembro superior

Cárdenas Villanueva A, García Vásquez CL y Hernández Duarte WA. "Análisis de la relación entre factores laborales y extralaborales con sintomatología osteomuscular en miembros superiores de trabajadores administrativos". Fisioterapia 43 (2021) 201-209.

OBJETIVO
Identificar y analizar los factores laborales y extralaborales de trabajadores administrativos de una empresa pública y su relación con sintomatología en miembros superiores.

DISEÑO
Estudio analítico transversal.

EMPLAZAMIENTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bogotá, Colombia.

POBLACIÓN DE ESTUDIO
57 empleados del área administrativa de una empresa pública.

MATERIAL Y MÉTODO
Tras un marcado incremento de las bajas laborales, entre el personal administrativo de una empresa pública, en el año 2018 y 2019, se decide hacer un muestreo a conveniencia de 57 administrativos que trabajan con ordenador, en una jornada laboral de 8 horas diarias.

Tras firmar el consentimiento informado, se determinó el perfil sociodemográfico, antecedentes laborales y factores extralaborales relacionados con sintomatología de miembros superiores, después se les pasó el cuestionario nórdico de Kourinka con el fin de detectar morbilidad sentida entre la población trabajadora.

Las pruebas utilizadas para identificar alteraciones en los miembro superiores fueron:

A. Hombro: Hawking-Kennedy para detectar compromiso en el espacio subacromial, patología de manguito rotador y bolsa subacromial; Jobe para rotura del tendón supraespinoso o compromiso del espacio subacromial y Neer para el impingement del hombro.
B. Codo: Cozen para detectar inflamación en epicóndilo.
B. Muñeca: Phalen y Tinel para identificar irritación del nervio mediano y Finkelstein para tendinitis de Quervain.

Se analizaron los puestos de trabajo por expertos en seguridad y salud en el trabajo para identificar la presencia de posibles factores de riesgo.

El Excel con la información obtenida se analizó con el software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Se aplicó coeficiente V de Cramer para identificar relaciones entre sintomatología y factores laborales, con resultado significativo si $p<0,05$ y Rho de Spearman para determinar relaciones entre actividades extralaborales y duración de síntomas.

RESULTADOS:
1. El 80% de la población de estudio son mujeres mayores de 28 años.
2. El 58% tenían compañero sentimental, independientemente al estado civil.
3. El 50% tenían contrato fijo y antigüedad entre 1 y 5 años.
4. Con respecto a la sintomatología, tuvieron molestias del cuello el 63%, hombro derecho(D) 30%, hombro izquierdo(I) (21%), codo D (32%), codo I (10%), muñeca D (49%) y muñeca I (21%).
5. Entre el 20% y el 30% de los dolores no duraron más de 7 días y solo el 8% de los dolores duraron más de 30 días.
6. Se encontró relación estadísticamente significativa entre estado civil y síntomas a nivel de codo D (V de Cramer = 0,332; $p < 0,05$) y muñeca D (V de Cramer = 0,359; $p < 0,05$).
7. También la percepción de temperaturas no confortables en el puesto de trabajo aumentó la sintomatología en codo D (V de Cramer = 0,313; $p < 0,05$).

8. Las posturas forzadas aumentaron significativamente la sintomatología del codo D (V de Cramer = 0,350; p < 0,05).
9. Existió relación directamente proporcional entre la duración de molestias en muñecas y el uso del ordenador fuera de la jornada (Rho=0,313; p=0,05).

CONCLUSIONES

Este estudio encuentra relación directa entre sintomatología reportada a nivel de articulaciones de codos y muñecas con variables demográficas y factores presentes en el ambiente y la actividad laboral. Y se identifica correspondencia directamente proporcional entre duración de sintomatología y frecuencia de actividades extralaborales.

COMENTARIO

Cada año se producen cerca de 160 millones de enfermedades laborales no mortales en el mundo. Las patologías laborales más frecuentes entre las musculoesqueléticas a nivel de miembros superiores son el síndrome del túnel del carpo, la epicondilitis, el síndrome del manguito rotador y la tenosinovitis de la muñeca[1].

Sus causas suelen ser una combinación de una serie de situaciones o factores de riesgo propios de la actividad laboral realizada y el medio ambiente en el que se desarrollan, junto con las capacidades del trabajador, necesidades, costumbres y situación personal fuera del trabajo[2].

Pocos son los estudios hasta el momento que analizan los factores socioculturales de los trabajadores por las políticas actuales de privacidad. En los pocos realizados, algunos ya hace bastantes años, se han encontrado diferencias significativas entre personas con diferentes estados civiles[3], personas a cargo de gente dependiente[4] y actividad deportiva que estresa los tejidos blandos en cuestión[5].

Es por tanto, que un buen estudio de todas estas circunstancias prepararía a la empresa para detectar las necesidades de actuaciones preventivas dependiendo del perfil de la actividad laboral y propio del trabajador, consiguiendo una disminución del absentismo laboral causado por dichos factores de riesgo. Para ello, y tras este exhaustivo análisis de la población trabajadora, sería beneficioso poner en marcha programas específicos de salud para cada colectivo laboral, como son por ejemplo las escuelas de espalda que bien enseñadas y con un buen seguimiento, demuestran eficacia en la disminución de las bajas laborales por patología de la columna vertebral.

Ramiro Delgado Galán
Fisioterapeuta
Osteópata

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz F, Rincón M, Mendoza J. Texto de medicina física y rehabilitación. Bogotá, Colombia: Manual Moderno; 2016.

2. Treaster DE, Bur D. Gender differences in prevalence of upper extremity musculoskeletal disorders. Ergonomics. 2004;47:495-526.

3. Ogundiran O, Agbonlaho E, Oke K, Ogunsanya G. Work-related musculoskeletal pain and characteristics of brewery workers in Southwest Nigeria-a pilot study. Rev Pesqui Fisioter. 2020;10:149-55.

4. Guerrero J. Los roles no laborales y el estrés en el trabajo. Revista Colombiana de Psicología. 2003;12:73-84.

5. Bedoya E, Osorio I, Tovar C, Roqueme K, Espinosa E. Determinación de la carga física como factor de riesgo de desórdenes osteomusculares. Revista espacios. 2018;39:10.

Abstract

Fenotipos de presentación del síndrome postcovid

Ganesh R, Grach SL, Ghosh AK, et al. The Female-Predominant Persistent Immune Dysregulation of the Post-COVID Syndrome. Mayo Clin Proc. 2022;97(3):454-464. doi:10.1016/j.mayocp.2021.11.033

OBJETIVO

Describir los datos clínicos de pacientes atendidos en una unidad clínica de atención postCOVID-19.

MÉTODOS

Estudio transversal basado en la revisión de las historias clínicas de los primeros 108 pacientes atendidos entre el 19 de enero de 2021 y el 29 de abril de 2021 en la unidad clínica de atención postCOVID-19 de la Clínica Mayo. Los pacientes fueron agrupados en seis fenotipos según el síntoma predominante: disnea, dolor torácico, mialgias, ortostatismo, fatiga y cefaleas. Se analizó un séptimo fenotipo, sensibilización central, en el que se agruparon los pacientes con fatiga, mialgia y ortostatismo.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes atendidos fueron mujeres (75%) y la media de edad de presentación fue de 46 años. Se identifican 6 fenotipos clínicos: fatiga (n= 69), disnea (n= 23), mialgia (n= 6), ortostatismo (n= 6), dolor torácico (n= 3), y de cefalea (n= 1). El fenotipo de fatiga fue más común en mujeres y el fenotipo de disnea lo fue en hombres. La interleucina 6 (IL-6) estaba elevada en el 61 % de los pacientes (69 % de las mujeres; p = 0,0046), que era más común que la elevación de la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG), identificada en el 17 % y el 20 % de los casos, respectivamente.

CONCLUSIÓN

El predominio de la fatiga fue el fenotipo de presentación más común y se asoció con niveles elevados de IL-6 y con el sexo femenino. El predominio de la disnea fue más común en hombres y no se asoció con niveles elevados de IL-6. Los niveles de IL-6 tenían más probabilidades de estar elevados que la VSG y PCR en pacientes con síndrome postCOVID.

COMENTARIO

Desde su identificación en diciembre de 2019, el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), que causa la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), ha tenido un impacto mundial devastador con más de 4,7 millones de muertes en todo el mundo hasta septiembre de 2021.

A medida que ha evolucionado la pandemia de la COVID-19 la comunidad científica empieza a tomar conciencia de que esta infección es como un gran iceberg, en cuya parte visible podemos encontrarnos con las personas contagiadas junto a los pacientes que en la fase aguda de la enfermedad sufren graves complicaciones. Pero en su base, se van acumulando aquellos que más allá de la afectación aguda no consiguen recuperar su estado vital previo, por lo que ha venido a denominarse la Covid Persistente o Long Covid (LC), en ellos los síntomas persisten más allá de las 12 semanas del inicio de sus síntomas, y son al menos un 10 % de todos los contagiados. Cifra que sería superior si consideramos, como en algunas entidades, el límite para la persistencia de síntomas en las 4-6 semanas tras el contagio. No se conoce muy bien el mecanismo que lo desencadena, aunque hay tres hipótesis principales: a) persistencia del virus originando una infección latente o crónica, b) se desencadena una tormenta inflamatoria generando una respuesta inmunitaria inflamatoria tardía y, c) alteración inmunológica por la presencia de autoanticuerpos, alterando la función inmunológica[1].

Tanto en el primer informe que se elaboró sobre esta afectación, una serie de 143 casos hospitalizados en Italia[2], como en otro posterior realizado en Wuhan (China)[3] se informó que en estos pacientes el síntoma predominante es la fatiga persistente, seguido de la disnea y dolores osteomusculares.

Se han observado casos de daño orgánico directo con afectación de un solo sistema, como anosmia, miocardiopatía, neuropatía o enfermedad pulmonar intersticial. Además de esto, las causas de discapacidad incluyen dolor generalizado, fatiga con malestar postesfuerzo, intolerancia ortostática y deterioro cognitivo, síntomas similares a los observados en otros síndromes postinfecciosos. Se cree que estos síndromes comparten un mecanismo fisiopatológico común con la neuroinflamación central y la remodelación de las vías nerviosas centrales y periféricas que conducen a una mayor sensibilidad a múltiples estímulos, hiperactividad simpática y disminución de la eficacia de las vías inhibidoras (sensibilización central)[4]. Las investigaciones se están centrando en el papel que juegan en el desarrollo y persistencia de estas condiciones los mediadores proinflamatorios (interleucinas 6, 8, 17, 1b y el FNT-α).

El objetivo del trabajo que presentamos es la descripción de los datos clínicos de los primeros 108 pacientes atendidos en la Unidad de Atención post COVID-19 de la Clínica Mayo.

Para ello los investigadores registraron los síntomas agudos (dentro de las primeras cuatro semanas desde el diagnóstico de COVID-19 o el inicio de los síntomas), seguidos de los síntomas crónicos (aquellos que persisten más allá de las cuatro semanas desde el diagnóstico o el inicio de los síntomas) así como los datos de laboratorio y otras pruebas diagnósticas. Todos los pacientes completaron un cuestionario de 52 preguntas sobre la infección inicial de COVID-19, los síntomas y el tratamiento junto con los síntomas continuos y persistentes que presentaban. Se establecieron seis fenotipos según el síntoma predominante: disnea, dolor torácico, mialgias, ortostatismo, fatiga y cefaleas.

Tras el análisis de los datos observaron que el 75% eran mujeres, la media de edad fue de 46 años. En la fase aguda los síntomas que más se manifestaron fueron fatiga (59%), tos (54%), disnea (52%) y mialgias (50%) y entre los síntomas persistentes los más comunes fueron fatiga (89 %), disnea (69 %), confusión mental (69 %), ansiedad (62 %), y sueño no reparador (58%).

Con respecto a los fenotipos la fatiga fue el más numeroso (63,8%) seguido de disnea (21,6%), mialgias (5,5%), ortostatismo (5,5%), dolor torácico (2,7%) y cefalea (0,9%). Hubo diferencia significativa en cuanto a su distribución por sexos (p= 0,0004); las cefaleas y disnea eran predominantes entre los hombres mientras que la fatiga, ortostatismo y dolor torácico lo fueron entre las mujeres.

Por último, en cuanto a los marcadores de laboratorio, la IL-6 se elevó en una mayor proporción de pacientes (61%) que PCR (17%) y VSG (20%). Esta elevación también fue mayor entre las mujeres (69 % frente a 39 % en hombres; p = 0,05) y entre los fenotipos de fatiga, mialgia y ortostatismo.

Por todo ello, los investigadores infieren tres conclusiones principales: (1) hay un predominio femenino en los pacientes con síndrome postCOVID (75%); (2) las mujeres son más propensas que los hombres a tener una IL-6 elevada (69 % frente a 28 %); y (3) fatiga continua es el fenotipo más común en mujeres (72%) y la disnea el más común en hombres (52%). Por otro lado señalan que el fenotipo de sensibilización central (fatiga, mialgia y ortostatismo) fue la categorización más común, con mayor prevalencia entre las mujeres y, además, se asoció con niveles más elevados de IL-6.

Julio Domingo Jiménez Luque
Especialista en Medicina del Trabajo

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo Guía clínica para la atención al paciente long COVID/COVID persistente. Guía clínica para la atención al paciente long COVID/COVID persistente, coordinado por Sociedad Española de Medicina General y Familia y Long COVID Acts; 2021. Disponible en: https://www.semg.es/images/2021/Documentos/GUIA_CLINICA_COVID_Persistent_20210501_version_final.pdf.

2. Carfì A, Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. JAMA. 2020;324(6):603-605.

3. Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. J Infect. 2020;81(6):e4-e6.

4. Ji RR, Nackley A, Huh Y, Terrando N, Maixner W. Neuroinflammation and Central Sensitization in Chronic and Widespread Pain. Anesthesiology. 2018;129(2):343-366. doi:10.1097/ALN.0000000000002130

Abstract

Perspectiva de género relacionada con la distribución desigual de las condiciones de trabajo

Álvaro Besoain, Gustavo Agurto, Tiare Alarcón
Conditions of employment, work and quality of life of men and women in informal jobs
Rev. Saude Publica. Abril 2022; 56:17

OBJETIVO
Identificar brechas de género en las condiciones de empleo, trabajo y calidad de vida de vendedores informales de la Vega Central de Chile.

MÉTODOS
Se realizó un estudio transversal con ochenta trabajadores, quienes respondieron módulos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo y Salud (ENETS) y al Cuestionario de Salud SF-36 para la recolección de datos. Se hizo un análisis descriptivo para determinar características de la población y la prueba de Chi-cuadrado para estudiar correlaciones entre cada una de las variables con el género.

RESULTADOS
De la muestra, cincuenta (62,5%) pertenecen al género masculino, y treinta (37,5%) al género femenino. Ambos grupos presentan condiciones de empleo, trabajo y calidad de vida similares. No obstante, las mujeres manifiestan mayor temor que los hombres a reclamar mejores condiciones de trabajo, así como más desánimo y tristeza durante la jornada y peor percepción de estado de salud.

CONCLUSIONES
Las estrategias de promoción y prevención de salud laboral y seguridad social deben considerar una perspectiva de género sobre las condiciones laborales e indicadores de salud, que permitan a las mujeres desarrollar herramientas para demandar justas condiciones y promuevan obligaciones al empleador de preocuparse del bienestar de trabajadores y trabajadoras.

COMENTARIOS
El aumento de la participación de la mujer en el mercado laboral ha sido uno de los fenómenos sociales más importantes de la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, la brecha en términos de actividad, empleo temporal y tasas de desempleo entre mujeres y hombres se ha mantenido estable en todo el mundo. Una explicación del origen de las desigualdades de género es estructural, ya que el mercado laboral se ha organizado sobre los pilares del patriarcado y el androcentrismo imperante.

A partir de la Revolución Industrial, una división del trabajo basada en el sexo se convirtió en la base sobre la que se consolidaron las desigualdades de género, confinando a las mujeres al trabajo doméstico y al cuidado de la familia (trabajo no remunerado) y a los hombres al trabajo remunerado. La incorporación de las mujeres al trabajo remunerado no las ha eximido del trabajo no remunerado. Permanecen atrapadas en el ámbito familiar, en parte porque están ligadas por lazos afectivos a aquellos de cuyo cuidado son responsables, así como por una distribución desigual de las tareas domésticas y familiares entre los miembros de la pareja. Las mujeres y los hombres que ingresan al mercado laboral también se encuentran con sectores de actividad feminizados y masculinizados (segregación horizontal), donde las mujeres ocupan los puestos más bajos en la escala de toma de decisiones (segregación vertical) y donde la promoción profesional se ve obstaculizada por barreras

invisibles del poder masculino y por las diferencias lingüísticas en los estilos de habla entre mujeres y hombres. Todas estas condiciones colocan a las mujeres en una posición más precaria que los hombres. Por ejemplo, la segregación horizontal produce una densa concentración de mujeres en determinados sectores de actividad y en determinadas profesiones donde los niveles de remuneración son más bajos. La segregación vertical refuerza los efectos de la segregación horizontal y también explica los salarios más bajos de las mujeres. Además, mujeres y hombres con el mismo puesto de trabajo suelen realizar tareas diferentes, lo que da lugar a una distribución desigual de las condiciones y riesgos laborales entre ambos sexos, con un impacto diferencial en su salud. Por ejemplo, el título de trabajo de carnicero se aplica a las mujeres que trabajan detrás de un mostrador de charcutería e interactúan con el público, y también a los hombres que trabajan detrás de un mostrador de carne cortando grandes trozos de carne.

La consideración de una división del trabajo basada en el género en los estudios de salud ocupacional no solo implica análisis separados en función del sexo, sino que también debe tener en cuenta los diferentes significados potenciales de un rol dado para hombres y mujeres en diferentes contextos sociales. Además, la investigación sobre las desigualdades de género en salud ocupacional debe tender a explicar las complejas vías por las cuales las relaciones sociales de género pueden tener un impacto en la salud de hombres y mujeres trabajadoras. Por lo tanto, se requiere la consideración de los roles de sexo y género

En la última década, varios estudios científicos en el campo de la salud laboral han incorporado la perspectiva de género, aunque no se ha realizado ningún estudio que identifique y recopile todas las desigualdades de género en salud relacionadas con el trabajo descritas en la literatura. Determinar el panorama general de las desigualdades de género relacionadas con el trabajo existentes es de vital importancia, no solo para los investigadores y profesionales de la salud laboral, sino también para los responsables políticos, con el fin de optimizar los esfuerzos que realizan las administraciones públicas para reducirlas.

Guillermo Martín Bravo
Enfermero del Trabajo

BIBLIOGRAFÍA

1. Deelen L, editora. Políticas para la formalización de las micro y pequeñas empresas en América Latina. Santiago (CH): Organización Internacional del Trabajo; 2015.

2. Organización Internacional del Trabajo. Mujeres y hombres en la economía informal: un panorama estadístico. Ginebra (CH): Oficina Internacional del Trabajo; 2018.

3. ONU Mujeres. El progreso de las mujeres en el mundo. Nueva York: ONU; 2019.

4. Oficina Internacional del Trabajo, Oficina de Estadística. Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones 2008 (CIOU-08). Ginebra (CH): OIT; 2015 [cited 2020 Jun 1

Abstract

Análisis fisioterápico de la gonalgia del atleta de élite

Zapardiel Sánchez E., Bailón Cerezo J., Basas García A. y Vergara Pérez F. "Frecuencia y características del dolor de rodilla en deportistas de élite de atletismo: estudio transversal". Fisioterapia. 2020;42(2):60-68.

OBJETIVOS

Conocer la frecuencia del dolor de rodilla en deportistas del atletismo de élite y qué modalidad es la más prevalente, explorar la relación del dolor con factores antropométricos y deportivos y las principales características de dicho dolor.

DISEÑO

Estudio transversal realizado en el Centro de Alto Rendimiento (CAR) de atletismo de Madrid en enero de 2019.

EMPLAZAMIENTO

Real Federación Española de Atletismo de Madrid y Departamento de Fisioterapia, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

151 atletas que se encontraban en enero 2019 en el CAR de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODO

Se invitó a participar en el estudio a todos los deportistas de élite de atletismo que entrenaban en el CAR en enero de 2019. Se realizó un muestreo consecutivo no probabilístico y se incluyó en el estudio a todos los atletas que cumplían estas características y que firmaron el consentimiento informado. Quedaron excluidos los atletas que hubiesen tenido una luxación de rótula o una intervención quirúrgica en la rodilla en el último año.

Todos los atletas rellenaron un cuestionario que recogía las siguientes variables:

1. Datos personales: sexo, edad y fecha de nacimiento.

2. Datos antropométricos: peso y altura.

3. Datos deportivos: modalidad de atletismo, años de práctica de atletismo de élite, pierna dominante, práctica de actividades o deportes que sobrecarguen la rodilla (excluyendo el atletismo), tratamiento de fisioterapia.

4. Entrenamiento: horas de entrenamiento semanales y estiramiento tras la práctica deportiva.

5. Dolor de rodilla en el momento actual: localización, intensidad del dolor en reposo y durante el entrenamiento con la NRS 11, tiempo de evolución, operación de rodilla, luxación de rótula, hinchazón de la rodilla, sensación de que se extiende hacia alguna parte de la pierna, aumento del dolor con el movimiento, momento de aparición durante el día, consecuencias sobre el entrenamiento, sensación de quemazón, frío doloroso o calambres eléctricos, sensación de hormigueo, alfileres y agujas, entumecimiento o picazón, dolor de tipo sensibilización central.

6. Dolor de rodilla en algún momento de la práctica deportiva de atletismo: ubicación, tiempo de evolución, consecuencias sobre el entrenamiento.

Los datos se analizaron con el programa IBM SPSS® Statistics versión.23.0. Se usó la *x2 de Pearson*, el *test de McNemar* y la prueba *exacta de Fisher* para calcular la asociación entre variables categóricas. El test *t de Student* o el *test U de Mann-Whitney* para muestras independientes. Se consideró significación estadística para un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS:

1. De los 151 atletas iniciales que se encontraban en el CAR de Madrid se analizaron los datos de 118 atletas (85,5%).

2. Fueron 76 hombres (64,5%) y 42 mujeres (35,6%), el 91,5% tenía entre 18 y 35 años.

3. Los hombres llevaban de media 6,3 años en el atletismo de élite y las mujeres 3,6 años.

4. El 85,6% tenía un índice de masa corporal (IMC) normal.

5. El 83% no realizaba ninguna actividad complementaria que sobrecargue las rodillas.

6. El 68% acudía regularmente a fisioterapia pero solo el 40% una vez a la semana.

7. El 70% hacía estiramientos después de los entrenamientos 3-4 veces por semana. De ellos, el 38% le dedicaba menos de 5 minutos y el 30% entre 10-15 minutos.

8. Los velocistas y saltadores tenían mayor frecuencia de dolor de rodilla.

9. No se encontró relación estadísticamente significativa entre el dolor de rodilla y la edad, IMC u horas de entrenamiento semanas.

10. El 21% tenía dolor de rodilla en el momento del estudio, de estos, el 44% en la derecha, el 36% en la izquierda y el 20% en ambas.

11. Tiempos de evolución del dolor: el 44% menos de un mes, el 16% entre 1 y 3 meses y el 40% más de 6 meses.

12. Variables relacionadas con el dolor: en el 80% aumentaba con el movimiento, el 40% iba acompañado de inflamación, el 28% lo identificaron como quemazón, el 36% con calambres eléctricos, el 32% como sensación de alfileres o agujas y otro 32% como picazón.

13. Ningún atleta dio positivo en el inventario de sensibilización central.

14. Momento de aparición del dolor: durante el entrenamiento el 40%, tras el entrenamiento el 20%, al 28% le dolía todo el día y el 12% tenía mayor dolor matutino.

CONCLUSIONES

El dolor de rodilla en atletas de élite se trata de un problema con una frecuencia medianamente alta, sobre todo en mujeres y en medio-fondistas, velocistas y saltadores. El dolor se presenta sobre todo de manera unilateral, acompañado de hinchazón, sensación de extensión hacia algún lugar del miembro inferior y se reagudiza con el movimiento.

COMENTARIO

La gonalgia se define como un dolor generalizado en la rodilla que se agrava en actividades como correr, hacer sentadillas o subir y bajar escaleras. Se asocian otros criterios posibles, pero no presentes necesariamente, como crepitaciones durante la flexo-extensión de la rodilla, edema en la zona peripatelar o retropatelar, inestabilidad o dolor a la palpación de la rodilla[1].

En la población general afecta a un 7-28% de los adultos y su incidencia es del 9,2%. Además, la prevalencia del dolor de rodilla ha aumentado un 65% en los últimos 20 años[2] Dentro del mundo deportivo, esta prevalencia aumenta proporcionalmente a la profesionalización del mismo, llegando a ser una de las causas por las que el 25% de los atletas dejan de practicar su deporte3[4].

Además del exceso de práctica deportiva, nos encontramos con los factores de riesgo intrínsecos, entre los que se encuentran la debilidad del cuádriceps, gastrocnemios y musculatura pelvitrocantérea, pronación excesiva del pie, hipermovilidad de la rótula, presencia de varo o valgo de rodilla, morfología anormal de las articulaciones de la rodilla, mala alineación del miembro inferior o una alteración de la propiocepción[4].

Abstract

Debido a estas causas multifactoriales, el correcto tratamiento de la gonalgia debe ser también multidisciplinar, entrando en estrecha colaboración la función de los médicos deportivos y/o traumatólogos con los fisioterapeutas que tienen un amplio abanico de técnicas tanto invasivas como no invasivas para reequilibrar el tono muscular y la correcta funcionalidad de la articulación. En nuestras salas de fisioterapia en el ámbito de la medicina laboral, las meniscectomías y las ligamentoplastias junto con las tendinopatías son las patologías más habituales que nos encontramos, siendo los pacientes en ocasiones deportistas, rara vez de élite, y sobretodo población no deportista la que sufre estos accidentes laborales.

Ramiro Delgado Galán
Fisioterapeuta
Osteópata

BIBLIOGRAFÍA

1. Hiemstra LA, Kerslake S, Irving C. Anterior knee pain in the athlete. Clin Sports Med. 2014;33:437-59.

2. Bunt CW, Jonas CE, Chang JG. Knee pain in adults and adolescents: the initial evaluation. Am Fam Physician. 2018;98:576-85.

3. Petersen W, Rembitzki I, Liebau C. Patellofemoral pain in athletes. Open Acess J Sports Med. 2017;8:143-54.

4. Kunene SH, Ramklass S, Taukobong NP. Anterior knee pain and its intrinsic risk factors among runners in under-resourced communities in Ekurhuleni, Gauteng. S Afr J Physiother. 2018;74:e1-7.

Abstract

Puesta al día de las guías clínicas de insuficiencia cardíaca

Updated Heart Failure Guidelines: Time for a Refresh. Morris AA and Butler J. Circulation; 2022;145:1371-1373

INTRODUCCIÓN

Desde que se publicaron las últimas guías de práctica clínica (CPGs), el conocimiento en el campo de la insuficiencia cardíaca (IC) ha progresado mucho debido a las nuevas evidencias que han resultado de la investigación. Por ello los autores de las nuevas guías americanas ACCF/AHA/HFSA[1] y europeas ESC[2], han tenido el enorme trabajo de recopilar esta nueva información. Se ha revisado desde la definición de IC hasta los nuevos tratamientos farmacológicos y las intervenciones no farmacológicas disponibles en la actualidad.

CONCLUSIONES

Mientras que la definición de IC es universal, las actuales guías ACCF/AHA/HFSA y ESC para la insuficiencia cardíaca difieren en el nivel de recomendación de algunos tratamientos. Esto probablemente es debido a las diferencias entre las poblaciones objetivo de las guías y otras razones socioeconómicas. Se necesitan más datos para armonizar las recomendaciones en los diferentes continentes.

COMENTARIO

La insuficiencia cardíaca, salvo pocas excepciones, tiene una presentación clínica similar en todo el mundo y la nueva definición de IC ha sido aceptada globalmente por las sociedades profesionales. Sin embargo, las dos principales guías, la ACCF/AHA/HFSA y la ESC, contienen algunas diferencias en lo que se refiere al abordaje del tratamiento.

Ambas guías están de acuerdo en que la cuádruple terapia con inhibidores de los receptores de la angiotensina-neprisilina (ARNIs), beta- bloqueantes, antagonistas de los receptores mineralocorticoides (ARM) y inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2 (sglt2), son el tratamiento de base para la IC con fracción de eyección (FE) reducida. Sin embargo, la ACCF/AHA/HFSA da a los ARNIs una indicación 1A mientras que la recomendación de ESC es 1B, reservando su utilización para los pacientes que permanecen sintomáticos tras el tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. La ACCF/AHA/HFSA da también una recomendación 1A al tratamiento con hidralazina/dinitrato de isosorbide en algún subgrupo de pacientes (pacientes de raza negra), mientras que para la ESC la recomendación en general para esta combinación es 1B por falta de “clara evidencia”.

En los pacientes con IC y FE preservada, la ACCF/AHA/HFSA recomienda el uso de ARNIs, ARM y inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2, en cambio la ESC no da una recomendación general para estas drogas, reservando su uso para subgrupos de pacientes donde haya evidencia de un claro beneficio.

Otra diferencia entre estas guías la encontramos en el uso del desfibrilador implantable (ICD) en la prevención primaria de pacientes con IC y FE ≤ 35%. La recomendación de la ESC es 1A cuando el origen de la IC es una cardiopatía isquémica, mientras que para los pacientes con IC de origen no isquémico, la recomendación es 2A. Para la ACCF/AHA/HFSA, la recomendación del ICD es 1A sea cual sea el origen de la IC.

Dra. María Teresa Portis Espinosa
Especialista en Cardiología y Medicina del Trabajo

BIBLIOGRAFÍA

1. ACCF (American College of Cardiology Foundation) / AHA (American Heart Association) / HFSA (Heart Failure Society of America)

2. ESC (European Society of Cardiology)

Abstract

¿Qué me llevo a casa después de la simulación? La importancia de los resultados de aprendizaje emergentes en la simulación clínica.

What do I take home after the simulation? The importance of emergent learning outcomes in clinical simulation José Luis Díaz, Marina Manresa, María José Pujalte, María Belén Soto, Mario Aroca, AndrésRojo, CésarLeal . Enfermería Clínica Versión Inglesa. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105186. Version of Record 24 January 2022.

INTRODUCCIÓN

El aprendizaje de simulación clínica incluye un informe después de la experiencia simulada. El debriefing consta de varias etapas. En este trabajo nos centramos en la última etapa (fase de resumen o transferencia), en la que los participantes exponen lo más relevante de lo aprendido durante la sesión.

OBJETIVOS

Analizar la percepción de los alumnos de 4º de Grado en Enfermería sobre los aspectos más significativos aprendidos durante las sesiones de simulación.

MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo, transversal y descriptivo, con estudiantes de último año de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Murcia. Se analizaron las opiniones de 67 estudiantes de 5 grupos, en la fase de debriefing, comparándolas con los objetivos que se propusieron inicialmente durante el diseño de los escenarios utilizados en las simulaciones.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 78 escenarios clínicos, con 292 objetivos de aprendizaje preestablecidos, sobre una muestra total de 67 alumnos. Los participantes aportaron un total de 464 resultados de aprendizaje significativos para ellos, de los cuales 101 coincidieron con los inicialmente planificados (21,8%), mientras que el resto 363 (78,2%), se consideraron emergentes (no planificados a priori). En su mayoría, los resultados de aprendizaje descritos por los estudiantes fueron conocimientos y/o habilidades técnicas (70,5%), frente a conocimientos y/o habilidades no técnicas (29,5%).

CONCLUSIÓN

En su mayoría, los resultados de aprendizaje considerados significativos por los estudiantes no se correspondían con los objetivos planteados a priori en el diseño de los escenarios. La mayoría eran elementos emergentes, especialmente los que se referían a los conocimientos y habilidades técnicas. Los saberes emergentes deben ser considerados cruciales por los educadores para la enseñanza y formación de los alumnos.

COMENTARIO

¿Qué es la simulación clínica?

La simulación clínica es la recreación de un escenario ideado para experimentar la representación de un acontecimiento real con el objetivo de practicar, aprender y adquirir los conocimientos necesarios para el desempeño de los profesionales sanitarios.

La simulación es una estrategia de aprendizaje grupal que permite que los estudiantes desarrollen procesos empáticos y se empoderen de roles en la representación de circunstancias, hechos o acontecimientos. Para ello, los formadores establecen unos objetivos planificados de aprendizaje, no obstante, tal como se analiza en este artículo, los alumnos notificaron que un 78,2% de aspectos de su aprendizaje no estaban planificados, es decir se consideraron emergentes (no planificados a priori).

Jordi Adell y Linda Castañeda[1], autores de Entornos Personales de Aprendizaje, definen el aprendizaje o pedagogía emergente como "el conjunto de enfoques e ideas pedagógicas, todavía no bien sistematizadas, que surgen alrededor del uso de las TIC en educación y que intentan aprovechar todo su potencial comunicativo, informacional, colaborativo, interactivo, creativo e innovador en el marco de una nueva cultura del aprendizaje."

Mintzberg & Waters[2], definen que las estrategias de enseñanza son deliberadas cuando existe la intención de realizarlas y son llevadas a cabo; en cambio las estrategias emergentes son aquellas que no son intencionadas y surgen como respuesta a los estímulos del medio, es decir, son aquellos resultados que aparecen de manera inesperada en cualquier momento, especialmente en la ejecución de simulaciones.

El currículum emergente es una filosofía de enseñanza y una forma de planificación centradas en ser sensibles a los intereses de los alumnos para crear experiencias de aprendizaje significativas. Se puede aplicar en cualquier grado o nivel educativo.

En la última fase de debriefing (fase de resumen o transferencia) en la simulación clínica, los formadores deben aprovechar este momento para profundizar en los conocimientos adquiridos por los alumnos, y especialmente estar atentos en los conocimientos adquiridos que no han sido planificados previamente, porque de alguna manera estos conocimientos no planificados, están indicando qué necesidades tiene el alumno, por lo que es una oportunidad para tener en cuenta estos conocimientos. Es importante conocer la respuesta de cada alumno a la pregunta del anunciando, ¿Qué me llevo a casa después de la simulación?.

Lídia Colomina Campderros
Enfermera Especialista del Trabajo y Antropóloga Social y Cultural

BIBLIOGRAFÍA

1. https://www.educo.org/Blog/aprendizajes-emergentes-y-pedagogias-invisibles

2. Aprendiendo y vivenciando la dicotomía de las Estrategias: Emergentes y Deliberadas, Juan Pablo Torres Cepeda. https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117637/TesisCristianHargousQuiroz.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Abstract

Repercusión laboral en trabajadores con lesiones en las manos

Julio Ramírez-Ortiz, Iván Lozano López, Beatriz González Jiménez

Reinserción al trabajo en trabajadores con incapacidad permanente parcial por lesión en la mano
Rev Med Inst Mex Seguro Social. 4 de julio de 2022; 60(4):402-410

ANTECEDENTES

Las lesiones en las manos derivadas de accidentes de trabajo son una de las principales causas de invalidez en los trabajadores. Todo trabajador declarado en Incapacidad Permanente Parcial deberá legalmente ser reintegrado al mismo lugar de trabajo.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de reinserción y causas de no reinserción en trabajadores con Incapacidad Permanente Parcial por lesiones en la mano.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, que incluyó el 100% de los dictámenes de Incapacidad Permanente Parcial por lesiones en la mano, generados del 2012 al 2016 en la UMF 61 de Veracruz.

RESULTADOS

Se analizaron 143 casos, 127 (88,8%) eran hombres y 16 (11,2%) mujeres, con una edad media de 37,3 ± 11,6 años. La reinserción laboral en la misma empresa ocurrió en 60 (42%) de los casos, 50 (35%) fueron reincorporados en otra empresa y 33 (23,1%) no fueron reincorporados al trabajo. En cuanto a la terminación del trabajo: 51 (35,7%) trabajadores fueron despedidos luego de su sentencia, 13 (9,1%) renunciaron, 12 (8,4%) terminaron su contrato y 7 (4,9%) fueron jubilados. Actualmente 72 (50,3%) trabajadores continúan realizando trabajo físico y 18 (12,6%) no regresaron al trabajo.

CONCLUSIONES

La reinserción laboral se produjo en menos de la mitad de los casos dictaminados. La principal causa de la no reinserción fue el despido injustificado por parte de la empresa donde ocurrió el accidente. No reintegrarse al mismo lugar de trabajo tiene: implicaciones legales, económicas, médicas y sociales para el trabajador.

COMENTARIOS

Las manos son una de las principales herramientas de trabajo. Es por ello que son también una de las partes del cuerpo más expuestas a sufrir lesiones. En los últimos cinco años (de 2017 a 2021) se han producido en España una media de 100.000 accidentes de trabajo con baja que han afectado a las manos, según datos de la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo, obtenidos a partir de los partes de incapacidad temporal reportados por las mutuas.

Los accidentes sufridos en las manos y dedos en el conjunto de los accidentes de trabajo con baja han llegado a suponer de media el 17,8% del total de accidentes. Un 34,1% si ampliamos el abanico a las extremidades superiores (incluyendo muñeca, brazo y hombro). Los accidentes más frecuentes que afectan a las manos se producen por cortes, seguidos de los provocados por choques o golpes (con un objeto que balancea, cae o desprende) o por caída de la persona trabajadora.

Por género, los hombres padecen el tripe de accidentes en manos que las mujeres, con un 74,4% del total de accidentes en los últimos cinco años. Si hablamos de antigüedad, cerca de la mitad (45,6%) de las personas trabajadoras accidentadas llevaba menos de un año en el puesto de trabajo. Estos accidentes pueden provocar situaciones de invalidez en los trabajadores.

La respuesta frente a la invalidez por parte de los empresarios debe ser la rehabilitación y la reinserción laboral. Para lograr la rehabilitación es preciso conocer la situación de invalidez y las posibilidades que las técnicas rehabilitadoras permitan reducir la incapacidad. Igualmente es necesario evaluar el grado de incapacidad que ha padecido el trabajador con el fin de establecer una justa indemnización que le permita disminuir el impacto económico que el traumatismo o la enfermedad le producen. Con ambas finalidades se deben evaluar las lesiones y su repercusión funcional.

La reinserción laboral debe ser un proceso integral mediante el cual el trabajador lesionado reciba terapia física, psicológica, ocupacional y vocacional, así como los medios técnicos y formativos para que pueda obtener y conservar un empleo adecuado a su nueva condición.

La reincorporación laboral también puede implicar modificaciones viables en el ambiente laboral, herramientas de trabajo y procesos de producción y se considerará como última medida la reubicación en un puesto distinto.

Ante estos resultados, es indispensable que las instituciones gubernamentales, sanitarias y empresariales vigilen el cumplimiento de programas de prevención de los riesgos de trabajo; asimismo, se debe sensibilizar a la sociedad, y en particular a los empresarios, sobre la importancia de su participación y la rentabilidad económica, social y humana de la prevención de los riesgos en las empresas, así como sobre la importancia de la reinserción laboral de los trabajadores que quedan con secuelas derivadas de un riesgo de trabajo.

Susana Pacheco Pacheco
Enfermera del Trabajo

BIBLIOGRAFÍA

1. División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en cifras: indicadores de salud en el trabajo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2004; 42(1):79-88.

2. Sirit-Urbina Y, Fernández-D'Pool J, Lubo-Palma A. Accidentes de la mano en trabajadores de la Costa Oriental del Lago de Maracaibo del Estado Zulia, Venezuela, 1986-1993. Invest Clín. 2002; 43(2):79-88

3. Delgado-Páez DL. Riesgos derivados de las condiciones de trabajo y de la percepción de salud según el género de la población trabajadora en España [tesis doctoral]. [Alcalá de Henares]: Universidad de Alcalá; 2012.145 p

4. Saari J. La prevención de accidentes hoy en día. Revista de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. 2002;4:3-5.

Abstract

Evolución de los casos de tosferina tras la vacunación de la embarazada y la pandemia COVID-19

Effect of pertussis vaccine in pregnancy and COVID-19 pandemic in the cases of wooping cough.
María del Rosario León, David Gomez, María Cruz Díaz, Sonia Quecuty, Juan Carlos Alados , Carmen Aragón. ttps://doi.org/10.1016/j.eimc.2021.07.007

INTRODUCCIÓN

La tosferina ha aumentado su incidencia y severidad especialmente en lactantes por lo que la vacunación de la embarazada se ha introducido como estrategia preventiva. La pandemia COVID-19 parece haber disminuido la incidencia de distintas enfermedades respiratorias.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia y la evolución de la tosferina antes y después de la vacunación de embarazadas mujeres y durante el primer año de la pandemia de COVID-19.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo entre 2012–2021, analizando la influencia de la vacunación de la embarazada y del primer año de la pandemia COVID-19 en los casos de tosferina.

RESULTADOS

Se incluyeron 960 pacientes de Atención Primaria y Hospitalaria con sospecha de tosferina, con 130 casos diagnosticados (104 niños y 26 adultos). En el periodo postvacunal se observó una disminución de casos y de severidad de la tosferina en niños menores de 6 meses y de los diagnósticos en mujeres adultas. No se detectó ningún paciente con tosferina durante el periodo COVID-19.

CONCLUSIÓN

Tanto la vacunación de la embarazada como el primer año de la pandemia COVID-19 han disminuido significativamente los casos de tosferina.

COMENTARIO

La tosferina es una infección respiratoria aguda causada por Bordetella pertussis que afecta especialmente a los niños, aunque puede afectar a todas las edades. Se ejecuta en ciclos epidémicos cada tres o cinco años y alcanzó su punto máximo en España en 2014-2015, con un aumento en incidencia y mortalidad[1].

La enfermedad grave afecta particularmente a los niños menores de tres meses, y la vacunación de mujeres embarazadas como estrategia de protección se inició en Andalucía en enero de 2016, con cobertura en el primer año del 81,6%.

La epidemia de coronavirus SARS-CoV-2 comenzó en diciembre de 2019, con el primer caso de COVID-19 declarado en España en febrero de 2020.

Desde entonces, una disminución en la incidencia de algunas infecciones respiratorias ha sido reportado por varios estudios.

Los autores de este artículo, encontraron una reducción en el número de casos de tosferina aguda en niños de hasta seis meses de edad, así como una reducción en su gravedad (hospitalización, UCI y tosferina maligna). Otros estudios también han respaldado estos datos, aunque algunos tenían un alto riesgo de selección y sesgo de casos y controles, tal como comentan los autores de este artículo.

En este estudio, 18 niños desarrollaron tosferina a pesar de la vacunación materna. Uno había sido vacunado a las 25 semanas de gestación y nacieron tres hijos prematuramente. Actualmente no existe un consenso absoluto sobre el mejor momento para vacunación de mujeres embarazadas, y aunque se recomienda que se administre entre las 27 y 36 semanas de gestación[2], la protección en los bebés prematuros es posiblemente mayor si la vacuna se administra a partir de las 20 semanas[3], en cualquier caso, la eficacia de la vacunación de las mujeres embarazadas en la protección de la tos ferina en los bebés, se ha estimado en un 90 %.

Lídia Colomina Campderros
Enfermera Especialista del Trabajo y Antropóloga Social y Cultural

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Nacional de Epidemiología. CIBERESP. ISCIII. RENAVE, Madrid Situación de la Tos ferina en España. 1998-2016. Análisis preliminar del Impacto de la Vacunación de Tos ferina en Embarazadas; 2018.

2. Gil-Prieto R, Walter S, San-Román-Montero J, Marín-García P, González-Escalada A, Gil-de-Miguel A. Paediatric hospitalizations due towhooping cough in Spain (1997–2017). Vaccine. 2019;37:6342 http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.09.017.

3. Tessier E, Campbell H, Ribeiro S, Fry NK, Brown C, Stowe J, et al. Impactof extending the timing of maternal pertussis vaccination on hospitalized infant pertussis in England, 2014–2018. Clin Infect Dis. 2020:2014–http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa836.

4. Wilder JL, Parsons CR, Growdon AS, Toomey SL, Mansbach JM. Pediatric hospitalizations during the COVID-19 pandemic. Pediatrics. 2020;146:e2020005983,http://dx.doi.org/10.1542/peds.2020-005983.8

5. Nowak MD, Sordillo EM, Gitman MR, Paniz Mondolfi AE. Coinfection in SARS-CoV-2 infected patients: where are influenza virus and rhinovirus/enterovirus?J Med Virol. 2020;92:1699–700, http://dx.doi.org/10.1002/jmv.25953.4

Abstract

Urticaria de contacto y dermatitis de contacto por proteínas de alta densidad en panaderos y manipuladores de alimentos

"Contact urticaria and protein contact dermatitis in the Finnish Register of Occupational Diseases in a period of 12 years". Pesonen M, Koskela K, Aalto-Korte K. Contact Dermatitis. 2020 Jul;83(1):1-7. doi: 10.1111/cod.13547. Epub 2020 Apr 29. PMID: 32243591.

OBJETIVO

Reportar los agentes causales y ocupaciones de riesgo para Urticaria y Dermatitis de contacto en el Registro de Enfermedades Profesionales de Finlandia (FROD).

DISEÑO

Recopilación del FROD de todos los casos reconocidos de Urticaria y Dermatitis de contacto en los años 2005-2016.

RESULTADOS

Con 570 casos, la Urticaria y Dermatitis de contacto constituyeron el 11% de todos los casos reconocidos de enfermedades ocupacionales de la piel en el período de estudio. Las profesiones con la mayor incidencia de Urticaria y Dermatitis de contacto incluyeron panaderos, chefs y cocineros, granjeros y trabajadores agrícolas, veterinarios, jardineros y peluqueros.

Los agentes causales más frecuentes fueron la caspa de vaca y la harina y los cereales, seguidos del látex de caucho natural y otros alimentos.

En las ocupaciones relacionadas con la alimentación, el trigo y otras harinas fueron, con mucho, la causa más común de Urticaria y Dermatitis de contacto, con 76 casos, mientras que el pescado y otros alimentos derivados de animales causaron 33 y otros alimentos derivados de plantas causaron 23 casos. Aparte de la peculiaridad finlandesa de la alergia a la caspa de vaca, un hallazgo sorprendente fue una gran proporción de Urticaria y Dermatitis de contacto causada por las harinas en los manipuladores de alimentos en comparación con otros alimentos.

DISCUSIÓN

La dermatitis de contacto por proteínas (DCP) es una patología poco conocida, de curso crónico y recurrente, generalmente en contexto de patología laboral. Es una patología infradiagnosticada por muchos dermatólogos, por lo cual es fundamental un alto índice de sospecha[1].

En un estudio español de 2011, realizado por Hernández et al[2] , del Hospital General de Universitario de Valencia, se estudiaron un total de 27 pacientes (8 varones y 19 mujeres) que fueron diagnosticados de DCP, 26 de los cuales fueron de origen laboral. La edad media fue de 32 años, y el 51,8% tenían historia personal de atopia. El tiempo de sensibilización fue variable, entre dos meses y 27 años. Las áreas más frecuentemente afectadas fueron el dorso de las manos y los antebrazos. Las sustancias responsables de la DCP fueron, por orden de frecuencia, pescados (33%), látex (29%), patata (14%), pollo y harina (11%), alfa-amilasa y berenjena (7,4%) y carne de cerdo, ajo y anisakis (3%). Se postula que se daría por una combinación de Hipersensibilidad tipo I y IV.

Muchos trabajadores están expuestos al contacto con proteínas, siendo los más afectados aquellos que manipulan alimentos[3]. Clínicamente se caracterizan por placas eritematosas, asociado a prurito intenso, en las zonas de contacto con la proteína. El estudio ante un caso sospechoso, se debe hacer principalmente con pruebas de Hipersensibilidad tipo I (prick test e IgE específica)[4]. El tratamiento consiste en evitar el contacto con proteínas y tratamiento tópico (corticoides tópicos o inhibidores de la calcineurina) para bajar la inflamación.

Miguel Martínez Miras
Especialista en Enfermería del Trabajo

BIBLIOGRAFÍA

1. Dermatitis de contacto por proteínas, una entidad poco conocida como enfermedad profesional. A propósito de un caso.Med. segur. trab. vol.64 no.253 Madrid oct./dic. 2018

2. Hernández-Bel P, de la Cuadra J, García R, Alegre V. Protein contact dermatitis: review of 27 cases. Actas Dermosifiliogr 2011; 102(5): 336-43.

3. Gimenez-Arnau A, Maurer M, De La Cuadra J, Maibach H. Immediate contact skin reactions, an update of Contact Urticaria, Contact Urticaria Syndrome and Protein Contact Dermatitis "A Never Ending Story". Eur J Dermatol. 2010;20(5):552-62.

4. Holness DL, Kudla I, DeKoven JG, Skotnicki S. The Utility of an Occupational Contact Dermatitis Patch Test Database in the Analysis of Workplace Prevention Activities in Toronto, Canada. Ann Work Expo Health. 2021 Mar 3;65(2):196-200. doi: 10.1093/annweh/wxaa077. PMID: 33044504.

Abstract

Consumo de psicotrópicos por acoso o violencia sexual o de género en el trabajo

Blindow KJ, Paulin J, Hanson LM, et al. Sexual and gender harassment and use of psychotropic medication among Swedish workers: a prospective cohort study. Occupational and Environmental Medicine Published Online First: 09 March 2022. doi: 10.1136/oemed-2021-108087

OBJETIVO

Estimar la asociación entre la exposición a violencia y acoso de género (VAG) y el consumo de medicación psicotrópica.

MÉTODO

Mediante un cuestionario autoadministrado se obtuvo información sobre tres tipos de VAG en el lugar de trabajo: 1) acoso sexual por parte de superiores o colegas, 2) por parte de otros (p. ej., clientes) y 3) acoso de género por parte de superiores o colegas, entre participantes del *Swedish Work Environment Survey* 2007–2013 (n=23.449), una muestra representativa de trabajadores de 16 a 64 años registrados en Suecia. Las respuestas de la encuesta se fusionaron con datos sobre consumo de antidepresivos, hipnóticos/sedantes y ansiolíticos obtenidos del *Swedish Prescribed Drug Register*.

RESULTADOS

Los trabajadores que informaron exposición al acoso de género solamente (HR: 1,2; IC95%: 1,07-1,36), al acoso sexual pero no al género (HR: 1,21; IC95%: 1,04-1,40), o ambos (HR: 1,31; IC95%: 1,08-1,60) tenían un exceso de riesgo de uso de medicamentos psicotrópicos en comparación con los trabajadores que no reportaron ninguna exposición. No se encontró interacción entre las exposiciones y el género en la asociación con el uso de psicotrópicos.

CONCLUSIONES

La exposición al acoso sexual o de género en el lugar de trabajo puede contribuir al desarrollo de trastornos mentales.

COMENTARIO

Según un informe elaborado por la OMS en 2015, la depresión y la ansiedad ocuparon el primer y sexto lugar respectivamente entre las causas de incapacidad laboral[1]. Además del trastorno para la salud mental del trabajador que representan, pueden afectar a la esfera laboral, económica y familiar del mismo. La experimentación de comportamientos sociales adversos en el trabajo, como la violencia, el acoso o la intimidación pueden dar lugar a trastornos de este tipo. La violencia en el lugar de trabajo (VLT) ha sido reconocida como un riesgo importante en el lugar de trabajo, pero no hay consenso en la literatura sobre una definición de violencia en el lugar de trabajo, y se encuentra una gran variedad de definiciones entre los estudios[2].

La prevalencia de violencia en el lugar de trabajo varía mucho. Por ejemplo, en una reciente revisión el 61,9% de los participantes informaron exposición a cualquier forma de VLT, el 42,5% manifestaron haber sufrido VLT no física y el 24,4% VLT física en el último año. El abuso verbal fue la forma más común de VLT no física (57,6%), seguida de amenazas (33,2%) y acoso sexual (12,4%)[3]. Cuando la violencia, el acoso o la intimidación ocurren como consecuencia del género hablamos de violencia o acoso de género y, si lleva implícitas conductas sexuales, nos encontramos ante el acoso sexual. Tanto uno como otro pueden ser causado por compañeros de trabajo (superiores y/o subordinados) y por clientes.

Según los autores del trabajo que comentamos todos los estudios prospectivos que han investigado los efectos sobre la salud mental del acoso sexual encontraron fuertes asociaciones entre mujeres, mientras

que entre los hombres los resultados han sido menos consistentes. También señalan que existe escasa investigación en este aspecto, así como el que ningún estudio hasta el momento haya explorado la posible asociación del acoso sexual o de género con el uso de medicamentos psicotrópicos y que rara vez se ha investigado como un indicador clave del impacto que tiene en la salud mental de los afectados la frecuencia con la que se experimenta el acoso. Por estos motivos se plantean investigar la asociación entre el acoso sexual (por superiores, colegas o clientes) y el acoso de género (por superiores y colegas) con el uso de medicación psicotrópica.

El estudio que comentamos se basa en el Swedish Work Environment Survey 2007–2013 (n= 26.327), un estudio transversal bianual sobre condiciones de trabajo. Los participantes tuvieron que cumplir los siguientes criterios: tener entre 16 y 64 años de edad, trabajo remunerado (≥ 1 hora por semana) y no haber tenido incapacidad temporal en los tres meses anteriores a la recogida de datos. Los datos sobre consumo de medicamentos fueron obtenidos del Swedish Prescribed Drug Register. El cuestionario autocompletado proporcionó la siguiente definición de acoso sexual: "El acoso sexual se refiere a insinuaciones no deseadas o comentarios ofensivos generalmente asociados con el sexo" y preguntaba sobre si los trabajadores habían sido objeto de acoso sexual en su lugar de trabajo por parte de superiores o colegas o por otras personas (pacientes, clientes, pasajeros, estudiantes). Por combinación de las respuestas posibles de los ítems, se obtuvieron cuatro categorías: a) no exposición, b) acoso de género, pero no sexual, c) acoso sexual pero no de género y d) acoso sexual y de género.

El acoso de género fue denunciado por el 11,2% de las mujeres y el 4,2% de los hombres, el acoso sexual por parte de superiores o colegas por el 2,1% de las mujeres y el 0,9% de los hombres, y acoso sexual por parte de otros (p. ej., clientes) por un 6,7% de mujeres y el 1,7% de los hombres. De los trabajadores que sufrieron acoso sexual por parte de superiores o compañeros, el 32% también denunció acoso sexual por parte de otros y el 63,7% acoso de género por parte de superiores o compañeros. Entre los trabajadores que denunciaron acoso sexual por parte de otros (p. ej., clientes), el 29,4% también denunciaron acoso de género por parte de superiores o compañeros.

En comparación con los trabajadores que nunca había experimentado algún tipo de acoso, se encontró un exceso de riesgo de consumo de medicación psicotrópica entre los trabajadores que sufrieron acoso de género, sexual o ambos. Este consumo fue también mayor tanto en los que experimentaron acoso único o recurrente y tanto si lo sufrían por parte de superiores, colegas u otros. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al consumo según sexos, pero sí con respecto a edad, observando un mayor consumo en mayores de 25 años.

Ante estos resultados, los investigadores concluyen que existe un exceso de consumo de medicación psicotrópica entre trabajadores que sufren acoso sexual y/o de género, recalcando la importancia de reconocer el daño causado por el acoso de género en el lugar de trabajo, que puede variar desde situaciones flagrantes hasta expresiones encubiertas de falta de respeto hacia las personas debido a su género, a las cuales las organizaciones deben prestar más atención. Además, manifiestan que los profesionales de la salud harían bien en considerar el acoso sexual y de género como factores potenciales en la etiología de la mala salud mental.

Julio Domingo Jiménez Luque
Especialista en Medicina del Trabajo

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders. Geneva: Global Health Estimates, 2017.

2. Nyberg A, Kecklund G, Hanson LM, et al. Workplace violence and health in human service industries: a systematic review of prospective and longitudinal studies. Occup Environ Med 2021;78:69-81.

3. Liu J, Gan Y, Jiang H, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. Occup Environ Med. 2019;76(12):927-937. doi:10.1136/oemed-2019-105849

Fundación
Antoni
Serra Santamans