

NTP 120: Cuestionario médico específico para mercurio

Medical specific check for Mercury
Cuestionaire médicale pour le Mercure

Las NTP son guías de buenas prácticas. Sus indicaciones no son obligatorias salvo que estén recogidas en una disposición normativa vigente. A efectos de valorar la pertinencia de las recomendaciones contenidas en una NTP concreta es conveniente tener en cuenta su fecha de edición.

Redactor:

M^a Dolores Solé Gómez
Licenciada en Medicina

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA - BARCELONA

Introducción

La elaboración y utilización de un cuestionario específico, en general, responde a la necesidad de normalizar los reconocimientos médicos de todos los trabajadores expuestos a un riesgo determinado en vistas a efectuar una evaluación del colectivo estudiado y a poder correlacionar los síntomas y signos recogidos con otros datos, como por ejemplo las exploraciones complementarias. Naturalmente es también un instrumento muy válido para el seguimiento individual del trabajador expuesto.

Todo cuestionario específico consta de cinco apartados bien diferenciados: tres de ellos idénticos en todos los cuestionarios:

- Identificación
- Hábitos tóxicos
- Hábitos higiénicos

Los otros dos específicos del agente estudiado:

- Sintomatología, específica e inespecífica
- Exploración física orientada

Cuestionario específico de mercurio

Este cuestionario abarca la sintomatología y signología producida por la exposición laboral a mercurio orgánico e inorgánico.

Pasaremos por alto los dos primeros apartados, que nos sirven para identificar al paciente y para tener conciencia de que agresores extralaborales pueden interferir en su salud, y comentaremos someramente el resto de los apartados.

Hábitos higiénicos

Es evidente que, en cuanto a mercurio se refiere, unos hábitos higiénicos deficientes, sobre todo en lo que concierne a la cavidad oral y a la limpieza corporal, favorecen la acción nociva del agresor. Un conocimiento de dichos hábitos nos permitirá alertar al trabajador y reeducarle, haciéndole tomar conciencia del riesgo que corre no poniendo en práctica unas normas higiénicas elementales.

Sintomatología inespecífica

Nos permite valorar el estado de salud subjetivo de los trabajadores y la frecuencia en que estos síntomas, no imputables directamente al tóxico, se presentan en ellos, en comparación con un grupo control.

Sintomatología específica

Naturalmente no pretende ser un listado exhaustivo de todos los efectos crónicos del mercurio sino de los más característicos.

Así pues pasamos revista a síntomas digestivos, neurológicos e irritativos, poniendo un énfasis especial en la presencia de una

constelación de alteraciones de la personalidad que se agrupa bajo el nombre de Eretismo mercurial y en la sintomatología imputable a daño del sistema nervioso periférico.

Exploración física

Va toda ella dirigida a objetivar las molestias indicadas por el trabajador en el apartado anterior. Buscamos el temblor intencional y la disimetría mediante la prueba de la escritura y las del índice-nariz e índice-índice; la polineuropatía mediante el estudio de la sensibilidad y de los reflejos y los efectos visibles del mercurio mediante la inspección de la cavidad oral.

PROTOCOLO DE MERCURIO			
DR. _____	ATS _____	FECHA _____	
IDENTIFICACION			
Apellidos _____		Nombre _____	
Nº MT _____		Fecha nacimiento _____	
HABITOS TOXICOS			
Acostumbra a beber vino, cerveza u otras bebidas alcohólicas _____		SI	NO
En caso positivo:			
VINO - CERVEZA			
menos de 1/2 litro al día _____			
de medio a 1 litro al día _____			
más de 1 litro al día _____			
OTRAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS (copas/día) _____			
Es o ha sido fumador _____		SI	NO
¿Cuánto tiempo hace que fuma? _____		_____ años	
¿Cuánto tiempo fumó? _____		_____ años	
¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar? _____		_____ meses	
_____ años			
¿Cuánto fuma o fumaba? _____			
cigarrillos (nº de ellos) _____			
pipa (nº de ellas) _____			
puros (cuántos) _____			
¿Cuántos cafés toma al día? _____			
¿Toma alguna medicación de forma habitual? _____		SI	NO
¿cual? _____			

HABITOS HIGIENICOS			
Número de visitas al dentista al año _____			
Número de extracciones y/o empastes sufridos y año _____			

Cepillado de los dientes:			
nunca _____			
cada día _____ (nº de veces)			
después de comer _____		SI	NO
al levantarse _____		SI	NO
Ducha - en casa _____			
por la mañana _____		SI	NO
por la noche _____		SI	NO
- en la fábrica después del trabajo _____		SI	NO
Lavado manos:			
antes de comer _____		SI	NO
antes de fumar, en el trabajo _____		SI	NO
después del trabajo _____		SI	NO
Cambio de ropa de trabajo:			
Nº de veces a la semana _____			
Tipo de ropa de trabajo:			
mono _____			
camisa y pantalón _____			
otros _____			

SINTOMATOLOGIA INESPECIFICA

CANSANCIO - GANAS DE NO HACER NADA	SI	NO
PERDIDA DE FUERZA	SI	NO
PERDIDA DEL APETITO	SI	NO
PERDIDA DE PESO	SI	NO
¿Cuánto? _____		
¿En cuánto tiempo? _____		
DOLORES DE CABEZA	SI	NO
ALTERACIONES GASTROINTESTINALES		
náuseas	SI	NO
vómitos	SI	NO
diarrea	SI	NO
digestiones pesadas	SI	NO
flatulencia	SI	NO
Dispepsia gástrica	SI	NO
dispepsia biliar	SI	NO

SINTOMATOLOGIA ESPECIFICA**ERETISMO MERCURIAL**

¿Se pone nervioso con facilidad?	SI	NO
¿Se irrita sin motivo?	SI	NO
¿Se siente triste o alegre sin motivo?	SI	NO
¿Le cuesta tomar decisiones?	SI	NO
¿Le cuesta concentrarse?	SI	NO
¿Ha notado pérdida de memoria?	SI	NO
¿Ha notado una disminución de su rendimiento en el trabajo?	SI	NO
¿Presenta sudores fáciles y abundantes?	SI	NO
¿Duerme mal?	SI	NO

CAVIDAD ORAL

inflamación de las encías	SI	NO
aumento de la salivación	SI	NO
sangrado de las encías	SI	NO
úlceras bucales	SI	NO
mal sabor de boca	SI	NO
sabor metálico	SI	NO

TEMBLOR

TEMBLORES SI NO

En caso positivo

¿Dónde? manos _____
 brazos _____
 labios _____
 párpados _____

Los temblores ¿le impiden o dificultan algún movimiento? SI NO

En caso positivo: ¿Qué movimiento?

 escribir _____
 comer sopa _____
 beber en vaso _____
 abrocharse los botones _____
 sacar papeles de su cartera _____

DOLORES MUSCULARES EN FORMA DE CALAMBRES SI NO

En caso positivo ¿Cuándo?

 despierto _____
 de día _____
 por la noche _____
 durmiendo _____

DOLORES MUSCULARES

 Espontáneos SI NO

 Provocados por presión sobre las masas musculares SI NO

 Calman con antiálgicos

 Tipo: _____ Dosis: _____

 Nocturnos SI NO

 Diurnos SI NO

 Localización:

FATIGA MUSCULAR PRECOZ AL CAMINAR SI NO**S. IRRITATIVA**

 rojeces cutáneas SI NO

 ampollas-vesículas SI NO

 úlceras SI NO

 irritación de la garganta SI NO

 faringitis de repetición SI NO

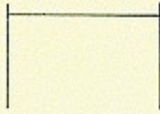
 sangerados nasales SI NO

Úlceras	SI	NO
irritación de la garganta	SI	NO
faringitis de repetición	SI	NO
sangrados nasales	SI	NO
ruidos nasales	SI	NO
SISTEMA NERVIOSO		
Piel dormida-acorcheda	SI	NO
¿dónde?	dedos	SI NO
	manos	SI NO
	piernas	SI NO
	párpados	SI NO
	labios	SI NO
	otros	SI NO
Pérdida de sensibilidad en las extremidades	SI	NO
Alteraciones visuales	SI	NO
Disminución de la audición	SI	NO

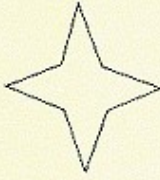
EXPLORACION FISICA

ESCRITURA: Por favor escriba su nombre y apellidos:

Inserte entre las dos líneas verticales varias líneas horizontales iguales a la ya existente



Copiar la estrella en el recuadro adjunto:



PALABRA: Normal _____ Anormal _____
Descripción: _____

TEMBLOR:

EES: Dedos _____ Evidente _____ Discreto _____ No existe _____
 Manos _____ Evidente _____ Discreto _____ No existe _____
 Brazos _____ Evidente _____ Discreto _____ No existe _____

EEII: _____ Evidente _____ Discreto _____ No existe _____
 Párpados _____ Evidente _____ Discreto _____ No existe _____
 Lengua _____ Evidente _____ Discreto _____ No existe _____

EXPLORACION CEREBELOSA:

	Derecha	Izquierda
Dedo - Nariz		
Indice - Indice		
Estática	Ojos abiertos	Ojos cerrados
Romberg:		

MARCHA:

Descripción:	Sobre los talones	De puntillas	Ojos cerrados

SENSIBILIDAD

EEII	der.	izd.
Táctil		
Vibratoria		

REFLEJOS

NIVEL	PROFUNDOS	Der.	Izd.
L2,3,4	Rotuliano		
L5 - S1,2	Aquileo		

CAVIDAD BUCAL

- Ribete gingival	SI	NO
- Gingivitis	SI	NO
- Halitosis	SI	NO
- Aftas	SI	NO
- Dientes:	color	
.....	piezas que faltan	

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS					
BIOTIPOLOGIA:		Talla: _____	Peso: _____		
ESTIMULO-DETECCION:					
	d	V. cond.	Morfel. p. e.	mV	Ampl. p. e.
Ciático popliteo ext. D	/				
Ciático popliteo ext. I	/				
Sural D					
Sural I					
PRUEBA DE HOFFMAN					
Derecha	Izquierda	Indice H			