

# PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

**Servicio de Higiene Industrial y Salud Laboral**

Empresa:.....

Trabajador:.....

## Investigación de enfermedades profesionales

La investigación de las enfermedades profesionales es una herramienta preventiva que contribuye al control de los riesgos al permitir al empresario detectar situaciones de riesgo que pasaron desapercibidas en el proceso de evaluación o identificar si las medidas correctoras aplicadas no fueron suficientes. Su objetivo es conocer las condiciones de trabajo que pueden estar asociadas con la aparición de enfermedades profesionales, así como obtener información sobre los riesgos para poder actuar sobre ellos en ese puesto de trabajo y en otros con condiciones de trabajo parecidas donde es probable que pudieran desarrollarse enfermedades similares.

Por otro lado, la investigación de los daños para la salud es una obligación del empresario (Art. 16.3 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales) y su incumplimiento es sancionable como falta grave.

### QUIEN DEBE REALIZARLA

La debe iniciar el personal sanitario y técnico del servicio de prevención con los que tenga concertada la actividad preventiva el empresario, ya que son los que conocen el lugar de trabajo, los equipos y las herramientas utilizadas, las características del trabajo que se desarrolla y la forma de realizarlo. En el caso de que las actividades sanitarias y técnicas sean llevadas a cabo por servicios de prevención diferentes, el empresario deberá garantizar la adecuada coordinación de los mismos. La investigación debe realizarse con prontitud respecto a la fecha de diagnóstico de la enfermedad profesional.

Debido a que esta actividad implica el acceso a datos de salud y ser éstos de naturaleza especialmente protegida, la investigación se habrá de realizar dentro de los límites y con las condiciones establecidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la normativa básica de prevención.

### COMO SE REALIZA.

Los datos se deben tomar en el lugar habitual de trabajo de la persona afectada. Es recomendable acudir a diferentes fuentes de información, partiendo del testimonio del propio trabajador, del facultativo que le presta la asistencia, de los compañeros de trabajo y/o superiores jerárquicos, evitando hacer juicios de valor y persiguiendo siempre, como último objetivo, la identificación de los factores de riesgo que han originado la enfermedad profesional.

### QUE HACER DESPUÉS

Tras la investigación de la enfermedad profesional se deberá revisar la evaluación de riesgos (Art. 6 del Reglamento de los Servicios de Prevención), adoptando en su caso las medidas correctoras y las acciones preventivas adecuadas tendentes a eliminar, reducir o controlar el riesgo que ha originado el daño para la salud, evitando así la aparición de nuevos casos.

## Notas para cumplimentar el documento

- (1) Identificador Persona Física.
- (2) Código según la tabla ISO 3166-1 de países.
- (3) Código Nacional de Ocupación ([http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica\\_P&cid=1254735976613](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735976613))
- (4) En el caso de trabajadores con contratos de trabajo temporales, para calcular la antigüedad en el puesto de trabajo se debe contabilizar el nº total de meses que ha permanecido en el puesto de trabajo y **NO** exclusivamente la duración del último contrato.
- (5) Código Nacional de Actividad Económica ([http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica\\_P&cid=1254735976613](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735976613))
- (6) Este apartado solo se cumplimentará en el caso de que el trabajador pertenezca a una E.T.T.
- (7) Código de Enfermedad de acuerdo con el RD 1299/2006 que regula el cuadro de enfermedades profesionales.
- (8) De acuerdo con la tabla 4 de la Orden TAS 1/2007 por la que se regula el modelo de parte de enfermedad profesional.
- (9) Se considera recaída la repetición del mismo diagnóstico.
- (10) En caso de que se disponga de varias mediciones higiénicas recoger los valores más recientes.
- (11) Según R.D. 664/1997.
- (12) Señalar la zona corporal relacionada con la enfermedad.
- (13) Cumplimentar si procede.
- (14) Medir los grados del ángulo articular.

## 1. Datos del trabajador

Nombre y apellidos: ..... IPF<sup>(1)</sup> ..... Fecha de nacimiento: ...../...../.....  
 Código nacionalidad <sup>(2)</sup>: ..... Código CNO<sup>(3)</sup>: ..... Antigüedad en el puesto<sup>(4)</sup> ..... meses

## 2. Datos de la Empresa

Razón social: ..... CIF: ..... CNAE <sup>(5)</sup>: .....

**Organización de la Prevención** (indicar la modalidad)

Especialidad	Modalidad de organización de la prevención			Nombre del Servicio de Prevención con quien la tiene concertada
	P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	
Seguridad	P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	
Higiene	P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	
Ergonomía y Psicosociología	P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	
Medicina del trabajo	P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	

**P:** Propio; **A:** Ajeno; **M:** Mancomunado

Empresa usuaria<sup>(6)</sup>: ..... CIF: .....

Dirección: ..... Teléfono: ..... CNAE<sup>(5)</sup>: .....

## 3. Datos médicos

- Código EP<sup>(7)</sup>: ..... Código CIE-10: .....
- Descripción de la enfermedad y el cuadro clínico que ha presentado  
.....  
.....
- Fecha de expedición del parte ...../...../..... Parte del cuerpo dañada<sup>(8)</sup>: ..... Caso inicial:   
Recaída<sup>(9)</sup>:
- Periodo de observación:  SI  NO
- Causó incapacidad temporal:  SI  NO Fecha de inicio de la IT: ..... .....
- Duración probable de la baja por IT: ..... meses
- ¿Ha tenido previamente el mismo cuadro clínico?  SI  NO
- Nº de trabajadores en el puesto de trabajo o en puestos similares: .....
- Nº de trabajadores en esos puestos que han presentado la misma enfermedad en alguna ocasión .....
- Fecha del último reconocimiento periódico: ...../...../.....
- Protocolos aplicados: .....

## 4. Datos del puesto de trabajo

Descripción de las tareas y tiempo de dedicación a cada una de ellas

Tareas del puesto	Tiempo de dedicación			Relación con la enfermedad	
	>2/3	2/3-1/3	<1/3	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. Causas relativas a la exposición

Cumplimentar el cuadro correspondiente al grupo de enfermedad que se investiga.

### ➤ Grupos 1, 4, y 5 (agentes químicos, inhalación de sustancias y afecciones cutáneas)

Agentes relacionados con la enfermedad*	Tiempo de exposición (horas/día)	Nivel ambiental <sup>(10)</sup>	Fecha de la medición	Vía de entrada
			...../...../.....	
			...../...../.....	
			...../...../.....	

\* Es necesario considerar todos los estudios higiénicos de los que se disponga

### ➤ Grupo 3 (agentes biológicos)

Agentes biológicos relacionados con la enfermedad*	Grupo del agente biológico 2, 3, 4 <sup>(11)</sup>	Posible mecanismo de transmisión	Exposiciones accidentales previas relacionadas con la enfermedad

\* Es necesario considerar todos los estudios higiénicos de los que se disponga

### ➤ Grupo 2, (agentes físicos) A, B, H, I, J, K, L, M

Agentes físicos relacionados con la enfermedad*	Tiempo de exposición (horas/día)	Nivel ambiental <sup>(10)</sup>	Fecha de la medición	Parte del cuerpo expuesta
			...../...../.....	
			...../...../.....	
			...../...../.....	

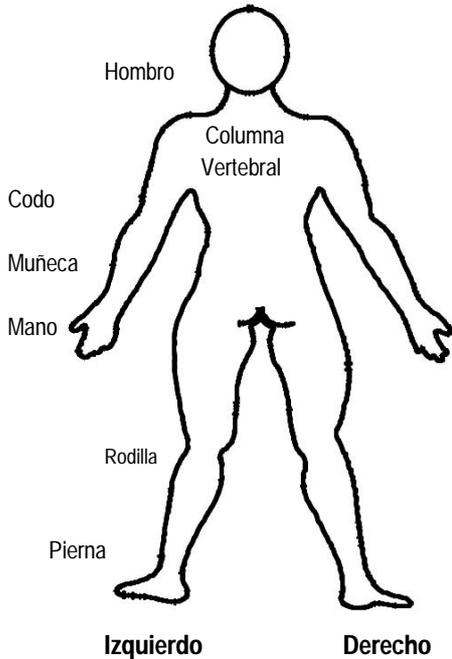
Exposición a vibraciones*			
Tipo de herramienta	Nivel de aceleración (m/s <sup>2</sup> )	Tiempo de exposición	Fecha de la medición

\* Es necesario considerar todos los estudios higiénicos de los que se disponga

## Grupo 2, (posturas forzadas, movimientos repetidos) C, D, E, F, G

### a) Posturas\*

#### REGIÓN ANATÓMICA<sup>(12)</sup>



POSTURA	Mantenida	Movimiento	Ángulo articular forzado <sup>(14)</sup>
Desviación cubital/ radial de muñeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pronación de codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Supinación de codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flexión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abducción de brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aducción de brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Postura de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Postura sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Postura de rodillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiempo exposición			

### b) Movimientos repetidos\*

<input type="checkbox"/> Ciclos de trabajo menores de 30 segundos	<input type="checkbox"/> Tareas en las que durante el 50% del ciclo se realizan movimientos similares
---	---

### c) Manipulación manual de cargas (solo para pesos superiores a 3 kg)\*

Tarea: <input type="checkbox"/> Levantamiento <input type="checkbox"/> Empuje <input type="checkbox"/> Arrastre <input type="checkbox"/> Transporte	Peso:	<input type="checkbox"/> Agarre bueno <input type="checkbox"/> Agarre regular <input type="checkbox"/> Agarre malo	Giro:
	Frecuencia (levantamientos/minuto):		SI <input type="checkbox"/>
	Tiempo de exposición:		NO <input type="checkbox"/>

### d) Factores de la organización\*

<input type="checkbox"/> Sobrecarga de trabajo
<input type="checkbox"/> Ausencia de pausas
<input type="checkbox"/> Falta de control sobre la tarea
<input type="checkbox"/> Trabajo monótono

### e) Aplicación de fuerzas\*

<input type="checkbox"/> Ligero
<input type="checkbox"/> Moderado
<input type="checkbox"/> Duro
<input type="checkbox"/> Muy duro

### f) Indicar si hay utilización de herramientas vibrátiles (mano-brazo)

\* Es necesario considerar todos los estudios ergonómicos de los que se disponga

## Grupo 6 (agentes carcinogénicos)

Identificación de los agentes relacionados con la enfermedad*	Tiempo de exposición (meses)	Nivel ambiental <sup>(13)</sup>	Fecha de la medición	Parte del cuerpo expuesta
			...../..... /.....	
			...../..... /.....	
			...../..... /.....	

\* Es necesario considerar todos los estudios higiénicos de los que se disponga

• Observaciones:

.....

.....

.....

.....

## 6. Causas relativas a la gestión de la prevención

Señalar las deficiencias que han influido en la enfermedad que se investiga

	Deficiencia	Observaciones
Evaluación del riesgo	<input type="checkbox"/>	
Medidas preventivas propuestas	<input type="checkbox"/>	
Prevención en el origen	<input type="checkbox"/>	
Prevención en el diseño del puesto	<input type="checkbox"/>	
Formación/información específica respecto del riesgo	<input type="checkbox"/>	
Procedimientos/instrucciones de trabajo	<input type="checkbox"/>	
Seguimiento de las instrucciones de trabajo	<input type="checkbox"/>	
Protección colectiva	<input type="checkbox"/>	
Control periódico de las condiciones ambientales del puesto de trabajo	<input type="checkbox"/>	
Equipos de protección individual (EPI)	<input type="checkbox"/>	
Organización del trabajo	<input type="checkbox"/>	
Mantenimiento periódico de los equipos de trabajo y herramientas	<input type="checkbox"/>	
Mantenimiento periódico de EPI y protección colectiva	<input type="checkbox"/>	
Aplicación de protocolos de vigilancia de la salud específicos	<input type="checkbox"/>	
Aplicación de los principios preventivos en la política de compras	<input type="checkbox"/>	
Aplicación de los principios preventivos en el diseño del puesto o tarea	<input type="checkbox"/>	

## 7. Otros datos

• Evaluación de riesgos:

¿Se ha evaluado el puesto de trabajo?: SI  NO

Evaluación específica: SI  NO  Agentes evaluados: .....

En caso afirmativo, metodología empleada: .....

• ¿Esta persona ha realizado actividades **no habituales en su trabajo** que hayan podido ocasionar exposiciones importantes?

SI  NO

Breve descripción de esas actividades:

.....  
 .....

• ¿Esta persona ha realizado actividades **fuera de su trabajo** que hayan podido ocasionar exposiciones importantes?

SI  NO

Breve descripción de esas actividades:

.....  
 .....

• Observaciones:

.....  
 .....

## 8. Conclusiones de la investigación

Emitir un juicio sobre las causas principales que han originado la enfermedad

.....

.....

.....

.....

## 9. Medidas preventivas a adoptar en el puesto de trabajo

Cada causa anotada debe generar, al menos, una medida correctora

MEDIDAS PREVENTIVAS A ADOPTAR	RESPONSABLE DE LA IMPLANTACIÓN	FECHA DE EJECUCIÓN (mes/año)
Prevencción en el origen: .....	.....	...../.....
Evaluación o re-evaluación específica del riesgo: .....	.....	...../.....
Organización del puesto de trabajo: .....	.....	...../.....
Protección colectiva: .....	.....	...../.....
Protección individual: .....	.....	...../.....
Formación/información: .....	.....	...../.....
Vigilancia sanitaria específica de la salud: .....	.....	...../.....
Otras medidas: .....	.....	...../.....

## 10. Personas que han realizado la investigación

Médico del Servicio de Prevención:

Técnico del Servicio de Prevención:  
Especialidad:

Fdo: .....

Fdo: .....

Fecha de la Investigación: ...../.....

Fecha de la Investigación: ...../.....

## CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN PARA ENVIAR A LA EMPRESA

### 1. Conclusiones de la investigación: causas principales de la EP.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 2. Medidas preventivas a adoptar en el puesto de trabajo

**Cada causa anotada debe generar, al menos, una medida correctora**

MEDIDAS PREVENTIVAS A ADOPTAR	RESPONSABLE DE LA IMPLANTACIÓN	FECHA DE EJECUCIÓN (mes/año)
Prevencción en el origen:..... ..... .....	..... .....	...../.....
Evaluación o re-evaluación específica del riesgo:..... ..... .....	..... .....	...../.....
Organización del puesto de trabajo:..... ..... .....	..... .....	...../.....
Protección colectiva:..... ..... .....	..... .....	...../.....
Protección individual:..... ..... .....	..... .....	...../.....
Formación/información:..... ..... .....	..... .....	...../.....
Vigilancia sanitaria específica de la salud:..... ..... .....	..... .....	...../.....
Otras medidas:..... ..... .....	..... .....	...../.....

Empresa:

Delegado de Prevención:

Fdo:.....

Fecha: ...../.....

Fdo:.....

Fecha: ...../.....