



Documentación

NTP 120: Cuestionario médico específico para mercurio

Medical specific check for Mercury
Cuestionnaire médicale pour le Mercure

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 _____
 _____ Fecha nacimiento _____
 Nº MT _____

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 ALCOHOLICAS (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) _____
 pipe (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 _____ SI NO
 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:

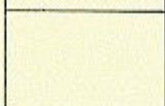
mono _____
 camisa y pantalón _____
 otros _____

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			
rojece cutáneas	SI	NO	
ampollas-vesículas	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-acorchada	SI	NO	
¿dónde?	dedos		
	manos		
	piernas		
	párpados		
	labios		
	otros		
Pérdida de sensibilidad en las extremidades	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:

EESS: 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.
L _{2,3,4}	Rotuliano		
L ₅ - S _{1,2}	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			

 Advertencia

© INSHT