

DERMATOSIS PROFESIONALES

Autor:

Eva M^a Gil Zafra
Médico A.T
ASEPEYO C.A Algeciras

e-mail: [egilzafra@ asepeyo.es](mailto:egilzafra@asepeyo.es)

Correspondencia:

Eva M^a Gil Zafra
Urban. Torre Almirante, Bl.1
11203 Algeciras (Cádiz)
Tfno: 956.661878

1.-RESUMEN

Las Dermatosis constituyen una de las causas más frecuentes de enfermedad profesional, se estima que representan la mitad de toda la patología ocupacional . La más común de las dermatosis profesionales es la dermatitis o eczema causado por sustancias manipuladas en el medio laboral, que afecta fundamentalmente a las manos, siendo el cromo el alérgeno más importante en el medio laboral.

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis de la casuística de esta patología y orientar en un mejor manejo de la misma para llegar a su diagnóstico de una manera precoz, realizar un correcto tratamiento y aplicar las medidas de protección adecuadas, y si con todo esto no fuera suficiente, plantear la retirada del trabajador de su puesto de trabajo de manera temporal o permanente.

Para ello se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los casos informados (según código CIE9) como Dermatosis y enfermedades de la piel durante el año 2008, en ASEPEYO a nivel nacional. Se recogen datos sobre 129 casos y se analizan según su distribución en función de sexo, edad, puesto de trabajo, geografía, tiempo de Incapacidad Temporal (I.T) , diagnóstico y si han sido o no motivo de incapacidad permanente.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos podría ser interesante plantear la necesidad de establecer protocolos de actuación ante estos casos, para que en la práctica clínica diaria se llegara al diagnóstico de dermatosis de origen laboral lo más precozmente posible y así, poner en marcha las medidas necesarias en cada caso, minimizando los tiempos en los que se está en período de observación y la resolución de la I.T.

2.-INDICE

1.-RESUMEN	pág.2
2.-INDICE.....	pág.3
3.-INTRODUCCION.....	pág.5
4.-ENFERMEDAD PROFESIONAL.....	pág.6
4.1.-CONCEPTO.....	pág.6
4.2.-ESTADO ACTUAL.....	pág.7
5.-DERMATOSIS.....	pág.7
5.1.-DERMATOSIS PROFESIONALES.....	pág.9
-DERMATITIS DE CONTACTO.....	pág.11
IRRITATIVA.....	pág.11
ALERGICA.....	pág.13
5.2.-DIAGNOSTICO	pág.14
5.3.-DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	pág.16
5.4.-CLASIFICACION	pág.16
5.5.-TRATAMIENTO Y PREVENCION.....	pág.17
5.6.-ATOPIA Y DERMATOSIS PROFESIONALES.....	pág.18
5.7.-D. PROFESIONALES MAS FRECUENTES.....	pág.19
6.-OBJETIVOS.....	pág.21
7.-FUENTES, MATERIAL Y METODO.....	pág.21
8.-RESULTADOS.....	pág.22
8.1.-DISTRIBUCION POR SEXO.....	pág.22
8.2.-DISTRIBUCION POR EDAD.....	pág.23
8.3.-DISTRIBUCION GEOGRAFICA.....	pág.24

8.4.-DISTRIBUCION ACTIVIDAD LABORAL.....	pág.25
8.5.-TIEMPOS DE I.T E INCAPACIDAD.....	pág.26
8.6.-CUADRO CLINICO.....	pág.27
9.-CONCLUSIONES.....	pág.28
10.-BIBLIOGRAFIA.....	pág.30
11.-WEBGRAFIA.....	pág.31

3.-INTRODUCCION

La relación entre trabajo y enfermedad preocupa a la ciencia médica desde el siglo XVII y a pesar de las mejoras laborales continúa habiendo muchos trabajadores expuestos a los efectos de sustancias químicas, del polvo, del ruido y de otros factores nocivos para su salud .

Las nuevas tecnologías añaden nuevas sustancias capaces de producir esta patología por diferentes mecanismos. La consecuencia de ello son enfermedades profesionales que pueden afectar a todos los sistemas.

Gran parte de las enfermedades profesionales de naturaleza alérgica son notificadas como enfermedades producidas por agentes químicos no registrándose la naturaleza del cuadro que producen , de ahí la dificultad de adoptar protocolos diagnósticos, tratamientos , medidas de prevención y diferenciación entre las causadas exclusivamente en el medio laboral.

En este estudio se pretende establecer una base de tratamiento y prevención, así como orientar en cómo actuar para efectuar un diagnóstico acertado. De esta forma, una vez determinada la naturaleza y gravedad de las lesiones poder contribuir a mejorar la duración de la incapacidad temporal para el trabajo, medidas de protección a adoptar o decidir si se es subsidiario o no de una incapacidad permanente.

4.-ENFERMEDAD PROFESIONAL

4.1.-CONCEPTO

Por Enfermedad Profesional (E.E.P.P), de acuerdo con el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social, debe entenderse “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”

A partir de la elaboración del REAL DECRETO 1299/2006 de 10 de Noviembre se dejó patente que las deficiencias de protección de los trabajadores afectados por esta contingencia profesional ,se derivaban en gran medida, no sólo de la falta de actualización de la lista de enfermedades profesionales sino muy especialmente de las deficiencias de su notificación, por la existencia de un procedimiento ineficiente, sin una vinculación suficiente con el personal médico que tiene la competencia para calificar la contingencia.

Así mismo, y con el fin de garantizar al máximo la declaración de los casos de enfermedad profesional, así como facilitar su notificación y comunicación se consideró necesario modificar el mecanismo de iniciación en vigor, atribuyendo a la entidad gestora o colaboradora que diagnostica la enfermedad profesional su puesta en marcha, con la colaboración del empresario.

Se dispone que la calificación de las enfermedades como profesionales corresponda a la entidad gestora respectiva, sin perjuicio de su tramitación como tales por parte de las entidades colaboradoras que asuman la protección de las contingencias profesionales.

En cuanto a la tramitación del parte de enfermedad profesional será obligación de la entidad gestora o colaboradora que asuma la protección de las contingencias profesionales. La empresa deberá facilitarle a esta entidad la información que obre en su poder y que sea requerida para la elaboración del parte.

La comunicación inicial del parte deberá llevarse a cabo dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en la que se haya producido el diagnóstico de enfermedad profesional. En cualquier caso la totalidad de los datos contemplados se deberán transmitir en plazo máximo de 5 días hábiles siguientes a la comunicación inicial.

4.2.-ESTADO ACTUAL DE LAS E.E.P.P

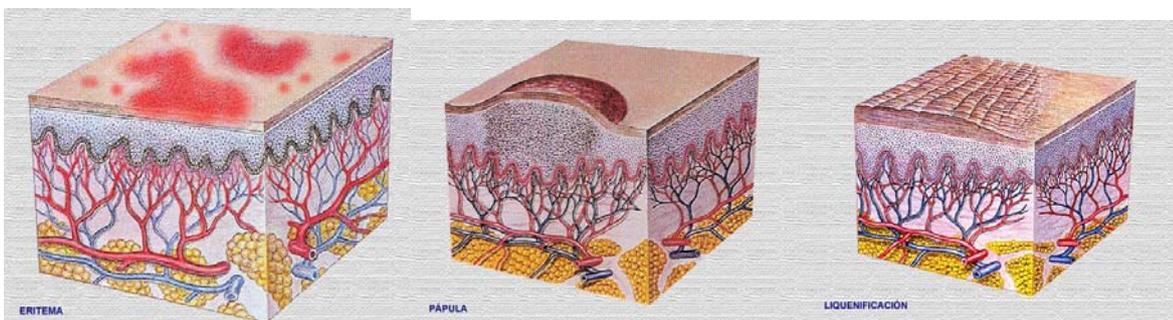
En la actualidad hay que destacar que aunque las enfermedades profesionales son mucho menos frecuentes que los accidentes laborales se está observando un incremento de estas en los últimos años, siendo las más frecuentes aquellas ocasionadas por agentes físicos (en España y Europa las más frecuentes son las alteraciones ergonómicas provocadas por trastornos músculo-esqueléticos y posturas forzadas) seguidas de las enfermedades de la piel.

5.-DERMATOSIS

La piel es un conjunto complejo de estructuras que reviste todo el organismo, protegiéndole del medio ambiente y, a la vez, sirviendo de órgano de relación con él. Además de su función protectora tiene función de barrera al regular la Tª corporal e impedir la difusión de sustancias a su través.

La piel es un órgano extenso, provisto de células que participan en la respuesta inmune, por lo que es capaz de responder a las agresiones con una gran diversidad de cuadros clínicos.

Eczema o dermatitis es un patrón de reacción que se manifiesta por diversos hallazgos clínicos e histológicos. Las lesiones primarias consisten en pápulas, máculas eritematosas y vesículas que pueden confluir y formar placas. En el eccema grave pueden predominar las lesiones secundarias como exudación y formación de costras. Las dermatitis de larga evolución suelen ser secas y se caracterizan por piel descamativa y engrosada (liquenificación). Pueden coexistir estos estados en las sucesivas reactivaciones o recidivas del proceso.



Atlas de Dermatología (ns8.servidorlinux.com/dermatología/atlas/generalidades)



Dermatitis de contacto Tórax



Dermatitis en antebrazo

(Bernard A, Cohen M, Cristoph V, Lehmann . Derm Atlas. Universidad Johns Hopkins 2000-2009)

5.1.-DERMATOSIS PROFESIONALES

Dermatosis profesionales o Dermatitis ocupacionales son todas las afecciones dermatológicas que están relacionadas directa o indirectamente con el trabajo.

Como en toda enfermedad profesional es importante conocer cual es su definición y cuáles son los criterios médico-legales que se deben aplicar ante estos procesos, ya que, en muchas ocasiones se pondrá de manifiesto un conflicto médico-social con implicaciones económicas y legales; así la definición más correcta y menos conflictiva será “Dermatosis profesionales (D.P) son aquellas que se encuentran recogidas en la legislación del país donde se trabaja”

Otra definición para las Dermatitis profesionales podría ser también la siguiente “Las dermatosis profesionales son las afecciones de la piel en las que puede demostrarse que el trabajo es su causa fundamental” pero además éstas enfermedades tienen una proyección legal en distintos países por lo que se completa la definición al afirmar que las dermatosis ocupacionales son las que están reconocidas como tales en el país que reside el trabajador.

La legislación española define las dermatosis profesionales como “toda enfermedad de la piel de origen físico o químico, bien sea causada por irritantes primarios o por sensibilizantes cutáneos que obliguen a una interrupción del trabajo permanente o recidivante”

Las características principales de estas enfermedades de la piel son ser procesos inflamatorios que evolucionan hacia la cronicidad si no se tratan y previenen de forma adecuada. Desde el punto de vista laboral para valorar estos procesos tendremos que tener en cuenta factores como la extensión, localización y morfología de las lesiones, la alteración funcional que producen, respuesta al tratamiento y grado de severidad (Tabla I DIDS) de las lesiones que provocan; y así evaluar el grado de incapacidad que pudiera resultar de su padecimiento.

Tabla I

***Índices de gravedad de las lesiones (DIDS :Dermatology Index of Disease Severity)**

.*Estadío 0* : Ausencia de evidencia clínica de lesiones

.*Estadío I* : afectación de menos del 5% de la superficie cutánea sin limitación funcional ni complicaciones asociadas.

.*Estadío II* : afectación de hasta un 19% de la superficie cutánea sin limitación funcional ni complicaciones asociadas.

.*Estadío III* : afectación de entre un 20%-90% de la superficie cutánea o afectación de manos, pies, mucosas con limitación funcional, que no requieren asistencia externa, pero con dificultad manifiesta para abrocharse, escribir, usar tijeras y con imposibilidad de extender totalmente la mano, o hacer puño, dificultad para caminar hasta 50m o bipedestación inestable.

.*Estadío IV* : afectación de más del 90% de la superficie cutánea (eritrodermia) o afectación de manos, pies, mucosas que requieren asistencia externa para realizar las funciones definidas en estadío III.

Dentro de las Dermatitis profesionales haremos mención extensa a la dermatitis de contacto por su frecuencia pero no debemos olvidar que otros procesos como el cáncer de piel, infecciones bacterianas, virales y micóticas adquiridas por la exposición durante la actividad laboral también tienen dicha consideración .

.-Dermatitis de contacto

Los términos eczema y dermatitis se emplean con frecuencia en el mismo sentido. Expresan una especial inflamación de la piel en la que la manifestación principal es la vesícula.

La dermatitis o eczema de contacto es la forma más común, constituyen el 80-90% de Dermatitis Profesionales por lo que nos centraremos en ella y sus variantes siendo la más frecuente la forma irritativa.

La dermatitis de contacto se define como aquella enfermedad reaccional de la piel causada por la exposición de esta a sustancias exógenas.

La dermatitis de contacto en manos sigue siendo la afectación más frecuente, con especial tendencia a la cronicidad .Es una enfermedad que va a producir limitación en las diversas actividades manuales, disminución de la productividad, alteración en la calidad de vida, y en los países donde existen medidas legales es causa de incapacidades.

En la mayoría de los casos estas sustancias actúan alterando los mecanismos de defensa de la piel dando lugar a una piel seca, roja y descamativa. A esta forma se la denomina ***Irritativa***.

En otros casos las sustancias pueden llegar a sensibilizar a las células inmunes o linfocitos mediante un contacto repetido y causar un eczema ***Alérgico***.

.-Dermatitis de contacto Irritativa

Muchas sustancias son capaces de producir reacciones cutáneas patológicas mientras actúen a concentraciones suficientemente altas, durante un período de tiempo conveniente. La piel no necesita haber desarrollado previamente otra reacción, como ocurre en las alérgicas.

Constituye la forma de dermatitis de contacto más frecuente y de difícil manejo, en la que su diagnóstico se hace a menudo por exclusión. Se distingue por su localización característica en manos (palma) y antebrazos. Una sustancia altamente irritativa es capaz de producir una dermatitis si la exposición se da durante un tiempo y a una concentración suficiente. Las manifestaciones clínicas varían, desde un leve eritema en el punto de contacto, hasta una gran ampolla con necrosis y ulceración.

La lesión más precoz es el eritema que generalmente se limita al área de contacto. Si la irritación continua se desarrolla un edema seguido de la aparición de vesículas y pápulas. Después de unos días se forman escamas y costras. Si el contacto con el irritante cesa el proceso se completa y resuelve en unas dos o tres semanas.

Si la dermatitis irritativa dura semanas o meses se llega a desarrollar una dermatitis irritativa crónica. La piel se engrosa, se endurece e infiltra. A este proceso se le denomina de liquenificación que a veces dará lugar a hiperpigmentación, piel seca y fisuraciones dolorosas.

Es la forma de dermatitis de contacto de peor pronóstico y de manejo más difícil por la dificultad en controlar el riesgo al que está sometido el paciente ya que muchas de las sustancias irritantes forman parte de productos de uso cotidiano y por la eficacia o no de las medidas preventivas, haciéndole además tener un curso impredecible. Entre los irritantes más frecuentes se encuentran los disolventes orgánicos, jabones y detergentes.



Imágenes en: www.dermIS.net

.-Dermatitis de contacto Alérgica

Podemos definirla como una reacción de hipersensibilidad retardada, determinada por el contacto de una sustancia sensibilizante.

Es la forma menos frecuente. Como característica principal las lesiones que provoca se localizan en dorso de manos, pudiendo diseminarse a antebrazos y otras zonas.

El mecanismo de lesión es por activación de de la respuesta inmune, no importando el tiempo de exposición ni la dosis aplicada, a diferencia de la forma irritativa .Se produce un proceso de sensibilización ante una sustancia que actúa como alérgeno requiriéndose un contacto mínimo de 4-5 días con aparición de los síntomas entre 24-48h después.

Aparentemente el aspecto clínico de la dermatitis alérgica es similar a la irritativa, y clínicamente puede ser casi imposible el diferenciarlas.

Tipicamente la dermatitis empieza con el desarrollo de un eritema, seguido de pápulas y vesículas que pueden confluir en” placas acompañadas de picor. Cuando el eczema se cronifica la piel se engrosa, se liquenifica.



Imágenes en: www.dermIS.net

5.2.-DIAGNOSTICO DE DERMATOSIS PROFESIONAL

El diagnóstico de una Dermatitis profesional es complejo, pudiendo tener consecuencias legales, ya que no sólo vamos a indicar la enfermedad que presenta sino que además podrá tener significación laboral al solicitar un cambio de puesto de trabajo, profesión o una incapacidad permanente.

El diagnóstico de una dermatosis profesional hay que orientarlo en un doble sentido : un diagnóstico dermatológico, para el que se requiere un conocimiento de la especialidad, y su interpretación como laboral.

En la **Historia clínica** debe incluirse en primer lugar los mismos datos que en cualquier historia clínica: antecedentes personales y familiares, anamnesis y exploración por órganos y sistemas, exploración dermatológica (morfología y topografía de las lesiones). Además deberemos insistir en una serie de datos específicos: la existencia o no de atopia, existencia de *estigmas* en el paciente (piel seca, ictiosis, hipertelorismo...), tipo de piel (seca o grasa) y grado de pigmentación.

Muy importante es la recogida de datos en relación al trabajo que realiza el paciente, no sólo la profesión si no la descripción de su actividad en ella, así como las sustancias y materiales que maneja.

Deben investigarse otras profesiones y trabajos tanto anteriores como los que puedan desempeñar de forma "no oficial", actividades domésticas y de bricolage. También indagar sobre procedimientos de protección, limpieza personal o de sus ropas, productos que emplea, cosméticos, medicamentos, aficiones y deportes; factores psicológicos, saber si hay otros trabajadores del mismo centro afectados de procesos similares. A todo esto se añadirán pruebas analíticas y/o pruebas de contacto.

Las pruebas epicutáneas van a medir la sensibilización como resultado de la formación de linfocitos T con sensibilidad específica a un alérgeno que puede afectar a cualquier parte del cuerpo.

Resumiendo, para catalogar una dermatitis de contacto como profesional habrá que tener en cuenta:

1.-Historia clínica concordante

- .Tiempo y exposición. Debe existir un nexo causal obligatorio entre efecto y exposición.
- .Localización de las lesiones acorde con forma y tipo de trabajo
- .Pruebas de provocación positivas

2.-Historia laboral detallada

- .Estudio de la profesión actual del enfermo, puesto de trabajo, productos que manipula y medidas de protección utilizadas
- .Estudio de profesiones anteriores y sustancias que manipuló

.Actividades de ocio y realización de otros trabajos.

3.- Pruebas epicutáneas o patch test: estas son un procedimiento diagnóstico estandarizado de elección para el estudio de pacientes con dermatitis de contacto alérgica. Este tipo de pruebas consiste en aplicar una batería estándar bajo método oclusivo, esta incluye el 80% de alérgenos más comunes causantes de dermatitis de contacto alérgica, y las baterías especiales las cuales incluyen alérgenos presentes con mayor frecuencia de acuerdo a cada ocupación. (Tabla II)

Tabla II Principales fuentes de exposición a los alérgenos más frecuentes

Alérgenos	Actividad industrial	Vida privada
NIQUEL	Industria metalúrgica Baños electrolíticos	Bisutería Objetos metálicos Prótesis dentales Monedas
COBALTO	Industria de metales Artes gráficas (tintas) Cementos Cerámica Pinturas azules	Bisutería Objetos metálicos Prótesis dentarias Tatuajes
CROMO	Construcción (cemento) Industria metalúrgica Industria galvánica Artes gráficas Pinturas Industria química Industria textil y curtidos Industria láctea	Bisutería Objetos metálicos Prótesis dentales Calzado de cuero
PPDA	Tintes capilares Revelador de color Industria textil	Medicamentos Textil Tinte pelo
THIOMEROSAL	Elaboración vacunas	Medicamentos Productos de belleza
FRAGANCIAS	Industria cosméticos Industria farmacéutica	Cosméticos Cremas Alimentos Medicamentos
KATHON	Industria metalúrgica Industria cosméticos	Cosméticos Productos de limpieza
TIURAN	Industria metalúrgica	Guantes goma Zapatos y calzado deportivo Conservantes
NEOMICINA	Piensos compuestos	Medicamentos
CARBAMATOS	Guantes y calzado de protección Insecticidas	Guantes, zapatos Conservantes
RESINA EPOXY	Industria electrónica	Bricolaje Obturaciones dentarias Sprays pinturas

5.3.-DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debemos hacer el diagnóstico diferencial con las lesiones de:

-*Eczema numular* : aparece a cualquier edad y se caracteriza por bordes nítidos y muy bien marcados. Grupos de pápulas y grandes vesículas sobre una base eritematosa. La dermatitis de contacto alérgica puede presentarse bajo esta morfología.

-*Dishidrosis* : aparición de pequeñas vesículas con poca inflamación agrupadas en palmas y plantas y a los lados de los dedos, acompañadas de picor. La hiperhidrosis es el origen de este proceso y su reincidencia es cíclica relacionada con la exposición al calor.

-*Psoriasis* : a veces, el trabajo es responsable del inicio de la psoriasis en personas predispuestas. Un engrosamiento eritematoso, descamación, y placas no pruriginosas en las regiones traumatizadas son características.

-*Otras* : liquen simple crónico, dermatitis por fibra de vidrio, sarna, dermatitis medicamentosas, infecciones por hongos...

5.4.-CLASIFICACION DE DERMATOSIS PROFESIONALES

La clasificación más aceptada es la que atiende al agente que las puede provocar:

1.-Mecánicas: provocadas por vibraciones, cuerpos extraños...

2.-Físicas: por calor, frío, electricidad, radiaciones

3.-Químicas: irritativas o alérgicas

4.-Vegetales: por plantas ornamentales, comestibles...

5.-Biológicas: bien sea por bacterias, virus, micosis o por proteínas animales

6.-Por baja humedad : en recintos con aires acondicionados, áreas sanitarias..

7.-Aerotransportadas: en estas formas aparecen lesiones en zonas descubiertas ,por lo que su diagnóstico es difícil teniendo que demostrarse la presencia de sustancias irritantes en el medio ambiente. Se trata de un grupo de dermatitis tanto agudas como crónicas producidas por sustancias irritantes que son liberadas a la atmósfera y posteriormente contactan con partes expuestas de la piel como cara, cuello o dorso de las manos.

5.5.-TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

El tratamiento de las dermatosis profesionales debe estar apoyado por la identificación y supresión del agente causal o en minimizar lo más posible el contacto con el o sustituirlo por otro.

La profilaxis de la dermatosis profesional deberá tener una triple vertiente: una profilaxis *individual*, que implica una modificación o perfeccionamiento de los medios de trabajo y de limpieza personal. Una profilaxis a nivel de *empresa*, en la que pueden estar implicados problemas económicos, sociales y políticos. Profilaxis a nivel de *tecnología industrial*.

.-Medidas generales : Pasan por intentar sustituir o suprimir el alérgeno o irritante.

.-Educación :Una prevención eficaz pasa por el conocimiento exacto de los contactos que se puedan sufrir a lo largo del proceso industrial.

.-Lugar de trabajo : La buena organización del lugar del trabajo proporciona una buena prevención : almacenaje adecuado de las sustancias utilizadas, aseos, lavabos cercanos y en buen estado de limpieza, uso adecuado de agentes de limpieza, higiene general del ambiente.

.-Crema barrera

.-Agentes limpiadores de la piel

.-Vestidos protectores

.-Guantes

Tratamiento

El tratamiento tópico y sistémico de la dermatitis profesional no difiere de la dermatitis de contacto en general.

El tratamiento farmacológico se instaurará en función de la fase y extensión del proceso, mediante cremas emolientes y corticoides tópicos fundamentalmente y otros como atb, antihistamínicos... si el caso lo requiriese.

5.6.-ATOPIA Y DERMATOSIS PROFESIONALES

La *dermatitis* atópica es la manifestación cutánea por excelencia que aparece en sujetos que padecen un síndrome complejo, determinado genéticamente y que les predispone a padecer enfermedades por hipersensibilidad como rinitis alérgica, asma y/o eczema.

La dermatitis atópica frecuentemente empeora por la ocupación del individuo. Así trabajadores con esta enfermedad de base y con una dermatitis por contacto de causa ocupacional superpuesta sufren bajas laborales y reciben compensaciones económicas por su estado. El rápido reconocimiento y eliminación de irritantes y sensibilizantes, evita que la dermatitis atópica se complique o extienda, agravándose.

En el estudio de una dermatosis profesional es importante conocer la historia de atopia en los pacientes y/o sus familiares ya que los pacientes con antecedentes de atopia presentan un riesgo elevado de desarrollarla por lo que habrá que tenerlo en cuenta a la hora de la historia laboral y catalogar una dermatitis como laboral. Los atópicos están en mayor riesgo de desarrollar dermatitis de contacto irritativa o alérgica de tipo inmediato.



Dermatitis atópica en flexura codo en escolar



Dermatitis atópica en adulto

(López Chenez A, Pérez Quintero R. Atlas de Dermatología Clínica. www.uaq.mx)

5.6.-DERMATOSIS PROFESIONALES MAS FRECUENTES

Aunque en todas las profesiones existe el riesgo de Dermatitis profesional algunas de ellas debido al mayor número de trabajadores o a los productos que utilizan son profesiones de alta incidencia.

-Trabajadores de la construcción : de todas las dermatosis profesionales las más frecuentes son las originadas en los obreros de la construcción, expuestos a cementos, yesos.. .

Sobre estos trabajadores hay una serie de factores que influyen en la incidencia de dermatosis profesional tales como, trabajos a la intemperie, microtraumatismos, condiciones higiénicas, escaso control por parte de la empresa, trabajo “a destajo”. La clínica de estos pacientes es muy característica pero depende del tipo de afección (irritante o sensibilizante), la forma de trabajo o la causa de sensibilización. La forma irritativa se caracteriza por lesiones en dorso de las manos con piel seca, descamativa, con grietas o herida. En la forma alérgica la localización típica es el dorso de la mano y el tercio inferior del antebrazo, lesiones eritemato-vesiculosas que tienden a la cronicidad liquenificándose.

-Metalúrgicos : los fluidos de corte, jabones y productos de limpieza de máquinas y manos son los irritantes más frecuentes. Las dermatitis de contacto por aceites de corte es la patología más importante que puede producirse, siendo un 80% de los casos debidos a efecto *irritante*. Afecta principalmente a muñecas, dorso de manos, pulpejos y dedos. Se identifican varias formas clínicas que pueden superponerse o sucederse en un mismo paciente: pápulo eritematosa, pápulo-vesiculosa, eczema crónico liquenificado y fisurado en dedos y eczema discoide.

-Peluqueras : esta es la profesión con mayor número de incidencia de D.P entre las mujeres, debidas en general por los derivados de PPDA presentes en tintes, líquidos de permanentes, decolorantes... Suelen ser pacientes que acuden a consulta al poco tiempo de empezar su profesión. La localización de las lesiones es preferentemente en manos. Dentro de las formas irritativas se distingue una dermatitis dorsal con eritema, sequedad y fisuras en dorso de dedos, pliegues interdigitales y dorso de manos, y una dermatitis palmar de desgaste, caracterizada por una piel fina y atrófica. En la formas alérgicas igualmente se distinguen varias formas, eczema localizado en dedos, con lesiones papulo-vesiculosas, descamativas y fisuradas; eczema de manos y antebrazos y eczema dishidrosiforme que afecta a cara lateral y palmar de dedos y palma de manos, acompañada de intensa hiperhidrosis.

-Profesionales sanitarios : En este grupo como dermatosis profesionales se deben de tener en cuenta además de las propiamente de contacto otras como infecciones o radiodermatitis.

Las dermatosis profesionales en sanitarios son difíciles de sistematizar. En un mismo grupo van a existir situaciones profesionales distintas. Ello obliga a plantear el problema por especialidades o grupos de especialidades.

Las dermatitis de contacto en sanitarios suelen localizarse preferentemente en manos pudiendo adoptar varias formas: Localización en *pulpejo de dedos* con hiperqueratosis y fisuras; *irritativa difusa* con sensación de sequedad, descamación y fisuras; *dishidrosiforme* ; *lesiones numulares*.

Haremos especial mención a la *dermatitis alérgica por látex*, por ser la dermatosis más frecuente, entre la población sanitaria. El látex no suele sensibilizar, son los productos químicos que se le añaden los que pueden sensibilizar. Afecta a las manos con piel seca, descamativa, a veces con fisuras que afectan a caras laterales de los dedos y espacios interdigitales

6.-OBJETIVOS

Se procede a la recopilación y estudio de todos los casos registrados en ASEPEYO bajo el diagnóstico de Dermatitis y enfermedades de la piel durante el período de tiempo comprendido entre Enero y Diciembre de 2008.

De este análisis se pretenden identificar aquellos casos que realmente fueron tras su estudio declarados como Enfermedad Profesional, el tiempo que se tardó en su diagnóstico, su repercusión en cuanto a la I.T y si fueron subsidiarios o no de Incapacidad Permanente.

7.-FUENTES, MATERIAL Y METODO

Se realiza estudio descriptivo retrospectivo de las historias clínicas encuadradas en el diagnóstico de dermatosis y enfermedades de la piel en el programa Chamán a través de listado obtenido de Q-Info de 308 casos de los que se seleccionan 129 casos correspondientes al año 2008 , además se utiliza Costaisa para comprobar aquellos que han terminado en incapacidad y en que grado.

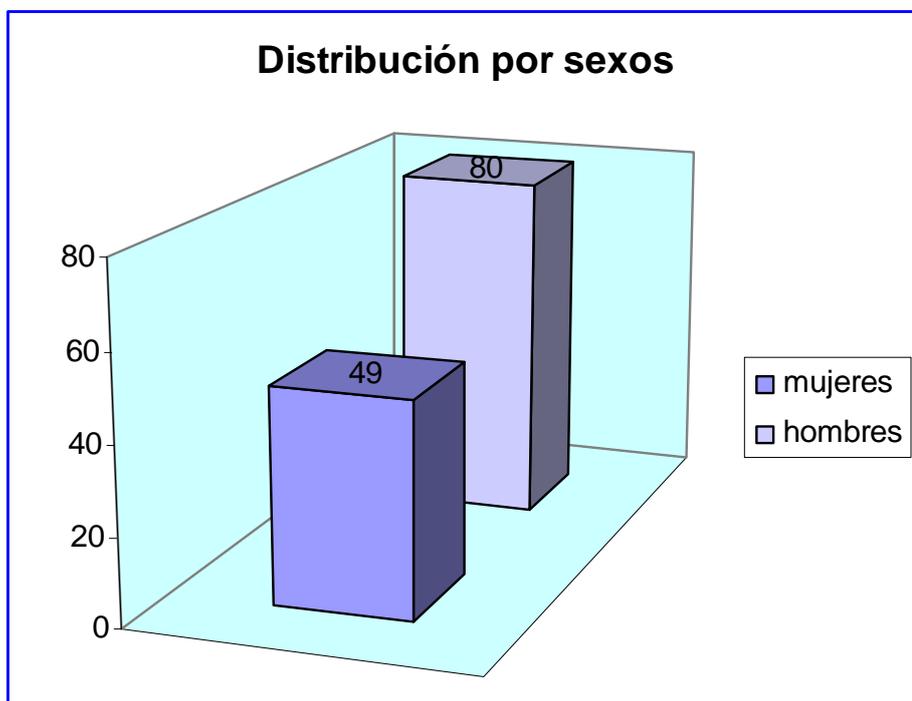
En esta exposición se consideran las siguientes variables: edad, sexo, actividad laboral, forma clínica, tiempo de IT e Incapacidad, y su distribución por comunidades autónomas en función del nº de afiliados.

8.-RESULTADOS

Tras el análisis de los 129 casos estudiados se extraen los siguientes resultados :

8.1.-Distribución por sexos

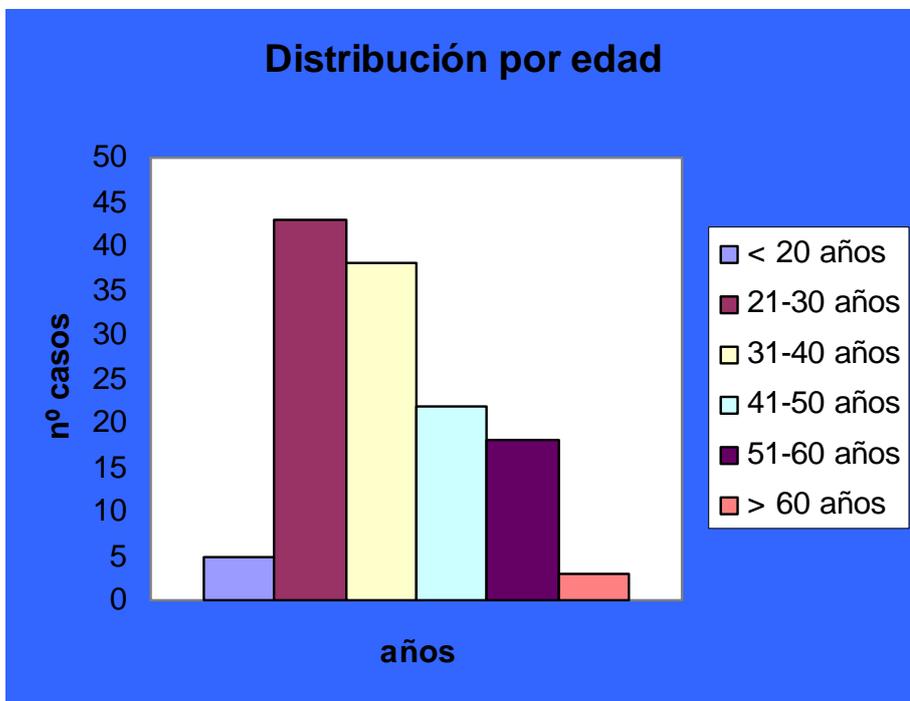
De los 129 casos estudiados 49 eran mujeres, lo que corresponde a un 37,9%,y 80 hombres correspondiendo un 62,01%.



8.2.-Distribución por edad

Se estudia un grupo de trabajadores en un rango de edad comprendido entre los 18 y 63 años observándose una mayor prevalencia en edades comprendidas entre los 20 y 40 años.

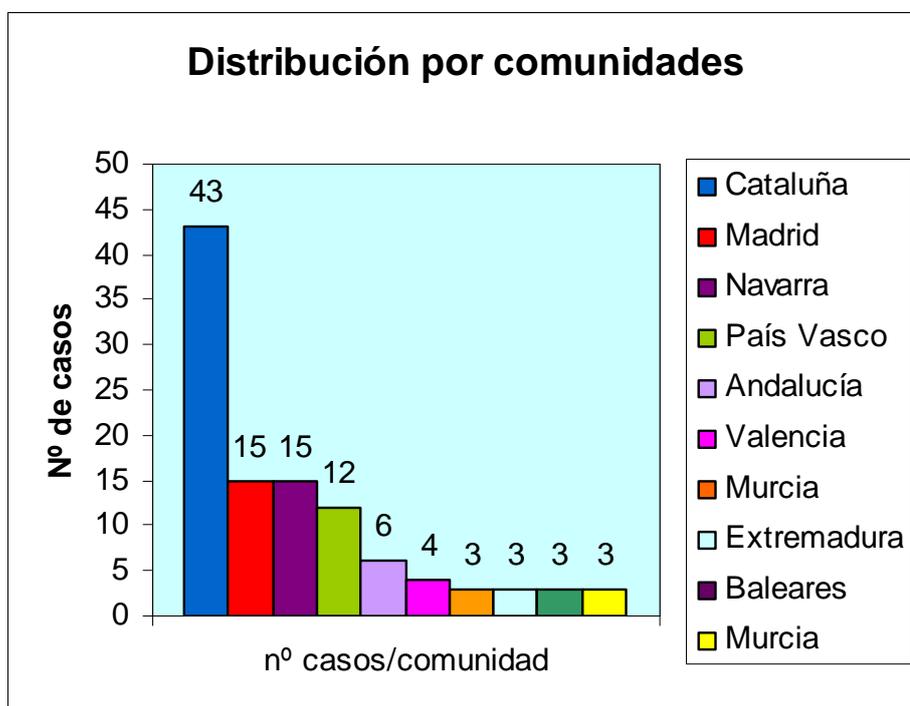
Un 3,87% de los casos corresponden a <20 años, un total de 5 casos. Entre los 20-30 años 43 casos que corresponden a un 33.33%. El 29,5% corresponden a edades entre 31 y 40 años, siendo un total de 38. Un 17,05% se da en el grupo de 41 a 50 años, siendo 22 los casos observados. Entre los 51 y 60 años hay 18 casos que corresponden al 13,95% del total. De modo significativo se diagnostican 3 casos en mayores de 60 años, un 2,32% del total, lo cual es lógico debido a la proximidad del cese laboral a partir de estas edades.



8.3.-Distribución geográfica

En la distribución de los casos por comunidades autónomas se observa una mayor prevalencia en la comunidad Catalana (nº afiliados 2008 656.342, lo que corresponde al 29,56% del total nacional) correspondiendo a un 33,3% de los casos estudiados, seguida de Madrid (nº afiliados 2008 430.558, 19,39% del total) y Navarra con 15 casos cada una.

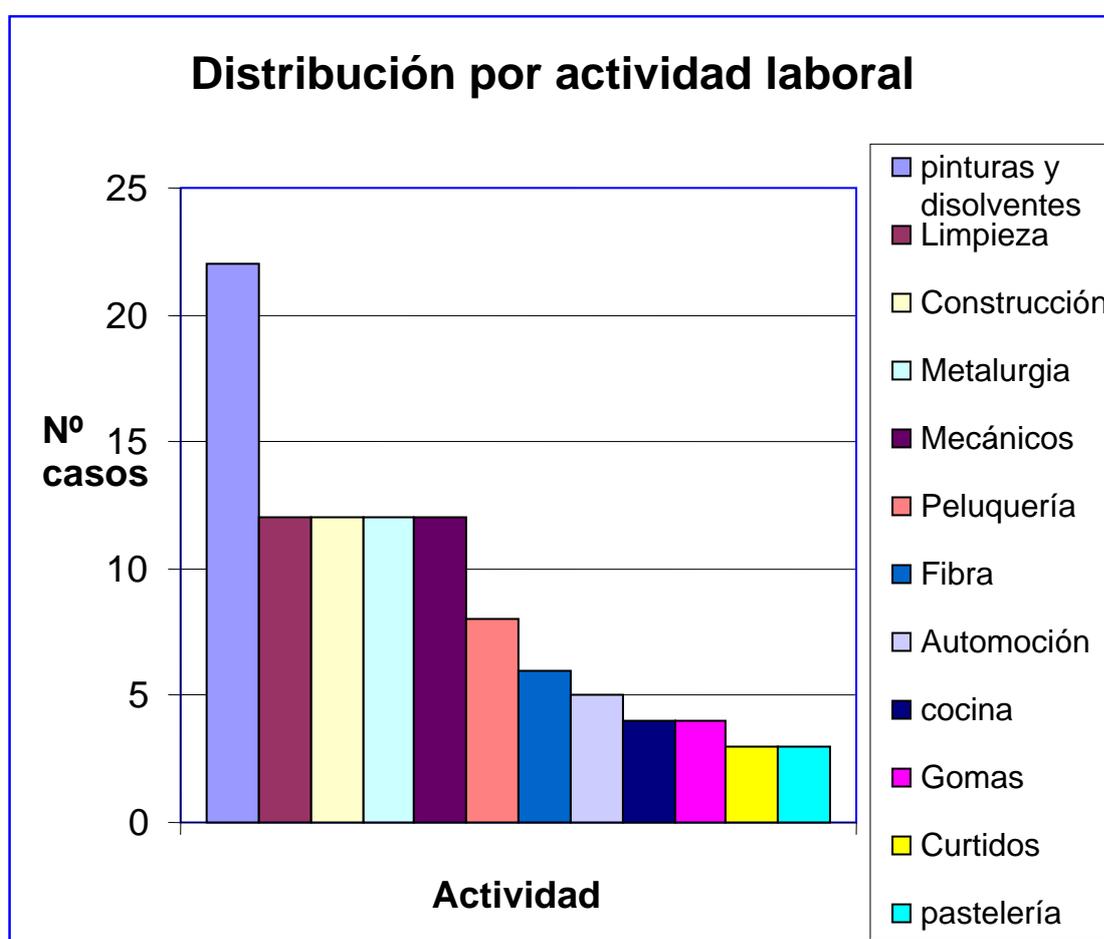
A continuación se expone gráfico en el que se ve de forma global el nº de casos en cada comunidad estudiada.



8.4.-Distribución según la actividad laboral

De los 129 casos estudiados se han obtenido los siguientes datos en relación a aquellas actividades laborales que causaban enfermedades de la piel: 22 consultas en trabajos relacionados con pinturas y disolventes, 13 en limpiadoras, 13 en relación a la construcción, 13 en metalúrgicos, 13 casos en mecánicos, 8 de las consultas fueron de profesionales de peluquería, 6 en relación a manejo de fibra, 5 en automoción, 4 en personal de cocina, 4 en relación a gomas, 3 en relación a curtidos y 3 en pastelería.

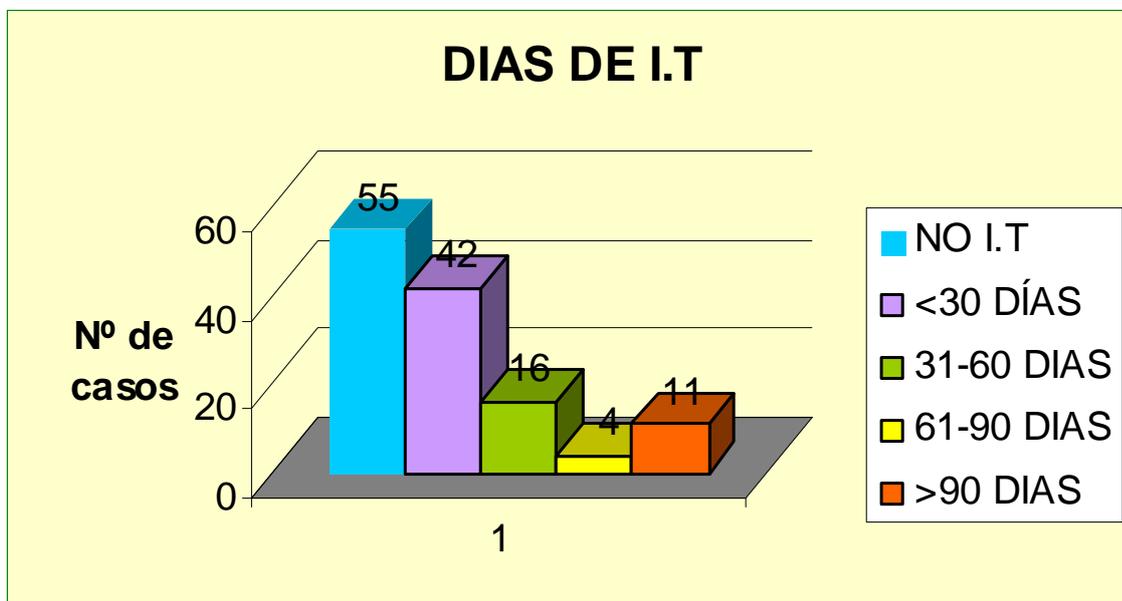
En la siguiente tabla vemos como las actividades en relación con pinturas y disolventes, construcción y limpieza son las actividades en las que se han dado más casos de consultas por dermatosis.



8.5.-Tiempo de I.T e Incapacidad

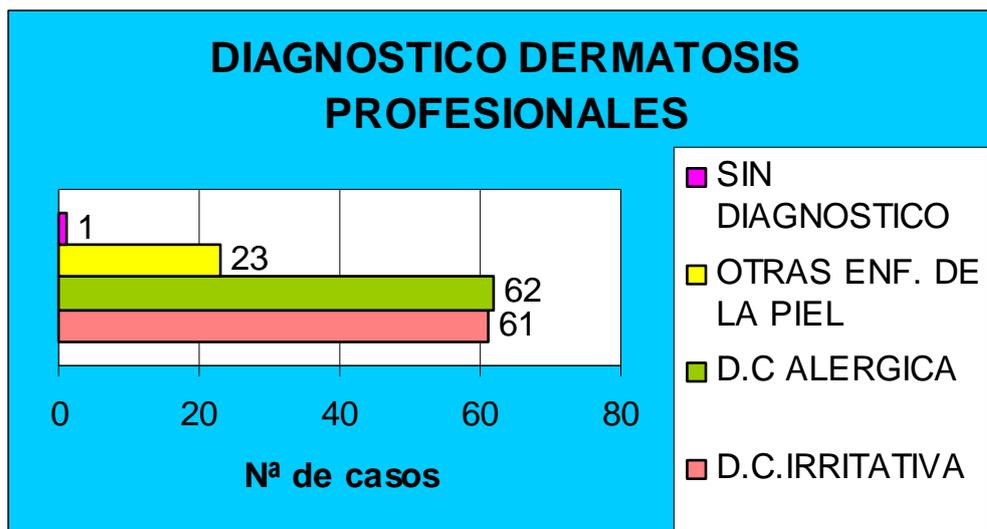
Al analizar los datos obtenidos sobre días de I.T vemos que la mayoría de los pacientes que consultaban, un 42,6%(55 casos) seguían trabajando mientras se les diagnosticaba y trataba no causando baja laboral; el 32,5%, (42 casos) cursan una I.T inferior a 30 días; un 12,4%(16 casos) entre 30-60 días; un 2,1%(4 casos) entre 60-90 días y más de 90 días el 9,2% (11 casos)

En cuanto a la Incapacidad Permanente , del total fueron 8 los casos que se resolvieron tras Informe Propuesta como Incapacidad permanente Total, siendo denegadas 2 y 64 alta por curación, con propuesta preventiva.



8.6.-CUADRO CLINICO

De todos los casos recogidos, 129, se confirmaron como dermatosis profesionales 123 siendo 61 diagnosticados como dermatitis de contacto irritativa y 62 alérgica. No profesionales se consideraron 23 casos que correspondían a otras enfermedades de la piel tales como dishidrosis ,micosis, atopia y neurodermatitis, con consideración de enfermedad común.



9.-CONCLUSIONES

Tras el estudio realizado podemos llegar a las siguientes conclusiones:

Hay una mayor prevalencia de dermatosis profesionales en el sexo masculino, un 62,5% , y en edades comprendidas entre los 20 y 40 años, no extraña que sean estas décadas las de mayor prevalencia por ser el rango de mayor número de individuos incorporados al mundo laboral.

De las comunidades de origen la que presenta más casos es la Comunidad Catalana seguida de la de Madrid, señalar no obstante que son las comunidades con mayor nº de afiliados en nuestra mutua, en el 2008 tal y como se hace constar. Destacando Navarra en un tercer lugar, comunidad que tradicionalmente declara mayor porcentaje de enfermedad profesional en relación a su población.

Las actividades laborales con mayor incidencia de consultas por Dermatitis son aquellas relacionadas con jabones, pinturas, disolventes y cementos, correspondiendo a trabajadores de la industria metalúrgica y la construcción . En el sexo femenino también se confirma que son las tareas de limpieza y peluquería las profesiones con mayor índice de dermatitis ocupacionales. Y se observa una progresión ascendente en personal sanitario (debido fundamentalmente al látex).

Nuestros resultados muestran que no existe una gran diferencia entre la incidencia de dermatitis de contacto irritativa y la alérgica, tal y como cabría esperar al considerarse la primera como la más frecuente. Podemos pensar que es debido a un nº insuficiente de individuos en la población estudiada o bien a un defecto a la hora de informar el diagnóstico definitivo, lo cual podría hacernos reflexionar a la hora de abordar estos casos desde el punto de vista clínico y de su prevención. Además durante la recogida de datos vemos en las historias como a muchos pacientes no se les completa el estudio ya que existe una alta tasa de abandono del mismo por cuestiones, tales como, la tardanza en el diagnóstico definitivo (derivación a especialistas, realización de tests cutáneos..) , la mejora del cuadro con los tratamientos tópicos, la no concurrencia de I.T...

También es interesante hacer mención al tiempo en el que los casos se encuentran en periodos de observación, antes de la confirmación o no del diagnóstico de una enfermedad profesional, tiempo en el cual se realiza una minuciosa historia del paciente tanto clínica como laboral, fundamental para la determinación de contingencia dadas las implicaciones socio-legales que pueden existir, derivación al especialista y realización o no de aquellas pruebas que nos sirvan para confirmar o no la sospecha de una dermatosis profesional. En los 129 casos objetos de estudio estos tiempos oscilan entre los 1 y 138 días, siendo resueltos en su mayoría en los primeros 20 días.

Como se reflejan en los datos mostrados son mayoría aquellos trabajadores que no causan baja laboral mientras que se determinan o no los diagnósticos de certeza, de ahí que existan historias inconclusas y sin diagnóstico definitivo, el trabajador puede “perderse” durante el estudio.

De los 129 casos estudiados 61 corresponden a dermatitis de contacto irritativa, 62 a dermatitis de contacto alérgica, 1 sin diagnosticar y 23 casos que tras su estudio no se consideraron D.P correspondiendo a diagnósticos tan diversos como dishidrosis, atopia, neurodermatitis y micosis

10.-BIBLIOGRAFIA

- Alonzo Romero L. Dermatosis Reaccionales. Rev de la Facultad de Medicina, UNAM 2003; 46(4): 148-151

- Ancona A, Alonzo L. Dermatitis por contacto irritativa. En: Conde Salazar L, Ancona A. Dermatosis Profesionales. Signament Ediciones S.L. Madrid 2000

- Conde Salazar L. Dermatitis profesionales más frecuentes. Dermatol Peru 2000.

- Conde Salazar L. Dermatitis Profesionales: incidencia y repercusiones socioeconómicas. Piel 1987; 2: 437-438

- Conde Salazar Gómez L, Heras Mendoza F. Concepto y clasificación de las Dermatosis Profesionales. Dermatol Peru; 15(2): 7-16

- Faust H, Gomin R, Ty C, Lewis C, Melfi C, Farmer E. Reability Testing of the Dermatology Index of Disease Severity. An Index for staging the Severity of Cutaneous Inflammatory Disease. Arch Dermatol 1997; 133:1443-1448

- García Pérez A, Conde Salazar L, Giménez Camarasa J.M. Tratado de Dermatosis Profesionales. EUDEMA, S.A 1987.

- Gómez M, Zimerman M, Alday E et al. Importancia de la patología laboral sensibilizante respiratoria y dermatológica en el mundo laboral. MAPFRE Medicina 2002; 13: 227-240

- Lawley T, Swerlick R. Eccema, psoriasis, infecciones cutáneas, acné y otros procesos dermatológicos frecuentes. En: Harrison. Principios de Medicina Interna 12ª ed. Interamericana. Mc Graw Hill; Vol 1: 365-367

- Meza B. Dermatosis profesionales. Dermatol Peru 2006; 16(1): 64-69

- Orden del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales 1/2007, de 2 de enero, que establece el modelo de parte de enfermedad profesional, y se dictan normas para su elaboración y transmisión creándose el correspondiente fichero de datos personales. BOE. 4/1/2007

- REAL DECRETO 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE. 19/12/2006

11.-WEBGRAFIA

-Atlas de Dermatología. <http://ns8.servidorlinux.com>

-Bernard A, Cohen M, Cristoph V, Lehmann M. Derm Atlas. Universidad Johns Hopkins 2000-2009.

-López Chenez A, Pérez Quintero R. Atlas de Dermatología Clínica. www.uaq.mx

-www.dermIS.net