



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Vicerrectorado de Igualdad,
Inclusión y Sostenibilidad

Vigilancia de la Salud Colectiva y Seguimiento de Programas Preventivos 2022

**SERVICIO DE SALUD
Y PREVENCIÓN.**

*Áreas de Medicina del Trabajo y
de Promoción de la Salud.*

*SECRETARIADO DE CAMPUS
SALUDABLE*



ÍNDICE

1	Introducción y Definiciones.....	3
2	Vigilancia de la Salud	4
2.1	<i>Estudio de la Patología Visual relacionada con el uso de PVD</i>	<i>4</i>
2.2	<i>Estudio de la Patología Osteomuscular.....</i>	<i>12</i>
3	Programa Preventivo de Patología Vocal	26
3.1	<i>Introducción.....</i>	<i>26</i>
3.2	<i>Objetivos.....</i>	<i>26</i>
3.3	<i>Valoración del riesgo</i>	<i>26</i>
3.4	<i>Resultados y Actuaciones.....</i>	<i>27</i>
3.5	<i>Conclusiones y Acciones de Mejora.....</i>	<i>27</i>
4	Programa Preventivo y Asistencia de Patología Osteomuscular	28
4.1	<i>Introducción Servicio de Fisioterapia</i>	<i>28</i>
4.2	<i>Historial Clínico-Evaluación del Estado Musculo-Esquelético del Paciente</i>	<i>28</i>
4.3	<i>Conclusiones.....</i>	<i>34</i>
4.4	<i>Acciones de mejora</i>	<i>34</i>
5	Programa Preventivo de Inmunizaciones.....	35
5.1	<i>Vacunas Administradas.....</i>	<i>36</i>
5.2	<i>Marcadores serológicos.....</i>	<i>41</i>
6	Control y Seguimiento de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales .	42
6.1	<i>Criterios de Inclusión y Recogida de Datos.....</i>	<i>42</i>
6.2	<i>Resultados y Análisis de Datos.....</i>	<i>42</i>
7	Vigilancia de la Salud tras Ausencia Prolongada por Motivos de Salud (ITCC)	46
7.1	<i>Criterios de Inclusión y Recogida de Datos.....</i>	<i>46</i>
7.2	<i>Resultados y Análisis de Datos.....</i>	<i>46</i>
7.3	<i>Conclusiones.....</i>	<i>52</i>
7.4	<i>Acciones de mejora</i>	<i>52</i>
8	Programa de Protección de la Maternidad y la Lactancia Natural	53
8.1	<i>Situación Actual en la Protección de la Maternidad y Embarazo en la UGR.....</i>	<i>54</i>
8.2	<i>Conclusiones.....</i>	<i>55</i>
8.3	<i>Acciones de mejora</i>	<i>55</i>
9	Programa Preventivo de Enfermedades Cardiovasculares	57
9.1	<i>Reconocimientos Cardiovasculares.....</i>	<i>57</i>
9.2	<i>Consumo de Tabaco.....</i>	<i>59</i>
9.3	<i>Actividad Física.....</i>	<i>62</i>
9.4	<i>Consumo de Alcohol.....</i>	<i>64</i>
9.5	<i>Índice de Masa Corporal.....</i>	<i>66</i>
9.6	<i>Tensión Arterial.....</i>	<i>68</i>
9.7	<i>Glucemia en sangre.....</i>	<i>70</i>
9.8	<i>Triglicéridos.....</i>	<i>72</i>
9.9	<i>Colesterol.....</i>	<i>74</i>
9.10	<i>Índice de aterogenicidad.....</i>	<i>76</i>
9.11	<i>Resultado Global</i>	<i>78</i>
10	Programa de Prevención del Cáncer y Glaucoma	79
10.1	<i>Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal:</i>	<i>79</i>
10.2	<i>Programa de Prevención de Cáncer de Próstata:.....</i>	<i>80</i>
10.3	<i>Programa de Prevención del Glaucoma:</i>	<i>80</i>
10.4	<i>Conclusiones y acciones de mejora.....</i>	<i>82</i>
11	Identificación, Control y seguimiento de casos y contactos COVID-19	83
11.1	<i>Identificación y Control de Casos y Contactos en Personal Empleado.....</i>	<i>84</i>
11.2	<i>Seguimiento de casos en personal empleado.....</i>	<i>91</i>

1 INTRODUCCIÓN Y DEFINICIONES

El Reglamento de los Servicios de Prevención establece en su art.º 37, f que el personal sanitario del servicio deberá analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y de la evaluación de los riesgos, con criterios epidemiológicos y colaborará con el resto de los componentes del servicio, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud y proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Asimismo, el Real Decreto 843/2011, incorpora la figura de la vigilancia colectiva de la salud de los trabajadores entre las actividades sanitarias a desarrollar por los servicios de prevención, señalando en su art. 3.1, g que deberán efectuar sistemáticamente y de forma continua la vigilancia colectiva de la salud de los trabajadores, en función de los riesgos a los que están expuestos, elaborando y disponiendo de indicadores de dicha actividad.

La vigilancia de la salud en el trabajo se mueve entre dos enfoques complementarios. Por un lado, la vigilancia individualizada, enfocada a cada trabajador o trabajadora y por otro lado, la vigilancia epidemiológica que va más allá de los resultados individuales para poder valorar la repercusión que tienen las condiciones de trabajo, no solamente sobre la salud del individuo, sino sobre todo el colectivo. Dicha valoración colectiva de los resultados aporta conocimiento sobre el estado de salud de la empresa y permite establecer las prioridades de actuación en materia de prevención de riesgos, motivar la revisión de las actuaciones preventivas en función de la aparición de daños en la población trabajadora y evaluar la eficacia del plan de prevención de riesgos laborales a través de la evolución del estado de salud del colectivo de trabajadores.

Como complemento a la Memoria Anual de Actividades de 2022 del Servicio de Salud y Prevención (SSP), en este documento se presenta el análisis epidemiológico de los protocolos más significativos aplicados en vigilancia de la salud, además del seguimiento de otros programas donde es también de interés realizar este estudio. Se incluyen los resultados de los indicadores de salud del personal que pasa el reconocimiento en 2022, dando como conclusión una valoración del estado global de salud de nuestra población trabajadora. Finalmente, debido a la situación de pandemia que estamos atravesando, es de interés presentar y analizar los resultados del seguimiento y control de los casos COVID-19 del personal de la UGR especialmente durante el primer cuatrimestre del 2022.

2 VIGILANCIA DE LA SALUD

2.1 ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA VISUAL RELACIONADA CON EL USO DE PVD

Con objeto de conocer los problemas visuales en la población trabajadora, su relación con los riesgos laborales, la efectividad de las medidas preventivas aplicadas y actividades de prevención que se podrían llevar a cabo y su priorización; de todos los reconocimientos médicos laborales (RML) realizados en 2022, se han analizado estadísticamente los datos recogidos en la vigilancia de la salud específica de los trabajadores expuestos a Pantallas de Visualización de Datos (PVD), tanto en personal de administración (PAS) como docente-investigador (PDI), teniendo en cuenta:

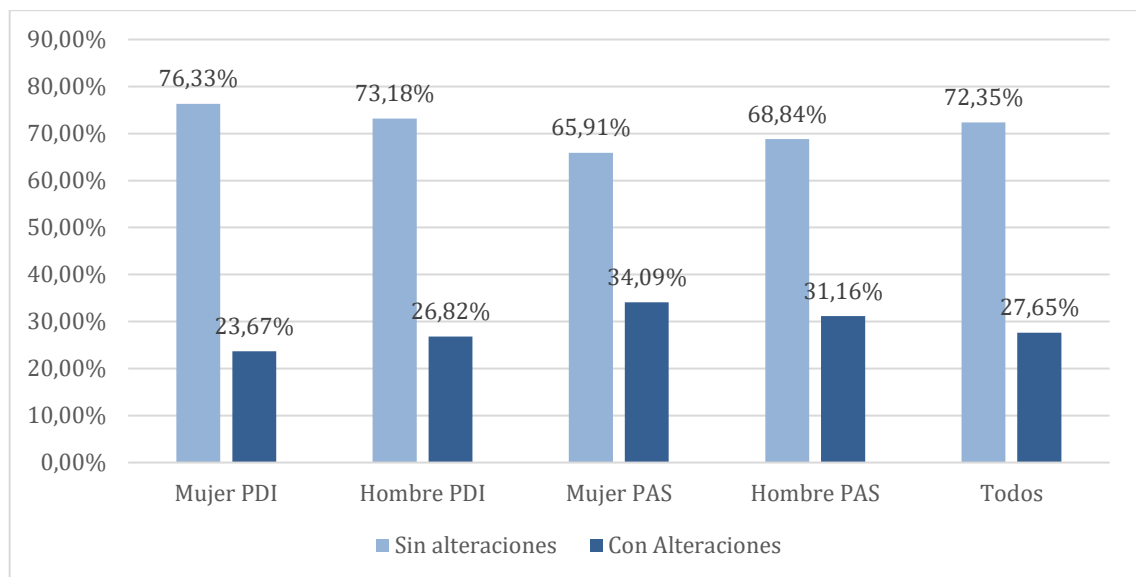
1. La exploración de la visión realizada por el personal sanitario.
2. Cuestionario de función visual cumplimentado por el propio personal, compuesto de dos capítulos: factores ergonómicos responsables de molestias y sintomatología relacionada con la fatiga visual.

2.1.1 EXPLORACIÓN DE LA VISIÓN EN LOS RML

El personal sanitario del SSP lleva a cabo un control visual en los RML realizados, que incluye una exploración de: la agudeza visual (lejana, cercana e intermedia), equilibrio muscular, reflejos pupilares, motilidad extrínseca, forias, anejos, presión intraocular, visión cromática y visión estereoscópica; anotando en la historia clínica personal las alteraciones detectadas y estableciendo las conclusiones, medidas y recomendaciones individuales si son necesarias, incluyendo la derivación al servicio de oftalmología concertado con el SSP para revisión, diagnóstico y tratamiento. A continuación, se presentan los resultados de esta actividad (**en el caso de la medición de la presión intraocular se pueden ver los resultados en el apartado del Programa de Prevención del Glaucoma de este mismo documento**).

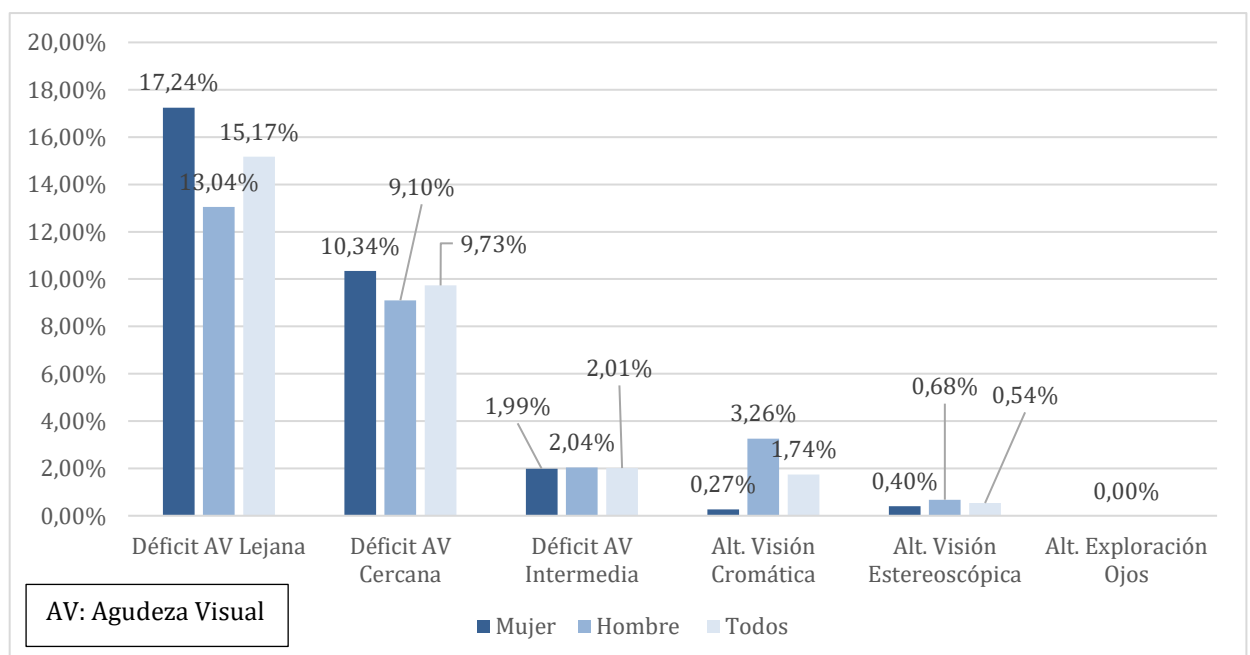
Se han examinado **1490 personas expuestas a PVD**, de las cuales el 50,60% son mujeres y 49,40% hombres. Del total, el **27,65% presentan alguna alteración**, similar porcentaje en mujeres y hombres. Se ha realizado también un análisis según el puesto expuesto a PVD: PDI (representando el 68,93% del total valorado) y PAS (con un 31,07%). Teniendo en cuenta el puesto, las alteraciones en el PDI representan un **25,32%** (con respecto a todo el PDI valorado) y en el PAS el **32,83%** (con respecto a todo el PAS valorado).

Gráfico 1: Alteraciones detectadas en exploración visual: PDI y PAS



Analizando el tipo de alteraciones, de las 228 detectadas en mujeres, destacan las 130 de déficit en visión lejana (un 17,24% sobre el total de mujeres valoradas) y 78 de déficit en visión cercana. En los hombres se detectan un total de 207 alteraciones, siendo también en este caso el déficit de visión lejana y cercana las más frecuentes, con 96 (un 13,04%) y 67 casos, respectivamente.

Gráfico 2: Tipo alteraciones detectadas en exploración visual, por sexo:

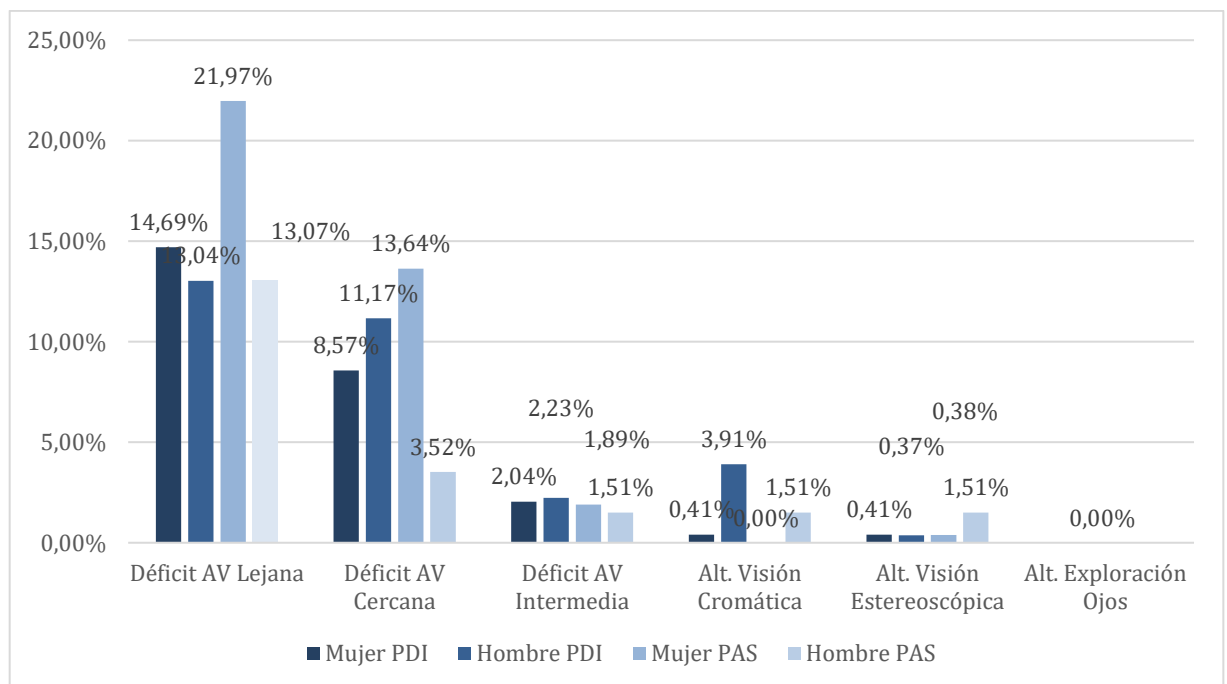


Teniendo en cuenta el puesto, destaca que, en el caso de las mujeres del PAS, se observa una elevación de los porcentajes comentados, sobre todo el déficit en visión lejana, con un 21,97% (con respecto a todas las mujeres del PAS valoradas).

Otros datos a destacar son que el 70% de todos los evaluados usa lentes correctoras, en el caso de las mujeres del PAS, el 75%; y que casi el 4% de los hombres del PDI presentan alteraciones en la visión cromática, en el resto de casos el porcentaje es muy bajo.

En el déficit de visión lejana de todo el personal explorado (en el que se tiene en cuenta las alteraciones de ojo derecho y/o izquierdo y/o binocular), habría que señalar que el déficit binocular, que sería lo más grave, baja hasta el 5%.

Gráfico 3: Tipo de alteraciones detectadas en exploración visual: PDI y PAS.



Se adjuntan todos los datos obtenidos de esta exploración visual a continuación, en la tabla 1, por puestos (PDI y PAS) y por sexo.



Tabla 1: Alteraciones detectadas en exploración visual RML 2022 por puestos y sexo

PROTOCOLO	PVD																		
	PUESTO	PDI						PAS						TOTALES PVD (PAS y PDI)					
		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total	
Nº TOTAL	490	47,71%	537	52,29%	1027	68,93%	264	57,02%	199	42,98%	463	31,07%	754	50,60%	736	49,40%	1490	100,00%	
USO DE LENTES	335	68,37%	375	69,83%	710	69,13%	200	75,76%	134	67,34%	334	72,14%	535	70,95%	509	69,16%	1044	70,07%	
Nº SIN ALTERACIONES	374	76,33%	393	73,18%	767	74,68%	174	65,91%	137	68,84%	311	67,17%	548	72,68%	530	72,01%	1078	72,35%	
Nº CON ALTERACIONES	116	23,67%	144	26,82%	260	25,32%	90	34,09%	62	31,16%	152	32,83%	206	27,32%	206	27,99%	412	27,65%	
Déficit AV Lejana	72	14,69%	70	13,04%	142	13,83%	58	21,97%	26	13,07%	84	18,14%	130	17,24%	96	13,04%	226	15,17%	
Déficit AV Cercana	42	8,57%	60	11,17%	102	9,93%	36	13,64%	7	3,52%	43	9,29%	78	10,34%	67	9,10%	145	9,73%	
Déficit AV Intermedia	10	2,04%	12	2,23%	22	2,14%	5	1,89%	3	1,51%	8	1,73%	15	1,99%	15	2,04%	30	2,01%	
Alt. Visión Cromática	2	0,41%	21	3,91%	23	2,24%	0	0,00%	3	1,51%	3	0,65%	2	0,27%	24	3,26%	26	1,74%	
Alt. Visión Estereoscópica	2	0,41%	2	0,37%	4	0,39%	1	0,38%	3	1,51%	4	0,86%	3	0,40%	5	0,68%	8	0,54%	
Alt. Exploración Ojos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
TOTAL ALTERACIONES:	128		165		293		100		42		142		228		207		435		

En N.º **Total** en "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje de cada sexo con respecto al total de cada puesto y en "Total" el porcentaje con respecto al total de todos los evaluados de todos los puestos. En N.º **sin alteraciones, con alteraciones y en cada alteración** en los apartados "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje con respecto al nº total de evaluados por sexo y en "Total" se indica el porcentaje del total de evaluados de cada puesto

2.1.2 FACTORES ERGONÓMICOS RESPONSABLES DE MOLESTIAS VISUALES

En las siguientes tablas se exponen los factores que, según refiere el personal expuesto a PVD (por puesto PDI y PAS), originan las molestias visuales durante su trabajo, en un total de **1542 cuestionarios** cumplimentados en los RML:

Tabla.2: Factores ergonómicos responsables de molestias visuales en PDI.

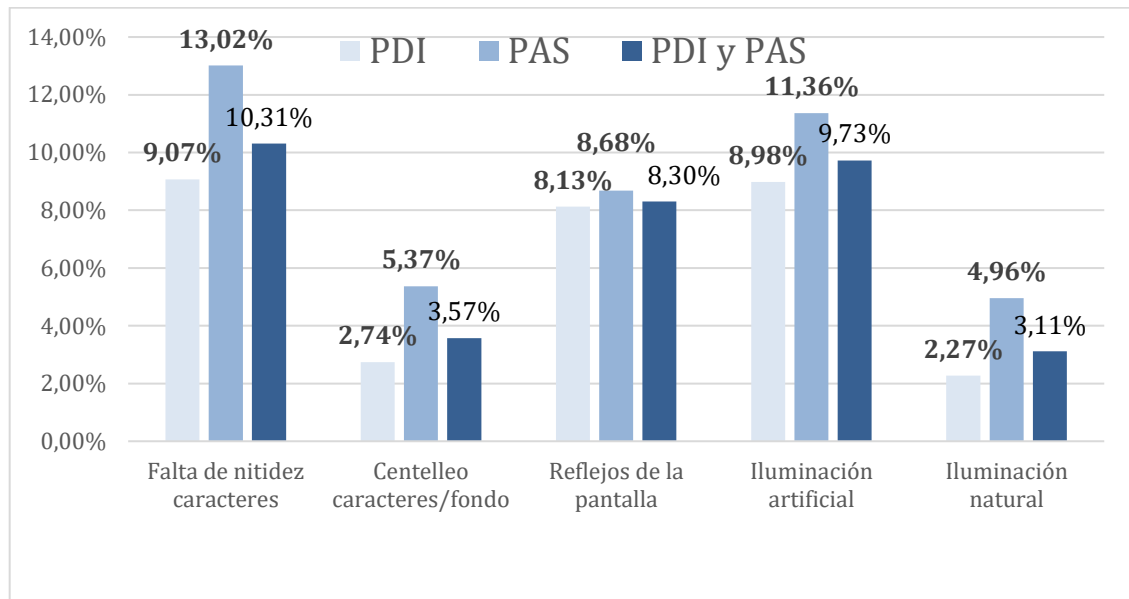
Factor	SÍ	%	NO	%	TOTAL
Falta de nitidez en los caracteres	96	9,07%	962	90,93%	1058
Centelleo de los caracteres o del fondo	29	2,74%	1029	97,26%	1058
Reflejos de la pantalla	86	8,13%	972	91,87%	1058
Iluminación artificial	95	8,98%	963	91,02%	1058
Iluminación natural	24	2,27%	1034	97,73%	1058

Tabla.3: Factores ergonómicos responsables de molestias visuales en PAS.

Factor	SÍ	%	NO	%	TOTAL
Falta de nitidez en los caracteres	63	13,02%	421	86,98%	484
Centelleo de los caracteres o del fondo	26	5,37%	458	94,63%	484
Reflejos de la pantalla	42	8,68%	442	91,32%	484
Iluminación artificial	55	11,36%	429	88,64%	484
Iluminación natural	24	4,96%	460	95,04%	484

En el siguiente gráfico se representan los porcentajes correspondientes cuando se indica que están presentes los factores responsables de molestias, teniendo en cuenta al conjunto de todo el personal expuesto a PVD (PDI y PAS), además del PDI y PAS por separado:

Gráfico 4: Factores relacionados con PVD que producen molestias: PDI y PAS



Como se puede observar la causa más frecuente de molestias visuales viene derivada del tipo y/o localización de la **iluminación artificial, falta de nitidez en los caracteres y reflejos en la pantalla, con un porcentaje más elevado en el PAS que en el PDI.**

2.1.3 SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA CON LA FATIGA VISUAL

En la siguiente tabla se exponen los síntomas visuales durante o después del trabajo que refiere el personal expuesto a PVD que cumplimenta el cuestionario aplicado en el RML, por puesto PDI y PAS.

Tabla 4: Sintomatología de la fatiga visual en Pantallas de Datos en PDI.

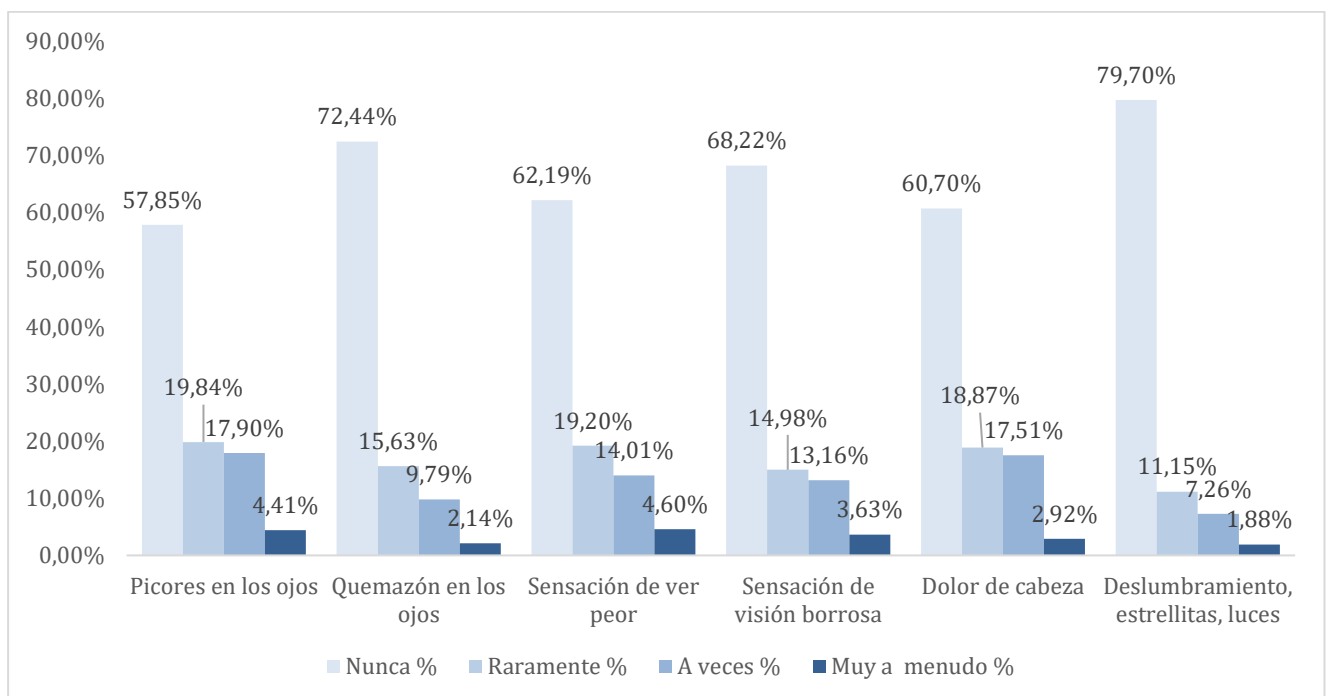
	Nunca		Raramente		A veces		Muy a menudo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Picores en los ojos	631	59,64%	209	19,75%	181	17,11%	37	3,50%	1058
Quemazón en los ojos	781	73,82%	166	15,69%	95	8,98%	16	1,51%	1058
Sensación de ver peor	679	64,18%	188	17,77%	144	13,61%	47	4,44%	1058
Sensación de visión borrosa	748	70,70%	149	14,08%	127	12,00%	34	3,21%	1058
Dolor de cabeza	648	61,25%	199	18,81%	183	17,30%	28	2,65%	1058
Deslumbramiento, estrellitas, luces	874	82,61%	106	10,02%	66	6,24%	12	1,13%	1058

Tabla 5: Sintomatología de la fatiga visual en Pantallas de Datos en PAS.

	Nunca		Raramente		A veces		Muy a menudo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Picores en los ojos	261	53,93%	97	20,04%	95	19,63%	31	6,40%	484
Quemazón en los ojos	336	69,42%	75	15,50%	56	11,57%	17	3,51%	484
Sensación de ver peor	280	57,85%	108	22,31%	72	14,88%	24	4,96%	484
Sensación de visión borrosa	304	62,81%	82	16,94%	76	15,70%	22	4,55%	484
Dolor de cabeza	288	59,50%	92	19,01%	87	17,98%	17	3,51%	484
Deslumbramiento, estrellitas, luces	355	73,35%	66	13,64%	46	9,50%	17	3,51%	484

En el siguiente gráfico se representan los porcentajes correspondientes a la frecuencia de los síntomas referidos teniendo en cuenta al conjunto de todo el personal expuesto a PVD (PDI y PAS):

Gráfico 5: Síntomas visuales asociados al uso de PVD en PDI y PAS.



Como se puede observar, de los 1542 encuestados expuestos a PVD, las molestias referidas “a veces” se presentan en un porcentaje significativo, aunque el **porcentaje de las referidas “muy a menudo” es bajo.**

2.1.4 CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos, se puede concluir que el personal expuesto a PVD reconocido en 2022:

- Presenta un porcentaje significativo de alteraciones detectadas en la exploración visual, sobre todo de déficit de agudeza lejana seguido de cercana, lo que puede hacerle más sensible a padecer los daños que esta exposición puede generar, aunque hay que destacar que el déficit en la visión intermedia, distancia a la que deben estar situadas las pantallas y por tanto la más utilizada en estos puestos de trabajo, no es significativo.
- Un alto porcentaje de usuarios usa lentes correctoras (70%).
- Manifiesta como causas más frecuentes de molestias visuales las derivadas del tipo y/o localización de la **iluminación artificial, falta de nitidez en los caracteres y reflejos en la pantalla, algo más elevada en el caso del PAS que en el PDI**, con resultados cercanos al 10% de los encuestados. **Con relación a 2021, en el que se concluyó que los resultados eran bajos, las molestias se multiplican aproximadamente por dos en todos los casos, excepto en la iluminación natural que sube, pero en menor medida.**
- Es interesante también señalar que, en numerosos casos, el personal con un contrato de investigación expuesto a PVD, manifiesta en las observaciones del cuestionario trabajar con un ordenador portátil, al no disponer de un puesto de trabajo adecuado con ordenador de sobremesa.
- Los síntomas que están relacionados con fatiga visual, en el caso de los referidos como “muy a menudo”, se presentan en un porcentaje bajo, los más frecuentes, “sensación de ver peor” y “picores en los ojos”, con un 4’5% aprox. (en el caso de PAS de un 6,5% en “picores en los ojos”). Estos síntomas pueden estar relacionado por las condiciones de iluminación, organización de pausas y por las condiciones de salud individuales (alteraciones de la refracción y acomodación). **Comparando con 2021, hay que destacar que se produce una subida en todas las molestias referidas “a veces”, en el caso de “dolores de cabeza”, hasta en un 7%. (mayor en el caso del PAS que en el PDI). En el caso de las molestias referidas como “muy a menudo” se duplica el porcentaje en todos los casos, aunque sigue siendo bajo como se ha comentado.**

2.1.5 ACCIONES DE MEJORA

Las acciones de mejora van encaminadas tanto a analizar los factores ergonómicos que pudieran determinar los síntomas analizados como la discriminación de las causas individuales de salud que puedan también estar influyendo en su aparición:

1. Profundizar en las causas que generan molestias visuales para tratar de corregirlas.
2. Promover la iluminación led en estos puestos de trabajo, ya que es más homogénea y produce menos deslumbramientos.
3. Si se descartan factores individuales, derivar al área de ergonomía para investigación y mejora del puesto.
4. Derivar al especialista de oftalmología para analizar más a fondo la agudeza visual, corrigiendo las alteraciones de la refracción detectadas.
5. Recomendar a los usuarios de lentes correctoras el cumplimiento de las revisiones periódicas con su óptico u oftalmólogo para mantenerlas actualizadas y en buenas condiciones de uso.
6. Realizar una segunda revisión de la visión tras la adopción de medidas oftalmológicas o ergonómicas.
7. Actualizar mediante formación “on line” los conocimientos del personal empleado sobre ergonomía y diseño de los puestos de PVD. Hacer hincapié en la adopción de pausas durante el trabajo con PVD.
8. Promover la dotación de un puesto adecuado de trabajo al personal investigador expuesto a PVD en coordinación con otros servicios.

2.2 ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR

Con objeto de conocer los problemas de salud osteomusculares en la población trabajadora, su relación con los riesgos laborales, la efectividad de las medidas preventivas aplicadas y actividades de prevención que se podrían llevar a cabo y su priorización, de todos los reconocimientos médicos laborales (RML) realizados en 2022, se han analizado estadísticamente los datos recogidos en:

3. La exploración del aparato locomotor realizada por el personal médico.
4. Los cuestionarios de sintomatología osteomuscular aplicados en los protocolos de “Pantallas de Visualización de Datos” (PVD), y “Manipulación Manual de Cargas” (MMCC).

2.2.1 EXPLORACIÓN DEL APARATO LOCOMOTOR

El personal médico del SSP lleva a cabo la exploración del aparato locomotor en los RML realizados, anotando en la historia clínica personal las alteraciones detectadas y estableciendo las conclusiones, medidas y recomendaciones individuales sin son necesarias, incluyendo, si es pertinente, la derivación a la Unidad de Fisioterapia del SSP, para llevar a cabo actuaciones preventivas y asistenciales, o al especialista. En este estudio se han agrupado las alteraciones en 6 zonas afectadas, con objeto de simplificar su análisis (desviaciones de columna, columna cervical y trapecios, columna dorsal, columna lumbar, miembros superiores y miembros inferiores).

Se han explorado **1725 personas**, de las cuales el 50,72% son mujeres y 49,28% hombres. Del total, el **30,90% presentan alguna alteración**, el **39,20% de las mujeres** frente al 22,35% en hombres, **(porcentajes más elevados que en 2021 en aprox. un 5%)**. De las 438 alteraciones detectadas en mujeres destacan las **197 de columna alta (cervicales y trapecios)**, representando el **22,51% del total**

de mujeres exploradas (casi un 5% más que en 2021). En los hombres se detectan un total de 214 alteraciones, siendo en este caso la zona más afectada también la columna alta, además de miembros superiores, representando en ambos casos el 6,12% del total de hombres explorados (similar a 2021). Se adjuntan todos los datos obtenidos de esta exploración al final de este apartado, en la tabla 6, por protocolos y por sexo.

Gráfico 6: Alteraciones locomotor en todos los protocolos valorados.

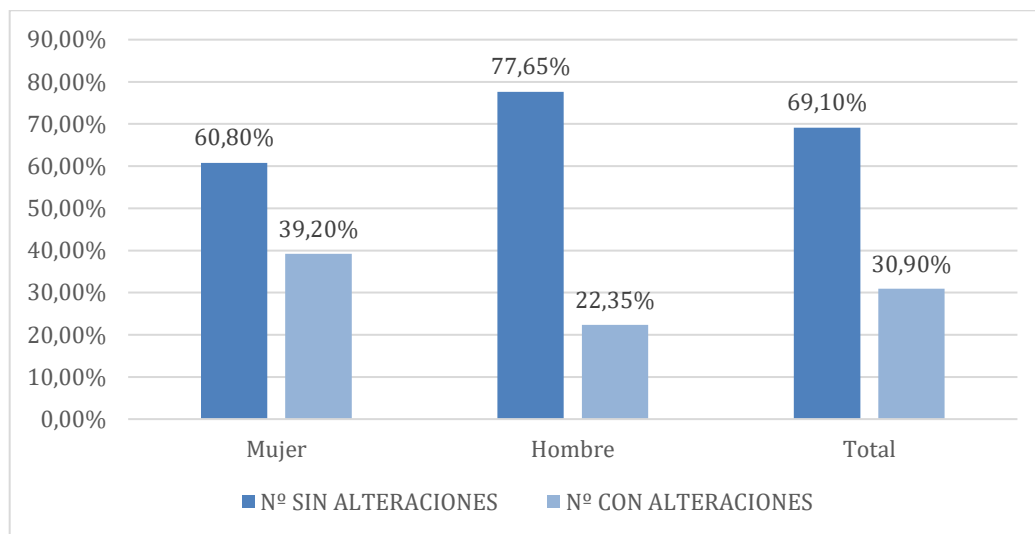


Gráfico 7: Tipo de alteraciones locomotor en todos los protocolos valorados.

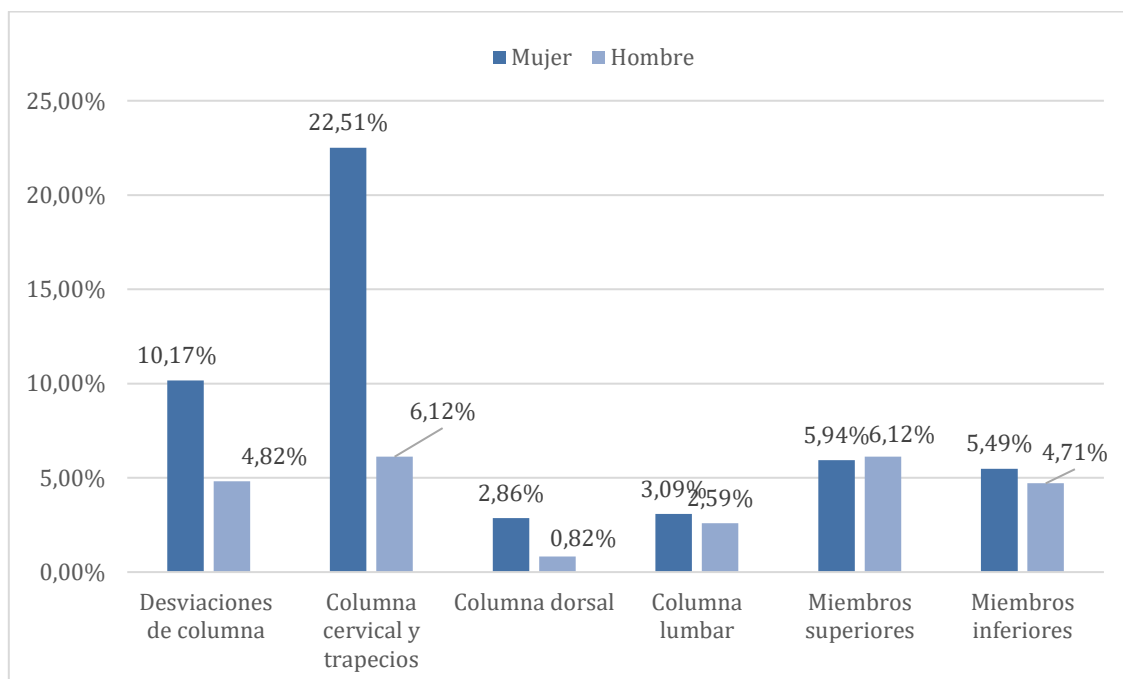


Tabla 6: Alteraciones detectadas en exploración locomotor RML 2022 por protocolos

PROTOCOLO	PVD						M.CARGAS + M. REPETIDOS						TOTALES TODOS LOS PUESTOS					
	PDI + PAS						MANTENIMIENTO/HOSTELERÍA/DEPORTES/LIMPIEZA											
SEXO	Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total	
Nº TOTAL	773	50,76%	750	49,24%	1523	88,29%	102	50,50%	100	49,50%	202	11,71%	875	50,00%	850	49,28%	1725	100%
Nº SIN ALTERACIONES	477	61,71%	590	78,67%	1067	70,06%	55	53,92%	70	70,00%	125	61,88%	532	60,80%	660	77,65%	1192	69,10%
Nº CON ALTERACIONES	296	38,29%	160	21,33%	456	29,94%	47	46,08%	30	30,00%	77	38,12%	343	39,20%	190	22,35%	533	30,90%
Desviaciones de columna	78	10,09%	36	4,80%	114	7,49%	11	10,78%	5	5,00%	16	7,92%	89	10,17%	41	4,82%	130	7,54%
Columna cervical y trapecios	177	22,90%	46	6,13%	223	14,64%	20	19,61%	6	6,00%	26	12,87%	197	22,51%	52	6,12%	249	14,43%
Columna dorsal	23	2,98%	6	0,80%	29	1,90%	2	1,96%	1	1,00%	3	1,49%	25	2,86%	7	0,82%	32	1,86%
Columna lumbar	22	2,85%	19	2,53%	41	2,69%	5	4,90%	3	3,00%	8	3,96%	27	3,09%	22	2,59%	49	2,84%
Miembros superiores	40	5,17%	38	5,07%	78	5,12%	12	11,76%	14	14,00%	26	12,87%	52	5,94%	52	6,12%	104	6,03%
Miembros inferiores	35	4,53%	35	4,67%	70	4,60%	13	12,75%	5	5,00%	18	8,91%	48	5,49%	40	4,71%	88	5,10%
TOTAL DE ALTERACIONES:	375		180		555		63		34		97		438		214		652	

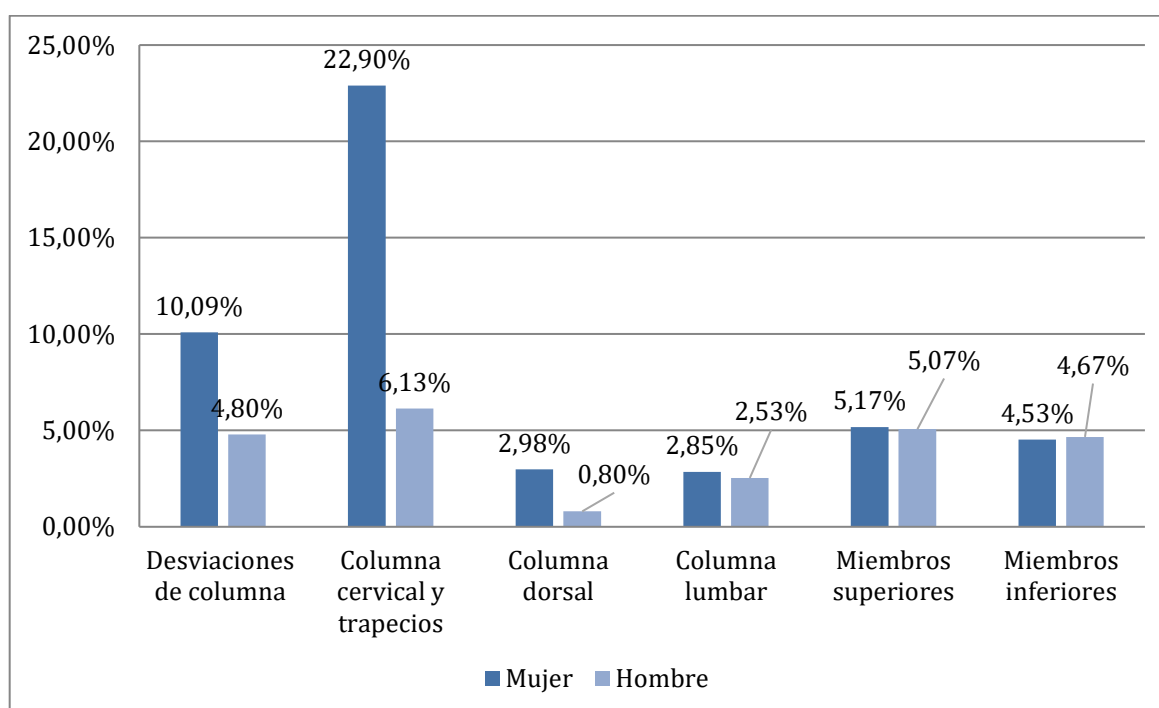
En N.º **Total** en "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje de cada sexo con respecto al total de este protocolo y en "Total" el porcentaje con respecto al total de todos los evaluados de todos los protocolos.

En N.º **sin alteraciones, con alteraciones y en cada alteración** en los apartados "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje con respecto al nº total de evaluados por sexo y en "Total" se indica el porcentaje del total de evaluados por protocolo.

2.2.2 EXPLORACIÓN OSTEOMUSCULAR EN PROTOCOLO PANTALLA DE VISUALIZACIÓN DE DATOS

Es muy significativo que, del total de personal valorado indicado en el apartado anterior, **1523 personas** (el 88,29%), es personal docente-investigador (PDI) y personal de administración (PAS) con **el protocolo de pantalla de visualización de datos (PVD)**. Del total de este grupo, el **29,94% presentan alguna alteración**, el **38,29% de las mujeres** frente al 21,33% en hombres (**un 5% más que en 2021**). De las 375 alteraciones detectadas en mujeres destacan las 177 de columna alta (cervicales y trapecios), representando el **22,90%** del total de mujeres exploradas (**un 5% más que en 2021**). En la siguiente tabla se representan las alteraciones detectadas por sexo:

Gráfico 8: Tipo de alteraciones locomotor PVD por sexo.



En la **tabla 7** se analiza el protocolo de PVD (1523 personas evaluadas) por puestos de trabajo: **personal docente-investigador (PDI)** 65,33% (995 personas) y **personal de administración (PAS administrativo)** 34,67% (528 personas). Los resultados más significativos en estos grupos son que en el caso de las mujeres del PDI y del PAS, el total de alteraciones se eleva a un **39,45%** y **36,45%** respectivamente, de las cuales destacan las de columna alta con un 23,63% en

mujeres del PDI y 21,74% en mujeres del PAS (**comparado con 2021, los resultados en las mujeres del PAS son similares, pero en el caso de las mujeres del PDI ascienden los porcentajes en un 6,89%**). En el caso de hombres del PAS es reseñable que aprox. el 8% presenta alteraciones tanto en columna alta como en miembros superiores-hombro, codo, muñeca y mano (**comparado con 2021 hay un aumento de casi el 3% en las alteraciones de columna alta**). En el caso de los hombres del PDI los porcentajes observados son bajos, aunque hay un ligero aumento con relación a 2021. En el siguiente gráfico se representan las alteraciones detectadas en el protocolo de PVD por puesto de trabajo y sexo:

Gráfico 9: Tipo de alteraciones locomotor PDI y PAS por sexo.

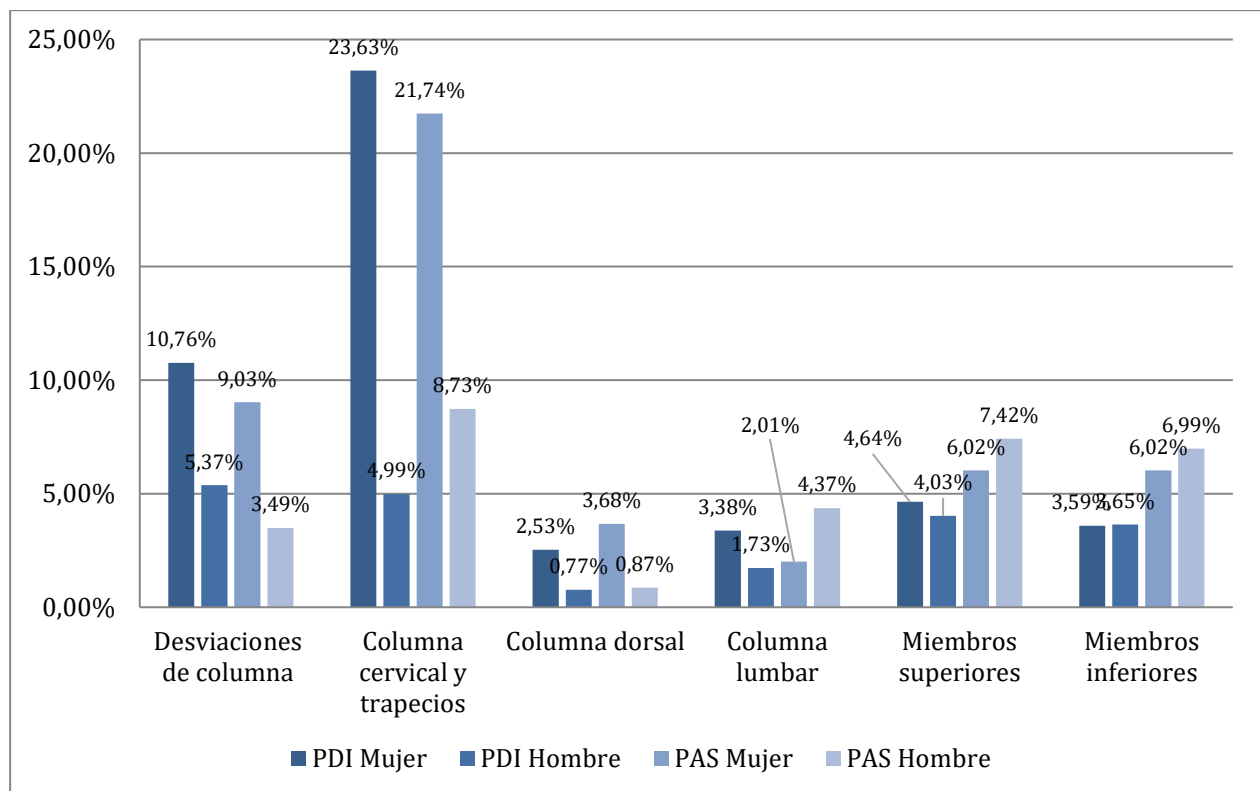


Tabla 7: Alteraciones detectadas en exploración locomotor en RML de 2022 con protocolo pantallas de visualización de datos (PVD), por puestos de trabajo: personal docente investigador (PDI) y de administración y servicios (PAS).

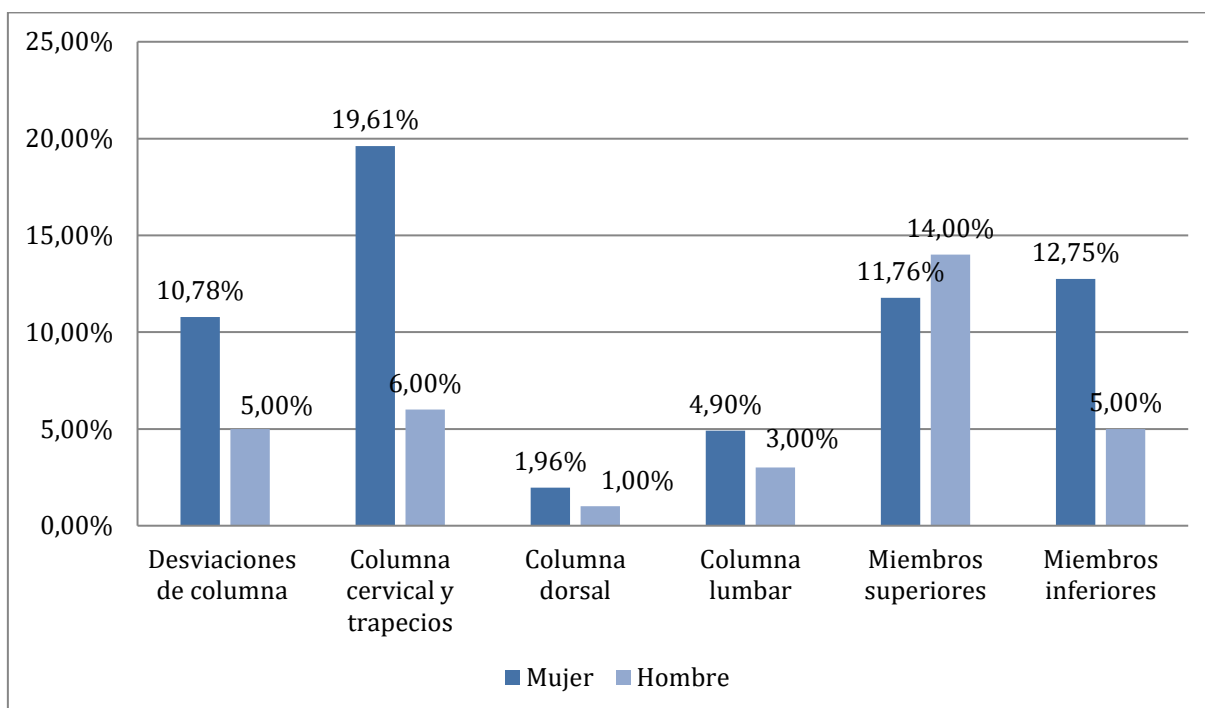
PROTOCOLO	PVD												TOTALES PVD (PAS y PDI)					
	PDI						PAS											
PUESTO	PDI						PAS						TOTALES PVD (PAS y PDI)					
SEXO	Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total	
N.º TOTAL	474	47,64%	521	52,36%	995	65,33%	299	56,63%	229	43,37%	528	34,67%	773	50,76%	750	49,24%	1523	100,00%
N.º SIN ALTERACIONES	287	60,55%	429	82,34%	716	71,96%	190	63,55%	161	70,31%	351	66,48%	477	61,71%	590	78,67%	1067	70,06%
N.º CON ALTERACIONES	187	39,45%	92	17,66%	279	28,04%	109	36,45%	68	29,69%	177	33,52%	296	38,29%	160	21,33%	456	29,94%
Desviaciones columna	51	10,76%	28	5,37%	79	7,94%	27	9,03%	8	3,49%	35	6,63%	78	10,09%	36	4,80%	114	7,49%
Columna cervical y trapecios	112	23,63%	26	4,99%	138	13,87%	65	21,74%	20	8,73%	85	16,10%	177	22,90%	46	6,13%	223	14,64%
Columna dorsal	12	2,53%	4	0,77%	16	1,61%	11	3,68%	2	0,87%	13	2,46%	23	2,98%	6	0,80%	29	1,90%
Columna lumbar	16	3,38%	9	1,73%	25	2,51%	6	2,01%	10	4,37%	16	3,03%	22	2,85%	19	2,53%	41	2,69%
Miembros superiores	22	4,64%	21	4,03%	43	4,32%	18	6,02%	17	7,42%	35	6,63%	40	5,17%	38	5,07%	78	5,12%
Miembros inferiores	17	3,59%	19	3,65%	36	3,62%	18	6,02%	16	6,99%	34	6,44%	35	4,53%	35	4,67%	70	4,60%
TOTAL ALTERACIONES:	230		107		337		145		73		218		375		180		555	

En N.º **Total** en "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje de cada sexo con respecto al total de este protocolo y en "Total" el porcentaje con respecto al total de todos los evaluados de todos los protocolos.
En N.º **sin alteraciones, con alteraciones y en cada alteración** en los apartados "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje con respecto al nº total de evaluados por sexo y en "Total" se indica el porcentaje del total de evaluados por protocolo.

2.2.3 EXPLORACIÓN OSTEOMUSCULAR EN PROTOCOLO DE MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS Y MOVIMIENTOS REPETITIVOS.

A continuación, se exponen los gráficos del resto del personal de servicios (hostelería, mantenimiento, limpieza y técnicos de instalaciones), un total de 202 (102 mujeres y 100 hombres), con protocolo de MMRR: Movimientos Repetidos y MMCC: Manipulación Manual de Cargas, que también se pueden observar en la **tabla 6**. Del total de este grupo, el **38,12% presentan alguna alteración**, el **46,08% de las mujeres** frente al 30,00% en hombres (**comparado con 2021 se ha producido un aumento del 10% de las alteraciones detectadas**). De las 63 alteraciones detectadas en mujeres destacan las **de columna alta (cervicales y trapecios), miembros inferiores y superiores y desviaciones de columna**, representando el **19%, 12%, 11% y 10%**, respectivamente, del total de mujeres exploradas. En hombres, de las 34 alteraciones detectadas, destacan las **14 de miembros superiores**, representando un **14%** del total de hombres explorado. En el siguiente gráfico se representan las alteraciones detectadas por sexo:

Gráfico 10: Tipos de alteraciones locomotor MMCC y MMRR por sexo.



2.2.4 RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SINTOMATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR APLICADOS

Se ha realizado un análisis de los datos de los cuestionarios de síntomas osteomusculares aplicados durante 2022 y relacionados con el protocolo de pantallas de visualización de datos (PVD), en PDI y PAS Administrativo; y con el de manipulación manual de cargas (MMCC), en personal de mantenimiento, jardines, insta. deportivas y hostelería. A continuación se indican los resultados por protocolos aplicados.

2.2.5 CUESTIONARIO DE SINTOMATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN PROTOCOLO PVD

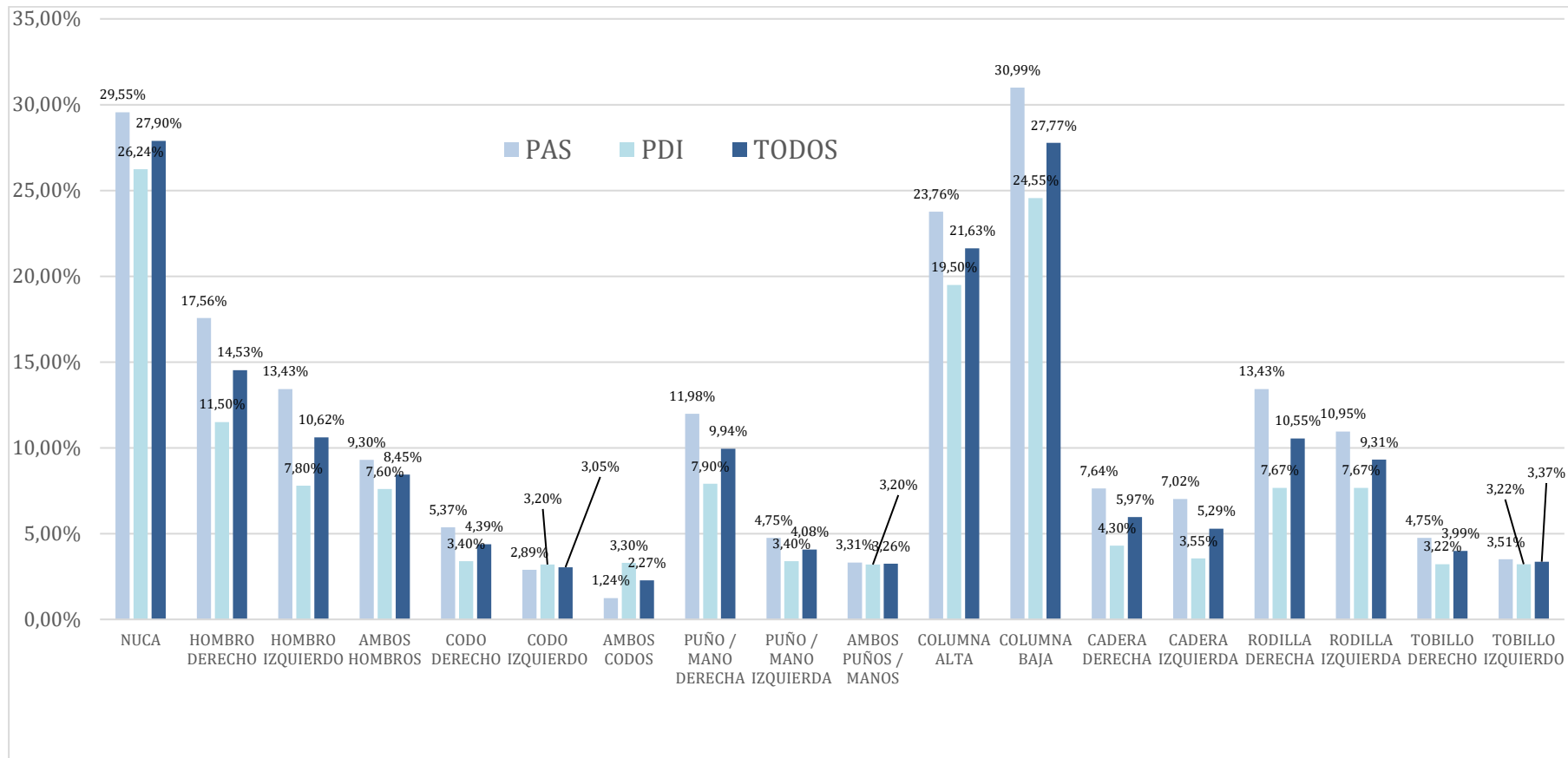
En el **Cuestionario de sintomatología osteomuscular aplicado en el protocolo de PVD (para PAS y PDI)**, se puede observar como **destacable** que de las **1510 personas encuestadas (1026 PDI y 484 PAS)** principalmente manifiestan **problemas en los últimos 12 meses** de:

- **NUCA - 27,90%.**
- **COLUMNA BAJA - 27,77%.**
- **COLUMNA ALTA - 21,63%.**
- **HOMBRO DERECHO - 14,53%.**
- **HOMBRO IZQUIERDO - 10,62%.**
- **RODILLA DERECHA - 10,55%.**
- **PUÑO-MANO DERECHA - 9,44%.**

Comparando con 2021 se observa un aumento de todos los porcentajes, destacando una subida del 11,52% en columna baja y un 9,12% en alta.

En el siguiente gráfico se representan todos los problemas referidos por el personal encuestado en los últimos 12 meses en PDI y PAS:

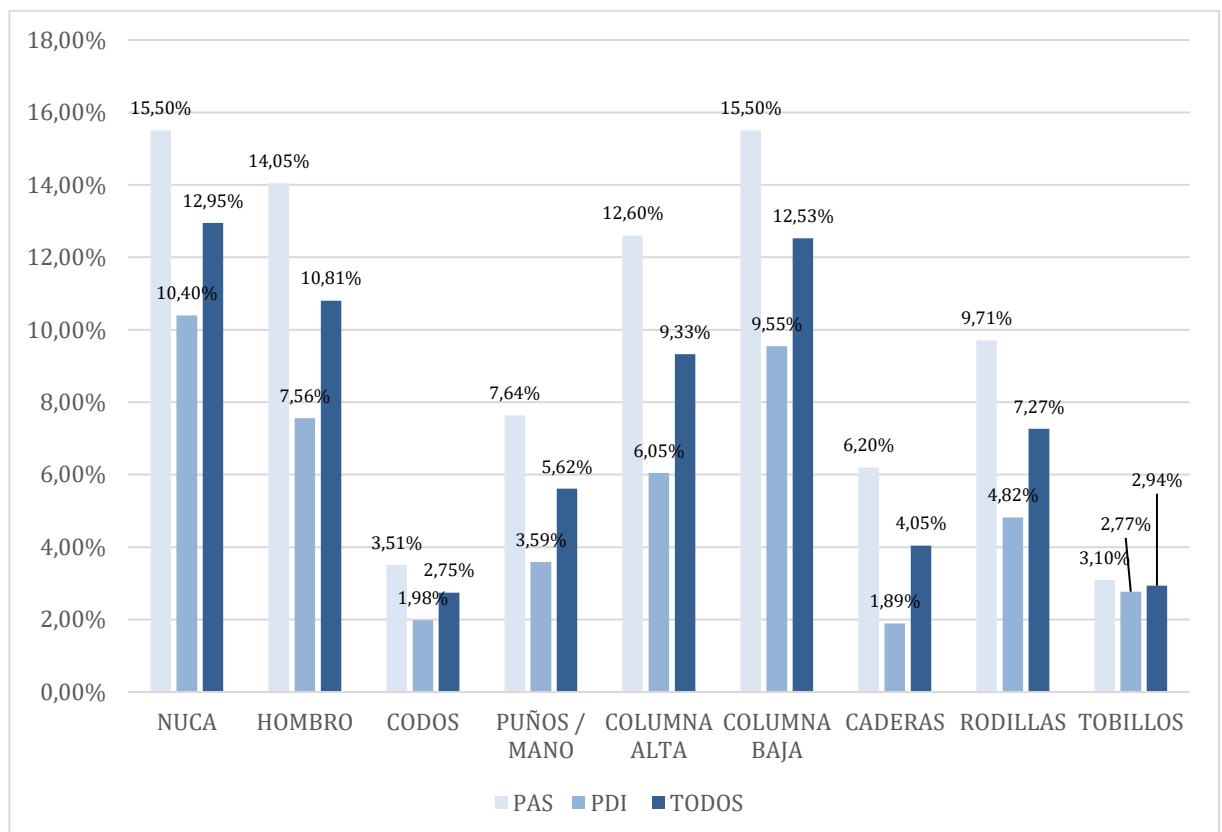
Gráfico 11: Problemas en los últimos 12 meses PVD (PDI, PAS y media de TODOS)



De los problemas referidos, el personal encuestado indica si los ha sufrido en los **últimos 7 días**. En este apartado destacan los problemas en **NUCA, COLUMNA BAJA, ALTA y HOMBROS, con mayor porcentaje en el caso del PAS que en el PDI.**

En el siguiente gráfico se representan todos los problemas referidos por el personal encuestado en los últimos 7 días, en PDI y PAS:

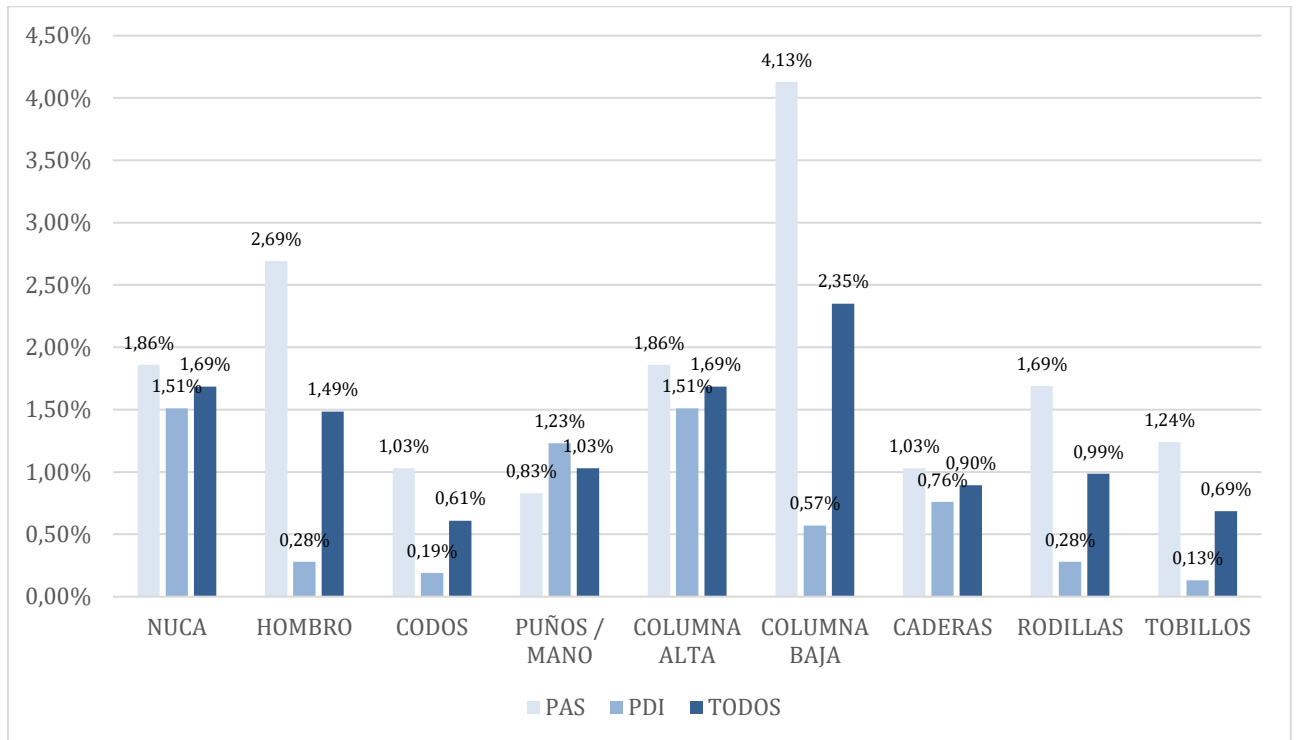
Gráfico 12: Problemas en los últimos 7 días PVD (PDI, PAS y media de todos).



Según refiere el personal encuestado, las molestias indicadas **en los últimos 12 meses** no le han generado **incapacidad** para su trabajo, ya que en general los resultados no son significativos, siendo **el mayor porcentaje en COLUMNA BAJA y HOMBRO en el caso del PAS, representando a 4,13% y 2,69%, respectivamente.**

En el siguiente gráfico se representan si los problemas referidos por el personal encuestado le han generado incapacidad en los últimos 12 meses:

Gráfico 13: Incapacidad últimos 12 meses (PDI, PAS y media de TODOS)



2.2.6 RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SINTOMATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN MMCC

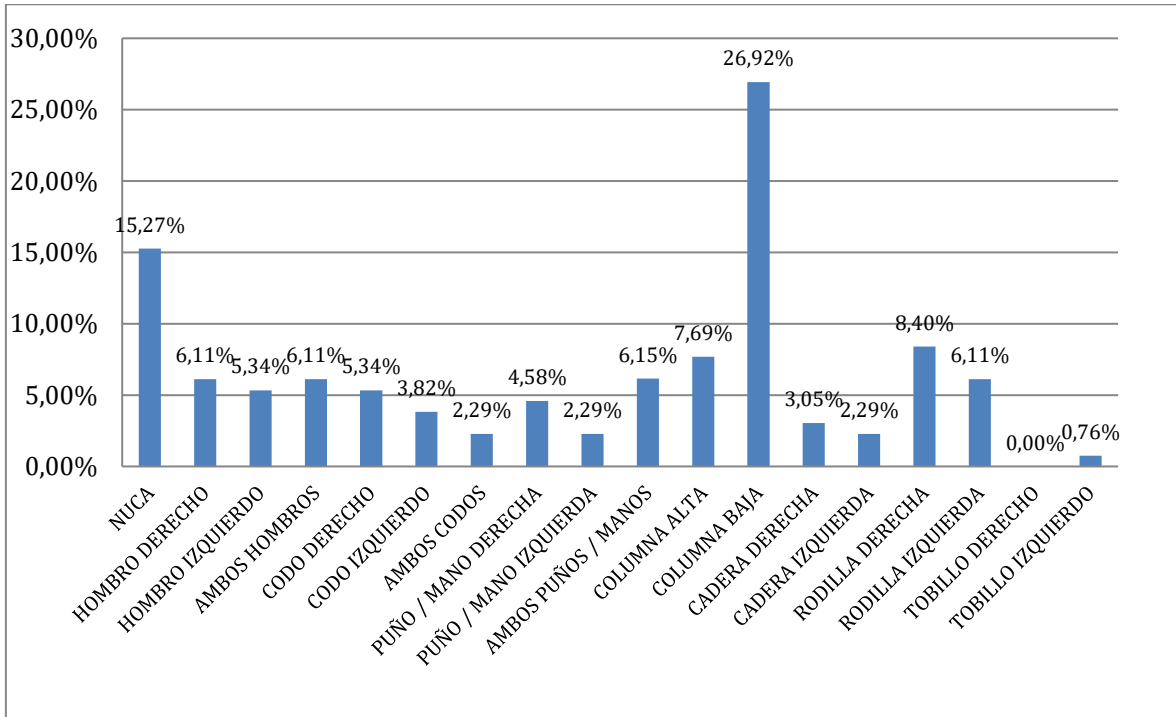
En el **cuestionario de sintomatología osteomuscular del protocolo de manipulación de cargas (MMCC)**, aplicado principalmente a personal de mantenimiento, jardinería, hostelería e instalaciones deportivas, se puede observar como destacable que, de las 132 personas encuestadas, manifiestan principalmente **problemas en los últimos 12 meses en:**

- **COLUMNA BAJA - 26,92%.**
- **NUCA - 15,27%.**

Comparado con 2021 se observa un aumento en general de los porcentajes reflejados, destacando en columna baja y rodilla derecha, en un 8,47% y 5,49%, respectivamente.

En el siguiente gráfico se representan todos los problemas referidos por el personal encuestado en los últimos 12 meses:

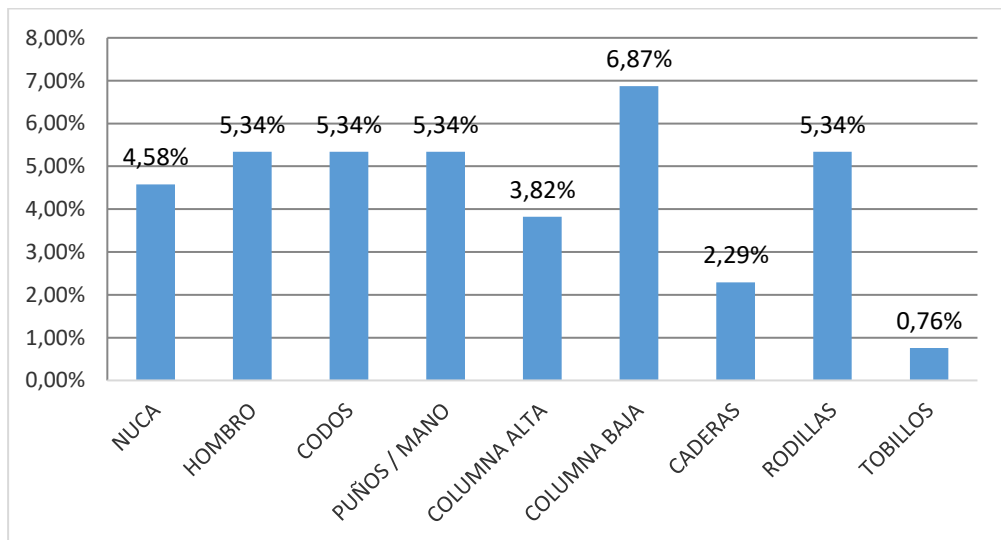
Gráfico 14: Problemas en últimos 12 meses en MMCC.



De los problemas referidos, el personal encuestado indica si los ha sufrido en los **últimos 7 días**. En este caso, destacan los de **COLUMNA BAJA (6,87%)**.

En el siguiente gráfico se representan todos los problemas referidos por el personal encuestado en los últimos 7 días:

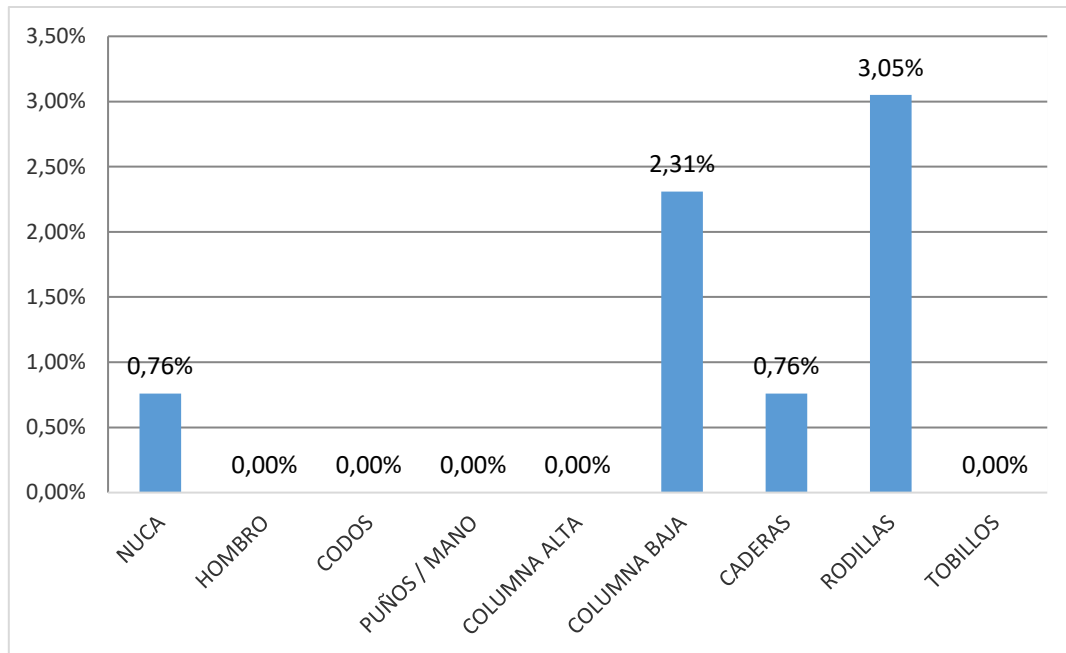
Gráfico 15: Problemas en últimos 7 días en MMCC



Según refiere el personal encuestado, las molestias indicadas **en los últimos 12 meses** no le han generado en general **incapacidad** para su trabajo, ya que los resultados no son significativos, siendo el porcentaje más elevado **en RODILLAS Y COLUMNA BAJA, con un 3,05% y 2,32% respectivamente.**

En el siguiente gráfico se representan si los problemas referidos por el personal encuestado le han generado incapacidad en los últimos 12 meses:

Gráfico 16: Incapacitado últimos 12 meses en MMCC.



2.2.7 CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos presentados en este estudio, se concluye que:

- El personal PDI y PAS expuesto a PVD explorado en 2022 presenta un porcentaje significativo de alteraciones en la zona de la espalda, sobre todo en la zona alta: cervicales y trapecios, más marcado en las mujeres de ambos puestos. Se observa un **aumento de los porcentajes en general con relación al año 2021**, destacando el ascenso de los problemas de espalda alta en mujeres del PDI.

Además, un alto porcentaje refiere en el cuestionario de PVD haber tenido molestias en estas zonas, además de espalda baja y de hombro y puño-mano derecha, en los últimos 12 meses y últimos 7 días, aunque indican que no les suele incapacitar para su trabajo. **Con respecto a 2021 se observa un aumento muy significativo del porcentaje de personas que refieren las molestias indicadas.**

- El personal de servicios expuesto a manipulación de cargas y movimientos repetidos explorado en 2022 en los RML presenta: en mujeres sobre todo alteraciones en la espalda alta, miembros inferiores y superiores; en hombres en miembros superiores. **Con respecto a 2021 se observa un aumento significativo de los porcentajes de las alteraciones detectadas.**

En el cuestionario de sintomatología osteomuscular aplicado a personal expuesto a manipulación de cargas, refieren, en un porcentaje muy significativo, que han tenido problemas sobre todo en la zona de la espalda, destacando la zona lumbar seguido de nuca. **Con respecto a 2021 se observa un aumento significativo del porcentaje de las molestias referidas.**

- Otro aspecto a destacar es que el **24,24%** del personal expuesto a manipulación manual de cargas que cumplimenta el cuestionario refiere no haber recibido formación preventiva adecuada para manipular pesos en el momento del RML, en **2021 fue de aprox. el 40%**.

2.2.8 ACCIONES DE MEJORA

Al igual que en el apartado anterior, se presentan las siguientes acciones de mejora, de tipo ergonómico y de salud:

1. Discriminar la etiología de la sintomatología osteomuscular con una exploración más exhaustiva o derivando al especialista en rehabilitación los casos con patología osteomuscular.
2. Continuar con las derivaciones del personal con alteraciones osteomusculares pertinentes de ser tratadas en la Unidad de Fisioterapia de la UGR, para participar en actividades de promoción y asistenciales, según cada caso, iniciadas ya a finales de 2022.
3. Mejorar la formación preventiva inicial y periódica en el manejo de pesos, movimientos repetidos y en las posiciones adoptadas en el trabajo con PVD.
4. Proponer y llevar a cabo actividades formativas de adecuación dirigidas a prevenir problemas de espalda (talleres de espalda), promocionando y facilitando sobre todo la participación de las mujeres del PAS y PDI.

3 PROGRAMA PREVENTIVO DE PATOLOGÍA VOCAL

3.1 INTRODUCCIÓN

La voz es una de las herramientas fundamentales de trabajo y comunicación en el ámbito de la enseñanza, por lo que es en las tareas docentes en las que se presentan una mayor incidencia de patologías relacionadas con la misma. En la Universidad de Granada, el colectivo Docente Investigador (PDI) representa más del 65% del total de personal, siendo por tanto los problemas de voz uno de los más frecuentes en nuestra institución.

3.2 OBJETIVOS

El objetivo general de este programa es prevenir los daños a la salud derivados del uso de la voz en el personal que la utiliza como medio para desarrollar su actividad. Los objetivos específicos de este programa son:

- Prevenir los problemas de voz causados por la actividad laboral.
- Detectar precozmente las lesiones
- Tratar las patologías relacionadas con el sobreesfuerzo vocal.

3.3 VALORACIÓN DEL RIESGO

Para evaluar el riesgo de patología vocal se utiliza un cuestionario compuesto por 30 preguntas que analizan fundamentalmente dos aspectos: condiciones de trabajo (ambiente vocal) y sintomatología clínica relacionada con la patología vocal. Valorado el cuestionario, los trabajadores se clasifican en tres grupos de riesgo y en cada uno de ellos se realizan distintas actuaciones

- Riesgo Bajo: se le facilita información general de formación.
- Riesgo Medio: se deriva para rehabilitación de la voz y también se le facilita información y formación.
- Riesgo Alto: Son remitidos al especialista de ORL.

En la siguiente tabla 8 se refleja el nº de personas evaluadas agrupadas por niveles de riesgo vocal durante el año 2022.

Como se aprecia en la tabla, la actividad de este programa ha aumentado muy ligeramente respecto al año anterior, 729 personas valoradas respecto a las 679 del año anterior (un incremento de menos del 10%). En cuanto a los porcentajes en cada uno de los niveles de riesgo son similares en ambos años, observándose un ligero aumento en el riesgo vocal bajo y un ligero descenso del riesgo vocal alto respecto al año anterior.

Tabla 8: Cuantificación del riesgo vocal.

Nivel de riesgo vocal				
	2021		2022	
	N	%	N	%
- Riesgo bajo	489	72,02	551	75,58
- Riesgo medio	181	26,65	173	23,73
- Riesgo alto	9	1,32	5	0,69
Total	679	100	729	100

3.4 RESULTADOS Y ACTUACIONES

En el año 2022 se han realizado las siguientes actuaciones:

- **Información:** Se han enviado recomendaciones de higiene vocal para prevenir el sobreesfuerzo vocal a 729 personas y también se les ha enviado información del Programa de Prevención de patología Vocal.
- **Formación:** A lo largo del año 2022 se han realizado 4 talleres de prevención de sobreesfuerzo vocal, modalidad presencial a distancia. Estos talleres se realizan con la colaboración de la Mutua de Accidentes y Enfermedades Profesionales FREMAP. Se han desarrollado 2 talleres en abril de 2022 y 2 talleres en octubre de 2022; asistieron un total de 243 personas (211 PDI y 32 PAS).
- Derivación a consulta de Foniatría: se han derivado a 89 personas para rehabilitación de la voz.
- Derivación a consulta de ORL: No se ha realizado ninguna derivación porque actualmente no disponemos de esta especialidad concertada.

3.5 CONCLUSIONES Y ACCIONES DE MEJORA

- Implementar el programa con la concertación de un/a especialista de ORL.
- Implementar el análisis de los datos con los informes de los especialistas (ORL y Foniatras) para conocer mejor los resultados de las distintas actuaciones.
- Crear una encuesta para conocer si ha habido mejoría en el personal derivado tras finalizar el tratamiento.

4 PROGRAMA PREVENTIVO Y ASISTENCIA DE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR

4.1 INTRODUCCIÓN SERVICIO DE FISIOTERAPIA

El Servicio de Fisioterapia se encuentra dentro del organigrama del Servicio de Salud y Prevención. Tiene como objetivo el desarrollo de acciones y planes específicos para tratar la patología musculo-esquelética que se produce o agrava en el entorno laboral. No obstante, las comorbilidades asociadas a patología de carácter metabólico o derivadas del SNC también forman parte de consulta.

Para mejorar el desarrollo de la actividad se complementan los tratamientos con encuestas realizadas a los pacientes de forma voluntaria y anónima, para que puedan expresarse con total confianza y claridad.

Los cuestionarios son sometidos al examen del servicio de fisioterapia para analizar sus datos. Datos recogidos de las sesiones individuales a deportistas, a PDI, a PAS o a asistentes a cursos que organiza el SSP (durante el año 2022 se impartió solo uno, de octubre a noviembre) Esta recogida de datos puede tener interés al contrastarlos con las acciones tomadas en consenso con el servicio médico.

En este informe se presentan algunas respuestas de los usuarios recogidas por encuesta anónima o por datos recopilados del historial clínico del paciente durante la primera visita a consulta y se ofrecen conclusiones y acciones de mejora para su desarrollo.

4.2 HISTORIAL CLÍNICO-EVALUACIÓN DEL ESTADO MUSCULO- ESQUELÉTICO DEL PACIENTE

Se recogen datos de **223 pacientes** mediante una entrevista inicial, realizando el historial clínico, anotando el inicio de la lesión o el dolor, si es posible determinar. Se realiza una exploración global para identificar alteraciones funcionales, una entrevista para detectar factores de riesgo asociados, se solicitan diagnósticos complementarios y por último, exploración manual clínica. Con los datos recogidos se determina el diagnóstico de la lesión, desde el punto de vista de la fisioterapia. Seguidamente se establecen las citas y se procede al tratamiento en comunicación con el SSP.

4.2.1 DOLOR AGUDO/ DOLOR CRÓNICO

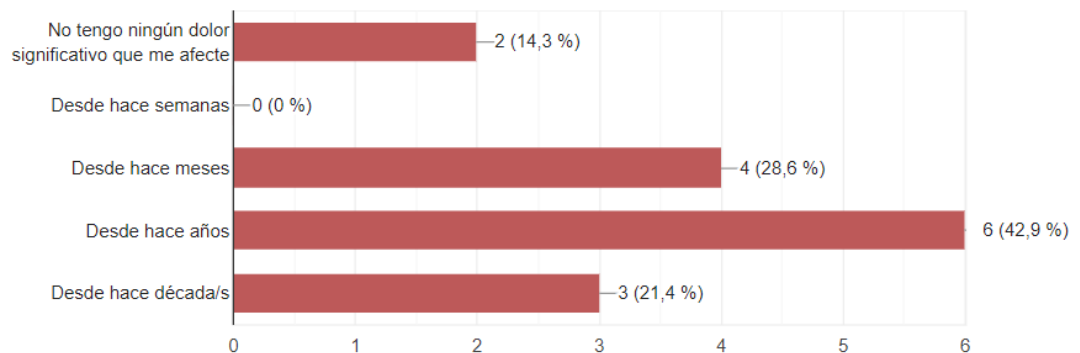
4.2.1.1 CURSO PROMOCIÓN DE LA SALUD MÚSCULO-ESQUELÉTICA

A continuación se presenta la siguiente gráfica que representa a los pacientes que acudieron a dos de los cursos de promoción de la salud musculoesquelética que comenzó en octubre de 2022. (número de encuestados; 14 personas) Los resultados muestran el tiempo que el paciente arrastra con su dolor.

Gráfico 17: Respuesta del paciente PAS y PDI en relación al “tiempo-dolor”. Pacientes que asistieron al curso I (enero-diciembre 2022).

¿DESDE CUANDO TIENES DOLOR?

14 respuestas

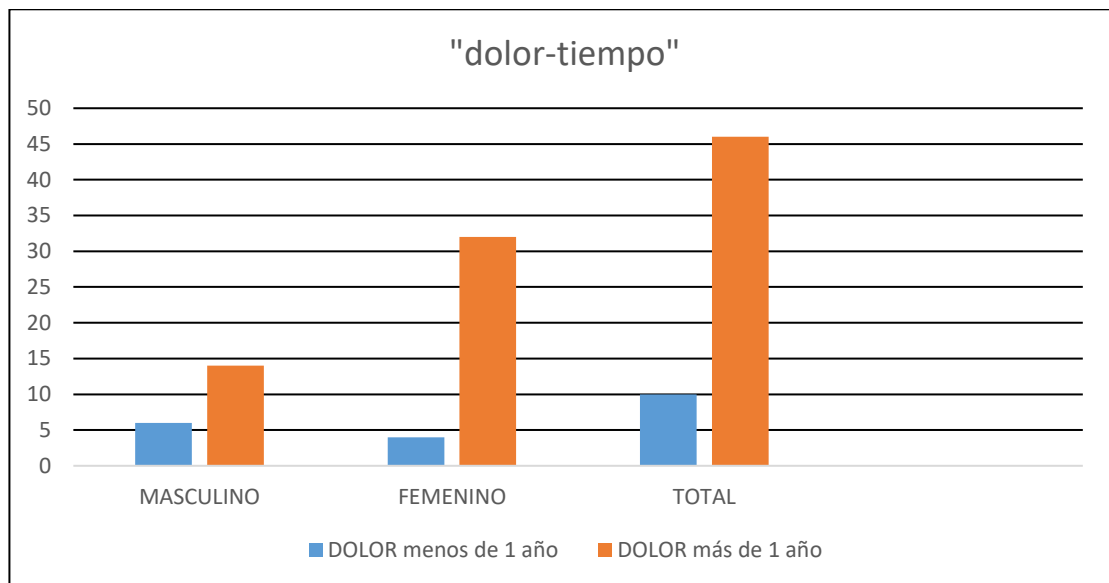


Cabe destacar que el 64,3% de los encuestados presentan dolor durante años. Frente al 28,6% que sufre dolor solo durante los últimos meses.

4.2.1.2 TRATAMIENTOS INDIVIDUALES

A continuación se presenta la siguiente tabla donde se analiza el número de pacientes en relación al “tiempo-dolor” pero en este caso en personas, que han realizado sesiones individuales de fisioterapia durante más de 3 semanas. Número de entrevistados: 56 pacientes PDI/PAS

Gráfico 18: Factor “tiempo-dolor” en patología musculo esquelética del personal PAS y PDI



El 82,1% arrastra su dolor durante más de un año. Destacando el grupo de mujeres frente a hombres.

4.2.2 CAUSAS SUBJETIVAS DE DOLOR

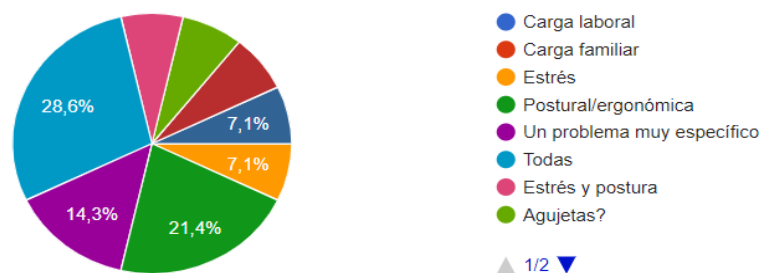
4.2.2.1 CURSO PROMOCIÓN DE LA SALUD MÚSCULO-ESQUELÉTICA

Durante el historial clínico, el paciente es preguntado en relación a las causas por las que él cree que es debido su dolor y por las que acude al curso.

Gráfico 19: Respuesta “causa-dolor” subjetiva del paciente PAS y PDI que asistió a curso I (enero-diciembre 2022)

¿CUAL CREES QUE ES LA CAUSA DE TU DOLOR?

14 respuestas

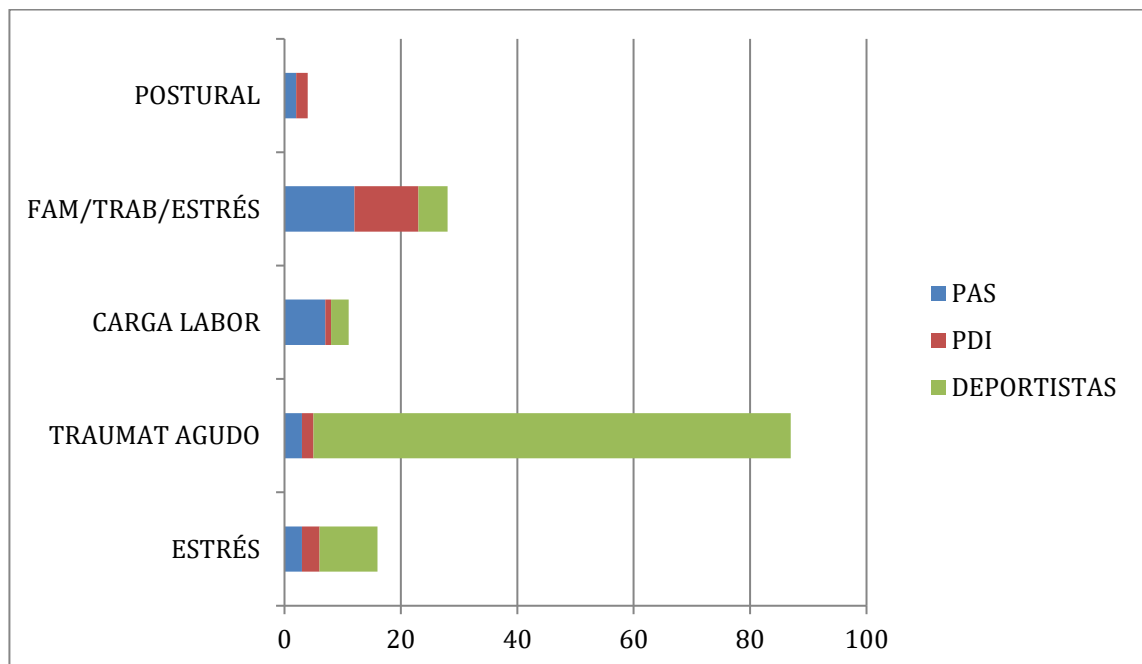


Como se puede observar los dos factores más importantes por los que el paciente cree que es la causa de su dolor musculoesquelético son en un 28,6% un compendio de todas las causas (carga laboral, carga familiar, estrés, postura...) y el segundo factor es la creencia que la postura y factores ergonómicos son el origen de su dolor en un 21,4%.

4.2.2.2 TRATAMIENTOS INDIVIDUALES

En relación a los pacientes tratados de forma individual los resultados frente a la subjetividad de las causas del dolor fueron:

Gráfico 20: Respuesta “causa-dolor” subjetiva del paciente PAS y PDI. Datos recogidos en su historial clínico.



Un 50% de pacientes PAS/PDI que fueron entrevistados para redactar su historial clínico, creen que la causa de su dolor es MULTIFACTORIAL y destacar que un 13,04% cree que es debida al estrés frente a un 8,6% que cree que es postural.

Destacar, que el 89,1% de los datos recogidos a deportistas del CDU contestan que la única causa de su dolor es debido a un traumatismo agudo.

4.2.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Se recogieron datos en relación a la calidad de sueño como factor predisponente de salud o enfermedad, los resultados fueron los siguientes:

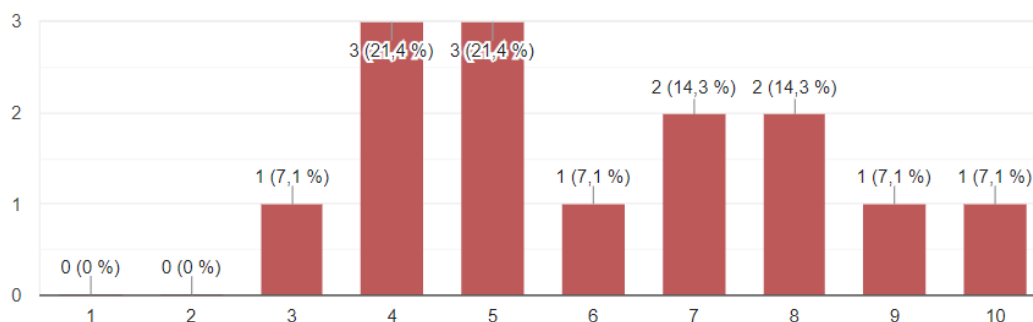
4.2.3.1 CALIDAD DE SUEÑO

En esta gráfica observamos cómo un 57,1% consideran que su sueño está a un nivel 6 o por debajo. Se recogieron las respuestas a esta pregunta procedente de pacientes tanto PDI/PAS, que realizaron dos de los cursos sobre promoción de la salud musculoesquelética.

Gráfico 21: Respuesta “calidad de sueño” subjetiva del paciente PAS y PDI que asistió al curso I (enero-diciembre 2022)

VALORA DE 0 A 10 TU CALIDAD DE SUEÑO (0 malísimo 10 excelente)

14 respuestas



Por otro lado, 34 pacientes (PDI/PAS) respondieron a la misma pregunta durante la realización de su historial clínico durante los tratamientos individuales y un 67,6% calificó en 6 o por debajo, su calidad de sueño.

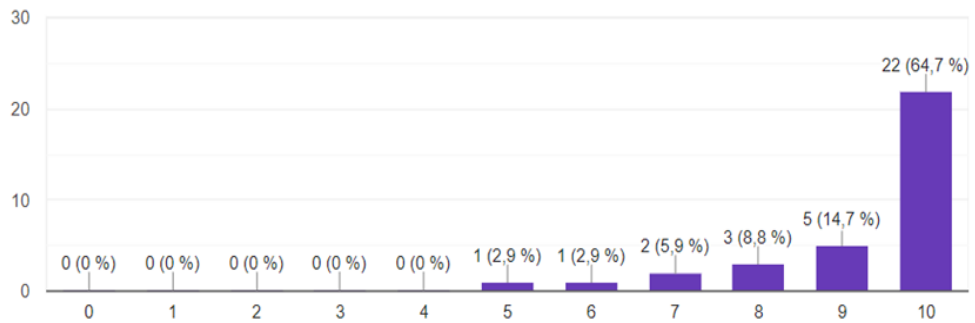
4.2.3.2 EDUCACIÓN EN SALUD

Durante los tratamientos el paciente recibe información sobre su patología con el objetivo de que forme parte de su tratamiento y mejora. El 79,4% evaluó entre 9 y 10 la influencia de un programa de charlas terapéuticas como positivas en el resultado o evolución de su lesión.

Gráfico 22: Respuesta “educación en salud” subjetiva del paciente deportista, PAS/PDI que asistió a tratamientos individuales durante 2022.

5.- De 0 a 10 valora como crees que ha influido en el RESULTADO o EVOLUCIÓN del tratamiento las charlas (EDUCACIÓN EN SALUD) que has tenido con tu fisioterapeuta

34 respuestas



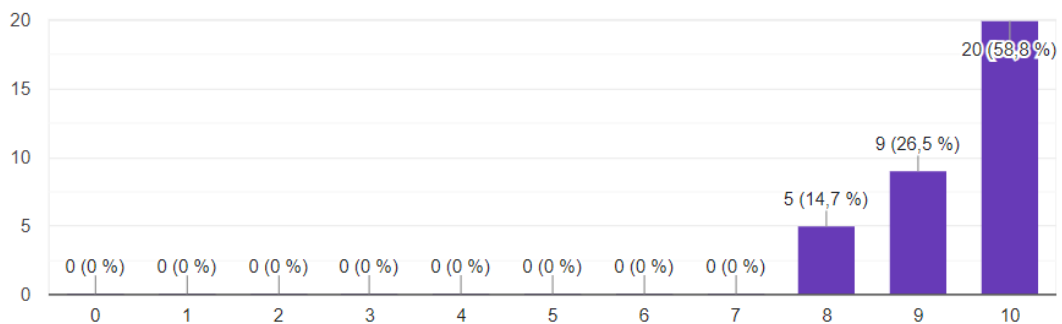
4.2.3.3 TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

El tratamiento también fue evaluado a su finalización y también durante las sesiones. Se encuestó a 34 pacientes, todos aquellos pacientes que superaban las 10 sesiones de fisioterapia, de forma anónima, tanto deportistas, como PDI/PAS y el resultado fue el siguiente.

Gráfico 23: Respuesta al tratamiento de fisioterapia PAS/PDI

3.- De 0 a 10 como valoras el TRATAMIENTO de tu patología

34 respuestas



El 85,3% consideró que el tipo de tratamiento se encontraba entre un 9 y 10 (siendo 10, excelente)

4.3 CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos obtenidos podemos concluir que:

- Un número significativo de pacientes, entre el 60% y 80% del ámbito laboral tanto PDI y PAS arrastra dolor durante más de un año al que podríamos denominar como dolor crónico. Aunque hay otros aspectos más relevantes que el tiempo para considerar que un dolor es crónico o no.
- En un 28,6% la causa por la que el paciente ha asistido a los cursos de promoción de la salud, cree que es debido a que su dolor es MULTIFACTORIAL. Causa registrada también en el historial clínico en un 50% de aquellos pacientes PDI/PAS que han sido tratados de forma individual durante más de 10 sesiones. Un 13,4 refirió estrés a su causa.
- La calidad de sueño, se evaluó en un 6 o por debajo, entre el 57% y 67% de los encuestados
- La educación en salud es valorada en casi un 80% como muy efectiva otorgando una puntuación entre 9 y 10 tanto del paciente deportista como el personal PDI/PAS

4.4 ACCIONES DE MEJORA

1.- Debido a la alta prevalencia en el dolor crónico del personal PAS/PDI, el tipo de tratamiento de estos pacientes debe diferenciarse del tratamiento en dolor agudo. Las recomendaciones de las guías prácticas en el manejo del dolor crónico de carácter musculoesquelético, nos aconsejan un tipo de tratamiento que proporciona mayor evidencia científica en cuanto a resultados, también que evaluemos los factores psicosociales que rodean al paciente en relación al dolor no solo al tejido afectado para facilitar la continuación o reincorporación al trabajo.

2.- La educación terapéutica es una herramienta fundamental en el tratamiento y podríamos incluirla de forma sistemática y periódica como prevención y promoción de la salud en la comunidad universitaria. Establecer citas grupales voluntarias para asesorar, desde el punto de vista de la fisioterapia, a grupos de trabajadores sobre qué pueden hacer durante la jornada laboral y establecer espacios en su propio centro de trabajo para realizar "breaks" de descanso activo.

3.- Los factores asociados al trabajo y también personales influyen directamente en la patología del paciente. Educar sobre la calidad de sueño y qué medidas tomar para desarrollar un sueño de calidad mejoraría seguramente el rendimiento en el puesto de trabajo.

4.- Diseñar espacios en lugares estratégicos de la comunidad universitaria laboral para ejercitarse durante la jornada laboral, estos espacios pueden

utilizarse también para ser asesorados y consultar pequeñas molestias de origen musculoesquelético.

5.- Nuestra salud y nuestro dolor depende no sólo de nuestro comportamiento individual. Dentro de los múltiples determinantes de la salud, los determinantes sociales están presentes en todos nosotros. Mejorar la calidad de vida del paciente a nivel laboral, puede ser igual o más importante que desarrollar la atención sobre el modelo tejido dañado es igual a dolor. Para eso seguir cuantificando el nivel de satisfacción en el puesto, pero en relación a como mejora o empeora su dolor podría ser una estrategia para mejorar estos condicionantes de salud.

5 PROGRAMA PREVENTIVO DE INMUNIZACIONES

Determinadas actividades laborales desempeñadas en la Universidad de Granada, implican exposiciones potenciales de los trabajadores a agentes biológicos, para los cuales se dispone de vacunas eficaces.

El Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo indica, referente a la vacunación, que, cuando exista riesgo por exposición a agentes biológicos para los que haya vacunas eficaces, éstas deberán ponerse a disposición de los trabajadores, informándoles de las ventajas e inconvenientes de la vacunación.

La vacuna se define como una sustancia extraña al organismo, compuesta por antígenos o parte de ellos, capaz de inducir una respuesta protectora a través de la estimulación del sistema inmunitario (sistema defensivo) del individuo mediante la producción de anticuerpos y/o activación de células inmunocompetentes (defensas) y de generar memoria inmunológica (mantenidas en el tiempo).

Las vacunas generalmente son muy seguras y las reacciones adversas graves son poco frecuentes. Si nos vacunamos, protegemos nuestra salud y la de los demás.

La inmunización activa de la población tiene un doble objetivo, la protección individual y la colectiva, mediante la inducción de inmunidad de grupo.

La pauta de vacunación debe comenzar al ingreso del trabajador en la empresa, en el momento del primer reconocimiento, siendo ahí cuando, tras la realización de su anamnesis y revisión de su estado vacunal anterior, junto con el análisis de puesto de trabajo a desempeñar en la Universidad, se completará dicho calendario vacunal.

Durante el año 2022 se han hecho un total de 1785 revisiones de calendarios vacunales; bien en el transcurso del reconocimiento médico laboral, o bien

por contacto con el Servicio de Salud y, para asesoramiento e información por temas relacionados con vacunación previa a viajes internacionales.

Como se dijo anteriormente, las vacunaciones que la Universidad ofrece a los trabajadores, se dividen en; Sistemáticas, que son las ofrecidas de forma general a todo el personal, independiente de su puesto de trabajo; y las No sistemáticas, que son aquellas que se deben de administrar de forma específica al personal que tenga un puesto de trabajo que le implique la exposición a determinados riesgos que le puedan suponer un daño a la salud prevenible con la administración la vacuna correspondiente.

5.1 VACUNAS ADMINISTRADAS

5.1.1 VACUNAS SISTEMÁTICAS

5.1.1.1 GRIPE

La gripe es la enfermedad inmunoprevenible más frecuente en los países desarrollados. Es una enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias que puede afectar a personas de todas las edades.

La vacunación antigripal se justifica por la alta incidencia de la enfermedad en nuestro medio, facilidad de propagación y la facilidad de la transmisión vía respiratoria del agente viral; acompañado de las complicaciones derivadas del proceso gripal.

La vacunación antigripal es la forma más efectiva de prevenir la enfermedad y sus complicaciones

En esta campaña de Vacunación Antigripal se ha hecho especial hincapié en la importancia de su administración informando al personal de la Universidad de Granada que, según la Instrucción de Vacunación frente a la Gripe Estacional de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía; "tras dos años con importantes medidas de seguridad, sobre todo mascarillas y distanciamiento social, que ha provocado un menor contacto con los virus respiratorios, existe incertidumbre sobre la intensidad e impacto que pudiera tener la gripe. En el hemisferio sur, concretamente en Australia, la epidemia de gripe se ha adelantado varias semanas sobre la fecha habitual y con una incidencia mayor que la media de años previos. Es por ello, que exista una recomendación fuerte para la vacunación antigripal en toda la población diana".

En la Universidad de Granada se ha mantenido la sensibilización de la población al continuar el ascenso a la vacunación frente a la Gripe Estacional que comenzó el año de inicio de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 como pueden ver en la siguiente tabla.

Tabla 9: Evolución administración de vacuna antigripal (2019-2022)

GRUPO	2019	2020	2021	2022
Vacunas administradas	1355	2546	3050	2961

Tabla 10: Vacunas administradas según colectivo laboral: Gripe

VACUNA ADMINISTRADA					
	PDI			PAS	
	N	N	%	N	%
Gripe	2961	1785	68,28	1176	39,72

Como se puede observar, el colectivo que mayormente ha sido vacunado frente a la Gripe Estacional ha sido el PDI, con un 68.28 %.

5.1.1.2 TÉTANOS

El tétanos es una enfermedad muy grave provocada por la toxina de una bacteria llamada *clostridium* tetánico y se produce como consecuencia de la contaminación de heridas con este germen.

La potente toxina tetánica actúa como un veneno que afecta al sistema nervioso central, causando rigidez muscular generalizada, espasmos dolorosos, dificultad para respirar y tragar, convulsiones y otros síntomas que amenazan la vida del enfermo.

Gracias a la vacunación, es ahora muy poco frecuente en España, pero hay que tener presente que, en esta enfermedad, los vacunados no sirven de escudo para los no vacunados (no se produce inmunidad de grupo), de forma que solo la vacunación individual previene la enfermedad.

Esta vacuna es importante sobre todo en trabajadores manuales y fundamentalmente en los sectores de jardinería, mantenimiento, limpieza, contacto con animales y laboratorio, donde se existe una mayor exposición a cortes y heridas potencialmente tetanígenas.

Es de suma importancia comprobar que los trabajadores mayores de 50 años estén correctamente vacunados con al menos 5 dosis en total. En aquellas personas con primovacunación incompleta no se debe reiniciar la pauta de vacunación, sino que se ha de considerar cualquier dosis administrada previamente a fin de completar la pauta de primovacunación hasta las 3 dosis. Con respecto a las dosis de recuerdo, se recomienda una única dosis en torno a los 65 años en trabajadores vacunados en la infancia correctamente según el calendario vigente, mientras que en trabajadores vacunados en la infancia de forma incompleta se administrarán las dosis de recuerdo necesarias hasta alcanzar un total de 5 (incluyendo la primovacunación con 3 dosis), administrarán dos dosis de recuerdo, con un intervalo de 10 años.

A continuación, las vacunas administradas frente a Tétanos-Difteria (Td) durante el año 2022.

Tabla 11. Vacunas administradas según colectivo laboral: Tétanos-difteria.

VACUNA ADMINISTRADA					
	PDI			PAS	
	N	N	%	N	%
Td	60	26	43,33	34	56,67

El PAS con un 56,67 % es el colectivo laboral que mayormente ha sido vacunado frente a Td en el año 2022.

5.1.2 VACUNAS NO SISTEMÁTICAS

5.1.2.1 HEPATITIS A

Es la inflamación del hígado causada por el virus de la hepatitis A. Los síntomas más frecuentes son malestar, náuseas, dolor abdominal y posteriormente ictericia (coloración amarillenta de la piel), heces blanquecinas y orina oscura. La enfermedad no tiene tratamiento y suele curar despacio, pero completamente, aunque en raros casos se produce una complicación grave llamada hepatitis fulminante. Se transmite por vía fecal-oral, a través del contacto directo con personas infectadas. Se previene mediante el saneamiento correcto del agua, el lavado de alimentos vegetales frescos y de las manos, y a través de la vacunación.

En la Universidad de Granada la vacunación frente a Hepatitis A se recomienda a trabajadores que deban viajar a zonas endémicas, manipuladores de alimentos y trabajadores en contacto con aguas residuales.

Tabla 12. Vacunas administradas según colectivo laboral: Hepatitis A.

VACUNA ADMINISTRADA	PDI			PAS	
	N	N	%	N	%
Hepatitis A	24	11	45,83	13	54,17

Durante el año 2022 el colectivo del PAS (personal de hostelería) con un 54.17 % ha sido el que ha recibido mayormente la vacunación frente a Hepatitis A.

5.1.2.2 HEPATITIS B

La hepatitis B es una enfermedad infecciosa vírica que afecta al hígado y que provoca su inflamación, a veces con síntomas típicos, pero otras veces pasa desapercibida para quien la padece y solo se detecta en los análisis.

La enfermedad se transmite por vía sanguínea y sexual fundamentalmente, aunque el virus puede permanecer en todos los fluidos corporales humanos.

Aunque existe una indicación específica para los trabajadores expuestos (personal de laboratorio, sanitarios, limpieza y todo trabajador en contacto con fluidos humanos) se amplía su oferta, de manera sistemática, a todos los trabajadores para aumentar la cobertura vacunal y protección de nuestro colectivo.

La pauta vacunal consiste en la administración de tres dosis con el esquema (0-1-6 meses).

Es importante aumentar la cobertura de esta vacuna por existir un importante número de portadores.

En la tabla que se muestra a continuación se puede ver que el colectivo el PDI con un 67.50 % ha sido el colectivo que mayormente ha sido vacunado frente a la Hepatitis B en el año 2022.

Tabla 13. Vacunas administradas según colectivo laboral: Hepatitis B.

VACUNA ADMINISTRADA	PDI			PAS	
	N	N	%	N	%
Hepatitis B	40	27	67,50	13	32,50

5.1.2.3 FIEBRE TIFOIDEA

La fiebre tifoidea es una enfermedad infecciosa exclusivamente humana. La bacteria que la produce, la *Salmonella typhi*, penetra por vía digestiva y alcanza la sangre. Se transmite por contacto directo con personas infectadas o sus excretas y, sobre todo, por ingesta de agua o alimentos contaminados por heces u orina humanas (vegetales crudos, helados, mariscos).

Sus síntomas suelen empezar 1-3 semanas después del contagio: fiebre alta, debilidad, dolor de cabeza, inapetencia, dolores abdominales, estreñimiento. Posteriormente pueden aparecer complicaciones como delirio y en los casos graves, hemorragia o incluso perforación intestinal. Sin el tratamiento antibiótico adecuado, la enfermedad se prolonga varias semanas y puede resultar incluso mortal.

Para su prevención es fundamental el cumplimiento de una buena higiene personal y alimentaria, así como seguir las recomendaciones respecto al consumo de alimentos en los países donde esta enfermedad es frecuente. Las vacunas frente a la enfermedad son muy efectivas, pero no al 100 %. La vacunación no exime de cumplir a rajatabla las recomendaciones preventivas en torno a la alimentación (por esta y otras enfermedades).

Durante el año 2022 el PDI, con un 86.66 %, ha sido el colectivo que ha sido vacunado en mayor medida frente a la fiebre tifoidea y principalmente pertenece al personal investigador en contacto con aguas residuales.

Tabla 14. Vacunas administradas según colectivo laboral: Fiebre Tifoidea.

VACUNA ADMINISTRADA	PDI			PAS	
	N	N	%	N	%
Tifoidea	15	13	86,66	2	13,34

Finalmente, en la siguiente tabla se muestra un resumen del total de las vacunaciones administradas durante el año 2022 al personal de la Universidad de Granada. Es el PDI, con un 60.10 % el que, de forma global, mayormente ha sido vacunado.

Tabla 15. Total vacunas administradas durante el año 2022

Vacunas administradas					
	N.º DOSIS	PDI		PAS	
		N	%	N	%
Gripe	2961	1785	68,28	1176	39,72
Antitetánica	60	26	43,33	34	56,67
Hepatitis B	40	27	67,50	13	32,50
Hepatitis A	24	11	45,83	13	54,17
Tifoidea	15	13	86,66	2	13,34
Otras vacunas	6	5	83,33	1	16,67
TOTAL	3106	1867	60,10	1239	39,90

5.2 MARCADORES SEROLÓGICOS

A través de un análisis de sangre se realizan los marcadores serológicos pre y postvacunales para valorar respuesta inmunitaria tras administración de vacuna o ver existencia de inmunidad previa.

Durante el año 2022 se han realizado comprobación de 128 marcadores en trabajadores expuestos a riesgo biológico.

Tabla 16. Marcadores serológicos realizados en este periodo

Marcador serológico	N	PDI	PAS
Hepatitis A	26	13	13
Hepatitis B	48	40	8
Hepatitis C	19	18	1
VIH	19	18	1
Otros marcadores	16	16	0
Total	128	105	23

El mayor número de marcadores serológicos realizados durante el año 2022 ha correspondido al PDI (personal investigador con exposición a agentes biológicos), representando el 82.03 %, del total de dichas determinaciones serológicas realizadas.

6 CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

El Real Decreto (R.D.) 843/2011, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención, indica en su **artículo 3** la importancia de controlar y seguir, cuando se tenga conocimiento de ello, las enfermedades y accidentes susceptibles de estar relacionados con el trabajo, así como comunicar al organismo competente las enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales, respectivamente.

6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y RECOGIDA DE DATOS

Como se ha expuesto en el capítulo correspondiente a “Seguimiento de Contingencias Profesionales”, el personal sanitario del Área de Medicina del Trabajo (AMT) del Servicio de Salud y Prevención (SSP) de la Universidad de Granada (UGR) realizó un seguimiento telefónico y presencial de los trabajadores que presentaron, a lo largo de 2022 un accidente de trabajo (AT) con baja o una comunicación de sospecha de enfermedad profesional (EP), respectivamente. Respecto a los AT sin baja, fueron tipificados como tales por la Mutua y comunicados en tiempo y forma al personal sanitario del SSP, sin más actuaciones posteriores por nuestra parte.

Como consideración previa hay que significar que las tablas y resto de información que se expone a continuación se completará e implementará adecuadamente en el Informe de Daños a la Salud Por Contingencias Profesionales. Accidentabilidad 2022, que será publicado junto con el Área de Seguridad Laboral del SSP en los próximos meses.

6.2 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

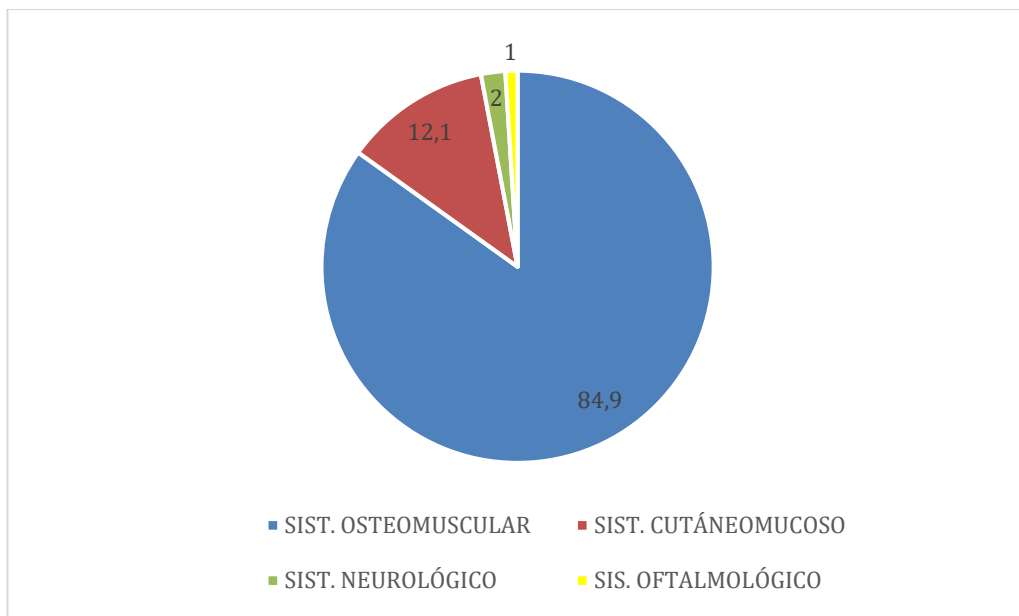
Los resultados arrojaron **un total de 189 trabajadores con AT (99 con baja y 90 sin ella) y 2 comunicaciones de sospecha de EP (ambas sin baja, tras valoración posterior por Mutua).**

Respecto a los accidentes de trabajo que causaron baja laboral entre el personal de la UGR durante el pasado año, el diagnóstico topográfico más frecuente fueron las patologías del sistema osteomuscular, con casi el 85% de los casos, predominado las lesiones de cuello, lumbar y hombro, respectivamente. Otro sistema afectado de forma significativa fue el cutáneomucoso, pero ya con solo un 12,1%.

Tabla 17: Diagnóstico Topográfico General-AT CON BAJA-UGR 2022.

ÓRGANOS Y APARATOS	N	%
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	84	84,9
SISTEMA CUTÁNEOMUCOSO	12	12,1
SISTEMA NEUROLÓGICO	2	2
SISTEMA OFTALMOLÓGICO	1	1

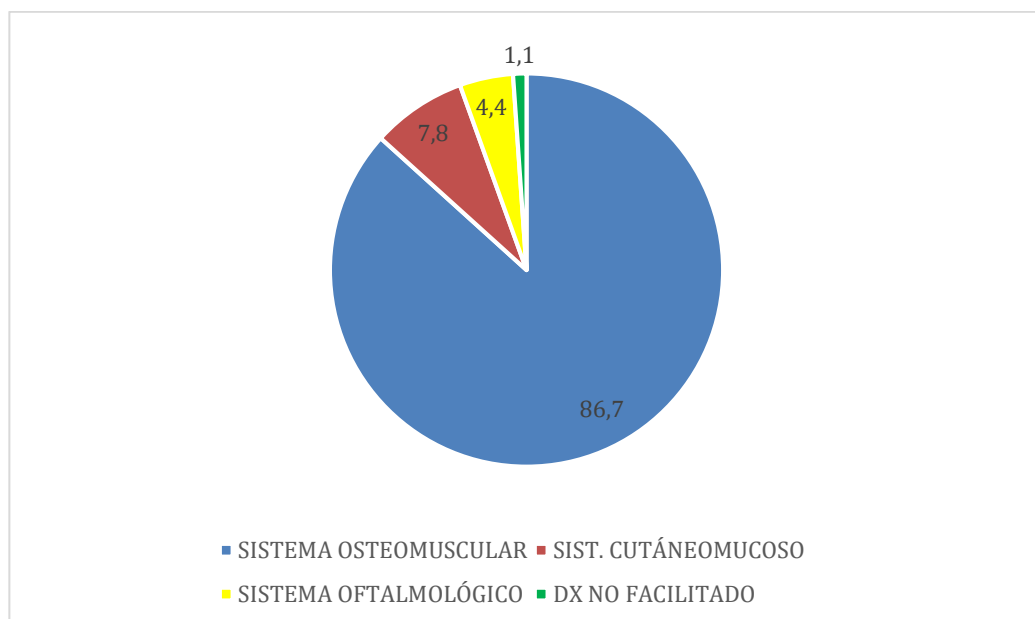
Gráfico 24: Porcentaje Diagnóstico Topográfico General-AT CON BAJA.



En cuanto a los accidentes de trabajo que no causaron baja médica, el sistema orgánico más afectado fue, nuevamente, el osteomuscular (86,7% de los casos), especialmente las lesiones de rodilla, cuello y hombro, respectivamente. De lejos le siguen las patologías del sistema cutáneomucoso, ahora con sólo un 7,8% de los casos.

Tabla 18: Diagnóstico Topográfico General-AT SIN BAJA-UGR 2022.

ÓRGANOS Y APARATOS	N	%
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	78	86,7
SISTEMA CUTÁNEOMUCOSO	7	7,8
SISTEMA OFTALMOLÓGICO	4	4,4
DIAGNÓSTICO NO FACILITADO	1	1,1

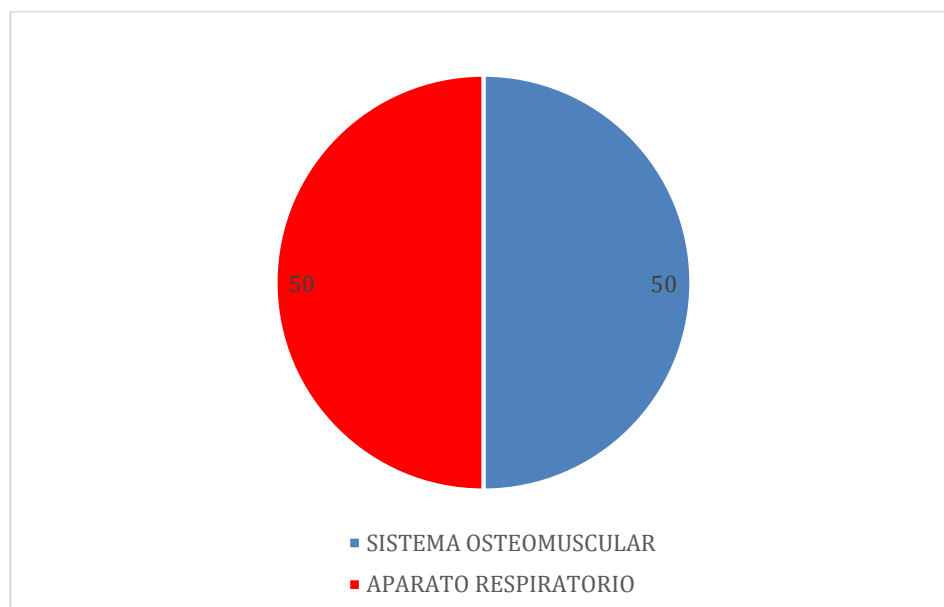
Gráfico 25: Porcentaje Diagnóstico Topográfico General-AT SIN BAJA.

Por último, en relación con las dos enfermedades profesionales sin baja, comunicadas y revisadas presencialmente por el AMT del SSP durante 2022, una de ellas afectó al sistema osteomuscular de la mano de un/a profesional de la escala administrativa y la otra enfermedad ocasionó alteraciones en el aparato respiratorio de un/a trabajador/a de laboratorio, respectivamente.

Tabla 19: Diagnóstico Topográfico General-EP SIN BAJA-UGR 2022.

ÓRGANOS Y APARATOS	N	%
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	1	50
APARATO RESPIRATORIO	1	50

Gráfico 26: Porcentaje Diagnóstico Topográfico General-EP SIN BAJA.



Para concluir este capítulo, volvemos a remitir al Informe técnico-médico sobre Daños a la Salud y Accidentabilidad 2022 que será publicado en los próximos meses y en que se desarrollarán y ampliarán estos y otros aspectos sobre las Contingencias Profesionales acontecidas el año pasado entre la población laboral de la Universidad Granada.

7 VIGILANCIA DE LA SALUD TRAS AUSENCIA PROLONGADA POR MOTIVOS DE SALUD (ITCC)

El R.D. 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, destaca en su artículo 37.3.d) aquellos programas destinados a conocer las enfermedades que se produzcan entre los trabajadores y las ausencias prolongadas del trabajo por motivos de salud, a los solos efectos de poder identificar cualquier relación entre la causa de enfermedad o de ausencia y los riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo. Será en este punto donde nos vamos a centrar en el presente capítulo, concretamente en la casuística relacionada con la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes (ITCC).

7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y RECOGIDA DE DATOS

Como se ha expuesto en el capítulo correspondiente a “Seguimiento de Contingencias Comunes”, el personal sanitario del Área de Medicina del Trabajo del Servicio de Salud y Prevención (SSP) de la Universidad de Granada (UGR) realizó un seguimiento telefónico y presencial de los trabajadores que recibieron a lo largo de 2022 el alta médica tras proceso prolongado de baja por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes (ITCC), entendiéndose como “proceso prolongado” aquel cuya duración excedía de 90 días.

Como consideración previa para una adecuada interpretación y análisis de los datos, hay que significar que las tablas y gráficas que se exponen a continuación se extraen tras un proceso actualizado de los datos de que disponíamos en nuestro servicio a fecha de finales de enero de 2023.

7.2 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados arrojaron **un total de 130 trabajadores que cumplían con los criterios de inclusión antes mencionados**, los cuales analizamos por distribución sexual y etaria de forma estricta. Posteriormente, comparamos los resultados de forma absoluta y relativa según puestos de trabajo para, por último, estudiar los mismos desde un punto de vista médico, respectivamente.

En lo que respecta a la variable SEXO, los reconocimientos médicos efectuados tras ausencia por ITCC se realizaron con algo de mayor frecuencia a mujeres, con alrededor del 58% de los casos. Atendiendo a la EDAD, el rango en el que se han producido mayor número de reconocimientos tras ausencia por ITCC es el comprendido entre los 50 y 59 años, representando en torno al 41% del total.

Tabla 20: Tablas Generales RML tras ITCC-UGR 2022

SEXO	N	%
MUJERES	76	58,5
HOMBRES	54	41,5
TOTAL	130	100

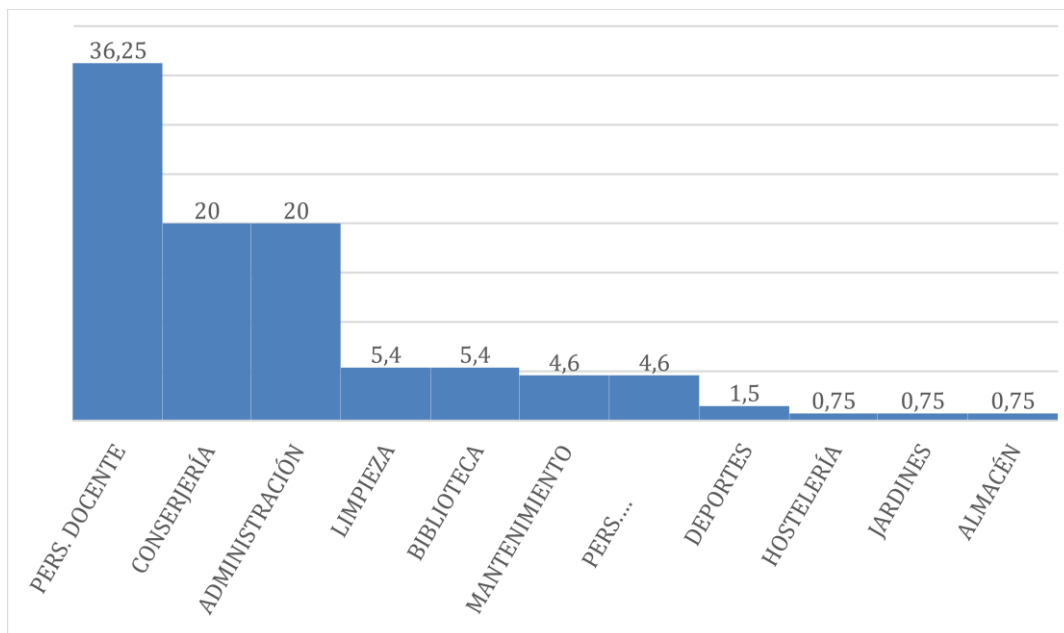
EDAD		N	%
		3	2,3
30 - 39 AÑOS		9	6,9
40 - 49 AÑOS		29	22,3
50 - 59 AÑOS		54	41,5
≥60 AÑOS		35	27
TOTAL		130	100

Con respecto al puesto de trabajo, la escala laboral con mayor proporción de reconocimientos médicos efectuados tras bajas de larga duración por contingencias comunes fue la del personal docente (con algo más del 36% de los casos), seguida de las de conserjería y administración (cada una con un 20% del total), respectivamente.

Tabla 21: RML tras ITCC por tipo de puesto de trabajo-UGR 2022.

PUESTO DE TRABAJO	N	%	PERSONAL
CONSERJERÍA	26	20	PAS 59,15%
ADMINISTRACIÓN	26	20	
LIMPIEZA	7	5,4	
BIBLIOTECA	7	5,4	
MANTENIMIENTO	6	4,6	
DEPORTES	2	1,5	
HOSTELERÍA	1	0,75	
JARDINES	1	0,75	
ALMACÉN	1	0,75	
PERSONAL DOCENTE	47	36,25	
PERSONAL INVESTIGADOR	6	4,6	

Gráfico 27: Porcentaje RML tras ITCC por tipo de puesto de trabajo.



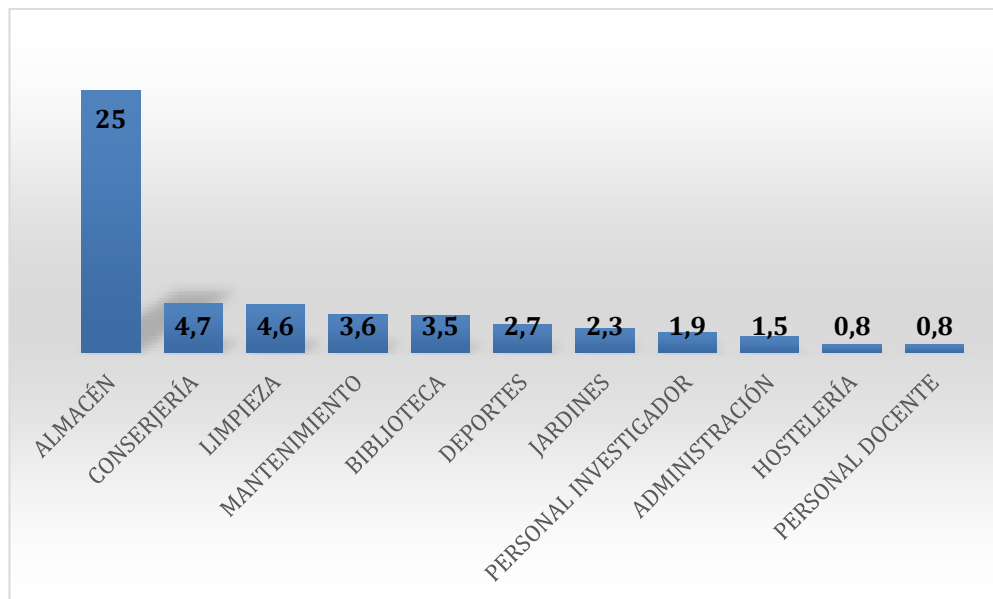
Por otra parte, los puestos de trabajo que durante 2022 obtuvieron una mayor prevalencia de RML tras ITCC, respecto de su subgrupo poblacional laboral*, fueron los de almacén (25%) y los trabajadores de conserjería (4,7%) y limpieza (4,6%), respectivamente.

Tabla 22: RML tras ITCC por tamaño de puesto de trabajo-UGR 2022.

PUESTO DE TRABAJO	N	TRABAJADORES POR PUESTO	%
ALMACÉN	1	4	25
CONSERJERÍA	26	427	4,7
LIMPIEZA	7	196	4,6
MANTENIMIENTO	6	140	3,6
BIBLIOTECA	7	200	3,5
DEPORTES	2	75	2,7
JARDINES	1	44	2,3
PERSONAL INVESTIGADOR	6	315	1,9
ADMINISTRACIÓN	26	1336	1,5
HOSTELERÍA	1	122	0,8
PERSONAL DOCENTE	47	5348	0,8

**Datos oficiales de tamaños de puesto de trabajo facilitados por el Personal de Administración y Servicios, mayo 2022.*

Gráfico 28: Porcentaje relativo RML tras ITCC por tamaño de puesto.

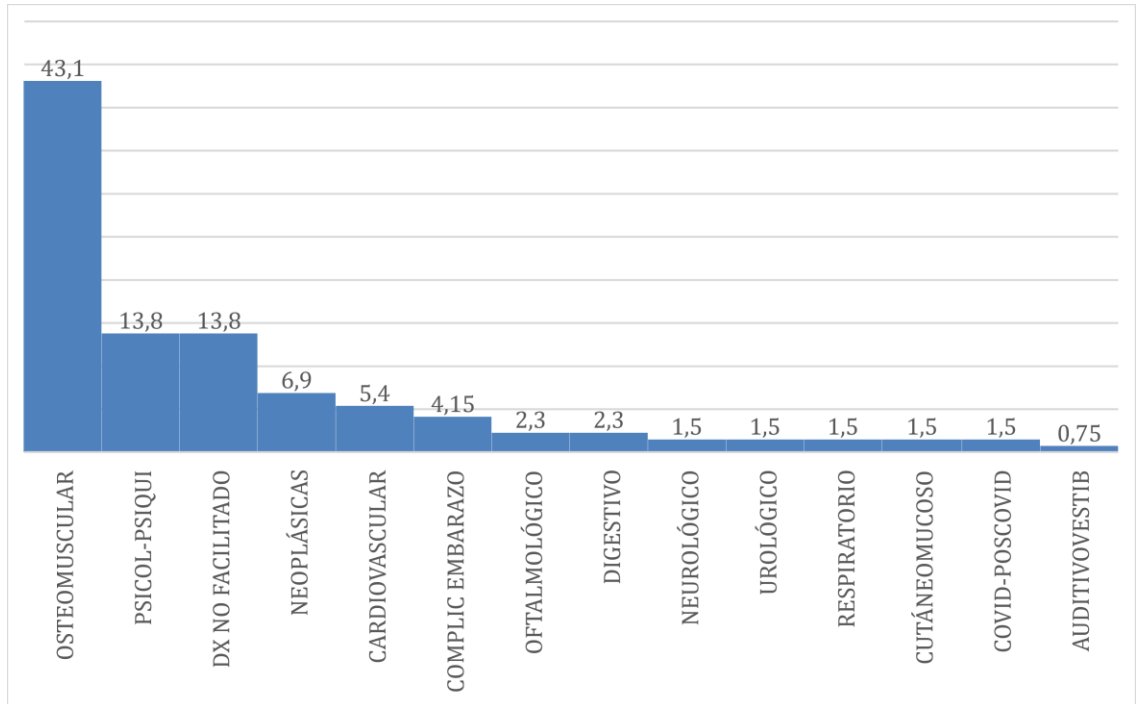


En cuanto a la presentación clínica general de los procesos de baja prolongada por ITCC, los diagnósticos afectaron predominantemente a los sistemas osteomuscular y psicológico-psiquiátrico, con un 43,1% y un 13,8% de los casos, respectivamente. Mención especial merecen los casos en los que el diagnóstico no nos fue facilitado por el trabajador, suponiendo éstos casi un 14% del total.

Tabla 23: Diagnóstico Topográfico General-RML tras ITCC-UGR 2022.

DX POR ÓRGANOS Y APARATOS	N	%
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	56	43,1
SISTEMA PSICOLÓGICO-PSIQUIÁTRICO	18	13,8
DIAGNÓSTICO NO FACILITADO	18	13,8
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS	9	6,9
SISTEMA CARDIOVASCULAR	7	5,4
COMPLICACIONES EMBARAZO	5	4,15
SISTEMA OFTALMOLÓGICO	3	2,3
APARATO DIGESTIVO	3	2,3
SISTEMA NEUROLÓGICO	2	1,5
SISTEMA UROLÓGICO	2	1,5
APARATO RESPIRATORIO	2	1,5
SISTEMA CUTÁNEOMUCOSO	2	1,5
COVID Y POSCOVID	2	1,5
SISTEMA AUDITIVOVESTIBULAR	1	0,75

Gráfico 29: Porcentaje RML Tras ITCC por Diagnóstico Topográfico General.

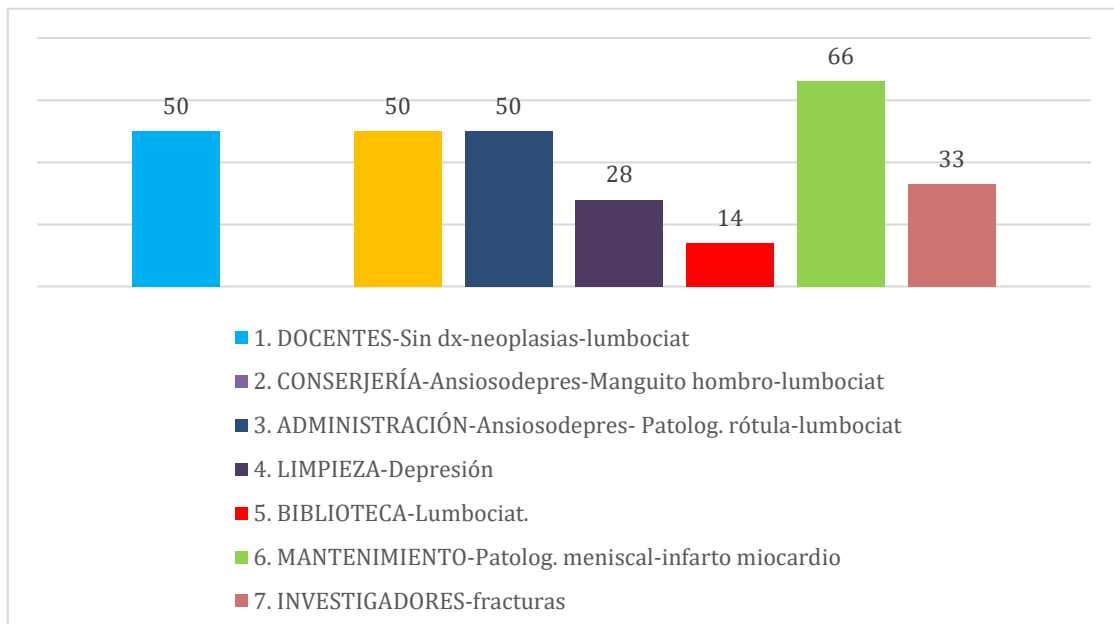


Por último, al analizar los diagnósticos de mayor prevalencia, pero de una forma más específica y sólo en las escalas laborales más afectadas, evidenciamos unos resultados estadísticamente significativos para las lumbociatalgias (en personal docente, de conserjería, administración y bibliotecas) y la ansiedad y/o depresión (en conserjería, administración y limpieza), respectivamente. Cabe destacar también un número significativo de docentes que no quisieron facilitar el diagnóstico motivo de su baja prolongada, así como la incidencia de neoplasias en este grupo, la patología muscular de hombro entre el personal de conserjería y la afectación de la articulación de la rodilla en los de administración y mantenimiento, respectivamente.

Tabla 24: Diagnóstico Etiológico Significativo por puestos-RML tras ITCC-UGR 2022

PUESTO DE TRABAJO (N)	DX ETIOLÓGICO	%
PERSONAL DOCENTE (47)	Dx no facilitado Neoplasias Lumbociatalgia	50
CONSERJERÍA (26)	Ansiedad-depresión Patolog. manguito hombro Lumbociatalgia	50
ADMINISTRACIÓN (26)	Ansiedad-depresión Patología rotuliana Lumbociatalgia	50
LIMPIEZA (7)	Depresión	28
BIBLIOTECA (7)	Lumbociatalgia	14
MANTENIMIENTO (6)	Meniscopatía	66
PERSONAL INVESTIGADOR (6)	Infarto de miocardio Fracturas	33

Gráfico 30: Porcentaje RML tras ITCC por Diagnóstico Etiológico Significativo.



7.3 CONCLUSIONES

- La población de estudio se circunscribe a los 130 trabajadores que durante 2022 fueron dados de alta tras haber tenido un proceso prolongado de ITCC.
- La mayoría de los RML tras ITCC se realizaron a mujeres, predominado el rango etario de los 50-59 años.
- De forma absoluta, la mayor proporción de RML tras ITCC se realizó a personal docente, seguido las escalas de conserjería y administración, respectivamente.
- Con respecto al tamaño de su colectivo laboral, los trabajadores con mayor incidencia de procesos de baja prolongada fueron los operarios de almacén y a continuación los de conserjería y limpieza.
- Los diagnósticos topográficos más frecuentes en este tipo de procesos analizados correspondieron, en mayor medida, a patologías de los sistemas osteomuscular y psicológico-psiquiátrico.
- Los cuadros clínicos específicos más frecuentes de las categorías laborales de mayor representación del estudio fueron las lumbociatalgias y los trastornos ansiosodepresivos, respectivamente.
- En un porcentaje no desdeñable de casos no pudo identificarse la entidad nosológica que motivó la baja.

7.4 ACCIONES DE MEJORA

- Concienciación y colaboración, por parte de los trabajadores con ITCC prolongadas, en la atención telefónica al personal sanitario del SSP y en la posterior asistencia presencial (obligatoria) a reconocimiento médico-laboral específico.
- Formación e información encaminadas a prevenir de forma primaria (evitación) o de forma secundaria (diagnóstico precoz) la patología de columna lumbar, por ser las de mayor prevalencia entre los trabajadores de la UGR con bajas prolongadas por contingencias comunes, especialmente en los colectivos de docentes, conserjería y administración, respectivamente.
- Formación en gestión y canalización de las alteraciones del estado de ánimo, especialmente el estrés, en los trabajadores de las escalas de conserjería, administración y limpieza, respectivamente.
- Revisión exhaustiva de la dotación y el uso de EPIs específicos para los riesgos laborales de las categorías de limpieza y mantenimiento.

8 PROGRAMA DE PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD Y LA LACTANCIA NATURAL

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales en nuestro país establece la necesidad de un plan estratégico en las empresas basado en determinar la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto.

Si los resultados de la evaluación revelasen un riesgo para la seguridad y la salud o una posible repercusión sobre el embarazo o la lactancia de las citadas trabajadoras, el empresario adoptará las medidas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo como pueden ser la adaptación del puesto de trabajo o en su defecto el cambio de puesto de trabajo.

Cuando ninguna de las anteriores medidas sea posible, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación, contemplada en el Estatuto de los Trabajadores, de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, durante el período necesario para la protección de su seguridad o de su salud y mientras persista la imposibilidad de reincorporarse a su puesto anterior o a otro puesto compatible con su estado.

El Real Decreto 295/2009, considera como situación protegida aquella en que se encuentra la trabajadora embarazada durante el periodo de suspensión del contrato de trabajo en los supuestos en que, debiendo la empresa cambiar de puesto de trabajo por otro compatible con su estado en los términos previstos en el artículo 26.2 y 3 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, dicho cambio de puesto no resulte técnica u objetivamente posible o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados.

En el ámbito internacional, la Directiva del Consejo de Europa 92/85/CEE considera a la mujer gestante o que haya dado a luz o se encuentre en periodo de lactancia, trabajadora especialmente sensible debiéndose adoptar medidas relativas a su salud y seguridad, evaluando riesgos específicos de exposición a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo peligrosas.

La protección de la trabajadora embarazada en el ordenamiento español va dirigida a la protección de la maternidad y a sus consecuencias previas, así la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) entre otras, establece la obligación del empresario de garantizar de manera específica la protección de los trabajadores que sean especialmente sensibles. Se establece la obligación del empresario de evaluar los riesgos que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras gestantes o del feto y a tomar las medidas preventivas necesarias para evitarlos a través de los servicios de prevención. De no ser posible la supresión del riesgo, ésta deberá desempeñar un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado.



8.1 SITUACIÓN ACTUAL EN LA PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD Y EMBARAZO EN LA UGR

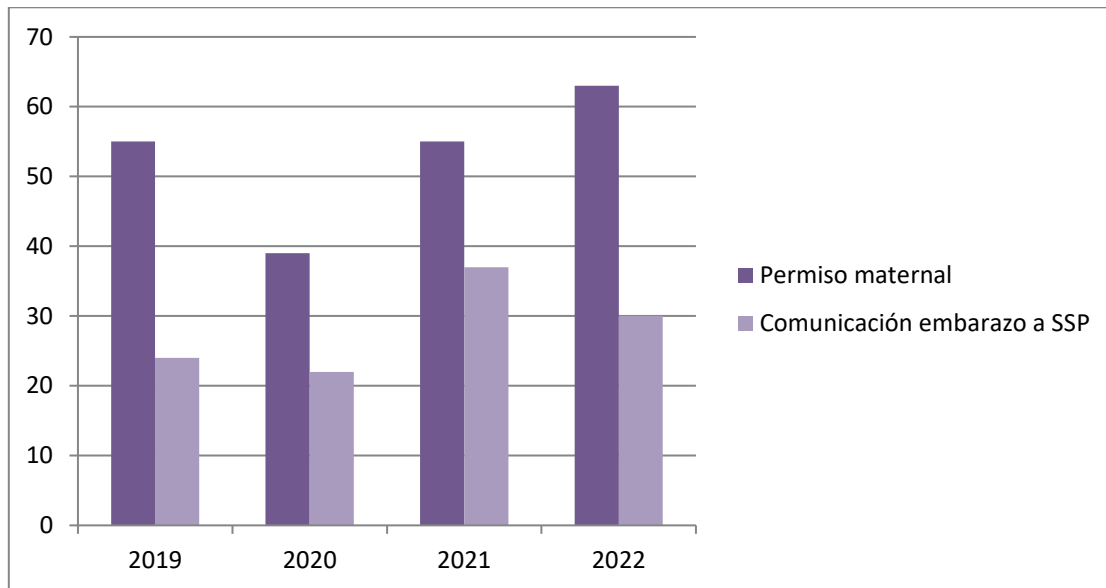
Dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud de la UGR, el SSP elaboró una instrucción técnica donde se establece el procedimiento a seguir en relación a la protección de la maternidad. Este protocolo se activa con la comunicación voluntaria a la UGR por parte de la mujer embarazada o en periodo de lactancia.

Una vez recibida dicha comunicación en el SSP, el personal médico contacta con la gestante o mujer en periodo de lactancia para conocer su estado de salud, informar y aclarar las dudas que pueda tener, además de programar cita para reconocimiento médico laboral. Al mismo tiempo se informa a los técnicos de prevención para el preceptivo estudio y evaluación de los riesgos posibles existente en el puesto de trabajo de la embarazada que ha efectuado dicha notificación.

Tabla 25: Permisos y Comunicaciones Maternidad.

	Permiso Maternidad UGR	Comunicación Embarazo a SSP
2019	55	24
2020	39	22
2021	55	37
2022	63	30
TOTAL	212	113

Gráfico 31: Permisos y Comunicaciones Maternidad.



Del total de las 113 comunicaciones de Embarazo al SSP en el periodo comprendido, entre 2019 y 2022 observamos:

- PDI: 67 comunicaciones de embarazo.
- PAS: 46 comunicaciones de embarazo.

8.2 CONCLUSIONES

Como podemos observar en los datos indicados:

- El nº de permisos de maternidad es superior al nº de comunicaciones de embarazos notificados por parte de las gestantes.
- Las mujeres del colectivo del PDI notifican más su estado de gestación al SSP que las gestantes pertenecientes al PAS.

8.3 ACCIONES DE MEJORA

El primer paso para poner en marcha una adecuada protección de la maternidad, lactancia natural y protección del feto, es la COMUNICACIÓN/NOTIFICACIÓN por parte de las trabajadoras de la UGR en edad fértil de su situación o estado biológico (Maternidad, embarazo, etc.). Por tanto, el SSP se propone incentivar dicha comunicación mediante las siguientes acciones de mejora.



- Difusión generalizada a través del Correo Institucional de la importancia de la Comunicación por parte de las mujeres en edad fértil de su situación de embarazo, lactancia y maternidad reciente.
- Facilitar la comunicación de embarazo mediante la creación por parte del SSP de un Cuestionario específico en la WEB de dicho servicio
- Vigilancia de la Salud individual de las mujeres gestantes, Promoción de la salud y Evaluación de los posibles riesgos en su puesto de trabajo. Si dicha evaluación revelase algún riesgo para la seguridad y la salud o una posible repercusión sobre el embarazo o la lactancia de las citadas trabajadoras, El SSP propondrá las medidas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo (la adaptación del puesto de trabajo o en su defecto el cambio de puesto de trabajo, o gestionar y tramitar la prestación por Riesgo en el embarazo).

9 PROGRAMA PREVENTIVO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

9.1 RECONOCIMIENTOS CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en España y en los países desarrollados, tanto en hombres como en mujeres, constituyendo además una de las más importantes causas de discapacidad.

Las ECV se producen como consecuencia de la formación de placas de grasa en la pared de los vasos sanguíneos (aterosclerosis), estas placas reducen o impiden el paso de sangre por el interior de los vasos y, según el grado de obstrucción y la zona donde se localiza la misma, pueden producir distintos tipos de enfermedad cardiovascular, como la angina de pecho, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y problemas de circulación periférica.

Ante la falta de síntomas, una serie de factores de riesgo nos pueden indicar que existe un mayor riesgo de sufrir aterosclerosis y por tanto riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Ejemplos de factores de riesgo cardiovascular (RCV) como tener cifras elevadas de colesterol, **de tensión arterial, del perímetro abdominal, sobrepeso u obesidad, falta de ejercicio físico** (realizar menos de 30 minutos diarios de ejercicio físico moderado, andar, nadar etc.) o **fumar**.

De ahí el interés que tiene la detección de estos factores de RCV y su corrección antes de que la enfermedad aparezca. Unos hábitos de vida saludable han demostrado que reducen la aparición del riesgo de la enfermedad cardiovascular, así como las muertes por esta causa. Esta posibilidad de mejorar existe para cualquier nivel de riesgo del que se parta, especialmente en las personas con riesgo más alto.

El análisis del RCV de los trabajadores de la UGR que acuden al examen de salud se ha llevado a cabo a través de la Tabla SCORE, El Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE). Es el índice más extendido en Europa para la valoración del riesgo cardiovascular global.

La tabla SCORE estima el riesgo de muerte cardiovascular (muerte coronaria, por enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica, insuficiencia cardíaca, aneurisma disecante de aorta y otras) en sujetos de 40 a 65 años, y

considera un riesgo alto cuando la probabilidad de muerte cardiovascular a los 10 años es mayor o igual al 5%

Los datos necesarios para el cálculo de dicho índice han sido la Edad, Sexo, Tabaquismo, Tensión arterial, Colesterol y factores de riesgo como Diabetes y Enfermedades cardiovasculares previas, y han sido registrados en el programa MEDTRA durante los exámenes de salud realizados en el año 2022.

La clasificación del Riesgo Cardiovascular en función de la puntuación obtenida es la siguiente: Bajo, moderado, alto, muy alto.

La detección de RCV moderados, altos o muy altos durante el examen de salud, derivan al paciente al programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares. La participación en este programa conlleva que el trabajador sea aconsejado sanitariamente sobre todos aquellos factores de RCV modificables, así como qué medidas debe llevar a cabo en los siguientes meses.

A los 4 meses se le cita de nuevo en consulta para realizarle un Reconocimiento Cardiovascular y se valora una nueva analítica sanguínea, así como datos antropométricos y Tensión Arterial para observar si las medidas llevadas a cabo han conseguido que su nivel de riesgo haya disminuido.

<https://ssp.ugr.es/areas/promocion-salud/prevencion-enfermedades-cardiovasculares>

Tabla 26: Cálculo de riesgo cardiovascular.

Cálculo Riesgo Cardiovascular de exámenes de salud de la UGR 2022		
-Riesgo Bajo	1203	66,80%
-Riesgo Moderado	110	6,1%
-Riesgo Alto	36	2%
-No procede	578	32,09%
Total	1801	100%

A los 146 trabajadores diagnosticados con Riesgo moderado, alto y muy alto, se valoró su participación en el Programa de Riesgo Cardiovascular de la UGR, en función de si estaban o no bajo control sanitario de su centro de salud u hospital de referencia.

De los 146 trabajadores fueron un total de 24 los derivados a dicho programa durante el año 2022.

9.1.1 ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Con los datos obtenidos de los exámenes de salud realizados al personal de la UGR durante el año 2022 se han analizado una serie de Factores de Riesgo Cardiovascular, que una vez puntuados según sus resultados, nos reflejan el estado de cada uno a través de un “semáforo de salud”:



- **Rojo**: puntuación del 0 al 39% con relación a la mejor situación, zona patológica de salud, que requiere intervención sanitaria.
- **Amarillo**: puntuación del 40 al 79% con relación a la mejor situación, zona neutra de salud, difícil distinción de lo normal de lo patológico.
- **Verde**: puntuación del 80 al 100% con relación a la mejor situación, salud positiva, funcionamiento óptimo y nivel de bienestar elevado.

Los Factores de Riesgo Cardiovascular analizados han sido los siguientes:

- 1 Consumo de Tabaco.
- 2 Actividad Física.
- 3 Consumo de Alcohol.
- 4 Índice de masa corporal.
- 5 Cifras de Tensión Arterial.
- 6 Cifras de Glucemia, Triglicéridos y Colesterol en sangre.
- 7 Índice de Aterogenicidad.

Finalmente se presenta un **análisis global** de todos estos indicadores.

9.2 CONSUMO DE TABACO

El tabaquismo es la **adicción al tabaco** provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos: la nicotina. La acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.

Según el **Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)**, el **tabaco** provoca cerca de 52.000 muertes anuales en España (Fuente CNPT:

2018) por dolencias como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar y el cáncer de pulmón y faringe. También es **el factor de riesgo** cardiovascular más importante, ya que la incidencia de la patología coronaria en los **fumadores** es tres veces mayor que en el resto de la población.

9.2.1 CONCLUSIONES:

Este indicador se encuentra en cifras de salud positiva, con un 92%. No hay diferencias significativas de los resultados de este factor entre sexos.

Desde el año 2009, el SSP de la UGR tiene en marcha el Programa de Deshabituación Tabáquica:

<https://ssp.ugr.es/areas/promocion-salud/deshabituacion-tabaco>.

Durante el año 2022 se han llevado a cabo un total de 50 consultas en 18 participantes, en los cuales se han prescrito un total de 14 tratamientos farmacológicos. Se complementa con el programa asistencial C9A Tratamiento de cannabis y tabaco, dirigido por la Clínica Psicológica de la UGR:

<https://clinicadepsicologia.ugr.es/pages/programas>

9.2.2 ACCIONES DE MEJORA:

Como mejora en 2023, se seguirá potenciando la publicidad del Programa de Deshabituación Tabáquica durante el examen de salud. Durante el año 2022 la UGR ha conseguido la acreditación en Nivel Bronce en el programa de “Universidades sin humo” de la Junta de Andalucía, con la participación en dicho programa de 3 sanitarios del Servicio de Salud y Prevención de la UGR. En 2023 el SSP también está participando en un proyecto nacional de la Red de Universidades Promotoras de Salud (REUPS) para un nuevo sello de calidad de centros libres de humo, que nos dará más herramientas para conseguir una mayor deshabituación tabáquica en la población universitaria.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el: 01/01/2022 hasta el: 31/12/2022
 Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado: 1.815
 En la empresa: 01 Universidad de Granada



0% a 39%



40% a 79%



80% a 100%

Tabaco

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- No fumador	9	1.315	74,25	11.835	
2.- Exfumador	8	245	13,83	1.960	
3.- Fumador social de 1 - 5 c/d	6	95	5,36	570	
4.- Fumador de 6 - 10 c/d	4	60	3,39	240	
5.- Fumador de 11 - 20 c/d	2	49	2,77	98	
6.- Fumador de 21 - 999 c/d	0	7	0,40	0	

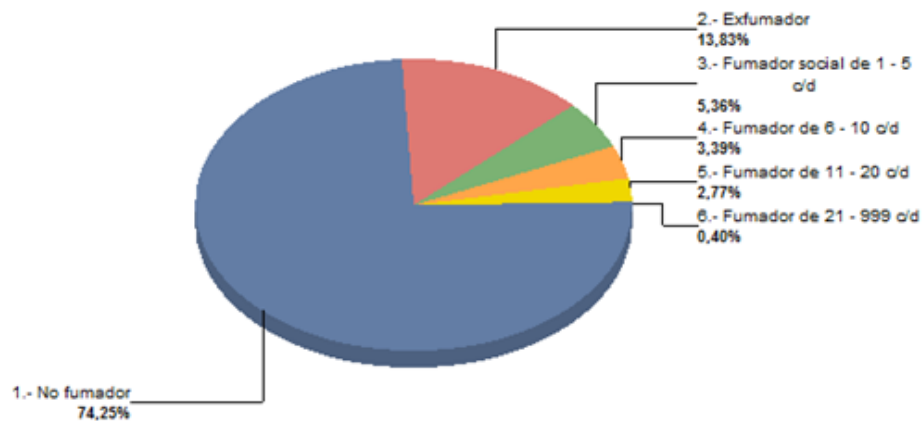
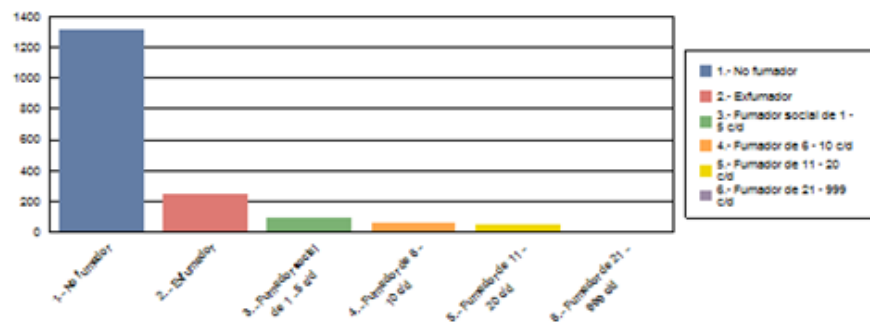
1.771 14.703



Puntuación

14.703 / 15.939

92 %



9.3 ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física se refiere a cualquier movimiento corporal que se produzca por la contracción de los músculos esqueléticos y que origine aumentos sustanciales en el consumo de energía del cuerpo con respecto a estar en reposo.

Ejemplos habituales de **actividad física** son desplazarnos, hacer la compra, subir las escaleras, tareas domésticas, etc.

El **ejercicio físico** es un tipo de actividad física planeado y estructurado. Consiste en repetir determinados movimientos con el objetivo de mejorar o mantener alguno de los componentes de la aptitud física. Ejemplos de ejercicio físico son caminar de una manera planificada, correr, natación, elíptica, ejercicios de fortalecimiento muscular en el gimnasio, etc.

El **deporte** se distingue de los dos anteriores por ser una forma de actividad física sujeta a reglas o normas concretas. Generalmente requerirá entrenamiento o un programa de ejercicio físico específico.

Un estilo de vida saludable no solo consiste en hacer ejercicio programado con regularidad también hay que mantener unos hábitos que huyan del sedentarismo. Hay que intentar evitar las horas de televisión, los desplazamientos en vehículos a motor y los hobbies y las conductas sedentarias en el trabajo y en lo cotidiano siempre que sea posible. El deporte es una elección personal que puede hacer más atractiva y enriquecedora la práctica de ejercicio físico.

9.3.1 CONCLUSIONES:

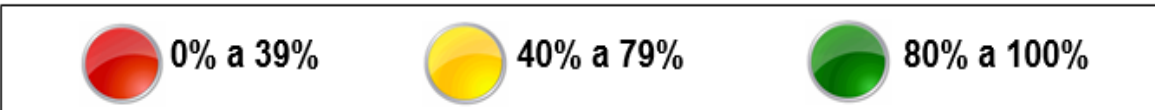
Sí hay diferencias significativas entre sexos (58% mujeres, 63% hombres) en los resultados de este indicador. El sedentarismo está representado en un 23,47% en mujeres y un 16,31% en hombre.

9.3.2 ACCIONES DE MEJORA

Como mejora se potenciará el consejo sanitario de los beneficios del ejercicio físico durante el examen de salud a todos aquellos que realizan menos de 3 días en semana alguna actividad física, así como incentivar el programa “Muévete por la UGR” para que los desplazamientos al trabajo sean andando o en bicicleta, potenciando de esta forma una actividad física ligera de al menos 5 veces a la semana.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el:	01/01/2022	hasta el:	31/12/2022
Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado:	1.815		
En la empresa:	01 Universidad de Granada		



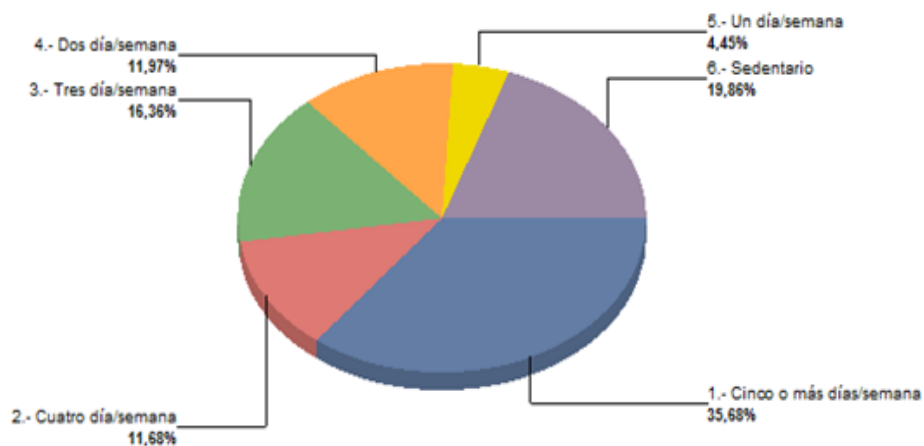
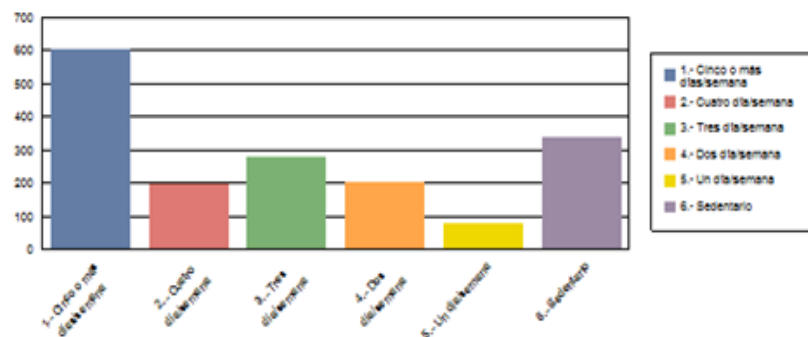
Actividad Física

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Cinco o más días/semana	5	602	35,68	3.010	
2.- Cuatro día/semana	4	197	11,68	788	
3.- Tres día/semana	3	276	16,36	828	
4.- Dos día/semana	2	202	11,97	404	
5.- Un día/semana	1	75	4,45	75	
6.- Sedentario	0	335	19,86	0	

1.687 5.105

Puntuación
5.105 / 8.435

61 %



9.4 CONSUMO DE ALCOHOL

En 2019, más de 2,4 millones de personas murieron a causa del consumo de alcohol, lo que representa el 4,3% de todas las muertes en el mundo. En este sentido, los estudios ponen de manifiesto que incluso **pequeñas cantidades de alcohol pueden hacer que aumente el riesgo de que una persona padezca enfermedades cardiovasculares**, tales como: enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca, cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular y aneurisma. De hecho, hasta la fecha no se ha encontrado ninguna correlación fiable entre el consumo moderado de alcohol y un menor riesgo de enfermedades cardíacas.

9.4.1 CONCLUSIONES:

Sí hay diferencias significativas entre sexos en los resultados de este indicador. En mujeres el porcentaje de no bebedoras y consumo esporádico es del 91,76%, un 6.55% con un consumo habitual de fin de semana, y solo un 1,69% que realiza un consumo diario de alcohol.

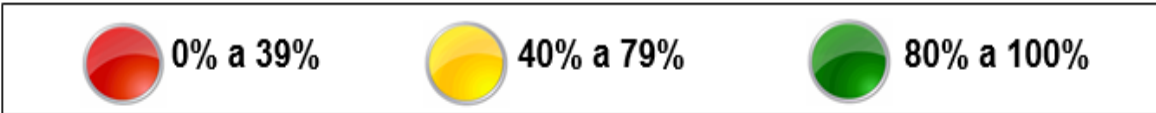
En cuanto a hombres, el porcentaje de no bebedores y consumo esporádico es de un 81,21%, un 10,71% con un consumo habitual de fin de semana, mientras que **un 8,09% de hombres realizan un consumo diario de alcohol (4 veces más que las mujeres)**.

9.4.2 ACCIONES DE MEJORA:

Como mejora para este indicador de salud se incluirán consejos para reducir la ingesta de alcohol en todos los hombres que realicen un consumo habitual de fin de semana y diario, así como un enlace a la web del SSP con información de los perjuicios derivados de este hábito.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el:	01/01/2022	hasta el:	31/12/2022
Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado:	1.815		
En la empresa:	01 Universidad de Granada		



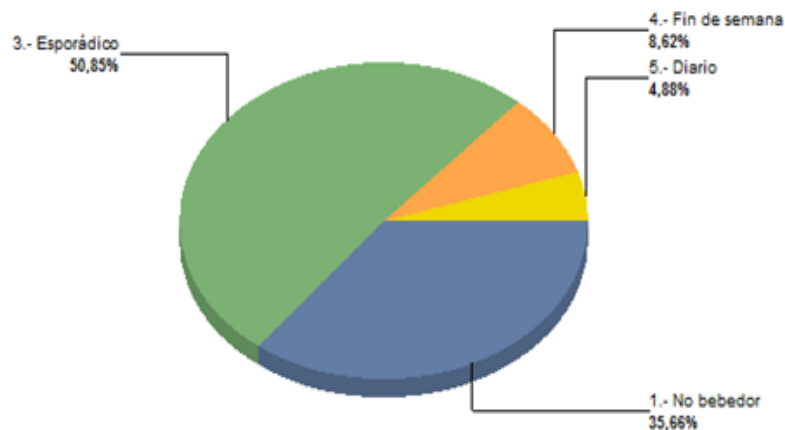
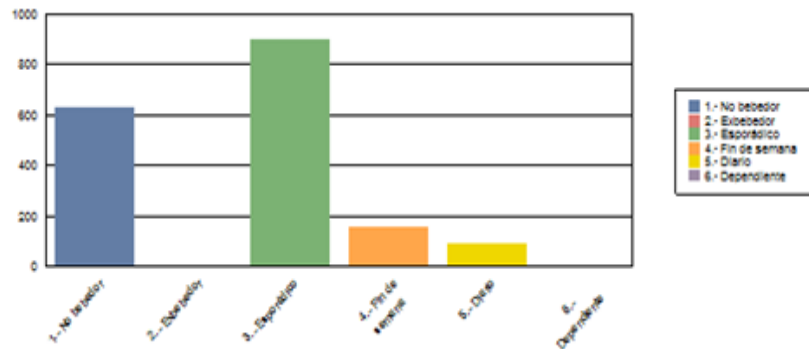
Alcohol

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- No bebedor	5	629	35,66	3.145	
2.- Exbebedor	4	0	0,00	0	
3.- Esporádico	3	897	50,85	2.691	
4.- Fin de semana	2	152	8,62	304	
5.- Diario	1	86	4,88	86	
6.- Dependiente	0	0	0,00	0	

1.764 6.226

Puntuación
6.226 / 8.820

71 %



9.5 ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El índice de masa corporal (IMC) es la relación entre la **masa corporal** de una persona y su **estatura**. Según los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el **IMC** uno de los principales recursos para evaluar el estado nutricional y para determinar si una persona está por encima de su peso ideal o no. El cálculo consiste en dividir el peso, expresado en kilos, entre la estatura, en metros, elevada al cuadrado (kg/m^2). El IMC resultante te indica si el peso es correcto en función de la estatura.

- Generalmente se considera satisfactorio un Índice de Masa Corporal que se sitúa entre 18,5 y 24,9 (20 y 24,9 en el caso de los hombres).
- Si el IMC es inferior a 18,5, nos indicará bajo peso.
- Si la fórmula del IMC da un resultado igual o superior a 25 hablaríamos de sobrepeso, ligero o moderado según el resultado.
- Si el IMC está por encima de 30, podemos hablar de obesidad.

9.5.1 CONCLUSIONES:

Sí hay diferencias significativas entre sexos en los resultados de este indicador.

En hombres el porcentaje de peso saludable y bajo peso aceptable es de un 42,21%, con sobrepeso es de un 41,01% y con obesidad de un 16,34%. En mujeres el porcentaje de peso saludable y bajo peso aceptable es de un 66,39%, con sobrepeso es de un 21,46% y con obesidad de un 11,67%.

Por tanto, el sobrepeso en hombres casi duplica al de mujeres, las cuales tienen un porcentaje de peso saludable muy superior al de hombres en más de 20 puntos.

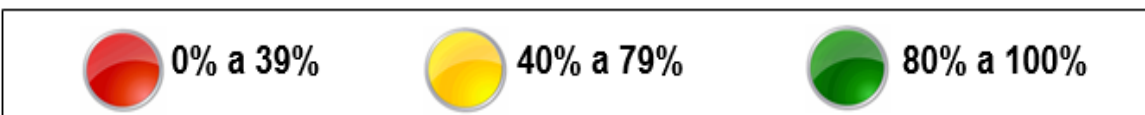
9.5.2 ACCIONES DE MEJORA:

Como acción de mejora para este indicador de salud se incluirán en el informe del examen de salud las recomendaciones para bajar peso a todas aquellas personas cuyo Índice de Masa Corporal sea igual o superior a 25.

Para estudiar el motivo del elevado porcentaje de sobrepeso en Hombres se propone analizar la relación entre Perímetro abdominal e IMC.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el:	01/01/2022	hasta el:	31/12/2022
Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado:	1.815		
En la empresa:	01 Universidad de Granada		



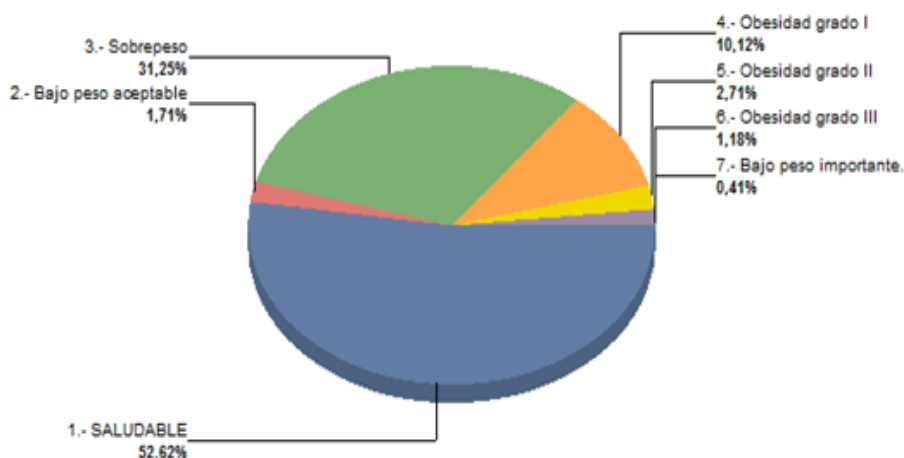
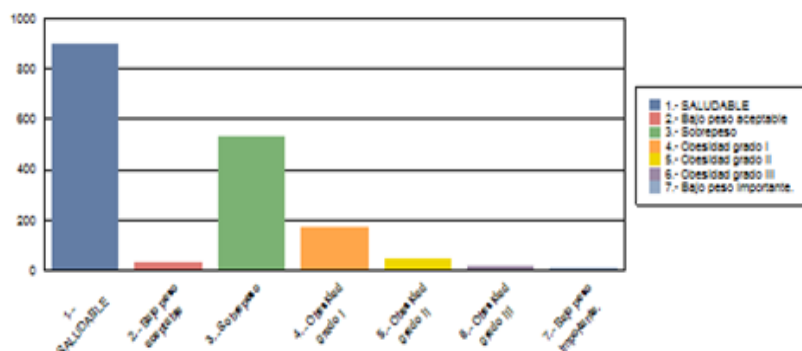
Indice Masa Corporal

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- SALUDABLE	5	894	52,62	4.470	Entre 18,5 y 24,9
2.- Bajo peso aceptable	4	29	1,71	116	Entre 17 y 18,49
3.- Sobrepeso	3	531	31,25	1.593	Entre 25 y 29,9
4.- Obesidad grado I	2	172	10,12	344	Entre 30 y 34,9
5.- Obesidad grado II	1	46	2,71	46	Entre 35 y 39,9
6.- Obesidad grado III	0	20	1,18	0	Entre 40 y 999
7.- Bajo peso importante.	2	7	0,41	14	Entre 0 y 16,9

1.699 / 6.583

Puntuación
6.583 / 8.495

77 %



9.6 TENSIÓN ARTERIAL

La tensión arterial es la presión de la sangre que circula por las arterias. El corazón bombea la sangre hacia la aorta por donde se distribuye hacia otras arterias que se van dividiendo en sucesivas ramas arteriales que llegan a todos los órganos.

La presión arterial se mantiene por la elasticidad de la aorta y de las arterias principales. Esta elasticidad va disminuyendo con el paso de los años, por eso es tan frecuente encontrar cifras altas de presión arterial en personas mayores.

La hipertensión arterial es la elevación de los niveles de presión arterial de forma continua o sostenida. Las consecuencias de la hipertensión arterial pueden ser muy variadas. Son peores cuando coexisten otros procesos: hipercolesterolemia, diabetes, etc., por eso es vital su prevención y cuidado.

Los niveles normales de presión arterial:

- **Presión arterial normal.** Los niveles máximos de presión arterial sistólica (máxima) están entre 120-129 mmHg, y los de diastólica (mínima) entre 80 y 84 mmHg. Cifras más bajas también pueden considerarse normales, siempre que no provoquen ningún síntoma.
- **Presión arterial normal-alta.** Las cifras de presión arterial sistólica (máxima) están entre 130-139 mmHg, y las de diastólica (mínima) entre 80-89 mmHg.
- **Presión arterial alta.** Las cifras de presión arterial sistólica (máxima) están iguales o por encima de 140 mmHg, y/o las de diastólica (mínima) igual o superior a 90 mmHg.

9.6.1 CONCLUSIONES:

Sí hay diferencias significativas entre sexos en los resultados de este indicador.

En mujeres el porcentaje con tensión arterial saludable y normal es de un 78,07%, en tensiones normal-alta es de un 13,56% y con Hipertensión arterial es de 8,38%

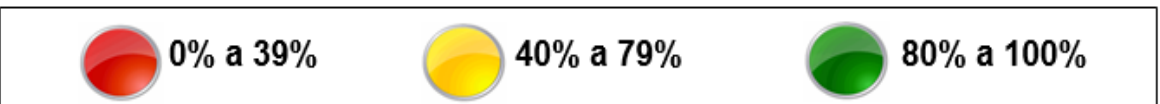
En hombres el porcentaje con tensión arterial saludable y normal es de un 53,7%, en tensiones normal-alta es de un 27,61% y con **Hipertensión arterial es de 18,69% (dos veces más que en mujeres).**

9.6.2 ACCIONES DE MEJORA:

Como acción de mejora para este indicador de salud se continuará un estudio en cuanto a la relación de pacientes diagnosticados con HTA que no están tratados farmacológicamente, así como insistir en los consejos sanitarios durante el examen de salud.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

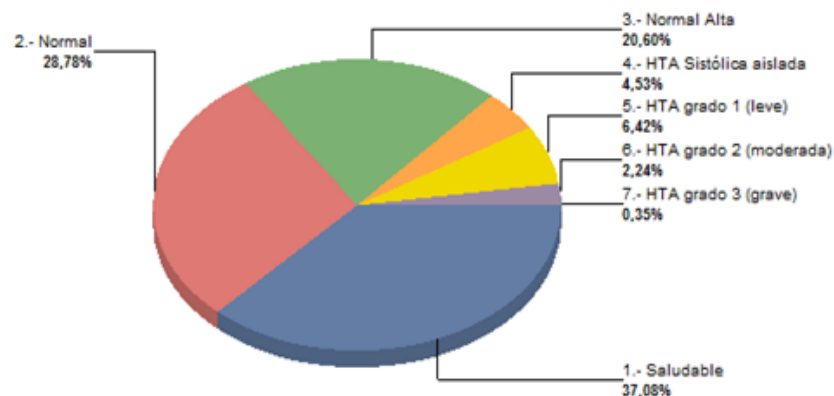
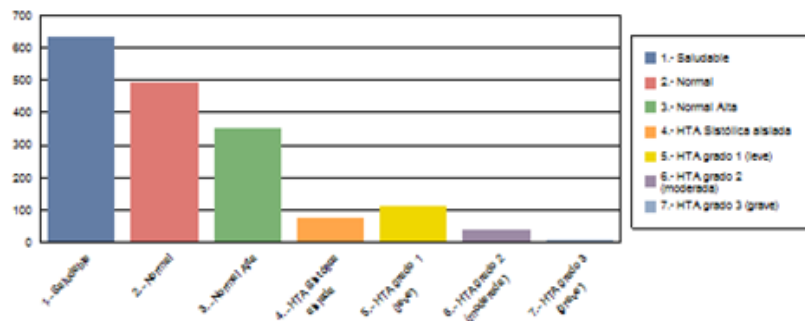
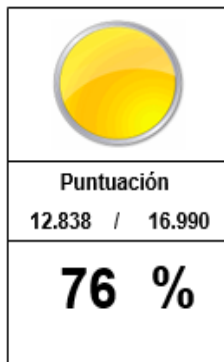
Periodo estudiado desde el:	01/01/2022	hasta el:	31/12/2022
Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado:	1.815		
En la empresa:	01 Universidad de Granada		



Tensión Arterial

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	630	37,08	6.300	Sist. entre 0 y 119 y Diast. entre 0 y 79
2.- Normal	8	489	28,78	3.912	Sist. entre 120 y 129 y/o Diast. entre 80 y 84
3.- Normal Alta	6	350	20,60	2.100	Sist. entre 130 y 139 y/o Diast. entre 85 y 89
4.- HTA Sistólica aislada	4	77	4,53	308	Sist. entre 140 y 999 y Diast. entre 0 y 89
5.- HTA grado 1 (leve)	2	109	6,42	218	Sist. entre 140 y 159 y/o Diast. entre 90 y 99
6.- HTA grado 2 (moderada)	0	38	2,24	0	Sist. entre 160 y 179 y/o Diast. entre 100 y 109
7.- HTA grado 3 (grave)	0	6	0,35	0	Sist. entre 180 y 999 y/o Diast. entre 110 y 999

1.699 12.838



9.7 GLUCEMIA EN SANGRE

Al producirse con la digestión de los alimentos, los niveles de glucosa en sangre, a los que clínicamente se denomina glucemia, varían a lo largo del día, oscilando entre concentraciones de 70 y 145 miligramos por decilitro de sangre. Por la mañana, en ayunas son más bajos y se elevan después de cada comida (glucemia postprandial) y vuelven a descender dos horas después.

Lo recomendable es que la glucemia se mida al levantarse por la mañana y antes del desayuno y se considera normal si los niveles de glucosa que se sitúan entre los 70 y 100 mg/dl en ayunas y en menos a 140 mg/dl dos horas después de cada comida.

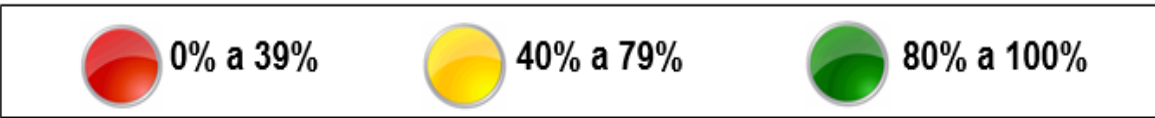
La **diabetes mellitus** es una enfermedad que se produce cuando el páncreas no puede fabricar insulina suficiente o cuando ésta no logra actuar en el organismo porque las células no responden a su estímulo.

9.7.1 CONCLUSIONES:

No hay diferencias significativas entre sexos en los resultados y el porcentaje de posibles prediabetes, Diabetes Mellitus moderadas y graves es de un 1,88%, por lo que el indicador de salud está en **cifras saludables**.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el: 01/01/2022 hasta el: 31/12/2022
 N° total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado: 1.815
 En la empresa: 01 Universidad de Granada



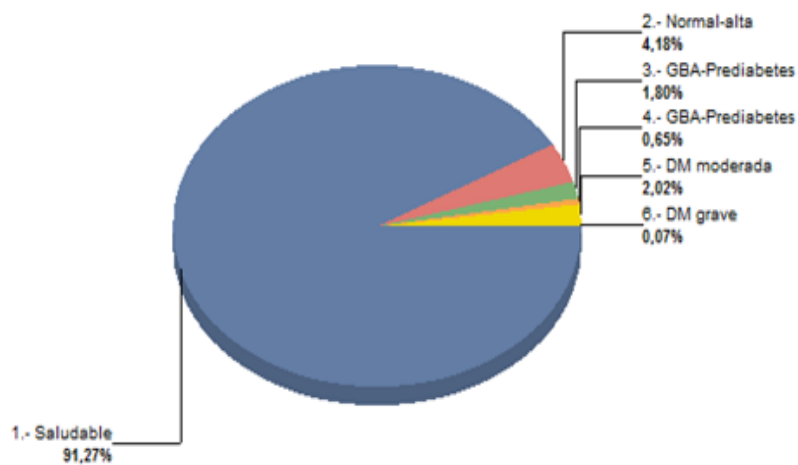
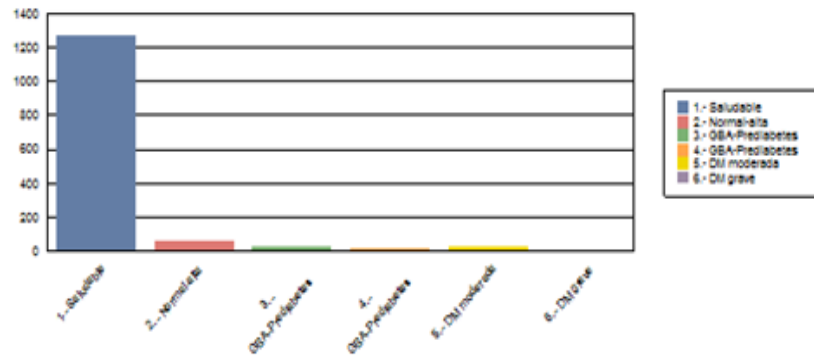
Glucemia (azúcar sangre)

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	1.265	91,27	12.650	entre 0 y 100
2.- Normal-alta	8	58	4,18	464	entre 101 y 110
3.- GBA-Prediabetes	6	25	1,80	150	entre 111 y 120
4.- GBA-Prediabetes	4	9	0,65	36	entre 121 y 125
5.- DM moderada	2	28	2,02	56	entre 126 y 200
6.- DM grave	0	1	0,07	0	entre 201 y 999

1.386 / 13.356

Puntuación
13.356 / 13.860

96 %



9.8 TRIGLICÉRIDOS

Los triglicéridos son un tipo de grasa (lípidos) que se encuentran en la sangre.

Con la digestión el cuerpo convierte todas las calorías que no necesita usar de inmediato en triglicéridos. Los triglicéridos se almacenan en las células grasas. Más tarde, las hormonas liberan triglicéridos para obtener energía entre las comidas.

Valores de los triglicéridos en sangre:

- Normal: menos de 150 miligramos por decilitro (mg/dl), o
- Límite: 150 a 199 mg/dl
- Alto: 200 a 499 mg/dl
- Muy alto: 500 mg/dl o más

Los triglicéridos altos pueden contribuir al endurecimiento de las arterias o al engrosamiento de las paredes arteriales (arterioesclerosis), lo que aumenta el riesgo de sufrir accidente cerebrovascular, ataque cardíaco y cardiopatías. Los triglicéridos extremadamente altos también pueden causar inflamación aguda del páncreas (pancreatitis).

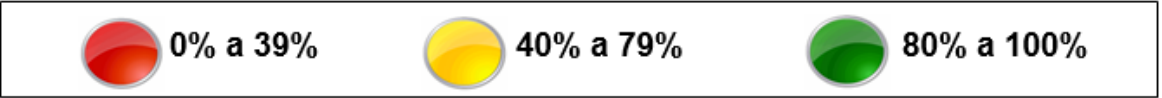
Los triglicéridos altos a menudo son un signo de otras afecciones que aumentan el riesgo de sufrir enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular, incluyendo la obesidad y el síndrome metabólico, un grupo de condiciones, entre ellas demasiada grasa alrededor de la cintura, hipertensión arterial, triglicéridos altos, hiperglucemia y niveles anormales de colesterol.

9.8.1 CONCLUSIONES:

No hay diferencias significativas entre sexos en los resultados y el indicador de salud está en **cifras saludables**.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

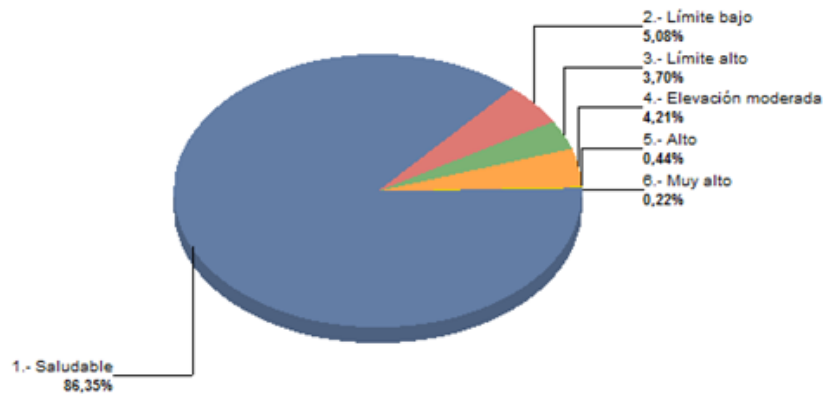
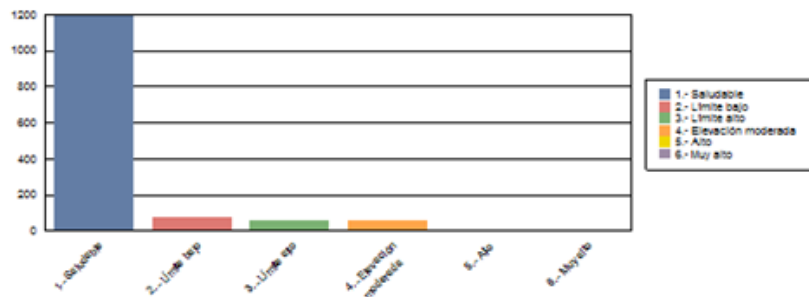
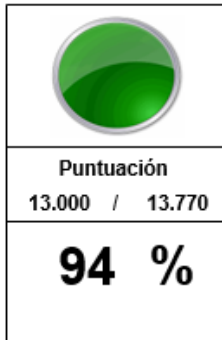
Periodo estudiado desde el:	01/01/2022	hasta el:	31/12/2022
Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado:	1.815		
En la empresa:	01 Universidad de Granada		



Triglicéridos

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	1.189	86,35	11.890	entre 0 y 150
2.- Límite bajo	8	70	5,08	560	entre 151 y 175
3.- Límite alto	6	51	3,70	306	entre 176 y 199
4.- Elevación moderada	4	58	4,21	232	entre 200 y 349
5.- Alto	2	6	0,44	12	entre 350 y 499
6.- Muy alto	0	3	0,22	0	entre 500 y 999

1.377 13.000



9.9 COLESTEROL

El **colesterol** es una sustancia grasa natural presente en todas las células del cuerpo humano necesaria para el normal funcionamiento del organismo. La mayor parte del colesterol se produce en el hígado, aunque también se obtiene a través de algunos alimentos.

Podemos hablar de dos tipos de colesterol:

- **Colesterol malo:** el colesterol al unirse a la partícula **LDL** se deposita en la pared de las arterias y forma las placas de ateroma.
- **Colesterol bueno:** el colesterol al unirse a la partícula **HDL** transporta el exceso de colesterol de nuevo al hígado para que sea destruido.

Cifras de Colesterol total en sangre:

- **Normal:** menos de 200 mg/dl
- **Normal-alto:** entre 200 y 240 mg/dl. Se considera hipercolesterolemia a los niveles de colesterol total superiores a 200 mg/dl.
- **Alto:** por encima de 240 mg/dl

9.9.1 CONCLUSIONES Y ACCIONES DE MEJORA:

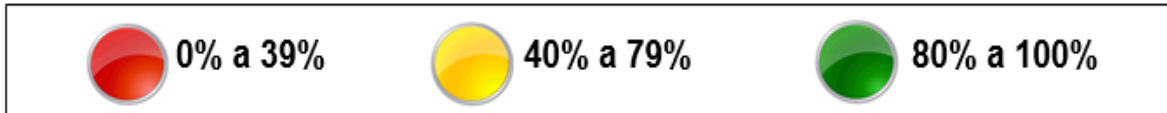
El indicador de salud del Colesterol se encuentra en un 73% por debajo de lo que consideramos cifras saludables.

No hay diferencias significativas entre sexos y el porcentaje de Colesterol alto y muy alto está en un 12,57%.

Por lo que concluimos que requerirá llevar a cabo una intervención sanitaria más agresiva enfocada al porcentaje de trabajadores con niveles de Colesterol por encima de lo deseado, ya sea a través de consejos sanitarios, adjuntar dietas de Hipercolesterolemia, formación en hábitos saludables etc.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el: 01/01/2022 hasta el: 31/12/2022
 N° total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado: 1.815
 En la empresa: 01 Universidad de Granada



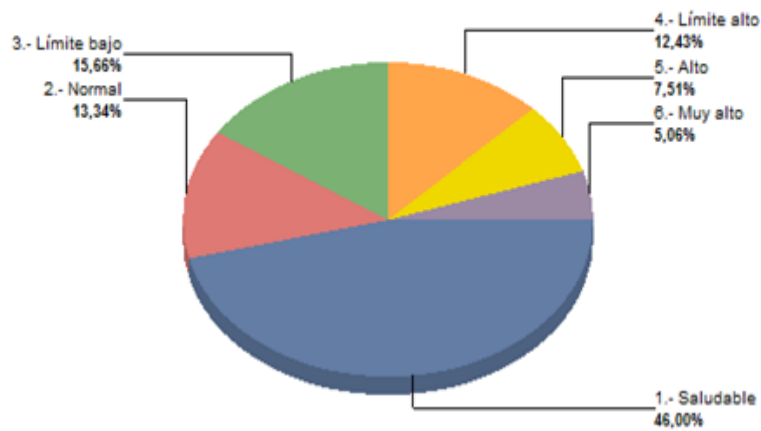
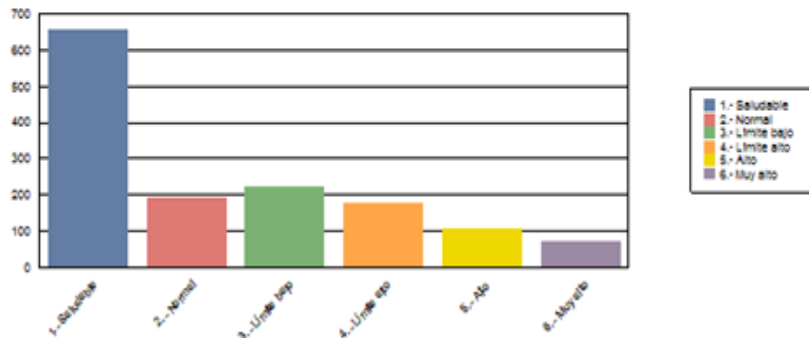
Colesterol total

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	655	46,00	6.550	
2.- Normal	8	190	13,34	1.520	
3.- Límite bajo	6	223	15,66	1.338	
4.- Límite alto	4	177	12,43	708	
5.- Alto	2	107	7,51	214	
6.- Muy alto	0	72	5,06	0	

1.424 / 10.330

Puntuación
10.330 / 14.240

73 %



9.10 ÍNDICE DE ATEROGENICIDAD

Es un cálculo que refleja la relación entre el colesterol total y el colesterol HDL que hay en nuestras arterias. Mediante esta fórmula podremos conocer el riesgo de aterosclerosis de una persona.

Niveles altos de colesterol HDL -también llamado colesterol bueno- en relación con el colesterol total, equivale a un índice aterogénico bajo, y por lo tanto, un menor riesgo de aterosclerosis.

Por el contrario, unos niveles bajos de HDL en proporción a los niveles totales de colesterol, darán un índice aterogénico alto y mayor riesgo de aterosclerosis.

Valores de referencia del índice aterogénico:

- **Riesgo mínimo:** cuando el valor que se obtiene es menor a 3,5, las probabilidades de padecer alguna enfermedad cardiovascular son baja o casi nula.
- **Riesgo moderado:** si los valores se encuentran entre el rango de 3,5 a 4,5, se deben controlar los niveles de colesterol y utilizar estrategias de prevención.
- **Riesgo máximo:** aquellas personas con valores superiores a 4,5 se deben monitorizar constantemente. En este caso, es necesario aplicar medidas para que descendan los niveles de colesterol, con miras a evitar que aparezca enfermedad en los vasos, o en su defecto, para estabilizar la patología ya instaurada.

Además de estos valores de referencia, **en el riesgo de presentar aterosclerosis también influye el sexo de la persona.** Así, en los varones el riesgo grave se considera desde 4,5 puntos en el índice aterogénico; mientras que en las mujeres se considerará a partir de 4.

9.10.1 CONCLUSIONES:

Si hay diferencias significativas entre sexos en los resultados y el porcentaje de índice aterogénico en el límite alto es de un 3,83 % en mujeres y de un 13,79% en hombres (el triple que en mujeres), por lo que aunque el indicador de salud está en **cifras saludables**, es necesario actuar sanitariamente con más hincapié en la población de hombres que presenten un Índice Aterogénico elevado.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el: 01/01/2022 hasta el: 31/12/2022
 N° total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado: 1.815
 En la empresa: 01 Universidad de Granada



0% a 39%




40% a 79%



80% a 100%

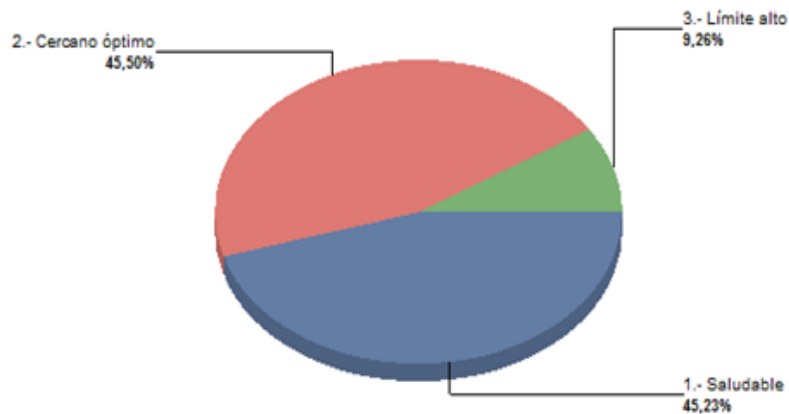
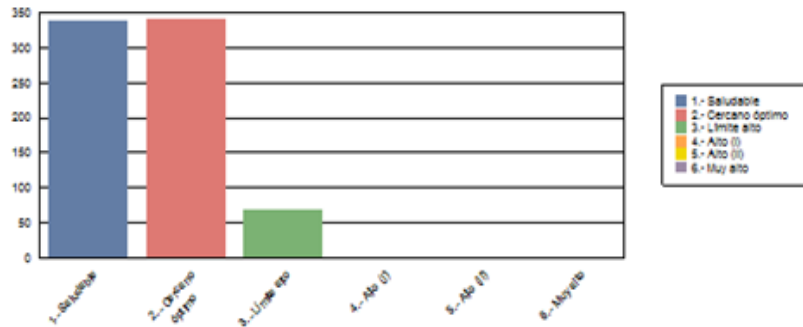
Indice Aterogenicidad

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	337	45,23	3.370	
2.- Cercano óptimo	8	339	45,50	2.712	
3.- Límite alto	4	69	9,26	276	
4.- Alto (I)	0	0	0,00	0	
5.- Alto (II)	0	0	0,00	0	
6.- Muy alto	0	0	0,00	0	
		745		6.358	



Puntuación
6.358 / 7.450

85 %



9.11 RESULTADO GLOBAL

La suma de todas las puntuaciones obtenidas en los factores de riesgo cardiovascular estudiados nos indica un resultado global de 80%, por lo que se encuentra dentro del rango de Salud positiva, con un funcionamiento óptimo y nivel de bienestar elevado.

Como resumen, el Resultado global muestra un estado saludable en la población mujeres (84%) y 7 puntos por debajo en varones (77%) en una zona neutra de salud, difícil de distinguir lo normal de lo patológico.

Las cifras por debajo del nivel de salud positiva en actividad física, alcohol, Índice de Masa Corporal, tensión arterial y colesterol requieren priorizar las actuaciones de promoción de la salud en este sentido, en especial en la población de varones.

Se puede concluir que el entorno laboral de la UGR favorece hábitos saludables a lo que contribuyen los programas instaurados desde el Secretariado Campus Saludable y SSP de la UGR.

Periodo estudiado desde el:	01/01/2022	hasta el:	31/12/2022
Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado:	1.815		
En la empresa:	01 Universidad de Granada		



0% a 39%



40% a 79%



80% a 100%

Resultado global



80 / 100

Salud Positiva, funcionamiento óptimo y nivel de bienestar elevado

Factor de corrección por edad:

Varones mayores de 45 años, resta 3 puntos

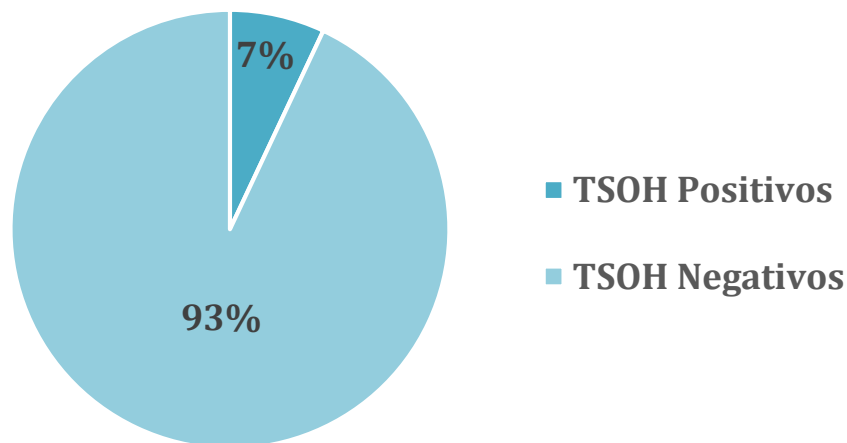
Mujeres mayores de 55 años, resta 3 puntos

10 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER Y GLAUCOMA.

10.1 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL:

A las personas con 50 o más años, que se realizan el RML, se le da la opción de participar en el **Programa Preventivo de Cáncer Colorrectal**, añadiendo al perfil analítico el **test de sangre oculta en heces (TSOH)**, con el fin de detectar alteraciones que pudieran llegar finalmente al diagnóstico precoz de este tipo de cánceres.

En 2022 se han realizado un total de **100 TSOH, número inferior a 2021**, que fueron 160. Del total de TSOH realizadas 7, el **7%**, fueron positivas, representando **casi el doble de que en 2021**, que fue del 3,7%. A los casos positivos se les deriva a su médico de atención primaria para valoración y si procede consulta con el especialista para que realice una revisión y las pruebas complementarias necesarias para un diagnóstico definitivo.



Del total, el **63%** se ha realizado en varones y **37%** en mujeres, porcentajes similares a 2021. De las **7 muestras positivas**, 4 fueron en varones, **6,3%** con relación a total de varones, el doble de porcentaje que en 2021; y 3 en mujeres, **8,1%** con relación a total de mujeres, **muy superior al porcentaje de 2021** situado en el 1,8%.

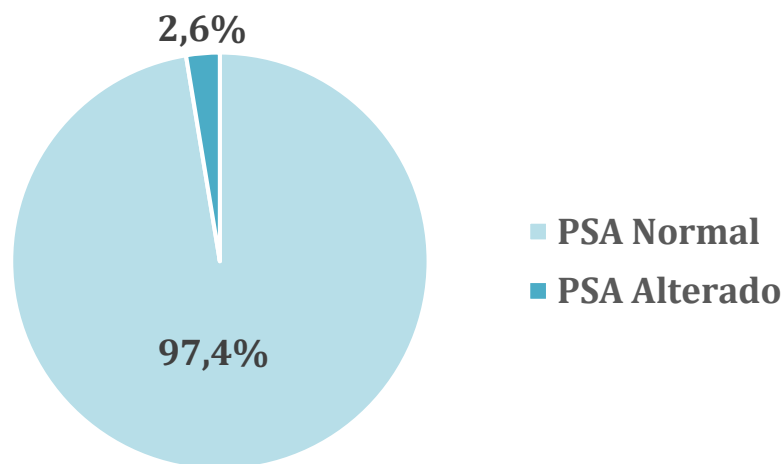
Tabla 27: Resultados Test Sangre oculta en heces

Resultados Test Sangre Oculta en Heces (TSOH) por sexo			
	Varón	Mujer	Total
- TSOH Positivos	4	3	7
- TSOH Negativos	59	34	93
- Total	63	37	100

10.2 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA:

A los hombres con 50 años o más, como parte del Programa de Prevención de Cáncer de Próstata, se le añade automáticamente, al perfil analítico del RML, la determinación del antígeno prostático específico (PSA), con objeto de poder diagnosticar precozmente este tipo de cánceres.

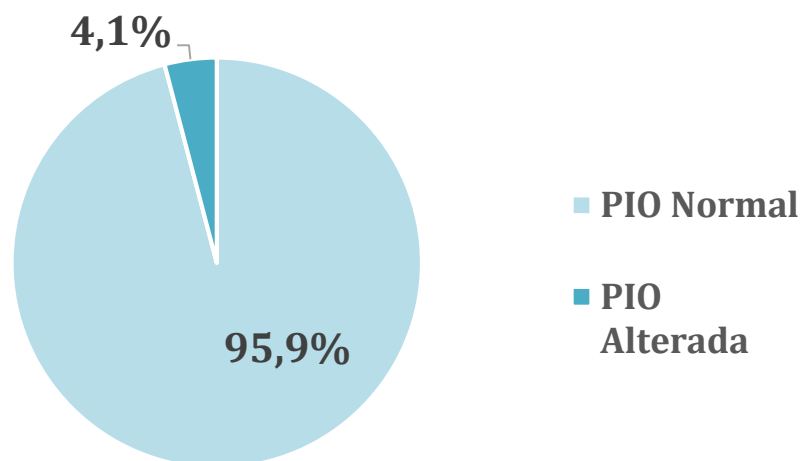
Se han realizado un total de **270** determinaciones de PSA, 17% más que en el año 2021, encontrado valores de normalidad en **263**, el **97,4%**, y alterados en **7**, el **2,6%**, del total de los casos, siendo este **porcentaje un 1% menor a 2021**. A los casos positivos se les deriva a su médico de atención primaria para valoración y si procede consulta con el especialista para que realice una revisión y las pruebas complementarias necesarias para diagnóstico.



10.3 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL GLAUCOMA:

Al personal con determinados protocolos (exposición a pantallas de visualización de datos mayor a 40 años y conductores) o resto de protocolos según criterio médico (valorando sintomatología y/o antecedentes), se les realiza la medición de la presión intraocular (PIO), con objeto de detectar precozmente alteraciones en esta que pudieran terminar produciendo glaucoma.

Se ha realizado la toma de presión intraocular a **922 personas** (un 138% más que en 2021). En **884** personas se han encontrado valores de normalidad, el **95,9%**, y en **38** valores anormales, el **4,1%**, dato inferior a 2021 en 0,38%. Las personas con PIO elevada son derivadas al oftalmólogo concertado con el SSP para valoración, diagnóstico y seguimiento.



De estas 922 personas valoradas, **52,92%** son varones y **47,08%** mujeres. De los valores anormales indicados, **20** fueron en varones (**4,09%** con relación a total de varones, siendo este porcentaje menor que en 2021) y **18** en mujeres (**4,14%** con relación a total de mujeres, inferior también a 2021).

Tabla 28: Resultados Medición presión intraocular por sexo.

Resultados Medición Presión Intraocular (PIO) por sexo			
	Varón	Mujer	Total
- PIO Alterada	20	18	38
- PIO Normal	468	416	884
- Total	488	434	922

De estas 922 personas, **54,77%** son PDI y **45,23%** PAS. De los valores anormales, **18** fueron en PDI (**3,56%** con relación a total de PDI, **0,66%** más que en 2021) y **20** en PAS (**4,79%** con relación a total de PAS, mayor que en el caso del PDI, pero **1,77%** menor que el mismo dato en 2021).

Tabla 29: Resultados Medición presión intraocular por puesto.

Resultados Medición Presión Intraocular (PIO) por puesto			
	PDI	PAS	Total
- PIO Alterada	18	20	38
- PIO Normal	487	397	884
- Total	505	417	922



10.4 CONCLUSIONES Y ACCIONES DE MEJORA

Una vez valorados los resultados de los diferentes programas, se puede concluir que los porcentajes de las alteraciones detectadas son bajos con relación al total, aunque en números absolutos sí que es significativo, teniendo en cuenta la gravedad de las patologías a la que esta detección precoz está orientada. Por esto, se concluye que su realización está suficientemente justificada, por lo que deberían mantenerse en las próximas planificaciones de actividades.

11 IDENTIFICACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE CASOS Y CONTACTOS COVID-19

La intervención de las empresas, a través de los servicios de prevención de riesgos laborales, frente a la exposición al SARS-COV-2 está siendo crucial en la situación en la que nos encontramos, adaptando su actividad con recomendaciones y medidas actualizadas de prevención establecidas en el PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES FRENTE A LA EXPOSICIÓN AL SARS-CoV-2 del Ministerio de Sanidad, con el objetivo general de evitar los contagios: medidas de carácter organizativo, de protección colectiva, de protección personal, de trabajador especialmente vulnerable y nivel de riesgo, de estudio y manejo de casos y contactos ocurridos en la empresa y de colaboración en la gestión de la incapacidad temporal.

Una vez indicada esta necesidad, el personal sanitario del Servicio de Salud y Prevención (SSP) realiza una valoración y seguimiento de los casos y contactos notificados, con el objetivo de:

- La detección precoz de los casos con infección activa por SARS-CoV-2.
- Establecer medidas preventivas para evitar contagios y el periodo mínimo de duración de las mismas.
- Identificación de contactos estrechos de casos sospechosos y confirmados en la comunidad universitaria.
- Establecer medidas específicas preventivas a seguir en los Centros.
- Seguimiento de la evolución de los casos.

Para llevar a cabo esta actuación, se distinguen los siguientes casos definidos por el Ministerio de Sanidad:

- **Caso sospechoso:** Cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.
- **Caso confirmado:** Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y PDIA (Prueba diagnóstica de infección activa) positiva. Persona asintomática con PDIA positiva (en situaciones de cribado, únicamente se considerarse caso confirmado si se obtiene una PCR positiva).
- **Contacto estrecho:** De forma general, a nivel comunitario, se considerará contacto estrecho a cualquier persona que haya estado en

el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas. En entornos en los que se pueda hacer una valoración del seguimiento de las medidas de prevención podrá realizarse una valoración individualizada por el servicio de prevención de riesgos laborales o el responsable que sea designado para ese fin.

- **Caso descartado:** Caso sospechoso con PDIA negativa en el que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.
- **Contacto estrecho descartado:** Contactos estrechos de casos sospechosos que finalmente se descartan o posibles contactos estrechos que finalmente no lo son por las características del contacto.

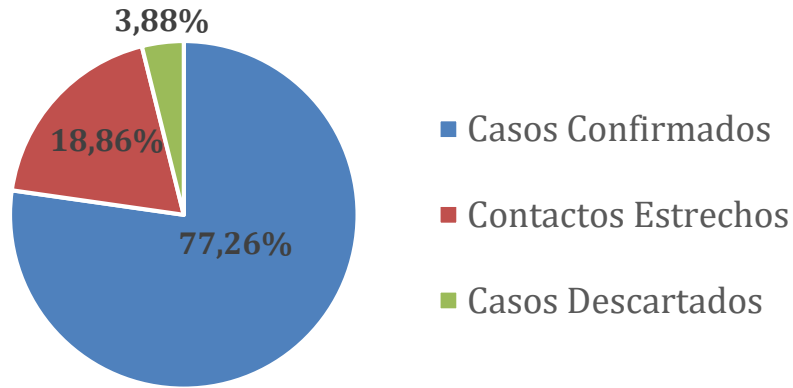
11.1 IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DE CASOS Y CONTACTOS EN PERSONAL EMPLEADO

Tal y como estableció el procedimiento implementado en la UGR para el curso 21-22, el personal debía comunicar su caso COVID-19 al SSP, pero en las medidas para el curso 22-23, por la situación de la enfermedad, ya no es necesaria esta comunicación, al indicarse medidas generales para los casos, por lo que los datos reflejados en este documento se refieren al periodo comprendido de enero a agosto de 2022. En el periodo que se hace el seguimiento, el personal sanitario del SSP, una vez valorado individualmente cada caso, genera y envía un informe a la persona afectada con copia al Equipo Covid-19 de su Centro, en el que se especifican las medidas a tener en cuenta: necesidad de aislamiento, fecha mínima de duración, situación en la que se encontrará durante el mismo (como teletrabajo, permiso o incapacidad temporal) y medidas preventivas a tener en cuenta. Junto con este informe se envía enlace a la información sobre las medidas de aislamiento que deben tener en cuenta los casos para evitar el contagio a otras personas.

A continuación, se presentan los resultados valorados en personal empleado durante 2022:

Tabla 30: Total de casos y contactos notificados personal UGR.

Total Casos y Contactos Notificados en Personal Empleado		
	N.º	%
- Casos Confirmados	1.233	77.26%
- Contactos Estrechos	296	18.86%
- Casos y Contactos Descartados	62	3.88%
Total	1.596	100.00%

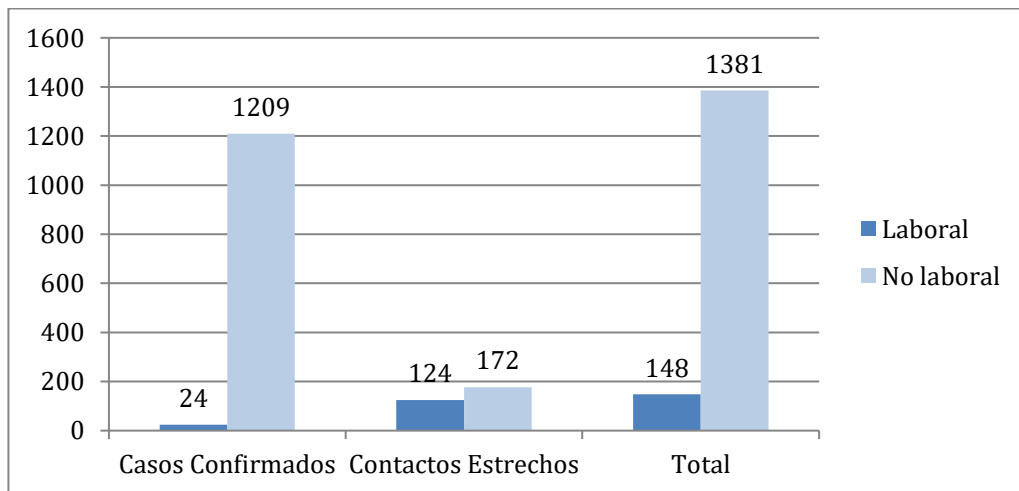


Además de los casos indicados, se ha llevado a cabo una valoración de 2 casos en personal externo a la UGR, que desarrolla sus funciones en nuestras instalaciones, por ser necesario su seguimiento al tener contacto con nuestro personal. De estos casos, 1 fue confirmados y 1 contacto estrecho.

Tabla 31: Casos y contactos de personal según origen laboral de riesgo.

Total Casos y Contactos en Personal Empleado Según Origen del Contacto					
	Laboral	%	No Laboral	%	Total
- Casos Confirmados	24	1,95%	1.209	98,05%	1.233
- Contactos Estrechos	124	41,89%	172	58,10%	296
Total	148	9,67%	1.381	90,32%	1.529

Gráfico 32: Total de casos y contactos de personal según origen laboral de riesgo.



Cabe destacar que:

- Solo el 1.95% de todos los casos notificados como confirmados parece tener su origen en un contacto en el entorno laboral.
- De los 148 contactos estrechos que se han producido en el entorno laboral solo en el 16.21% de los casos, finalmente, se ha producido el contagio.
- Los contactos en el entorno laboral, se producen fundamentalmente en los momentos de descanso (como desayunos, comidas, meriendas, etc.), donde las medidas preventivas establecidas se relajan y por lo tanto se produce el contacto estrecho.
- El 52% de los casos valorados en el SSP que han requerido aislamiento o cuarentena al principio de año o posteriormente como medida preventiva, al no indicarse ya el aislamiento, han permanecido en teletrabajo, no requiriendo por tanto baja médica; el resto han necesitado este trámite o han trabajado con medidas, ya que su puesto de trabajo o su situación clínica no permitían el trabajo no presencial.

Tabla 32: Casos y contactos en personal empleado por sexo

Casos y Contactos en Personal Empleado por Sexo					
	Hombre	%	Mujer	%	Total
- Casos Confirmados	562	45,58%	671	54,42%	1.233
- Contactos Estrechos	142	47,97%	154	52,03%	296
Total	704	46,04%	825	53,96%	1.529

Gráfico 33: Casos y contactos en personal empleado por sexo.

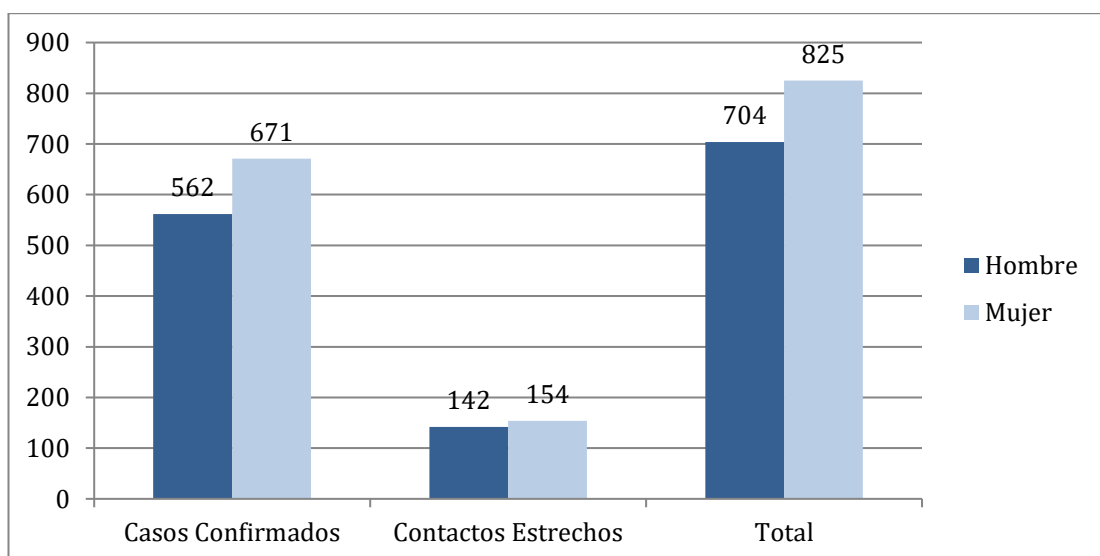
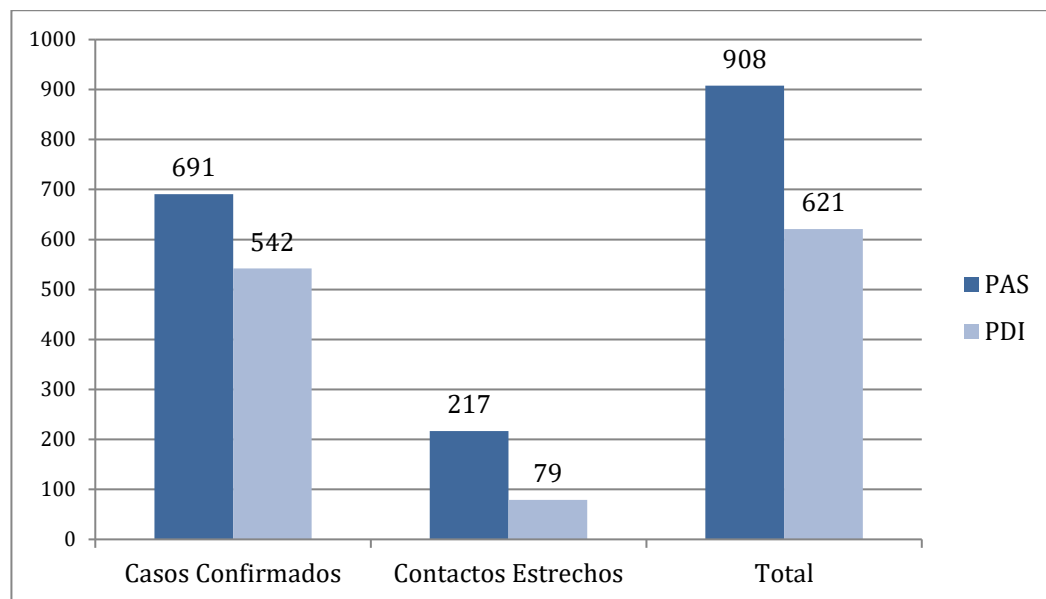


Tabla 33: Casos y contactos en personal empleado por puesto.

Casos y Contactos en Personal Empleado por Puesto					
	PAS	%	PDI	%	Total
- Casos Confirmados	691	56,04%	542	43,96%	1.233
- Contactos Estrechos	217	73,31%	79	26,69%	296
Total	908	59,39%	621	40,61%	1.529

Gráfico 34: Casos y contactos en personal empleado por puesto



Según los resultados presentados en este gráfico, se sospecha que, sobre todo en el PDI, **se produce una infra notificación de casos** al SSP, ya que la proporción con respecto al PAS es muy significativa, teniendo en cuenta la dimensión de cada plantilla.

Tabla 34: Casos y contactos por semanas epidemiológicas.

Semana Epidemiológica	Desde	Hasta	Casos Confirmados	Contactos estrechos
1	02/01/2022	08/01/2022	0	0
2	09/01/2022	15/01/2022	47	8
3	16/01/2022	22/01/2022	256	69
4	23/01/2022	29/01/2022	112	38
5	30/01/2022	05/02/2022	97	29
6	06/02/2022	12/02/2022	61	22

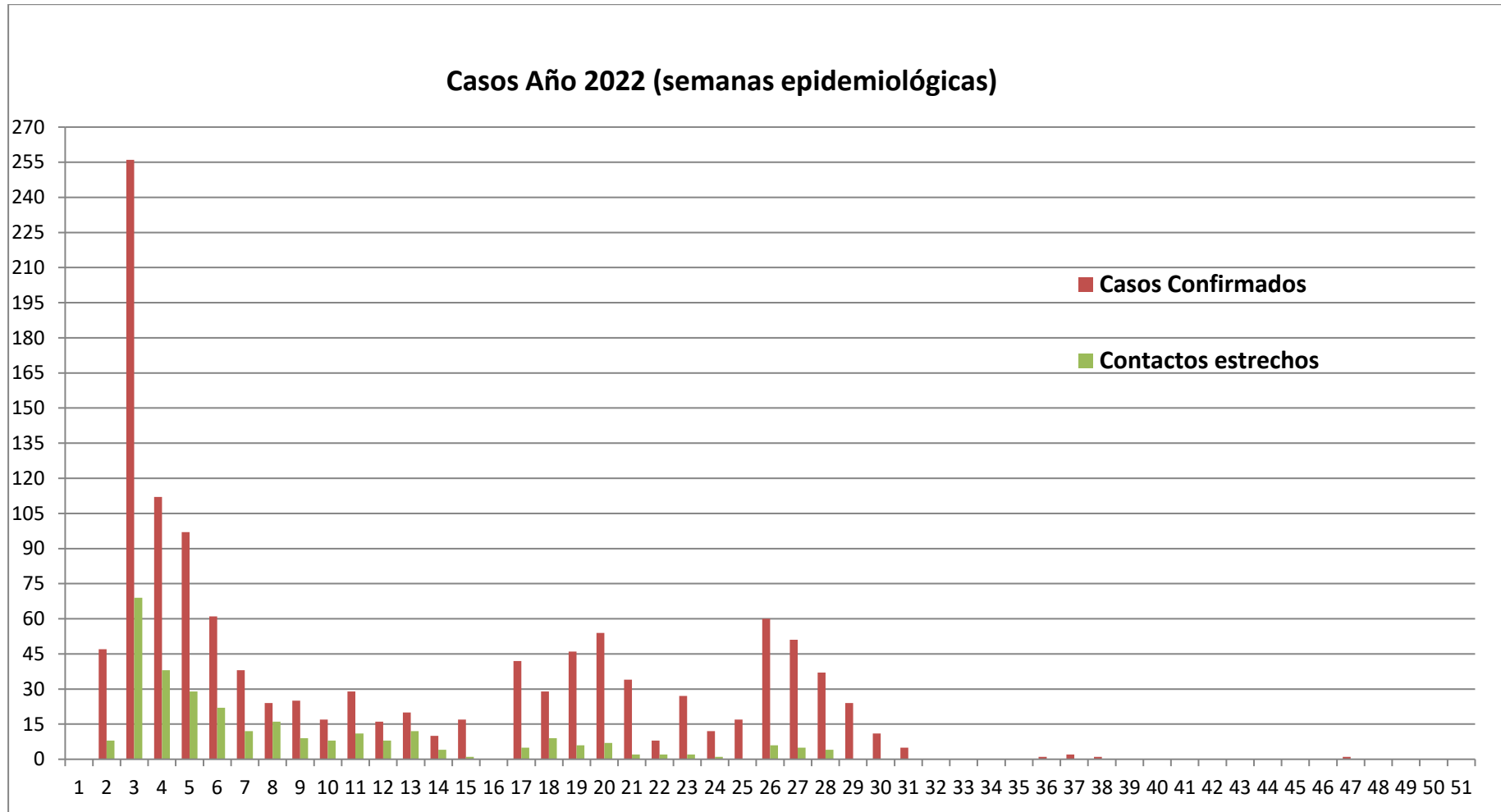


Semana Epidemiológica	Desde	Hasta	Casos Confirmados	Contactos estrechos
7	13/02/2022	19/02/2022	38	12
8	20/02/2022	26/02/2022	24	16
9	27/02/2022	05/03/2022	25	9
10	06/03/2022	12/03/2022	17	8
11	13/03/2022	19/03/2022	29	11
12	20/03/2022	26/03/2022	16	8
13	27/03/2022	02/04/2022	20	12
14	03/04/2022	09/04/2022	10	4
15	10/04/2022	16/04/2022	17	1
16	17/04/2022	23/04/2022	0	0
17	24/04/2022	30/04/2022	42	5
18	01/05/2022	07/05/2022	29	9
19	08/05/2022	14/05/2022	46	6
20	15/05/2022	21/05/2022	54	7
21	22/05/2022	28/05/2022	34	2
22	29/05/2022	04/06/2022	8	2
23	05/06/2022	11/06/2022	27	2
24	12/06/2022	18/06/2022	12	1
25	19/06/2022	25/06/2022	17	0
26	26/06/2022	02/07/2022	60	6
27	03/07/2022	09/07/2022	51	5
28	10/07/2022	16/07/2022	37	4
29	17/07/2022	23/07/2022	24	0
30	24/07/2022	30/07/2022	11	0
31	31/07/2022	06/08/2022	5	0
32	07/08/2022	13/08/2022	0	0
33	14/08/2022	20/08/2022	0	0
34	21/08/2022	27/08/2022	0	0
35	28/08/2022	03/09/2022	0	0
36	04/09/2022	10/09/2022	1	0
37	11/09/2022	17/09/2022	2	0
38	18/09/2022	24/09/2022	1	0
39	25/09/2022	01/10/2022	0	0
40	02/10/2022	08/10/2022	0	0
41	09/10/2022	15/10/2022	0	0
42	16/10/2022	22/10/2022	0	0
43	23/10/2022	29/10/2022	0	0
44	30/10/2022	05/11/2022	0	0
45	06/11/2022	12/11/2022	0	0
46	13/11/2022	19/11/2022	0	0
47	20/11/2022	26/11/2022	0	0
48	27/11/2022	03/12/2022	0	0
49	04/12/2022	10/12/2022	0	0
50	11/12/2022	17/12/2022	0	0
51	18/12/2022	24/12/2022	0	0
52	25/12/2022	31/12/2022	0	0



Hay que tener en cuenta, como ya se ha comentado al inicio de este apartado, que para el curso 22-23 ya no es necesaria la notificación al SSP, por lo que en este periodo no aparecen casos notificados.

Gráfico 35: Casos Año 2022 (semanas epidemiológicas)



11.2 SEGUIMIENTO DE CASOS EN PERSONAL EMPLEADO

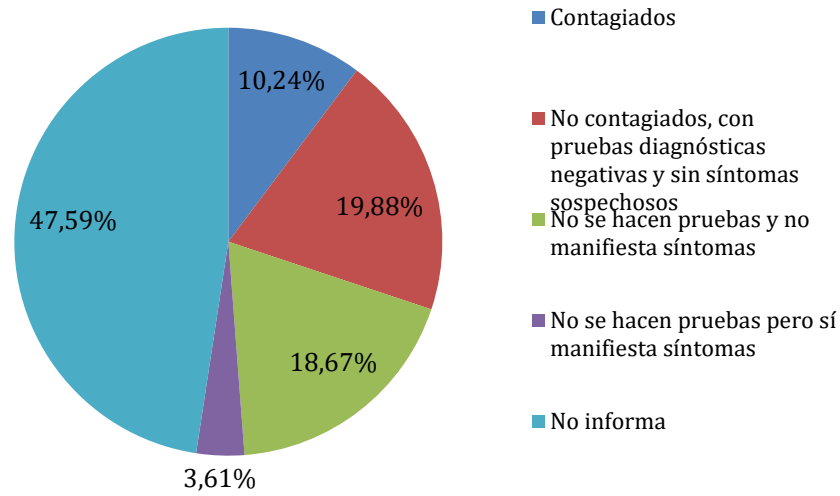
Tras el contacto inicial para valorar cada caso, en el que se establecen las medidas comentadas en el apartado anterior, el personal debe informar al SSP de su evolución (como resultados de pruebas posteriores realizadas, agravamiento de síntomas, finalización de su periodo de cuarentena, alta, etc.). Una vez finalizado el periodo de aislamiento mínimo, al personal del que no tenemos conocimiento de su estado, se le envía enlace a un formulario web para que contesten a un cuestionario, con el objetivo de conocer secuelas en casos confirmados o si finalmente se ha producido el contagio en contactos, aplicando si son necesarias nuevas medidas.

11.2.1 SEGUIMIENTO DE CONTACTOS ESTRECHOS

Del seguimiento de todos los contactos estrechos valorados inicialmente, se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 35: Seguimiento de Contactos Estrechos,

Seguimiento de Contactos Estrechos		
	Nº	%
- Casos Contagiados:	34	10.24%
- No contagiados, con pruebas diagnósticas negativas y sin síntomas sospechosos:	66	19.88%
- No se hacen pruebas y no manifiesta síntomas:	62	18.67%
- No se hacen pruebas, pero sí manifiesta síntomas:	12	3.61%
- No Informa:	158	47.59%
- Total contactos:	332	100,00%

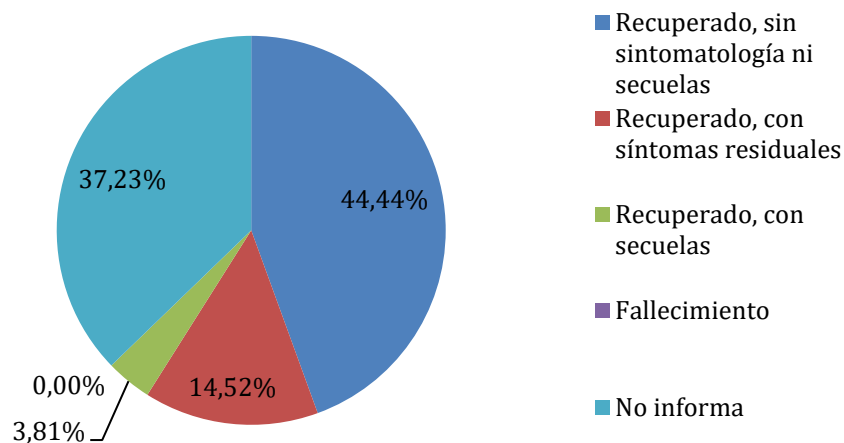


11.2.2 SEGUIMIENTO DE CASOS CONFIRMADOS

Del seguimiento de los casos confirmados, una vez ha pasado al menos una semana del fin de su periodo de aislamiento mínimo, se obtienen los siguientes datos:

Tabla 36: Seguimiento de Casos Confirmados

Seguimiento de Casos Confirmados		
	Nº	%
- Recuperado, sin sintomatología ni secuelas:	548	44.44%
- Recuperado, con síntomas residuales:	179	14.52%
- Recuperado, con secuelas:	47	3.81%
- Fallecimiento:	0	0%
- No informa:	459	37.23%
- Total casos:	1233	100,00%



De los **casos confirmados de los que tenemos información de su estado después del periodo de aislamiento (774 casos)**, es destacable que:

- El **70.80%** de los casos confirmados refiere haberse recuperado sin secuelas (**aprox. un 13% más que en 2021**).
- El **6%** refiere que se ha recuperado, pero mantiene diferentes secuelas de la infección, **siendo este porcentaje la mitad que en 2021**.
- A **130 personas**, una vez valorada su situación después de pasada la infección, se les ha **enviado cita para reconocimiento médico laboral**, con el objeto de revisar su estado de salud general y si este repercute en su trabajo.
- La menor gravedad en los casos confirmados podría explicarse por el tipo de infección más leve que genera la variante predominante en este año (ómicron) y la mayor inmunidad adquirida por la amplia cobertura vacunal e infecciones pasadas.



Índice de Gráficos

Gráfico 1: Alteraciones en exploración visual PAS/PDI.....	5
Gráfico 2: Alteraciones en exploración visual por sexo.....	5
Gráfico 3: Tipo de alteraciones en exploración visual PAS/PDI.....	6
Gráfico 4: factores relacionados con PVD que producen molestias.....	9
Gráfico 5: Alteraciones locomotor PDI y PAS.....	15
Gráfico 5: Síntomas visuales asociados al uso de PVD.....	10
Gráfico 6: Alteraciones locomotor en todos los protocolos valorados.....	13
Gráfico 7: Topo alteraciones locomotor en todos los protocolos valorados.....	13
Gráfico 8: Alteraciones locomotor PVD por sexo.....	15
Gráfico 9: Tipo alteraciones locomotor PAS/PDI por sexo.....	16
Gráfico 10: Tipo alteraciones locomotor MMCC y MMRR por sexo.....	18
Gráfico 11: Problemas en los últimos 12 meses PVD.....	20
Gráfico 12: Problemas en últimos 7 días PVD.....	21
Gráfico 13: Incapacitado últimos 12 meses.....	22
Gráfico 14: Problemas en últimos 12 meses en MMCC.....	23
Gráfico 15: Problemas en últimos 7 días en MMCC.....	23
Gráfico 16: Incapacitado últimos 12 meses en MMCC.....	24
Gráfico 17: Respuesta del paciente al tiempo del dolor.....	29
Gráfico 18: Factor tiempo-dolor musculo esquelética.....	30
Gráfico 19: Respuesta causa dolor subjetiva del paciente.....	30
Gráfico 20: Respuesta causa dolor subjetiva del paciente en historial clínico.....	31
Gráfico 21: Respuesta calidad de sueño subjetiva del paciente.....	32
Gráfico 22: Respuesta educación en salud.....	33
Gráfico 23: Respuesta al tratamiento de fisioterapia PAS/PDI.....	33
Gráfico 24: Porcentaje Diagnóstico Topográfico General AT con BAJA.....	43
Gráfico 25: Porcentaje Diagnóstico Topográfico General AT sin BAJA.....	44
Gráfico 26: Porcentaje Diagnóstico Topográfico General EP sin BAJA.....	45
Gráfico 27: Porcentaje RML tras ITCC por puesto de trabajo.....	48
Gráfico 28: Porcentaje relativo RML tras ITCC por tamaño de puesto.....	49
Gráfico 29: Porcentaje RML TRAS ITCC por Diagnóstico Topográfico General.....	50
Gráfico 30: Porcentaje RML tras ITCC por Diagnóstico Etiológico Significativo.....	51
Gráfico 31: Permisos y Comunicaciones Maternidad.....	55
Gráfico 32: Total de casos y contactos de personal según origen laboral de riesgo.....	85
Gráfico 33: Casos y contactos en personal empleado por sexo.....	86
Gráfico 34: Casos y contactos en personal empleado por puesto.....	87
Gráfico 35: Casos Año 2022 (semanas epidemiológicas).....	90



Índice de Tablas

Tabla 1: Alteraciones detectadas en exploración visual RML 2022 por puestos y sexo	7
Tabla 2: Factores ergonómicos responsables de molestias visuales PDI	8
Tabla 3: Factores ergonómicos responsables de molestias visuales PAS.....	8
Tabla 4: Sintomatología de la fatiga visual en Pantalla de Datos PDI	9
Tabla 5: Sintomatología de la fatiga visual en Pantalla de Datos PAS.....	10
Tabla 6: Alteraciones detectadas en exploración locomotor RML 2022 por protocolos	14
Tabla 7: Alteraciones detectadas en exploración locomotor en RML de 2022 con protocolo pantallas de visualización de datos (PVD) diferenciado por puestos de trabajo personal docente investigador (PDI) y de administración y servicios (PAS).....	17
Tabla 8: Cuantificación del riesgo vocal	27
Tabla 9: Evolución administración de vacuna antigripal 2019-2022.....	37
Tabla 10: Vacunas administradas según colectivo laboral Gripe.....	37
Tabla 11: Vacunas administradas según colectivo laboral Tétanos.....	38
Tabla 12: Vacunas administradas según colectivo laboral Hepatitis.A.....	39
Tabla 13: Vacunas administradas según colectivo laboral Hepatitis.B.....	39
Tabla 14: Vacunas administradas según colectivo laboral Fiebre Tifoidea.....	40
Tabla 15: Total vacunas administradas durante el año 2022	41
Tabla 16: Marcadores serológicos realizados en este periodo.....	41
Tabla 17: Diagnóstico Topográfico General AT con BAJA UGR 2022	43
Tabla 18: Diagnóstico Topográfico General AT sin BAJA UGR 2022	44
Tabla 19: Diagnóstico Topográfico General EP sin BAJA UGR 2022	45
Tabla 20: Tablas Generales RML tras ITCC UGR 2022	47
Tabla 21: RML tras ITCC por puesto UGR 2022.....	47
Tabla 22: RML tras ITCC por tamaño de puesto de trabajo UGR 2022.....	48
Tabla 23: Diagnóstico Topográfico general RML tras ITCC UGR 2022	49
Tabla 24: Diagnóstico Etiológico Significativo por puestos RML tras ITCC UGR	51
Tabla 25: Permisos y Comunicaciones Maternidad	54
Tabla 26: Cálculo de riesgo cardiovascular.....	58
Tabla 27: Resultados Test Sangre oculta en heces	79
Tabla 28: Resultados Medición presión intraocular por sexo	81
Tabla 29: Resultados Medición presión intraocular por puesto.....	81
Tabla 30: Total de casos y contactos notificados personal UGR.....	84
Tabla 31: Casos y contactos de personal según origen laboral de riesgo	85
Tabla 32: Casos y contactos en personal empleado por sexo.....	86
Tabla 33: Casos y contactos en personal empleado por puesto	87
Tabla 34: Casos y contactos por semanas epidemiológicas	87
Tabla 35: Seguimiento de Contactos Estrechos	91
Tabla 36: Seguimiento de Casos Confirmados	92