

PROTOCOLOS DE VIGILANCIA SANITARIA ESPECÍFICA

CORURO DE VINILO MONÓMERO

**COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA
CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**



Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Secretaría General Técnica
Centro de Publicaciones
Paseo del Prado, 18, 28014 Madrid
ISBN: 84-7670-516-6
NIPO: 351-99-051-X
D.L.: M-49533-1999
Imprime:
Sociedad Anónima de Fotocomposición, Talisio 9, 28027 Madrid

**SESIÓN PLENARIA DEL CONSEJO
INTER TERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD (25 DE OCTUBRE DE 1999)**

El Pleno informa favorablemente el «Protocolo de vigilancia sanitaria específica para los/as trabajadores/as expuestos a cloruro de vinilo monómero».

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

GRUPO DE TRABAJO DE SALUD LABORAL DE LA COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

COORDINACIÓN DEL PROTOCOLO

DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA. CONSELLERIA DE SANITAT. GENERALITAT VALENCIANA.

AUTORES

Vicent Villanueva i Ballester. Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana.

Rosario Ballester Gimeno. Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo de la Comunidad Valenciana.

Carmen Celma Marín. Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana.

Juan Manuel Ferris Gil. Asociación Levantina de Especialistas en Medicina del Trabajo.

José Folch García. Mutua Valenciana Levante (MATEPSS n.º 15).

Alberto Fuster García. Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad en el Trabajo.

Rafael Gadea Merino. Comisiones Obreras del País Valenciano.

José Luís Llorca Rubio. Gabinete de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Generalitat Valenciana.

Manuel Vera Quesada. Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana.

GRUPO DE TRABAJO DE SALUD LABORAL

Enrique Gil López. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Montserrat García Gómez. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Félix Robledo Muga. Instituto Nacional de la Salud. Madrid.

José Antonio del Ama Manzano. Consejería de Sanidad. Castilla-La Mancha.

Liliana Artieda Pellejero. Instituto Navarro de Salud Laboral. Navarra.

Francisco Camino Durán. Consejería de Salud. Andalucía.

Rosa María Campos Acedo. Consejería de Bienestar Social. Extremadura.

Carmen Celma Marín. Consejería de Sanidad. Comunidad Valenciana.

Juan Carlos Coto Fernández. Instituto Vasco Salud Laboral. País Vasco.

Eduardo Estaún Blasco. Consejería de Sanidad y Consumo. Canarias.

María Teresa Fernández Calvo. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Castilla y León.

Fernando Galvañ Olivares. Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia.

Mariano Gallo Fernández. Instituto Navarro de Salud Laboral. Navarra.

Isabel González García. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Galicia.

Asunción Guzmán Fernández. Consejería de Servicios Sociales. Asturias.

Nieves Martínez Arguisuelas. Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. Aragón.

Manuel Oñorbe de Torre. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid.

Francisco Javier Sevilla Lámana. Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social. La Rioja.

José Luis Taberner Zaragoza. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Cataluña.

PRESENTACIÓN

Este volumen pertenece a la serie «Protocolos de Vigilancia Sanitaria», editados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y fruto del trabajo desarrollado por las Administraciones Sanitarias a través del Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como contribución a las actividades de prevención de riesgos laborales en nuestro país.

El nuevo marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, y normas de desarrollo) supone, entre otras cuestiones, que debe cambiar radicalmente la práctica de los reconocimientos médicos que se realizan a las y los trabajadores. De ser exámenes médicos inespecíficos, cercanos a los clásicos chequeos o cribados de carácter preventivo general, deben pasar a ser periódicos, específicos frente a los riesgos derivados del trabajo, con el consentimiento informado del trabajador, y no deben ser utilizados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador.

Además de reconocer el derecho de todos los trabajadores a la vigilancia periódica de su salud, incluso prolongándola más allá de la finalización de la relación laboral en algunos supuestos, la ley encomienda a las administraciones sanitarias la tarea de dar homogeneidad y coherencia a los objetivos y contenidos de la vigilancia de la salud, mediante la elaboración de protocolos y guías de actuación, con la mirada puesta en implantar un modelo de vigilancia de la salud en el trabajo que sea eficaz para la prevención.

El poder contar con criterios uniformes basados en la evidencia científica y la experiencia profesional de los participantes en los grupos de trabajo constituidos para su elaboración, permitirá alcanzar los objetivos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud de las y los trabajadores.

Efectivamente, ya establecido en la Ley General de Sanidad: «*Vigilar la salud de los trabajadores para detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos*», la recogida armonizada y periódica de datos sobre riesgos y enfermedades y su posterior análisis e interpretación sistemáticos con criterios epidemiológicos, constituye uno de los instrumentos con que cuenta la salud pública para poder identificar, cuantificar y priorizar y, por lo tanto, diseñar políticas de prevención eficaces.

Para la elaboración de los protocolos, se constituyeron varios grupos de trabajo, que, coordinados por los representantes de las Comunida-

des Autónomas, permitiese la elaboración en paralelo de varios de ellos. Finalmente, una vez concluido el procedimiento interno de elaboración de los mismos, han sido sometidos a consulta y adecuadamente informados por Agentes Sociales (CEOE, CEPYME, UGT, CCOO y AMAT) y Sociedades Científicas (SEMST, SEEMT, AEETSL, SESPAS y SEE), con cuyos representantes se mantuvieron reuniones al efecto, en el Ministerio de Sanidad y Consumo, habiéndose incorporado a la redacción final los comentarios recibidos que se consideró mejoraban el texto presentado.

El que se presenta en este volumen proporciona a los profesionales implicados en la prevención de riesgos laborales, especialmente a los sanitarios, una guía de actuación para la vigilancia sanitaria específica de las y los trabajadores expuestos a cloruro de vinilo monómero, que será revisado periódicamente, en la medida que así lo aconseje la evolución de la evidencia científica disponible y su aplicación concreta en los centros de trabajo de nuestro país.

Juan José Francisco Polledo
Director General de Salud Pública

SUMARIO

	<i>Págs.</i>
1. ÁMBITO DE APLICACIÓN	13
2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	13
2.1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS	13
2.2. FUENTES DE EXPOSICIÓN Y USOS	14
2.3. MECANISMO DE ACCIÓN	15
2.4. EFECTOS SOBRE LA SALUD	15
3. EVALUACIÓN DEL RIESGO	17
4. PROTOCOLO DE VIGILANCIA SANITARIA ESPECÍFICA	17
4.1. HISTORIA LABORAL	18
4.2. HISTORIA CLÍNICA	18
4.3. CONTROL BIOLÓGICO Y ESTUDIOS COMPLEMENTA- RIOS	19
5. NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL EXAMEN DE SALUD ESPECÍFICO	22
6. CONDUCTA A SEGUIR SEGÚN LAS ALTERACIONES QUE SE DETECTEN	22
7. LEGISLACIÓN APLICABLE	22
8. BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXO: FICHA DE RECOGIDA DE DATOS CLÍNICO-LABORALES DE LOS TRABAJADORES EXPUESTOS A CLORURO DE VINILO MONÓMERO	25

COLORURO DE VINILO MONÓMERO

1. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este protocolo será de aplicación a los trabajadores de los centros de trabajo en los cuales el cloruro de vinilo monómero es fabricado, recuperado, almacenado, transportado, transformado en copolímero o utilizado de cualquier manera, y los trabajadores estén expuestos a sus efectos.

No será de aplicación a los trabajadores de centros de trabajo dedicados exclusivamente a la transformación de polímeros.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Cloruro de vinilo monómero (cloroetileno, cloroeteno, monocloroeteno, monocloroetileno, monocloruro de etileno, CV, CVM)¹⁻³

Etileno halogenado. Gas incoloro a temperatura ambiente, con olor ligeramente dulzón, con un umbral oloroso a partir de concentraciones de 2.000 ppm.

N.º CAS: 75-01-4.

Fórmula estructural: CH₂=CHCl.

Punto de ebullición -14º C.

Zona de trabajo ⁴

Parte delimitada del centro de trabajo, que puede comprender uno o varios puestos de trabajo. Se caracteriza porque cada trabajador, en el cumplimiento de sus obligaciones, emplea diferentes períodos de tiempo en los distintos puestos de trabajo, que la duración de la permanencia de estos puestos no puede ser definida con mayor precisión y que una subdivisión más profunda de la zona en unidades más pequeñas no es razonablemente posible.

Zona vigilada ⁴

Zona de trabajo donde existe riesgo de desprendimiento de cloruro de vinilo monómero. Las representaciones de la empresa y de los trabajadores determinarán de mutuo acuerdo qué zonas de trabajo deben ser vigiladas.

Trabajador expuesto ⁴

Todo trabajador que ejecute su tarea de modo habitual, total o parcialmente, en una zona vigilada.

Límite de exposición anual ⁴

Valor que no debe exceder la concentración media ponderada en el tiempo del CVM en el ambiente de una zona de trabajo, siendo el año el tiempo de referencia y teniendo en cuenta las concentraciones medias durante los períodos de actividad de las instalaciones, así como las duraciones de tales períodos. No se tendrán en cuenta en el cálculo de la concentración promediada los valores efectivos de concentración durante los períodos de alarma

Límite de exposición diaria ⁴

Valor que no debe exceder la concentración media ponderada en el tiempo del CVM en el ambiente de una zona de trabajo, siendo ocho horas el tiempo de referencia y con la condición de no sobrepasar en el período de un año el límite de exposición anual. El límite de exposición diaria es complementario del límite de exposición anual.

Límites de exposición y niveles de alarma ⁴

El Reglamento para la Prevención de Riesgos y Protección de la Salud por la presencia de cloruro de vinilo monómero en el ambiente de trabajo establece los siguientes niveles de exposición y alarma:

- Límite de exposición anual: 3 ppm
- Límite de exposición diaria: 7 ppm
- Situación de alarma:
 - Concentración promediada durante una hora: 15 ppm
 - Concentración promediada durante 20 minutos: 20 ppm
 - Concentración promediada durante 2 minutos: 30 ppm

2.2. FUENTES DE EXPOSICIÓN Y USOS

La síntesis de CVM se realiza por hidrocloración del acetileno o por halogenación del etileno. El 97% de la producción se dedica a la síntesis

de PVC, y el resto a la producción de copolímeros, metilcloroformo y otros.

En el año 1989 se estimó que la plantilla del sector en España ascendía a 500-600 trabajadores, con una población laboralmente expuesta de 379 trabajadores ⁵.

2.3. MECANISMO DE ACCIÓN

El CV ³ se absorbe principalmente por vía respiratoria, desde donde pasa al torrente sanguíneo; aunque también puede absorberse por el aparato digestivo, cuando contamina alimentos y bebidas, y por vía percutánea, aunque estas últimas vías de absorción son poco importantes.

Una vez absorbido, el CVM sigue un proceso de biotransformación y eliminación que varía en función de la concentración absorbida. Si la cantidad es alta, alrededor del 90% se elimina sin modificar a través del aire espirado, junto con pequeñas cantidades de CO₂, mientras que si es baja, sólo el 12% se elimina inmodificado. Ello indica que la capacidad de metabolización del CVM se satura rápidamente (a concentraciones de 1.000 ppm). Por ello, la determinación de metabolitos urinarios de cloruro de vinilo es un indicador de la intensidad de la exposición.

La transformación metabólica se produce principalmente en el hígado, en el que el monómero es sometido a oxidación mediante la acción de una alcohol deshidrogenasa y una catalasa, transformándose en óxido de cloroetileno (CEO), compuesto inestable que se transforma espontáneamente en cloroacetaldehído. El CEO parece ser el producto responsable de los efectos biológicos del CVM. Finalmente, el cloroacetaldehído se conjuga con glutatión o cisteína o se oxida para dar ácido monocloroacético, que se elimina por orina o se conjuga con el glutatión o la cisteína. Los metabolitos urinarios del CVM son la hidroxietil-cisteína, la carboxietil-cisteína (como tal o N-acetilada), y trazas de los ácidos monocloroacético y tiodiglicólico. Una pequeña porción de metabolitos se excreta por la bilis.

En general, se considera que los efectos del CVM son mediados por el CEO, que ejerce su acción en los vasos sanguíneos, dando lugar a las diferentes manifestaciones clínicas.

2.4. EFECTOS SOBRE LA SALUD

Los efectos del CVM sobre la salud humana se pueden resumir como sigue ¹⁻³:

Intoxicación aguda

El CVM es irritante para piel, ojos y mucosa respiratoria y tóxico para el SNC de forma aguda. Se considera que el CVM tiene una toxicidad aguda relativamente baja, cuyo principal efecto es el narcótico. Se ha en-

contrado una relación dosis-respuesta con síntomas como obnubilación, náuseas y vómitos, cefalea, parestesias y fatiga. Exposiciones de alrededor de 5.000 ppm producen euforia, seguida de astenia, sensación de pesadez de piernas y somnolencia. Concentraciones de 8.000-10.000 ppm producen vértigos, y cuando se alcanzan las 16.000 ppm se producen alteraciones auditivas y de la visión. Con 70.000 ppm se produce narcosis, y la muerte puede llegar con concentraciones de 120.000 ppm.

Toxicidad crónica

La exposición crónica da lugar a la llamada «enfermedad por cloruro de vinilo», caracterizada por síntomas neurotóxicos, alteraciones de la microcirculación periférica, alteraciones cutáneas del tipo de la esclerodermia, alteraciones óseas, alteraciones de hígado y bazo —con alteraciones de la celularidad sanguínea asociadas—, síntomas genotóxicos y cáncer.

Los síntomas neurotóxicos son precoces, se presentan en forma de excitación psíquica seguida de astenia, pesadez de miembros inferiores, mareos y somnolencia. Si la exposición persiste puede producirse un cuadro de neurosis asténica.

Las alteraciones angioneuróticas constituyen los primeros y más frecuentes signos de la enfermedad. Es característico el síndrome de Raynaud, con crisis asfícticas de manos y, menos frecuentemente, pies. Pueden persistir durante años tras el cese de la exposición, y su fisiopatología no es bien conocida ⁶.

Las alteraciones cutáneas se producen en un número reducido de casos. Pueden estar asociadas a esclerodermia del dorso de la mano, articulaciones metacarpianas y falángicas y la zona interna de los antebrazos, y también en pies, cuello, rostro y espalda.

La acrosteolisis se suele localizar en las falanges distales de las manos, en alrededor del 3% de las personas expuestas. Se debe a necrosis aséptica del hueso, debida a isquemia por arteriolitis ósea estenosante producida por depósitos de inmunocomplejos circulantes en el endotelio arteriolar. Aparece a los 20 años postexposición. Radiológicamente, se aprecia un proceso de osteolisis con bandas transversas o estrechamiento de las falanges ungueales.

La alteración hepática debuta con hepatomegalia de consistencia normal, con función hepática generalmente conservada. Posteriormente puede aparecer una fibrosis hepática, asociada frecuentemente con una esplenomegalia, que puede acompañarse de hipertensión portal, varices esofágicas y hemorragias del aparato digestivo. La función y el parénquima hepático pueden estar poco afectados. Estas alteraciones pueden ser reversibles con el cese de la exposición.

La trombopenia es una de las consecuencias de la afectación hepática debida a CVM y, para algunos autores, constituye el primer signo biológico detectable.

También se ha informado de efectos genotóxicos y mutagénicos ⁷⁻¹². Diversos estudios han mostrado un incremento de la frecuencia de aberraciones cromosómicas e intercambio de cromátidas hermanas en suje-

tos expuestos y en su descendencia —aunque disminuyen con el nivel de exposición—, aumento del número de abortos y partos prematuros y un aumento del número de malformaciones del SNC en la descendencia.

El efecto para la salud más importante debido al CVM es el cancerígeno. La IARC ¹³ clasifica al CVM en el Grupo 1 (carcinógeno establecido para humanos), por su asociación constatada con la exposición al hemangiosarcoma de hígado.

El hemangiosarcoma de hígado es un cáncer muy poco frecuente ¹⁴, que se asocia fuertemente, y específicamente, con la exposición a CVM (se ha encontrado un exceso de mortalidad desde un 86% hasta un 300%). El riesgo se ha encontrado asociado a la edad al inicio de la exposición, el tiempo transcurrido desde el inicio, la duración y la intensidad de la exposición ¹⁵⁻¹⁶, aunque parecen precisarse exposiciones altas para que se produzca la inducción del cáncer. No se ha encontrado asociación ¹⁷⁻¹⁸, o se han encontrado asociaciones poco consistentes ¹⁹⁻²³ con otros cánceres.

Se trata de una neoplasia que se manifiesta tras un período de latencia de unos 20-22 años ²³⁻²⁵ (menor cuando la exposición se inicia en edades más tempranas), y que evoluciona de forma asintomática o con pocas alteraciones funcionales hasta estadios evolutivos avanzados. La supervivencia media tras el diagnóstico es de 3-4 meses.

3. EVALUACIÓN DEL RIESGO

Existen métodos de control ambiental como el OSHA 75 o el NIOSH 1007, que utilizan el método de cromatografía de gas con detector de ionización de llama.

En España, AENOR ha establecido la norma UNE 81-588-91 ²⁶ para determinación de cloruro de vinilo en aire, por el método del tubo de carbón activo, desorción con disolvente y cromatografía de gases. El método está diseñado para determinar concentraciones medias ponderadas en el tiempo de cloruro de vinilo en aire, mediante la utilización de equipos de muestreo de bajo caudal, para muestras personales o en lugares fijos. No puede utilizarse para medir concentraciones instantáneas o fluctuaciones de concentración en períodos cortos de tiempo.

4. PROTOCOLO DE VIGILANCIA SANITARIA ESPECÍFICA

El examen de salud debe ir dirigido a la detección de los signos precoces derivados de los efectos de la exposición a CVM. En función de la respuesta biológica a la exposición a CVM, se considera el uso de las siguientes tecnologías:

Ecografía: ha sido recomendada por diversos autores para la detección precoz y la vigilancia de la salud de colectivos. Permite detectar anomalías compatibles con fibrosis o angiosarcoma.

Hemograma y velocidad de sedimentación globular: es poco específica. El recuento plaquetario, en cambio, es útil, ya que la trombocitopenia es una alteración precoz.

Estudio de la función hepática: las pruebas habituales de función hepática son poco específicas de alteración hepática debida a CVM; además, en caso de hepatopatía atribuible a este producto, las alteraciones de la función hepática se producen de manera tardía. No obstante, puede incluirse de manera sistemática la determinación de enzimas hepáticas, con criterios de efectividad y pertinencia.

Para la vigilancia del funcionalismo hepático ²⁷⁻²⁸, se utilizarán los enzimas alanín-aminotransferasa o glutamato piruvato transaminasa (ALAT o GPT), para la evaluación del daño hepatocelular, y la 5'-nucleotidasa (5'-N), para la evaluación de alteraciones hepatobiliares. No obstante, hay que señalar que la gamma glutamil transferasa (GT) se ha encontrado altamente correlacionada con la exposición a VCM, y se ha propuesto su inclusión en los exámenes de salud de los trabajadores expuestos.

4.1. HISTORIA LABORAL

4.1.1. Exposiciones anteriores (anamnesis laboral)

Se investigará si ha habido exposición previa a vibraciones locales en miembros superiores (mecánica general, siderurgia, astilleros, construcción, silvicultura, carpintería, obras públicas, industria aeronáutica y del automóvil, minas y canteras y, en general, uso de instrumentos vibrátiles pequeños) o al CVM, que puedan explicar la aparición del fenómeno de Raynaud ²⁹.

4.1.2. Exposición actual al riesgo

Se registrarán las circunstancias de exposición:

- Trabajo en zona vigilada
- Resultados del control ambiental.
- Utilización de Equipos de Protección Individual

4.2. HISTORIA CLÍNICA

4.2.1. Anamnesis

Dirigida a la búsqueda de antecedentes de: trastornos de vías respiratorias, lesiones vasculares o neurovasculares, insuficiencia hepática, diabetes, insuficiencia renal crónica, anomalías de coagulación de la

sangre, afectaciones cutáneas crónicas, abuso de alcohol o drogas, o síntomas neurotóxicos (fatigabilidad, astenia, mareo, somnolencia, cefalea).

4.2.2. Exploración clínica específica.

- Incluirá necesariamente maniobras dirigidas a la identificación de:
- lesiones cutáneas
 - hepatomegalia (palpación abdominal)
 - examen neurológico básico
 - fenómeno de Raynaud (evaluación clínica de los trastornos mediante interrogatorio preciso)

4.3. CONTROL BIOLÓGICO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

No existe ningún método de control biológico válido.

Procede la realización de:

- ecografía abdominal, para el despistaje de fibrosis hepática o hemangiosarcoma de hígado, con periodicidad anual.
- radiografía de manos cada 2 años (tras 5 años de exposición) para el despistaje de acroosteolisis. Con el fin de disponer de imágenes de referencia, se realizará una radiografía en el examen inicial.
- hemograma completo, principalmente para el despistaje de trombocitopenia.
- pruebas de función hepática: glutamato-piruvato-quinasa (GPT) para la valoración del daño hepatocelular, 5' nucleotidasa (5'N), para la evaluación de alteraciones hepatobiliares, y gamma glutamiltransferasa (γ GT) para la evaluación de la exposición.

Examen de salud inicial

Incluirá:

- historia laboral anterior: incluirá interrogatorio dirigido a la búsqueda de exposiciones previas a vibraciones localizadas en miembros superiores, que puedan explicar la aparición del fenómeno de Raynaud (véase apartado 4.1.1).
- anamnesis: interrogatorio dirigido a la búsqueda de signos o síntomas sugestivos de alteraciones vasomotrices en manos, insuficiencia hepática, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, anomalías de la hemostasia, afectaciones cutáneas crónicas, abuso de alcohol o drogas, o síntomas neurotóxicos.
- exploración clínica:
 - inspección dérmica
 - hemograma completo (para descartar principalmente plaquetopenia)

- bioquímica hemática: glucemia basal, creatinina, GPT, 5'N, GGT
- espirometría forzada
- radiografía de manos (para la obtención de imágenes de referencia)

Examen de salud periódico

Incluirá:

- anamnesis: interrogatorio dirigido a la búsqueda de signos o síntomas sugestivos de alteraciones vasomotrices en manos, insuficiencia hepática, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, anomalías de la hemostasia, afectaciones cutáneas crónicas, abuso de alcohol o drogas, o síntomas neurotóxicos (fatigabilidad, asntenia, mareo, somnolencia, cefalea).
- exploración:
 - exploración dérmica anual
 - exploración neurológica básica ³⁰ anual:
 - orientación temporoespacial
 - memoria inmediata, reciente y remota
 - capacidad de abstracción
 - comprensión de mensajes
 - lenguaje
 - función sensitiva cortical (esterognosia, estereopercepción)
 - relaciones espaciales
 - praxia
 - rinoscopia anual
 - análisis de sangre anual:
 - hemograma completo
 - glucemia basal
 - creatinina
 - GPT
 - 5'nucleotidasa (5'N)
 - gamma glutamiltransferasa (γ GT)
 - ecografía hepática anual
 - radiografía de manos bienal (tras cinco años de exposición)
 - espirometría forzada bienal

PROTOCOLO DE EXÁMENES DE SALUD PARA TRABAJADORES CON EXPOSICIÓN A CLORURO DE VINILO MONÓMERO. RESUMEN DE PROCEDIMIENTOS.

Reconocimiento	Inicial	Periódico
Trabajadores Historia laboral anterior	Potencialmente expuestos Dirigida a descartar exposición a vibraciones localizadas	Expuestos
Anamnesis dirigida	Síntomas vasomotores en manos, insuficiencia hepática, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, anomalías de la hemostasia, afectaciones cutáneas crónicas, abuso de alcohol o drogas, o síntomas neurotóxicos	Id. Exámenes de salud iniciales Anual
Exploración neurológica básica	—	Dirigida a la detección de daño neurológico
Inspección dérmica	Alteraciones dérmicas compatibles con esclerodermia	Id. Exámenes de salud iniciales Anual
Rinoscopia	Dirigida a comprobar la permeabilidad de la vía nasal	Id. Exámenes de salud iniciales Anual
Ecografía hepática	—	Anual
Análisis de sangre	Dirigido a descartar plaquetopenia, alteraciones de la función hepática, renal: - hemograma completo - glucemia basal - creatinina - GPT - 5'N - γ GT Espirometría forzada	Id. Exámenes de salud iniciales y detección de efectos metabólicos Anual
Pruebas funcionales respiratorias	Espirometría forzada	Id. Exámenes de salud iniciales Bienal
Estudio radiológico de manos	Obtención de imágenes de referencia	Dirigida a detectar signos de acroosteolisis Bienal (tras cinco años de exposición)

5. NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL EXAMEN DE SALUD ESPECÍFICO

La ecografía abdominal debe hacerse con un ecógrafo con una potencia de salida de 90 dB y frecuencia de sonda de al menos 3.5 MHz.

Respecto al resto de apartados del reconocimiento, no hay especificaciones.

6. CONDUCTA A SEGUIR SEGÚN LAS ALTERACIONES QUE SE DETECTEN

Según lo establecido en el Anexo de la OM de 9/4/86, deberá tomarse en consideración la presencia en el examen de salud inicial de las siguientes alteraciones que, a juicio del médico reconocedor, supongan falta de aptitud en función de los requerimientos del puesto de trabajo:

- lesiones vasculares o neurovasculares típicas
- trastornos de vías respiratorias
- insuficiencia hepática
- diabetes
- insuficiencia renal crónica
- trombocitopenia o anomalías de la hemostasia
- esclerodermia
- abuso de alcohol o drogas

Por otro lado, ante la detección de trabajadores con alteraciones de la salud compatibles con efectos biológicos derivados de la exposición a CVM, deberá procederse:

- respecto del trabajador afectado:
 - retirada inmediata de la zona de trabajo
 - declaración de enfermedad profesional en período de observación, si procede
 - examen clínico detallado con fines diagnósticos y terapéuticos
- respecto del lugar de trabajo:
 - análisis profundo de los procedimientos de trabajo
 - revisión detallada de las medidas de prevención colectivas e individuales.

7. LEGISLACIÓN APLICABLE

Real Decreto Legislativo 1/1994, Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE núm. 154, 29/6/94.

Real Decreto 1995/1978, Cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social. BOE núm. 203, 25/8/78.

Orden de 9/4/86, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Reglamento para la Prevención de Riesgos y Protección de la Salud por la presencia de cloruro de vinilo monómero en el ambiente de trabajo. BOE núm. 108, 6/5/86.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Viola PL. Vinilo y polivinilo, cloruros. En: Parmeggiani L. (ed.). Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1989: 2250-5.
2. CHEMINFO (Programa informático). Vinyl chloride. Ontario: Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 1997.
3. Monster AC, Zielhuis RL. Disolventes Hidrocarburos Clorados. Eines de Salut i Treball, 7. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum, 1992.
4. Boletín Oficial del Estado. Orden de 9/4/86, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Reglamento para la Prevención de Riesgos y Protección de la Salud por la presencia de cloruro de vinilo monómero en el ambiente de trabajo. BOE núm. 108, 6/5/86.
5. Rams P. Situación de la población laboral expuesta a cloruro de vinilo. Salud y Trabajo 1991; 83: 18-20.
6. Fontana L, Gautherie M, Albuissou E, et al. Étude chronothermobiologique de phénomènes de Raynaud secondaires- une exposition ancienne au chlorure de vinyle monomère. Arch Mal Prof 1996; 57: 9-18.
7. Chiang SY, Swenberg JA, Weisman WH, Skopek TR. Mutagenicity of vinyl chloride and its reactive metabolites, chloroethylene oxide and chloroacetaldehyde, in a metabolically competent human B-lymphoblastoid line. Carcinogenesis 1997; 18: 31-6.
8. Fucic A, Barkovic D, Garaj-Vrhovac V, et al. A nine-year follow up study of a population occupationally exposed to vinyl chloride monomer. Mutat Res 1996; 361: 49-53.
9. Du CL, Kuo ML, Chang HL, et al. Changes in lymphocyte single strand breakage and liver function of workers exposed to vinyl chloride monomer. Toxicol Lett 1995; 77: 379-85.
10. Fucic A, Hitrec V, Garaj-Vrhovac V, et al. Relationship between locations of chromosome breaks induced by vinyl chloride monomer and lymphocytosis. Am J Ind Med 1995; 27: 565-71.
11. Soini Y, Welsh JA, Ishak KG, Bennett WP. P53 mutations in primary hepatic angiosarcomas not associated with vinyl chloride exposure. Carcinogenesis 1995; 16: 2897-81.
12. Anderson D, Richardson CR, Weight TM, et al. Chromosomal analyses in vinyl chloride exposed workers. Results from analysis 18 and 42 months after an initial sampling. Mutat Res 1980; 79: 151-62.
13. IARC. Monografías IARC sobre la evaluación del riesgo de carcinógenos para humanos. Lista de Evaluaciones de la IARC. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum, 1996.
14. Elliott P, Kleinschmidt I. Angiosarcoma of the liver in Great Britain in proximity to vinyl chloride sites. Occup Environ Med 1997; 54: 14-8.
15. Cogliano VJ, Hiatt GF, Den A. Quantitative cancer assessment for vinyl chloride: indications of early-life sensitivity. Toxicology 1996; 111: 21-8.

16. Simonato L, L'Abbé KA, Andersen A, et al. A collaborative study of cancer incidence and mortality among vinyl chloride workers. *Scand J Work Environ Health* 1991; 17: 159-69.
17. Pirastu R, Belli S, Bruno C, et al. La mortalità dei produttori di cloruro di vinile in Italia. *Med Lav* 1991; 82: 388-423.
18. Wu W, Steendland K, Brown D, et al. Cohort and case-control analyses of workers exposed to vinyl chloride: An update. *J Occup Med* 1989; 31: 518-23.
19. Smulevich VB, Fedotova IV, Filatova VS. Increasing evidence of the rise of cancer in workers exposed to vinylchloride. *Br J Ind Med* 1988; 2: 93-7.
20. Storetvedt S, Andersen AA, Langard S. Incidence of cancer among vinyl chloride and polivinyl chloride workers: Further evidence for an association with malignant melanoma. *Br J Ind Med* 1987; 44: 278-80.
21. Gerosa A, Turrini O, Bottasso F. Tumori laringei in un'azienda di lavorazione di resine sintetiche termoplastiche. *Med Lav* 1986; 77: 172-6.
22. Storetvedt S, Andersen AA, Langard S. Incidence of cancer among vinyl chloride and polivinyl chloride workers. *Br J Ind Med* 1984; 41: 25-30.
23. Jones RD, Smith DM, Thomas PG. A mortality study of vinyl chloride monomer workers employed in the United Kingdom in 1940-1974. *Scand J Work Environ Health* 1988; 14: 153-60.
24. Lelbach WK. A 25-year follow-up study of heavily exposed vinyl chloride workers in Germany. *Am J Ind Med* 1996; 29: 446-58.
25. Forman D, Bennett B, Stafford J, Doll R. Exposure to vinyl chloride and angiosarcoma of the liver: a report of the register of cases. *Br J Ind Med* 1985; 42: 750-3.
26. AENOR. Norma Española UNE 81-588-91. Determinación de cloruro de vinilo en aire. Madrid: La Asociación, 1991.
27. Zimmerman HJ. Función e integridad del hígado. En: Henry JB. *Diagnóstico y tratamiento clínicos por el laboratorio*. Barcelona: Salvat, 1988: 271-311.
28. Zimmerman HM, Henry JB. Enzimología clínica. En: Henry JB. *Diagnóstico y tratamiento clínicos por el laboratorio*. Barcelona: Salvat, 1988: 313-50.
29. Gimbert E. Las fuentes de vibración en la empresa. *Notas y Documentos sobre prevención de riesgos profesionales* 1988; 163: 13-8.
30. Neurología. Aproximación al paciente. En: Manual Merck. Merck, Sharp & Dohme de España, 1998 [online]. Disponible en: <http://www.msd.es/mmerck/m117b.html>.

ANEXO

FICHA DE RECOGIDA DE DATOS CLÍNICO-LABORALES DE LOS TRABAJADORES EXPUESTOS A CLORURO DE VINILO MONÓMERO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos
DNI
Fecha de nacimiento
N.º de la Seguridad Social
N.º de la Historia Clínica
Empresa

DATOS DEL RECONOCIMIENTO

Fecha del reconocimiento:
Reconocimiento: Inicial [] Periódico []

HISTORIA LABORAL

Puestos de trabajo anteriores

Puesto de trabajo	Fecha de inicio	Fecha de finalización

Exposición laboral anterior:

— Vibraciones locales Sí [] No []
— Tóxicos sistémicos Sí [] No [].....

Exposición actual al riesgo

— Trabajo en zona vigilada Sí [] No []
En caso afirmativo, datos de control ambiental:
— Usa equipos de protección individual Sí [] No []

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

trastornos en vías respiratorias Sí [] No [].....
síntomas vasomotores en manos Sí [] No [].....
diabetes mellitus Sí [] No [].....
anomalías de la hemostasia Sí [] No [].....
afectaciones cutáneas crónicas Sí [] No [].....
consumo de alcohol o sustancias de abuso Sí [] No [].....
síntomas neurotóxicos Sí [] No [].....
trastornos reproductivos Sí [] No [].....
otros (especificar):

