



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA

BOLETÍN Nº 17
FEBRERO DE 2012

Consejo de Redacción: Ana Isabel Rivas Pérez; Mauricio Vázquez Cantero
Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Consejería de Sanidad y Consumo
Carretera de San Amaro nº 12. Ceuta. 51.001
Tfno: 856200239; Fax: 956513971; E-mail: boletin@ceuta.es; www.ceuta.es/sanidad

Edita: Consejería de Sanidad y Consumo
Imprime: Sociedad Cooperativa Imprenta Olimpia
I.S.S.N.: 1988-8899
Depósito Legal: CE. 95-2007

SUMARIO:

- SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 2012
- BROTES DECLARADOS EN LA CIUDAD DE CEUTA EN EL PERIODO 2001-2010
- VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL SECTOR DE LA HOSTELERÍA

Semanas epidemiológicas 2012

En la reunión del Grupo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica de 21 de junio de 2010, se aprobó cambiar las semanas epidemiológicas actuales por las semanas calendarios, según la norma ISO 8601:1988 (E) con el fin de unificarnos con la norma empleada actualmente por el sistema de Vigilancia Europeo. Esta misma decisión fue ratificada en la reunión del Grupo del 23 de febrero de 2011.

En consecuencia, desde el 1 de enero de 2012 la semana epidemiológica tendrá las siguientes características:

- **Comenzará el lunes a las 0 horas y terminará a las 24 horas del domingo siguiente.**
- La semana que contenga 4 días del mismo año, pertenecerá a ese año.
- De forma extraordinaria, la primera semana de 2012 contendrá 8 días, empezará el domingo 1 de enero y acabará el domingo 8.

Este calendario será tanto para los sistemas generales de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica como para los sistemas especiales (sistema de vigilancia de la gripe y otros).

Esta información se encuentra accesible en www.ceuta.es/sanidad.

Brotos declarados en la Ciudad de Ceuta en el periodo 2001-2010

1. RESUMEN

La mayoría de brotes declarados en Ceuta durante los 10 años revisados han sido alimentarios (90,24%). Tanto a nivel nacional (54,7%) como a nivel de la Ciudad Autónoma (58,82%), más de la mitad de los brotes de transmisión alimentaria, del total de brotes transmitidos por alimentos en donde el ámbito es conocido, están originados en establecimientos de restauración colectiva. El número de afectados en brotes en este tipo de establecimientos es muy importante (413 del total de 468) y por tanto es hacia donde deben dirigirse prioritariamente las medidas de salud pública.

En este tipo de brotes no suelen producirse ingresos sino asistencias de urgencia.

No se consigue identificar el alimento implicado en el 30% de los brotes a nivel estatal, disminuyendo este porcentaje al 10% para los que consiguen confirmación microbiológica en el alimento. A nivel de la Ciudad Autónoma se desconoce el alimento implicado en el 37,83% de los brotes y el porcentaje de confirmación microbiológica es testimonial.

Las incorrectas prácticas de manipulación suelen estar entre los factores contribuyentes al brote en la mayoría de ellos, a veces por tratarse de manipuladores circunstanciales. Ésta es la mayor debilidad del sistema, por lo que la formación, mantenimiento de los conocimientos y reforzamiento de los mismos en este colectivo se considera prioritaria.

La mayoría de los brotes alimentarios se declaran por personas afectadas, no por el sistema sanitario.

2. ANTECEDENTES

La Ciudad de Ceuta recibió la transferencia efectiva de las funciones y servicios en materia de salud pública por el Real Decreto 32/1999 de 15 de enero y desarrolló normativamente la declaración de enfermedades mediante el Reglamento Regulador de la Red Ceutí de Vigilancia Epidemiológica, publicado en el BOCCE 4239 de 1 de agosto de 2003.

La notificación de situaciones epidémicas y brotes se encuentra integrada en el Sistema Básico de Vigilancia Epidemiológica.

El Reglamento establece tanto la obligatoriedad y urgencia de la notificación, con el fin de detectar precozmente los problemas de salud y facilitar la toma de medidas oportunas, como el análisis y difusión de la información generada a todas las instituciones implicadas, formulando las recomendaciones oportunas.

3. METODOLOGÍA

A efectos de notificación se considera brote o situación epidémica:

- 1.- El incremento significativamente elevado de casos con relación a los valores esperados. La agregación de casos de una enfermedad en un territorio y en un tiempo comprendido entre el mínimo y el máximo del periodo de incubación o de latencia puede ser considerada también indicativa de brote.
- 2.- La aparición de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en una zona hasta entonces libre de ella.
- 3.- La presencia de cualquier proceso de intoxicación aguda colectiva imputable a causa accidental, manipulación o consumo.
- 4.- La aparición de cualquier incidencia de tipo catastrófico que afecte, o pueda afectar, a la salud de la comunidad.

Brote de transmisión alimentaria es el incidente en el cual dos o más personas presentan una misma enfermedad después de la ingestión del mismo alimento o después de la ingestión de agua de la misma fuente y donde la evidencia epidemiológica implica al alimento o al agua como fuente de la enfermedad.

Los riesgos específicos y las medidas de prevención son diferentes en función del agente y vehículo implicado, por lo que resulta fundamental encontrar la causa específica en cada caso.

Ante estas situaciones de riesgo para la población de Ceuta, la participación de los profesionales sanitarios de toda la red asistencial, tanto pública como privada, resulta fundamental para proporcionar la información necesaria para la investigación, así como para la toma de medidas de control.

En ocasiones, también se requiere la colaboración de otro tipo de profesionales tales como trabajadores de empresas de restauración o de establecimientos que elaboran, almacenan o comercializan alimentos, centros escolares o establecimientos colectivos de otro tipo.

También la implicación de las personas afectadas en el brote resulta fundamental para la caracterización del mismo.

En este informe se describen los brotes epidémicos declarados en Ceuta desde el año 2001 hasta el 2010.

Se analizan por un lado los brotes de origen alimentario y por otro el resto de brotes. En el estudio de brotes epidémicos con manifestaciones gastrointestinales habitualmente se diferencia entre aquéllos con un vehículo alimentario conocido o sospechado (incluido agua), y aquéllos con otros mecanismos de transmisión (vía fecal-oral o desconocido) como por ejemplo la mayoría de agrupaciones de casos de hepatitis A, en las que el largo periodo de incubación, la ausencia de confirmación microbiológica en el alimento y el sesgo de memoria del entrevistado dificultan determinar si la transmisión ha sido alimentaria o de otro tipo, ya que el modo de transmisión determina una diferenciación importante desde el punto de vista diagnóstico y preventivo.

Dependiendo del lugar de elaboración y consumo de la fuente de infección, los brotes de origen alimentario se clasifican en familiares (elaboración y consumo en el propio domicilio o en cualquier otro lugar por particulares), colectivos (elaboración en cocina central y/o comedor colectivo y consumo en comedor colectivo del tipo que sea) y mixtos (elaboración fuera del domicilio particular y consumo en domicilio u otro lugar de ámbito privado).

Los brotes que no son alimentarios ni con síntomas gastrointestinales o de mecanismo de transmisión desconocido (Brote de St. Aureus resistente a meticilina, escabiosis, parotiditis, y sarampión) se analizan de forma individual por tratarse de patologías con modo de transmisión y medidas de salud pública diferentes.

No se ha incluido, por no estar suficientemente documentado, una agregación de casos de Enfermedad boca-mano-pie. Las variables analizadas para todos los brotes han sido: tipo de brote, número de expuestos, de afectados y de ingresos hospitalarios, agente etiológico y test de laboratorio realizados. En los alimentarios además, alimento implicado epidemiológicamente o confirmado por laboratorio, factores contribuyentes al brote y declarante.

4. BROTOS

Se declararon 41 brotes en el periodo estudiado, de ellos 37 alimentarios y 4 no alimentarios.

Tabla 1: Distribución de número de brotes alimentarios por año

2001	1
2002	1
2003	3
2004	4
2005	1
2005/2006*	1
2006	4
2007	4
2008	12
2009	5
2010	1

*Se trata de un brote de hepatitis A con inicio en 2005 y finalización en 2006

Fue detectado por el SIM entre las semanas epidemiológicas 48 de 2005 y 8 de 2006, aunque para su caracterización se contó con la participación de los facultativos de atención primaria de los 3 centros de salud.

Se realizó un estudio descriptivo y otro de casos-controles.

El estudio bivalente señaló como alimentos sospechosos los moluscos bivalvos y las verduras crudas. El estudio multivariante demostró que el alimento implicado fueron las navajas.

El año con mayor incidencia fue 2008 con 12 brotes, 4 de ellos fueron pequeños brotes familiares de hepatitis A y el resto alimentarios. Le sigue 2009 con 5 brotes alimentarios, 3 en establecimientos de restauración colectiva y dos familiares.

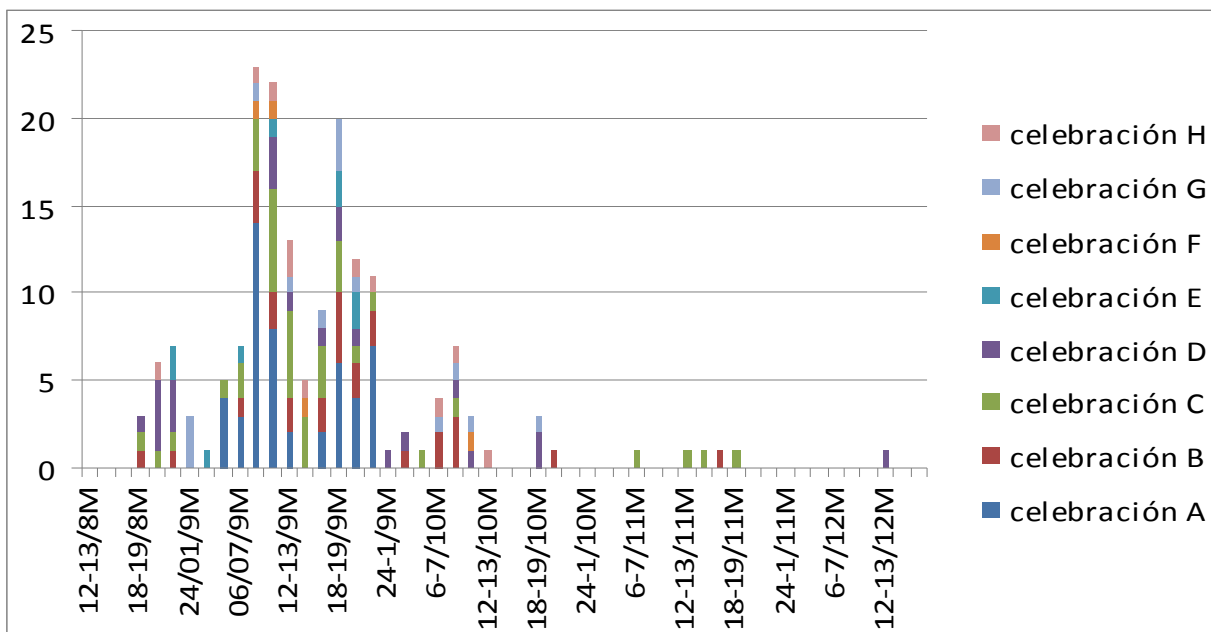
Tabla 2: Distribución de número de afectados por brotes alimentarios por año

2001	3
2002	13
2003	80
2004	193
2005	4
2005/2006*	19
2006	14
2007	18
2008	58
2009	63
2010	3

El número de personas a riesgo o expuestas que se declara es generalmente inferior al real, por lo que se ha obviado.

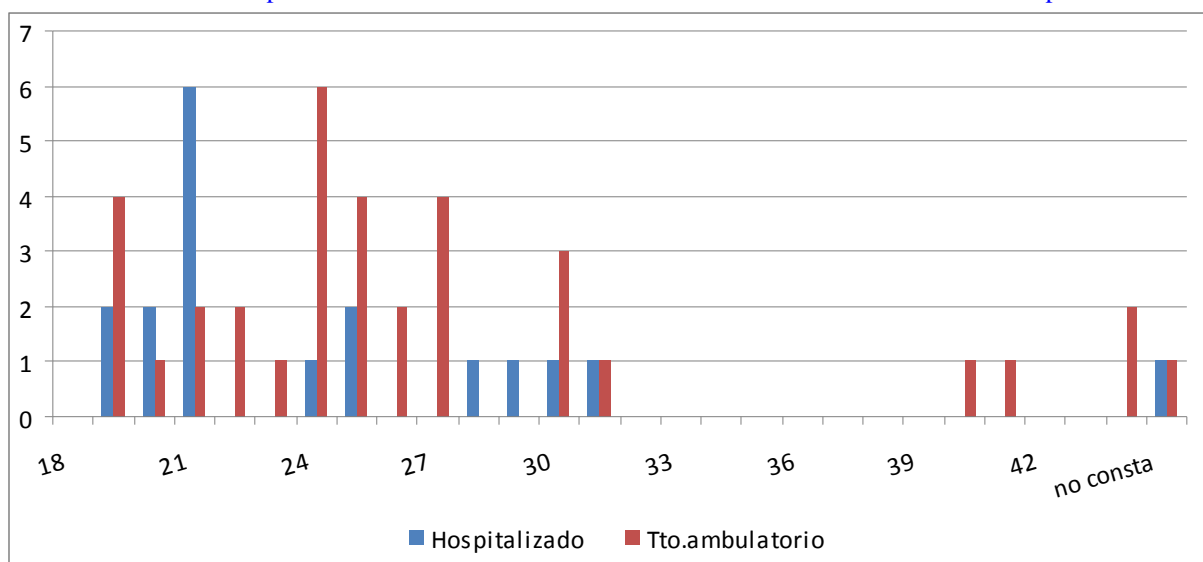
Los brotes con mayor número de afectados fueron en 2004 (184 casos de 8 banquetes de un mismo restaurante), en 2003 (53 casos de un establecimiento militar) y en 2009 (53 casos de 3 banquetes de un mismo restaurante).

- ***El brote más importante sucedió en 2004.*** Los casos aparecieron entre las doce horas del día 8, y las trece horas del día 12 de mayo de 2004, con una media de 22 casos por banquete. Se identificó epidemiológicamente el alimento responsable. La distribución por edad y sexo fue muy dispersa.



Gráfica 1: Curva epidémica de las 8 celebraciones del brote de 2004

- A continuación se representan las edades de los casos, todos varones, y el tipo de asistencia que recibieron del brote declarado por una institución militar en 2003. También se identificó el alimento responsable.



Gráfica 2: Distribución por edad y tipo de asistencia de brote en establecimiento militar en 2003

- El tercer brote en importancia por el número de afectados ocurrió en 2009 en un establecimiento de restauración colectiva. La investigación epidemiológica resultó muy complicada, debido a la negativa de varios de los expuestos tanto a responder al cuestionario como a facilitar datos de contacto de otros asistentes a las celebraciones. La peor respuesta se produjo en el segundo grupo de afectados, de 38 expuestos, sólo 14 respondieron, seguido del primer grupo de afectados, donde se obtuvieron 30 encuestas de 42 expuestos. En contraposición, se consiguió entrevistar a la totalidad de la cohorte de expuestos del tercer grupo, lo que permitió un análisis epidemiológico más exhaustivo en este grupo.

Los datos de hospitalización y asistencia sanitaria no se han tomado en consideración porque las diferencias entre los diferentes brotes no se han debido sólo a la virulencia del germen o a factores de los afectados sino también a accesibilidad al sistema sanitario; por ejemplo, las asistencias e ingresos han sido mayores en personal militar.

En los alimentarios, en 11 se ha encontrado el microorganismo en el coprocultivo en enfermos, de ellos 1 E. coli enteropatógeno y 10 Salmonellas (sólo dos tipificadas, una como Salmonella entérica sp. 1 serotipo Hadar 68:z10:enx fagotipo 17, y otra como Salmonella entérica Hadar fagotipo II, la única confirmada también en el alimento). El motivo es que no se conservan restos del alimento o ha pasado tanto tiempo que la identificación microbiológica no procede.

En manipuladores, algunos coprocultivos han sido también positivos a salmonella pero el resultado más frecuente ha sido St. Aureus nasal (se ha detectado en 10 brotes).

Los alimentos implicados epidemiológicamente en los brotes por salmonella han sido, en el 60% de los casos huevos u ovoproductos y en el 30% carne de ternera o pollo.

Los brotes de hepatitis A, debido al largo periodo de incubación, dificultan encontrar el alimento implicado, aunque es frecuente observar consumo de moluscos bivalvos crudos o poco cocinados.

En los casos en que constan **los factores contribuyentes al brote** y teniendo en cuenta que en cada brote puede haber más de uno, se encontró:

- 5 manipuladores circunstanciales
- 3 refrigeración inadecuada
- 3 insuficiente limpieza
- 3 conservación inadecuada
- 3 local inadecuado
- 1 prácticas de manipulación incorrectas
- 1 consumo de alimentos crudos
- 1 sobrecarga de trabajo.

A la vista de los resultados obtenidos, resulta fundamental reforzar las correctas prácticas en los manipuladores de alimentos.

La mayoría de los brotes (19) se declaran por personas afectadas por los mismos, 4 por el SIM, 2 por Sanidad militar, 2 por Atención primaria, 1 por Urgencias de Atención especializada, 1 por Preventiva y en el resto se desconoce el declarante.

La oportunidad del sistema de declaración de la Red de Vigilancia Epidemiológica es en este caso inferior a otros sistemas, en parte porque el porcentaje de personas afectadas por procesos de toxi-infección alimentaria que acuden a los servicios sanitarios suele ser muy pequeño.

Los brotes no alimentarios, por orden cronológico, han sido 4:

- St. Aureus resistente a meticilina entre pacientes hospitalizados y personal sanitario
- Parotiditis en un centro educativo
- Sarampión en una familia
- Escabiosis en un centro educativo

En los 3 primeros el diagnóstico es de confirmación por pruebas de laboratorio y en el último es clínico.

Tabla 3: Brote SARM

AÑO	ENFERMOS	HOSPITALIZADOS	AGENTE
2006	10	7	Staphylococcus Aureus Meticilín Resistente

Tabla 4: Brote parotiditis

AÑO	ENFERMOS	HOSPITALIZADOS	AGENTE	C. VÍNCULO	C.LABORATORIO	SOSPECHA
2007	17	0	Virus Parotiditis	3	6	8

Tabla 5: Brote sarampión

Nº CASO	FECHA	VÍNCULO	AGENTE	GENOTIPO
1	16/03/2008	HERMANO CASO 2	Virus Sarampión	D4
2	28/03/2008	HERMANO CASO 1	Virus Sarampión	D4
3	10/04/2008	PAREJA CASO 4	Virus Sarampión	D4
4	31/03/2008	PAREJA CASO 3	Virus Sarampión	D4
5	16/04/2008	HERMANO CASO 4	DESCARTADO	

Tabla 6: Brote Escabiosis

AÑO	ENFERMOS	HOSPITALIZADOS	AGENTE
2009	3	0	Sarcoptes scabiei

Para la completa investigación y caracterización de brotes resulta imprescindible la participación de los servicios de Inspección veterinaria y Seguridad alimentaria, Salud Escolar, Prevención y promoción de la salud y Sanidad ambiental

de la Consejería de Sanidad y Consumo, Laboratorio de microbiología, Medicina preventiva y urgencias del Hospital de Ingesa, Atención primaria, Sanidad militar, personal del programa de Epidemiología Aplicada de Campo del Centro nacional de Epidemiología, Servicio de prevención de riesgos laborales de la Dirección provincial de Educación, Cultura y Deporte, centros educativos, comercios y centros de hostelería, empresas y los propios afectados, sin cuya colaboración no habría sido posible realizar este informe.

Vigilancia de la salud en el sector de la hostelería

Rocío Reyes García. Médico especialista en Medicina del Trabajo.

Pedro L. González de Castro. Médico especialista en Medicina del Trabajo. Presidente de la Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad en el Trabajo.

El sector de la hostelería comprende servicios de alojamiento tales como hoteles, hostales, campings, etc, así como servicios de comidas y bebidas como restaurantes, bares, puestos de comidas, servicios de catering, etc. Para poder abordar las características de la vigilancia de la salud en dicho ámbito es necesario partir previamente de los puestos de trabajo y actividades que engloba el sector, y de los riesgos fundamentales a los que se exponen estos trabajadores.

En el sector hostelero existe una amplia y variada gama de puestos de trabajo que se pueden englobar en las siguientes áreas funcionales definidas en el III Acuerdo Laboral de Ámbito Estatal para el Sector de la Hostelería (tabla 1): recepción-conserjería, administración y gestión; cocina y economato; puestos de restaurante, sala, bar y similares; limpieza y pisos; y mantenimiento.

Área funcional	Denominación	Actividades
Primera	Recepción-conserjería, relaciones públicas, administración y gestión.	Venta de alojamiento y derivados, atención, animación, acceso-salida y tránsito de clientes, facturación y caja.
Segunda	Cocina y economato.	Servicios de preparación y elaboración de alimentos para consumo, adquisición, almacenamiento, conservación-administración de víveres y mercancías, limpieza y conservación de útiles, maquinarias y zonas de trabajo.
Tercera	Restaurante, sala, bar y similares.	Servicios de atención al cliente para el consumo de comida y bebida, almacenamiento y administración de equipamiento y mercancías, preparación de servicios y zonas de trabajo.
Cuarta	Personal de pisos y limpieza.	Servicios generales de conservación y limpieza, atención al cliente en el uso de servicios, preparación de zonas de trabajo, servicios de lavandería, lencería, conservación de mobiliario y decoración.
Quinta	Personal de mantenimiento y servicios auxiliares.	Servicios de conservación y mantenimiento de maquinaria e instalaciones, trabajos complementarios de la actividad principal, reparaciones de útiles y elementos de trabajo, conservación de zonas e inmuebles.

Tabla 1. Puestos de trabajo en el sector de la hostelería. Fuente: III Acuerdo Laboral de Ámbito Estatal para el sector de Hostelería.

En el caso de empresas pequeñas es frecuente encontrar trabajadores que realicen múltiples tareas de las anteriormente citadas en función de las necesidades.

En general estos puestos están asociados a la exposición a determinados riesgos, tanto de seguridad como higiénicos o ergonómicos, que se resumen en la tabla 2.

RIESGOS DE SEGURIDAD	RIESGOS DE HIGIENE	RIESGOS DE ERGONOMÍA Y PSICOSOCIOLOGÍA
-Caídas al mismo nivel (suelos resbaladizos, sucios, alimentos derramados, obstáculos, ...) -Caídas desde alturas (escaleras o espacios a distinto nivel). -Cortes o amputaciones: Con cuchillos, batidoras, picadoras, latas, vidrio, etc. -Quemaduras: Recipientes de cocina, freidoras, hornos, fogones, etc. -Contacto eléctrico. -Incendios -Desplome de mercancías, golpes, atrapamientos.	Riesgos químicos: -Detergentes y desengrasantes -Sustancias causticas y corrosivas (lejía, amoníaco, sulfumán-agua fuerte). -Fluidos frigoríficos -Aerosoles, vapores ácidos o alcalinos (cloro de la lejía o amoníaco).	Riesgos ergonómicos: -Manipulación manual de cargas. -Sobreesfuerzos físicos. -Movimientos repetitivos de miembros superiores. -Posturas forzadas.
	Riesgos físicos: -Ruido. -Vibraciones. -Temperaturas extremas.	
	Agentes biológicos: -Manipulación de alimentos: hongos o esporas, virus de transmisión feco-oral. -Aires acondicionados: hongos y -levaduras.	

Tabla 2. Principales riesgos en el sector de la hostelería.

La vigilancia de la salud consiste en la realización de exámenes de salud a los trabajadores con el objetivo de detectar posibles daños en la salud relacionados con la actividad laboral y minimizar los riesgos derivados de esta, tanto a nivel individual como a nivel colectivo. Para ello se parte de los riesgos especificados para cada puesto en la evaluación de riesgos del mismo y se aplican los protocolos correspondientes, resumidos en la tabla 3. En cada caso se realizará un examen básico de salud con diversos apartados:

La anamnesis incluye antecedentes patológicos o quirúrgicos de interés laboral, vacunaciones, accidentes, hábitos, etc. Es interesante registrar posibles exposiciones pasadas a humo de tabaco en lugares de trabajo, exposición reducida actualmente con la prohibición de fumar en lugares públicos o privados que no se encuentren al aire libre (Ley 42/2010, de 30 de diciembre). Se recogen tareas y características del puesto actual, uso de equipos de protección individual y maquinarias, o problemas derivados de cualquiera de estos aspectos.

En trabajadores expuestos a posturas forzadas, movimientos repetitivos o manipulación de cargas como pueden ser limpiadoras, personal de cocina, personal que transporte mercancías, recepcionistas o camareros se presta especial atención a la presencia de antecedentes o sintomatología sugerente de patologías osteomusculares (trastornos de columna vertebral, tendinopatías, secuelas de accidentes, síndrome del túnel carpiano y otras).

En caso de exposición a agentes químicos como desinfectantes, desengrasantes o disolventes es fundamental recoger cualquier información sobre patologías respiratorias y alérgicas (asma, trastornos de vías respiratorias superiores), así como problemas cutáneos (dermatitis de contacto, urticarias, quemaduras). Es también necesario tener en cuenta estas alteraciones en la piel en puestos que impliquen uso de guantes, ya que a veces se deben a alergia al látex, o en manipuladores de alimentos, etc.

En todos los puestos es importante indagar acerca de posibles alteraciones psicosomáticas o estados de ansiedad que se puedan relacionar con la actividad laboral. Para el screening de estos trastornos se puede utilizar la escala de ansiedad-depresión de Goldberg.

Perfil laboral	Protocolos aplicados
Personal de limpieza	Movimientos repetitivos, posturas forzadas, manipulación manual de cargas, asma, dermatosis laborales.
Personal de cocina	Manipulación de alimentos, dermatosis laborales, movimientos repetitivos, posturas forzadas, manipulación manual de cargas, ruido.
Camareros	Manipulación manual de cargas, movimientos repetitivos, posturas forzadas, ruido, circulatorio periférico, riesgo psicosocial.
Recepción-conserjería	Pantallas de visualización de datos, posturas forzadas, manipulación manual de cargas, circulatorio periférico, riesgo psicosocial.
Administración	Pantallas de visualización de datos, posturas forzadas, riesgo psicosocial.

Tabla 3: Resumen de protocolos más frecuentemente aplicados por perfiles laborales.

En cuanto a la exploración, cada examen de salud parte de una exploración general a la que se añadirán exploraciones más específicas en función de las características propias del trabajador y de los riesgos específicos del puesto. Por ejemplo, la exploración osteomuscular general que se realice como base se puede ampliar según los riesgos siguiendo las directrices de los protocolos del Ministerio de Sanidad y Consumo. Si hubiese exposición a posturas forzadas, manipulación de cargas o movimientos repetitivos se añadiría una exploración más exhaustiva de columna vertebral y extremidades: columna dorsal, lumbar y miembros superiores en personal de mantenimiento; hombro, cintura escapular y brazos en personal de limpieza; mano y dedos en personal de cocina, etc, siempre teniendo en cuenta la evaluación de riesgos del puesto concreto en cuestión. Como método más objetivo se puede usar la dinamometría para medir la fuerza muscular y la goniometría para detectar limitación en los ángulos de movimiento articular.

En caso de posible exposición a agentes sensibilizantes (principalmente personal de limpieza, mantenimiento o cocina) es fundamental la auscultación cardio-respiratoria y la espirometría. Ante sospecha de hiperreactividad bronquial se puede realizar test de broncodilatación. En caso de confirmación sería conveniente la realización de mediciones seriadas de pico-flujo espiratorio. En este mismo personal es importante la exploración dermatológica, una inspección general en busca de eccemas u otras lesiones cutáneas.

En cuanto a riesgos de seguridad como trabajos en alturas o conducción es importante la evaluación neurológica, sobretodo del equilibrio y la coordinación, y la exploración cardiovascular (auscultación cardíaca, tensión arterial).

La exploración del sistema circulatorio periférico se realiza especialmente en personal de cocina, recepción y camareros, buscando problemas vasculares de miembros inferiores que puedan estar relacionados con la bipedestación estática prolongada. Como pruebas funcionales, a realizar en función de los hallazgos en la exploración básica, tenemos la maniobra de Trendelenburg, la maniobra de Perthes y la claudicación.

A los trabajadores de recepción, administración y gestión, por lo general se les aplicará el protocolo de pantallas de visualización de datos, que presta especial atención a la inspección ocular, agudeza visual, campimetría, motilidad ocular extrínseca o reflejos pupilares, pero que valora también el riesgo osteomuscular por la sedestación prolongada y la carga mental asociada a este tipo de puestos. En mayores de 40 años se recomienda realización de tonometría y valorar la remisión al oftalmólogo bianualmente.

Por último, algunos puestos del sector de la hostelería se asocian a la exposición a ruido: personal de locales nocturnos, lavanderías, bares, etc. En estos casos se debe realizar acúmetría y audiometría para evaluar posibles traumas acústicos o hipoacusias derivadas de esta exposición.

Uno de los objetivos fundamentales de la vigilancia de la salud es el de llevar a cabo la promoción de la salud: en función de los hallazgos, el médico del trabajo debe educar al trabajador fomentando conductas saludables generales como el adecuado control tensional, el correcto uso de medicaciones, la dieta variada y equilibrada, la disminución del consumo de tóxicos como alcohol y tabaco, o la práctica de ejercicio. Así mismo una vez detectados problemas específicos con relación al trabajo, tanto en un trabajador en concreto como a nivel colectivo, el médico instruirá al trabajador sobre la mejor manera de solventarlos. Por ejemplo, en el caso de riesgos osteomusculares se debe formar al trabajador sobre las posturas más correctas en su trabajo, la forma en que tiene que manipular las cargas y los ejercicios de estiramiento-fortalecimiento de la musculatura que debe realizar para minimizar el riesgo de lesiones. En caso de trabajos de alta carga mental, se pueden proporcionar herramientas de afrontamiento del estrés. Cuando se detecte un mal uso de los equipos de protección individual se instruirá al trabajador sobre el correcto uso de los mismos. De igual manera en los manipuladores de alimentos tenemos la oportunidad de fomentar buenas prácticas que eviten el contagio de enfermedades a través de los alimentos: la adecuada higiene de manos; el control de los alimentos en mal estado; el uso de ropa de trabajo, gorros, guantes; el orden y limpieza de lugares de trabajo, etc.

En conclusión, los trabajadores de la hostelería están expuestos a múltiples riesgos de seguridad, higiénicos y ergonómicos. La vigilancia de la salud en este colectivo debe partir de un buen conocimiento de los riesgos específicos de cada puesto concreto y valorar las condiciones particulares de cada trabajador para poder evitar que esa exposición pueda resultarle perjudicial. La promoción de la salud en estos trabajadores debe dirigirse a concienciar al trabajador de los riesgos a los que está expuesto y en proporcionarle pautas para mejorar su salud general, disminuir los daños derivados del trabajo y evitar riesgos a terceros derivados de malas prácticas en el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA:

- Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Manipulación manual de cargas. Posturas forzadas. Movimientos repetitivos de extremidades superiores. Asma. Pantallas de visualización de datos. Agentes biológicos. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Disponible en www.msc.es
- Guía para la vigilancia de la salud de los trabajadores de hostelería. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Disponible en: www.sp.san.gva.es
- Manual para la prevención de los riesgos laborales en la hostelería. Federación Española de Hostelería (FEHR).
- Guía sobre vigilancia de la salud en comercio, hostelería-turismo y juego. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. Madrid, 2010.
- Manual básico de prevención de riesgos laborales. Hostelería y turismo. Consejo Asesor Regional de Formación Profesional. Región de Murcia.
- Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. Guía para la prevención de riesgos psicosociales en el sector de la hostelería. Madrid, 2006.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Guía de Acción Preventiva "Restaurantes, Bares y Cafeterías". Disponible en: <http://www.insht.es>
- European Agency for Safety and Health at Work. Report: Protecting workers in hotels, restaurants, and catering. Disponible en: <http://osha.europea.eu>
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.