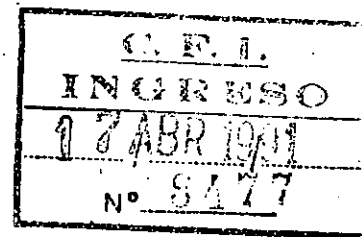
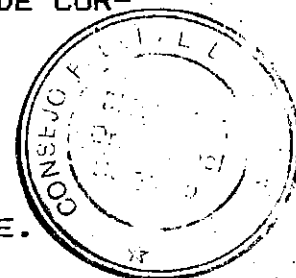


Sr. SECRETARIO GENERAL  
DEL CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES  
INGENIERO JUAN JOSE CIACERA



TENGO EL AGRADO DE DIRIGIRME A USTED  
PARA PRESENTARLE EL CUARTO INFORME PARCIAL CORRESPONDIENTE  
AL MANUAL DE SEGURIDAD EN LA CONSTRUCCION, PROVINCIA DE COR-  
DOBA.

SALUDO A USTED ATENTAMENTE.

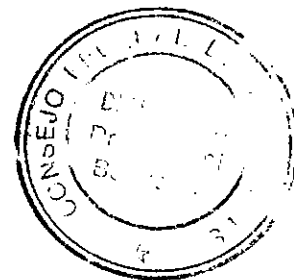


*[Signature]*  
DR. CARLOS A. CUCCHI  
MEDICO DEL TRABAJO  
MAT. PROF. 39.890  
MAT. EPS 1389

16 DE ABRIL DE 1991.

TEMARIO DE LA CUARTA ENTREGA.

4.- ENFERMEDADES PROVOCADAS POR LA INHALACION DE POLVO. - LESIONES POR SOBRESFUERZOS FISICOS-LUMBALGIAS - ENFERMEDAD DE CHAGAS - HERNIAS - VARICES - CONTAMINACIONES BIOLOGICAS POR AGUAS ESTANCADAS.



0/11 2226  
C 32  
15

## ENFERMEDADES PROVOCADAS POR LA INHALACION DE POLVO.

LA INHALACION DE POLVO PUEDE PROVOCAR ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO EN LOS TRABAJADORES EXPUESTOS, QUE COMPRENDEN DESDE AFECCIONES LEVES Y AUTOLIMITADAS COMO LAS RINITIS, HASTA GRAVES PROCESOS COMO LAS NEUMOCONIOSIS Y EL CANCER.

EN LA CONSTRUCCION SON MULTIPLES LOS TRABAJOS QUE GENERAN AMBIENTES PULVIGENOS:

- TRABAJOS DE DEMOLICION.
- TRABAJOS DE PERFORACION.
- OPERACIONES DE CORTE CON SIERRAS ELECTRICAS (MADERA, LADRILLO, ETC.).
- CIRCULACION DE VEHICULOS Y MAQUINARIAS.
- OPERACIONES DE LIJADO (PISOS, PAREDES,).
- MANIPULACION DE CEMENTO.
- EMPLEO DE "CHORRO DE ARENA".
- TRABAJOS EN TUNELES.
- MANIPULACION DE GRANITO.
- OTROS TRABAJOS.

LAS CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES Y LA GRAVEDAD DE LOS PROCESOS, DEPENDEN DE LA COMBINACION DE UNA SERIE FACTORES:

- 1.- NATURALEZA QUIMICA DEL POLVO: LOS POLVOS PUEDEN SER ORGANICOS, INORGANICOS, CITOTOXICOS, ETC.

ALGUNOS POLVOS INERTES (CEMENTO, YESO, ESTAÑO, HIERRO, ETC.), RESULTAN POCO AGRESIVOS PARA EL ORGANISMO DEBIDO A QUE NO DESENCADENAN PROCESOS FIBROTICOS PULMONARES. SON EXCEPCIONALMENTE INVALIDANTES, DADO QUE POR LO GENERAL NO DISMINUYEN SIGNIFICATIVAMENTE LA CAPACIDAD RESPIRATORIA DEL TRABAJADOR,

ESTOS PROCESOS AFORTUNADAMENTE, DETIENEN SU EVOLUCION A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE CESA LA EXPOSICION AL POLVO.

EN LA INDUSTRIA SUELEN PRESENTAR AFECCIONES PULMONARES NO FIBROGENAS, LOS OBREROS QUE EFECTUAN SIN PROTECCION RESPIRATORIA SOLDADURAS ELECTRICAS O CORTE DE HIERROS CON OXIACETILENO; COMO RESULTADO DE LA CONSTANTE INHALACION Y EL CONSIGUIENTE DEPOSITO EN EL PULMON DE FINAS PARTICULAS DE HIERRO ("SIDEROSIS PULMONAR").

OTROS POLVOS INERTES EN CAMBIO SON RESPONSABLES DE GRAVES DAÑOS ORGANICOS, COMO OCURRE CON AQUELLOS EN CUYA COMPOSICION INTERVIENE UNA ALTA CONCENTRACION DE SILICE.

EL TEJIDO PULMONAR EN ESTOS CASOS ES REEMPLAZADO PAULATINAMENTE POR UNA CICATRIZ FIBROSA (ESCLEROSIS PULMONAR); HECHO ESTE QUE DETERMINA LA DISMINUCION PROGRESIVA DE LA CAPACIDAD RESPIRATORIA DE LOS TRABAJADORES.

A DIFERENCIA DE LO QUE OCURRE CON LOS ANTERIORES, LA INTERRUPCION DE LA EXPOSICION NO GARANTIZA LA DETENCION EVOLUTIVA DE LA ENFERMEDAD.

2.- CONCENTRACION EN EL AMBIENTE: RESULTA OBVIO, QUE CUANTO MAYOR ES LA CONCENTRACION DEL POLVO EN EL AMBIENTE LABORAL, MAS IMPORTANTE RESULTA LA AGRESION QUE SUFRE EL PULMON Y POR ENDE MAYOR LA GRAVEDAD QUE ALCANZA EL PROCESO.

3.- TAMAÑO DE LAS PARTICULAS: CUANDO LAS PARTICULAS MIDEN MAS DE 10 MICRONES, QUEDAN RETENIDAS EN LOS FILTROS NATURALES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS: MUCOSAS NASAL Y BRONQUIAL, CILIAS, ETC. ESTA CONTINGENCIA RECIBE EL NOMBRE DE "IMPACTACION"

SI EL TAMAÑO DE LAS PARTICULAS EN CAMBIO ES MENOR, EL PELIGRO SE INCREMENTA, YA QUE ENTONCES ESTAN EN CONDICIONES DE ALCANZAR LOS ALVEOLOS PULMONARES, PRODUCIENDOSE LA "SEDIMENTACION" DEL POLVO EN LOS MISMOS.

- DURACION DE LA EXPOSICION: EN GENERAL, CUANTO MAS PROLONGADO ES EL TIEMPO DE EXPOSICION, MAYOR ES EL DAÑO OCASIONADO Y PEOR EL PRONOSTICO DE LA AFECCION.

- RESISTENCIA INDIVIDUAL: AL IGUAL QUE EN OTRAS PATOLOGIAS EL FACTOR PERSONAL ES SUMAMENTE IMPORTANTE. EL DAÑO INFERIDO NO SOLO DEPENDE DE LAS CARACTERISTICAS DEL AGENTE AGRESOR, SINO TAMBIEN DEL GRADO DE RESISTENCIA INDIVIDUAL DE CADA INDIVIDUO (SISTEMAS MECANICOS DE DEFENSA, MECANISMOS INMUNITARIOS, ETC.).

AFORTUNADAMENTE, EL DESARROLLO DE AFECCIONES PROVOCADAS POR LA INHALACION DE POLVO, NO ES DEMASIADO FRECUENTE EN LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCION, COMO CONSECUENCIA DE QUE LA MAYORIA DE LAS TAREAS SE LLEVAN A CABO AL AIRE LIBRE.

NO-OBSTANTE, LOS TRABAJADORES EXPUESTOS EN AMBIENTES CONFINADOS, PUEDEN DESARROLLAR LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES INCAPACITANTES RESPIRATORIAS:

1.- RINITIS ALERGICA.

- 2.- ASMA OCUPACIONAL.
- 3.- NEUMOCONIOSIS ESCLEROGENAS (MALIGNAS).
- 4.- NEUMOCONIOSIS NO ESCLEROGENAS (BENIGNAS)..
- 5.- TUMORES OCUPACIONALES. (AMIANTO, DERIVADOS DEL PETROLEO).

- ASMA OCUPACIONAL:

SE CONSIDERA QUE SOLO EL 2% DE LOS PROCESOS ASMATICOS SON DE ORIGEN PROFESIONAL.

EN EL AMBIENTE LABORAL, LA BRONCOCONSTRICION REFLEJA PUEDE SER DESENCADENADA POR: AIRE FRIO, GASES, HUMOS DE SOLDADURA, POLVOS ORGANICOS, MADERAS, METALES, PRODUCTOS QUIMICOS, ETC.

- NEUMOCONIOSIS:

SE DENOMINA NEUMOCONIOSIS (DEL GRIEGO: "PNEUMON" = PULMON; "KONION": POLVILLO) A LA PRESENCIA DE POLVO EN LOS PULMONES Y LA REACCION HISTICA POR EL PROVOCADA.

EL TERMINO ABARCA TODAS LAS ALTERACIONES CRONICAS DEL PULMON, GENERADAS POR LA INHALACION PROLONGADA DE POLVOS INORGANICOS.

- CLASIFICACION:

- 1.- NEUMOCONIOSIS BENIGNAS O NO ESCLEROGENAS: SIDEROSIS, ESTANOSIS, POR CEMENTO, POR YESO, ANTRACOSIS, POR MARMOL, POR PIEDRA CALIZA, ETC.
- 2.- NEUMOCONIOSIS MALIGNAS O ESCLEROGENAS: SILICOSIS, ASBESTOSIS, POR METAL DURO, OTRAS SILICATOSIS (TALCOSIS, CADLINDOSIS), ETC.

- SILICOSIS:

ES LA NEUMOCONIOSIS INORGANICA MALIGNA MAS FRECUENTE. SE PRODUCE COMO CONSECUENCIA DE LA INHALACION DE POLVO QUE CONTIENE SILICE.

EL SILICE ES EL MINERAL MAS EXTENDIDO EN LA NATURALEZA, YA QUE COMO SILICATO O CUARZO SE ENCUENTRA EN LA MAYORIA DE LAS PIEDRAS, ROCAS Y ARENAS.

LOS TRES COMPONENTES BASICOS DEL GRANITO: CUARZO, FELDESPATO Y MICA SON SILICATOS. A SU VEZ EL PEDERNAL ES UNA VARIEDAD DE CUARZO Y EL ASBESTO CONTIENE TAMBIEN SILICE.

ESTA AFECCION PUEDE DESARROLLARSE EN OBREROS QUE TRABAJAN EN TUNELES, CANTERAS, DEPOSITOS, TANQUES, OBRAS PUBLICAS, FABRICAS DE CEMENTO O MATERIALES DE CONSTRUCCION. TAMBIEN PUEDE PRESENTARSE EN TRABAJADORES QUE MANIPULAN GRANITO.

LA DETECCION DE CASOS DE SILICOSIS PULMONAR EN LOS EXAMENES PREOCUPACIONALES NO ES UN HECHO INFRECUENTE, SOBRE TODO EN POSTULANTES QUE SE HAN DESEMPEÑADO PREVIAMENTE COMO MINEROS O PICAPEDREROS.

LAS PEQUEÑAS PARTICULAS DE SILICE (MENORES DE 10 MICRAS) INHALADAS, SEDIMENTAN EN EL PARENQUIMA PULMONAR, PROVOCANDO LA FORMACION DE NODULOS MILIARES CONFLUENTES Y FIBROSIS REACTIVA ("NEUMOCONIOSIS ESCLEROGENA").

ESTOS TEJIDOS CICATRIZALES Y FIBROSOS VAN REEMPLAZANDO EN FORMA PAULATINA AL TEJIDO PULMONAR NORMAL.

A ESTAS LESIONES SE LE SUMAN HABITUALMENTE LAS PROVOCADAS POR LA TUBERCULOSIS PULMONAR, COMPLICACION SUMAMENTE FRECUENTE DE LA SILICOSIS. EN LA REPUBLICA ARGENTINA LA ASOCIACION SILICO-TUBERCULOSA SE PRESENTA EN EL 90% DE LOS CASOS.

CUANDO ADEMAS DEL SILICE ES INHALADO POLVO DE YESO (CEMENTO PORTLAND O COMUN) O CARBON, EL EFECTO DELETEREO SOBRE EL PULMON DISMINUYE COMO CONSECUENCIA DE LA PROBABLE REACCION QUE SE ESTABLECE ENTRE AMBOS.

LA INHALACION DE POLVO DE CEMENTO, NO PRODUCE HABITUALMENTE SILICOSIS, DADA LA ESCASA CONCENTRACION DE SILICE PRESENTE EN EL MISMO, Y A LA REACCION CITADA PRECEDENTEMENTE.

EL CUADRO CLINICO SE CARACTERIZA POR DIFICULTAD RESPIRATORIA DE CARACTER PROGRESIVO. LA DISNEA ("SED DE AIRE") SE AGRAVA PROGRESIVAMENTE HASTA PROVOCAR LA INVALIDEZ DEL TRABAJADOR.

LA TOS Y LA EXPECTORACION SON ESCASAS, LA FIEBRE, ASTENIA, PERDIDA DE PESO, Y LA SUDORACION NOCTURNA SE INSTALAN CUANDO SE AGREGA LA COMPLICACION TUBERCULOSA.

LA RADIOGRAFIA DE TORAX MUESTRA FRECUENTEMENTE IMAGENES NODULARES CONFLUENTES, Y ZONAS DE ATELECTASIA Y ENFISEMA.

EL EXAMEN FUNCIONAL RESPIRATORIO DETECTA ALTERACIONES FRANCAS DE NATURALEZA OBSTRUCTIVA, RESTRICTIVA O MIXTA.

EL ANALISIS DEL ESPUTO REGISTRA ABUNDANTES PARTICULAS DE SILICE EN EL MISMO.

LA ENFERMEDAD EVOLUCIONA EN FORMA CRONICA, PROGRESANDO LENTAMENTE INCLUSIVE LUEGO DE HABER CESADO LA EXPOSICION AL POLVO. EL SILICE CONTINUA DISOLVIENDOSE Y GENERANDO FIBROSIS PULMONAR.

- TRATAMIENTO:

NO EXISTE TRATAMIENTO CURATIVO. EL PROCESO ES IRREVERSIBLE. CUANDO SE INSTALA LA COMPLICACION TUBERCULOSA, ESTA DEBE SER TRATADA.

LA SOLUCION DEL PROBLEMA RESIDE EN LA PREVENCION, A TRAVES DE DIVERSAS MEDIDAS:

- 1.- METODOS DE HUMEDECIMIENTO: PARA EVITAR LA SUSPENSION DEL POLVO EN LA ATMOSFERA.
- 2.- METODOS DE VENTILACION: PARA IMPEDIR LA ACUMULACION DE POLVO EN EL AMBIENTE DE TRABAJO.
- 3.- PROTECCION DEL TRABAJADOR: MEDIANTE EL SUMINISTRO DE MASCARAS RESPIRATORIAS DE PROTECCION, Y EL CONTROL CONSTANTE DE SU UTILIZACION.

LAS MASCARILLAS ANTIPOLVO CONTIENEN FILTROS QUE DETIENEN LAS PARTICULAS DE POLVO. LOS POROS DE ESTOS ELEMENTOS FILTRANTES SE TAPAN CON EL TIEMPO PROVOCANDO DIFICULTAD PARA RESPIRAR. POR ESTA RAZON DEBE PROCEDERSE A SU REEMPLAZO EN FORMA PERIODICA.

- 4.- CONTROL CLINICO-RADIOLOGICO-ESPIROMETRICO DE LOS TRABAJADORES EXPUESTOS: ESTO PERMITE LA DETECCION TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD Y EL EVENTUAL CAMBIO DE TAREAS DEL OBRERO AFECTADO. (TRASLADO A PUESTOS DE TRABAJO EN EL EXTERIOR)>
- 5.- DICTADO DE CURSOS: CAPACITACION DEL PERSONAL EN RELACION A LA PREVENCION.
- 6.- ESTABLECIMIENTO DE PAUTAS DE APTITUD: PARA EL DESEMPEÑO DE TAREAS QUE IMPLIQUEN EXPOSICION AL POLVO.

- ASBESTOSIS:

ES LA SEGUNDA NEUMOCONIOSIS INORGANICA MALIGNA EN IMPORTANCIA.

EL ASBESTO SE UTILIZA PRINCIPALMENTE EN LA FABRICACION DE AMIANTO-CEMENTO Y AISLAMIENTOS.

LA INHALACION DE PEQUEÑAS PARTICULAS PROVOCA UNA FIBROSIS PULMONAR DIFUSA QUE SE EXTIENDE HASTA LA PLEURA VISCERAL.

LOS CUADROS PATOLOGICOS VINCULADOS AL ASBESTO, QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE SUELEN OBSERVAR, SON LOS SIGUIENTES:

- FIBROSIS PULMONAR.
- AFECCIONES PLEURALES (DERRAMES - FIBROSIS).
- MESOTELIOMA MALIGNO DIFUSO (PLEURAL, PERITONEAL).
- AFECCIONES CUTANEAS

LAS MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA NEUMOCONIOSIS POR ASBESTO SON SIMILARES A LAS DETERMINADAS POR LA SILICOSIS.

DE IGUAL FORMA, EL UNICO TRATAMIENTO EFECTIVO ES EL PREVENTIVO.

## LESIONES POR SOBRE-ESFUERZOS FISICOS - LUMBALGIAS.

EL TRABAJO PROLONGADO EN POSICION INCLINADA, LA FRECUENTE ELEVACION DE OBJETOS PESADOS, LOS PERMANENTES MOVIMIENTOS DE ROTACION DEL TRONCO PARA ALCANZAR HERRAMIENTAS O MATERIALES, LA ADOPCION DE POSICIONES VICIOSAS, EN AMBIENTES GENERALMENTE FRIOS Y HUMEDOS, SON TODOS FACTORES DESENCADENANTES DE PATOLOGIA EN TRABAJADORES PREDISPUESTOS.

LOS EJERCICIOS INADECUADOS Y LOS ESFUERZOS EXCESIVOS O MUY FRECUENTES SON CAUSA DE MUY VARIADA PATOLOGIA: DISTENSIONES Y RUPTURAS MUSCULARES (BICEPS, CUADRICEPS); RUPTURAS TENDINOSAS ("TENDON DE AGUILES"); DISTENSION DE LIGAMENTOS (RODILLA, RAQUIS); ESGUINCES (COLUMNA VERTEBRAL); ETC.

APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS CONSULTAS MEDICAS DE LOS OBREROS DE LA CONSTRUCCION, CORRESPONDEN A PATOLOGIA VINCULADA A LA COLUMNA VERTEBRAL; Y DE ELLAS LAS DOS TERCERAS PARTES A DOLORES LOCALIZADOS EN LA REGION LUMBO-SACRA.

SE DENOMINA "LUMBAGO O LUMBALGIA" AL DOLOR DE CUALQUIER ORIGEN QUE SE LOCALIZA EN LA REGION LUMBAR. CUANDO EL DOLOR SE PROPAGA A LO LARGO DEL TRAYECTO DEL NERVIO CIATICO, EL CUADRO SE DENOMINA "LUMBOCIATICA".

EL DOLOR LUMBAR PUEDE SER PROVOCADO POR MULTIPLES PROCESOS Y CIRCUNSTANCIAS:

- TRANSTORNOS OSTEOARTICULARES VERTEBRALES: TRAUMATISMOS, INFECCIONES, ANOMALIAS CONGENITAS, PROCESOS DEGENERATIVOS, ETC.
- LESIONES POR ESFUERZO: PROLAPSOS DISCALES, DESGARROS MUSCULARES, AFECCIONES LIGAMENTARIAS, ESGUINCES ARTICULARES, RUPTURAS PARCIALES DE LIGAMENTOS, ETC.

- ALTERACIONES ESTATICAS: HIPERLORDOSIS COMPENSADORA, PIE PLANO.
- AFECCIONES NEUROLÓGICAS: TUMORES, TABES, ESCLEROSIS EN PLACAS, ETC.
- MANIFESTACIONES REFLEJAS: DE PATOLOGÍAS DE ORGANOS ABDOMINALES O PELVIANOS (RINON, VESICULA BILIAR, PANCREAS, ETC.).
- TRANSTORNOS PSIQUICOS: "STRESS", CONFLICTOS, TENSIONES, ETC.
- CUADROS DE SIMULACION.

LA INSTALACION A PARTIR DE LOS 35 - 40 AÑOS DE EDAD DE TRANSTORNOS DEGENERATIVOS (ARTROSIS) QUE INVOLUCRAN: LIGAMENTOS, DISCOS INTERVERTEBRALES, HUESOS, TENDONES, APO-NEUROSIS; SUMADOS A LOS FACTORES DESENCADENANTES SEÑALADOS, EXPLICAN LA FRECUENTE APARICION DE LA SINTOMATOLOGIA CARACTERISTICA A PARTIR DE DICHA EDAD.

EN OTROS CASOS LA PREDISPOSICION ESTA DADA POR LA PRESENCIA DE ANOMALIAS CONGENITAS: ESPINA BIFIDA, SACRALIZACION PARCIAL DE LA 5ta. VERTEBRA LUMBAR, LUMBARIZACION PARCIAL DE LA PRIMERA SACRA, ESPONDILOLISIS-LISTESIS, HIPERLORDOSIS LUMBAR, ETC.

ESTOS CUADROS PUEDEN POR SI SOLOS PROVOCAR DOLOR O INCREMENTARLO, POR EL AGREGADO DE LOS FACTORES DESENCADENANTES YA CITADOS.

LA CORRECTA ELEVACION MANUAL DE CARGAS REQUIERE DE LA FLEXION DE AMBAS RODILLAS, CON LO CUAL EL ESFUERZO MAYOR RECAE SOBRE LOS PODEROSOS MUSCULOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES.

CUANDO EL TRABAJADOR EN CAMBIO, EN FORMA ERRONEA, EFECTUA LA MANIOBRA FLEXIONANDO SU CINTURA, SOBRECARGA LA MUSCULATURA LUMBAR PADECIENDO LOS CLASICOS "TIRONES" O "LUMBAGOS".

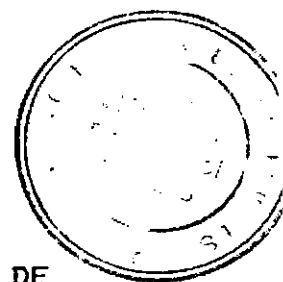
LAS CONSIDERACIONES PRECEDENTES EXPLICAN LA CONVENIENCIA DE INCLUIR ESTUDIOS RADIOGRAFICOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL EN EN LOS EXAMENES PREOCUPACIONALES Y PERIODICOS.

EN SINTESIS, LA COMBINACION DE ANOMALIAS CONGENITAS O PROCESOS DEGENERATIVOS; CON VICIOS POSTURALES, TRAUMATISMOS Y EJERCICIOS INADECUADOS; DETERMINA TENSIONES ANORMALES DE ESTRUCTURAS SENSIBLES (RICAS EN TERMINACIONES NERVIOSAS) QUE SE MANIFIESTAN CLINICAMENTE POR DOLOR Y CONTRACTURA MUSCULAR LUMBAR.

EXISTEN TAMBIEN LUMBO-CIATICAS DE ORIGEN DISCAL, QUE SI BIEN SON POCO FRECUENTES, REVISTEN IMPORTANCIA DADA LA GRAVEDAD QUE ACOMPAÑA HABITUALMENTE A ESTOS PROCESOS.

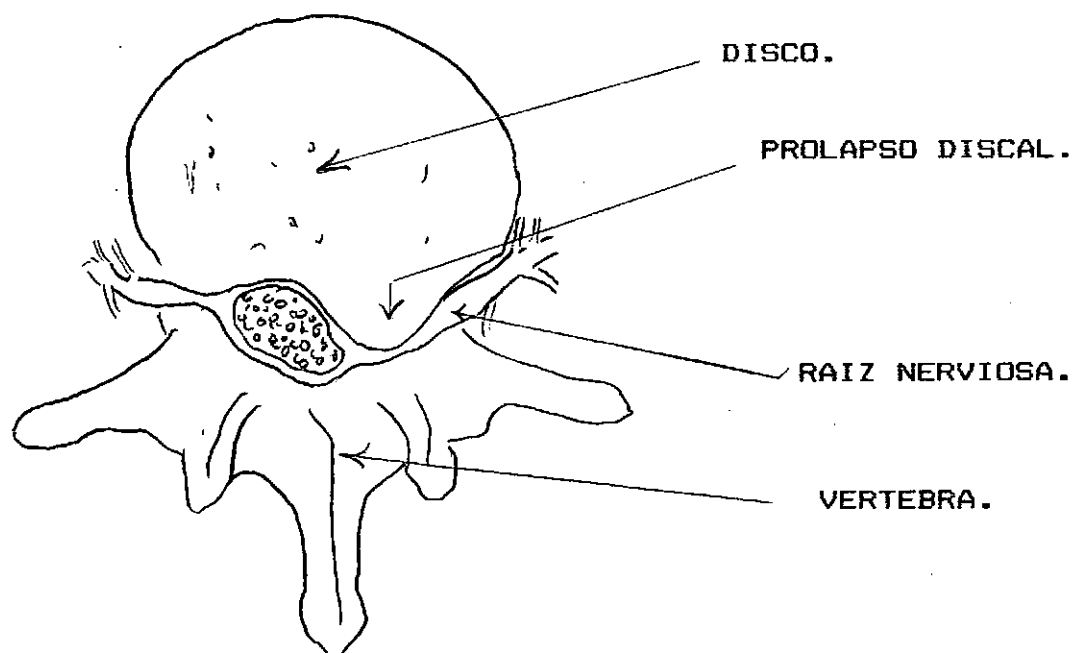
LOS TRANSTORNOS DEGENERATIVOS QUE SUFREN LOS DISCOS INTER-VERTEBRALES CON LA EDAD, SUMADO A LOS MICROTRAUMATISMOS REPETIDOS; PROVOCAN LA DESTRUCCION DE LAS LAMINILLAS CARTILAGINOSAS QUE RODEAN AL NUCLEO PULPOSO DISCAL.

POSTERIORMENTE, LA PROTRUSION O EXTRUSION DEL MATERIAL NUCLEAR A TRAVES DE ESE DEFECTO, PROVOCA LA IRRITACION DE LAS



RAICES NERVIOSAS EN EL CANAL RAQUIDEO O EN LOS AGUJEROS DE CONJUNCION.

ESTE EPISODIO TRANSFORMA LA LUMBALGIA EN UNA LUMBO-CIATALGIA.



EL DISCO HERNIADO COMPROMETE HABITUALMENTE LA RAIZ NERVIOSA DE UN SOLO LADO. LAS RAICES QUE CON MAYOR FRECUENCIA SUELEN ESTAR AFECTADAS SON: L5 (HERNIA ENTRE L4 -L5) Y S1 (HERNIA ENTRE L5 - S1).

LOS PACIENTES SE PRESENTAN A LA CONSULTA ADOPTANDO POSICIONES ANTALGICAS: DESAPARICION DE LA LORDOSIS LUMBAR FISIOLOGICA O DESVIACION LATERAL DEL TRONCO.

DURANTE EL INTERROGATORIO, EL OBRERO REFIERE DOLOR LUMBAR CON O SIN IRRADIACION HACIA EL MIEMBRO INFERIOR HOMOLATERAL.

ES CONVENIENTE INDAGAR ACERCA DE LA FORMA DE APARICION DEL DOLOR (BRUSCO O PROGRESIVO); ANTECEDENTES DE ESFUERZOS; TRAUMATISMOS, BIPEDESTACION PROLONGADA, VARIACIONES DE INTENSIDAD CON: LOS MOVIMIENTOS; LAS MODIFICACIONES BAROMETRICAS; LA TOS; EL ESTORNUDO; ETC.

DURANTE EL EXAMEN CLINICO ES IMPORTANTE CONSTATAR :

- SI EXISTE O NO DIFICULTAD PARA DESVESTIRSE.
- MODIFICACIONES DE LAS CURVATURAS FISIOLOGICAS DEL RAQUIS (ESCOLIOSIS ANTALGICA, DESAPARICION DE LA LORDOSIS LUMBAR FISIOLOGICA, ETC.).
- LIMITACION DE LA MOVILIDAD ACTIVA.
- CONTRACTURA MUSCULAR PALPABLE DE LOS MUSCULOS DE LOS CANALES VERTEBRALES.

LAS AFECCIONES DE LA REGION LUMBOSACRA PROVOCAN HABITUALMENTE LA CONTRACTURA ANTALGICA DE LOS MUSCULOS PARAVERTEBRALES. EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS LA INCLINACION DEL TRONCO HACIA ADELANTE SE HACE A EXPENSAS DE LAS CADERAS.

NORMALMENTE EL MOVIMIENTO COMIENZA CON LA FLEXION DE LA COLUMNA VERTEBRAL PARA CONTINUAR A CONTINUACION CON LA INTERVENCION DE LAS ARTICULACIONES COXO-FEMORALES. CUANDO HAY DOLOR O "ENVARAMIENTO" DE LA COLUMNA, EL ORDEN SE INVIERTE.

LOS CUADROS DE SIMULACION PUEDEN PONERSE DE MANIFIESTO INVITANDO AL PACIENTE A INCLINARSE HACIA ADELANTE, YA QUE LA FLEXION DE LAS ARTICULACIONES COXO-FEMORALES ES POSIBLE AUN EN PRESENCIA DE UNA COLUMNA RIGIDA.

LA PALPACION PERMITE DESCUBRIR: PUNTOS DOLOROSOS, ATROFIAS MUSCULARES, CONTRACTURAS, ETC.

EL EXAMEN TAMBIEN INCLUYE MANIOBRAS PARA PROVOCAR O NO DOLOR EN EL TRAYECTO CIATICO:

- 1.- "SIGNO DE LASEGUE": CON EL ENFERMO EN POSICION DE DECUBITO DORSAL, EL EXAMINADOR ELEVA DEL PLANO DE LA MESA DE EXAMEN EL MIEMBRO INFERIOR EXTENDIDO TOMANDOLO DEL TOBILLO.

EL SIGNO ES "POSITIVO" CUANDO ESTA MANIOBRA DE ELONGACION DEL NERVIDO DESPIERTA DOLOR EN EL TRAYECTO CIATICO.

EL DOLOR PROVOCADO CON LA MANIOBRA DISMINUYE AL BAJAR ALGO EL MIEMBRO Y DESAPARECE AL FLEXIONAR LA RODILLA (SOLO PUEDE ELONGARSE EL CIATICO CUANDO LA RODILLA ESTA EXTENDIDA).

- 2.- MANIOBRA DE SICARD: CON EL EXAMINADO EN POSICION DE DECUBITO DORSAL, SE PROVOCA LA HIPERFLEXION FORZADA DEL PIE. ES POSITIVA CUANDO SE PRODUCE DOLOR.
- 3.- SIGNO DE NERY: ES POSITIVO CUANDO SE DESPIERTA DOLOR LUMBAR O CIATICO AL ANTEFLEXIONAR LA CABEZA.

- ESTUDIO DE LA SENSIBILIDAD: EL COMPROMISO RADICULAR SUELE ACOMPAÑARSE DE: HIPER, HIPO, O ANESTESIA EN EL TERRITORIO DEL MIEMBRO INFERIOR CORRESPONDIENTE A LA RAIZ COMPROMETIDA.

- ALTERACIONES DE LOS REFLEJOS:

- EL COMPROMISO DE RAIZ L3 - L4 PROVOCA LA DISMINUCION O ABOLICION DEL REFLEJO ROTULIANO.

- COMPROMISO DE RAIZ S1: REFLEJO AQUILIANO DISMINUIDO O AUSENTE.

- COMPROMISO DE RAIZ L5 --> NO TIENE REFLEJO QUE LO REPRESENTA. SE ESTUDIA EXPLORANDO LA MOTILIDAD DEL DEDO GORDO DEL PIE:

EL EXAMINADOR SE OPONE A LA FLEXION DORSAL ACTIVA DEL PRIMER DEDO. SI EXISTE COMPROMISO RADICULAR, SE CONSTATA DISMINUCION DE LA FUERZA.

EL EXAMEN SE COMPLETA CON LOS SIGUIENTES ESTUDIOS:

- RADIOGRAFIAS: FRENTE ; PERFIL, OBLICUAS Y FRENTE EN 45° A LO "FERGUSON".
- MIELOGRAFIA: EN LA ACTUALIDAD, LOS ESTUDIOS MIELOGRAFICOS HAN ENTRADO EN EL OCASO, POR LA APLICACION DE LOS MODERNOS ESTUDIOS DE TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNETICA.
- ELECTRODIAGNOSTICO Y ELECTROMIOGRAFIA: SIRVEN PARA DETECTAR EL MINIMO DEFICIT MOTOR. PERMITEN CONFIRMAR EL COMPROMISO RADICULAR, GRADO DE LA LESION Y LOCALIZACION TOPOGRAFICA DE LA RAIZ AFECTADA.

- TRATAMIENTO:

COMPRENDE EN FORMA INDIVIDUAL O COMBINADA, LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS:

1.- MEDICO:

- REPOSO EN CAMA DURA (TABLA ENTRE ELASTICO Y COLCHON).
- FAJA VASCA O SIMILAR (CONTENSION Y CALOR).
- APLICACION DE CALOR LOCAL.
- MEDICAMENTOS: ANALGESICOS, ANTIINFLAMATORIOS, RELAJANTES DEL MUSCULO ESQUELETICO, COMPLEJO "B", ETC.
- INFILTRACIONES LOCALES.
- EVITAR LOS ENFRIAMIENTOS.
- NO LEVANTAR PESOS SUPERIORES A 1 Kg.

2.- FISICO: MASOTERAPIA, KINESEOLOGIA, FISIATRIA, ETC.

3.- ORTOPEDICO:

- INMOVILIZACION CON FAJA ORTOPEDICA O CORSE DE YESO.

## 2.- QUIRURGICO:

REQUIEREN EN GENERAL INTERVENCION QUIRURGICA, LOS SIGUIENTES CASOS:

- DOLOR MUY REBELDE (4-5 MESES) QUE NO CEDE CON EL TRATAMIENTO INCRUENTO.
- RECIDIVAS DE LA SINTOMATOLOGIA MUY FRECUENTES E IMPORTANTES.
- PRESENCIA DE SIGNOS DE DEFICIT NEUROLOGICO SEVERO.

LA INTERVENCION QUIRURGICA COMPRENDE GENERALMENTE LA EXTIRPACION DEL MATERIAL QUE COMPRIME LA RAIZ NERVIOSA; INCLUYENDO EN OCASIONES UNA ARTRODESIS LOCAL.

### - PREVENCION:

- LOS POSTULANTES CON ANOMALIAS CONGENITAS O FENOMENOS ARTROSICOS DE COLUMNA VERTEBRAL, DEBEN SER ORIENTADOS A TRABAJOS QUE NO ACTUEN COMO FACTORES DESENCADENANTES.
- EN LO POSIBLE LAS CARGAS DEBEN TRASLADARSE Y ELEVARSE POR MEDIOS MECANICOS.
- NO DEBE PERMITIRSE QUE UN SOLO TRABAJADOR MOVILICE CARGAS DE 40 Kg. O MAS DE PESO.
- ENSEÑAR A LOS OBREROS A ELEVAR OBJETOS PESADOS: FLEXIONAR LAS RODILLAS, TOMAR CON FIRMEZA LA CARGA Y CON LA ESPALDA ERGUIDA LEVANTARLA ENDEREZANDO LAS PIERNAS.
- TRANSPORTAR CARGAS EN FORMA EQUILIBRADA CON EL CUERPO. SI SE TRASLADA SOBRE EL HOMBRO, DEBE PROCURARSE QUE PESE LO MISMO HACIA ADELANTE QUE HACIA ATRAS. SI SE LLEVAN BALDES CON MATERIAL, ES CONVENIENTE TRASLADARLOS DE A DOS, UNO EN CADA MANO, PARA EQUILIBRAR EL PESO.

LOS MOVIMIENTOS DE ROTACION DEBEN EFECTUARSE A EXPENSAS DE LOS PIES, Y NO APELANDO A LA ROTACION DE LA COLUMNA VERTEBRAL.

EL TRANSPORTE MANUAL DE UNA CARGA PESADA (POSTES, HIERROS, ETC) ENTRE VARIOS TRABAJADORES, DEBE CONTEMPLAR LAS SIGUIENTES PREVISIONES:

- ELEVACION Y DESCENSO SIMULTANEO DE LA CARGA.
- TODOS LOS TRABAJADORES DEBEN COLOCARSE DEL MISMO LADO DE LA CARGA.
- LA CARGA NO DEBE SER LANZADA POR ENCIMA DE LA CABEZA.



## VARICES.

LAS VARICES O FLEBECTASIAS SON DILATACIONES ANORMALES DE LAS VENAS DE CARACTER PERMANENTE.

CON ESTE TERMINO SE DESIGNAN HABITUALMENTE LAS DILATACIONES CRONICAS DE LAS VENAS SUPERFICIALES DE LOS MIEMBROS INFERIORES, SI BIEN PUEDEN PRESENTARSE TAMBIEN EN OTROS ORGANOS Y ESTRUCTURAS DE LA ECONOMIA; .

LA REALIZACION COTIDIANA DE TAREAS QUE REQUIEREN PERMANENCIA PROLONGADA DE PIE Y ESCASA MOVILIDAD, FAVORECEN EL DESARROLLO DE ESTA PATOLOGIA.

SHOTS HALLO QUE EL 17,7% DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN DE PIE DESARROLLAN VARICES; MIENTRAS QUE SOLAMENTE EL 2,2% LO HACEN, CUANDO EL TRABAJO SE EFECTUA SENTADO.

LAS ALTAS TEMPERATURAS EN LOS LUGARES DE TRABAJO SUMADAS AL ORTOSTATISMO, CONSTITUYEN UN FACTOR AGRAVANTE DEL PROBLEMA.

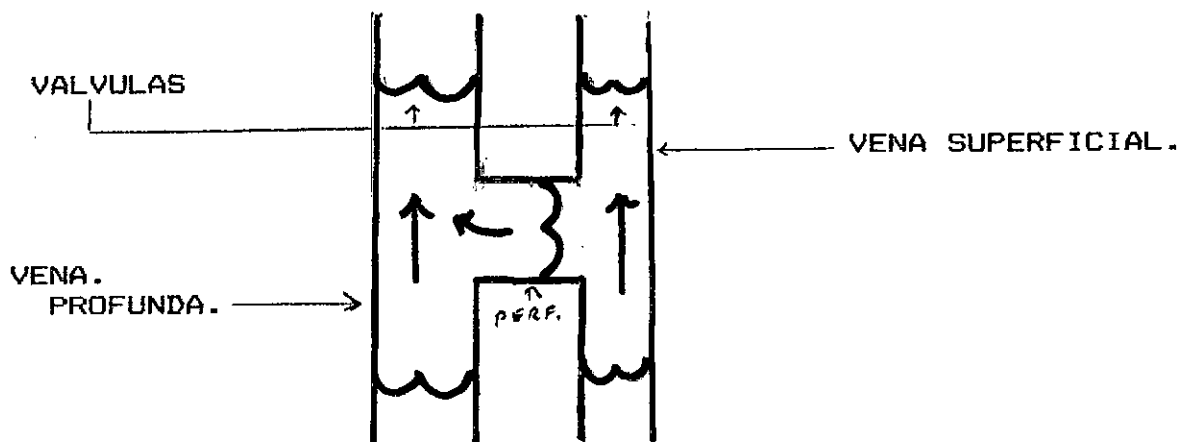
LA HERENCIA ES OTRA CIRCUNSTANCIA DE IMPORTANCIA; YA QUE EXISTEN ANTECEDENTES FAMILIARES (PADRES, ABUELOS, ETC.) DE LA AFECCION EN EL 60% DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN VARICES.

LA CIRCULACION SANGUINEA DE RETORNO DE LOS MIEMBROS INFERIORES DEPENDE DE DOS SISTEMAS VENOSOS VINCULADOS ENTRE SI:

1. - SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL: LOCALIZADO EN EL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, INMEDIATAMENTE POR DEBAJO DE LA PIEL. SOLO EL 10% DE LA SANGRE TRANSCURRE POR EL.
2. - SISTEMA VENOSO PROFUNDO: SE UBICA ENTRE LOS MUSCULOS DE LA PIERNA Y EL MUSLO, ENCERRADOS A SU VEZ EN UN "ESTUCHE" OSTEO-APONEUROTICO. EL 90% DE LA SANGRE DE LOS MIEMBROS INFERIORES EFECTUA SU RETORNO A TRAVES DE LAS VENAS PROFUNDAS.

AMBOS SISTEMAS, SUPERFICIAL Y PROFUNDO, ESTAN VINCULADOS ENTRE SI POR LA PRESENCIA DE VENAS DENOMINADAS PERFORANTES Y COMUNICANTES (ESQUEMA N.: 5.1).

- ESQUEMA N.: 5.1: MIEMBRO INFERIOR - SISTEMAS VENOSOS.



LAS VENAS DE LOS TRES SISTEMAS (SUPERFICIAL, PROFUNDO Y COMUNICANTE), ESTAN PROVISTAS DE VALVULAS QUE EN CONDICIONES DE NORMALIDAD; DETERMINAN QUE LA CIRCULACION VENOSA DEL MIEMBRO SE EFECTUE UNICAMENTE DE DISTAL A PROXIMAL (SENTIDO CENTRIPE-TO) Y DESDE LAS VENAS SUPERFICIALES HACIA LAS PROFUNDAS.

LAS VALVULAS VENOSAS IMPIDEN QUE AL REALIZARSE ESFUERZOS EN POSICION ERECTA, LA SANGRE REFLUYA DESDE LAS VENAS ABDOMINALES HACIA EL MIEMBRO INFERIOR; Y EN ESTE DESDE LAS VENAS PROFUNDAS HACIA LAS SUPERFICIALES.

LA CONTRACCION DE LOS MUSCULOS DE LAS EXTREMIDADES QUE SE PRODUCE DURANTE LOS EJERCICIOS Y MOVIMIENTOS, DETERMINA UN VERDADERO "MASAJE" (BOMBA MUSCULAR) DEL SISTEMA VENOSO PROFUNDO QUE FACILITA EL RETORNO VENOSO HACIA EL CORAZON, DE POR SI DIFICULTADO EN EL HOMBRE DE PIE POR LA ACCION GRAVITACIONAL.

COMO ES OBVIO, ESTE MECANISMO NO ENTRA EN JUEGO CUANDO EL TRABAJADOR PERMANECE DE PIE PERO EN REPOSO (AUSENCIA DE CONTRACCION MUSCULAR).

ES POR ESTE MOTIVO, QUE LAS VARICES SE DESARROLLAN PREFERENTEMENTE EN OPERARIOS PREDISPUESTOS CUYA ACTIVIDAD REQUIERE DE LA PERMANENCIA PROLONGADA DE PIE Y DE ESCASOS DESPLAZAMIENTOS.

EL PROBLEMA SOBREVIENE CUANDO EL TRABAJADOR PRESENTA INSUFICIENCIA VALVULAR CONGENITA O ADQUIRIDA, DE UNO O MAS DE LOS SISTEMAS VENOSOS DESCRIPTOS.

ESTA CIRCUNSTANCIA, AL POSIBILITAR EL REFLUJO SANGUINEO, CREA LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO VARICOSO.

LA INCOMPETENCIA VALVULAR SUPERFICIAL DETERMINA LA APARICION DE VARICES DENOMINADAS "ESENCIALES" O "PRIMITIVAS".

LA INSUFICIENCIA DE LAS VALVULAS DE LAS VENAS COMUNICANTES, DETERMINA ESTASIS SANGUINEO EN LAS VENAS SUPERFICIALES CON DEFICIENTE CIRCULACION EN LA PIEL DEL TOBILLO Y DEL PIE. ESTA CIRCUNSTANCIA FAVORECE EL DESARROLLO DE TRANSTORNOS TROFICOS LOCALES: INDURACION, DERMATITIS, ULCERAS, ETC..

LA INCOMPETENCIA VALVULAR DEL SISTEMA VENOSO PROFUNDO, PROVOCA A SU VEZ DOLOR Y EDEMA DISTAL DEL MIEMBRO.

#### - VARICES - CLASIFICACION:

1.- VARICES PRIMITIVAS: SU ORIGEN ES CONGENITO. SE PRODUCEN POR DEBILIDAD DE LA PARED VENOSA O AUSENCIA VALVULAR EN LAS VENAS SUPERFICIALES.

EL SISTEMA VENOSO PROFUNDO ES NORMAL, CON BUENA COMPETENCIA VALVULAR. ESTO EXPLICA LA AUSENCIA DE EDEMA EN EL MIEMBRO AFECTADO.

2.- VARICES SECUNDARIAS: SON EL RESULTADO DE LA INSUFICIENCIA VALVULAR DE LOS SISTEMAS VENOSOS COMUNICANTE Y PROFUNDO.

EL DEFECTO PUEDE SER DE CARACTER CONSTITUCIONAL (AUSENCIA VALVULAR CONGENITA) O CON MAYOR FRECUENCIA ADQUIRIDO (SECUELA DE TROMBOSIS VENOSA).

LA OBSTRUCCION POR TROMBOS Y COAGULOS DE LAS VENAS PROFUNDAS SUELE PRESENTARSE EN LOS TRABAJADORES, COMO COMPLICACION DE OTRAS CIRCUNSTANCIAS Y PROCESOS:

- HEMORRAGIAS PROFUSAS - TRAUMATISMOS SEVEROS - FRACTURAS
- REPOSO EN DECUBITO PROLONGADO - POSICION DE RODILLAS PERMANENTE - ETC.

EL PROCESO TROMBOTICO INVOLUCRA LAS VALVULAS DE LAS VENAS PROFUNDAS, DEJANDO COMO SECUELA LA INCOMPETENCIA DE LAS MISMAS. ESTA ES LA CAUSA DEL CONJUNTO DE ALTERACIONES PATOLOGICAS QUE TARDE O TEMPRANO SE MANIFIESTAN Y QUE CONFIGURAN EL "SINDROME POST-TROMBOTICO": VARICES SECUNDARIAS, EDEMAS, ALTERACIONES TROFICAS, ETC.

- SINTOMATOLOGIA:

LAS VARICES PRIMITIVAS SON POR LO GENERAL ASINTOMATICAS. EN OCASIONES LOS PACIENTES REFIEREN SENSACION DE FATIGA O PESADEZ EN LAS PIERNAS QUE CEDEN CON EL REPOSO EN DECUBITO.

LAS VARICES SECUNDARIAS SE ACOMPAÑAN EN CAMBIO DE SINTOMATOLOGIA LOCAL SEVERA Y FLORIDA:

- EDEMA DE TOBILLO.
- DERMITIS OCRE, PURPURICA Y PIGMENTARIA.
- INDURACION.
- ULCERAS.
- ECZEMAS.

RESULTA SUMAMENTE IMPORTANTE DETERMINAR LA LOCALIZACION DE LAS VALVULAS INSUFICIENTES RESPONSABLES DEL REFLUJO SANGUINEO.

ESTO SE LLEVA A CABO MEDIANTE UNA SERIE DE PRUEBAS CLINICAS, QUE EXPLORAN LOS TRES SISTEMAS VENOSOS (PRUEBAS DE "TRENDELEMBURG", "PERTHES-DELBET", "SCHWARTZ, ETC.).

LOS ESTUDIOS RADIOLOGICOS CONTRASTADOS DEL SISTEMA VENOSO PROFUNDO (FLEBOGRAFIAS), PERMITEN INVESTIGAR EL ESTADO DEL MISMO.

EL PRONOSTICO DE LAS VARICES ESENCIALES ES BUENO; EN CAMBIO EL DE LAS SECUNDARIAS ES INCIERTO YA QUE CASI NUNCA SE ALCANZA LA CURACION TOTAL.

LOS TRABAJADORES CON TRANSTORNOS TROFICOS POST-TROMBOTICOS, SUELEN ESTAR INCAPACITADOS PARA TRABAJAR DURANTE LAPROS LONGADOS DE TIEMPO.

- TRATAMIENTO:

LAS VARICES PRIMITIVAS REQUIEREN COMO MEDIDA PALIATIVA LA UTILIZACION DE VENDAS ELASTICAS O MEDIAS COMPRESIVAS ESPECIALES.

EL TRATAMIENTO DEFINITIVO SE LLEVA A CABO MEDIANTE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS:

- ESCLEROTERAPIA (INYECCION INTRAVENOSA DE SOLUCIONES ESCLEROSANTES).

- CIRUGIA (SAFENECTOMIA - FLEBOEXTRACCION).

EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES SECUNDARIAS EN CAMBIO, ES PRIMORDIALMENTE INCRUENTO, Y SE LLEVA A CABO A TRAVES DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

- EVITAR PRENDAS CONSTRICTIVAS.
- ELEVACION PERIODICA DE LOS MIEMBROS.
- EMPLEO DE MEDIAS COMPRESIVAS (NO MAS DE 30-40 mm Hg. DE PRESION).
- TACOS PARA ELEVAR LOS PIES DE LA CAMA.

LA ULCERA VENOSA REQUIERE PARA SU CIERRE REPOSO PROLONGADO (VARIAS SEMANAS) EN CAMA; LO CUAL ES SUMAMENTE DIFICIL DE CUMPLIR.

RESULTA MAS PRACTICO LA CONFECCION DE UNA BOTA CON "PASTA DE UNNA".

LOS OPERARIOS CON PATOLOGIA VARICOSA, NO DEBEN SER DESTINADOS A PUESTOS DE TRABAJO QUE REQUIERAN PERMANENCIA PROLONGADA DE PIE Y ESCASOS DESPLAZAMIENTOS.

TAMPOCO DEBEN ESTAR UBICADOS EN LA PROXIMIDAD DE FUENTES IMPORTANTES DE CALOR. (PREVENCION SECUNDARIA).

## HERNIAS.

SE DENOMINA HERNIA A LA SALIDA O PROTRUSION DE TEJIDOS A TRAVES DE ZONAS DE DEBILIDAD NORMALES O ANORMALES DE LA PARED ABDOMINAL.

ES UN PADECIMIENTO DE OBSERVACION MUY COMUN EN LOS OBREROS DE LA CONSTRUCCION, COMO CONSECUENCIA DE LAS RUDAS TAREAS QUE COTIDIANAMENTE LLEVAN A CABO.

EL DESARROLLO DE ESTA PATOLOGIA EN LOS TRABAJADORES SE VE FAVORECIDO POR LA REALIZACION DE ESFUERZOS INTENSOS Y REITERADOS, EN ACTITUDES CORPORALES QUE FAVORECEN LA RELAJACION DE MUSCULOS Y ANILLOS HERNIARIOS (TRABAJO EN POSICION INCLINADA, DE RODILLAS, ETC.).

LA HERNIA PUEDE SER LA CONSECUENCIA INMEDIATA DE UNA VIOLENCIA DIRECTA (GOLPES, APLASTAMIENTOS) QUE INCAPACITA EN FORMA BRUSCA AL TRABAJADOR, OBLIGANDO AL ABANDONO INMEDIATO DE LAS TAREAS Y AL REQUERIMIENTO DE ATENCION MEDICA.

AFORTUNADAMENTE ESTAS "HERNIAS TRAUMATICAS", VERDADEROS ACCIDENTES DE TRABAJO, SON DE OBSERVACION EXCEPCIONAL EN LOS CONSULTORIOS DE OBRA.

EN OTRAS OCASIONES, LA TUMORACION HERNIARIA PUEDE HACER SU APARICION DE MANERA SUBITA, A CONTINUACION DE GRANDES ESFUERZOS, RESBALONES O CAIDAS.

ESTOS EPISODIOS AGUDOS, SUELEN PONER EN EVIDENCIA O AGRAVAR HERNIAS INAPARENTES, FORMADAS PREVIAMENTE POR LA ACCION REITERADA DE ESFUERZOS REPETIDOS.

EL ORIGEN DE LAS HERNIAS, EN SU GRAN MAYORIA, ESTA DADO POR LA COMBINACION DE UNA DEBILIDAD ANATOMICA PREEXISTENTE (FACTOR

PREDISPONENTE) Y EL EFECTO DE ESFUERZOS REITERADOS O VIOLENTOS (FACTOR DESENCADENANTE).

LAS PARTES CONSTITUTIVAS DE UNA HERNIA SON ESENCIALMENTE DOS:

1.- ENVOLTURAS Y SACO PERITONEAL Y 2.- CONTENIDO (EPIPLON MAYOR, ILEON, YEYUNO, COLON, ETC.).

LA CLASIFICACION DE LAS HERNIAS DE ACUERDO A SU LOCALIZACION SE MENCIONA EN EL CUADRO N.: 5.1).

CUADRO N.: 5.1 - HERNIAS CLASIFICACION Y FRECUENCIA.

1.- HERNIAS INGUINALES.....	90%
2.- HERNIAS UMBILICALES.....	5%
3.- EVENTRACIONES POST-OPERATORIAS.....	3%
4.- HERNIAS EPIGASTRICAS.....	1%
5.- HERNIAS EN OTRAS LOCALIZACIONES.....	1%

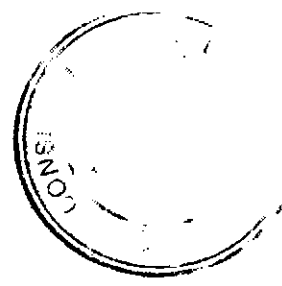
#### HERNIAS INGUINALES.

ALREDEDOR DEL 90% DE LAS HERNIAS SE LOCALIZAN EN LA REGION INGUINAL. EN LOS E.E.U.U. 18 DE CADA 1.000 ADULTOS MAYORES DE 25 AÑOS PRESENTAN HERNIA INGUINAL.

SON TAMBIEN EL RESULTADO DE LA COMBINACION DE FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES.

#### - FACTORES PREDISPONENTES:

- EDAD: LA INCIDENCIA AUMENTA EN GENERAL CON LA EDAD. LOS PICOS DE FRECUENCIA SE OBSERVAN ALREDEDOR DE LOS 20 AÑOS Y LUEGO DE LOS 50.



- HERENCIA: EL 25% DE LAS PERSONAS QUE PADECEN DE HERNIA, PRESENTAN ANTECEDENTES FAMILIARES DE DICHA AFECCION (PADRES, ABUELOS, ETC.).
- OTRAS PATOLOGIAS: OBSTRUCCION URINARIA, CONSTIPACION PERTINAZ, ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA CON TOS ASOCIADA, ETC.
- OBESIDAD: LA INFILTRACION ADIPOSITA DE ORGANOS Y MESOS, INCREMENTA LA PRESION ABDOMINAL.  
AL MISMO TIEMPO, LA INFILTRACION GRASA DE MUSCULOS Y APONEUROSIS DISMINUYE SU ELASTICIDAD Y RESISTENCIA.
- DEFICIENCIAS MUSCULO-APONEUROTICAS: TRIANGULO DE DEBILIDAD DE LA PARED POSTERIOR INGUINAL POR INSERCCION ALTA DEL TENDON CONJUNTO.  
PERSISTENCIA DEL CONDUCTO PERITONEO-VAGINAL
- FACTORES DESENCADENANTES:

TODOS LOS ESFUERZOS FISICOS SOBRE TODO SI SON BRUSCOS O REPETIDOS PROVOCAN EL AUMENTO DE LA PRESION ABDOMINAL.

EL LEVANTAMIENTO, EMPUJE O ARRASTRE REITERADO DE PESOS, (MATERIALES, MAQUINAS, ETC.) CON TECNICAS DEFICIENTES, ACTUA COMO FACTOR DESENCADENANTE EN LA FORMACION DE LAS HERNIAS.

ESFUERZOS FRECUENTES + SACO PREFORMADO-----> HERNIA.

CUADRO N.º 5.2 - CLASIFICACION DE LAS HERNIAS INGUINALES:

1.- <u>DIRECTAS O INTRAINGUINALES</u>	VISCERALES. LIPOMATOSAS. SACULARES.
2.- <u>INDIRECTAS O INTRAINGUINALES.</u>	
3.- <u>MIXTAS ("EN PANTALON")</u>	

- CLINICA: TUMORACION DOLOROSA O NO, LOCALIZADA EN LA REGION INGUINAL, QUE PRESENTA MODIFICACIONES CON LOS ESFUERZOS Y CON LOS CAMBIOS DE POSICION.

EL AUMENTO BRUSCO DE LA TENSION ABDOMINAL, PUEDE DETERMINAR ASIMISMO LA INSTALACION DE GRAVES COMPLICACIONES QUE REQUIEREN TRATAMIENTO URGENTE:

1.- INFLAMACION.

2.- ATASCAMIENTO: EL TRANSITO INTESTINAL ESTA COMPROMETIDO.

3.- ESTRANGULACION: EL TRANSITO INTESTINAL Y LA VASCULARIZACION INTESTINAL ESTAN COMPROMETIDOS.

- TRATAMIENTO:

ES QUIRURGICO. TODA HERNIA INGUINAL DEBE SER OPERADA A MENOS QUE EN RAZON DE LOS RIESGOS INHERENTES A LA INTERVENCION, EXISTA CONTRAINDICACION EXPRESA.

LA INTERVENCION QUIRURGICA DEBE EFECTUARSE PRECOZMENTE, PARA EVITAR TENER QUE INTERVENIR DE URGENCIA, UNA VEZ INSTALADAS LAS GRAVES COMPLICACIONES (ATASCAMIENTO, ESTRANGULACION), DEBIDO AL INCREMENTO SIGNIFICATIVO DE LA MORBI-MORTALIDAD QUE ACOMPAÑA A ESTAS SITUACIONES.

LA OPERACION CONSISTE HABITUALMENTE EN LA REDUCCION O EXERESIS DEL CONTENIDO HERNIARIO; EL TRATAMIENTO DEL SACO; Y LA PLASTICA CORRESPONDIENTE.

SI BIEN CADA CASO DEBE EVALUARSE INDIVIDUALMENTE, LA INCAPACIDAD LUEGO DE LA REPARACION QUIRURGICA OSCILA ENTRE 2 Y 3 MESES. EL REINTEGRO APRESURADO A LAS TAREAS PUEDE SER MOTIVO DE RECIDIVA HERNIARIA.

SI EL TRABAJO ES SEDENTARIO (TAREAS DE CONDUCCION, ADMINISTRATIVAS, ETC.), LA ACTIVIDAD PUEDE REINICIARSE APROXIMADAMENTE A LAS CUATRO SEMANAS.

SI LA ACTIVIDAD IMPLICA TAREAS RUDAS O PESADAS, LA BAJA LABORAL PUEDE PROLONGARSE 3 MESES O MAS, PARA PERMITIR UNA SOLIDA CICATRIZACION Y EL RESTABLECIMIENTO TOTAL DEL TRABAJADOR.

DE TODAS MANERAS DEBE ACONSEJARSE EN TODOS LOS CASOS, UN RETORNO GRADUAL A LAS TAREAS.

SI LUEGO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO INSTITUIDO, QUEDAN TEJIDOS DEBILITADOS COMO SECUELA, CORRESPONDE ORIENTAR LABORALMENTE AL TRABAJADOR HACIA ACTIVIDADES QUE NO REQUIERAN DE GRANDES ESFUERZOS FISICOS. (CAMBIO DE TAREAS).

ESTOS OPERARIOS ESTAN INCAPACITADOS PARA REALIZAR TRABAJOS RUDOS, PERO PUEDEN LLEVAR A CABO ACTIVIDADES SEDENTARIAS QUE NO REQUIERAN GRANDES ESFUERZOS.

CON CRITERIO SIMILAR SE DEBE PROCEDER FRENTE A TRABAJADORES QUE PRESENTEN:

- HERNIAS VOLUMINOSAS (CON PROBABLE DESLIZAMIENTO DE VISCERAS)
- HERNIAS RECIDIVADAS REITERADAMENTE OPERADAS.
- DEBILIDAD MUY IMPORTANTE DE LA PARED INGUINAL POSTERIOR.

## CONTAMINACIONES BIOLOGICAS POR AGUAS ESTANCADAS.

LA INFLUENCIA DEL AGUA SOBRE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES ES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA, DADA LA REPERCUSION DIRECTA QUE TIENE SOBRE LA EFICIENCIA Y EL RENDIMIENTO LABORAL DE LOS MISMOS.

LAS AGUAS DE ACUERDO A SU UBICACION EN LA NATURALEZA SE CLASIFICAN EN TRES GRUPOS:

- 1.- AGUAS A FLOR DE TIERRA: ES EL RESULTADO DE LLUVIAS Y DESHIELOS. COMPRENDE EL AGUA DE LOS RIOS, ARROYOS, LAGUNAS, ETC.
- 2.- AGUAS DE POZO: TIENEN EL MISMO ORIGEN QUE LAS ANTERIORES, PERO NO PERMANECEN EN LA SUPERFICIE, SINO QUE FILTRAN A TRAVES DEL TERRENO HASTA ALCANZAR UNA CAPA DE TIERRA IMPERMEABLE QUE LAS RECOGE.
- 3.- AGUAS PROFUNDAS: ESTAN UBICADAS A MAYOR PROFUNDIDAD, POR LO QUE PERMANECEN PRACTICAMENTE INMUTABLES.

A SU VEZ, DE ACUERDO A LA RELACION CON LOS SERES VIVOS, EL AGUA PUEDE SER POTABLE O NO.

EL AGUA POTABLE, ES LA QUE RESULTA APTA PARA LA ALIMENTACION Y LOS USOS DOMESTICOS.

SE CARACTERIZA POR SER INCOLORA, INODORA, DE ASPECTO LIMPIO Y DE SABOR AGRADABLE. SU ANALISIS BACTERIOLOGICO NO DEMUESTRA LA PRESENCIA DE GERMENES PATOGENOS.

EL AGUA NO POTABLE EN CAMBIO, ES AQUELLA QUE NO CUMPLE CON LAS CONDICIONES ANTERIORES.

ANTIGUAMENTE EL AGUA DE RIOS, LAGOS, Y NAPAS SEMI-INTERIO, RES, ERA POTABLE Y POR LO TANTO NO REPRESENTABA NINGUN RIESGO PARA LA SALUD DE LOS SERES VIVIENTES.

EL AGUA SE PURIFICABA POR SI SOLA A TRAVES DE LOS GERMENES NO PATOGENOS, QUE CONVENIENTEMENTE OXIGENADOS DESTRUIAN A LOS MICROORGANISMOS NOCIVOS.

POSTERIORMENTE AL NUCLEARSE EL HOMBRE EN COMUNIDADES CADA VEZ MAS GRANDES Y COMPLEJAS (PUEBLOS, CIUDADES, ETC.), PROCURO DESHACERSE DE SUS DESECHOS Y RESIDUOS DE LA MANERA MAS SIMPLE POSIBLE. PARA ELLO PROCEDIO A PERFORAR EL TERRENO Y A DEPOSITARLOS EN LAS PRIMERAS NAPAS O VERTIRLOS A TRAVES DE TUBERIAS EN LOS CURSOS DE AGUA CERCANOS.

ESTO DETERMINO QUE EL AGUA SE ENSUCIARA Y CONTAMINARA A TAL PUNTO, QUE EN LA ACTUALIDAD LA MAYORIA DE LOS RIOS Y LAGOS VECINOS A LOS GRANDES CENTROS POBLADOS SE HAN TRANSFORMADO EN VERDADERAS CLOACAS ABIERTAS.

LA PERMANENTE DESCARGA DE RESIDUOS INDUSTRIALES RESULTA MORTAL PARA LAS BACTERIAS RESPONSABLES DE LA TRANSFORMACION DE LOS RESIDUOS ORGANICOS; AL CONSTITUIR AQUELLOS UNA VERDADERA PELICULA QUE DIFICULTA LA OXIGENACION Y TAMBIEN POR EL EFECTO TOXICO DIRECTO DE SUS COMPONENTES (PLOMO, ARSENICO, CIANURO, MERCURIO, ETC.).

EL PROBLEMA INVOLUCRA NO SOLAMENTE LAS AGUAS SUPERFICIALES, SINO TAMBIEN LAS SUBTERRANEAS. EL AGUA LOCALIZADA A ESCASA PROFUNDIDAD EXTRAIDA POR BOMBAS Y MOLINOS, SUELE PRESENTAR GRAN NUMERO DE GERMENES PATOGENOS. LA CONTAMINACION SE PRODUCE GENERALMENTE A PARTIR DE POZOS NEGROS UBICADOS PELIGROSAMENTE PROXIMOS.

LAS PRIMERAS NAPAS ESTAN SATURADAS DE IMPUREZAS MICROSCOPICAS YA QUE LAS DE MAYOR TAMAÑO SON FILTRADAS POR TIERRAS Y ARENAS PERMEABLES.

ES ASI COMO EL HOMBRE, VIOLANDO LAS LEYES DE LA NATURALEZA FUE ALTERANDO LA ESTABILIDAD QUIMICA Y BACTERIOLOGICA DEL AGUA CONSTITUYENDOSE EN EL PRINCIPAL RESPONSABLE DE SU CONTAMINACION.

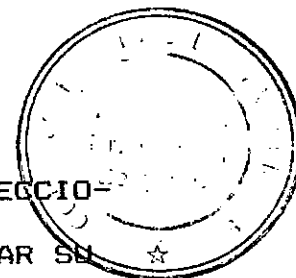
LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CONTAMINACION DEL AGUA PROVOCADAS POR LA ACCION DEL HOMBRE SON LAS SIGUIENTES:

- 1.- DESAGUES CLOACALES Y DESAGUES PLUVIALES.
- 2.- DESAGUES INDUSTRIALES.
- 3.- DESAGUES VINCULADOS A LA INDUSTRIA DEL PETROLEO Y DERIVADOS
- 4.- DESAGUES RELACIONADOS CON EXPLOTACIONES AGROPECUARIAS.
- 5.- DESAGUES QUE TRANSPORTAN LIQUIDOS A TEMPERATURA ELEVADA.
- 6.- DESAGUES ORIGINADOS POR ACTIVIDADES VINCULADAS CON MATERIALES RADIACTIVOS.
- 7.- DESCARGAS SOLIDAS.

HABITUALMENTE LA CONTAMINACION ES EL RESULTADO DE LA SUPERPOSICION DE VARIAS DE ESTAS CAUSAS.

ASI POR EJEMPLO, LOS DESAGUES CLOACALES VUELCAN SIMULTANEAMENTE MATERIA ORGANICA, GERMEENES PATOGENOS, DETERGENTES, ETC.

A LA ACCION DEL HOMBRE DEBE SUMARSE LA CONTAMINACION "NATURAL" PROVOCADA POR SITUACIONES METEOROLOGICAS (LLUVIAS INTENSAS, DESHIELOS PRONUNCIADOS, ETC.), QUE DETERMINAN EL ESCURRIAMIENTO DE GRANDES VOLUMENES DE AGUA, CON EL CONSIGUIENTE ARRASTRE DE MATERIAS ORGANICAS VEGETALES Y DESECHOS ANIMALES.



LA POSIBILIDAD DE CONTRAER MULTIPLES ENFERMEDADES INFECCIOSAS, SE ACRECIENTA CUANDO LOS OPERARIOS DEBEN DESARROLLAR SU ACTIVIDAD EN CONTACTO DIRECTO CON AGUAS ESTANCADAS. EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS, A LA CONTAMINACION BIOLOGICA DEL AGUA, SE SUMA LA PROLIFERACION DE INSECTOS Y ANIMALES INFERIORES QUE ACTUAN COMO HUESPEDES O TRANSMISORES DE GERMENES PATOGENOS.

LOS TRABAJADORES DE LA CONSTRUCCION QUE DESARROLLAN TAREAS EN ZANJAS, ALCANTARILLAS, BAÑADOS, DESAGUES, CLOACAS, TERRENOS ANEGADOS, ETC.; ESTAN PARTICULARMENTE EXPUESTOS A CONTRAER ENFERMEDADES INFECCIOSAS, POR LA CONTAMINACION BIOLOGICA DE LAS AGUAS SUPERFICIALES Y SUBTERRANEAS.

- ANQUILOSTOMIASIS ("ANEMIA DE MINEROS Y LADRILLEROS").

ES UNA INFECCION PROVOCADA POR EL ANCYILOSTOMA DUODENALE, POR EL NECATOR AMERICANUS O POR AMBOS.

EL PARASITO ADULTO VIVE EN EL DUODENO DEL HOMBRE PRENDIDO A LA MUCOSA POR SU BOCA, A TRAVES DE LA CUAL "CHUPA LA SANGRE".

LOS HUEVOS SON ELIMINADOS POR LAS HECEs Y SOBREVIVEN VARIAS SEMANAS EN LUGARES FRESCOS Y HUMEDOS (REGIONES LLUVIOSAS).

LA INFECCION DEL HOMBRE SE PRODUCE POR EL CONTACTO ENTRE LA PIEL Y LA TIERRA CONTAMINADA. EL PARASITO EN ESTADO LARVARIO, LUEGO DE PENETRAR A TRAVES DE LA PIEL, SE INTRODUCE EN LOS CAPILARES Y MEDIANTE LA CORRIENTE CIRCULATORIA ALCANZA EL PULMON

ASCIENDE A CONTINUACION POR EL ARBOL RESPIRATORIO HASTA LA FARINGE, PARA POSTERIORMENTE SER DEGLUTIDO Y ARRIBAR A TRAVES DE LA VIA DIGESTIVA AL DUODENO.

LA SINTOMATOLOGIA SE CARACTERIZA POR LA PRESENCIA DE ERITEMA, EDEMA Y PRURITO EN EL LUGAR CUTANEO DE PENETRACION; TOS, ANEMIA (POR LA PERDIDA CONSTANTE DE SANGRE POR EL INTESTINO), EOSINOFILIA, TRANSTORNOS DIGESTIVOS Y EN OCASIONES EDEMAS. EL PRONOSTICO DE ESTA AFECCION EN GENERAL ES BUENO.

PROFILAXIS:

- INSTALACIONES SANITARIAS ADECUADAS PARA EL DESECHO DE LAS MATERIAS FECALES; ELIMINANDO DE ESTA MANERA LA CONTAMINACION DE LOS TERRENOS.
- EMPLEO DE CALZADO, PARA EVITAR EL CONTACTO DIRECTO DE LA PIEL CON EL SUELO.
- EDUCACION SANITARIA.

- LEPTOSPIROSIS:

SON AFECCIONES PRODUCIDAS POR LEPTOSPIRAS. LA ENFERMEDAD AFECTA PRINCIPALMENTE A LOS ANIMALES INFERIORES: RATON, RATA, ZORRO, PERRO, GATO, ETC.

LOS ANIMALES SE COMPORTAN COMO PORTADORES ELIMINANDO LAS LEPTOSPIRAS CON LA ORINA, LA QUE A SU VEZ CONTAMINA EL AGUA.

EL HOMBRE PUEDE INFECTARSE CUANDO SU OCUPACION LO LLEVA A UNA ZONA HABITADA POR PORTADORES ANIMALES. ESTA SITUACION SUELE PRESENTARSE CON MINEROS, CLOAQUEROS, TRABAJOS EN ALCANTARILLAS, ETC.

EL RIESGO ES AUN MAYOR, SI LOS TRABAJOS PROVOCAN LESIONES FRECUENTES EN MANOS Y MIEMBROS INFERIORES, YA QUE LA INFECCION

REQUIERE DE UNA PUERTA DE ENTRADA (HERIDAS, RASGUÑOS, ETC.) ADemás DEL CONTACTO CON EL AGUA QUE CONTIENE LAS DEYECCIONES INFECTADAS.

UNA VEZ EN EL ORGANISMO, LAS LEPTOSPIRAS PASAN A LA SANGRE Y PROVOCAN LESIONES EN DIVERSOS ORGANOS: RINON, HIGADO, MENINGES CEREBRO, ETC.

EL CUADRO CLINICO SE CARACTERIZA POR FIEBRE, CEFALEA, ICTERICIA, HEMORRAGIAS, DOLORES MUSCULARES, INYECCION CONJUNTIVAL, ETC.

LA MAYORIA DE LAS LEPTOSPIROSIS NO SON DE GRAVEDAD Y CURAN SIN SECUELAS INCLUSIVE SIN TRATAMIENTO.

PROFILAXIS: DEBE EVITARSE EL CONTACTO CON EL AGUA INFECTADA POR LOS ANIMALES (PRINCIPALMENTE LA RATA).

- BILHARZIOSIS O ESQUISTOSOMIASIS:

SON ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR PARASITOS TREMATODES DEL GENERO "SCHISTOSOMA" (DENOMINADOS COMUNMENTE BILHARZIAS).

ES EL MAS IMPORTANTE PADECIMIENTO PARASITARIO DEL HOMBRE POR SU AMPLIA DIFUSION MUNDIAL Y POR LAS ALTERACIONES ANATOMOPATOLOGICAS QUE PROVOCA.

LA CONTAMINACION SE PRODUCE POR EL VERTIDO DE MATERIAS FECALLES PORTADORAS DE LOS HUEVOS DE BILHARZIAS EN EL AGUA.

EL PARASITO UTILIZA COMO HUESPED INTERMEDIARIO UN MOLUSCO, PARA POSTERIORMENTE VOLCARSE NUEVAMENTE EN EL AGUA COMO "CERCARIA", QUE ES LA FORMA INFECTANTE.

LA INFECCION SE PRODUCE AL EXPONERSE LOS TRABAJADORES AL AGUA CONTAMINADA CON EL PARASITO (BAÑO, LAVADO DE ROPAS, TAREAS EN EL MEDIO LIQUIDO, ETC.),

EL PARASITO PENETRA POR LA PIEL, Y LUEGO SE INCORPORA AL APARATO CIRCULATORIO DEL HOMBRE, EN DONDE SE DESARROLLA.

LOS ORGANOS FRECUENTEMENTE AFECTADOS SON: HIGADO, BAZO, RECTO, VEJIGA, COLON, PERITONEO, GENITALES Y PULMONES.

CLINICA: FIEBRE, URTICARIA, CEFALEA, ALGIAS GENERALIZADAS, TOS DIARREA SANGUINOLENTA, MOLESTIAS ABDOMINALES, ETC.

EL PRONOSTICO ES BUENO EN LAS FORMAS LEVES Y MODERADAS, Y RESERVADO CUANDO LA AFECCION INVOLUCRA: HIGADO, BAZO O PULMONES.

PROFILAXIS:

- MEDIDAS DE SALUD PUBLICA DIRIGIDAS A LA ELIMINACION ADECUADA DE LAS DEYECCIONES HUMANAS.
- TRATAMIENTO ANTIHELMINTICO.
- ESTERILIZACION DE LOS PORTADORES DE HUEVOS.
- LUCHA CONTRA LOS MOLUSCOS PARASITADOS.
- FILTRADO Y DESINFECCION DE LAS AGUAS.
- VIGILANCIA DE BAÑADOS.

- HEPATITIS "A":

ES UNA INFECCION GENERAL AGUDA QUE AFECTA PRINCIPALMENTE AL PARENQUIMA HEPATICO.

EL AGENTE RESPONSABLE ES EL VIRUS "A" DE LA HEPATITIS, QUE SE CARACTERIZA POR SU GRAN RESISTENCIA AL CALOR Y LOS ANTI-SEPTICOS HABITUALES.

LA ENFERMEDAD SE TRANSMITE A TRAVES DE LA INGESTION DE AGUA O ALIMENTOS CONTAMINADOS CON LA ORINA O LAS HECES DE ENFERMOS O PORTADORES ("TRANSMISION FECAL-ORAL").

ACTUAN COMO FACTORES FAVORECEDORES DE LA INFECCION, EL HACINAMIENTO Y LA FALTA DE HIGIENE. SE CONSIDERA QUE LAS MOSCAS CONTRIBUYEN A LA DIFUSION DEL VIRUS.

- CLINICA: FIEBRE, DOLORES ARTICULARES, CEFALEA, ICTERICIA, PRURITO, ORINAS OSCURAS Y HECES DECOLORADAS.

- EVOLUCION: LA TENDENCIA, ES HACIA LA CURACION ESPONTANEA. LA ICTERICIA DESAPARECE EN 2 A 3 SEMANAS; PERO LA CONVALESCENCIA ES PROLONGADA.

LA GRAVEDAD ES MAYOR EN LOS ALCOHOLICOS. LA MORTALIDAD ES DE ALREDEDOR DEL 3%;.

- PROFILAXIS: DEBE PROCEDERSE AL AISLAMIENTO RIGUROSO DE LOS ENFERMOS. LAS DEPOSICIONES PERMANECEN VIRULENTAS DURANTE MUCHO TIEMPO.

- TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA.

SON ENFERMEDADES INFECCIOSAS PROVOCADAS POR SALMONELLAS (TY-PHI" Y "PARATYPHI").

LA INFECCION SE PRODUCE POR LA INGESTION DE AGUA CONTAMINADA (AGUAS DE POZO, FUENTES, ETC.) O ALIMENTOS PORTADORES DE LOS BACILOS ESPECIFICOS. LAS MOSCAS CONSTITUYEN AGENTES ACTIVOS DE PROPAGACION.

EL TIFICO ELIMINA EL BACILO CON LAS HECEs DURANTE LA ENFERMEDAD Y CONTINUA HACIENDOLO CON POSTERIORIDAD A LA CURACION CLINICA.

UNA VEZ EN EL ORGANISMO, EL BACILO ATRAVIESA LA BARRERA INTESTINAL LOCALIZANDOSE EN LOS GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES.

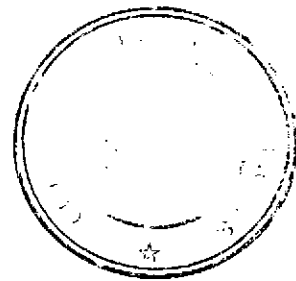
POSTERIORMENTE PASA A LA SANGRE Y COLONIZA: HIGADO, BAZO, MEDULA OSEA Y OTROS GANGLIOS ("SEPTICEMIA").

LA DESTRUCCION DE BACILOS EN EL TEJIDO LINFATICO DETERMINA LA LIBERACION DE UNA ENDOTOXINA RESPONSABLE DE LOS SINTOMAS.

- CLINICA: CEFALEA, FIEBRE, ESTUPOR, ERUPCION CUTANEA (MANCHAS ROSADAS), ESPLENOMEGALIA, METEORISMO, DIARREA, ETC.

PUEDEN PRESENTARSE DOS GRAVES COMPLICACIONES DURANTE LA EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD: HEMORRAGIA Y PERFORACION INTESTINAL.

EL PRONOSTICO ES BUENO DESDE LA INTRODUCCION DE ANTIBIOTICOS (CLORAMFENICOL) EN EL TRATAMIENTO; PERO PUEDEN SOBREVENIR RECAIDAS A PESAR DE LA TERAPEUTICA CORRECTAMENTE INSTITUIDA.



- PROFILAXIS:

- INMUNIZACION: VACUNA TAB (BACILOS TIFICOS Y PARATIFICOS "A" Y "B" MUERTOS POR CALOR).
- MEDIDAS HIGIENICAS: PARA IMPEDIR LA CONTAMINACION DEL AGUA Y LOS ALIMENTOS.
- DENUNCIA INMEDIATA DE LA ENFERMEDAD: A LAS AUTORIDADES SANITARIAS COMPETENTES.