

Procedimiento General para el Desarrollo de un Programa de Protección de las Vías Respiratorias de Acuerdo con los requisitos del Departamento de Regulación de Pesticidas

Autor,
Harvard R. Fong, Higienista Industrial Senior

HS-1513 Agosto 3, 1989

Revisión No. 1 Febrero 19, 1997

Revisión No. 2 Febrero 26, 2002

Revisión No. 3 Julio 9, 2007*

Agencia de Protección Ambiental de California
Departamento de Regulación de Pesticidas
Oficina de Salud y Seguridad del Trabajador
1001 I Street
Sacramento, CA 95814

Este plan sirve como una guía para las compañías (“Organización”) para desarrollar un programa escrito de protección de las vías respiratorias (“PROGRAMA ESCRITO”) con procedimientos específicos en el sitio de trabajo para la selección del respirador, autorización médica, prueba de ajuste, mantenimiento y uso. Las Compañías deberán insertar su nombre(s) en las secciones en **NEGRILLA** y adaptar este documento a su PROGRAMA ESCRITO específico. Sugerencias y Explicaciones se proporcionan en (*letra itálica en negrilla*). Esta diseñado para ser usado en conjunción con las Series de Información de Seguridad de Pesticidas A-5. Esta es solo una guía. Algunos de los procedimientos sugeridos pueden exceder los requerimientos mínimos de las regulaciones. Otras secciones de este documento requieren que usted desarrolle procedimientos específicos para su compañía. El PROGRAMA ESCRITO de su compañía, teniendo como base este documento puede beneficiarse si usted revisa información del Departamento de Relaciones Industriales, división de Salud y Seguridad Ocupacional (Cal-OSHA), del Departamento de Regulación de Pesticidas, y de la oficina de Salud y Seguridad del Trabajador, división de Seguridad y Salud Ocupacional, (DPR/WH&S), o con un agente de su compañía de seguros de prevención de pérdidas.

Una vez más, es necesario que usted adapte este documento para reflejar su programa actual. Existen partes que requieren que usted desarrolle procedimientos específicos para su compañía y su PROGRAMA ESCRITO. Usted será responsable de todos los elementos de su PROGRAMA ESCRITO. Asegúrese que refleje lo que usted hace realmente.

Este documento ha sido modificado para cumplir con las regulaciones corregidas sobre Protección de las vías respiratorias que tendrán efecto a partir del 1ero de enero del 2008. Cambios mayores en las regulaciones necesitaron cambios extensos en esta guía para asistir de manera apropiada a los administradores del programa en desarrollar un programa que cumpla con las nuevas regulaciones.

“ORGANIZACION”

Programa de Protección de las Vías
Respiratorias

[Fecha en que se implementó]

ORGANIZACION

Programa de Protección de las Vías Respiratorias

INTRODUCCIÓN

El programa de Protección de las vías respiratorias de **NOMBRE DE LA ORGANIZACION** está diseñado para cumplir los requerimientos del Título 3 del Código de Regulaciones de California, Sección 6739 (3 CCR Sección 6739). Información General para los empleados respecto a la protección de las vías respiratorias esta disponible en las Series A-5 (HS-632, Departamento de Regulación de Pesticidas).

OBJETIVO

El objetivo de este programa es proteger a los empleados de los peligros respiratorios asociados con el uso de pesticidas y además, cumplir con las actuales regulaciones y los requerimientos de la etiqueta. Este programa incluirá los siguientes elementos:

- Selección
- Evaluación médica
- Prueba de ajuste
- Uso apropiado durante uso rutinario y emergencia
- Mantenimiento, limpieza y cuidado
- Aseguramiento de un aire respirable de calidad
- Entrenamiento sobre peligros respiratorios (IDLH si es aplicable)
- Entrenamiento en poner y quitar los elementos de protección y sus limitaciones
- Evaluación del Programa

ADMINISTRACIÓN

Un individuo será designado como el Administrador del Programa Respiratorio (RPA) de este programa. Esta persona es responsable de asegurarse de la eficacia del programa de protección de las vías respiratorias, de acuerdo con la regulación de protección respiratoria y es responsable de implementar los elementos del PROGRAMA ESCRITO para todos los usos de respiradores en la **ORGANIZACION**.

El APR guarda los registros sobre:

1. Entrenamiento
2. Prueba de ajuste
3. Inspección del Equipo
4. Recomendaciones Médicas
5. Copias de anteriores PROGRAMAS ESCRITOS
6. Consultas de los Empleados
7. Evaluaciones del Programa

DEFINICIONES

Respirador: Es un artefacto diseñado para proteger al usuario de la inhalación de aire peligroso.

Respirador Purificador de Aire: Es un respirador que remueve los contaminantes del aire que se inhala. Existen dos principales subcategorías de los sistemas purificadores: Un tipo filtro Mecánico, usado para remover partículas (polvos, lloviznas, nieblas, humos y vapores) y un tipo de cartucho químico (absorción o adsorción o modificación de gases o vapores). Algunos respiradores combinan los dos tipos de sistemas.

IDLH: Siglas en Inglés de *Inmediatamente Peligroso para la Vida o la Salud*. O condiciones que poseen un riesgo inmediato de exposición severa a contaminantes como carcinogénicos o neurotoxinas las cuales pueden tener efectos acumulativos o efectos de acción retardada en la salud. Todas las estructuras de fumigación confinadas deberán ser consideradas como IDLH hasta que se pruebe lo contrario mediante equipo apropiado de monitoreo.

Respirador que provee Aire respirable o Atmósfera: Un respirador que provee al usuario de aire de una fuente independiente del aire atmosférico. Esto incluye respiradores que suministran aire (SAR) y aparatos de respiración auto contenida (SCBA).

Lector Confidencial: Una persona escogida por el empleado que requiera usar equipo de Protección respiratoria, para leerle a el (ella) el Cuestionario de Evaluación Médica requerido bajo el Título 3 del CCR, Sección 5739, en un lenguaje comprensible por el empleado. Esto incluye, pero no está limitado a, un compañero de trabajo, miembro de la familia, amigo o un traductor independiente suministrado por el empleador. El empleador o el agente directo del empleado, como un supervisor, director, mayordomo o

secretaria, no están incluidos y es prohibido que ellos sean los lectores confidenciales.

Filtro o elemento purificador del aire: Es un componente usado en los respiradores para remover aerosoles sólidos o líquidos del aire que se respira.

Mascarilla filtrante (mascarilla para polvo): Es un respirador de partículas de presión negativa con un filtro como una parte integral de una pieza facial o con una pieza facial completa, compuesto de un medio filtrante.

Médico u otro profesional del cuidado de la salud (PLHCP): Es un individuo cuyo alcance legal permitido, le permite proveer de manera independiente o ser delegado responsablemente para proveer algunos o todos los servicios del cuidado de la salud requeridos por estas regulaciones. Esto incluye médicos (Incluyendo Médicos en salud ocupacional), Doctores Osteopatas, Médicos asistentes, enfermeras registradas, enfermeras practicantes y enfermeras especializadas en salud ocupacional.

Prueba de Ajuste Cualitativa (QLFT): Es una prueba de aprobado/no aprobado para evaluar la eficacia del ajuste del respirador según la respuesta del individuo a un agente de prueba.

Prueba de Ajuste Cuantitativa (QNFT): Es una evaluación de la eficacia del ajuste del respirador, usando medidas numéricas de la cantidad de sustancias que se filtran dentro del respirador.

Administrador del Programa de Vías Respiratorias: Es una persona calificada mediante entrenamiento apropiado o experiencia acorde con la complejidad del programa de protección respiratoria y que demuestra el conocimiento necesario para administrar el programa de protección respiratoria. Este entrenamiento o experiencia incluye, pero no está limitado a, leer y entender la Publicación de Protección Respiratoria del Standard Nacional (ANSI Z88.2), o del Departamento de Trabajo de EE.UU. “Guía para el Cumplimiento del Standard Revisado de la Protección Respiratoria para pequeñas empresas”; o tomar cursos específicos para el desarrollo de un programa de protección respiratoria en una universidad o de un representante autorizado de un fabricante; o certificarse como un Higienista Industrial.

SELECCION DEL RESPIRADOR

Únicamente equipo de Protección respiratoria aprobado por NIOSH (Instituto Nacional de Seguridad y Salud) será usado. El equipo debe ser aprobado para el peligro específico. Las etiquetas de los pesticidas deben consultarse primero para determinar cual es el respirador correcto para la protección contra el riesgo específico. Requisitos regulatorios o condiciones incluidas en el permiso pueden también especificar la apropiada protección respiratoria. Si no se cuenta con las direcciones de la etiqueta u otra guía reguladora, la selección del equipo de protección de las vías respiratorias deberá realizarse de acuerdo con la guía del Departamento de Regulación de Pesticidas (Oficina de Salud y Seguridad del Trabajador), el Departamento de Relaciones Industriales (Cal/OSHA), el fabricante de equipo de seguridad /proveedor u otros recursos apropiados.

Los respiradores asignados a los empleados de la **ORGANIZACION** son los siguientes: *(Una lista donde se asigne a los empleados un respirador debe hacerse usando el siguiente formato general y debe ser específico para el lugar de trabajo)*

Asignatura de Respiradores para los empleados de **ORGANIZACION**

Empleado	Respirador/Talla	Tipo	Actividad	Riesgo
George B.	AirMaster II /L	OV	Fum.Airblast	azinphos-methyl
Bill C.	AirMaster II /L	OV/N95	Inyección al Suelo	1,3-dichloropropeno
David H.	Breathex /M	N95	Mezcla/Carga	captan
David H.	Breathex /M	OV	Mezcla/Carga	azinphos-methyl

Para entrar a atmósferas desconocidas o atmósferas que tengan una concentración igual o mayor de IDHL, solamente deberá usarse el equipo SCBA u otro equipo de suministro de aire con una botella de escape.

INSTRUCCIONES Y ENTRENAMIENTO

El entrenamiento será dado a todos los empleados que puedan requerir el uso de un equipo de protección de las vías respiratorias. Los registros escritos deben contener los nombres de las personas entrenadas y las fechas de entrenamiento. Estos registros deben ser mantenidos por la persona que

administra el programa y deben estar disponibles para ser inspeccionados por personal autorizado.

Los empleados que requieren usar respiradores deben ser entrenados y deben mostrar conocimiento de por lo menos lo siguiente:

- Por que el respirador es necesario y como el ajuste, uso o mantenimiento inadecuados pueden comprometer su efecto protector.
- Limitaciones y capacidades del respirador
- Uso efectivo en situaciones de emergencia
- Como inspeccionar, poner y remover, usar y revisar el sellado del respirador
- Mantenimiento y almacenamiento
- Reconocimiento de signos médicos y síntomas que pueden limitar o prevenir el uso efectivo

Demostraciones prácticas incluirán:

1. Inspección, postura, uso y remoción del respirador.
2. Ajuste del respirador para minimizar incomodidad a la persona que lo usa.
3. Uso durante el entrenamiento durante un adecuado periodo de tiempo para asegurar que el usuario se familiarice con las características de operación del respirador.

Cada usuario de respirador será entrenado por lo menos anualmente. Los registros de entrenamiento deben ser mantenidos por el administrador del programa. *(Un ejemplo del registro de entrenamiento se muestra al final de este documento como Apéndice Uno)*

LIMPIEZA, DESINFECCION Y ALMACENAMIENTO

(Las políticas de limpieza, desinfección y almacenamiento de respiradores pueden ser una o las dos de las siguientes)

Usuarios de respiradores de uso individual son responsables de limpiar sus propios respiradores. Los respiradores deben ser limpiados cuando sea necesario. La limpieza debe realizarse de acuerdo a las recomendaciones del fabricante como se describe en el Anexo #_____. Los respiradores de uso

único deben ser desechados apropiadamente de acuerdo a la política de la compañía como se describe en el Anexo # _____

(Y/O)

Después de usar un respirador, el empleado es responsable de devolver el respirador al área que lo suministra, para efectos de limpieza. La limpieza debe ser realizada siguiendo las recomendaciones del fabricante, como se describe en el Anexo #_____. Respiradores de Uso Único deben ser desechados de acuerdo con la política de la compañía como se describe en el Anexo #_____. Los respiradores que se reasigne a diferentes empleados deben ser también desinfectados con un agente de desinfección apropiado. Información sobre desinfectantes apropiados esta disponible a través del fabricante del respirador, el distribuidor del respirador o el Departamento de Regulación de Pesticidas.

Después de la limpieza (y, si se requiere, desinfección), los respiradores serán almacenados en bolsas plásticas desechables que puedan cerrarse. Los respiradores y sus filtros/cartuchos deben ser almacenados de tal manera que estén protegidos de la luz, polvo, contaminación química, humedad y temperaturas extremas.

MANTENIMIENTO, INSPECCION Y REPARACION

(La Política de mantenimiento, inspección y reparación de los respiradores pueden ser una dos de las siguientes)

Los usuarios de respiradores individuales deben realizar mantenimiento rutinario e inspección de los respiradores que les sean asignados. El usuario del respirador debe identificar y hacer llegar al Administrador del Programa cualquier respirador que necesite ser reparado/reemplazado. Respiradores dañados o defectuosos deben ser desechados en forma apropiado de acuerdo a la política de la compañía, como se describe en el Anexo #_____*(o inserte la información aquí)*. El administrador del programa deberá también realizar **(DIARIAMENTE, SEMANALMENTE O MENSUALMENTE U OTRO PERIODO ESPECIFICO)** inspecciones de los respiradores. Para un tipo SCBA, deberá ser de un periodo mínimo de un mes. Las inspecciones de los respiradores deberán cubrir los siguientes aspectos:

(Y/O)

La oficina Central de suministro es responsable del mantenimiento rutinario e inspección de los respiradores. Respiradores dañados o defectuosos deben ser desechados apropiadamente de acuerdo con la política de la compañía como se describe en el Anexo # _____ (*o inserto aquí*). El administrador del programa deberá realizar (**DIARIAMENTE O SEMANALMENTE O MENSUALMENTE U OTRO PERIODO ESPECIFICO**) inspecciones de los respiradores y los procedimientos de servicio para asegurar que el equipo reciba el mantenimiento apropiado. En caso del respirador tipo SCBA, deberá existir un periodo mínimo de un mes. Las inspecciones del respirador deberán cubrir los siguientes aspectos:

1. Condiciones generales de la máscara, elásticos, válvulas, mangueras de aire (sin rupturas, rasgaduras, agujeros, deformaciones o pérdida de elasticidad).
2. Elementos del filtro (filtro o cartucho apropiados), tanques de aire (tanques llenos), reguladores, artefacto de advertencia de baja presión.
3. Abrazaderas de la manguera, uniones (en el lugar adecuado y ubicadas apropiadamente)
4. Limpieza de la máscara (sin residuos, especialmente en las superficies de sellado)
5. *Cualquier otro aspecto necesario para la ORGANIZACION.*

El administrador del programa o su designado, puede reparar respiradores purificantes de aire si han sido entrenados o son competentes al realizar el procedimiento apropiado. Personal certificado de la fábrica debe realizar todas las reparaciones de los respiradores que abastecen aire. Los tanques de los respiradores deben ser llenados con aire Grado D o superior por **NOMBRE DE LA COMPAÑIA QUE LLENA LOS TANQUES**. Un Certificado de Análisis deberá ser obtenido anualmente de esta compañía y mantenerse en el archivo. La prueba hidrostática a los tanques de aire del respirador SCBA debe ser realizada de acuerdo con los procedimientos del fabricante o las recomendaciones de **NOMBRE DE LA COMPAÑIA QUE LLENA LOS TANQUES**.

EVALUACION MÉDICA

Cada empleado de la **ORGANIZACION** que deba usar equipo de Protección respiratoria en forma rutinaria requiere completar un Cuestionario de Evaluación Médica, el cual se encuentra en el Apéndice 2 del PROGRAMA ESCRITO (*También se encuentra en 3 CCR Sección 6739(q)*) o debe realizarse un examen médico por un profesional licenciado en el cuidado de la salud.(PLHCP). Mediante el examen médico se obtendrá la misma información que con el Cuestionario de Evaluación Médica. El cuestionario debe ser diligenciado en forma confidencial por el empleado y enviado por correo al PLHCP. Los directivos de la empresa no deben leer el cuestionario diligenciado o asistir al empleado en contestar el cuestionario. Si el empleado no puede leer el cuestionario, éste puede solicitar ayuda a un miembro de su familia o a un compañero de trabajo de la organización que no sea parte de los directivos; o el administrador del programa puede contratar a un traductor independiente para el trabajador.

El PLHCP contratado por la **ORGANIZACION** es **PLHCP NOMBRE/DIRECCION.**

El empleador proveerá al PLHCP con la siguiente información para asistir en la evaluación del cuestionario:

Tipo de respirador (Mascarilla de filtrado, mascarilla de media cara, cara completa, SCBA, etc.)
Peso del respirador
Duración/Frecuencia de uso
Esfuerzo físico esperado (mediano a elevado)
Temperatura/Humedad extremas
Copia de este Programa de Protección de las Vías Respiratorias
Copia del Título 3 del CCR, Sección 6739 (del sitio de Internet CDPR)

Al evaluar el Cuestionario de Evaluación Médica del empleado, el PLHCP deberá enviar al empleador una copia de la forma de la Recomendación Médica. (Apéndice tres) o una información similar. Una copia de la recomendación será también provista al empleado. El administrador del programa guardará la recomendación del PLHC para cada empleado que reciba una evaluación médica.

Si **ORGANIZACION** cambia su PLHCP, el administrador del programa debe asegurarse que el Nuevo PLHCP obtenga la información necesaria enviando los documentos del anterior PLHCP al nuevo PLHCP.

Evaluaciones médicas subsecuentes serán realizadas si alguna de estas condiciones indicadoras se cumple:

- El trabajador reporta signos médicos o síntomas relacionados con su habilidad para usar un respirador.
- El PLHCP, supervisor, o administrador del programa informa al empleador que un trabajador necesita ser reevaluado.
- Información del programa respiratorio, incluyendo observaciones realizadas durante la prueba de ajuste y la evaluación del programa, indica que es necesario.
- Cambios ocurridos en las condiciones del sitio de trabajo que aumente significativamente la carga psicológica de un trabajador.

LIMITACIONES DE USO

Los respiradores no deben ser usados cuando las condiciones impidan un buen ajuste contra las filtraciones de gas.

Lentes de Prescripción, si son necesarios durante el uso de un respirador de cara completa deben ser incorporados a la máscara facial usando un equipo de incorporación autorizado por el fabricante.

Empleados que posean pelo facial (gran cantidad de barba incipiente, bigote de tamaño considerable, patillas largas, barbas) que prevengan un sellado ajustado al gas no deben usar equipos de protección respiratoria que requiera un sellado ajustado de la mascarilla a la cara, para una adecuada operación. Otros tipos de respiradores que no requieran ser ajustados a la cara, si son adecuados para mitigar el riesgo, podrían ser utilizados.

Cartuchos, filtros y piezas de filtrado faciales serán desechadas diariamente, en ausencia de otra información del fabricante sobre indicación de la vida útil del equipo de Protección respiratoria o información específica del final de la vida útil en la etiqueta del pesticida.

Respiradores purificadores de aire no deben ser usados cuando la atmósfera es deficiente en oxígeno (menos del 19.5%), si esta condición se conoce o se sospecha, o en ambientes donde altas concentraciones de aire contaminante pueden estar presentes. Lugares en algunas compañías que incluyen: *(escriba una lista de todos los sitios de trabajo que podrían presentar estas condiciones)*.

PRUEBA DE AJUSTE DEL RESPIRADOR Y PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION DEL SELLADO DEL USUARIO QUE REQUIERAN UN SELLADO DE LA MASCARILLA CON RESPECTO A LA CARA

- 1) Prueba de Ajuste Cualitativa**
- 2) Prueba de Ajuste Cuantitativa**
- 3) Evaluación del sellado Presión Positiva/Negativa**

En todos los casos, la persona que use el respirador debe seleccionar el respirador que sienta confortable. Si existe cualquier duda sobre la condición o la integridad del respirador o los filtros, el respirador debe ser rechazado.

Como es requerido por el Título 3 CCR de la Sección 6739(e)(4), toda las prueba de ajuste es realizada de acuerdo con los requisitos encontrados en el Departamento de Relaciones Industriales, Titulo 8 CCR Sección 5144, Apéndice A.

Prueba de Ajuste Cualitativa: Los siguientes protocolos se encuentran citados en la regulación 3 CCR Sección 6739(e) (4) como autorizadas para realizar la prueba de ajuste:

Para evaluar cartuchos que protegen contra vapores orgánicos:
Prueba del Acetato de Isomilo (“Aceite de Banana”)

Para evaluar filtros que protegen contra partículas:
Prueba de la Sacarina
Prueba de Bitrex[®]
Prueba del humo irritante

ORGANIZACION usa el(los) protocolo(s) **xxx** cuando realiza pruebas de ajuste cualitativas.

Prueba de Ajuste Cuantitativa: Los siguientes protocolos son citados en la regulación 3 CCR, Sección 6739(e) (4) como autorizados para realizar pruebas de ajuste de respiradores:

Aerosol Generado (aceite de maíz, sal, DEHP)

Contador de Condensación de Núcleos (PortaCount)

Presión Negativa Controlada (Dynatech FitTester 3000)

ORGANIZACION usa el(los) protocolo(s) **xxx** cuando realiza pruebas de ajuste cuantitativas.

Evaluación de Presión Positiva por el Usuario: Esta evaluación puede realizarse bloqueando la válvula de exhalación con la palma de la mano para prevenir que el aire se escape de la máscara. No presione muy fuerte sobre la válvula de exhalación ya que puede mover la máscara de su correcta posición de sellado. Una pequeña presión positiva se crea dentro de la máscara al exhalar suavemente hasta que la mascarilla empiece a separarse de la cara. Si la máscara no se infla o se retira de la cara, es posible que exista un escape en la mascarilla o en el sellado facial. Sin embargo, si no existe pérdida de presión o un escape de aire, el usuario y el respirador han pasado la evaluación de presión positiva de ajuste.

Evaluación de la Presión Negativa por el Usuario: Esta evaluación se realiza al bloquear el(los) elemento(s) filtrantes del con las palmas de las manos o cubriéndolos con una envoltura plástica. Se crea una presión dentro de la mascarilla al inhalar suavemente y reteniendo la respiración por algunos segundos. La máscara debe colapsarse contra la cara y permanecer en esa posición durante la evaluación. Si la mascarilla no colapsa o se aprieta contra la cara, es posible que exista un escape en la máscara o en el sellado de la cara. Si no existe pérdida de vacío o movimiento de aire, el usuario y el respirador han pasado la evaluación de sellado de presión negativa.

¡Precaución!

Las evaluaciones de sellado de presión positiva/negativa **no** se consideran pruebas de ajuste. Una prueba de ajuste cualitativa o cuantitativa debe ser realizada antes que un respirador sea asignado a un trabajador. Personas con pelo facial que interfiera con las superficies de sellado del respirador deben ser registradas como individuos que no cumplen con las condiciones para usar un respirador, sin necesidad de realizar otras pruebas.

USO VOLUNTARIO DE PROTECCION RESPIRATORIA

[Nota: Incluya esta sección ÚNICAMENTE si usted permite el uso voluntario de una Protección de las vías respiratorias.]

ORGANIZACION permite el uso voluntario de mascarilla de filtrado para Protección respiratoria cuando no sea requerida por las direcciones de la etiqueta, condiciones del permiso o por las regulaciones. De acuerdo con el Título 3 CCR Sección 6739 (b)(2), la exhibición en un tablero de la subsección (r) que se encuentra en el Apéndice cuatro, debe ser exhibida así como también las Hojas de las Series A-8/N-8.

EVALUACION Y CONSULTA DEL EMPLEADO

El programa de protección de las vías respiratorias, de manera como se encuentra definido en este PROGRAMA ESCRITO, debe ser evaluado anualmente para asegurar que refleja las condiciones que se encuentran en el lugar de trabajo. Si las condiciones cambian de manera que este PROGRAMA ESCRITO resultare inadecuado o deficiente, el administrador del programa debe tomar los pasos necesarios para reestablecer una implementación efectiva.

Trabajadores que requieran usar protección respiratoria deben ser consultados, por lo menos anualmente, en cuanto a su experiencia con los respiradores y el PROGRAMA ESCRITO en general. A los trabajadores deberá preguntárseles sobre el ajuste de los respiradores, mantenimiento, pesticidas aplicados en forma apropiada y cualquier otra información que sea necesaria para asegurar su retroalimentación concerniente al uso de respiradores.

Todas las evaluaciones y consultas deben ser documentadas, incluyendo declaraciones sobre ningún cambio. Cualquier modificación al PROGRAMA ESCRITO debe ser implementada en los siguientes 30 días.

*Recursos Adicionales de Información sobre Protección de las Vías
Respiratorias*

Consultores especializados en Seguridad Ocupacional y Salud.

*Departamento de Regulación de Pesticidas, Oficina de Seguridad y Salud
del Trabajador, 1001 I Street, Sacramento, California 95814*

*Cal/OSHA Servicio de Consultoría – Ver la lista bajo el nombre de Oficinas
del Gobierno estatales, Departamento de Relaciones Industriales, en su
directorio telefónico local.*

Comisionado Agrícola del Condado

Departamento de Salud del Condado.

Empresas Aseguradoras.

*Departamento de Labor, Federal OSHA: Guía de Cumplimiento para las
Pequeñas ([http://www.osha.gov/Publications/SECG_RPS/secgrev-
current.pdf](http://www.osha.gov/Publications/SECG_RPS/secgrev-current.pdf))*

Apéndice Uno

Registro de la Prueba de Ajuste de Respiradores para ORGANIZATION

Numero de Identificación: _____ Fecha de la Prueba: _____

Apellido del Empleado: _____

Nombre del Empleado: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Entrenador: _____

Marca del Respirador: _____ Talla/Tipo: _____

Prueba Usada:

--	--	--

(Esta forma suministra un ejemplo básico de la información que debe escribirse en un registro de prueba de ajuste. Otros métodos de registro de información que contengan la misma información básica son aceptables.)

Apéndice Dos

Título 3 CCR Sección 6739 [q]

Cuestionario de Evaluación Médica

El completar este cuestionario, o un formulario sustancialmente equivalente y aceptable para el DEPARTAMENTO DE REGLAMENTACIÓN DE PESTICIDAS, por cada empleado que usa una máscara respiradora; y la revisión de la encuesta final por un médico o por un proveedor profesional de salud con licencia, es obligatoria para los empleados cuyas actividades requieren del uso de protección al sistema respiratorio.

El cuestionario de evaluación médica será administrado de manera que asegure que el empleado entienda y documente su contenido. La persona que administra la encuesta ofrecerá leer o explicar cualquier parte del cuestionario al empleado, en un lenguaje y manera que el empleado entienda. Después de entregar el cuestionario al empleado, la persona que administra la encuesta preguntará la siguiente pregunta al empleado: "¿Puede leer y completar esta encuesta?" Si la respuesta es afirmativa, el empleado se le permitirá que complete el cuestionario confidencialmente. Si la respuesta es negativa el empleado tiene que entregar ya sea una copia del cuestionario en un lenguaje que el empleado entienda o un lector confidencial, en el lenguaje principal que entienda el empleado.

Para el empleado:

Usted puede leer (marque con un círculo): Sí/No

(El empleador tiene que preguntar esta pregunta oralmente. Si es afirmativa, el empleado continuaría respondiendo la encuesta. Si es negativa, el empleador tiene que proveer un lector, en el lenguaje principal que entienda el empleado.)

Su empleador tiene que dejarle responder este cuestionario durante las horas normales de trabajo, o en un momento y lugar que le sea conveniente. Para mantener este cuestionario en forma confidencial, su empleador o supervisor no debe ver ni revisar sus respuestas. Su empleador debe informarle a quién dar o cómo enviar este cuestionario al profesional de salud que lo va a revisar.

Sección 1. (Obligatorio, no se acepta variación alguna de este formato. La siguiente información debe ser entregada por cada empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (por favor escriba con letra de imprenta):

1. La fecha de hoy: ____/____/____
2. Su nombre: _____
3. Su edad: _____
4. Sexo (marque uno con un círculo): Masculino/Femenino
5. Altura: _____ pies _____ pulgadas
6. Peso: _____ libras
7. Su título de trabajo _____

8. ¿Cómo lo puede contactar el profesional de salud que revisa este cuestionario?

- 9. Si es por teléfono, indique la hora más conveniente para llamarle en la Mañana/Tarde/Noche al:** (incluya el Código de área): ___ - ___ - ____.
- 10. ¿Le ha informado su empleador cómo comunicarse con el profesional de salud que va a revisar este cuestionario (marque con un círculo una respuesta)? Sí/No**
- 11. Anote el tipo de equipo respiratorio que utilizará (puede anotar más de una categoría)**
- a. Respirador desechable de clase N, R o P (respirador de filtro, respirador sin cartucho)
 - b. Respirador de media cara (filtro de partícula o filtro de vapor o ambos)
 - c. Respirador de cara completa (filtro de partícula o filtro de vapor o ambos)
 - d. Purificador de aire accionado por un motor (PAPR)
 - e. Respirador con un aparato propio de auto-suministro de aire (SCBA)
 - f. Respirador con suministro aire a través de una manguera (SAR)
 - g. Otro

12 Ha usado algún tipo de respirador? (marque uno con un círculo): Sí/No

Si ha usado equipo protector respiratorio, qué tipo(s) ha utilizado:

- a) Respirador desechable de clase N, R o P (respirador con filtro, respirador sin cartucho)
- b) Respirador de media cara (filtro de partícula o filtro de vapor o ambos)
- c) Respirador de cara completa (filtro de partícula o filtro de vapor o ambos)
- d) Purificador de aire accionado por un motor (PAPR)
- h. Respirador con un aparato propio de auto-suministro de aire (SCBA)
- e) Respirador con suministro aire a través de una manguera (SAR)
- f) Otro

Sección 2. (Obligatorio): Cada empleado seleccionado para usar cualquier tipo de respirador, debe contestar las preguntas del 1 al 8. Marque con un círculo “sí” o “no”.

1 ¿Actualmente, usted fuma tabaco, o ha fumado tabaco durante el último mes? : Sí/No

2 ¿Usted ha tenido algunas de las siguientes condiciones: Sí/No

- a) Ataque de apoplejía (ataque de epilepsia): Sí/No
- b) Reacciones alérgicas que no lo dejan respirar: Sí/No
- c) Claustrofobia (miedo al encierro en un lugar pequeño): Sí/No

d) Dificultad para oler: Sí/No/ No sé

e) Diabetes: Sí/No/No sé

3 ¿Ha tenido algunas de los siguientes problemas pulmonares o al pulmón?

a) Asbestosis: Sí/No

b) Asma: Sí/No

c) Bronquitis crónica: Sí/No

d) Enfisema: Sí/No

e) Pulmonía: Sí/No

f) Tuberculosis: Sí/No

g) Silicosis: Sí/No

h) Neumotórax (pulmón colapsado): Sí/No

i) Cáncer en los pulmones: Sí/No

j) Costillas quebradas: Sí/No

k) Cualquier lesión o cirugía en el pecho: Sí/No

l) Cualquier otro problema pulmonar que le han dicho a usted: Sí/No

4 ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en los pulmones?

a) Respiración dificultosa: Sí/No

b) Respiración dificultosa cuando camina rápido sobre terreno plano o subiendo una colina o pendiente: Sí/No

c) Respiración dificultosa cuando camina normalmente con otras personas sobre terreno plano: Sí/No

d) Cuando camina normalmente en terreno plano ¿siente que tiene que detenerse para coger aire? : Sí/No

- e) Respiración dificultosa cuando se está bañando o vistiendo: Sí/No
- f) Respiración dificultosa que le impide trabajar: Sí/No
- g) Tos con flema (esputo espeso): Sí/No
- h) Tos que lo despierta temprano en la mañana: Sí/No
- i) Tos que ocurre mayormente cuando está acostado: Sí/No
- j) ¿Ha tosido sangre en el último mes? : Sí/No
- k) Respiración dificultosa y con ruido: Sí/No
- l). Respiración con silbido o dificultad o asma que le impide trabajar: Sí/No
- m) Dolor en el pecho cuando respira profundamente: Sí/No
- n) Otros síntomas que usted cree están relacionados con problemas a los pulmones: Sí/No

5 ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas cardiovasculares o al corazón?

- a) Ataque cardíaco: Sí/No
- b) Ataque de parálisis (apoplejía): Sí/No
- c) Angina (dolor al pecho): Sí/No
- d) Falla del corazón: Sí/No
- e) Hinchazón en las piernas o pies (que no sea causado por caminar): Sí/No
- f) Latidos irregulares del corazón (una arritmia): Sí/No/No sé
- g) Presión sanguínea alta: Sí/No/No sé
- h) Cualquier otro problema al corazón que le han dicho a usted: Sí/No

6 ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas cardiovasculares o al corazón?

- a) Frecuente dolor de pecho o pecho apretado: Sí/No
- b) Dolor o pecho apretado durante actividad física: Sí/No
- c) Dolor o pecho apretado que no lo deja trabajar normalmente: Sí/No
- d) En los últimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente o se salta un latido: Sí/No
- e) Dolor en el pecho o indigestión que no se relacione con la comida: Sí/No
- f) Algunos otros síntomas que usted piensa son causados por problemas del corazón o de la circulación: Sí/No

7 ¿Actualmente, está tomando medicamentos para alguno de los siguientes problemas?

- a) Problemas al respirar o pulmonares: Sí/No
- b) Problemas del corazón: Sí/No
- c) Presión sanguínea: Sí/No
- d) Ataque de apoplejía (ataque de epilepsia): Sí/No

8 Si usted ha usado un respirador ¿ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas? (Si usted no ha usado un respirador deje esta pregunta en blanco y continúe con la pregunta 9)

- a) Irritación de los ojos: Sí/No
- b) Alergias del cutis o salpullido: Sí/No
- c) Ansiedad: Sí/No
- d) Debilidad general o fatiga: Sí/No
- e) Dificultad al respirar: Sí/No
- f) Algún otro problema que le impida el uso de un respirador: Sí/No

9 ¿Le gustaría hablar con el profesional de salud que va a revisar sus respuestas?

Las preguntas del 10 al 15 deben contestarse por los empleados seleccionados para usar un respirador purificador de aire de cara completa con filtros o un aparato personal de auto respiración (SCBA, por su sigla en inglés). Para los empleados seleccionados a usar otros tipos de respiradores, la respuesta a esta pregunta es voluntaria.

10 ¿Ha perdido la visión en cualquiera de sus ojos (temporalmente o permanente?): Sí/No

11 ¿Actualmente, tiene algunos de los siguientes problemas con su vista?

- a) Usa lentes de contacto: Sí/No
- b) Usa lentes: Sí/No
- c) Daltonismo (dificultad para distinguir colores): Sí/No
- d) Algún otro problema con los ojos o la vista: Sí/No

12 ¿Ha tenido alguna vez un daño a los oídos, incluso una membrana (tímpano) del oído rota?: Sí/No

13 ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas para oír?

- a) Dificultad para oír: Sí/No
- b) Usa un aparato del oído (audífono): Sí/No
- c) ¿Tiene algún otro problema con los oídos o de audición? : Sí/No

14 ¿Se ha lesionado alguna vez la espalda? : Sí/No

15 ¿Tiene alguno de los siguientes problemas óseos o musculares?

- a) Debilidad en cualquiera de los brazos, manos, piernas o pies: Sí/No
- b) Dolor de espalda: Sí/No
- c) Dificultad para mover sus brazos y piernas completamente: Sí/No
- d) Dolor o rigidez cuando se inclina de la cintura para adelante o para atrás: Sí/No
- e) Dificultad para mover la cabeza para arriba o para abajo completamente: Sí/No
- f) Dificultad para mover la cabeza de lado a lado: Sí/No
- g) Dificultad para agacharse doblando las rodillas: Sí/No
- h) Dificultad para ponerse en cuclillas hasta el suelo: Sí/No

i) Dificultad para subir un piso o escaleras cargando más de 25 libras: Sí/No

j) Algún otro problema muscular o con sus huesos que le impida usar un respirador: Sí/No

A discreción del PLHCP, si se requiere información adicional para averiguar el estado de salud del empleado y la adaptabilidad de usar protección al sistema respiratorio, el PLHCP puede incluir y requerir el cuestionario que se encuentra en el Título 8, del Código de Reglamentos de California, sección 5144, Apéndice C, Parte B, Preguntas 1 – 19.

El diligenciamiento de esta forma, o otra sustancialmente equivalente y aceptable al DEPARTAMENTO DE REGULACION DE PESTICIDAS, para cada empleado que use respirador, y la revisión de la forma diligenciada por el medico o licenciado en el cuidado de la salud, es obligatoria para todos los empleados cuyas actividades de trabajo requieren el uso de una protección respiratoria.

Apéndice Tres

Forma de Recomendación Médica

En _____, Yo evalué a _____.
Fecha Nombre del Paciente

A esta fecha (existen)/ (no existen) contraindicaciones medicas para el empleado arriba mencionado para usar un respirador mientras trabaja en ambientes que presenten un potencial de exposición a pesticidas. El paciente (requiere)/ (no requiere) evaluaciones medicas adicionales en este momento. Cualquier restricción con respecto al uso de de un respirador o tipo de protección respiratoria se menciona abajo.

Yo he suministrado una copia de esta forma al paciente mencionado arriba.

Medico

Fecha

Apéndice Cuatro

Título 3 CCR Sección 6739 [r]

Anuncio Voluntario del Uso de un Respirador

Los respiradores son un método efectivo de protección contra peligros señalados cuando se seleccionan y se usan en forma correcta. El uso de un respirador se aconseja aún cuando las exposiciones están bajo la exposición límite, para proveer un nivel adicional de comodidad y protección para los trabajadores. Sin embargo, si un respirador se usa en forma incorrecta y no se mantiene limpio, el respirador en sí mismo puede convertirse en un peligro para el trabajador. Algunas veces, los trabajadores podrían usar respiradores para evitar exposiciones a peligros, aún cuando la cantidad de sustancias no exceden los límites fijados por las normas de OSHA. Si su empleador le provee respiradores para su uso voluntario, o usted provee su propio respirador, usted necesita tomar ciertas precauciones para estar seguro que el respirador mismo no presente un peligro.

Usted debe hacer lo siguiente:

1. Lea y siga todas las instrucciones proporcionadas por el fabricante sobre el uso, manutención, limpieza y cuidado, y advertencias en lo que se refiere a las limitaciones de los respiradores.

2. Seleccione respiradores de uso certificado para proteger contra el contaminante de interés. NIOSH, el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional Del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, certifica los respiradores. Una etiqueta o declaración de certificación debe aparecer en el respirador o envase del respirador. Esto le dirá para qué está diseñado el respirador y cuánto lo protegerá.

3. No use su respirador en atmósferas que contienen contaminantes para los cuales el respirador no está diseñado de protegerlo. Por ejemplo, un respirador diseñado para filtrar partículas de polvo no lo protegerá contra los gases, vapores o partículas sólidas muy pequeñas o vahos o humo.

4. Ocúpese de su respirador para evitar usar un respirador que es de otra persona.

5. Los filtros de aire **NO LE PROPORCIONAN OXIGENO**. No lo use en situaciones cuando los niveles de oxígeno son cuestionables o se desconocen.