

Procedimiento General para el Desarrollo de un Programa de Protección Respiratoria de Acuerdo con los Requerimientos del Departamento de Reglamentación 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 del Medio Ambiente de California
Departamento de Reglamentación de Pesticidas
Rama de Seguridad y Salud del Trabajador
1001 I Street
Sacramento, CA 95814

Este resumen, sirve como guía para las compañías (“**ORGANIZACIÓN**”) para desarrollar un programa por escrito de protección respiratoria (“**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 el nombre(s) apropiado en las secciones (en **NEGRILLA**) y alterar según especificaciones este documento a su **PROGRAMA ESCRITO** específico. Las sugerencias y explicaciones se proporcionan en (*letra itálica en negrilla*). Este documento está diseñado para ser usado en conjunción con las Series de Información de Seguridad con Pesticidas A-5 (HS-632). Este es sólo una guía. Algunos de los procedimientos sugeridos pueden exceder los requerimientos mínimos de los reglamentos. Otras secciones de este documento requieren que usted desarrolle procedimientos específicos para su compañía. El **PROGRAMA ESCRITO** de su compañía, basado en este documento, se puede beneficiar con la revisión de la División de Salud y Seguridad Ocupacional del Departamento de Relaciones Industriales de California (Cal-OSHA), y la Rama de Seguridad y Salud del Trabajador, del Departamento de Reglamentación de Pesticidas, (DPR/WH&S), o con el agente de prevención de accidentes de su compañía de seguros.

Una vez más, es necesario que usted modifique según especificaciones este documento, para reflejar su programa actual. Existen partes que requieren que usted desarrolle procedimientos específicos para su compañía y su PROGRAMA ESCRITO. Usted se hará 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 la enmienda de los reglamentos corregidos sobre protección respiratoria que entrará en vigor el 1^{ero} de enero del 2008. Las principales modificaciones de los reglamentos, necesitaron cambios extensos en esta guía para asistir de manera apropiada a los administradores de programa para que desarrollen un programa que cumpla con los nuevos reglamentos.

“ORGANIZACIÓN”

Programa de Protección Respiratoria

[Fecha en que se implementó]

ORGANIZACIÓN

Programa de Protección Respiratoria

INTRODUCCIÓN

El programa de protección respiratoria de **LA ORGANIZACIÓN** está diseñado para cumplir con los requisitos del Título 3 del Código de Reglamentos de California, Sección 6739 (3 CCR Sección 6739). La información general para los empleados sobre la protección respiratoria, está disponible en las Series de Información de Seguridad con Pesticidas A-5 (HS-632, Departamento de Reglamentación de Pesticidas).

OBJECTIVO

El objetivo de este programa es proteger a los empleados de **LA ORGANIZACIÓN** de los peligros respiratorios asociados con el uso de pesticidas y para cumplir con los actuales reglamentos y los requerimientos de la etiqueta. Este programa incluirá los siguientes elementos:

- Selección
- Evaluación médica
- Prueba de ajuste
- Uso apropiado de rutina y de emergencia
- Mantenimiento, limpieza y cuidado
- Asegurar la calidad del aire que se respira
- 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 (APR) de este programa (RPA, por su sigla en inglés). Esta persona es responsable de asegurar la eficacia del programa de protección respiratoria, de acuerdo con el reglamento de protección respiratoria. **NOMBRE DE LA PERSONA** es el administrador del programa y es el responsable de implementar los elementos del PROGRAMA ESCRITO para todos los usos de los respiradores en la **ORGANIZACIÓN**.

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: Un aparato diseñado para proteger al usuario de la inhalación de las atmósferas peligrosas.

Respirador purificador de aire: Un respirador que remueve los contaminantes del aire que se inhala. Existen dos principales subcategorías de los sistemas purificadores: un filtro de tipo mecánico, usado para remover las 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: *Inmediatamente Peligroso Para la Vida o la Salud*, por su sigla en inglés. Condiciones que pueden plantear una amenaza inmediata a la vida o la salud o condiciones que presentan una amenaza inmediata de exposición severa a contaminantes como agentes carcinógenos o neurotoxinas los 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 comprueben seguras (sin peligro) mediante un equipo apropiado de monitoreo.

Respirador que provee aire (atmósfera): Un respirador que provee aire al usuario de una fuente independiente del aire ambiental atmosférico. Esto incluye las unidades de respiradores con suministrador de aire (SAR) y respirador con un aparato de auto-respiración (SCBA).

Lector confidencial: Una persona escogida por el empleado que necesita usar un respirador, para leer a él (ella) el Cuestionario de Evaluación Médica requerido bajo el Título 3 del CCR, Sección 6739, en un lenguaje principalmente

comprensible por el empleado. Esto incluye, pero no está limitado a, un compañero de trabajo, miembro de la familia, amigo o un traductor independiente estipulado por el empleador. El empleador o el agente directo del empleador, como un supervisor, administrador, mayordomo o secretaria, no están incluidos y se les prohíbe que sean los lectores confidenciales.

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

Mascarilla filtrante (mascarilla para polvo): Un respirador de partículas de presión negativa y con un filtro como parte integral de la mascarilla o con la mascarilla compuesta entera de un medio filtrante.

Médico o profesional de salud con licencia (PLHCP): Un individuo cuya práctica de alcance legal permitido, le permite disponer de manera independiente, o que se le entregue la responsabilidad para proveer algunos o todos los servicios del cuidado de la salud requeridos por estos reglamentos. Esto puede incluir médicos, (incluyendo médicos en salud ocupacional), doctores de osteopatía, médicos auxiliares, enfermeras diplomadas, enfermeras practicantes y enfermeras especializadas en salud ocupacional.

Prueba de ajuste cualitativa (QLFT, por su sigla en inglés): Para evaluar la eficacia del ajuste del respirador según la respuesta del individuo a un agente de prueba, hay que pasar/no-pasar una prueba.

Prueba de ajuste cuantitativa (QNFT, por su sigla en inglés): Una evaluación de la suficiencia del ajuste del respirador, midiendo numéricamente la cantidad de fuga en el respirador.

Administrador del programa del respirador (RPA): Una persona calificada mediante entrenamiento apropiado o experiencia en proporción con la complejidad del programa de protección respiratoria y que demuestra los conocimientos necesarios para administrar un programa de protección respiratoria. Este entrenamiento o experiencia incluye, pero no está limitado a, leer y a entender o la Publicación de Protección Respiratoria del Estándar Nacional Americano (ANSI Z88.2), o la Guía de Cumplimiento para pequeñas empresas sobre la Revisión de Protección Respiratoria Estándar del Departamento del Trabajo de Estados Unidos; o tomar cursos en una universidad o de un representante autorizado de un fabricante para aprender a desarrollar un programa de protección respiratoria; o es un Higienista Industrial Certificado por la Junta Americana del Higiene Industrial.

SELECCIÓN DEL RESPIRADOR

Se usará el equipo de protección respiratoria aprobado por NIOSH (Instituto Nacional de Seguridad y Salud) únicamente. El equipo tiene que ser aprobado para el riesgo específico. Las etiquetas de los pesticidas tienen que consultarse primero para determinar cuál es el respirador correcto para la protección contra el riesgo específico. También, los requerimientos reglamentarios o condiciones incluidas en el permiso pueden especificar la protección respiratoria apropiada. Al faltar la etiqueta u otra guía reglamentaria, la selección del equipo de protección respiratoria deberá realizarse de acuerdo con la guía del Departamento de Reglamentación de Pesticidas (Rama de Seguridad y Salud del Trabajador), del Departamento de Relaciones Industriales de California (Cal/OSHA), del fabricante o proveedor, u otros recursos apropiados del equipo de seguridad.

Los respiradores asignados a los empleados de la **ORGANIZACIÓN** son los siguientes: *(Una lista de tarea de los empleados y sus respiradores, tendrán el siguiente formato general y será específico para el lugar de trabajo)*

Lista de Asignación de Respiradores para los Empleados de **ORGANIZACIÓN**

Empleado	Respirador/Talla	Tipo	Actividad	Riesgo
George B.	AirMaster II /L	OV	Aspersor, rociador con inyección de aire (turbo nebulizadora)	azinphos-methyl
Bill C.	AirMaster II /L	OV/N95	Inyección al suelo	1,3-dichloropropene
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 IDLH, sólo se usará el equipo SCBA u otro equipo de suministro de aire equipado con una botella de aire auxiliar.

INSTRUCCIONES Y ENTRENAMIENTO

El entrenamiento se dará a todos los empleados que puedan requerir el uso del equipo de protección respiratoria. Los registros escritos deben contener los nombres de las personas entrenadas y las fechas del entrenamiento. Estos registros

los mantendrá el RPA y estarán disponibles a una inspección por el personal autorizado.

Los empleados que requieren usar respiradores tienen que entrenarse tal que puedan mostrar conocimiento de por lo menos de:

- Porque 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 quitar, usar y revisar el cierre hermético.
- Mantenimiento y almacenamiento.
- Reconocimiento de signos médicos y síntomas que pueden limitar o prevenir el uso efectivo.

Demostraciones de práctica incluirán:

1. Inspeccionar, poner, utilizar y quitar el respirador.
2. Ajustar el respirador para minimizar la incomodidad al usuario.
3. Uso durante el entrenamiento por un período adecuado para asegurar que el usuario esté familiarizado con las características de la operación del respirador.

Por lo menos, se entrenará cada usuario del respirador anualmente. Los registros de entrenamiento los mantendrá el RPA. *(Un ejemplo del registro de entrenamiento se muestra al final de este documento como Apéndice Uno)*

LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ALMACENAMIENTO

(El plan de limpieza, desinfección y almacenamiento de respiradores puede ser uno o dos de los siguientes)

Los usuarios de respiradores de uso individual son responsables de limpiar sus propios respiradores. Los respiradores se limpiarán cuando sea necesario. La limpieza se realizará de acuerdo a las recomendaciones del fabricante como se describe en el Anexo #_____. Los respiradores de uso único se eliminarán apropiadamente, de acuerdo al plan 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 central de suministro, para la limpieza. La limpieza se realizará siguiendo las recomendaciones del fabricante, como se describe en el Anexo #_____. Los respiradores de uso único se eliminarán en forma apropiada de acuerdo al plan de la compañía como se describe en el Anexo #_____. Los respiradores que se reasignen a diferentes empleados también se desinfectarán con un agente de desinfección apropiado. La información sobre desinfectantes apropiados está disponible a través del fabricante del respirador, el distribuidor del respirador o el DPR.

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

CUIDADO, INSPECCIÓN Y REPARACIÓN

(El plan de cuidado, inspección y reparación de los respiradores puede ser uno u dos de los siguientes)

A los usuarios de respiradores individuales se les orienta para que hagan el cuidado rutinario e inspección de los respiradores que se les han asignado. Al usuario del respirador se le asigna identificar y hacer llegar al RPA, cualquier respirador que necesite reparo/reemplazo. Los respiradores dañados o defectuosos se eliminarán adecuadamente, de acuerdo con el plan de la compañía, como se describe en el Anexo #_____ (*o insertada aquí*). **También**, el RPA hará **(DIARIAMENTE, SEMANALMENTE O MENSUALMENTE U OTRO PERÍODO ESPECÍFICO)** inspecciones de los respiradores. La inspección para un tipo SCBA, deberá ser de un período mínimo de un mes. Las inspecciones de los respiradores cubrirán los siguientes puntos:

(Y/O)

La oficina central de suministro es responsable del cuidado rutinario e inspección de los respiradores. Los respiradores dañados o defectuosos se eliminarán adecuadamente, de acuerdo con el plan de la compañía, como se describe en el Anexo #_____ (*o insertada aquí*). El administrador del programa hará **(DIARIAMENTE O SEMANALMENTE O MENSUALMENTE U OTRO PERÍODO ESPECÍFICO)** inspecciones de los respiradores y los procedimientos de servicio para asegurar que el equipo reciba el mantenimiento apropiado. Para un

tipo SCBA, la inspección será de un período mínimo de un mes. Las inspecciones de los respiradores cubrirán los siguientes puntos:

1. Condición general de la máscara, correas, válvulas, mangueras de aire (sin rupturas, rasgones, 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 correctamente).
4. Limpieza de la máscara (sin residuos, especialmente en las superficies de sellado).
5. *Cualquier otro aspecto necesario para la ORGANIZACIÓN.*

El RPA o su designado, puede reparar respiradores del tipo purificador de aire, siempre que hayan sido entrenados o son expertos en realizar el procedimiento apropiado. Un personal certificado de la fábrica tiene que realizar todas las reparaciones de los respiradores que abastecen aire. Los tanques SCBA deben ser llenados con aire de Grado D o superior por **NOMBRE DE LA COMPAÑÍA QUE LLENA LOS TANQUES**. Un Certificado de Análisis deberá obtenerse 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 COMPAÑÍA QUE LLENA LOS TANQUES**.

EVALUACIÓN MÉDICA

Cada empleado de la **ORGANIZACIÓN** que deba usar equipo de protección respiratoria en forma rutinaria, requiere completar ya sea un Cuestionario de Evaluación Médica, el cual se encuentra en el Apéndice 2 del PROGRAMA ESCRITO (*también se encuentra en el Título 3 CCR Sección 6739(q)*) o pasar por un examen médico con un médico o con un profesional licenciado de salud (PLHCP). El examen médico obtendrá la misma información que la del Cuestionario de Evaluación Médica. El cuestionario se llenará en forma confidencial por el empleado y enviará por correo al PLHCP. La gerencia no puede leer el cuestionario final, ni asistir al empleado a 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 la gerencia, o el RPA puede contratar a un traductor independiente para el trabajador.

El PLHCP contratado por la **ORGANIZACIÓN** es **PLHCP NOMBRE y DIRECCIÓN**.

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
Cuenta con un esfuerzo físico (mediano a elevado)
Temperatura/Humedad extremas
Copia de este Programa de Protección Respiratoria
Copia del Título 3 del CCR, Sección 6739 (del sitio de Internet CDPR)

Al evaluar el Cuestionario de Evaluación Médica del empleado, el PLHCP enviará al empleador una copia del Formulario de la Recomendación Médica. (Apéndice tres) o una información similar. También, se proporcionará al empleado una copia de la recomendación. El RPA guardará la recomendación del PLHCP para cualquier empleado que reciba una evaluación médica.

Si **ORGANIZACIÓN** cambia su PLHCP, el RPA se asegurará que el nuevo PLHCP obtenga la información necesaria, transfiriendo los documentos del PLHCP anterior al PLHCP nuevo.

Se realizarán evaluaciones médicas subsecuentes si se cumple alguno de los siguientes indicadores:

- El trabajador presenta un informe con signos médicos o síntomas relacionados con su habilidad para usar un respirador.
- El PLHCP, el supervisor, o el RPA informa al empleador que un trabajador necesita ser reevaluado.

- La información del programa respiratorio, incluyendo observaciones realizadas durante la prueba de ajuste y la evaluación del programa, indica una necesidad.
- Cambios ocurridos en las condiciones del sitio de trabajo que aumentarían significativamente el peso psicológico de un trabajador.

LIMITACIONES DE USO

Los respiradores no se usarán cuando las condiciones impidan un buen ajuste contra las filtraciones de gas.

Si se necesitan lentes de prescripción con el uso de un respirador de cara completa, se incorporarán los lentes a la máscara usando un equipo de montaje autorizado por el fabricante.

Los empleados con pelo facial (barba pesada, bigote de tamaño considerable, patillas largas, barbas) que previene un cierre hermético al gas, no deben usar equipos de protección respiratorio que requiera un cierre hermético de la mascarilla a la cara para una adecuada operación. Podrían seleccionarse otros tipos de respiradores que no requieran ser ajustados a la cara, siempre que sean adecuados para mitigar el riesgo.

Los cartuchos, filtros y mascarillas con o de filtros se eliminarán diariamente, en ausencia de información del fabricante del equipo de protección respiratoria sobre indicación de la vida útil o falta de información en la etiqueta del pesticida sobre la vida útil específica final.

Los respiradores purificadores de aire no deberán usarse si se conoce o se sospecha una atmósfera deficiente en oxígeno (menos del 19.5%), o en ambientes donde pueden haber presente altas concentraciones de contaminantes en el aire. Los sitios de la compañía, que pueden desarrollar deficiencia de oxígeno o altas concentraciones de contaminantes peligrosos en el aire son: ***(escriba una lista de todos los sitios de trabajo que podrían presentar estas condiciones.)***

PRUEBA DE AJUSTE DEL RESPIRADOR Y PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN DEL CIERRE HERMÉTICO POR EL USUARIO QUE REQUIERA UN CIERRE HERMÉTICO DE LA MASCARILLA DE CARA A CARA

- 1) Prueba de Ajuste Cualitativa
- 2) Prueba de Ajuste Cuantitativa
- 3) Evaluación de Cierre Hermético de Presión Positiva/Negativa

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

Como se requiere en el Título 3 CCR, Sección 6739(e)(4), toda prueba de ajuste se realizará de acuerdo con los requerimientos encontrados en el Departamento de Relaciones Industriales, Título 8 CCR Sección 5144, Apéndice A.

Prueba de Ajuste Cualitativa: Los siguientes protocolos se encuentran citados en la reglamentación del Título 3 CCR, Sección 6739(e)(4) como autorizados para realizar la prueba de ajuste:

Para la realización de pruebas para los cartuchos que protegen de los vapores orgánicos:

Prueba del Acetato de isomilo (“Aceite de banana”)

Para la realización de pruebas para filtros que protegen de partículas:

Prueba de la Sacarina

Prueba de Bitrex[®]

Prueba del humo irritante

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

Prueba de Ajuste Cuantitativa: Los siguientes protocolos se citan en la reglamentación del Título 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)

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

Comprobación del ajuste y cierre hermético de presión positiva por el usuario: Esta prueba se realizará 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 cara de la posición correcta 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 de lo contrario 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 escape de aire, el usuario y el respirador han pasado la prueba de ajuste de presión positiva.

Comprobación del ajuste y cierre hermético de presión negativa por el usuario: Esta prueba se realizará bloqueando el (los) elemento(s) purificador del aire, ya sea con la palma de cada mano o cubriéndolo con un plástico. Al inhalar suavemente y retener la respiración por algunos segundos, se crea una presión negativa dentro de la mascarilla. La máscara debería hundirse hacia la cara y permanecer en esa posición durante la prueba. Si la máscara no se hunde o de lo contrario se aprieta contra la cara, es posible que exista un escape en la máscara o en el cierre hermético de la cara. Si no existe pérdida de vacío o movimiento de aire, el usuario y el respirador han pasado la prueba de cierre hermético de presión negativa.

¡Precaución!

Las pruebas de cierre hermético de presión positiva/negativa **no** se consideran “pruebas de ajuste”. Una prueba de ajuste cualitativa o cuantitativa tiene que realizarse antes de asignar un respirador a un trabajador. Las personas con pelo facial que interfiere con las superficies de cierre hermético del respirador, se registrarán como personas que no cumplen con las condiciones para usar un respirador, sin necesidad de realizar otras pruebas.

USO VOLUNTARIO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA

[Nota: Incluya esta sección ÚNICAMENTE si usted permite el uso voluntario de una protección respiratoria.]

ORGANIZACIÓN permite el uso voluntario de mascarilla de filtro para cuando no se requiera protección respiratoria, de acuerdo a las instrucciones de la etiqueta, condiciones del permiso o por los reglamentos. De acuerdo con el Título 3 CCR, Sección 6739 (b)(2), la subsección (r), requerimiento de letrero, que se encuentra en el Apéndice cuatro, se exhibirá junto con el folleto de las Series de Información de Seguridad con Pesticidas A-8/N-8.

EVALUACIÓN Y CONSULTA DEL EMPLEADO

El programa de protección respiratoria, tal como se define en el PROGRAMA ESCRITO, será evaluado anualmente para asegurar que refleja las condiciones que se encuentran en el lugar de trabajo. Si las condiciones cambian de tal manera que este PROGRAMA ESCRITO resulte inadecuado o deficiente, el RPA debe tomar los pasos necesarios para reestablecer una implementación efectiva.

Los trabajadores que requieran usar protección respiratoria serán consultados, por lo menos anualmente, en cuanto a su experiencia con los respiradores y el PROGRAMA ESCRITO en general. Se preguntará a los trabajadores sobre el ajuste de los respiradores, el mantenimiento, si el respirador es apropiado para los pesticidas a pulverizar y cualquier otra información que sea necesaria para asegurar la información acerca del resultado del uso de los respiradores.

Todas las evaluaciones y consultas se documentarán, incluyendo las declaraciones sin cambio. Cualquier modificación al PROGRAMA ESCRITO se implementará en los siguientes 30 días.

Recursos adicionales de información sobre la protección respiratoria

Consultores especializados en la seguridad ocupacional y salud.

Departamento de Reglamentación de Pesticidas, Rama 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 de Agricultura del Condado.

Departamento de Salud del Condado.

Compañía de seguros.

Departamento del Trabajo, OSHA Federal: Guía de Cumplimiento para las pequeñas entidades:

(http://www.osha.gov/Publications/SECG_RPS/secgrev-current.pdf)

Apéndice Uno

Registro de la prueba de ajuste de los respiradores de ORGANIZACIÓN

Número de identificación: _____ Fecha de la prueba: _____

Apellido del empleado: _____

Nombre del empleado: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Entrenador: _____

Marca del respirador: _____ Talla/Tipo: _____

Prueba usada: _____

(Este formulario ofrece un ejemplo básico de la información que podría inscribirse en un registro de prueba de ajuste. Otros métodos de registro de información que anoten la misma información básica, son aceptables.)

Apéndice Dos

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 del formulario final por un médico o proveedor profesional licenciado en el cuidado de la salud, es obligatoria para todos los empleados cuyas actividades de trabajo requieren del uso de protección respiratoria.

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, se permitirá al empleado que complete el cuestionario confidencialmente. Si la respuesta es negativa, el empleador 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 puede continuar respondiendo la encuesta. Si es negativa, el empleador tiene que proveer un lector confidencial, en el lenguaje principal que entienda el empleado.

Su empleador tiene que permitirle responder este cuestionario durante las horas normales de trabajo, o en un momento y lugar que sea conveniente para usted. 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 del cuidado de la salud que revisará sus respuestas.

Sección 1. (Obligatorio, no se acepta variación alguna de este formato) Todo empleado que ha sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador tiene que entregar la siguiente información (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 del cuidado de la salud que va a revisar este cuestionario (marque con un círculo)? 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 (máscara respiradora con filtro, tipo sin cartucho solamente)
 - 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 de aire a través de una manguera (SAR)
 - g. Otro
12. ¿Ha usado algún tipo de respirador? (marque con un círculo): Sí/No
Si ha usado equipo protector respiratorio, que tipo(s) ha utilizado:
- a. Respirador desechable de clase N, R o P (máscara respiradora con filtro, tipo 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 de aire a través de una manguera (SAR)
 - g. 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 en el último mes?: Sí/No

2. ¿Alguna vez usted ha tenido algunas de las siguientes condiciones?
 - a. Ataque (de una enfermedad); ataque de apoplejía (ataque de epilepsia): Sí/No/No sé
 - b. Reacciones alérgicas que no lo dejan respirar: Sí/No/No sé
 - c. Claustrofobia (miedo al encierro en un lugar pequeño): Sí/No/No sé
 - d. Dificultad para oler: Sí/No/ No sé
 - e. Diabetes: Sí/No/No sé

3. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares o al pulmón?
 - a. Asbestosis: Sí/No/No sé
 - b. Asma: Sí/No/No sé
 - c. Bronquitis crónica: Sí/No//No sé
 - d. Enfisema: Sí/No/No sé
 - e. Pulmonía, neumonía: Sí/No
 - f. Tuberculosis: Sí/No
 - g. Silicosis: Sí/No/No sé
 - h. Neumotórax (colapso del pulmón): Sí/No/No sé
 - 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. Falta de respiración cuando camina rápido sobre terreno plano o subiendo una colina o pendiente: Sí/No
 - c. Respiración dificultosa cuando camina con otras personas con paso normal sobre terreno plano: Sí/No
 - d. Tiene que detenerse para coger aire cuando camina a un paso normal en terreno plano: 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 (espeso esputo): Sí/No
 - h. Tos que lo despierta temprano en la mañana: Sí/No
 - i. Tos que ocurre mayormente cuando está acostado: Sí/No
 - j. Tos con sangre en el último mes: Sí/No
 - k. Respiración con silbido o dificultad o asmáticamente: Sí/No
 - l. Respiración con silbido o dificultad o asmáticamente 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. Derrame cerebral, ataque de parálisis (apoplejía): Sí/No
 - c. Angina (dolor en el pecho): Sí/No
 - d. Falla del corazón: Sí/No
 - e. Hinchazón en las piernas o pies (que no sea causado por el caminar): Sí/No
 - f. Latidos irregulares del corazón (falta de ritmo): 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 2 años ha notado que su corazón late irregularmente o se salta un latido: Sí/No
 - e. Acidez o indigestión que no esta relacionado 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 del cuidado de la salud que va a revisar sus respuestas?:
Sí/No

Las preguntas del 10 al 15 deben contestarse por los empleados seleccionados para usar ya sea un respirador de cara completa o un aparato personal de auto respiración (SCBA). Para los empleados seleccionados a usar otros tipos de respiradores, las respuestas a estas preguntas son voluntarias.

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

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

- a. Usa lentes de contacto: Sí/No
- b. Usa lentes: Sí/No
- c. Daltonismo (dificultad en 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 un tímpano del oído roto?: Sí/No/No sé

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

- a. Dificultad para oír: Sí/No
- b. Usa un aparato para los oídos (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 relacionado con los músculos y el esqueleto?

- 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 y 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 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.

Apéndice Tres

Formulario de Recomendación Médica

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

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

He proporcionado una copia de esta forma al paciente mencionado arriba.

Médico

Fecha

Apéndice Cuatro

Letrero Sobre el Uso Voluntario de un Respirador

[Subsección (r) letrero]

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 del 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 excede los límites fijados por las normas de OSHA. Si su empleador le provee respiradores para su uso voluntario, o si usted provee su propio respirador, usted necesita tomar ciertas precauciones para estar seguro que el respirador mismo no presente un peligro.

Usted debe de hacer lo siguiente:

1. Lea y siga todas las instrucciones proporcionadas por el fabricante sobre el uso, mantenimiento, 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 de Seguridad y Salud Ocupacional del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los 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 de gas o humo.
4. Ocúpese de su respirador para evitar usar un respirador que es de otra persona.
5. Los respiradores con filtros de aire y las mascarillas de material filtrante (“dust mask”/“mascarilla de polvo”) **NO LE PROPORCIONAN OXÍGENO**. No los use en situaciones cuando los niveles de oxígeno son cuestionables o se desconocen.