



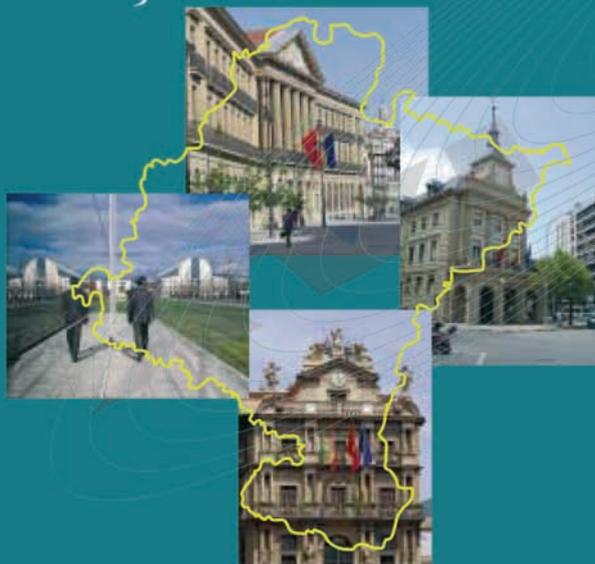
S.E.S.L.A.P.

Enero - Junio 2007 • Volumen II • Número 3

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

*La integración de la Prevención
en las Administraciones Públicas:
UTOPIA O REALIDAD*

Pamplona 21, 22 y 23 de Marzo de 2007



Acreditado por el Instituto Navarro de Administración Pública con DOS CRÉDITOS ACADÉMICOS.
Declarado de interés sanitario por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
SALUD LABORAL EN LA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

www.seslap.com

PROGRAMA DEFINITIVO

Sumario:

3 Editorial

Artículos originales:

5 Vigilancia de la salud en centros docentes universitarios.

11 Eficacia y seguridad de sertralina en síndromes ansioso depresivos causados por ruptura de pareja.

16 Gripe Aviar I. Generalidades y mecanismos de transmisión. Importancia de su riesgo como posible pandemia de transmisión humana.

10 Agenda de congresos.

21 Direcciones Webb.

22 Programa definitivo. XVI Congreso SESLAP. Pamplona.

NUEVOS RESULTADOS

Estudio LIFE

LIFE = LOSARTAN INTERVENTION FOR ENDPOINTS REDUCTION

"... una mayor utilización de losartán mejorará los resultados obtenidos en los pacientes hipertensos."

"Nuestros resultados son directamente aplicables a la práctica clínica y deberían influir en las guías futuras."

(Dahlöf B, et al)

PUBLICADO EN:

THE LANCET

23/03/02

- COZAAR® redujo el riesgo de morbimortalidad cardiovascular combinada en un 13% vs. atenolol.¹
- COZAAR® redujo el riesgo de ACV en un 25% vs. atenolol.¹
- COZAAR® presentó mejor perfil de tolerabilidad que atenolol.¹

1. Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359:995-1003.

Antes de prescribir COZAAR®, consulte la Ficha Técnica Adjunta

Podrá ver LIFE con detalle en:

 **YAHOO! para Médicos**
www.msd.mi.yahoo.es

Call Center mi yahoo: 900 850 555

 **MSD**
GRUPO MSD

Medicina Basada en la Evidencia

Josefa Valcárcel, 38
28027 Madrid
www.msd.es

losartán
COZAAR®
Angiotensin II Antagonist

CONFIANZA, SATISFACCIÓN, RESULTADOS

† Marca registrada de E.I. du Pont de Nemours and Company, Wilmington, Delaware, U.S.A.

LAS ETNOMEDICINAS

Dr. Amado Cuadrado Fernández

editorial

- ☑ Las primeras medicinas tomaron muchas cosas de la **Magia**, para después convertirse en **Religiosas** y más tarde en **Científicas**.
- ☑ Todas las técnicas médicas utilizadas, en cualquier época o en cualquier lugar, se inspiran en tradiciones. En los albores del Siglo XXI, la Medicina Hospitalaria y Quirúrgica de más alto nivel, procede de las costumbres, nacidas de los campesinos de los curanderos, de las técnicas de herboristería, ... Toda Medicina, cualquiera que sea, va inscrita en las tradiciones.
- ☑ La Medicina occidental, considerada actualmente como la única que es universal, fue antiguamente una **"ETNOMEDICINA"**, similar a la que se practica en los países en desarrollo, sin procedimientos de observación ni rigor experimental. De la ignorancia se ha pasado al conocimiento a través de descubrimientos sucesivos.
- ☑ El hombre crea a los genios y a los dioses con figura humana y busca su beneficio.
- ☑ Las **"RELIGIONES"** son muy variadas y son **"AGENTES DE COMUNICACIÓN"** ➔ sirven de enlace entre los hombres y las potencias del Cielo. Este Agente de Comunicación posee, por su forma o por herencia, un saber o un don que le convierte en una autoridad en el clan o en la tribu, ejerciendo el papel de médico o sacerdote, o quizás, los dos.
- ☑ Actualmente podemos encontrar esta figura en algunas poblaciones africanas.
- ☑ **LOS DOGONS** han escogido al **HERRERO** como **MÉDICO DEL POBLADO**. El clan reconoce un poder mágico al Herrero, pues es capaz de forjar un cuchillo de un material bruto y sin forma, como el Dios de la Biblia creó al hombre con el barro.
- ☑ De esta forma nacieron los **"sanadores"**, **"chamanes de Asia"**, **"fetiches de África"**, **"curanderos del Maine"** y del **"Dauphiné"**.
- ☑ Las fronteras entre el mundo concreto (dolor, remedios con plantas, sacrificios de gallos) y el mundo sobrenatural (niño que cae enfermo sin razón, ofensa al dios, ...) desaparecen gracias al **"GRAN SANADOR"** que intercede cerca de los espíritus.



Fondo del Tambor de un chamán africano. París, Museo del Louvre.



"El hombre, desde sus orígenes, siempre ha encontrado razones para creer en los elementos, en los espíritus que habitan la Naturaleza y en la fuerza de su intercesión"



Director

AMADO CUADRADO FERNANDEZ

Asesor de Dirección

JUAN JOSE SANCHEZ MILLA

Consejo de Redacción

CARLOS BELTRAN DE GUEVARA BERECEBAR

IÑIGO APELLANIZ GONZALEZ

JUAN GOIRIA ORMAZABAL

JAVIER GONZALEZ CABALLERO



Comité Científico

JOSE MANUEL ALVAREZ GOMEZ. Parque de Bomberos de Valencia

JESUS ALBERT SANZ. Servicios Médicos de las Cortes Valencianas

JUAN JOSE DIAZ FRANCO. Servicio de Prevención del Hospital Carlos III de Madrid

JESUS MATEOS RODRIGUEZ. Servicio Extremeño de Salud. Área de Salud de Cáceres

FRANCISCO J. TRILLO HUERTAS. Tesorería General de la Seguridad Social de Málaga

ANTONIO DOCE FELIZ. Ayuntamiento de A Coruña

MARIA PILAR MORENO MARTINEZ. Ayuntamiento de Zaragoza

FRANCISCO VICENTE FORNÉS UBEDA. Ayuntamiento de Valencia

JOSE LUIS RUIZ CIRUELOS. Servicio Navarro de Salud

M^a ANGELES LORENTE DEL PRISCO. Ayuntamiento de Sabadell

JAVIER GUERRERO FONSECA. Servicio de Salud de Castilla La Mancha

PORTADA: XVI Congreso de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública

Secretaría de Redacción:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA
CENTRO CLINICO DONOSTI
c/ Urbietta, 39 1º Izqda.
20006 SAN SEBASTIAN

Edita: S.E.S.L.A.P.

Diseño de portada: María Sol Fernández Fernández,
Amado Cuadrado Fernández y José Luis H.

Tirada de 500 ejemplares. Publicación semestral (2 números al año).

Reservados todos los derechos. No puede ser reproducida ninguna parte de la publicación,
ni total ni parcialmente, sin autorización de los editores.

SESLAP no se hace responsable del contenido de los artículos. Su difusión no implica conformidad
con los artículos que publica, los cuales reflejan únicamente las opiniones individuales de los autores.

Deposito legal: BI-2529-99

ISSN: 1575-8524

Publicación autorizada por
La Viceconsejería de Sanidad
como Soporte Válido.

Imprime:  garcinuño

Vigilancia de la salud en centros docentes universitarios.

Iñigo Apellaniz González
Jefe del Servicio de Prevención
Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea

1.- INTRODUCCIÓN

Para escribir sobre la vigilancia de la salud en centros docentes, es imprescindible comenzar citando el Libro Blanco de la Vigilancia de la Salud para la prevención de riesgos laborales, aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en su reunión de fecha 10 de diciembre de 2003.

El Libro Blanco define "Vigilancia de la Salud de los trabajadores" como el término que engloba una serie de actividades, referidas tanto a individuos como a colectividades y orientadas a la prevención de los riesgos laborales, cuyos objetivos generales tienen que ver con la identificación de problemas de salud y la evaluación de intervenciones preventivas (Acuerdos sobre Salud Laboral de la Mesa de Diálogo Social sobre Prevención de Riesgos Laborales, Madrid, 28 de septiembre de 2001).

En nuestro caso, serían todas aquellas actividades destinadas a la prevención de los riesgos laborales en la plantilla, tanto docente como no docente, de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea tanto a nivel individual como a nivel colectivo.

La vigilancia de la salud en la UPV/EHU consiste en el control de los episodios relacionados con ella en el Personal Docente e Investigador y Personal de Administración y Servicios de nuestra Universidad con el fin de prevenir y controlar los riesgos profesionales, así como las enfermedades y lesiones asociadas a ellos.

La vigilancia de la salud viene definida en el artículo 22 de la Ley nº 31/95, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos laborales (modificada de acuerdo a la ley 54/03, de 12 de diciembre). Junto a ella, muchas son las referencias legales complementarias y de aplicación como por ejemplo el art. 3.b) del Reglamento de los Servicios de Prevención (RD 39/97, de 17 de enero, modificado de acuerdo al RD 604/06, de 19 de mayo) que obliga al empleador a controlar periódicamente las condiciones, la organización, los métodos de trabajo y el estado de salud de los trabajadores, en relación a la evaluación de los riesgos o el art. 21 e) de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad que de igual modo recoge la necesidad de vigilar la salud de los trabajadores para detectar precozmente, e individualizar, los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos.

Sin embargo, no todos los centros docentes universitarios son iguales dependiendo de la edad del alumnado, del nº de alumnos/as, del tipo de diplomatura o licenciatura que se imparta, de la organización de sus edificios,... Existen muchos y muy diversos centros docentes.

Dicha docencia en muchas ocasiones genera particularidades:

- en función de las características del alumnado
- en función de la carga teórica o de la carga práctica
- en función del trabajo de campo
- en función de los proyectos de investigación y desarrollo.

Otra variable a tener en cuenta es la existencia en dichos centros de trabajo de distintos colectivos de trabajadores que conviven en un mismo centro docente. No es extraño encontrar servicios de mantenimiento, reprografía, deportes, hostelería, banca, viajes y demás servicios que bien siendo propios o ajenos (coordinación de actividades empresariales), llevan a cabo su actividad diaria en un mismo espacio físico.

Otra variable es la existencia de obra nueva o reforma que conlleva un plus añadido por la convivencia de trabajadores con ellas.

Por todas estas variables, la descripción de la tarea, la distribución de los tiempos y la identificación de los riesgos de cada trabajador son fundamentales para orientar la vigilancia de la salud del centro.

Quiero incluir en esta introducción una cuestión de suma importancia en el ámbito docente, que no es otra que la existencia de una figura específica, que no es trabajador, no es estudiante, ... son los becarios.

Los becarios realizan su función en las instalaciones docentes pero su inclusión en los programas de vigilancia de la salud siempre ha sido motivo de debate. El RD 63/06, de 27 de enero, por el que se aprueba el Estatuto del personal investigador en formación viene a resolver en parte dicha inquietud.

2.- ORGANIZACIÓN

Varias son las formas de organizar la prevención. No creo conveniente entrar en las características definidas en el Reglamento de los Servicios de Prevención al respecto por ser de todos conocidas.

La UPV/EHU, a través de la Resolución de 7 de abril de 2003, del Rector, de constitución, organización y funcionamiento del Servicio de Prevención propio, dió el paso necesario para abordar la prevención con los medios necesarios. La UPV/EHU, es una institución con 4000 profesores y 1500 personal no docente. Dispone hoy en día de un Servicio constituido por 13 personas, organizadas en dos Áreas, Sanitaria y Técnica. El Área Sanitaria fué organizada siguiendo las directrices marcadas por el Decreto 306/99, de 27 de julio, por el que se regulan las actuaciones sanitarias de los Servicios de Prevención en la Comunidad Autónoma de Euskadi.



3.- GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD LABORAL: IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, recogió la particularidad del trabajo docente en dos hojas informativas (FACTS 45 y 46) la Gestión de la Seguridad y la Salud Laborales en el sector de la enseñanza, el INSHT a través de su revista ERGA le ha dedicado varios números (ERGA Primaria Transversal) y OSALAN ha organizado por primera vez el pasado mes de junio una reunión titulada Jornada Técnica Ergonomía y Psicología aplicada en el sector docente, fuese o no universitario.

El primer paso a dar para objetivar esa particularidad de la docencia es la consulta directa a los trabajadores o la consulta indirecta a través de los Delegados de Prevención que bien en el seno de los Comités de Seguridad y Salud o por contacto directo con los agentes implicados transmitan su conocimiento y visión de los posibles riesgos existentes.

La identificación de riesgos deberá ser minuciosa y cada riesgo deberá ser estudiado, paliado o minimizado, recordando que el colectivo docente es uno de los utilizados como ejemplo cuando se presenta la problemática de los riesgos emergentes.

- Espacio compartido con estudiantes
- Tropiezos y caídas
- Tareas de mantenimiento y obras. (RD 1627/97)
- Protección contra incendios y plan de evacuación
- Seguridad y salud en laboratorios y talleres
- Trastornos músculo-esqueléticos
- Estrés
- Violencia
- Intimidación
- Actividades recreativas y viajes.

Algunos aspectos recogidos en FACTS

4.- ACCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Poco cabe decir de los accidentes laborales en los colectivos docentes que no puedan ser comunes con los de otros colectivos. Tan solo recoger tal vez la particularidad de los "accidentes en misión" del colectivo adscrito a MUFACE. La mayor gravedad casi siempre se relaciona con los accidentes "in itinere" por los muchos desplazamientos que son necesarios.

Con relación a las enfermedades profesionales sí cabe extenderse más. Estas están recogidas en el RD 1995/78 con alguna pequeña modificación posterior. En mi opinión es necesaria una actualización de dicho listado de enfermedades profesionales, pues su contenido ha quedado desfasado e incompleto. Dicha actualización está en vías de ser completada por recomendación de 19/9/03 de la Comisión de las Comunidades Europeas relativa a la lista europea de enfermedades profesionales e incluye dos anexos:

- El anexo I recoge la lista europea de enfermedades profesionales, agrupadas en enfermedades causadas por agentes químicos, por sustancias y agentes no incluidos en otros epígrafes, por inhalación de sustancias, por enfermedades infecciosas y parasitarias y finalmente por agentes físicos determinados.

Destacar que los laboratorios de investigación de una universidad, por definición, utilizan según el área de conocimiento del Departamento y la línea de trabajo gran parte de dichos productos.

- El anexo II recoge una lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha, que deberá declararse y cuya inclusión en el anexo I podría contemplarse en el futuro.

Destacar entre ellas la inclusión de los nódulos de las cuerdas vocales a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales (ejemplo común a todos los ámbitos de la educación).

Es un avance que aún queda por aprobar. Sin embargo, aún en el caso de aprobarse, seguirían sin mencionarse otras patologías laringeas como el edema de Reinke, que por no estar incluido quién lo padezca no tendrá dicho reconocimiento, ni tampoco habla de los efectos nocivos de índole psicosocial como el estrés o el burnout.

5.- VIGILANCIA DE LA SALUD

Se debe tener una visión colectiva de la salud de los trabajadores, apoyada en el resultado del trabajo individual diario del Servicio de Prevención.

- VIGILANCIA COLECTIVA DE LA SALUD.

El Libro Blanco la entiende como la realización de estudios estadísticos / epidemiológicos, mediante el estudio del estado de la salud de los trabajadores, la alerta sobre posibles situaciones de riesgo y la evaluación de la eficacia de las medidas preventivas planteadas.

Este punto de vista colectivo es imprescindible para poder describir la importancia de los efectos de los riesgos laborales en la población docente, establecer así la relación causa-efecto entre los riesgos laborales y los problemas de salud derivados de estos, conocer qué medidas preventivas hay que llevar a cabo, su priorización y la evaluación de su efectividad.

- VIGILANCIA INDIVIDUAL DE LA SALUD.

Mediante los exámenes de salud se persiguen los siguientes objetivos:

- **Detectar patologías incipientes.**

Los exámenes de salud realizados en el Servicio de Prevención de la UPV/EHU son muchas veces el detonante de un seguimiento posterior del trabajador, derivado a atención primaria o mutuas de AATT y EPPP. por la detección de determinados parámetros anormales.

- **Protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos.**

El artículo 25 de la LPRL indica que se deberá garantizar de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo.

Para ello es necesario conocer las condiciones físicas y psíquicas del trabajador.

La protección de la maternidad viene determinada en el art. 26 de la LPRL.

- Aplicación de diferente normativa, nacional, convenios o acuerdos colectivos referente a cambios de puestos de trabajo por motivos de salud o realización de jornadas diferentes a la ordinaria.

Es el caso del Decreto 2112/98 que regula el concurso de traslados, cuya disposición adicional primera dice que las Administraciones educativas podrán adscribir de forma temporal, en comisión de servicios, a tareas propias de su Cuerpo en plazas distintas del destino que se ocupa, a aquellos funcionarios afectados por una notoria merma de facultades físicas, psíquicas o sensoriales, siempre que tal disminución de sus capacidades no sea susceptible de la declaración de incapacidad permanente. Cuando la comisión de servicios se acuerde de oficio, deberá realizarse mediante resolución motivada previa audiencia del interesado.

Diferentes entidades recogen textos en el mismo sentido. En el seno de la UPV/EHU, mediante acuerdo de 22 de junio de 2005 de la comisión paritaria del personal funcionario y de 13 de julio de 2005 de la comisión paritaria del personal laboral sobre jornadas especiales en supuestos específicos se recogen como tales los problemas de salud documentalmente acreditados que demandaran inequívocamente la realización de una jornada diferente, cuando ésta pudiera contribuir a una mejoría o estabilización de dicho estado, la edad igual o superior a 55 años, siempre que se acredite un problema de movilidad de suficiente entidad o la atención a familiares con incapacidad reconocida igual o superior al 65% y que convivan con el solicitante.

- Orientar hacia hábitos de vida saludables.

Factores de riesgo cardiovascular entre otros son puestos en evidencia y la consulta médica derivada del examen de salud es un buen momento para sentar las bases de una conducta posterior saludable que disminuya los riesgos encontrados.

- Control y seguimiento de patologías crónicas.

Enfermedades como la epilepsia, el asma o la diabetes, entre otras, merecen un especial seguimiento.

- Estudio del absentismo laboral.

Por Orden de 18 de Septiembre de 1998 (BOE de 25 de Septiembre de 1998), en el parte médico de baja de incapacidad temporal por contingencias comunes, en su ejemplar para la empresa, fue suprimido el campo donde aparecía el diagnóstico o motivo de la incapacidad por lo cual, desde su aplicación, los Servicios de Prevención no disponen de dicha información, siendo imposible conocer el motivo de la baja sin la colaboración del paciente o de su médico de familia. Sin embargo es de suma importancia para poder realizar un estudio epidemiológico del absentismo, de las causas que lo provocan para poder planificar medidas encaminadas a mejorar la salud de los trabajadores y determinar si fuese el caso, un posible origen laboral.

6.- ACTUACIONES

Muchas pueden las actuaciones o medidas por proponer para mejorar la seguridad y salud de un colectivo docente. Como se ha intentado explicar en los párrafos anteriores, las

particularidades de cada centro hacen que las actuaciones también sean "a medida".

- Trabajo en equipo: Multidisciplinaridad.

Aunque la vigilancia de la salud es una actividad propia del ámbito del Área Sanitaria del Servicio de Prevención (Medicina del Trabajo), ésta supone una relación de interacción y complementariedad multidisciplinar con el resto de integrantes del Servicio de Prevención, extendiendo la participación a los Delegados de Prevención y Servicios implicados dentro del marco docente.

El Área Sanitaria del Servicio de Prevención está en constante contacto con los diferentes Vicerrectorados y Servicios de la UPV/EHU, incluyendo al Consejo de Estudiantes en sus intervenciones cuando éstas incluyen al alumnado.

- Mejorar las condiciones físicas de los centros.

En colaboración con el Servicio de Arquitectura y Obras y el Servicio de atención a personas con discapacidades, diferentes aspectos son tenidos en cuenta, tanto en la reforma como en el diseño de nuevas instalaciones:

- Acústica adecuada con megafonía fija o portátil.
- Ausencia de barreras arquitectónicas.
- Iluminación adecuada.
- Temperatura y humedad adecuadas.
- Ventilación adecuada de las aulas.
- Mobiliario ergonómico.
- Huir de las aulas masificadas.

- Actuaciones específicas por colectivos.

Cada Facultad o Escuela es un mundo, lleno de particularidades que las hacen únicas. Desde animalarios a salas de disección, pasando por laboratorios de todo tipo a platos de cine y televisión.

Quiero hacer especial mención a las aulas de pintura, escultura o dibujo donde el puesto de trabajo Oficial de Expresión Artística y Corporal merece una especial atención. Dicho de otro modo, los/las modelos en vivo de la Facultad de Bellas Artes dedican muchas horas a posar vestidos o no, durante largos períodos de tiempo en posiciones estáticas y forzadas. Todo ello junto los convierte en un colectivo especialmente sensible a patologías dorso-lumbares.

- Cursos destinados al uso correcto de la voz.

Desde el Servicio de Asesoramiento Universitario (SAE), dependiente del Vicerrectorado de Innovación docente se vienen ofreciendo cursos destinados al Profesorado con el objetivo de prevenir patologías laríngeas mediante el uso correcto de la voz.

Junto a ello, si bien la mayoría de las aulas están dotadas de los medios de megafonía necesarios para las situaciones generadas por docencia en laboratorios o talleres, el Servicio de Prevención se dotó de equipos portátiles de megafonía con micrófonos inalámbricos para poder con ellos cubrir las necesidades del PDI que solicite su uso.





Equipo portátil con sujeción a la cintura.

El profesor que precisa moverse para llevar a cabo su actividad (Educación física o laboratorios), dispone de un pequeño amplificador unido a la cintura.



Equipo portátil para su depósito en mesa

El profesor se desplaza únicamente con el micrófono de cabeza o de solapa. El equipo queda depositado en un punto fijo a lo largo de la exposición.

- Intervención sobre riesgos psicosociales: Establecimiento de un acuerdo para la prevención y el tratamiento de los casos de acoso.

La UPV/EHU aplica desde el 1 de enero de 2004 el "Acuerdo entre la UPV/EHU y las organizaciones sindicales sobre prevención y solución de quejas en materia de acoso".

- Intervención sobre riesgos psicosociales: Estrés y burnout.

La UPV/EHU cuenta con un Servicio de Psicología Aplicada estructurado en tres líneas de intervención que incluyen tanto al personal de plantilla como al alumnado.

- Unidad de asistencia psicológica

Esta Unidad tiene como objetivo atender a las personas de la comunidad universitaria (alumnado, profesorado y P.A.S.), que deseen consultar acerca de cualquier dificultad psicológica.

La atención psicológica consiste en una primera evaluación, orientación sobre el problema y derivación a servicios especializados.

- Programa de manejo del estrés

El Programa de Manejo del Estrés tiene como objetivo principal la puesta en marcha de programas de afrontamiento y manejo del estrés a fin de mejorar el bienestar psicológico de nuestra comunidad universitaria (alumnado, profesorado y PAS) y posibilitar la prevención del estrés y los trastornos asociados.

- Unidad de orientación psicosexual

Esta Unidad tiene como objetivo atender a las personas de la comunidad universitaria (alumnado, profesorado y P.A.S.), que deseen consultar acerca de cualquier cuestión en el ámbito de la sexualidad humana.

El asesoramiento psicológico consistirá en una primera entrevista, orientación sobre el mismo y en caso de ser necesario derivación a servicios especializados.

- Adicciones.

No han sido una sino tres las campañas de Educación para la Salud que han tenido lugar en la Universidad del País Vasco desde el año 2003, subvencionadas por la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco, en colaboración con el Vicerrectorado de Alumnos y las entidades Hazkunde, Ortzadar y Sasoia y destinadas al alumnado. Las 3 empresas citadas cuentan con psicólogos expertos en drogodependencias y médicos con experiencia en la impartición de talleres y manejo con el colectivo de jóvenes. La primera de ellas, años 2003-2004: iba dirigida a la prevención de riesgos asociados al consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Las dos siguientes, años 2004-2006: ampliaba sus objetivos incluyendo junto al alcohol la prevención del consumo de otras drogas.

Junto a ello y destinado a la plantilla universitaria, por resolución Gerente de la UPV/EHU se convoca todos los años la concesión de ayudas económicas con cargo al fondo social, fondo previsto en el acuerdo regulador de condiciones de trabajo para el personal funcionario y en los convenios colectivos, ayudas destinadas entre otros fines a los tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas seguidos por el propio funcionario/a o trabajador/a o por el cónyuge o compañero/a, por hijo/a menor de 25 años y tratamientos de rehabilitación por prescripción médica realizadas por profesionales titulados. Tratamientos médicos de deshabituación al alcoholismo, tabaquismo, ludopatía y drogodependencias están incluidos.

El importe a que ascienden las ayudas cuyas solicitudes sean estimadas, dependerá del volumen total de las mismas.

Dentro del apartado adicciones y por su cercanía en el tiempo destacar los pasos dados en la UPV/EHU para la aplicación de la Ley 28/2005:

La deshabituación a la plantilla se venía haciendo desde hacía 2 años por el propio Servicio de Prevención. Para este año 2006, se ha extendido en la UPV/EHU la experiencia que el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, en colaboración con terapeutas de la Asociación contra el Cáncer venía aplicando en otras instituciones. Ello ha dado lugar a la inclusión de un mayor número de personas en diferentes grupos de deshabituación en Araba, Gipuzkoa y Bizkaia.

 <p>Universidad del País Vasco euskal herria unibertsitatea</p>	 <p>EUZKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO OSASUN SAILA DEPARTAMENTO DE SANIDAD</p>
<p>LA UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO Y EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD OFERTAN TERAPIAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA, AL PERSONAL DOCENTE Y NO DOCENTE DE LA UPV/EHU PARA EL CURSO 2005-2006</p>	
<p>La Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, en el artículo 7d prohíbe totalmente fumar... en centros docentes y formativos, independientemente de la edad del alumnado y del tipo de enseñanza.</p>	
<p>Por todo ello, se realiza la siguiente</p>	
<p>OFERTA de TERAPIA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA</p>	
<p>A propuesta y con el pilotaje del Departamento de Sanidad, se formula para el curso 2005-2006 una Oferta de Deshabituación Tabáquica al personal docente y no docente de los centros de la UPV/EHU. Estas son las líneas generales de la misma:</p>	



Eslogan y la imagen para la campaña en la UPV/EHU.

- Seguridad en el laboratorio.

Dentro de los laboratorios y destinados a sus usuarios se han establecido normas de actuación para una práctica segura:

- Atención al alumnado.

Los alumnos son el colectivo más numeroso de la comunidad universitaria y sin embargo pocas veces se les tiene en cuenta con relación a la vigilancia de la salud, con la excepción tal vez de las prácticas seguras en laboratorios. Si bien es cierto que desde los Servicios de Prevención se les atiende ante un accidente o enfermedad, no son incluidos de

manera sistemática en los controles médicos periódicos ni en las diferentes campañas vacunales.

Ante determinadas situaciones, su escasa participación viene dada por determinados proyectos de investigación o por tesis doctorales en curso.

Aparte de su consideración como cliente y de su papel en los simulacros e implantación de los planes de autoprotección, del seguro escolar o del Cum Laude, poco más se puede añadir. No son tenidos en cuenta en los 34 minutos/trabajador/año destinados a cuantificar las horas de Unidad Básica Sanitaria necesarias, lo cual hace que se desproporcione la población diana del Servicio de Prevención, en el caso de querer pero no poder incluirles en sus diferentes actuaciones.

El caso de los becarios es el caso más sangrante. Los becarios realizan una jornada laboral pero no eran tenidos en cuenta en este aspecto. El RD 63/06, de 27 de enero, por el que se aprueba el Estatuto del personal investigador en formación viene a resolver en parte dicha situación. Este RD reconoce en su preámbulo cómo aquí ha sido tradicional que los inicios de la carrera investigadora hayan estado ausentes de regulación. Esta inercia se quebró con el RD 1326/2003, de 24 de Octubre, por el que se aprueba el Estatuto del becario de investigación. Esta disposición tenía un ámbito subjetivo de aplicación parcial y carecía de innovación respecto a la relación jurídica del becario de investigación. Con el RD 63/06 se corrige dicha situación consiguiéndose una relación jurídico-laboral dentro del marco normativo general vigente. No solamente deberán ser incluidos en el Régimen General de la Seguridad Social. Su disposición adicional primera indica claramente en su punto 1.a) las consideraciones de accidente de trabajo o enfermedad profesional como las patologías sufridas con ocasión o como consecuencia del desempeño de las tareas y funciones inherentes a su actividad (se deberá aplicar el epígrafe 119) y la disposición adicional cuarta les excluye del seguro escolar.

A los profesionales de la salud nos queda mucho camino por recorrer pero nadie debe quedar fuera de nuestras preocupaciones y objetivos. Debemos saber poner límite a los riesgos laborales en el ámbito docente, primero sabiendo escuchar, después sabiendo observar, y finalmente haciendo uso de nuestro poder de convicción para aplicar las medidas correctoras necesarias.

7.- BIBLIOGRAFIA.

- Libro Blanco de la Vigilancia de la Salud para la prevención de riesgos laborales, aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en su reunión de fecha 10 de diciembre de 2003.
- Condiciones de seguridad y salud del trabajo docente. Esteve-Ignasi Gay et als., Associació de Mestres Rosa Sensat, 2003.
- www.prevenciondocente.com, página web de D. Francisco J. Pérez Soriano.
- <http://apliweb.uned.es/crue2/calidad-ambiental/index.asp>, página web del Grupo Técnico de Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral, Grupo de Trabajo sobre Calidad Ambiental y Desarrollo Sostenible de la CRUE.



agenda de congresos



I MÁSTER UNIVERSITARIO SOBRE INGENIERÍA DE LA SEGURIDAD FRENTE AL FUEGO

Inicio: 12/01/2007 - Fin: 13/07/2007 - Organiza: Universidad Carlos III de Madrid - Apici
Lugar: Leganes, Madrid - España - Teléfono: 91 624 87 75 - Email: isf@ceaes.uc3m.es
Web: <http://www.uc3m.es/uc3m/gral/TC/ESMA/ESMA39/objetivos.html>
Tipo: Cursos - Area: Seguridad



INTERSEC DUBAI 2007

Inicio: 21/01/2007 - Fin: 23/01/2007 - Organiza: Messe Frankfurt Middle East
Lugar: Dubai - Emiratos Árabes Unidos - Teléfono: +971504546828 - Fax: +97142652886
Email: dubaiopr@emirates.net.ae - Web: <http://www.intersecexpo.com>
Tipo: Ferias - Area: Seguridad



SECURITY 2007

Inicio: 13/02/2007 - Fin: 17/02/2007 - Organiza: Cámara de Comercio e Industria de Bulgaria
Lugar: Sofía - Bulgaria - Teléfono: (+359 2) 989 72 40 - Fax: (+359 2) 981 66 26
Email: fairs@bccb.bg - Web: <http://www.bcci.bg/fairs/security/>
Tipo: Ferias - Area: Seguridad



CONGRESO DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS, SCI 2007

Inicio: 07/03/2007 - Fin: 09/03/2007 - Organiza: Tecnifuego-Aespi
Lugar: Madrid - España - Teléfono: 915 776 847 - Fax: 914 351 640
Email: congreso@sci2007.org - Web: <http://www.sci2007.org>
Tipo: Congresos - Area: Seguridad



II CONGRESO INTERNACIONAL SALUD Y TRABAJO, CUBA 2007

Fechas: 12/03/2007 - 16/03/2007
Categorías: Seguridad, Ergonomía, Higiene, Legislación, Calidad, Medio ambiente, Psicosociología, Formación, Gestión, General, Medicina - Lugar: La Habana (Cuba)
E-mail: nino@infomed.sld.cu - Web: saludtrabajo2007.sld.cu



SEGURIATLÁNTICO - SALÓN ATLÁNTICO DE LA SEGURIDAD INTEGRAL

Inicio: 12/04/2007 - Fin: 14/04/2007 - Organiza: Gálata - Eventos Profesionales
Lugar: Vigo, Pontevedra - España - Teléfono: 986 223 308 - Fax: 986 221 408
Email: info@salonseguriatlantico.com - Web: <http://www.salonseguriatlantico.com>
Tipo: Ferias - Area: Salud Laboral



5º CONGRESO INTERNACIONAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES - ORP 2007

Inicio: 09/05/2007 - Fin: 11/05/2007
Organiza: Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Escuela Técnica Superior de Ingeniería Industrial de Barcelona (ETSEIB), y otros. - Lugar: Santiago de Chile - Chile
Teléfono: (56-2) 685 2119 - Fax: (56-2) 685 2104 - Email: orp2007@achs.cl
Web: <http://www.orpconference.org/2007>
Tipo: Congresos - Area: Salud Laboral



LABORALIA 2007

Inicio: 30/05/2007 - Fin: 01/06/2007 - Organiza: Feria de Valencia - Lugar: Valencia - España
Teléfono: +34 96 3861 100 - Fax: +34 96 3636 111
Email: feriavalencia@feriavalencia.com - Web: <http://laboralia.feriavalencia.com/>
Tipo: Ferias - Area: Salud Laboral

Eficacia y seguridad de sertralina en síndromes ansioso depresivos causados por ruptura de pareja .

Efficiency and security of sertralina in depressive syndromes anxious caused by pair rupture.

Torres Pont. J.
Médico Especialista en Medicina del Trabajo.

Para valorar el empleo de un fármaco antidepresivo en aquellos trabajadores con sintomatología ansioso depresiva y conflictos psicosociales ante las alteraciones familiares por situaciones de divorcio, separación o ruptura de pareja. Se diseñó un estudio descriptivo transversal durante los años 2001 al 2004 sobre un colectivo de 13 trabajadores que solicitaron ayuda médica a nuestro servicio para hacer frente a los trastornos emocionales que padecían tras la separación de sus respectivas parejas.

El **Criterio de inclusión** en el estudio se basa en la utilización de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG), considerándose positivas aquellas cuyos puntos de corte (cut-off) se sitúan en cuatro o más para el estudio de la ansiedad y en dos o más en el de la depresión, con puntuaciones tanto más altas cuanto más severo sea el problema.

Como **Criterios de Exclusión** se contempló, el estar en tratamiento médico farmacológico continuado con antidepresivos y/o ansiolíticos hasta tres semanas antes del inicio del estudio y haber sido diagnosticado de un proceso similar por otra causa en un período reciente (dos meses). Y los propios que figuran en la ficha técnica del fármaco.

Se utilizó la EADG por su versatilidad (asistencial, detección precoz, guía de entrevista, eficacia, sencillez, epidemiológica, etc.) y por haberla utilizado en otros estudios anteriores desarrollados en nuestro medio laboral (ver revista "Psiquiatría y Atención primaria", volumen 5, nº 1, enero 2004. Trabajo: Influencia del estrés ocupacional como factor precipitador de los trastornos que cursan con ansiedad y depresión en el medio laboral.)

La Muestra del estudio se distribuye en 11 mujeres y 2 hombres de edades comprendidas entre los 32 y los 54 años de edad.

El **seguimiento del estudio** se estableció en una visita inicial, y posteriores visitas mensuales para conferir apoyo. Si bien la valoración de los resultados del tratamiento establecido con sertralina se realizó en las visitas de los meses 2º, 4º, 7º y 10º donde se valoró la evolución de la EADG.

En la **visita inicial** los resultados de la EADG para la ansiedad figuran en el Gráfico I. Y para la Depresión en el Gráfico II.

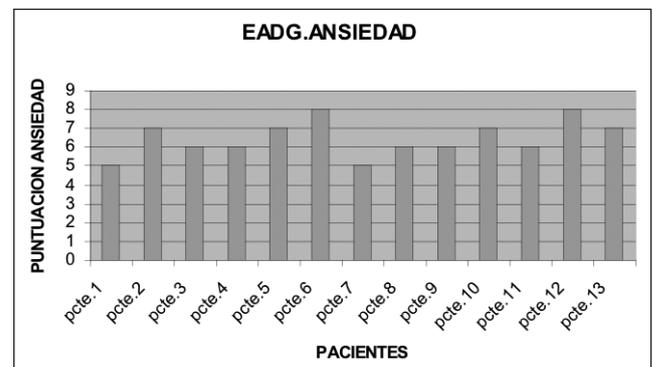


GRÁFICO 1

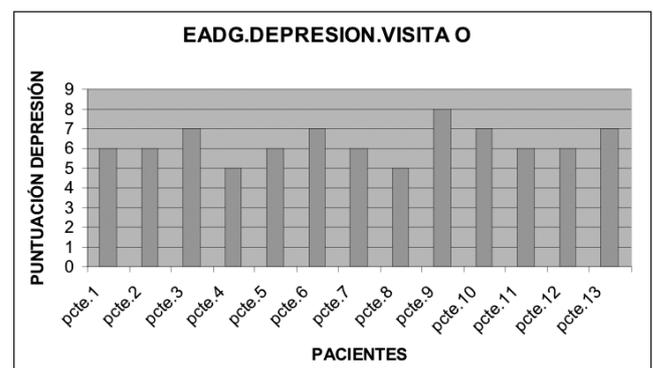


GRÁFICO 2.

La distribución de la sintomatología que presentaban los trabajadores en función de los ítems de la EADG se puede ver en la tabla I.





SÍNTOMAS	Visita Inicio
Dificultad para relajarse	61%
Dificultades para dormir	69%
Preocupación excesiva	100%
Síntomas vegetativos	100%
Pérdida de confianza	100%
Pérdida de interés	69%
Dificultad concentración	61%
Pérdida de energía	100%
Pérdida de peso	46%
Despertar temprano	69%
Dificultad al inicio mañana	61%
Enlentecimiento	69%
Desesperanzado	53%

TABLA I.

Inicialmente se prescribió como tratamiento :

- SERTRALINA CLORHIDRATO, 50 MGRS /DÍA.
- ALPRAZOLAM RETARD 0.50 MGRS CADA 12 HORAS.

La **visita al 2º mes** de tratamiento ofreció una mejoría de la puntuación en los resultados de la EADG (Gráfico 3).

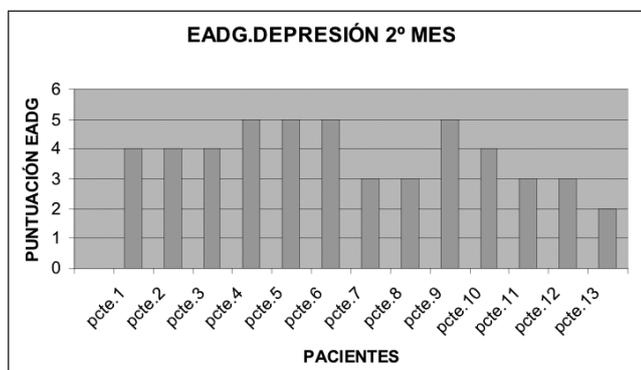


GRÁFICO 3.

A los sujetos que presentaron una puntuación superior a cuatro puntos en la escala EADG para la depresión se les incrementó la dosis de Sertralina clorhidrato a 100 mg / día. Manteniéndose la misma dosis de medicación a los demás trabajadores.

La **visita al 4º mes** mostró unos resultados de mejoría en aquellos pacientes a los que se les había aumentado la dosis de sertralina y en algunos pacientes (Nº 3 Y Nº 11) hubo un retroceso en su sintomatología, probablemente por tener que enfrentarse nuevamente a situaciones emocionalmente conflictivas con su pareja y no a la pérdida de eficacia del fármaco. Tales como entrevistas con abogados,

jueces, establecer separaciones económicas, pactar los regímenes de visitas para los hijos, etc. (Gráfico 4).

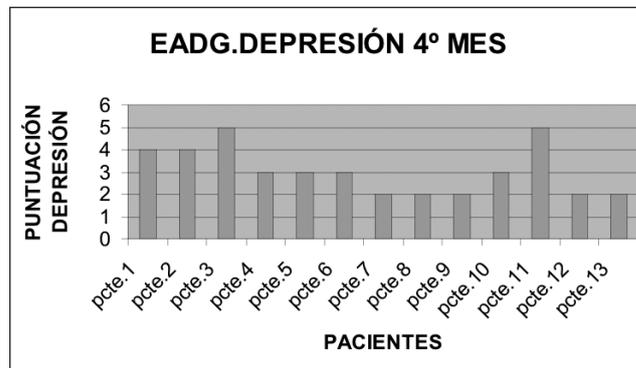


GRÁFICO 4

Se mantuvo el mismo criterio posológico en esta visita, es decir, aumento de la dosis de sertralina a 100 mg / día a los pacientes con puntuación superior a 5 puntos en la escala EADG.

Como posibles reacciones adversas, tres pacientes comunicaron un aumento de la somnolencia diurna. Efecto adverso también compartido por el uso concomitante del Alprazolam.

Respecto a la evolución de la ansiedad en esta visita al 4º mes se observó una reducción significativa de la misma. Persistiendo sólo una puntuación positiva EADG ansiedad en 4 pacientes (Gráfico 5)

Considerando que esta buena respuesta se debe al efecto de la combinación de ambos fármacos.

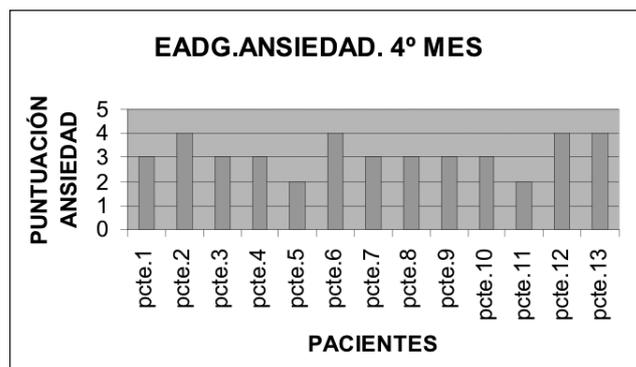


GRÁFICO 5

En la **visita del 7º mes** se había negativizado la puntuación EADG depresión en 5 pacientes. Y 7 pacientes presentan una puntuación de 2 puntos, correspondiente al punto de corte de la escala. (Gráfico 6).

En los pacientes "negativizados" se redujo la dosis de sertralina a 50 mg / día y en los demás se mantuvo la dosis que estaban recibiendo. Los pacientes número 3 y número 11 a pesar de haber reducido su puntuación de 5 puntos a 2 y 3 puntos respectivamente siguieron con 100 mgs/día de sertralina para evitar recaídas.

En esta visita las reacciones adversas comunicadas anteriormente, somnolencia, habían desaparecido. La adherencia al estudio y por tanto al tratamiento era del 100%.

Al resto de pacientes aprovechando los controles mensuales del 8° y 9° mes se les retiró el fármaco progresivamente.

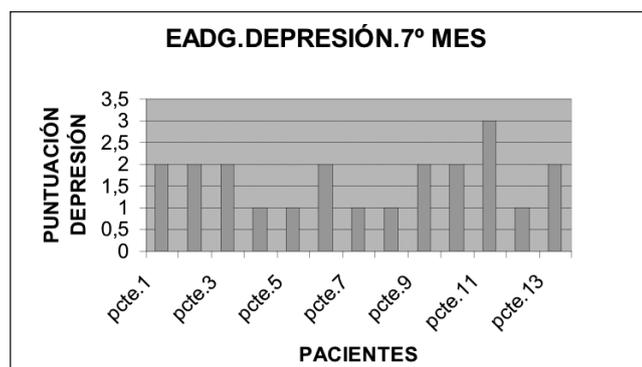


GRÁFICO 6

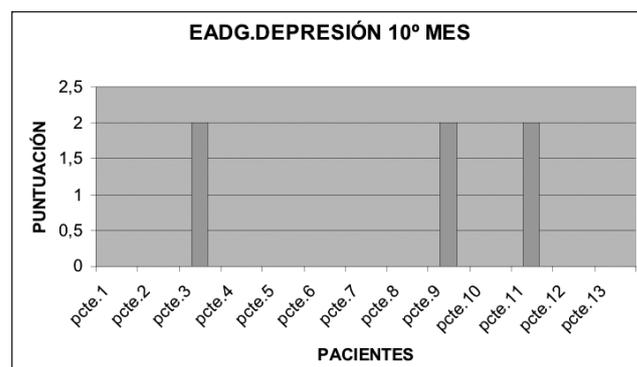


GRÁFICO 7.

En la **última visita control del estudio, correspondiente al 10º mes** de tratamiento solo permanecían positivas las puntuaciones de EADG depresión de tres pacientes participantes en el estudio (Gráfico 7) . Los cuáles siguieron con el tratamiento (pacientes n°: 3 – 9 – 11).

La disminución progresiva de la sintomatología que viene recogida en la EADG se puede observar en la Tabla II.

SÍNTOMAS	Visita Inicio	Vsta.2º mes	Vsta.4º mes	Vsta.7º mes	Vsta.10 mes
Dificultad para relajarse	61%	46%	30%	15%	15%
Dificultades para dormir	69%	46%	38%	7%	0%
Preocupación excesiva	100%	53%	38%	15%	23%
Síntomas vegetativos	100%	61%	46%	23%	8%
Pérdida de confianza	100%	46%	46%	30%	23%
Pérdida de interés	69%	53%	38%	38%	0%
Dificultad concentración	61%	38%	61%	38%	15%
Pérdida de energía	100%	46%	30%	23%	0%
Pérdida de peso	46%	46%	30%	0%	0%
Despertar temprano	69%	30%	15%	0%	8%
Dificultad al inicio mañana	61%	38%	30%	23%	0%
Enlentecimiento	69%	46%	23%	7%	0%
Desesperanzado	53%	46%	38%	0%	0%

TABLA II

Ninguno de los pacientes abandono el tratamiento y no se comunicaron reacciones adversas.

Por lo tanto se considera que Sertralina clorhidrato en combinación alprazolam es un fármaco de primer escalón para utilizar como tratamiento en aquellos procesos que cursan con ansiedad y depresión originados por la ruptura en las relaciones de pareja.



Boletín de solicitud de MIEMBRO DE LA S.E.S.L.A.P.

Apellidos: Nombre:

Profesión: Fecha Nacimiento:

Departamento / Ministerio / Organismo Público:

Dirección Particular:

Localidad: Provincia:

C.P.: Teléfono: Fax:



14

DATOS DOMICILIACION BANCARIA:

Banco o Caja:

Dirección:

Localidad: C.P.: Provincia:

Titular de la Cuenta:

Banco o Caja _____ Oficina _____ DC _____ Cuenta _____

Fecha: Firma:



Boletín de solicitud de SUSCRIPCION a la revista S.E.S.L.A.P.

Apellidos: Nombre:

Profesión: Fecha Nacimiento:

Organismo Público:

Dirección Particular:

Localidad: Provincia:

C.P.: Teléfono: Fax:

Entidad pagadora: (sólo cumplimentar si no coincide con el Departamento/Organismo)

N.I.F.: Dirección:

Banco o Caja:

Dirección:

Localidad: C.P.: Provincia:

Titular de la Cuenta:

Banco o Caja _____ Oficina _____ DC _____ Cuenta _____

Fecha: Firma:

El precio de la suscripción a la revista es de 10 euros anuales. Socios de S.E.S.L.A.P. exentos.

Remitir a: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA (S.E.S.L.A.P.)
 c/ Urbietta, 39 - 1º Izquierda
 20006 SAN SEBASTIAN

FELIZ NAVIDAD Y PRÓSPERO AÑO
MOYLU YENI YILLAR
BON NADAL E FELIÇ ANY NOU
FELIZ AÑO NOVO
GODT NYTT ÅR
ZORIONAK ETA URTE BERLON
BONNE ET HEUREUSE ANNÉE
BONES NAVIDAES FELIZ ANU NUEU
FROHE WEIHNACHTEN UND EIN GUTES NEUES JAHR
BO NADAL E FELIZ ANINOVO
MERRY CHRISTMAS AND HAPPY NEW YEAR
BON NADAU E ERÓS AN NAU
GOTT NYTT ÅR
GELUKKIG NIEUWJAAR
SELAMA TAHUN BARU
MISTÓS ULA QUÉ TA BUTÉN GERÓ DE BERG
祝你们 新年好!
С'HOBYM ГОДОМ!
ST' ASTNÝ NOVÝ ROK
GODT NYTÅR
שנה טובה ומאושרת!
新年 おめでとうございませう
سال (م) ولاح بهبه
SZCZĘŚLIWEGO NOWEGO ROKU
KA AA XPICTOYΓENNA KAI KAIH ΠPOYXPOHIA

Gripe Aviar I. Generalidades y mecanismos de transmisión. Importancia de su riesgo como posible pandemia de transmisión humana



16

Bird Influenza I. General aspects and mechanisms of transmission. Importance of its risk like possibility pandemic of human transmission

Sánchez Milla, JJ*; Sanz Bou, MA.* ; Goiria Ormazabal, J**

* *Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo. C.N.P.*

** *Médico Especialista En Medicina del Trabajo. Ayuntamiento de Bilbao*

RESUMEN:

La gripe aviar es una enfermedad que causa gran preocupación a nivel mundial por la posibilidad de transmisión de aves a humanos y el riesgo de pandemia que ello conlleva. Probablemente nos enfrentamos a uno de los mayores problemas de los próximos años y los países están tomando medidas preventivas para combatir la infección si ésta se produce. En este artículo se definen algunos de los aspectos generales de la enfermedad y las vías de transmisión y el riesgo que supone para las personas.

PALABRAS CLAVES: gripe aviar, infección pandémica.

INTRODUCCIÓN

La gripe aviar, más conocida como gripe del pollo fue identificada por primera vez en Italia hace más de 100 años. Se trata de una enfermedad viral muy contagiosa causada por las cepas tipo A del virus de la gripe que puede afectar a todas las especies de aves.

Existen tres tipos de virus gripales A, B y C, en función de su material nuclear. El tipo A tiene diferentes subtipos determinados por las proteínas de su superficie, la hemaglutinina (H) y la neuraminidasa (N).

Ambas glicoproteínas tienen un papel fundamental en el proceso infeccioso para entrar y salir de las células y en la respuesta del huésped.

SUMMARY:

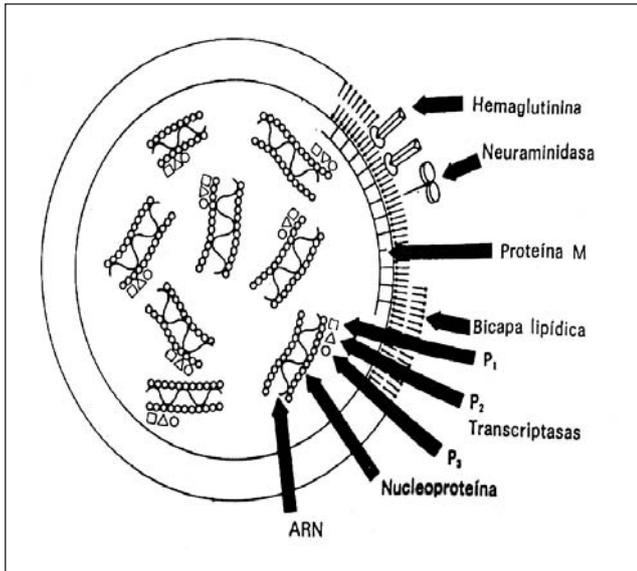
The bird influenza is a disease that causes great preoccupation at world-wide level by the possibility of transmission of birds to humans and the pandemic risk that it entails. Probably we faced one of the greater problems of the next years and the countries are taking preventive measure to fight the infection if this one takes place. In this article some of the general aspects of the disease and the routes of transmission and the risk are defined that supposes for the people.

KEY WORDS: bird influenza, pandemic infection.

El virus gripal A es el principal responsable de las epidemias invernales de gripe que se repiten cada año con intensidad variable (gripe epidémica), mientras que el virus gripal B se presenta generalmente en brotes epidémicos más localizados. El virus gripal C está poco estudiado y guarda relación con casos esporádicos. A pesar de este remoto origen común, es importante no confundir los casos de gripe aviar en humanos, extraordinariamente infrecuentes, con los casos de gripe humana estacional (ordinaria o común) que aparecen cada año en los meses fríos en ambos hemisferios y que afectan a un gran número de personas.

Hasta ahora, todos los brotes de las formas muy patógenas han sido causados por los virus A de la gripe de los subtipos H5 y H7.

Su genoma está fragmentado (8 fragmentos los virus A y B y 7 el C), lo que favorece la recombinación en el caso de que una célula se infecte al tiempo con dos virus gripales diferentes. (Figura 1)



La infección causa un amplio espectro de síntomas en las aves que van desde una enfermedad leve que se manifiesta algunas veces únicamente como plumas erizadas o disminución en la producción de huevos, hasta una enfermedad fatal altamente contagiosa y rápida conocida como "gripe aviar altamente patogénica". Esta forma se caracteriza por comienzo súbito, enfermedad grave y evolución fulminante, con una mortalidad muy cercana al 100%. Las aves pueden morir el mismo día en que aparecen los síntomas.

Los síntomas de la gripe aviar en humanos varían desde síntomas parecidos a la gripe típica (fiebre, tos, dolor de garganta y dolores musculares) hasta infecciones oculares, neumonía, dificultad respiratoria aguda y otras complicaciones graves que pueden suponer una amenaza para la vida.

MECANISMO DE TRANSMISIÓN DE LA GRIPE HUMANA

Aunque las características de un nuevo virus pandémico pueden ser diferentes a los de los virus conocidos de la gripe humana, se cree que muchas características esenciales como la transmisibilidad serían similares.

La principal vía de transmisión de la gripe humana es la que se produce a través de las gotitas de Pflügge (>5 micras) originadas al hablar, toser o estornudar por la persona infectada alcanzando después las mucosas oral, nasal o conjuntival de un nuevo huésped. Estas gotitas no permanecen suspendidas en el aire, sino que se depositan rápidamente, por lo que sólo permiten la transmisión a una distancia de algo menos de 1 metro.

También se produce transmisión por contacto directo de las mucosas con las secreciones respiratorias de una persona infectada o, de forma indirecta, a través de las manos o de otros objetos recientemente contaminados.

La transmisión del virus de la gripe también puede producirse a través de aerosoles de pequeño tamaño (por los

núcleos goticulares de Wells de menos de 5 micras) entre humanos, aunque este mecanismo parece tener mucha menor implicación en la transmisión de la gripe, salvo en ciertas circunstancias como en ambientes con una inadecuada ventilación. Los estudios experimentales en este sentido se han realizado sólo con animales.

INCUBACIÓN Y TRANSMISIBILIDAD

El **período de incubación** para la gripe aviar H5N1 puede ser más largo que el descrito para la gripe estacional, que es de dos a tres días. Los datos actuales indican un período de incubación que se extiende en un rango de 2 a 8 días y posiblemente pueda durar hasta 17 días. Sin embargo, la posibilidad de exposición múltiple al virus hace difícil definir este período con precisión. En este sentido, la OMS recomienda actualmente que se utilice un período de incubación de 7 días para las investigaciones de los casos y para la monitorización de los contactos.

Periodo de transmisibilidad: Las personas infectadas por la gripe humana eliminan una mayor cantidad de virus en sus secreciones respiratorias en las etapas precoces de la enfermedad. El periodo de máxima transmisibilidad se inicia 24 horas antes de la aparición de los síntomas y persiste durante el periodo sintomático, generalmente hasta 3-5 días tras la aparición de los síntomas. La eliminación de virus en las secreciones respiratorias generalmente cesa a los 7 días del inicio de los síntomas, siendo este periodo mayor en niños e inmunodeprimidos (de hasta 21 días).

Es importante definir que tipo de proceso estamos observando en cada momento, y para ello, el Centro Europeo de Control de Enfermedades establece la situación epidemiológica de cada individuo con el objetivo de establecer la vigilancia de infecciones humanas por virus de la gripe A H5N1 en la actual situación de alerta pandémica, fase 3. Esta Fase 3 se caracteriza por:

Fase Interpandémica	Bajo riesgo de casos humanos	1
Nuevo virus en animales, sin casos humanos	Alto riesgo de casos humanos	2
Fase de Alerta Pandémica	No transmisión interhumana o muy limitada	3
Casos en humanos por el nuevo subtipo de virus	Evidencia de un aumento de la transmisión interhumana	4
	Evidencia de transmisión interhumana significativa	5
Pandemia	Transmisión interhumana eficiente y sostenida	6

La OMS continúa vigilando la evolución de la epizootia y de los casos humanos en el Sureste Asiático y en otros lugares, haciendo una evaluación constante del riesgo de transmisión interhumano. Si esta transmisión se produjera, la OMS elevaría el nivel de alerta pandémica a Fase 4.

En el Periodo de Alerta Pandémica (Fases 3,4,5 de la OMS), el objetivo principal de Salud Pública es asegurar la rápida caracterización del nuevo subtipo del virus y la detección y



notificación temprana de casos. Es fundamental la intensificación de la vigilancia para detectar la posible aparición de casos infectados con el virus A/H5 y la rápida notificación de estos casos para poder implementar las adecuadas medidas de control. Según lo anterior, los tipos de casos son:

a) CASO POSIBLE

Definición de caso posible. Inicio agudo de fiebre (>38°C) con signos o síntomas de una infección respiratoria aguda, ó Fallecimiento por una enfermedad respiratoria aguda de causa desconocida.

Además de lo anterior, hay que considerar alguno de los siguientes ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS (a, b, c) EN LOS 7 DÍAS PREVIOS A LA APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS:

- a) Contacto humano: haber estado en contacto cercano (a menos de 1 metro) con una persona diagnosticada como caso probable o confirmado de gripe A/H5N1.
- b) Contacto de laboratorio: haber trabajado en un laboratorio donde existe riesgo potencial de exposición al virus de la gripe A/H5N1.
- c) Contacto con aves domésticas o silvestres: residir o haber estado en un área donde actualmente existe sospecha o confirmación de gripe A/H5N1¹

Y además, Haber estado en contacto cercano con aves domésticas o silvestres enfermas o muertas en el área afectada, ó haber estado en una casa o granja situada en el área afectada, donde han sido notificadas en las 6 semanas previas, aves domésticas enfermas o muertas.

b) CASO PROBABLE

Definición de caso probable. Un caso posible con uno de los siguientes test de laboratorio para gripe A/H5 o A/H5N1 positivos, realizado en un laboratorio diferente al Centro Nacional de Microbiología (ISCIII):

- PCR positiva para virus de la gripe A/H5 o A/H5N1 (debe ser realizada en LBS 2, con normas de trabajo de LBS 3).
- Cultivo positivo para el virus de la gripe A/H5N1 (debe ser realizado en LBS 3).
- Detección por inmunofluorescencia de antígenos subtipo gripal H5 en muestras del paciente mediante anticuerpos monoclonales anti-H5 positivos (debe realizarse en un Laboratorio de al menos nivel 2+).
- Incremento mayor o igual a cuatro veces en el título de anticuerpos específicos H5 en pares de suero de la fase aguda y convaleciente.

c) CASO CONFIRMADO A NIVEL NACIONAL

Definición de caso confirmado a nivel nacional. Un caso confirmado de gripe A/H5 o A/H5N1 es una persona viva o fallecida, independientemente de las características clínicas o epidemiológicas, con al menos uno de los siguientes resultados de laboratorio positivos, realizado en el Laboratorio del Centro Nacional de Microbiología (ISCIII):

- PCR positiva para virus de la gripe A/H5 o A/H5N1 (debe ser realizada en LBS 2, con normas de trabajo de LBS 3).
- Cultivo positivo para el virus de la gripe A/H5N1 (debe ser realizado en LBS 3).
- Detección por inmunofluorescencia de antígenos subtipo gripal H5 en muestras del paciente mediante anticuerpos monoclonales anti-H5 positivos (debe realizarse en un Laboratorio de al menos nivel 2+).
- Incremento mayor o igual a cuatro veces en el título de anticuerpos específicos H5 en pares de suero de la fase aguda y convaleciente.

INFECCIÓN EN LAS AVES

Las aves acuáticas migratorias, principalmente los patos, constituyen el reservorio principal de los virus de la gripe aviar, y estas aves son también las más resistentes a la infección. Aunque todas las especies de aves son susceptibles de infectarse, son especialmente vulnerables las aves de corral domésticas, en particular los pollos y pavos, pudiendo además estas infecciones alcanzar rápidamente proporciones de epidemia.

Se ha considerado el contacto directo o indirecto de los animales domésticos con las aves acuáticas migratorias como causa frecuente de epidemias. El mercado de aves vivas juega también un papel importante en la expansión de epidemias.

Medidas de control en las aves

Las medidas de control más importantes son la rápida destrucción de todas las aves expuestas o infectadas, destrucción apropiada de esqueletos y cuarentena y rigurosa desinfección de granjas.

El calor (56° C durante 3 horas o 60° C durante 30 minutos) y los desinfectantes comunes como la formalina y los compuestos yodados causan la muerte del virus. El virus puede sobrevivir al menos tres meses, a temperaturas frías, en estercoleros contaminados. En agua, el virus puede sobrevivir hasta 4 días a 22° C y más de 30 días a 0° C. Para las formas altamente patógenas, los estudios han mostrado que un simple gramo de estiércol contaminado puede contener suficientes virus para infectar a un millón de aves.

Otra importante medida de control es la restricción del movimiento de las aves de corral dentro del país y entre países. Sin embargo, en alguno de estos países, la cría de aves de corral en granjas de áreas rurales remotas, las cuales no se encuentran registradas por las autoridades, puede complicar la eliminación rápida y sistemática del reservorio animal.

Expansión de la gripe aviar

Dentro de un país la enfermedad se extiende fácilmente de una granja a otra. Grandes cantidades de virus son expulsados a través de los excrementos de las aves, contaminando el suelo y el polvo. Los virus transportados por el aire pueden extender la enfermedad de ave a ave, causando la infección cuando es inhalado el virus. Los equipos, medios,



alimentos, jaulas y ropas, especialmente zapatos, que están contaminados pueden llevar el virus de granja en granja. Los virus también pueden ser transportados por las patas y cuerpos de animales, como los roedores. Existe alguna evidencia de que las moscas pueden también actuar como vectores mecánicos.

Los excrementos de las aves salvajes infectadas pueden introducir el virus dentro de los grupos de aves de corral. El riesgo de que la infección se transmita de las aves salvajes a las aves de corral domésticas es mayor cuando las aves domésticas pasean libremente, comparten el suministro de agua con las aves salvajes o utilizan agua que podría estar contaminada por excrementos de las aves salvajes infectadas.

Los lugares donde las aves vivas están muy apiñadas y se venden en condiciones insalubres pueden ser otra fuente de expansión de la enfermedad.

La enfermedad puede extenderse de un país a otro a través del comercio internacional de aves de corral vivas. Las aves migratorias pueden transportar el virus a grandes distancias y en el pasado han sido implicadas en la expansión internacional de la gripe aviar altamente patógena. Pueden eliminar el virus en sus excrementos originando enfermedad de intensidad pequeña o media.

Por otra parte, investigaciones recientes han puesto de manifiesto que virus de baja patogenicidad pueden, después de circular por periodos cortos entre la población de aves de corral, mutar a virus muy patógenos.

Infecciones de gripe aviar. Situación actual

1997: En Hong Kong, la gripe aviar A (H5N1) afectó tanto a pollos como a humanos. Fue la primera vez que se encontró la transmisión directa de aves a humanos. Durante este brote 18 personas fueron hospitalizadas y 6 de ellas fallecieron. Para controlar el brote y eliminar la fuente del virus las autoridades sanitarias mataron cerca de 1,5 millones de pollos. La investigación de este brote concluyó que el contacto estrecho con las aves infectadas vivas había sido el origen de la infección humana.

Estudios genéticos posteriores evidenciaron que el virus había saltado directamente de las aves al hombre. Se produjo también una transmisión limitada al personal sanitario, sin llegar a causar síntomas de gravedad.

1999: En Hong Kong, se confirmaron dos casos de gripe aviar A H9N2 en niños. Ambos pacientes se recuperaron y no se confirmaron otros casos. Los hechos sugieren que las aves de corral fueron la fuente de infección y el principal modo de transmisión fue de aves a humanos. Sin embargo, la posibilidad de transmisión de persona a persona permaneció abierta. Se informó de infecciones humanas H9N2 en China en 1998-1999.

2003: Dos casos de gripe aviar A (H5N1) ocurrieron entre los miembros de una familia de Hong Kong que había viajado a China. Una persona se recuperó y otra murió. No se determinó donde habían sido infectadas estas personas. Otro miembro de la familia murió de una enfermedad respiratoria en China, pero no se tomaron muestras. No se informó de otros casos.

Se confirmaron en Holanda infecciones de gripe aviar A (H7N7) entre las personas que trabajan con aves de corral y

sus familias durante un brote de gripe. Se informó de más de 80 casos de enfermedad H7N7 (los síntomas fueron confinados a infecciones oculares con algunos síntomas respiratorios) y un paciente murió (un veterinario que había visitado una granja afectada). Había evidencia de transmisión de humano a humano. En un niño en Hong Kong se confirmó infección por H9N2. El niño fue hospitalizado pero se recuperó.

2003-2004: Un brote de gripe aviar está afectando a las poblaciones de aves en países asiáticos. El brote está causado por el virus de la gripe subtipo H5N1. Este brote ha causado también casos de infección en humanos en Vietnam y Tailandia, habiéndose producido muertes.

Desde mediados de diciembre de 2003 ha aumentado el número de países asiáticos que han informado de brotes epidémicos de gripe aviar altamente patógena en pollos y patos. También se ha informado de infecciones en muchas especies de aves salvajes y cerdos.

La extensión rápida de esta gripe, con brotes epidémicos que ocurren al mismo tiempo en muchos países, no tiene precedentes históricos y es un tema muy importante para la salud humana y la agricultura.

Es muy alarmante, en relación con los riesgos para la salud humana, la detección como la causa de estos brotes de una cepa muy patógena conocida como H5N1. Esta cepa ha saltado la barrera de las especies causando enfermedad grave en las personas y está aumentando de forma gradual el número de casos.

Durante **2005** se han observado cambios importantes en la epidemiología de la enfermedad en los animales. Se siguen registrando casos humanos, y el virus se ha extendido a nuevos países, con el consiguiente aumento del tamaño de la población en riesgo. Cada caso humano nuevo brinda al virus otra ocasión para mutar y transformarse en una cepa pandémica plenamente transmisible.

Los datos disponibles muestran que el virus H5N1 es hoy endémico en algunas zonas de Asia, habiendo establecido su nicho ecológico en las aves de corral. El riesgo de aparición de nuevos casos humanos persistirá, al igual que las oportunidades de aparición de un virus pandémico. Los brotes se han reproducido pese a las enérgicas medidas de control adoptadas, entre ellas el sacrificio de más de 140 millones de aves. Un gran número de aves migratorias salvajes, el reservorio tradicional de los virus A de la gripe, están muriendo actualmente como consecuencia de una cepa hiperpatógena de H5N1. Los patos domésticos pueden excretar grandes cantidades de virus hiperpatógeno sin acusar signos de la enfermedad. La intervención silente de estos animales en el mantenimiento de la transmisión complica aún más el control de las aves y es un problema añadido para evitar los comportamientos de riesgo en las poblaciones humanas.

Debido a las continuas transformaciones de los virus de la gripe, no es posible prever ni el momento ni la gravedad de la próxima pandemia. El paso final - una mayor transmisibilidad entre personas - puede tener lugar por dos mecanismos principales: un fenómeno de redistribución, consistente en un intercambio de material genético entre el virus humano y el virus aviar durante la coinfección de un hombre o un cerdo, y un proceso más gradual de mutación adaptativa que conferiría al virus aviar una creciente capacidad para unirse a las células humanas en las sucesivas infecciones de personas. La



redistribución puede desembarcar en un virus pandémico plenamente transmisible, presagiado por un súbito incremento de los casos y una propagación explosiva del virus. Las mutaciones adaptativas, que se manifestarán al comienzo en forma de pequeños conglomerados de casos humanos con indicios de una transmisión limitada, nos concederán probablemente algún tiempo para tomar medidas defensivas.

PELIGRO DE LOS BROTES DE GRIPE AVIAR PARA LOS HUMANOS

Todos los brotes de gripe aviar no son igual de peligrosos. **Los brotes causados por la cepa H5N1 son en la actualidad los más peligrosos para la salud humana.** Para evaluar los riesgos que estos brotes suponen para la salud humana es importante conocer exactamente qué cepas de virus aviar están causando los brotes en las aves. Por tanto, el control urgente de todos los brotes de gripe aviar en aves es de suma importancia. Las investigaciones han mostrado que ciertas cepas de virus de la gripe aviar, inicialmente de baja patogenicidad, pueden mutar rápidamente (de 6 a 9 meses) a una cepa muy patógena si se les permite circular entre las poblaciones de aves de corral. Tranquiliza el que hayan ocurrido pocos casos en humanos.

La OMS tiene alguna evidencia de que la cepa H5N1 puede haber estado circulando en aves desde abril de 2003. La detección de pocos casos en humanos sugiere que el virus puede no transmitirse fácilmente de aves a humanos por el momento. Sin embargo, la situación puede cambiar rápidamente ya que esta cepa puede mutar rápidamente y además tiene una propensión al intercambio de genes con virus de la gripe de otras especies. Esto podría favorecer el surgimiento de una nueva cepa pandémica del virus de la gripe.

Nadie conoce con seguridad si se puede evitar el riesgo de pandemia. Los virus de la gripe son muy inestables y su comportamiento desafía las predicciones. Sin embargo, la OMS permanece optimista ya que cree que si se llevan a cabo rápidamente las acciones correctas podrán ser evitadas la pandemia de gripe. Este es el principal objetivo de la OMS.

La prioridad principal y la línea más importante de defensa es reducir las oportunidades de la exposición humana al mayor reservorio de virus: las aves de corral infectadas. Esto se consigue a través de la detección rápida de los brotes que afectan a las aves de corral y de la introducción de medidas urgentes de control que incluyen la destrucción de todas las aves de corral expuestas o infectadas y la apropiada eliminación de los esqueletos. **El riesgo de transmisión a humanos se incrementa cuando la gripe aviar H5N1 muy patógena se extiende entre las aves de corral.** Cuando el número de infecciones humanas crece, existe un mayor riesgo de que emerja un nuevo subtipo de virus originando una pandemia de gripe. Se ha demostrado en Asia la relación existente entre la expansión de la infección en las aves y el incremento del riesgo de infecciones humanas. La OMS recalca la urgencia de la situación y la necesidad de una acción rápida sobre los sectores agrícola y animal, lo que alejará el riesgo de una pandemia de gripe en las personas.

Preocupación por el brote actual

Los funcionarios de salud pública están alarmados por los brotes sin precedentes en las aves de corral por muchas razones. **La primera es que la mayoría de los grandes**

brotes, de los cuales se ha informado recientemente en Asia, son causados por la cepa H5N1 que es muy patógena y además es capaz de saltar la barrera de las especies y causar enfermedad grave con alta mortalidad en humanos.

Una segunda razón, e incluso un tema más importante, es que la situación presente pueda incrementar el riesgo de otras pandemias de gripe en humanos. Los científicos conocen que los virus de la gripe humana y aviar pueden intercambiar genes cuando una persona está simultáneamente infectada con virus de ambas especies. Si el nuevo virus contiene genes humanos suficientes, puede ocurrir la transmisión directa de una persona a otra (en lugar de aves a humanos únicamente). Cuando esto acontezca, se darán las condiciones para que ocurra una nueva pandemia de gripe.

Esta fue la situación durante la gran pandemia de gripe de 1918-1919, cuando surgió un subtipo de virus de la gripe completamente nuevo y ésta se extendió por todo el globo en 4 a 6 meses. Hubo muchas oleadas de infecciones por transmisión de persona a persona

Hasta la fecha no hay confirmación de la transmisión de persona a persona. Equipos de la OMS en Vietnam y Tailandia están ayudando a los gobiernos en el diseño y realización de los estudios necesarios para detectar en su fase más temprana la transmisión de persona a persona. En paralelo, los laboratorios de la Red de Vigilancia Global de la Gripe de la OMS están realizando urgentemente estudios sobre ambos virus, humanos y aviar, obtenidos en los brotes actuales. De estos estudios se espera obtener algunos indicios sobre los orígenes y características de la cepa H5N1 que está actualmente en circulación. Además, un nuevo virus adaptado para la transmisión eficiente de persona a persona se extendería muy rápidamente y las autoridades sanitarias conocerían la aparición de un virus completamente nuevo. No hay evidencia, hasta la fecha, que esto haya ocurrido.

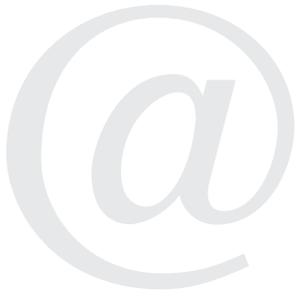
Sin embargo, se ha dado el caso en Vietnam de dos hermanas que han muerto después de contraer el virus de la gripe aviar posiblemente de su hermano que también murió. La mujer de éste que también se encontraba afectada se ha recuperado totalmente.

En las dos hermanas, los test de laboratorio confirmaron la infección por la cepa H5N1. En el hombre y su mujer no se tomaron muestras. Hasta la fecha, las investigaciones realizadas no han permitido identificar de forma concluyente la fuente de infección de las dos hermanas.

Mientras la fuente de la infección no sea definitivamente identificada, la OMS ha dicho que "se considera que la transmisión de persona a persona, del hermano a las hermanas, es una posible explicación". La investigación no logró revelar un acontecimiento concreto, como el contacto con aves de corral infectadas o con una fuente ambiental que pudiera explicar la fuente de infección en estos casos. Sin embargo, como la infección por virus H5N1 está generalizada en Vietnam en las aves de corral, los datos existentes no permiten descartar totalmente la transmisión de las aves de corral a los seres humanos.

Por tanto, actualmente no hay datos que indiquen que en Vietnam o en cualquier otro sitio se esté produciendo una transmisión eficiente de persona a persona. Los casos humanos están siendo investigados para identificar la fuente de infección y los datos obtenidos hasta la fecha son tranquilizadores.





direcciones webb

www.prevencionintegral.com

www.prevention-world.com

www.mtas.es/insht/

www.apa.es

www.prevencion-laboral.com

www.forodeprevencion.com

www.prevencion-laboral.info

www.prevencion.org

www.funprl.es

www.seslap.com

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

La integración de la Prevención en las Administraciones Públicas: UTOPIA O REALIDAD

Pamplona 21, 22 y 23 de Marzo de 2007



Acreditado por el Instituto Navarro de Administración Pública con DOS CRÉDITOS ACADÉMICOS. Declarado de interés sanitario por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

www.seslap.com

PROGRAMA DEFINITIVO

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

	Antes del 15 de Febrero de 2007	Después del 15 de Febrero de 2007
Socios de la SESLAP o de otras sociedades de Salud Laboral	400 Euros	450 Euros
NO Socios	450 Euros	500 Euros
Profesionales en formación en salud laboral (Con acreditación)	300 Euros	350 Euros
Acompañantes	200 Euros	225 Euros

La inscripción incluye: almuerzos de trabajo, cafés y cena de gala.

FORMA DE PAGO (remítir justificante a Secretaría)

- Transferencia a la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública en CAJA NAVARRA cuenta nº: 20540172869143365539. El comprobante de pago será remitido por fax o e-mail a la secretaria del Congreso. **No se dará por confirmada ninguna solicitud hasta no haber recibido el comprobante del pago.**
- Talón nominativo a nombre de Congreso de la Seslap 2007 e indicar el concepto **XVI Congreso de Seslap.**

CANCELACIONES

Deberán comunicarse por e-mail o por fax a la Secretaría Técnica del XVI Congreso de la SESLAP; teniendo derecho a la totalidad de la inscripción abonada salvo 60 € en concepto de gastos de gestión si se comunica antes del 1 de Marzo de 2007 o al 50% si se hace antes del 15 de Marzo de 2007. Con posterioridad a esta fecha no se tendrá derecho de devolución por cancelación.

SECRETARÍA DEL CONGRESO

Navarra Consultores de Comunicación (NC)

COMITÉ DE HONOR

Excmo. Sr. D. Miguel Sanz Sesma
Presidente del Gobierno de Navarra

Sr. D. Jesús Caldera Sánchez-Capitán
Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales

Sr. D. Jordi Sevilla Segura
Ministro de Administraciones Públicas

Sra. Dña. Elena Salgado Méndez
Ministra de Sanidad y Consumo

Excmo. Sr. D. Vicente Ripa González
Delegado del Gobierno en Navarra

Excmo. Sra. Dña. Yolanda Barcina Angulo
Académica de Pamplona

Excmo. Sr. D. Javier Caballero Martínez
Consejero de Presidencia, Justicia e Interior, Gobierno de Navarra

Excmo. Sra. Dña. María Kutz Peironcelly
Consejera de Salud, Gobierno de Navarra

Excmo. Sr. D. Luis Campoy Zueco
Consejero de Educación, Gobierno de Navarra

Excmo. y Mgfc. Sr. D. Pedro Burillo López
Rector de la Universidad Pública de Navarra

Ilmo. Sr. D. Gabriel Delgado Bona
Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Navarra

Ilmo. Sr. D. Pablo De Miguel Adrián
Presidente del Colegio Oficial de Enfermeros de Navarra

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:
Sr. D. José Luis Ruiz Crujeles
Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea, Gobierno de Navarra

Tesorero:
Sr. D. Carlos Arrieta Del Valle
Departamento de Presidencia, Gobierno de Navarra

Vocales:
Sr. D. Julio Sucunza Azcona
Ayuntamiento de Pamplona
Sra. Dña. Itziar Ayerdi Fernández de Barrena
Universidad Pública de Navarra
Sr. D. José Luis Casabona Cólera
Delegación del Gobierno
Sr. D. Carlos Beltrán de Guevara Berecibar
Presidente de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública
Sr. D. José Manuel Álvarez Gómez
Vicepresidente de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública

Sr. D. José María Gracia Galilea
Departamento de Educación, Gobierno de Navarra
Sr. D. José Ramón Aiestarán Ruiz-Bazán
Instituto Navarro de Salud Laboral, Gobierno de Navarra

Sr. D. Iñigo Apellaniz González
Secretario de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública
Sr. D. Amado Cuadrado Fernández
Tesorero de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública

Sr. D. Antonio Spínola Bretones
Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública
Sr. D. Juan José Díaz Franco
Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública

Sr. D. Jesús Albert Sanz
Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública
Sr. D. Antonio Doce Feliz
Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública

Sr. D. Javier Guerrero Fonseca
Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta:
Sra. Dña. Nieves Sagués Sarasa
Servicio de Prevención, Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea

Secretario:
Sr. D. Jesús Berraondo Ramírez
Servicio de Prevención, Departamento de Presidencia

Vocales:
Sr. D. Santiago Álvarez Folgueras
Servicio de Prevención, Universidad Pública de Navarra

Sr. D. Rodolfo Álvarez Iglesias
Ayuntamiento de Pamplona

Sra. Dña. Araceli Esandi Santesteban
Servicio de Prevención, Departamento de Educación

Sra. Dña. Matilde Lahera Martín
Servicio de Prevención, Departamento de Educación

Sra. Dña. Idoia Mendaza Hernández
Servicio de Prevención, Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea

Sra. Dña. M^a Teresa Visus Eraso
Servicio de Prevención, Departamento de Presidencia

Sr. D. Jorge Pascual Del Río
Servicio de Prevención, Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea

Sr. D. Ángel Parra Osés
Instituto Navarro de Salud Laboral

Sra. Dña. Arantxa Percaz Arrayago
Servicio de Prevención, Departamento de Presidencia

Sra. Dña. Susana Álvarez Erviti
Servicio de Prevención, Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea

Sr. D. Víctor Idoate García
Servicio de Prevención, Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea

Sra. Dña. Anabel Colomo Cambra
Servicio de Prevención, Departamento de Educación

Sra. Dña. Virginia García Osés
Servicio de Prevención, Departamento de Presidencia

Miércoles 21 de Marzo de 2007

9,00 h. Entrega de documentación.

HORA	SALA CIUDADELA
9,45 h.	<p>Acto inaugural Autoridades de la Comunidad Foral de Navarra.</p> <p>Sr. D. Carlos Beltrán de Guevara Berecibar <i>Presidente de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.</i></p> <p>Sr. D. José Luis Ruiz Crujeles <i>Presidente del Comité Organizador.</i></p>
10,00 h.	<p>Conferencia inaugural "La integración de la Prevención en las Administraciones Públicas: Utopía o realidad."</p> <p>Sra. Dña. Consuelo Sánchez Navarja <i>Secretaría General para la Administración Pública, Ministerio de Administración Pública, Madrid.</i></p>

11,00 h. Descanso-café.

Programa



23

Miércoles 21 de Marzo de 2007

HORA	SALA CIUDEDELA	SALA LUNETA 1	SALA LUNETA 2
11,30 h.	<p>Mesa 1: "Experiencias prácticas de integración de la Prevención en las Administraciones Públicas"</p> <p>Estrategia de elaboración e implantación de los planes de prevención de riesgos laborales en los Departamentos de la Generalitat de Catalunya.</p> <p>D. Francesc Ferrer Fontanet, Coordinador de Prevención de la Generalitat de Catalunya.</p> <p>Gestión descentralizada de la Prevención de Riesgos Laborales en el ámbito universitario. Eficacia del modelo en la integración de la Prevención.</p> <p>D. Jose Antonio Marzal Sorolla, Jefe del Servicio de Prevención, Universidad Politécnica de Valencia.</p> <p>Proyectos de evaluación continuada en centros del Servicio Navarro de Salud: el Trabajador como base de la integración de la prevención.</p> <p>D. Jorge Pascual del Río, Técnico de Seguridad e Higiene, Servicio de Prevención, Servicio Navarro de Salud</p> <p>Moderador: D. José Carlos Gordo Celigoyta, Director-Gerente del Servicio Navarro de Salud-Ossunibidea.</p>	<p>Mesa 2: "La Prevención de Riesgos en Alumnos y Becarios: necesidad de integración"</p> <p>Prevención de riesgos en Laboratorios</p> <p>Dña. Celia Pardo Burguete, Técnica de Gestión, Higiene Industrial e Investigativa, Instituto de Seguridad y Salud Laboral de la Región de Murcia, Div. en Ciencias Químicas.</p> <p>Educar para prevenir, prevenir para educar.</p> <p>D. Rubén Belandier Fradegás, Delegado de Prevención del Sindicato STEE, EIL-ES en la Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea.</p> <p>Moderador: Excmo. Sr. D. Julián Garrido Segovia, J. Jefe de Estudios y Extensión Universitaria de la Universidad Pública de Navarra, Dc. en Ciencias Químicas.</p>	<p>Mesa 3: "Sistemas de protección en el personal sanitario"</p> <p>Patrocinado por B. Braun Medical S.A.</p> <p>Proyecto de selección de materiales de seguridad en los Hospitales. Experiencia en la Comunidad Valenciana.</p> <p>D. José Antonio Forcada Segura, Enfermero, Técnico de Salud Pública, Coordinador del grupo de trabajo en riesgo biológico del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.</p> <p>Coste efectividad de los materiales de seguridad.</p> <p>D. Sebastián Celaya Pérez, Gerente del Sector Sanitario ZARHOZA III</p> <p>Aspectos jurídicos de los accidentes biológicos.</p> <p>D. Sergio Gallego Piceta, Asesor Médico de Practicas Sanitarias, Licenciado en Derecho, Consejería de Salud, Principado de Asturias.</p> <p>Moderador: Ilmo. Sr. D. Pablo De Miguel Adán, Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Navarra.</p>

Programa

24

Miércoles 21 de Marzo de 2007

HORA	SALA CIUDEDELA	SALA LUNETA 1	SALA LUNETA 2
12,45 h.	<p>Mesa 4: "Gestión del Factor Humano: su papel en la integración de la prevención de riesgos laborales"</p> <p>La integración de los Servicios de Prevención. Una óptica Corporativa.</p> <p>Ilmo. Sr. D. José Ináñez Sánchez de Boodo, Licenciado en Derecho, Senador.</p> <p>Gestión de la Prevención en los servicios contratados.</p> <p>Dña. María Teresa Dondzar Pascual, Licenciada en Derecho, Directora Gerente de Servicios de la Construcción de Pamplona S.A.</p> <p>El Factor Humano como protagonista de la Integración de la Prevención de Riesgos Laborales.</p> <p>D. Juan Gorriñe Ormaztebui, Subdirector de Recursos Humanos del Ayuntamiento de Bilbao, Coordinador del Servicio de Prevención Mantenimiento de las Estaciones Mancomunadas de Bilbao.</p> <p>Moderador: D. Julio Sucunza Azcona, Director del Área de Presidencia, Ayuntamiento de Pamplona.</p>	<p>Mesa 5: "Nuevas formas de enseñar, nuevos riesgos"</p> <p>Atención a la diversidad: repeticiones para los docentes.</p> <p>D. Juan Ramón Elizalde Dorrea, Inspector de Educación y Coordinador del Área de convivencia, Departamento de Educación, Gobierno de Navarra.</p> <p>Desde el Burn-out al Engagement en la enseñanza.</p> <p>Dña. María Salazar Sorio, Profesora Titular de Psicología Social del Trabajo y Coordinadora del Equipo HONT, Prevención Psicosocial de la Red de Servicios, Aranzadi de la Universidad Jaume I de Castellón.</p> <p>Moderador: D. Inigo Apellániz González, Secretario de la SENI, IP. Jefe del Servicio de Prevención de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.</p>	<p>Mesa 6: "La colaboración de las Sociedades de Prevención de las Mutuas con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de las Administraciones Públicas"</p> <p>Experiencias en la Comunidad Foral de Navarra.</p> <p>D. Antonio Díaz Ruiz, Director de Prevención Navarra, Sociedad de Prevención de Mutua Navarra, SL.</p> <p>Experiencias en la Comunidad de Castilla-La Mancha.</p> <p>D. Javier Sánchez González, Director Territorial para Castilla-La Mancha y Murcia de la Sociedad de Prevención de ANPEYO, SL.</p> <p>Experiencias en la Administración Central.</p> <p>D. Juan Angel de Luis Arza, Coordinador Técnico de Zona en Sociedad de Prevención Praximed Mujerpa.</p> <p>Moderador: D. Alberto Margallo Lana, Director de Recursos Humanos, Servicio Navarro de Salud-Ossunibidea.</p>

14,00 h. Almuerzo de trabajo

Programa

Miércoles 21 de Marzo de 2007

HORA	SALA CIUDEDELA	SALA LUNETA 1	SALA LUNETA 2
16,00 h.	<p>Mesa 7: "La formación continuada en prevención de riesgos laborales"</p> <p>La formación a través de la Inteligencia Emocional.</p> <p>D. Jaume Llácerua Moyra, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Barcelona.</p> <p>Las nuevas tecnologías al servicio de la formación en Prevención de Riesgos Laborales.</p> <p>D. Alejandro González Fernández, Coordinador del programa de formación Online de la Sección de Formación del Profesorado del Departamento de Educación del Gobierno de Navarra.</p> <p>Moderador: D. Javier Erasus Izquierdo, Director del Servicio de Higiene en el Trabajo y Formación del Instituto Navarro de Salud Laboral.</p>	<p>Mesa 8: "La atención al público: riesgos ocultos"</p> <p>Realidades y Peligros en la atención al público.</p> <p>D. Xavier San Sebastián Mendizábal, Director en Pielonía, Profesor del Departamento de Psicología del Trabajo de la Universidad del País Vasco/EHU.</p> <p>La relación del ciudadano con los servicios de emergencia.</p> <p>D. Francisco José Fernández Elizalde, Ingeniero, Director del Área de Protección Ciudadana del Ayuntamiento de Pamplona.</p> <p>Moderador: D. Ercadio Ezequiel Ibarrola, Jefe de Unidad y Consejal Delegado de Protección Ciudadana del Ayuntamiento de Pamplona, Director de Seguridad Privada.</p>	<p>Taller patrocinado por TESISNOR: "Implantación de Planes de emergencia en las Administraciones Públicas"</p> <p>D. Santiago Pangua Cerrillo, Ingeniero Técnico Industrial, Técnico Superior en Seguridad, Gerente de Troncos y Servicios de Control e Ingeniería del Norte, SL.</p> <p>Moderador: D. Guillermo García Vera, Presidente de la Sociedad Navarra de Abolición e Ingeniería del Trabajo.</p>

Programa

Miércoles 21 de Marzo de 2007

HORA	SALA CIUDEDELA	SALA LUNETA 1	SALA LUNETA 2
17,30 h.	<p>Mesa 9: "Fidelidad de la salud: integración en la prevención de riesgos laborales"</p> <p>Competencias del personal sanitario de un Servicio de Prevención.</p> <p>D. Manuel Basalgó-Monte, Profesor de la Universidad Pompeu-Fabra, Barcelona.</p> <p>Papel del personal sanitario en la Prevención de los Accidentes de Trabajo.</p> <p>Ponente: D. José M. Cifuel Gredillo, Encarregado Nacional de Medicina del Trabajo, Madrid.</p> <p>Moderador: D. Eduardo Matías Sanchez, Encarregado Nacional de Medicina del Trabajo, Madrid.</p>	<p>Mesa 10: "Experiencias preventivas en riesgos psicosociales"</p> <p>Experiencias preventivas en riesgos psicosociales.</p> <p>Ponente: Dña. Sofía Vega Martínez, Licenciada en Psicología, Técnica en Prevención en el Programa de Ergonomía y Psicosociología, INSHT, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Barcelona.</p> <p>La Evaluación de Riesgos Psicosociales desde el Análisis de Redes Sociales.</p> <p>D. Juan Marino González, Investigador, Director del Observatorio de modeling del Instituto Catalán de Antropología / Consultor en metodologías de Análisis de Redes Sociales, Barcelona.</p> <p>Moderador: Dña. Ana Fraile Blázquez, Psicóloga y Jefa de la Sección de Estudios y Programas del Instituto Navarro de la Mujer (INJM), Gobierno de Navarra, Fiscal de la Comisión sobre factores de riesgo psicosocial en el trabajo y trabajadores inmigrantes del INSE.</p>	<p>Comunicaciones</p>

20,30 h. Recepción Oficial de la Alcaldesa de Pamplona, Excmo. Sra. Dña. Yolanda Barcina en la Ciudadela.

21,00 h. Entrega del Premio de la Fundación MAPFRE Medicina.

Programa

XVI
CONGRESO INTERNACIONAL DE ERGONOMÍA Y SALUD LABORAL

Jueves 22 de Marzo de 2007

HORA	SALA CIUDADELA	SALA LUNETAS 1	SALA LUNETAS 2
10,00 h.	<p>Mesa 11: "Adiciones en el medio laboral"</p> <p>Conocer los factores de protección es muy útil para prevenir.</p> <p>D. Fermín Castella Lafuente. Director Técnico del Plan Plural de Dependencias del Gobierno de Navarra.</p> <p>El papel de la administración.</p> <p>Ponente: J. Carlos Martín Araujo. Secretario Técnico de Dependencias de la Junta de Extremadura.</p> <p>Moderador: D. Amado Cuadrado Fernández. Miembro del Trabajo, Anestesiólogo de Bilbao. Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.</p>	<p>Mesa 12: "Coordinación de actividades Empresariales"</p> <p>Sistemas de coordinación de actividades empresariales en Metro de Madrid.</p> <p>D. Francisco López Casera. Responsable de la Unidad de Prevención y Salud Laboral de Metro de Madrid.</p> <p>Experiencias y dificultades en la coordinación de actividades empresariales en una organización sanitaria.</p> <p>Dña. Susana Villareal Aranda. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales, Área de Seguridad, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Ouskáizeta.</p> <p>Moderador: D. Javier Vitián Ezquerro. Jefe de la sección Técnica de Prevención de Riesgos Laborales del Instituto Navarro de Salud Laboral.</p>	<p>Mesa 13: "La Ergonomía del futuro en las Administraciones Públicas"</p> <p>Patrocinada por 3M ERGONOMÍCOS.</p> <p>Ergonomía y turnicidad.</p> <p>Manuel Lucas Sebastián Cárdenas. Presidente de la Asociación Andaluza de Ergonomía.</p> <p>Ergonomía Forense.</p> <p>Javier Utrera Álvarez. Presidente de la Asociación Española de Ergonomía. Técnico de Ergonomía de ARCELOR, Arlés, Asturias.</p> <p>Moderador: M^a Angeles Lorente Del Práico. Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.</p>
11,00 h.	Descanso-café		

Programa
9

XVI
CONGRESO INTERNACIONAL DE ERGONOMÍA Y SALUD LABORAL

Jueves 22 de Marzo de 2007

HORA	SALA CIUDADELA	SALA LUNETAS 1	SALA LUNETAS 2
11,30 h.	<p>Mesa 14: "Ética y Salud Laboral"</p> <p>Limites y principios éticos en la vigilancia de la salud.</p> <p>D. Rafael López Parada. Magistrado de la Sala de lo Social de Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.</p> <p>Confidencialidad y seguridad en la vigilancia de la Salud.</p> <p>Ponente: Dña. Sonia Isabel Pedrosa Alquezar. Profesora de Derecho del Trabajo en la Universidad de Zaragoza. Doctora en Derecho.</p> <p>Moderador: Iñaki Sr. D. José Luis Goñi Seo. Director del Departamento de Derecho Privado de la Universidad Pública de Navarra. Catedrático de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social.</p>	<p>Mesa 15: "La prevención de riesgos en Cuerpos de Seguridad y Protección Civil"</p> <p>Prevención del estrés en policías y bomberos.</p> <p>Dña. María Ardoz Echarte. PhD. Ph.D. Servicio de Prevención, Departamento de Presidencia, Gobierno de Navarra.</p> <p>Gestión de los EPJs en bomberos.</p> <p>D. José Javier Boulandier. Director de Prevención, Estación de Bomberos y Salvamento del organismo autónomo, Agencia Navarra de Emergencias.</p> <p>Moderador: D. Juan Ramón Ribóde Itzaiz. Director General de Interior, Gobierno de Navarra.</p>	<p>Simposium patrocinado por Laboratorios PFIZER:</p> <p>"Novedades terapéuticas en el tabaquismo"</p> <p>Dr. Karl Fagerström. Director, Smoking Information Centre and President, Fagerstrom Consulting, Lidingborg, (SUECIA).</p>

Programa
10



25

XVI
CONGRESO INTERNACIONAL DE ERGONOMÍA Y SALUD LABORAL

Jueves 22 de Marzo de 2007

HORA	SALA CIUDADELA	SALA LUNETAS 1	SALA LUNETAS 2
12,30 h.	<p>Mesa 16: "Prevención de riesgos en el personal de Agricultura, Ganadería y Medio Ambiente"</p> <p>Prevención de zoonosis en las tareas de control veterinario y medioambiental.</p> <p>D. Juan José Badillo. Catedrático de la Universidad de Zaragoza.</p> <p>Uso correcto de fitosanitarios y plaguicidas.</p> <p>D. Elías Ajezarián. Profesor asociado de la Universidad Pública de Navarra.</p> <p>Moderador: D. Andrés Eciolaza Corballo. Director General de Agricultura y Ganadería del Gobierno de Navarra.</p>	<p>Mesa 17: "Responsabilidad del Técnico de Prevención"</p> <p>La acción sancionadora frente al Técnico de Prevención.</p> <p>D. Víctor de Santos Sánchez. Director Territorial de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en Andalucía.</p> <p>La responsabilidad civil del Técnico de Prevención.</p> <p>D. Manuel González Laborda. Profesor Titular de Derecho del Trabajo en la Universidad de Zaragoza. Dr. en Derecho.</p> <p>Moderador: D. Luis Pérez Capitán. Director Territorial Jefe de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social de Navarra.</p>	<p>Mesa 18: "Manejo de Trastornos psiquiátricos en los empleados de las Administraciones Públicas"</p> <p>Manejo de los empleados con trastornos psiquiátricos por el médico del trabajo.</p> <p>D. José M^a Salazar Fernández de Errechu. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Navarra.</p> <p>Problemática médico-legal de los trastornos psiquiátricos en el ámbito de la Administración Pública</p> <p>Dña. M^a Teresa Morato García. Médico Jurista destinada a Inspección y Entrenamiento en el juzgado de primera instancia.</p> <p>Moderador: Dña. M^a Isabel Catalán Pascandiet. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Presidenta de la Comisión de Evaluación de Incapacidades de Navarra.</p>
14,00 h.	Almuerzo de trabajo.		

Programa
11

XVI
CONGRESO INTERNACIONAL DE ERGONOMÍA Y SALUD LABORAL

Jueves 22 de Marzo de 2007

HORA	SALA CIUDADELA	SALA LUNETAS 1	SALA LUNETAS 2
16,00 h.	<p>Taller patrocinado por Laboratorios CINFA:</p> <p>"Prevención y control del Burn-out"</p> <p>M^a Eugenia García Nieto. Experta en desarrollo de Recursos Humanos, Madrid.</p> <p>(Número de asistentes limitado. Solicitar inscripción en Secretaría del Congreso)</p>	<p>Comunicaciones</p>	<p>Comunicaciones</p>
19,00 h.	Asamblea de la SESLAP.		
22,00 h.	Cena de gala en el Palacio de Gorraiz.		

Programa
12

Viernes 23 de Marzo de 2007

HORA	SALA CIUDADELA	SALA LUNETETA 1	SALA LUNETETA 2
10,00 h.	<p>Mesa 19: "La investigación: una mejora continua para la salud de los Trabajadores"</p> <p>Investigación y Desarrollo en Seguridad y Salud en el Trabajo desde el Plan Nacional de I+D+I. D. Jordana Maganda Blanca. Director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Instituto de Salud Carlos III.</p> <p>Actividades del Centro en Red de Apoyo a la Innovación en la Prevención de Riesgos Laborales de la Universidad Politécnica de Valencia. D. Carlos García Molino. Responsable de la Sección de Ergonomía del Trabajo del Instituto de Biomecánica de Valencia. Dr. Ingeniero Industrial.</p> <p>Moderador: Eusebio S.D. Cesar Arrese-Igor Sánchez. Fisioterapeuta de Investigación de la Universidad Pública de Navarra.</p>	<p>Mesa 20: "Implicación de los Servicios de Prevención de las Administraciones Públicas en la formación de los Especialistas en Medicina y Enfermería del Trabajo"</p> <p>Unidades Docentes de las AA. PP. acreditadas, para la formación de los Médicos del Trabajo. D. Francisco De la Gola Sánchez. Director de FREMAP-Majadahonda, Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo.</p> <p>La formación de la nueva Especialidad de Enfermería del Trabajo: una obligación de las AA. PP? Dña. Esperanza Mª Alonso Jiménez. Especialista en Enfermería del Trabajo, Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería del Trabajo, Asturias.</p> <p>Las AA. PP. en Europa y su participación en la formación de los Especialistas en Salud laboral. Dña. Constanza Serra. Representante de España en la I.E.M.S.</p> <p>Moderadora: Dña. Vega García López. Jefa de la Sección de Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria del Instituto Navarro de Salud Laboral.</p>	<p>Mesa 21: "El papel de los Sindicatos en la integración de la prevención de riesgos laborales"</p> <p>Secretaría General de CSI-CSIF</p> <p>Secretaría General de CC.OO.</p> <p>Secretaría General de UGT</p> <p>Moderador: D. José Manuel Álvarez Gómez. Responsable de la Sección Española de Salud Laboral en la Administración Pública.</p>

11,00 h. Descanso-café

Programa 13

Viernes 23 de Marzo de 2007

HORA	SALA CIUDADELA	SALA LUNETETA 1	SALA LUNETETA 2
11,30 h.	<p>Mesa 22: "Incidencia de la salud de los profesionales sanitarios en la atención a la población"</p> <p>Programa PAIME.</p> <p>Patrocinada por Fundación Colegio de Médicos de Navarra.</p> <p>Administraciones Públicas y Colegios Profesionales, salud de profesionales. Jaume Padrós. Presidente de la Fundación Galén. Secretario General del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.</p> <p>Origen y desarrollo del PAIME en Navarra. María Teresa Fortín Pérez de Criba. Directora del Centro de Investigación Biomédica Navarra General del Colegio Oficial de Médicos de Navarra. Responsable del programa FIME en Navarra.</p> <p>Moderador: D. Javier Aldave Villanueva. Responsable del M. I. Colegio Oficial de Médicos de Navarra.</p>	<p>Mesa 23: "La Auditoria de los Servicios de Prevención en las Administraciones Públicas: útil y necesaria?"</p> <p>Criterios actualizados del INSHT en la realización de Auditorías. D. Manuel Bestreán Bellot. Centro Nacional de Condiciones del Trabajo, Barcelona.</p> <p>Los aspectos sanitarios en la evaluación externa de los Sistemas de Prevención de Riesgos Laborales: ¿tratamiento peculiar u olvidado? D. Mariano Gallo Fernández. Médico Inspector en el Instituto Navarro de Salud Laboral.</p> <p>Moderadora: Dña. Pilar Moreno Martínez. Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.</p>	<p>Taller patrocinado por Laboratorios GSK:</p> <p>"Avances científicos en las vacunaciones en el ámbito laboral"</p> <p>D. Carlos Quintas Fernández. Maestro en Farmacología, Presidente de la Sociedad Gallega de Prevención de Riesgos Laborales.</p> <p>Moderador: D. Jesus Mateos Rodríguez. Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.</p>

Programa 14

Viernes 23 de Marzo de 2007

HORA	SALA CIUDADELA
12,30 h.	<p>Conferencia de clausura:</p> <p>La integración de la Prevención de Riesgos Laborales en el marco de la Unión Europea</p> <p>Dña. Marta Urrutia De Diego. Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. Comunicación & Prevención Unit.</p>
13,30 h.	<p>Conclusiones del Congreso:</p> <p>D. José Luis Ruiz Ciresuelo. Presidente del Comité Organizador.</p>

13,45 h. Entrega de premios y Clausura del Congreso.
Autoridades de la Comunidad Foral de Navarra.

Programa 15

SEDE DEL CONGRESO

BALUARTE
Palacio de Congresos y Auditorio de Navarra
Plaza de Baluarte s/n.
31002 Pamplona

SECRETARÍA DEL CONGRESO

Navarra Consultores de Comunicación
C/ Navas de Tolosa, 19 - 2ª Dcha.
31002 Pamplona
Tfno: 948 22 39 82 Fax: 948 22 34 20
Mail: seslap07@nccl.com

Título:

Autores:

Centro de trabajo:

Dirección de Contacto:

**TIPO DE
COMUNICACIÓN**
 ORAL

 PÓSTER

**PREMIO AL
QUE OPTA**
 INSTITUTO
NAVARRO DE
SALUD LABORAL

 COLEGIO OFICIAL
DE MEDICOS DE
NAVARRA

 COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERIA
DE NAVARRA

 NO OPTA
A NINGÚN
PREMIO

RESUMEN (Introducción, Material y Métodos, Resultados, Conclusiones)

PALABRAS CLAVE

Enviar a:

Dña.: Nieves Sagüés Sarasa,
Presidenta Comité Científico. XVI Congreso SESLAP

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
Hospital de Navarra (Antigua Maternidad)

C/ Irunlarrea, 3 • 31008 Pamplona
e-mail: priesgol@cfnavarra.es
Fax: 848 42 20 98

NUEVAS FECHAS PARA RECORDAR

- Envío de resúmenes de comunicaciones o posters:
Hasta el 31 de Enero de 2007
- Comunicación de aceptación: Hasta 5 de Febrero 2007
- Envío de la comunicación completa: Fecha límite 15 de Febrero 2007
(Los requerimientos para el trabajo completo se encuentran en la
dirección <http://www.seslap.com>)



La SESLAP en el XVI Congreso de Salud Laboral en la Administración Pública organiza un premio de investigación para todos aquellos trabajos inéditos relacionados con la investigación, docencia, administración y asistencia en el ámbito de la salud laboral. (Las condiciones se encuentran recogidas en la dirección <http://www.seslap.com>)

OTROS PREMIOS

Premio del INSL (Instituto Navarro de Salud Laboral). Premio de 3000 € a la mejor comunicación sobre investigación en Prevención de Riesgos Laborales

Bases específicas de éste premio

- Podrán optar al premio todos los profesionales relacionados con la Salud Laboral
- El trabajo deberá ser inédito.
- El Tribunal estará constituido por 3 representantes del INSL y 3 representantes del Comité Científico/Organizador.

Premio del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Navarra. Premio de 600 € a la mejor comunicación sobre Medicina del Trabajo

Bases específicas de éste premio

- Podrán optar al premio todos los profesionales médicos.
- El trabajo deberá ser inédito.
- El Tribunal estará constituido por 3 representantes del Colegio Oficial de Médicos de Navarra y 3 representantes del Comité Científico/Organizador.

Premio del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Navarra. Premio de 600 € a la mejor comunicación sobre Enfermería del Trabajo

Bases específicas de éste premio

- Podrán optar al premio todos los profesionales de Enfermería
- El trabajo deberá ser inédito.
- El Tribunal estará constituido por 3 representantes del Colegio Oficial de Enfermería de Navarra y 3 representantes del Comité Científico/Organizador.

Condiciones generales de presentación de los trabajos:

- Presentar trabajos de investigación tanto en forma individual como en equipo.
- Que uno de los autores esté inscrito en el Congreso
- Recibir el trabajo completo en el Comité Científico antes del 15 de Febrero de 2007, tanto de la comunicación como del poster.
- El trabajo deberá ser inédito
- La decisión del Tribunal será inapelable
- Los premios podrán declararse desiertos
- La participación en los premios supone la aceptación de las normas.
- Tamaño del poster: máximo 90 x 140 cms.

REQUERIMIENTOS PARA EL ENVÍO DE RESUMENES (ABSTRACTS)

Título

- El título del artículo. (En negrita)

Autores

- Apellidos e iniciales de los autores. (Hasta un máximo de 6 autores)

Centro de trabajo

- El nombre de la Institución o departamento al cual el trabajo es atribuido.
- Dirección y código postal del Centro de Trabajo

Dirección de contacto

- El nombre y dirección del autor para la correspondencia acerca del manuscrito.
- Dirección del autor para contacto. Código postal, Teléfono y e-mail:

Resumen (abstract)

Escriba el manuscrito a un espacio. Utilice letra arial 10. No más de 250 palabras. El resumen debe contener todas las partes del trabajo (introducción, método, resultados más relevantes y conclusiones. Es opcional incluir recomendaciones o consejos). En esencia, incluirá los propósitos del trabajo o investigación, los procedimientos básicos (selección de los sujetos participantes o animales de laboratorio; métodos analíticos u observacionales; los hallazgos principales con su significación estadística y las conclusiones principales. Se debe enfatizar los aspectos importantes del estudio.

Debajo del resumen el autor debe proveer de palabras clave que ayuden a indexar el artículo. (A ser posible utilizando la nomenclatura MEDLINE). No usar nombres de pacientes, iniciales, números de identificación hospitalaria ni material ilustrado.

Es necesario rellenar igualmente, el tipo de comunicación que se desea presentar (poster o oral), y el premio al que se opta.

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN**DATOS PERSONALES** (Cumplimentar con mayúsculas)

APELLIDOS NOMBRE

EMPRESA

PROFESIÓN D.N.I.

POBLACIÓN CÓDIGO POSTAL PROVINCIA

TELÉFONO FAX

CORREO ELECTRÓNICO

BOLETÍN DE ALOJAMIENTO**Datos de
Facturación**

NOMBRE

N.I.F. TELÉFONO

PERSONA DE CONTACTO

DIRECCIÓN

CIUDAD Y C.P. PROVINCIA

CORREO ELECTRÓNICO

**Deseo
reservar**

HOTEL

ENTRADA

SALIDA

TIPO DE HABITACIÓN

PRECIO X NOCHES=

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN PARA ACOMPAÑANTES*

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/A ACOMPAÑANTE

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/A **CONGRESISTA**

DIRECCIÓN PARTICULAR

C.P.Y POBLACIÓN TELÉFONO DE CONTACTO

(*) Se requerirá un mínimo de 10 personas para realizar el programa

En cumplimiento de lo dispuesto en la L.O. 15/99, le informamos que la cumplimentación del presente formulario implica la autorización a la SESLAP para utilizar estos datos en promociones propias. Podrá ejercitar su derecho de acceso, rectificación y cancelación en su caso ante la secretaría del Congreso



Twinrix ADULTOS

Primera vacuna combinada Hepatitis A y B

Twinrix PEDIATRICO

Primera vacuna combinada Hepatitis A y B

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. TWINRIX Adultos. Vacuna combinada antihepatitis A inactivada (720 Unidades ELISA) y antihepatitis B ADNr (20 µg). **2. COMPOSICION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** TWINRIX Adultos es una vacuna combinada formulada por la mezcla de preparaciones a granel del virus de la hepatitis A (HA) inactivado y purificado, y el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (AgHBs) purificado, adsorbidos separadamente en hidróxido de aluminio y fosfato de aluminio. El virus HA se propaga en células diploides humanas MRC5. El antígeno AgHBs se produce por cultivo, en un medio selectivo, de células de levadura obtenidas por ingeniería genética. Una dosis de 1,0 ml de vacuna contiene no menos de 720 Unidades ELISA de virus HA inactivado y 20 µg de proteína AgHBs recombinante. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Suspensión para inyección. **4. DATOS CLINICOS.** **4.1. Indicaciones terapéuticas.** TWINRIX Adultos está indicado para su utilización en adultos y adolescentes a partir de 16 años de edad, no inmunes, que estén en riesgo de infecciones de hepatitis A y hepatitis B. **4.2. Posología y forma de administración.** Posología - Dosificación. Se recomienda una dosis de 1,0 ml para adultos y adolescentes a partir de 16 años de edad - Pauta de vacunación primaria. El ciclo primario estándar de vacunación con TWINRIX Adultos consta de tres dosis, la primera administrada en la fecha elegida, la segunda un mes después y la tercera seis meses después de la primera dosis. Se debe atender a la pauta recomendada. Una vez iniciado, el ciclo primario de vacunación deberá completarse con la misma vacuna - Dosis de recuerdo. Todavía no se ha establecido completamente si los individuos inmunocompetentes que han respondido a la vacunación(es) de hepatitis A y/o hepatitis B requerirán dosis de recuerdo, dado que en ausencia de anticuerpos detectables, se puede asegurar la protección mediante la memoria inmunológica. Actualmente no se dispone de datos de persistencia de anticuerpos a largo plazo, después de la vacunación con TWINRIX Adultos. Sin embargo, los títulos de anticuerpos anti-HBs y anti-VHA observados después del ciclo de vacunación primaria con la vacuna combinada, están en el intervalo de los que se observan después de la vacunación con las vacunas monovalentes. Por tanto, de la experiencia con las vacunas monovalentes, se pueden extraer unas directrices generales para la vacunación de recuerdo. Estas directrices se basan en asumir que para la protección, se requiere un nivel de anticuerpos mínimo; los niveles protectores de anti-HBs (10 UI/ml) permanecerán en la mayoría de las personas durante 5 años, y los niveles de anti-VHA se estima que permanecerán durante al menos 10 años. Se puede recomendar la vacunación de recuerdo con la vacuna combinada a los 5 años del inicio de ciclo primario. Si se utilizan para el recuerdo las vacunas monovalentes, se puede administrar la vacuna antihepatitis B a los 5 años del inicio del ciclo primario y la vacuna antihepatitis A a los 10 años del inicio del ciclo primario. Se pueden determinar los títulos de anticuerpos de las personas de riesgo a intervalos regulares y administrar los recuerdos correspondientes, cuando los títulos desciendan por debajo de los niveles mínimos. Forma de administración. TWINRIX Adultos es para inyectar por vía intramuscular, preferentemente en la región deltoidea. Excepcionalmente, en pacientes con trombocitopenia o trastornos hemorrágicos, la vacuna se puede administrar por vía subcutánea. Sin embargo, esta vía de administración puede producir una respuesta inmune a la vacuna, inferior a la óptima. **4.3. Contraindicaciones.** TWINRIX Adultos no debe administrarse a personas con hipersensibilidad conocida a cualquier componente de la vacuna, ni a quienes hayan presentado signos de hipersensibilidad después de una administración anterior de TWINRIX Adultos o de vacunas monovalentes antihepatitis A o antihepatitis B. Como con otras vacunas, se debe posponer la administración de TWINRIX Adultos en personas que padecen enfermedades febriles agudas graves. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Es posible que las personas puedan estar en el periodo de incubación de una infección de hepatitis A o de hepatitis B en el momento de la vacunación. No se sabe si en estos casos TWINRIX Adultos prevendrá la hepatitis A y la hepatitis B. La vacuna no previene infecciones causadas por otros agentes, tales como el de la hepatitis C y la hepatitis E y otros patógenos conocidos que infectan el hígado. No se recomienda TWINRIX Adultos para la profilaxis postexposición (p.e. herida por pinchazo de aguja). La vacuna no se ha ensayado en pacientes con inmunidad deficiente. En pacientes hemodializados y en personas con un sistema inmunitario deficiente, puede que no se obtengan títulos adecuados de anticuerpos anti-VHA y anti-HBs después del ciclo de inmunización primaria, y por tanto, éstos pueden requerir la administración de dosis adicionales de vacuna. Como con todas las vacunas inyectables, se deberá disponer en todo momento del tratamiento y supervisión médica adecuada, para el caso poco común de presentarse una reacción anafiláctica tras la administración de la vacuna. Puesto que la inyección intradérmica o la administración intramuscular en el músculo glúteo podrían conducir a una respuesta a la vacuna inferior a la óptima, deberán evitarse estas vías de administración. Sin embargo, excepcionalmente se puede administrar TWINRIX Adultos por vía subcutánea a personas con trombocitopenia o con trastornos hemorrágicos, dado que en ellas se puede producir hemorragia después de la administración intramuscular. **BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE DEBE ADMINISTRAR TWINRIX ADULTOS POR VÍA INTRAVASCULAR.** **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se han generado datos sobre la administración concomitante de TWINRIX Adultos con inmunoglobulinas específicas antihepatitis A o antihepatitis B. Sin embargo, cuando se administraron las vacunas monovalentes antihepatitis A y antihepatitis B concomitantemente con inmunoglobulinas específicas, no se observó influencia en la seroconversión, aunque ello puede producir títulos de anticuerpos más bajos. Aunque no se ha estudiado específicamente la administración concomitante de TWINRIX Adultos y otras vacunas, se puede prever que, si se usan jeringas distintas y lugares de inyección diferentes, no se observará interacción. Se puede esperar que en pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor o en pacientes con inmunodeficiencia, puede que no se alcance una respuesta adecuada. **4.6. Utilización durante el embarazo y la lactancia.** Embarazo. No se ha evaluado el efecto de TWINRIX Adultos en el desarrollo fetal. Sin embargo, como con todas las vacunas inactivadas, no se espera que se produzcan daños en el feto. TWINRIX Adultos debe utilizarse durante el embarazo sólo cuando exista un riesgo claro de hepatitis A y hepatitis B. Lactancia. En los estudios clínicos no se ha evaluado el efecto en los lactantes, de la administración de TWINRIX Adultos a sus madres. Por tanto, TWINRIX Adultos debe usarse con precaución en mujeres en periodo de lactancia. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos o utilizar maquinaria.** Es poco probable que la vacuna produzca algún efecto en la capacidad de conducir y utilizar maquinaria. **4.8. Reacciones adversas.** En estudios clínicos controlados, se monitorizaron activamente en todas las personas los signos y síntomas durante los cuatro días siguientes a la administración de la vacuna. Se utilizó para ello una lista de comprobación. También se solicitó a los vacunados que comunicaran cualquier otro acontecimiento clínico que se presentase durante el periodo del estudio. Las reacciones más comunes fueron las producidas en el lugar de la inyección. Estas incluyeron dolor, enrojecimiento e hinchazón, transitorios. Los acontecimientos adversos sistémicos observados fueron fiebre, cefalea, malestar, fatiga, náuseas y vómitos. Estos fueron transitorios, se comunicaron sólo raramente y fueron considerados por los individuos como leves. En un estudio comparativo se observó que la frecuencia de acontecimientos adversos solicitados que se producen tras la administración de las vacunas monovalentes. Después de un uso amplio de las vacunas monovalentes antihepatitis A y/o antihepatitis B, se han comunicado asociados en el tiempo, días o semanas después de la vacunación, los acontecimientos adversos siguientes. En muchos casos no se ha establecido una relación causal. Síntomas de tipo gripal (tales como fiebre, escalofríos, cefalea, mialgia, artralgia, fatiga, vértigos. Raramente se han comunicado: paréresis, náuseas, vómitos, disminución del apetito, diarrea, dolor abdominal, pruebas de función hepática anormales, erupción, prurito, urticaria, hipotensión, infundopatía, casos de trastornos neurológicos periféricos y/o centrales, y puede incluir esclerosis múltiple, neuritis óptica, mielitis, parálisis de Bell, polineuritis tal como el síndrome de Guillain-Barré (con parálisis ascendente), meningitis, encefalitis, encefalopatía, púrpura trombocitopénica, entema exudativo multifórmico. **4.9. Sobredosificación.** No se dispone de información. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.** **5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Grupo Farmaco-terapéutico: Vacunas antihepatitis. ATC código J07BC. TWINRIX Adultos confiere inmunidad frente a las infecciones por VHA y VHB, mediante la inducción de anticuerpos específicos anti-VHA y anti-HBs. La protección frente a la hepatitis A y B se desarrolla en las 2-4 semanas. En los estudios clínicos, se observaron anticuerpos humorales específicos frente a la hepatitis A en aproximadamente el 94% de los adultos, un mes después de la primera dosis y en el 100%, un mes después de la tercera dosis (es decir mes 7). Se observaron anticuerpos humorales específicos frente a la hepatitis B en el 70% de los adultos después de la primera dosis y en aproximadamente el 99%, después de la tercera dosis. En base a la experiencia con las vacunas monovalentes, se espera que en la mayoría de los vacunados los anticuerpos permanezcan durante al menos, 4-5 años después del ciclo de vacunación primaria. Para establecer protección a largo plazo, está indicado la vacunación de recuerdo con las vacunas monovalentes o con la vacuna combinada. **5.2. Propiedades farmacocinéticas.** La evaluación de las propiedades farmacocinéticas no se requiere para las vacunas. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad.** No procede. **6. DATOS FARMACEUTICOS.** **6.1. Relación de excipientes.** Hidróxido de aluminio, fosfato de aluminio, aminoácidos para inyectables, formaldéhid, sulfato de neomicina, 2-fenoxietanol, polisorbato 20, cloruro sódico, residuos de tampones Tris y fosfato y agua para inyectables. **6.2. Incompatibilidades.** TWINRIX Adultos no debe mezclarse en la misma jeringa con otras vacunas. **6.3. Periodo de validez.** La fecha de caducidad de la vacuna se indica en la etiqueta y en el envase. El periodo de validez es de 24 meses cuando se conserva entre +2°C y +8°C. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** TWINRIX Adultos debe conservarse entre +2°C y +8°C. No congelar. Desechar si la vacuna ha sido congelada. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** TWINRIX Adultos se presenta en jeringa de vidrio precargada. Las jeringas precargadas son de vidrio neutro tipo I y cumplen con los Requisitos de la Farmacopea Europea. Durante el almacenamiento, el contenido puede presentar un fino depósito blanco y un sobrenadante incoloro transparente. Una vez agitada, la vacuna es ligeramente opaca. **6.6. Instrucciones de uso, manipulación y eliminación (si procede).** Antes de la administración, la vacuna debe ser inspeccionada visualmente para detectar cualquier partícula extraña y/o variación del aspecto físico. Antes de usar TWINRIX Adultos se debe agitar bien, para obtener una suspensión blanca, ligeramente opaca. Desechar si el contenido aparece de otra manera. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACION DE COMERCIALIZACION.** SmithKline Beecham Biologicals S.A. Rue de l'Institut 89, 1330 Rixensart, Bélgica. Teléfono: +32 (0)2 656 8111 - Fax: +32 (0) 2 656 8000 - Telex: 63251 SB BIO B. **8. PRESENTACIONES Y P.V.P. IVA 4.-** TWINRIX Adultos. Jeringa Precargada: Envase de 1 jeringa precargada, 1 dosis (1,0 ml), P.V.P. IVA 4.- 6,507 pta. M.R. 9. **NÚMERO DE LA AUTORIZACION DE COMERCIALIZACION.** EU/196/02/001. **10. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACION/REVALIDACION DE LA AUTORIZACION.** 20 de Septiembre de 1996

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. TWINRIX Pediátrico. Vacuna combinada antihepatitis A inactivada (360 Unidades ELISA) y antihepatitis B ADNr (10 µg). **2. COMPOSICION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** TWINRIX Pediátrico es una vacuna combinada formulada por la mezcla de preparaciones a granel del virus de la hepatitis A (HA) inactivado y purificado, y el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (AgHBs) purificado, adsorbidos por separado en hidróxido de aluminio y fosfato de aluminio. El virus HA se propaga en células diploides humanas MRC5. El AgHBs se produce por cultivo, en un medio selectivo, de células de levadura tratadas por ingeniería genética. Una dosis de 0,5 ml de TWINRIX Pediátrico contiene no menos de 360 Unidades ELISA del virus HA inactivado y 10 µg de proteína AgHBs recombinante. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Suspensión para inyección. **4. DATOS CLINICOS.** **4.1. Indicaciones terapéuticas.** TWINRIX Pediátrico está indicado para su utilización en niños y adolescentes no inmunes, a partir de 1 año de edad y hasta los 15 años inclusive, que estén en riesgo de contraer infecciones por hepatitis A y hepatitis B. **4.2. Posología y forma de administración.** Posología - Dosificación. Se recomienda la dosis de 0,5 ml (360 Unidades ELISA de HA/10 µg de AgHBs) para niños y adolescentes a partir de 1 año de edad y hasta los 15 años inclusive. - Pauta de vacunación primaria. El ciclo primario estándar de vacunación con TWINRIX Pediátrico consta de tres dosis, la primera se administra en la fecha elegida, la segunda un mes después y la tercera seis meses después de la primera dosis. Se debe cumplir la pauta recomendada. Una vez iniciado, el ciclo primario de vacunación deberá completarse con la misma vacuna. - Dosis de recuerdo. Todavía no se ha establecido completamente si los individuos inmunocompetentes que han respondido a la(s) vacunación(es) de hepatitis A y/o hepatitis B requerirán dosis de recuerdo, dado que en ausencia de anticuerpos detectables, se puede asegurar la protección mediante la memoria inmunológica. Actualmente no se dispone de datos de persistencia de anticuerpos a largo plazo, después de la vacunación con TWINRIX Pediátrico. Sin embargo, los títulos de anticuerpos anti-HBs y anti-VHA observados después del ciclo de vacunación primaria con la vacuna combinada, están en el intervalo de los que se observan después de la vacunación con las vacunas monovalentes. Por tanto, de la experiencia con las vacunas monovalentes, se pueden extraer unas directrices generales para la vacunación de recuerdo. Estas directrices se basan en asumir que para la protección, se requiere un nivel de anticuerpos mínimo; los niveles protectores de anti-HBs (10 UI/ml) permanecerán en la mayoría de las personas durante 5 años, y los niveles de anti-VHA se estima que permanecerán durante al menos 10 años. Se puede recomendar la vacunación de recuerdo con la vacuna combinada a los 5 años del inicio de ciclo primario. Si se utilizan para el recuerdo las vacunas monovalentes, se puede administrar la vacuna antihepatitis B a los 5 años del inicio del ciclo primario y la vacuna antihepatitis A a los 10 años del inicio del ciclo primario. Se pueden determinar los títulos de anticuerpos de las personas de riesgo a intervalos regulares y cuando los títulos desciendan por debajo de los niveles mínimos, administrar los recuerdos correspondientes. Forma de administración. TWINRIX Pediátrico se debe inyectar por vía intramuscular, preferentemente en la región deltoidea en adolescentes y niños mayores, o en la cara anterolateral del muslo, en los niños muy pequeños. Excepcionalmente, en pacientes con trombocitopenia o trastornos hemorrágicos, la vacuna se puede administrar por vía subcutánea. Sin embargo, esta vía de administración puede producir una respuesta inmune a la vacuna, inferior a la óptima. (ver 4.4.). **4.3. Contraindicaciones.** TWINRIX Pediátrico no debe administrarse a personas con hipersensibilidad conocida a cualquier componente de la vacuna, ni a quienes hayan presentado signos de hipersensibilidad después de una administración anterior de TWINRIX Pediátrico o de vacunas monovalentes antihepatitis A o antihepatitis B. Como con otras vacunas, se debe posponer la administración de TWINRIX Pediátrico en personas que padecen enfermedades febriles agudas graves. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Es posible que las personas puedan estar en el periodo de incubación de una infección de hepatitis A o de hepatitis B en el momento de la vacunación. No se sabe si en estos casos TWINRIX Pediátrico prevendrá la hepatitis A y la hepatitis B. La vacuna no previene infecciones causadas por otros agentes, tales como el de la hepatitis C y la hepatitis E y otros patógenos que infectan el hígado. No se recomienda TWINRIX Pediátrico para la profilaxis postexposición (p.e. herida por pinchazo de aguja). La vacuna no se ha ensayado en pacientes con inmunidad deficiente. En pacientes hemodializados, pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor o con un sistema inmunitario deficiente, puede que no se alcance la respuesta inmunitaria esperada tras el ciclo de inmunización primaria. Dichos pacientes pueden requerir dosis adicionales de vacuna; no obstante, puede que los pacientes inmunocomprometidos no demuestren una respuesta adecuada. Como con todas las vacunas inyectables, se deberá disponer en todo momento del tratamiento y supervisión médica adecuados, para el caso poco común de que se presente una reacción anafiláctica tras la administración de la vacuna. Puesto que la inyección intradérmica o la administración intramuscular en el músculo glúteo podrían conducir a una respuesta a la vacuna inferior a la óptima, deberán evitarse estas vías de administración. Sin embargo, excepcionalmente se puede administrar TWINRIX Pediátrico por vía subcutánea a personas con trombocitopenia o con trastornos hemorrágicos, dado que en ellas se puede producir hemorragia después de la administración intramuscular (ver 4.2.). **BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE DEBE ADMINISTRAR TWINRIX PEDIATRICO POR VÍA INTRAVASCULAR.** **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se han generado datos sobre la administración concomitante de TWINRIX Pediátrico con inmunoglobulinas específicas antihepatitis A o antihepatitis B. Sin embargo, cuando se administraron las vacunas monovalentes antihepatitis A y antihepatitis B concomitantemente con inmunoglobulinas específicas, no se observó influencia en la seroconversión, aunque puede producir títulos de anticuerpos más bajos. Ver también 4.4. Como no se ha estudiado específicamente la administración concomitante de TWINRIX Pediátrico con otras vacunas, se aconseja que no se administre al mismo tiempo que otras vacunas. **4.6. Embarazo y lactancia.** Embarazo. No se ha evaluado el efecto de TWINRIX Pediátrico en el desarrollo fetal. Sin embargo, como con todas las vacunas inactivadas, no se espera que se produzcan daños en el feto. TWINRIX Pediátrico debe utilizarse durante el embarazo sólo cuando exista un riesgo claro de hepatitis A y hepatitis B. Lactancia. En los estudios clínicos no se ha evaluado el efecto en los lactantes, de la administración de TWINRIX Pediátrico a sus madres. Por tanto, TWINRIX Pediátrico debe usarse con precaución en mujeres en periodo de lactancia. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria.** Es poco probable que la vacuna produzca algún efecto en la capacidad de conducir y utilizar maquinaria. **4.8. Reacciones adversas.** Las reacciones más comunes observadas en los estudios clínicos, fueron las producidas en el lugar de la inyección (dolor, enrojecimiento e hinchazón). Después de un uso amplio de las vacunas monovalentes antihepatitis A y/o antihepatitis B en adultos y niños, se han comunicado asociados en el tiempo, días o semanas después de la vacunación, los acontecimientos adversos siguientes. En muchos casos, no se ha establecido una relación causal. Síntomas de tipo gripal (tales como fiebre, escalofríos, cefalea, mialgia, artralgia, fatiga, vértigos. Raramente se han comunicado: paréresis, náuseas, vómitos, disminución del apetito, diarrea, dolor abdominal, pruebas de función hepática anormales, erupción, prurito, urticaria, hipotensión, infundopatía, casos de trastornos neurológicos periféricos y/o centrales, y puede incluir esclerosis múltiple, neuritis óptica, mielitis, parálisis de Bell, polineuritis tal como el síndrome de Guillain-Barré (con parálisis ascendente), meningitis, encefalitis, encefalopatía, púrpura trombocitopénica, entema exudativo multifórmico. **4.9. Sobredosificación.** No se dispone de información. **5. Propiedades farmacológicas.** **5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Grupo Farmaco-terapéutico: Vacunas antihepatitis. código ATC J07BC. TWINRIX Pediátrico confiere inmunidad frente a las infecciones por VHA y VHB, mediante la inducción de anticuerpos específicos anti-VHA y anti-HBs. La protección frente a la hepatitis A y B se desarrolla en las 2-4 semanas. En los estudios clínicos, se observaron anticuerpos humorales específicos frente a la hepatitis A en aproximadamente el 89% de las personas, un mes después de la primera dosis y en el 100%, un mes después de la tercera dosis (es decir mes 7). Se observaron anticuerpos humorales específicos frente a la hepatitis B en aproximadamente el 67% de las personas, después de la primera dosis y en el 100%, después de la tercera dosis. En base a la experiencia con las vacunas monovalentes, se espera que en la mayoría de los vacunados los anticuerpos permanezcan durante al menos, 4-5 años después del ciclo de vacunación primaria. Para establecer protección a largo plazo, está indicada la vacunación de recuerdo con las vacunas monovalentes o con la vacuna combinada. (ver 4.2.). **5.2. Propiedades farmacocinéticas.** La evaluación de las propiedades farmacocinéticas no se requiere para las vacunas. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad.** No procede. **6. DATOS FARMACEUTICOS.** **6.1. Relación de excipientes.** Hidróxido de aluminio, fosfato de aluminio, aminoácidos para inyectables, formaldéhid, sulfato de neomicina, 2-fenoxietanol, polisorbato 20, cloruro sódico, residuo de tampones Tris y fosfato y agua para inyectables. **6.2. Incompatibilidades.** TWINRIX Pediátrico no debe mezclarse en la misma jeringa con otras vacunas. **6.3. Periodo de validez.** La fecha de caducidad de la vacuna se indica en la etiqueta y en el envase. El periodo de validez es de 24 meses cuando se conserva entre +2°C y +8°C. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** TWINRIX Pediátrico debe conservarse entre +2°C y +8°C. No congelar. Desechar si la vacuna ha sido congelada. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** TWINRIX Pediátrico se presenta en una jeringa de vidrio precargada. Las jeringas precargadas son de vidrio neutro tipo I y cumplen con los Requisitos de la Farmacopea Europea. Durante el almacenamiento, el contenido puede presentar un fino depósito blanco y un sobrenadante incoloro transparente. Una vez agitada, la vacuna es ligeramente opaca. **6.6. Instrucciones de uso, manipulación y eliminación (si procede).** Antes de la administración, la vacuna debe ser inspeccionada visualmente para detectar cualquier partícula extraña y/o variación del aspecto físico. Antes de usar TWINRIX Pediátrico se debe agitar bien, para obtener una suspensión blanca, ligeramente opaca. Desechar si el contenido aparece de otra manera. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACION DE COMERCIALIZACION.** SmithKline Beecham Biologicals S.A. Rue de l'Institut 89, 1330 Rixensart, Bélgica. Teléfono: +32 (0)2 656 8111 - Fax: +32 (0) 2 656 8000 - Telex: 63251 SB BIO B. **8. PRESENTACIONES Y P.V.P. IVA 4.-** TWINRIX Pediátrico. Jeringa Precargada: Envase de 1 jeringa precargada, 1 dosis (0,5 ml), P.V.P. IVA 4.- 3,911 Pts. P.V.P. IVA 4.- 4,067 Pts. M.R. 9. **NÚMERO DEL REGISTRO COMUNITARIO DE MEDICAMENTOS.** EU/197/02/001. **10. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACION DE LA REVALIDACION DE LA AUTORIZACION.** 10 de febrero de 1997. **11. FECHA DE LA REVISION DEL TEXTO.** 10 de febrero de 1997.



Twinrix™

Primera vacuna combinada
Hepatitis  y 

Doble Protección
frente a un
Doble Riesgo

PEDIATRICO



Indicada en **niños y adolescentes** de 1 a 15 años, que estén en riesgo de infecciones por los virus de las Hepatitis A y B



Pauta de
vacunación
(meses)

0

1

6

A D U L T O S

Indicada en **adultos y adolescentes** a partir de 16 años, que estén en riesgo de infecciones por los virus de las Hepatitis A y B



SB

SmithKline Beecham
LÍDER MUNDIAL EN VACUNAS

Menos riesgo es Más productividad



Sistemas de
Ergonomía

La gama de productos de los Sistemas de Ergonomía 3M le ofrece innovadoras soluciones para contribuir a la prevención de riesgos y mejorar así la productividad y la comodidad de los usuarios de puestos de trabajo informatizados.

Línea de Prevención Total 3M

PARA USUARIOS INTENSIVOS DEL ORDENADOR

Línea desarrollada para prevenir problemas visuales y musculoesqueléticos derivados de la adopción de malas posturas al trabajar con el ordenador. Fabricada según las Normas ISO 9241 y pensada para aquellas personas que trabajan de manera intensiva con el ordenador.



Línea Comfort 3M

PARA USUARIOS OCASIONALES DEL ORDENADOR

Esta línea ha sido pensada para aquellas personas que trabajan de manera ocasional con el ordenador, una línea cómoda y moderna que te permitirá disfrutar del máximo confort.



Línea Portátil 3M

PARA USUARIOS DE ORDENADORES PORTÁTILES

Si viajas y necesitas cambiar de ubicación tu portátil, ésta es tu línea de productos para adoptar siempre posturas correctas frente al ordenador.



Para más información contacte con:
3M España, S.A.
Dpto. Productos para la Oficina
C/ Juan Ignacio Luca de Tena, 19-25 • 28027 Madrid
Tel.: 91 321 60 00 • Fax: 91 321 61 51
www.3m.com/es/oficina

Llamada Gratuita
900 210 584
3M Centro de Información al Cliente

3M Ergonómicos