Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral
en la Administración Pública

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

Julio - Diciembre 2007 • Volumen II • Número 4

Sumario:

3 Editorial

Artículos originales:

5 Gripe Aviar II. Medidas de prevención, tratamiento y procedimientos de uso con equipos de protección individualizados en caso de infección.

15 Consumos de drogas. Una realidad sociolaboral con distintas lineas de actuación

25 Tumor de células gigantes en partes blandas de localización inusual

13 Agenda de congresos.

27 XVI Congreso de la S.E.S.L.A.P. Conclusiones.

29 Direcciones Webb.

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

losartán COZAAR®†

Angiotensin II Antagonist

CONFIANZA, SATISFACCIÓN, RESULTADOS

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

Podrá ver LIIFE con detalle en:

MI 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

04-03-CZR-02-I-2151-I

LOS HÁBILES CIRUJANOS

Dr. Amado Cuadrado Fernández

editorial

Médicos y cirujanos (que etimológicamente significa *"los que hacen con la mano"* forman dos grupos bien diferenciados, contrariamente a la opinión de los médicos árabes para quienes la medicina y la cirugía forman dos partes indisociables de una misma ciencia. En Francia será durante la revolución el momento en que se reunirán de nuevo médicos y cirujanos.

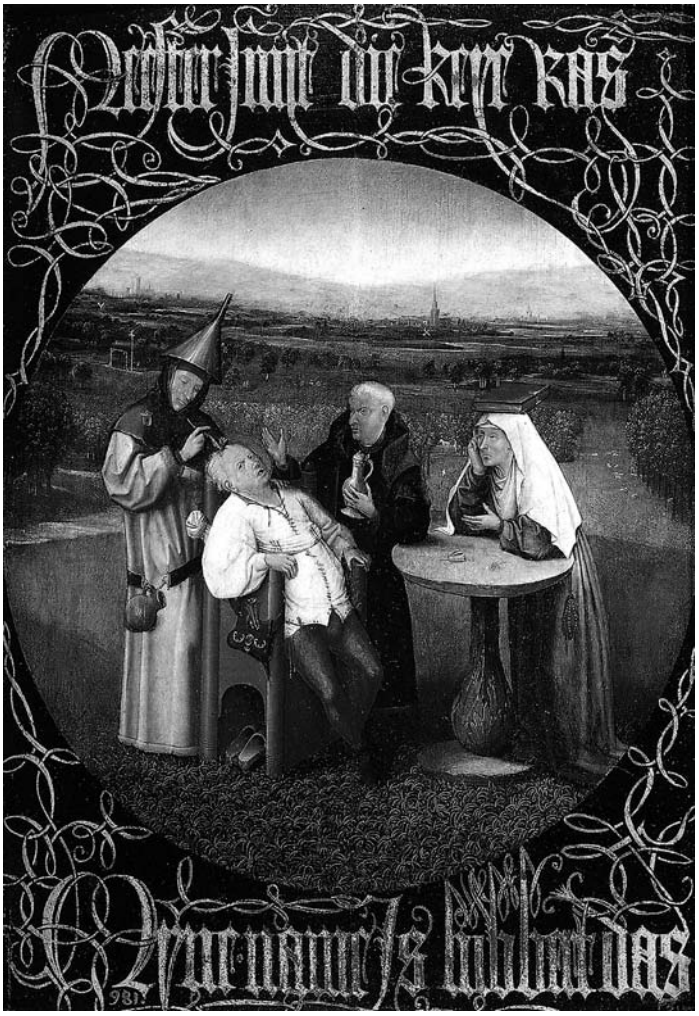
Los cirujanos-barberos de traje corto, tuvieron un modesto aprendizaje, mientras que los cirujanos de traje largo, habían seguido una formación junto a un cirujano esperimentado.

Desarrollando las enseñanzas de *Paul de Egino*, enriquecidos por *Abulcassis*, los cirujanos drenan las supuraciones, extirpan tumores superficiales, tratan las hernias, suturan heridas, abren fístulas, extirpar los cuerpos extraños y proyectiles del tipo de puntas de flechas ó los cálculos en la vejiga...

No dudan en realizar la trepanación en los traumatismos craneales y perfeccionan los instrumentos quirúrgicos dentales.

Hay que recordar sobre todo, que durante el curso del milenio que supone la Edad Media, se produce en Europa un relativo conservadurismo de las prácticas médicas, mientras que las técnicas quirúrgicas se van perfeccionando lentamente.

Los profesionales consagrados al arte de curar se van organizando poco a poco, de forma que los médicos, más instruidos y activos, establecen su superioridad social respecto a los cirujanos más toscos, menos ricos y, sin embargo, más eficaces.



A finales de la Edad Media la locura se impone como paradigma de todos los males. En la imagen, Extracción de la piedra de la locura. Jerónimo el Bosco (1450-1516). Madrid, Museo del Prado.

Director

AMADO CUADRADO FERNANDEZ

Asesor de Dirección

JUAN JOSE SANCHEZ MILLA

Consejo de Redacción

CARLOS BELTRAN DE GUEVARA BERECIBAR

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

ANTONIO SPINOLA BRETONES. Diputación de Cordoba

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

Mª ANGELES LORENTE DEL PRISCO. Ayuntamiento de Sabadell

JAVIER GUERRERO FONSECA. Servicio de Salud de Castilla La Mancha

Secretaría de Redacción:
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA
CENTRO CLINICO DONOSTI
c/ Urbieta, 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 Viceconsejeria de Sanidad
como Soporte Válido.

Imprime: garcinuño

Gripe Aviar II. Medidas de prevención, tratamiento y procedimientos de uso con equipos de protección individualizados en caso de infección.

Bird Influenza II. Measured of prevention, treatment and process of use with teams of protection individualizes in case of infection.

SÁNCHEZ MILLA, JJ*; SANZ BOU, MA*, GOIRIA ORMAZABAL, J**; FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, FJ***; MENDIETA CORRAL, MB***; GONZÁLEZ GRAJAL, G****
** Médicos Especialistas eN Medicina del Trabajo C.N.P.*
*** Médico Especialista en Medicina del Trabajo Ayto. de Bilbao*
**** Servicio de Análisis Clínicos Clínica Dr. San Sebastián (Bilbao)*
***** ATS de empresa*

RESUMEN:

En este segundo artículo, vamos a señalar las medidas generales que el Estado ha adoptado para la intervención en el caso de que se produzca la pandemia, con referencia al Plan Nacional de actuación en caso de Pandemia, y las características de los equipos de protección individual que los profesionales sanitarios puedan utilizar.

PALABRAS CLAVES: Pandemia, medidas de prevención estatales, EPIS

SUMMARY:

In this second article, we are going to point out the general measures that the State has adopted for the intervention in case of pandemy takes place, with reference to the General Plan of Behavior in case and Pandemy, and the characteristics of the teams of individual protection that the sanitary professional could use

KEY WORDS: Pandemy, measures of prevention of State, EPIS

INTRODUCCIÓN

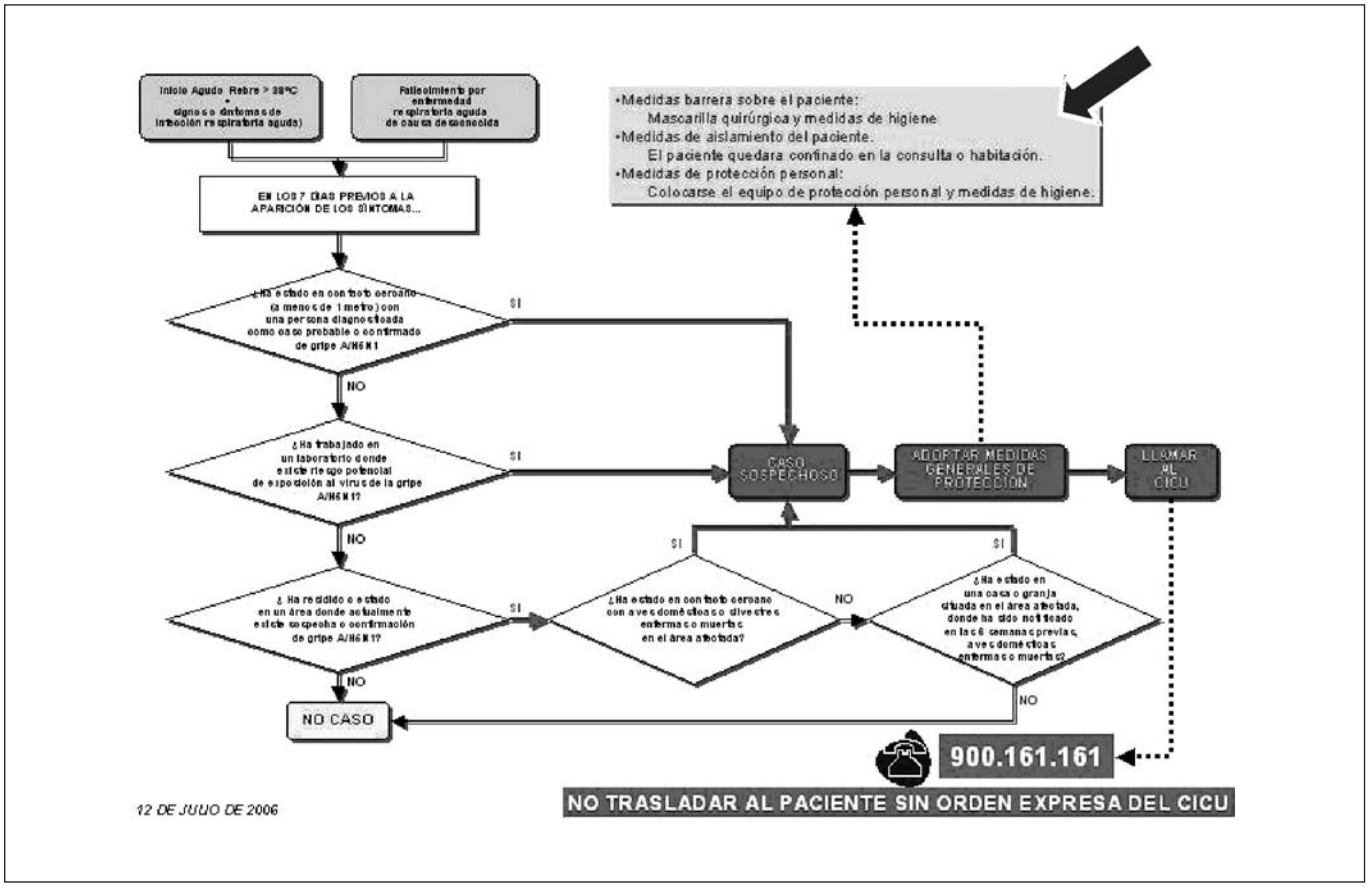
Una vez descritas las características generales de la gripe aviar, en lo referente a su estructura y composición, vías de transmisión y situación epidemiológica de la epidemia hasta el presente año, nos vamos a referir en este artículo a que características concretas deben tener los equipos de protección que utilizarán los profesionales sanitarios en el caso de que se produzca la pandemia, para intervenir, así como las medidas generales que ha adoptado el Estado español para el caso de que la epidemia legue a España. En diciembre de 2.006, se ha publicado por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, una actualización del Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una pandemia de gripe, que pone al día, el organigrama de los órganos de control que decidirán sobre el momento y tipo de actuación, y señala los criterios de triage y las medidas a adoptar en los supuestos que se produzcan.

EQUIPOS Y PROCEDIMIENTOS DE CONTROL Y PROTECCIÓN

EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

MASCARILLA QUIRÚRGICA

A) DESCRIPCIÓN Son las indicadas en las personas que presenten sintomatología con el diagnóstico de caso posible, probable o confirmado, para evitar que diseminen la infección. Impiden la contaminación del ambiente al retener y filtrar las gotas que contienen microorganismos expulsadas al respirar, hablar, estornudar, toser. También tiene una acción protectora sobre la salud de las personas que se expongan a los patógenos que se transmiten por las gotitas de Pflügge (de tamaño superior a 5 micras).



B) INDICACIÓN DE USO.

Se utilizarán por:

- Todos los casos probables, confirmados o posibles de gripe aviar.
- A partir de Fase 4, en los contactos o sea las personas que han estado expuestas a algún caso, debería considerarse la utilización de mascarillas durante el periodo de incubación de la enfermedad hasta descartar la aparición de sintomatología.
- En el personal sanitario en contacto con casos o posibles, cuando no estén disponibles los protectores respiratorios, por problemas en el suministro, u otros factores.
- La eficacia de la mascarilla quirúrgica, incluso utilizando varias a la vez, es mucho menor que la de los protectores respiratorios, pero podrían ser utilizadas si estos no estuvieran disponibles.

C) INSTRUCCIONES DE USO Y RETIRADA

Colocación:

- Desplegado completo y colocación de las bandas elásticas o cintas para anudar en la parte superior de la nuca y en el nacimiento del cuello.
- Cubrir con la mascarilla desde el puente de la nariz hasta debajo de la barbilla.
- Ajustarla al contorno facial.
- Si la mascarilla dispone de ella, ajuste la pieza deformable sobre la nariz.
- Una vez colocada no manipularla pues existe riesgo de deterioro o de contaminación de las manos.

Retirada:

- Libere primero las cintas de detrás de su cuello y después las de detrás de su nuca y retire la mascarilla sin tocar su parte delantera.
- Arrójela a la basura.
- Lávese las manos con abundante agua y jabón.

Advertencias:

- Las mascarillas no deben ser reutilizadas.
- La colocación de una mascarilla sobre otra no aumenta la efectividad de las mismas.

PROTECTORES RESPIRATORIOS

A) DESCRIPCIÓN: Filtran el aire inhalado protegiendo al personal que los porta de la infección por patógenos que se transmiten por aerosoles de pequeño tamaño (< 5 micras). Existen diversos tipos en función de la eficacia mínima de filtración y de la fuga total hacia el interior.

Los equipos certificados según norma europea son FFP1, FFP2 y FFP3 (UNE-EN 149:2001) y P2 (UNE-EN 143:2000). Deberán llevar "marcado CE" visible como garantía de que cumple los requisitos esenciales de seguridad para la UE.

B) INDICACIÓN DE USO.

- Utilización de protector respiratorio FFP2

Se utilizará en los procedimientos rutinarios de aislamiento, para las precauciones de transmisión aérea ordinarias, por parte de:

- El personal sanitario que atiende directamente a los casos probables, confirmados o posibles.

- Personal que trabajan en situaciones de contacto directo y prolongado con casos.
- El personal auxiliar incluyendo personal de limpieza, personal de lavandería que pueda tener contacto con el paciente o con restos de sangre, secreciones corporales o deyecciones.
- El personal de laboratorio que manipula muestras de enfermos.
- El personal de Salud Pública en el ejercicio de sus tareas en relación con casos, contactos y otras situaciones de exposición como la inmovilización y retirada de productos.
- Los familiares que participan en el cuidado de los pacientes.

- Utilización de protector respiratorio FFP3

El uso de un nivel más alto de protección respiratoria puede ser considerado en los procedimientos que supongan generación de aerosoles (tratamientos médicos con aerosoles, inducción de diagnóstico por esputo, succión o aspiración de las vías respiratorias, intubación endotraqueal, broncoscopios)

C) INSTRUCCIONES DE USO Y RETIRADA

Colocación:

- Desplegado completo y colocación de las cintas, la superior en la parte superior de la nuca y la inferior en el nacimiento del cuello.
- Deben ajustar perfectamente al perfil facial.
- Para comprobar el ajuste se cubre la mascarilla en su totalidad con las manos, se procede a espirar suavemente y si escapa aire alrededor de la máscara debe recolocarse la misma y efectuar una nueva prueba. Luego se realiza una inspiración, con la que la mascarilla debe deprimirse ligeramente hacia la cara.

Retirada:

- Lavado y desinfección de manos
- Retirada de la máscara empezando por el anillo inferior (nacimiento del cuello) evitando tocar la parte externa con las manos.
- Eliminación de la mascarilla.
- Nuevo lavado y desinfección de manos.

Advertencias:

- No deben reutilizarse en caso de exposición en el entorno de un paciente con gripe. Podrían reutilizarse si se han utilizado en zonas donde no haya pacientes posibles o confirmados. Aun tratándose de dispositivos de un solo uso, pueden ser reutilizados por la misma persona siempre que el protector esté estructuralmente intacto y no esté dañado, manchado o sucio.

No existen recomendaciones claras respecto al tiempo de duración por lo que si se utilizan de manera continuada, un turno sería lo razonable. Si se van a reutilizar, es conveniente guardarlo en bolsa individual identificada, para no escribir nada sobre el respirador.

- Se sustituirán cuando la respiración sea dificultosa (indicación de obstrucción del filtro).
- Si está húmedo, sucio o arrugado disminuye su eficacia.
- Las restricciones médicas para la utilización de los protectores respiratorios son: Enfermos con EPOC (Bronquitis crónicas/Enfisema) Asmáticos Enfermos cardiovasculares No están diseñadas para niños No deben ser utilizados por personas con alergia conocida al látex si los respiradores contienen látex en la banda elástica de ajuste y en la membrana de exhalación.

Los protectores respiratorios con sistema valvular no deben ser utilizadas en ambientes estériles (Ej.: quirófanos); ante la necesidad de una cirugía en un paciente con gripe A/H5 se utilizarán protectores respiratorios sin válvula. Deben retirarse en zonas libres de riesgos ambientales y desecharse manipulándolas y transportándolas minimizando el riesgo de transmisión de microorganismos y de contaminación ambiental.

GUANTES

Se debe recomendar el uso de guantes para proporcionar una barrera de protección adicional con el fin de reducir la potencial transferencia de microorganismos desde los pacientes infectados a los trabajadores sanitarios a través del contacto de las manos con sangre, fluidos corporales, secreciones, deyecciones y membranas mucosas. Los guantes deben ser utilizados como una medida adicional, y nunca sustituir a las medidas de higiene de las manos. Como para otras enfermedades transmisibles, los guantes que se recomiendan deben ser de un solo uso, desechables, limpios, no estériles y deben ajustarse adecuadamente. Los guantes no deben ser lavados ni reutilizados.

ROPA DE PROTECCIÓN, PROTECTORES OCULARES, GORROS, DELANTALES

El uso de trajes protectores de manga larga no estériles está especialmente indicado para proteger la piel descubierta y para prevenir el manchado de la ropa durante los procedimientos y las actividades de atención sanitaria que se prevé puedan originar salpicaduras de sangre, fluidos corporales o deyecciones. Los protectores oculares, los gorros y los delantales de plástico (estos últimos en caso de que se puedan producir salpicaduras por sangre, secreciones corporales o deyecciones) son elementos incluidos por la OMS en los equipos de protección personal dado que reducen el riesgo de infección si se usan correctamente.

TIPOS DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) QUE DEBE UTILIZAR EL PERSONAL SANITARIO

COMPOSICIÓN

- Protector respiratorio FFP2 (FFP3 en procedimientos que supongan generación de aerosoles tratamientos médicos con aerosoles, inducción de diagnóstico por esputo, succión o aspiración de las vías respiratorias, intubación endotraqueal, broncoscopios)
- Guantes
- Protección ocular
- Bata
- Gorro
- Calzado que pueda ser descontaminado fácilmente o en su defecto cubrecalzas

INDICACIÓN DE USO

- El personal sanitario que atiende directamente a los casos probables, confirmados o posibles.

- Personal que trabajan en situaciones de contacto directo y prolongado con casos.
- El personal auxiliar incluyendo personal de limpieza, personal de lavandería que pueda tener contacto con el paciente o con restos de sangre, secreciones corporales o deyecciones.
- El personal de laboratorio que manipula muestras de enfermos.
- El personal de Salud Pública en el ejercicio de sus tareas en relación con casos, contactos y otras situaciones de exposición como la inmovilización y retirada de productos.
- Los familiares que participan en el cuidado de los pacientes.

PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN Y RETIRADA DEL EPP

Colocación

Antes de entrar en la habitación de aislamiento o al lugar de trabajo con casos, contactos o productos:

Realizar el lavado higiénico de manos con un antiséptico de tipo alcohólico (preferiblemente) o con agua y jabón.

La secuencia de colocación del equipo es la siguiente:

1) Poner el traje protector resistente a fluidos
2) Poner el protector respiratorio desechable y probar su uso
3) Poner el gorro si se va a realizar algún procedimiento que genere aerosoles.
4) Poner la protección ocular y los guantes cubriendo las mangas del traje protector
5) Entrar en la habitación y cerrar la puerta.

Retirada

Tras salir de la habitación, la retirada del EPP se hará en el área habilitada adyacente a la habitación. Si no se dispone de esta área, se tendrá especial cuidado en evitar que otras personas puedan ser contaminadas con algún componente del equipo.

La secuencia de retirada es la siguiente:

1) Retirar el protector ocular y tirar a un cubo de basura o si es reutilizable, depositar en un contenedor para su descontaminación
2) Si lo lleva, retirar el gorro y tirar a un cubo de basura
3) Retirar el traje protector y tirar a un cubo de basura
4) Retirar los guantes y tirar en cubo de basura
5) Realizar el lavado higiénico de manos frotando con un antiséptico de tipo alcohólico (preferiblemente) o con agua y jabón
6) Retirar el protector respiratorio agarrando las bandas elásticas y sin tocar la parte frontal y tirar en el cubo de la basura.

UBICACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS

- El Centro Sanitario debe tener existencias de todos los componentes del EPP
- El EPP debe estar en forma de un lote (P.E., dentro de una bolsa de esterilización) que lo contenga completo.
- El Centro Sanitario debe tener existencias de mascarillas para los pacientes.

CENTROS HOSPITALARIOS:

Responsable de su disponibilidad: Dirección Centro

Se ubicarán en un lugar predefinido de:

- Servicio de Urgencias Responsable: Supervisión de Enfermería
- Servicio de Radiodiagnóstico- Responsable: Supervisión de Enfermería
- Sala (donde se ingrese) Responsable: Supervisión de Enfermería Se designará un responsable por turno que sepa dónde están ubicados

CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Responsable de su disponibilidad y estén ubicados en el lugar predefinido: Coordinador de enfermería

Se designará un responsable por turno que sepa dónde están ubicados

CENTROS DE SALUD PÚBLICA

Responsable de su disponibilidad y de que estén ubicados en el lugar predefinido: Director Centro

RECOMENDACIONES DE UTILIZACIÓN SI EL SUMINISTRO DE EPP ES LIMITADO

Se podrá considerar la reutilización de los mismos como una urgencia, temporalmente y sólo de los equipos que no estén visiblemente manchados o dañados.

Respecto a los protectores respiratorios: se deberá asegurar el suministro para los procedimientos que generen aerosoles y en el caso de ser reutilizados, se seguirán las siguientes indicaciones:

- Se deberá anteponer una mascarilla quirúrgica que proporcione protección de barrera frente a gotas grandes.
- Se sustituirán según el tiempo de uso.
- Se conservarán en lugar limpio y seco.
- No se esterilizarán previamente a su uso.

Respecto a los trajes protectores: se priorizará su uso para procedimientos médicos en los que se generen aerosoles y para actividades en las que se prevea un contacto cercano con el paciente.

Respecto a los guantes: se reservará su utilización para situaciones en las que se prevea contacto directo con secreciones respiratorias del paciente (por ejemplo, tocar material) o durante los procedimientos médicos que generen aerosoles. Cuando no haya contacto directo con las secreciones respiratorias de los pacientes se podrá usar como barrera toallas de papel desechable o servilletas de papel, sin olvidar el posterior lavado higiénico de las manos.

Respecto a los protectores oculares que no sean reutilizables: se realizará la limpieza y desinfección después de su uso.

PROCEDIMIENTOS DE PROTECCIÓN GENERAL

LAVADO MANOS

El lavado correcto de manos es una medida fundamental de prevención. Se debe realizar un lavado higiénico de las manos antes y después del contacto directo con casos posi-

bles, probables o confirmados de gripe, o tras el contacto con sus artículos personales o de su entorno inmediato. La higienización de las manos se puede realizar de dos maneras, frotando las manos con una solución alcohólica o lavándolas con agua y jabón antiséptico u ordinario y secándolas posteriormente con una toalla limpia preferiblemente de un solo uso. Si las manos no están visiblemente manchadas es preferible aplicar una solución alcohólica.

En el caso de estar las manos contaminadas con secreciones respiratorias o visiblemente sucias, se deben lavar minuciosamente frotándolas con jabón líquido antiséptico u ordinario, aclarar con abundante agua corriente y seguidamente, se procederá a secar las manos con una toalla limpia y preferiblemente de un sólo uso. El proceso tiene una duración total de 60 segundos.

Este método es eficaz para limpiar la suciedad y materia orgánica, así como para eliminar la flora transitoria. Si no hay lavabo disponible, limpiar las manos con una toalla húmeda y luego aplicar la solución alcohólica, u otro producto autorizado al efecto. Si las manos están aparentemente limpias, usar la desinfección alcohólica de las manos, que exige una duración total del proceso de 20 segundos, reduce en mayor medida la carga microbiana, manteniéndola libre de gérmenes más tiempo, a la vez que reseca menos la piel..

HIGIENE

Tanto los pacientes, como el personal sanitario o los familiares deben seguir estrictamente las medidas generales de higiene para minimizar la transmisión de la gripe:

- Utilizar pañuelos de papel de un sólo uso,
- Cubrir la nariz y la boca al estornudar o toser,
- Lavado o asepsia de manos después de toser, estornudar o tras el uso de pañuelos y
- Evitar tocarse los ojos o nariz para prevenir la contaminación de las mucosas. Cuando alguna zona de la piel haya sido contaminada con sangre, fluidos corporales o deyecciones debe lavarse lo antes posible, de forma suave, pero minuciosamente con jabón y agua corriente caliente.

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

El virus de la gripe es altamente susceptible a agentes externos. Por ello, se recomienda la limpieza de superficies y materiales con un detergente neutro, seguida por una desinfección con agentes habituales como son: Los derivados del cloro: p. ej. hipoclorito sódico diluido en agua al 1% a partir de una solución de cloro activo al 5% (una parte de esta solución al 5% en 4 partes de agua), o 7g/litro de lejía en polvo, en ambos casos para materiales contaminados con sangre o secreciones corporales, superficies horizontales o verticales. Alcohol etílico o isopropílico al 70% para superficies metálicas, de madera o delicadas, para las que la lejía no resulta aplicable.

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE HABITACIONES

La limpieza y desinfección de las habitaciones donde se ubiquen los casos posibles, probables o confirmados deberá realizarse al menos una vez al día con especial atención de aquellas superficies que están expuestas con mayor frecuencia al contacto de manos: picaportes, interruptores, pasamanos, lavabos, mando de televisión, la mesa supletoria y los lados de la cama, los botones de llamada, etc.

- Se evitará la limpieza en seco con el fin de no remover polvo, realizándose mediante el arrastre húmedo.
- Para la limpieza y desinfección de las superficies no metálicas se utilizará agua, detergente y lejía. Para las superficies metálicas se utilizará un paño humedecido con el desinfectante recomendado.
- Se aconseja la utilización del doble cubo: uno para la solución de detergente más desinfectante y otro para el aclarado.
- El recambio de la solución empleada para la limpieza y desinfección ha de hacerse con frecuencia, enjuagando el paño y la fregona también con frecuencia. ?? El material utilizado para la limpieza y desinfección se guardará dentro de la habitación, manteniéndolo limpio, desinfectado y escurrido tras cada uso.
- Se hará una limpieza terminal tras dar el alta al paciente. Respecto a la limpieza y desinfección o esterilización de los aparatos médicos utilizados con el paciente, se tendrán en cuenta las precauciones estándar y las recomendaciones del fabricante.

ELIMINACIÓN DEL MATERIAL CONTAMINADO

Todo el material desechable procedente de las zonas de aislamiento deberá recogerse en bolsas o contenedores adecuados y bien cerrados. Será suficiente una bolsa de basura siempre y cuando su contenido se pueda depositar en la misma sin contaminar la parte exterior. En caso contrario, se precisará el uso de dos bolsas superpuestas. Estas bolsas se deberán etiquetar como material biocontaminado y tratar como corresponde. Deberá tenerse en cuenta lo expuesto en el Apartado 7.3.3 Limpieza Y Desinfección. Siempre y cuando el personal de limpieza o cualquier otra persona manipule los residuos con-tenidos en las bolsas procedentes de las zonas de aislamiento, deberá utilizar los EPP indicados.

Las excretas se eliminarán a la red de alcantarillado si el sistema local es adecuado. Los materiales de los Equipos de Protección personal tras su uso en una zona de riesgo ó tras la atención de un caso posible ó confirmado y/o de contactos deberá recogerse en bolsas o contenedores adecuados. Será suficiente una bolsa de basura siempre y cuando su contenido se pueda depositar en la misma sin contaminar la parte exterior.

MEDIDAS DE AISLAMIENTO

En las primeras fases de una pandemia, aunque la transmisibilidad por vía aérea a través de aerosoles (< 5 micras) no parece ser el principal mecanismo en la transmisión de la gripe, la OMS recomienda, siempre que estén disponibles, ubicar a estos pacientes en habitaciones con presión negativa. Si no están disponibles, se debe ubicar a los pacientes afectados en habitaciones individuales, pues esta medida reduce la transmisión tanto directa como indirecta del virus. Estas habitaciones estarán dotadas de instalaciones para el lavado de manos y aseo personal (incluyendo w.c. y baño/ducha).

FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

El personal sanitario debe estar adecuadamente formado respecto a la posible aparición de casos producidos por un nuevo subtipo de virus gripal y considerar esta enfermedad,

a partir de la fase 3, en aquellos pacientes con antecedentes de viajes a países afectados o exposición a aves infectadas en los 7 días previos a la aparición de síntomas.

Así mismo deben ser conscientes de la necesidad de informar inmediatamente a los servicios de salud pública sobre estos casos y la obligatoriedad del personal médico con ejercicio profesional , tanto del sector público como privado. Para ello, deben tener conocimiento del presente protocolo y sobre el procedimiento a seguir ante la detección de infección humana por el virus de la gripe A/H5 así como del resto del protocolo.

PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN

Medidas a aplicar ante sospecha de caso.

- Colocar al paciente una mascarilla quirúrgica
- Aislar al paciente (en el lugar que cada centro tenga determinado en su procedimiento interno y en base a las instrucciones del apartado 10 del presente protocolo)
- Colocarse el equipo de protección personal
- Seguir las instrucciones de actuación del protocolo correspondiente

DURACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL DE LA INFECCIÓN

La OMS recomienda que se mantengan las medidas de control anteriormente mencionadas durante el tiempo que el paciente es infecciosos, es decir:

- En los adultos y adolescentes mayores de 12 años: comenzarán en el momento del ingreso y se mantendrán hasta pasados 7 días tras la resolución de la fiebre.
- En los niños de menos o igual a 12 años comenzarán en el momento del ingreso y se mantendrán hasta pasados 21 días tras el inicio de los síntomas.

Según avance la situación epidemiológica y las características de la infección del virus A/H5 este protocolo y sus definiciones serán objeto de revisión y adecuación a las nuevas circunstancias.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Nos vamos a referir a las medidas adoptadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el plan nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe, declaradas en mayo de 2005. Estas medidas son las siguientes:

I. SEGUIMIENTO ESTRICTO DE LA EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN

Manteniendo la intercomunicación del Ministerio de Sanidad y Consumo con las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas, la Unión europea y organismos internacionales implicados en el problema (OMS, OIE, FAO)

II. ALERTA DE LOS SÍSTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICCA Y VIROLÓGICA

III. CREACIÓN DE UN COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN, EL CONTROL Y EL SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIRUS DE LA GRIPE. Este Comité se constituyó en el año 2003. Está presidido por la Ministra de Sanidad y Consumo, y lo forman representantes de los Ministerios de Sanidad y Consumo; Asuntos Exteriores; Interior; Educación y Ciencia; Fomento; Trabajo y Asuntos Sociales; Agricultura, Pesca y Alimentación; Economía y Hacienda; Administraciones Públicas y defensa, así como por los directores de los Centros Nacionales de Gripe.

IV. ACTIVACIÓN DE TODOS LOS ORGANISMOS DE ESTE COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL

Para tal fin se establecen reuniones periódicas para asegurar el cumplimiento de los objetivos y actividades recomendadas por la OMS y las autoridades europeas, e incluidas en el Plan Nacional. Los Organismos que conforman el Comité Ejecutivo Nacional son los siguientes:

✓ Grupo Operativo (o Comité de Crisis)
✓ Comité Científico
✓ Grupo Técnico de Coordinación
✓ Los cuatro Subcomités
  – Vigilancia Epidemiológica y Virológica
  – Vacunas y Fármacos Antivirales
  – Respuesta a la Emergencia
  – Comunicaciones

V. APROBACIÓN DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN, COMPLEMENTARIOS AL PLAN NACIONAL

Estos protocolos son:

✓ Detección por parte de los profesionales sanitarios de casos sospechosos de gripe aviar en humanos;
✓ Definición de los grupos prioritarios para el suministro de antivirales
✓ Medidas de control de la infección en los centros sanitarios
✓ Actuaciones que se tomarían en los casos de personas que trabajen en granjas o que pudieran estar expuestas a aves infectadas
✓ Recomendaciones para los viajeros que se dirijan a los países afectados y otras medidas de sanidad exterior
✓ Protocolo de actuación a la llegada de pasajeros a España (vía aérea y marítima)
✓ Indicaciones de utilización de profilaxis con oseltamivir tras exposición al virus de la gripe A/H5N1.

VI. CONSTITUCIÓN DE LA COMISIÓN PERMANENTE PARA EL SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA GRIPE AVIAR.

Se constituyó el 19 de septiembre de 2005. Está presidida por el Subsecretario del Ministerio de la Presidencia, y Formada por representantes de los ministerios de Presidencia; Sanidad y Consumo; Agricultura, Pesca y Alimentación; Interior; Industria, Turismo y Comercio; Economía y Hacienda y Administraciones Públicas.

VII. PROHIBICIÓN DE IMPORTACIONES DE PRODUCTOS AVÍCOLAS PROVENIENTES DE LOS PAÍSES AFECTADOS POR EL BROTE

Este punto se estableció merced a un Acuerdo de la Comisión Europea, mediante las correspondientes instrucciones a los Puestos de Inspección Fronterizos.

VIII. COMPRA DE DOS MILLONES DE DOSIS DE TRATAMIENTOS ANTIVIRALES PARA QUE ESTÉN DISPONIBLES EN EL MOMENTO EN EL QUE SE PUDIERA PRODUCIR UNA SITUACIÓN DE PANDEMIA

Según Acuerdo del MSC y las Comunidades Autónomas en la Comisión de Salud Pública, en abril de 2005. A esta compra, se suman las 11.000 dosis que tenía ya almacenadas la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios.

IX. NUEVA COMPRA DE ANTIVIRALES CON EL OBJETIVO DE DISPONER DE MEDICACIÓN PARA EL 20% DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

Por Acuerdo de la Comisión de Salud Pública. Octubre de 2005. El sistema nacional de salud dispondrá en total de entre 6 y 10 millones de dosis. Esta cantidad será suficiente para hacer frente a todos los casos que se presenten en una situación de pandemia.

X. REFUERZO DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN FRENTE A LA GRIPE COMÚN ENTRE LOS GRUPOS DE RIESGO (MAYORES DE 65 AÑOS, ENFERMOS CRÓNICOS, PROFESIONALES SANITARIOS…).

Siguiendo las Recomendaciones de la Unión Europea, el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas. España es el país con tasas de vacunación frente a la gripe común más alta de toda Europa y el sexto a nivel mundial.

XI. INCLUSIÓN DE MEDIDAS DE REFUERZO A LACAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL Incluidas en el plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe. Estas son:

✓ Recomendación de que se vacunen las personas que tienen previsto viajar a países afectados por brotes de gripe aviar si el viaje tiene lugar durante la época de gripe estacional.

✓ Se establece la previsión de que, en el mismo momento en el que se registraran en nuestro país casos de gripe en aves, se vacune tanto a las personas que trabajen en las tareas de control y erradicación de los brotes como a las que viven o trabajan en estas granjas avícolas

(la vacunación frente a la gripe común en estas personas permite reducir la probabilidad de coinfección del ser humano con cepas aviares y humanas, reduciendo así también el riesgo de que se produzca un intercambio de genes y una posible mutación del virus)

XII. APROBACIÓN DE UNA PARTIDA DE DOS MILLONES DE EUROS PARA LOS PROGRAMAS DE LA OMS PARA REFORZAR LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y OTRAS MEDIDAS DE CONTROL DEL VIRUS DE LA GRIPE AVIAR, Y AYUDAR ASÍ A LA PREVENCIÓN DE UNA POSIBLE PANDEMIA DE GRIPE

Esta partida se aprobó en diciembre de 2005

PLAN DE ACTUACIÓN PAETAP DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Hemos incluido en este artículo, los principios generales del Plan de Actuación que ha preparado la Comunidad Valenciana con fecha 12 de julio de 2006, pionera a nivel estatal a la hora de diseñar el protocolo general y organigrama de actuación en caso de que se produzca la pandemia.

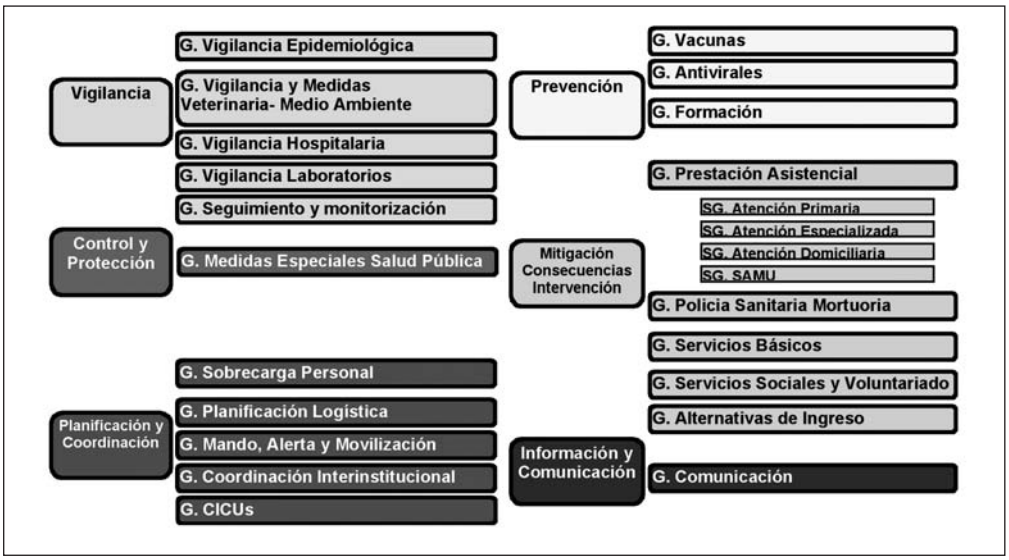
La Comunidad Valenciana ha establecido, entre otras medidas, la creación de un protocolo conjunto de actuación denominado PAETAP. La finalidad de este protocolo tiene una triple vertiente:

- ✱ Por un lado, asegurar la preparación y respuesta frente al riesgo de pandemia.
- ✱ También pretende minimizar el riesgo de pandemia y su impacto en la comunidad.
- ✱ Por último, intenta conseguir facilitar una respuesta a tiempo.

Para obtener estos objetivos, estructura las siguientes fases de intervención:

- Planificación Fase Alerta Pandémica
- Puntos Básicos
- Vigilancia
- Control y Protección
- Procedimientos Asistenciales
- Coordinación y Alerta

En la organización funcional de los colectivos que participan en el protocolo se establecen una serie de áreas de estrategias y de grupos, tal y como observamos en el siguiente diagrama:



Para la correcta ejecución del protocolo se establecen unos programas de actuación, que son los siguientes: Programa de seguimiento, vigilancia y monitorización, programa de preparación para la prevención, programa de control y protección, programa de prestación asistencial, programa de policía sanitaria mortuoria, programa de mantenimiento servicios básicos, programa de intervención de servicios sociales y voluntariado, programa de preparación para la coordinación y control, programa de comunicación e información y, por último, el protocolo de actuación frente a enfermedades de transmisión aérea peligrosas (PAETAP).

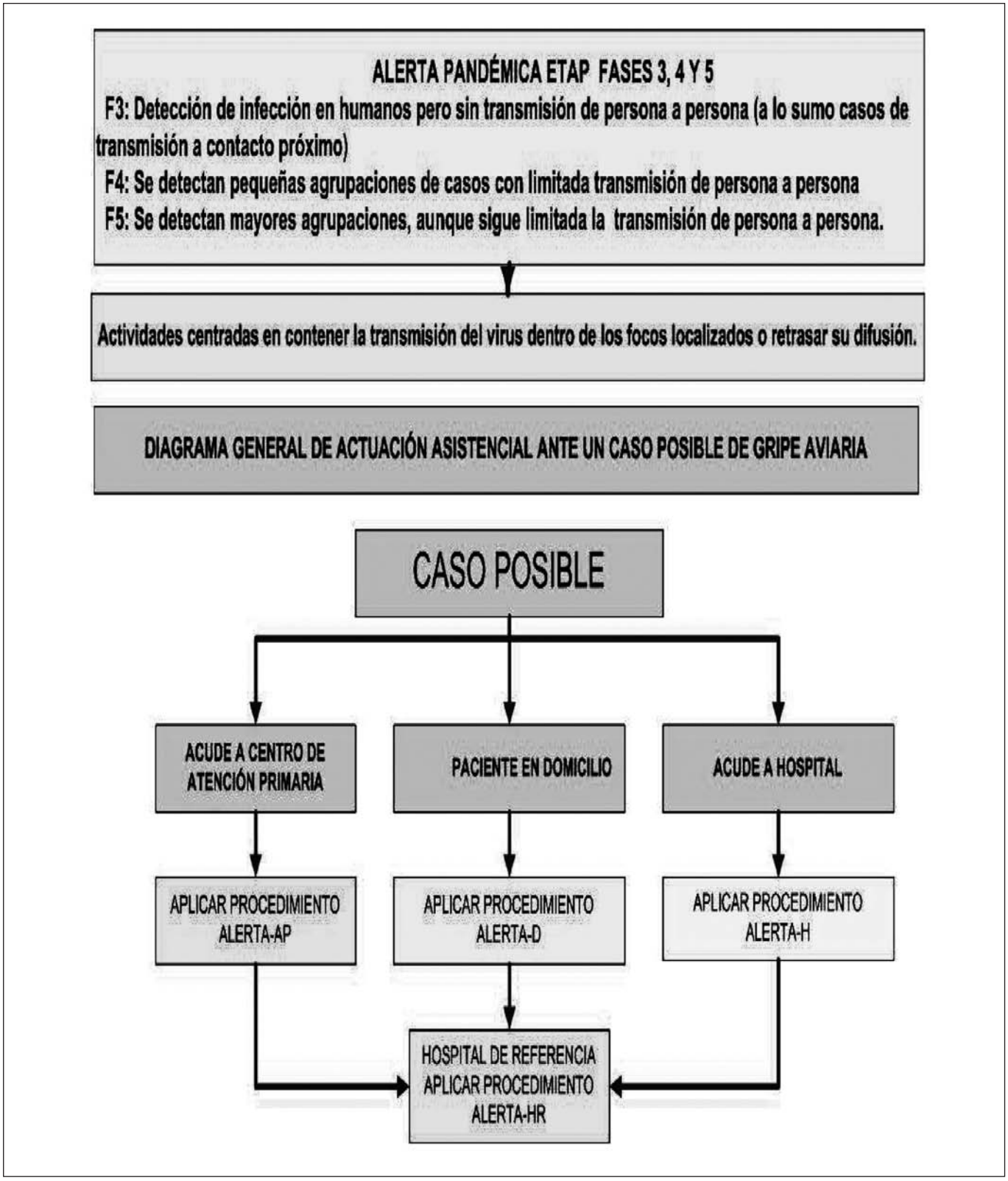


DIAGRAMA GENERAL DE ACTUACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA FASE 3, 4 Y 5

agenda de congresos

II CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE ALERGIAS PROFESIONALES Y MEDIOAMBIENTALES. VI COLOQUIO INTERNACIONAL SOBRE DERMATITIS IRRITANTE DE CONTACTO

Fechas: 13/06/2007 - 16/06/2007
Categoría/s: Gestión, Seguridad, Medio ambiente, Higiene, Medicina, Formación, General
Organizador: ABD, DKG, IVDK, DGAUM, DGAKI, FIOH Y DPG
Lugar: Weimar - Alemania • Teléfono: 49 0 3641 35330 • Fax: 49 0 3641 3533271
E-mail: woreal@conventus.de • Web: www.conventus.de

SAFETI 2007. CONFERENCIA INTERNACIONAL Y EXPOSICIÓN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Fechas: 24/06/2007 - 26/06/2007
Categoría/s: General, Calidad, Seguridad, Formación
Organizador: Asociación Americana de Ingenieros de Seguridad (ASSE)
Lugar: Orlando - EE.UU • Teléfono: 49 0 3641 35330 • Fax: 49 0 3641 1216
E-mail: safety@heiexpo.com • Web: www.asse.org

I FORO EUROPEO SOBRE SOLUCIONES EFICACES PARA CONTROLAR LOS RIESGOS DEL RUIDO EN EL TRABAJO

Fechas: 03/07/2007 - 05/07/2007
Categoría/s: General, Calidad, Medio ambiente, Seguridad, Medicina, Gestión
Organizador: INCE/Europa, CIDB y AINF
Lugar: Lille - Francia • E-mail: contact@noiseatwork.eu • Web: www.noiseatwork.eu

XI CONGRESO INTERNACIONAL DE TOXICOLOGÍA

Fechas: 15/07/2007 - 19/07/2007
Categoría/s: Formación, General, Medio ambiente, Medicina, Seguridad, Higiene
Organizador: Consejo Nacional de Investigaciones de Canadá (CNRC)
Lugar: Montreal - Canadá • Teléfono: 1 613 933 9431 • Fax: 1 613 933 7250
E-mail: ict2007@nrc-cnrc.gc.ca • Web: www.ict2007.org

PREMUS 2007. VI CONFERENCIA CIENTÍFICA INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS PROVOCADOS POR EL TRABAJO

Fechas: 27/08/2007 - 30/08/2007
Categoría/s: Psicosociología, Legislación, Gestión, Calidad, Medio ambiente, Medicina, Formación, Seguridad, Ergonomía, Higiene, General
Organizador: PREMUS 2007 • Lugar: Boston - EE.UU • Teléfono: +1 617 384 8692
E-mail: premus@premus2007.org • Web: www.premus2007.org

INTERNOISE 2007. XXXVI CONGRESO INTERNACIONAL Y EXPOSICIÓN DE INGENIERÍA DE CONTROL DEL RUIDO

Fechas: 28/08/2007 - 31/08/2007
Categoría/s: Formación, Gestión, General, Medio ambiente, Seguridad, Calidad
Organizador: Turkish Acoustical Society
Lugar: Estambul - Turquía • Teléfono: +90 212 279 95 22 • Fax: +90 212 264 65 07
E-mail: contact@internoise2007.org.tr • Web: www.internoise2007.org.tr

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: .....

E-mail: .....

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: .....

E-mail: .....

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/ Urbieta, 39 - 1º Izquierda
20006 SAN SEBASTIAN

Consumos de drogas. Una realidad sociolaboral con distintas lineas de actuación

González, J.
Enfermero de empresa

No hay nada mejor repartido que la razón: todo el mundo está convencido de tener suficiente.
René Descartes

Introducción

Las recomendaciones de distintos organismos internacionales (OMS, ONU y OIT) mantienen en sus postulados una actitud crítica frente al uso indebido de drogas al considerar que las sociedades pagan un elevado canon tanto en términos humanos como económicos.

Las conductas adictivas de las personas se trasladan a los escenarios laborales traduciéndose en unas consecuencias notorias: disminución de la productividad, calidad y competitividad laboral; si bien a veces las condiciones de trabajo se pueden convertir en factor de riesgo que inducen el consumo principalmente de alcohol, cannabis y cocaína. Estos consumos también afectan a la salud de los trabajadores aumentando la accidentalidad, las enfermedades profesionales, los costos empresariales, el absentismo laboral y los gastos socio-sanitarios.

Las empresas no pueden ignorar esta realidad. Una actitud pasiva ante este problema puede tener un costo nada desdeñable. El desarrollo de programas de prevención y tratamiento de las dependencias a sustancias psicoactivas en el seno de la empresa o con participación de la misma, no debe suponer un gran desembolso económico con relación a los recursos empresariales ya existentes y a los resultados que potencialmente se pueden alcanzar. Aún así los programas que se diseñen no deben estar basados en aspectos disciplinarios o sancionadores como se cita en el artículo 54 del Estatuto de los Trabajadores. Por ello se insiste en la necesidad de alcanzar acuerdos consensuados entre los distintos estamentos que integren la organización basados en la confidencialidad y voluntariedad de las personas que soliciten participar, en la reserva del puesto del trabajo, y en la utilización de recursos externos a la empresa cuando sea necesario. En todo el diseño del programa de intervención debe subyacer una filosofía de actuación que ponga acento en la importancia de la salud entendida como un enfoque bio-psico-social de las personas poniendo énfasis en las interacciones entre el individuo y la sustancia en los escenarios sociales, familiares y laborales donde la persona desarrolla su vida cotidiana[1].

Los consumos de drogas como realidad social

Los problemas relacionados con las drogas inspiran en la actualidad una respuesta decidida de la comunidad y las instituciones. El mundo del trabajo no permanece ajeno a esta dinámica social porque son ciudadanos quienes lo conforman, ya sea en su rol de empresarios, gerentes, mandos intermedios, trabajadores… Ciudadanos que proyectan en el escenario laboral sus preocupaciones, sus proyectos, sus compromisos… y también sus consumos de drogas. Por tanto, la realidad de las drogas no queda a las puertas de la empresa sino que las traspasa, impregnando con sus peculiaridades el mundo del trabajo. Ante esta situación los centros de trabajo se encuentran en una posición privilegiada para instaurar actuaciones orientadas a reducir los problemas asociados al abuso de drogas.

Es un hecho patente que el inicio en el consumo de alcohol, tabaco y en algunos casos el uso de otras sustancias, se produce en mayor o menor medida durante el desarrollo madurativo de una persona. La generación de hábitos estables de consumo depende de múltiples factores, tanto de tipo individual como social, tanto de disposición como relacional; de ahí la importancia de la prevención como factor protector que retrase el inicio en el uso de sustancias e inhiba la aparición o el desarrollo de posibles usos problemáticos, y de ahí también la necesidad de que las tareas preventivas se lleven a cabo en escenarios donde tenga lugar una convivencia de las personas. Y los centros de trabajo son espacios adecuados para esta actuación.

Las medidas utilizadas de forma más usual para atajar el consumo de drogas, basadas fundamentalmente en el control de la oferta y abstinencia como meta finalista, se han visto limitadas en el logro de sus objetivos. Dos aspectos fundamentales hemos de concluir de esta situación. Primero, que tales objetivos o medidas de actuación no han de considerarse ineficaces, pero sí insuficientes para afrontar de una forma global el fenómeno de las drogodependencias. Y segundo, la posibilidad de experimentar el uso de sustancias es una realidad que va a aparecer en la vida de una persona en algún momento y a la que ha de enfrentarse con mayor o menor éxito de manejo, dependiendo de sus capacidades personales o de sus recursos como parte del sistema social.

Por tanto, sin olvidar que la abstinencia de drogas es el objetivo final de toda planificación, ante el hecho de que existe un uso de sustancias y una diversidad de personas usuarias de las mismas, las actuaciones de un plan de drogodependencias han de diversificarse hacia un abanico más amplio de objetivos. Estos dependerán del nivel de experimenta-

ción que se halla alcanzado con las sustancias. Para quienes no hayan probado o no tengan interés por probarlas o deseen abandonarlas, la abstinencia puede ser un objetivo a alcanzar y mantener; para los que hacen uso habitual de ellas el objetivo sería la moderación y la evitación de riesgos y efectos adversos; para quienes han desarrollado un comportamiento adictivo el objetivo inicial sería evitar riesgos y daños, y en el caso que así lo deseen propiciar la abstinencia y el mantenimiento de la misma. Aunque los logros han sido considerables el uso inadecuado y abusivo de las drogas en los espacios de trabajo sigue resultando problemático. El carácter dinámico del fenómeno impone a las administraciones, a los cuadros directivos, interlocutores sociales y profesionales de los servicios de prevención adecuarse a esos cambios y hacerlo de la forma más efectiva posible.

Consideraciones previas[2]

En ocasiones se esgrimen razones para inhibirse de intervenir ante las drogas que denotan una percepción errónea de la realidad. Algunas consideraciones pueden ser:

- *Aquí no hay problemas*. La realidad social de las que las drogas forman parte no se queda a las puertas de la empresa.
- *No es una prioridad*. Se trata de un importante aspecto relacionado con la salud y el bienestar con un notable impacto sobre la actividad de la empresa.
- *Poner en marcha un programa daría mala imagen*. Al contrario, prestigia a aquellas empresas con una política explícita y decidida sobre este tema. Invertir en recursos humanos es invertir en calidad.
- *Sería una inversión difícil de justificar*. La inhibición es lo difícil de entender una vez reconocido el coste que para la empresa representan los usos inadecuados de drogas.
- *Cualquiera convence a los sindicatos*. Las organizaciones sindicales realizan interesantes aportaciones sobre esta cuestión. Actuaciones ajenas a todo carácter represivo, bajo principios de colaboración y coordinación, facilitarán su compromiso.

La toma de conciencia respecto al impacto del abuso de drogas en los espacios de trabajo será el punto de partida de las actuaciones que se lleven a cabo en este ámbito.

Postura de los estamentos que integran la empresa

Los cambios que se han producido en las posturas de empresarios y sindicatos ante el problema de las drogas en la empresa se basan en el abandono progresivo de los modelos represivos y marginadores representados por su máximo exponente: la decisión de despido. El tratamiento de las adicciones forma parte del fomento de la salud y del bienestar en el trabajo. Cualquier intervención debe ir encaminada a abordar el problema desde la integración profesional del trabajador en la empresa y lo que es más, la implicación de la misma en la propia resolución de la situación.

Las actuaciones preventivas deben encaminarse a la formación preventiva, la reducción o la eliminación de la disponibilidad de las sustancias adictivas en la empresa y a la instauración y evaluación de las medidas correctoras relativas a las condiciones de trabajo. Se recomienda que la asistencia, control y posterior reinserción laboral la realicen equipos especializados en coordinación con la Unidad Básica Sanitaria. Obviamente la detección precoz exige el uso de indicadores acordados con los representantes sindicales con formación especializada para poder finalmente llegar a acuerdos consensuados con el trabajador en relación con la oferta más idónea de tratamiento. La realización de controles rutinarios para la determinación del consumo de drogas debe realizarse siempre con las necesarias garantías jurídicas y éticas.

Una intervención exitosa en el campo de las drogodependencias exige el compromiso activo de los diversos interlocutores laborales. Por tanto una comisión de trabajo específica será útil para garantizar la participación activa de todos los sectores implicados. Comisión en la que el Servicio de Prevención asumirá funciones de asesoría técnica y que estará integrada por los distintos estamentos que conforman la organización. El propio grupo de trabajo se encargará de diseñar, ejecutar y evaluar las distintas intervenciones donde a su vez se hará un reparto explícito de funciones y responsabilidades.

Los programas de asistencia a empleados (PAE). Una puerta de entrada a la intervención especializada[3]

Los PAE comenzaron a desarrollarse en EEUU a partir de los años setenta como consecuencia de la constatación de una problemática generada por los consumos inadecuados de alcohol en la empresa. Es a partir de los noventa cuando se convierte en la principal respuesta ante esta circunstancia que genera importantes trastornos individuales y colectivos con amplia repercusión en los centros de trabajo.

De esta manera el PAE es una estrategia de intervención en los centros de trabajo mediante la cual los problemas de abuso de sustancias psicoactivas de los empleados o de los diferentes miembros de la empresa, se tratan a través del diseño e instauración de una política específica en este ámbito enmarcada en el plan general de salud de la empresa.

Estos programas deben integrar dos elementos básicos: adecuada información y acceso a las diferentes formas de asistencia especializada, y establecimiento de protocolos mínimos de intervención sea cual fuere el nivel laboral en el que se desarrolle la acción. Los PAE no son exclusivos de grandes empresas, sino que pretenden dar una respuesta al abuso de sustancias en cualquier estamento empresarial, si bien para ello debemos comenzar por entender el problema más allá de una falta disciplinaria o de un problema organizativo exclusivo de la empresa.

Esquema de la estructura y las actividades del plan de drogodependencias

Estudio previo		
Equipo coordinador	Representantes de la empresa Representantes de los trabajadores Técnicos	
Plan de actuación	Prevención	Información Sensibilización Formación Análisis de riesgos
	Asistencia	Detección Asesoramiento y seguimiento Tratamiento
	Inserción sociolaboral y seguimiento	

Plan de drogodependencias[4]

Programa Preventivo		
Objetivos	**Acciones**	**Medios**
Promoción de la salud Mejora de la calidad de vida laboral Autocontrol ante la oferta de drogas	**Informativas** Documental Actos públicos **Formativas** Profesionales Mandos Sindicalistas Trabajadores **Otras** Condiciones de trabajo Análisis de riesgo	**Propios** Salud laboral Empresa Sindicales **Externos** Recursos preventivos

Programa asistencial		
Objetivos	**Acciones**	**Medios**
Detectar problemas de alcohol y/o otras drogas Información Asesoramiento Tratamiento	Captación Motivación Evaluación Tratamiento Seguimiento	**Propios** Equipo de salud laboral Estructura de la empresa SindicalSindical **Externos** Recursos públicos de atención

Programa reinserción		
Objetivos	**Acciones**	**Medios**
Reincorporación al puesto de trabajo Adaptación al puesto de trabajo	Análisis del puesto de trabajo Valoración sociolaboral Asesoramiento Información Acoplamiento del puesto de trabajo	Comités de empresa, de seguridad y salud Empresariales Sindicales Otros

Directrices de planificación

El fenómeno de las drogodependencias debe ser abordado como cualquier otra situación de riesgo para la salud de los trabajadores y para el funcionamiento de la empresa. Huyendo de iniciativas puntuales, en la empresa debe desarrollarse una actuación planificada por objetivos. Por ello la actuación ante las drogodependencias debe plasmarse en un documento escrito que permita hacerla pública ante todos los trabajadores.

La planificación ha de contemplarse como un proceso mediante el cual se realiza un diagnóstico de la realidad social para el establecimiento posterior de prioridades y estrategias de acción. Esto implica el conocimiento de los recursos existentes y la determinación de los necesarios, así como un compromiso de finalidad, que no termina con la formulación del plan, sino que es un proceso en permanente adecuación y readaptación a la realidad cambiante[5].

Las medidas adoptadas para afrontar el fenómeno de las drogas y las drogodependencias se deben ajustar a un perfil que podrían clasificarse en:

- **Estables**. Son aquellas que se vienen realizando desde hace años y han mostrado su efectividad y eficiencia de forma constatable. Constituyen la estructura básica para el abordaje de las drogodependencias en todas las áreas de actuación.
- **Experimentales**. Son intervenciones de reciente implantación que tratan de dar respuesta a algunas carencias no cubiertas por las anteriores y que de momento están poco extendidas.
- **Emergentes**. La dinámica a la que se ve sometida el fenómeno de las drogodependencias impulsa la aparición de nuevas sustancias, nuevas formas de consumo y nuevos perfiles de consumidores, detectándose necesidades nuevas que no habían sido contempladas inicialmente.

Analizados los recursos disponibles y las necesidades por cubrir se pueden instaurar tres directrices de planificación:

- El perfeccionamiento y adaptación de los recursos existentes (estables)
- La innovación de aquellos otros recursos que permitan abordar los continuos cambios que se producen en materia de drogas (experimentales)
- La previsión mediante el análisis continuo de mejora de las estrategias y recursos que pudieran ser válidos para situaciones que afloren en el futuro (emergentes)

Líneas de intervención

Los planes actuales deben dar respuesta a estas situaciones de forma global, multidisciplinar e integrada. Tres son las líneas primordiales de actuación:

- **Control de la oferta**[6]. Basado en las actividades relacionadas con la sustancia.
  - Objetivos:
    - Limitar la oferta y disponibilidad en la empresa
    - Reducir los factores de riesgo relacionados con el consumo
    - Reforzar la conducta de los trabajadores no consumidores
    - Evaluación de la posible influencia de las condiciones de trabajo
    - Control de fármacos y sus precursores
    - Control de la publicidad y promoción de las drogas
  - Técnicas e instrumentos
    - Cumplimiento de la normativa vigente en relación con las restricciones al consumo y/o distribución de tabaco y alcohol
    - Elaboración de normas y reglamentos que prohíban y/o limiten la posibilidad de distribución o consumo de drogas en las instalaciones de la empresa
    - Prohibición de venta de alcohol y/o tabaco en el centro de trabajo
    - Señalización de las áreas donde no sea posible el consumo de tabaco
    - Colocación de fuentes y máquinas expendedoras de bebidas no alcohólicas
  - Población destinataria: conjunto de la plantilla
- **Reducción de la demanda**[7]. Basado en acciones dirigidas a las personas y sobre tres áreas de intervención: prevención, asistencia y reinserción.

PREVENCIÓN

- Objetivos:
  - Impedir la aparición de los problemas derivados del consumo
  - Reducir la incidencia de los consumos
  - Minimizar los factores de riesgo que puedan inducir o favorecer los consumos
- Actividades
  - Sensibilización. Dirigido a toda la población laboral. Se trata de elaborar y distribuir materiales divulgativos que proporcionen información sobre los siguientes aspectos:
    - Consumo normal y problemático
    - Riesgos para la salud y el empleo
    - Efectos y consecuencias del consumo en el trabajo
    - Medios e instituciones a su disposición
    - Otros
  - Formación. Debe tener dos fases:
    - Primera fase: realizar un curso dirigido a los mediadores laborales (comité de seguridad y salud, servicio de prevención, mandos intermedios, sindicatos, comité de empresa…)
    - Segunda fase: generalizar la formación a todos los trabajadores
    - Consideración: tener en cuenta las características específicas de cada centro en cuanto a jornada, turnos y tipo de trabajo para que todos los trabajadores puedan acceder a la formación
  - Observar condiciones de trabajo
  - Evaluar los riesgos
  - Vigilancia para la salud

ASISTENCIA

- Destinatarios: personas que consumen en suficiente cantidad o forma que permiten catalogarlos de alto riesgo.

– Objetivos:
  - Reducir el número de personas con problemas de consumo
  - Evitar el avance del deterioro de salud
  - Lograr una detección precoz de los problemas
  - Normalizar a la persona afectada
  - Planificar su reinserción laboral

– Actividades:
  - La detección precoz y la identificación de casos se podrá realizar mediante la vigilancia de la salud u otros indicadores como absentismo, IT, rendimiento laboral, etc.
  - Evaluar el problema y ofertar el tratamiento más adecuado recurriendo si fuera preciso a servicios externos
  - Realizar el seguimiento de forma coordinada con el servicio asistencial

REINSERCIÓN

– Objetivos:
  - Normalizar de la vida laboral tras la dependencia
  - Limitar las incapacidades de los dependientes
  - Lograr la rehabilitación y reinserción a nivel personal y social
  - Reincorporación al puesto de trabajo

– Actividades:
  - Sensibilizar a los compañeros y responsables inmediatos ante la nueva situación
  - Valorar la reincorporación a su puesto de trabajo o a otro que se estime conveniente para su adaptación
  - Seguimiento de la adaptación

- **Acciones de apoyo y coordinación**. Supone toda actividad que de soporte y agilice las actuaciones en materia de control de la oferta y reducción de la demanda. Entre las más significativas podemos citar:
  – La formación de los propios profesionales del servicio de prevención
  – La investigación
  – La divulgación de la información
  – El análisis y evaluación de las acciones realizadas
  – La coordinación entre el nivel asistencial y la UBS
  – La búsqueda de colaboraciones externas

Clasificación de las intervenciones

Las intervenciones y programas destinados a hacer frente al fenómeno de las drogodependencias y sus distintas manifestaciones configuran un amplio abanico de acciones cuyos destinatarios difieren respecto a su situación de consumo (abstinencia, consumo moderado y/o problemático o dependiente), su localización (población laboral), su grado de vulnerabilidad según los riesgos a los que se pueda estar expuesto, y otras variables implicadas.

Atendiendo a los sectores productivos de población laboral destinatarios de los programas de intervención, las acciones se pueden clasificar en cuatro grandes categorías en orden creciente de especificidad[8]:

- **Universales**. Son todas aquellas actuaciones dirigidas a la generalidad de la población laboral o a un grupo amplio de personas que no están identificadas a base a ningún factor de riesgo.
- **Selectivas**. Conjunto de acciones dirigidas a un segmento de trabajadores que según datos objetivos obtenidos a través de práctica de reconocimientos médicos, absentismo, situaciones de IT u otro tipo de técnica de investigación, se hallen sometidos a factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con las drogas.
- **Indicadas**. Este tipo de acciones están dirigidas a personas que muestran consumos de drogas (tanto consumidoras como experimentadoras) y otros problemas de comportamiento. Están orientadas hacia personas de alto riesgo. El objetivo no es sólo la reducción del consumo de drogas, sino también la disminución de los problemas asociados, así como el retraso en el establecimiento de conductas de abuso de drogas.
- **Determinadas**. Se incluirán es esta categoría toda intervención preventiva, asistencial o de inserción destinada a trabajadores con problemas de drogodependencia, donde el riesgo se sitúa no ya en la posibilidad de establecer una adicción, sino en los riesgos para la salud y seguridad personal derivado del uso continuado de sustancias psicoactivas.

Este grado de especificidad de las intervenciones o programas a desarrollar en el marco del afrontamiento del problema de las drogas y las drogodependencias se halla en mayor grado dirigido a un eje de actuación primordial dentro de nuestro cometido en una UBS, la Reducción de la Demanda, en tanto que sus actuaciones se orientan hacia las personas que pueden hacer o hacen uso de drogas, y concretamente desde las áreas de prevención, asistencia e inserción.

Otras estrategias de actuación[9 10 11]

Son cuatro las estrategias de actuación que tendrán cabida en todas y cada una de las acciones a desarrollar:

- Impulsar la promoción y la educación para la salud como estrategias de cambio necesarias en las condiciones sociales, ambientales y laborales que favorezcan comportamientos saludables
- Aplicar los criterios de reducción de riesgos y daños tanto en el área de prevención, asistencia como de inserción laboral
- Contemplar la perspectiva de género en todas las acciones para lograr una efectiva equidad
- Impulsar, desarrollar e implementar la evaluación como rutina sistemática que permita el aprendizaje y mejora continua de las actuaciones y programas

Promoción y educación para la salud

La promoción de la salud constituye un proceso social y político que abarca tanto las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, como las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y laborales, con el fin de mitigar el impacto o reforzar su efecto positivo en la salud individual como colectiva de los trabajadores. Mediante este proceso las personas a título individual y sobre todo como grupo social pueden incrementar su control sobre los determinantes de salud y en consecuencia mejorarla.

Esquema de actuación en Reducción de la Demanda

Niveles de uso de las drogas		Tipo de acción/ Tipo de población		Estrategias/ Metas		Áreas de Actuación
Grado de consumo. Variabilidad	Abstinencia	*Pluralidad de acciones*	Universal (prevención primaria)	*Diversificación de metas*	Abstinencia (consumo cero)	*Integración en las actuaciones*	Prevención
	Experimentación		Selectiva (prevención secundaria)		Moderación (consumo responsable)		
	Consumo moderado						
	Consumo problemático		Indicada		Reducción de riesgos (consumo prudente)		Asistencia
	Problema adictivo		Determinada (prevención terciaria)		Reducción de daños		Reinserción

Un instrumento especialmente importante para conseguir la participación individual es la educación para la salud. Su objetivo es transmitir información y fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima, todo ello necesario para adoptar medidas que mejoren la salud. La educación para la salud se dirige tanto a personas individuales como a grupo o colectivos específicos. Esta forma de educación conlleva tanto la información relativa a los factores y comportamientos de riesgo como condiciones sociales, ambientales y laborales que influyen en la salud y al uso racional del sistema de asistencia sanitaria.

Reducción de riesgos y daños

Puede definirse como el conjunto de estrategias, tanto individuales como colectivas, que se desarrollan en el área social, sanitaria y terapéutica, encaminadas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales, especialmente negativos, que pueden producir algunas formas de consumo de drogas o de las patologías asociadas al mismo. Asumir tales medidas implica la aceptación plena de la situación de la persona usuaria de drogas así como de su capacidad par la toma de decisiones responsables sobre su salud.

Objetivos:

- Abarcar el máximo número posible de consumidores y en particular a quienes no pueden o no quieren de momento dejar su consumo
- Mejorar su estado de salud y su situación sociolaboral
- Disminuir los riesgos y daños relacionados con el consumo de drogas y sus patrones de uso

Las intervenciones para alcanzar estos objetivos se caracterizan por:

- Adaptarse a las necesidades de las personas usuarias de drogas en lugar de pretender que éstos se adapten la oferta asistencial aumentando la accesibilidad a la misma.
- Promover modelos de búsqueda y acercamiento en vez de modelos de espera. Las acciones serán centrífugas buscando el acercamiento a la persona usuaria de drogas, más que centrípetas en las que la persona usuaria sea quien se acerque a la UBS.
- Ofrecer información y promover la educación sanitaria dirigida a un consumo de menos riesgo. Una información realista sobre las drogas, sus usos y sus problemas, tiene más posibilidades de hacer comprender sus efectos y los comportamientos de quienes las utilizan, que las campañas alarmistas.
- Promover la responsabilidad y participación en los programas de trabajadores como modelos de cambios saludables ya sea por su capacidad de liderazgo o porque ya no sean consumidores activos.
- Promover un marco legal y consensuado que favorezca la realización de estas intervenciones.
- Reconocer que el consumo de diferentes sustancias y las formas de uso se relacionan con diferentes tipos de daños y riesgos.
- Incorporar estrategias para motivar el cambio a aquellas personas usuarias con hábitos nocivos par su salud.

Perspectiva de género

Si bien los problemas de adicción son más prevalentes en los hombres que en las mujeres, una razón aproximada de 8/2[12], la proporción de hombres y mujeres que hacen uso de drogas legales tiende a igualarse, y en algunos casos como en el consumo de tabaco, se ha observado un mayor crecimiento del número de fumadoras respecto al de fumadores.

La expresión de los hábitos de consumo entre las mujeres, así como los desencadenantes o las consecuencias, tiene en gran medida confluencia con los factores determinantes del consumo entre los hombres, pero también existen características diferenciadoras que en muchos casos no han sido suficientemente atendidas.

Por ello todo programa de intervención debe abogar por:

- Un análisis de la realidad de las drogas y las drogodependencias teniendo en cuenta la variable sexo y las diferentes condiciones, situaciones y necesidades de hombres y mujeres.
- Una aplicación sistemática de dicha perspectiva en todas las acciones e intervenciones, y en todas las fases de análisis, planificación, ejecución y evaluación.

Evaluación

Se trata de una acción sistemática e instrumental que permitirá conocer el proceso y los resultados de las actuaciones que se desarrollen dentro del plan de intervención diseñado. Este conocimiento permitirá a su vez establecer una retroalimentación positiva en los diferentes proyectos de intervención propiciando una continua valoración y toma de decisiones.

La evaluación es un instrumento imprescindible para la gestión, puesto que sirve de fundamento a las actividades de planificación. A través de la evaluación obtenemos información precisa sobre su realización (evaluación de proceso), sobre el cumplimiento de los objetivos propuestos (evaluación de resultados), así como del impacto en las poblaciones diana y el total de los trabajadores.

Entre los indicadores a utilizar en la evaluación se deben distinguir cuatro básicos:

- Indicadores de prestación de servicios. Informarán de las acciones realizadas para incrementar la calidad de las actuaciones.
- Indicadores de proceso. Darán cuenta de las actividades llevadas a cabo a fin de conseguir los objetivos.
- Indicadores de resultados. Basados en el logro de los objetivos generales y específicos de cada programa.
- Indicadores de impacto. Tratarán de estimar el alcance de las medidas adoptadas en el conjunto del programa.

Datos básicos para elaborar estos índices:

- Número y tipo de entidades con las que se colabora
- Número y tipo de programas en funcionamiento cada año
- Número y tipo de acciones desarrolladas
- Número de participantes destinatarios y personas atendidas
- Número de participantes mediadores laborales
- Número de actividades de formación para mediadores
- Número de actividades de formación en grupos con riesgos laborales específicos
- Número de actividades de formación destinada la totalidad de la población laboral
- Materiales informativos generados y distribuidos
- Siniestralidad laboral y absentismo por motivos de uso de sustancias en un año dado respecto a un año base
- Número de personas derivadas a recursos asistenciales externos
- Número de personas reinsertadas laboralmente
- Número total de profesionales
- Total horas de dedicación de los profesionales
- Número de reuniones
- Presupuesto total
- Presupuesto para actividades

Vigilancia de la salud. Estudio de las condiciones de trabajo y su incidencia sobre la salud del trabajador[13]

En materia de drogodependencias se pueden observar:

Indicadores indirectos	**Indicadores directos**
Estrés Alteraciones del sueño Insatisfacción laboral Absentismo Analíticas Entrevistas en la UBS	Técnicas analíticas de consumo de drogas

⇩ Puede indicar…

Factores de riesgo y condiciones de trabajo que pueden iniciar o mantener un consumo y a su vez facilitar datos sobre posibles consumos

Resumen del documento: Alcohol y drogas en el lugar de trabajo (OIT, 1996)[14 15 16 17]

Objetivo

Promover la prevención, la reducción y el tratamiento de los problemas vinculados al consumo de alcohol y otras drogas que se plantean en el lugar de trabajo.

Obligaciones generales de las autoridades competentes

Aspectos normativos

La legislación y la política de un país relativas a la prevención, reducción y tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo deberían establecerse tras consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores más representativas y expertos.

Accidentalidad laboral

La autoridad competente debería hacer acopio, mantener al día y publicar estadísticas de accidentes de trabajo en los que se haya determinado que el consumo de alcohol o de drogas ha sido uno de los factores.

Medidas preventivas

Basándose en las conclusiones de las investigaciones y en los datos estadísticos sobre los accidentes relacionados con el consumo de alcohol o de drogas, la autoridad competente debería adoptar las siguientes medidas para prevenir, reducir y tratar más eficazmente estos problemas en el futuro:

a. Formular recomendaciones apropiadas para introducir cambios en la estructura normativa

b. Ofrecer información y asesoramiento técnico a las diversas empresas sobre la manera de tratar estos problemas

c. Preparar monografías y otras publicaciones sobre la manera de prevenir los accidentes relacionados con el consumo de alcohol o de otras drogas lícitas o ilícitas en las diversas industrias, ramas de actividad, estructuras de producción y categorías de ocupaciones expuestas particularmente a este riesgo

Tratamiento de las drogodependencias

En los reglamentos y las leyes elaborados por las autoridades competentes los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas deberían considerarse como problemas de salud y, por consiguiente, tratarse sin discriminación alguna como cualquier otra cuestión de salud en el trabajo y quedar dentro del alcance de los servicios de salud, según corresponda y sea factible. Los servicios de asistencia, tratamiento y rehabilitación constituyen elementos importantes en este ámbito.

Cumplimiento de la normativa vigente

La autoridad competente debería velar para que se cumplan la legislación y los reglamentos aplicables al consumo de alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo por medio de inspecciones en el mismo, y adoptar medidas apropiadas para cerciorarse de que se apliquen esas leyes y reglamentos.

Apoyo institucional

La autoridad competente debería facilitar información y asesoramiento técnico a los empleadores y a los trabajadores respecto de los medios más eficaces para cumplir con las leyes y reglamentos aplicables al consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo.

Obligaciones y derechos generales de los empleadores

Garantía de unas condiciones laborales óptimas

De conformidad con la legislación y los reglamentos en vigor, los empleadores deberían garantizar buenas condiciones de seguridad y salud en el lugar de trabajo y adoptar medidas apropiadas, incluida una política global en materia de alcohol y drogas en el lugar de trabajo, para prevenir los accidentes y proteger la salud de los trabajadores.

Marco legislativo

Los empleadores también deberían respetar estrictamente las leyes y reglamentos, además de los relativos a la seguridad y salud en el trabajo, aplicables al consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo.

Instaurar modelos de buenas prácticas

Los empleadores deberían proceder de acuerdo con buenas prácticas administrativas, adoptar prácticas de empleo equitativas, organizar el trabajo de manera satisfactoria y trabajar para crear un medio ambiente de trabajo que no cause estrés ni exija esfuerzos físicos o mentales excesivos.

Importancia de las estrategias formativas e informativas

Los empleadores deberían adoptar medidas como la difusión de información, la enseñanza, la formación y el mejoramiento de las condiciones de trabajo para eliminar los problemas vinculados al consumo de alcohol o de drogas en el lugar de trabajo.

Adoptar medidas preventivas

Los empleadores deberían tener el derecho de adoptar medidas apropiadas respecto de los trabajadores que tienen problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas que afecten o puedan afectar con cierta probabilidad en la ejecución de sus tareas.

Colaboración interinstitucional

Los empleadores deberían colaborar con las autoridades si hay suficientes motivos para sospechar que se están llevando a cabo actividades con drogas ilícitas en el lugar de trabajo. Debería reconocerse que los empleadores no disponen de los medios necesarios para actuar como representantes de la ley y que carecen de formación y cualificación en materia.

El valor de la confidencialidad

Los empleadores deberían establecer un sistema para asegurar que se respete el carácter confidencial de toda la información que les faciliten en lo que atañe a los problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas. Habría que comunicar a los trabajadores las excepciones a esta regla debidas a razones jurídicas o de ética profesional.

Búsqueda del consenso

Al elaborar las directrices y disposiciones aplicables al alcohol y las drogas en el lugar de trabajo, los empleadores deberían efectuar consultas y negociaciones con los trabajadores y sus representantes.

Búsqueda de asesoramiento externo

Los empleadores deberían poder consultar a profesionales competentes y utilizar sus servicios para asesorarse acerca de la elaboración y aplicación de políticas en materia de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo, y deberían respetar la integridad de estos profesionales.

Obligaciones y derechos generales de los trabajadores y sus representantes

Conocimiento y cumplimiento normativo

Los trabajadores y sus representantes deberían respetar todas las leyes y reglamentos vigentes en materia de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo.

Colaboración entre trabajadores y empresarios

Los trabajadores y sus representantes deberían colaborar con el empleador para prevenir los accidentes de trabajo debidos al consumo excesivo de alcohol o al abuso de drogas.

Evaluación de las condiciones de trabajo

Los trabajadores y sus representantes deberían colaborar con el empleador para mantener la seguridad y salud en el lugar de trabajo y señalar al empleador las condiciones que en el lugar de trabajo puedan promover, propiciar o redundar en problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas, y proponer medidas correctoras.

Diseño participativo del plan de intervención en drogas

Los trabajadores y sus representantes deberían colaborar con el empleador en la elaboración de una política en materia de alcohol y de drogas.

Aceptación de los acuerdos alcanzados

Los trabajadores y sus representantes deberían acatar las directivas y los reglamentos establecidos por el empleador en materia de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo, y participar activamente en la elaboración de esas directivas y reglamentos mediante la consulta y la negociación cuando la ley o los convenios colectivos así lo exijan.

Participación activa

Los trabajadores y sus representantes deberían colaborar y participar en los programas de lucha contra el consumo de alcohol y de drogas que el empleador establezca en beneficio de los trabajadores, y participar activamente en la elaboración de esas directivas y reglamentos mediante la consulta y la negociación cuando la ley o los convenios colectivos así lo exijan.

Respeto a la intimidad

Los trabajadores y sus representantes deberían tener el derecho al respeto de su intimidad y de que toda injerencia en su vida privada en lo que atañe al consumo de alcohol o de drogas esté limitada, sea razonable y esté justificada.

Consulta a profesionales

Los trabajadores y sus representantes deberían poder consultar a profesionales competentes y utilizar sus servicios para asesorarse acerca de la elaboración y aplicación de políticas en materia de consumo de alcohol y de drogas en lugar de trabajo, y deberían respetar la integridad de estos profesionales.

Bibliografía

1. Calatayud P, Marset M, Fuentes-Pilar JM. Drogas en el ámbito de la empresa. Un paso hacia la solución. Instituto Cántabro de Conductas Adictivas: 37-38, 2003
2. Melero JC. Edex. Las drogas en la prevención de riesgos laborales. Gobierno Vasco, 1999
3. Calatayud P, Marset M, Fuentes-Pilar JM. Drogas en el ámbito de la empresa. Un paso hacia la solución. Instituto Cántabro de Conductas Adictivas: 86-92, 2003
4. CCOO. Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral. Departamento de Drogodependencias. Material básico para la formación de mediadores sindicales en drogodependencias, 2003
5. V Plan de drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi, 2004-2008
6. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Fraternidad Muprespa. Las drogas en la prevención de riesgos laborales, 2003
7. CCOO. Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral. Departamento de Drogodependencias. Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias, 2002
8. V Plan de drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi, 2004-2008
9. Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid, 1997
10. Estrategias nacional sobre drogas. Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid, 2000
11. Drogas +Información –Riesgos. Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid, 2001
12. V Plan de drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi, 2004-2008
13. CCOO. Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral. Departamento de Drogodependencias. Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias, 2002
14. OIT. Medios contra el consumo de drogas y alcohol en el trabajo. Ginebra, 1987
15. OIT. Papel de la OIT en la fiscalización del uso indebido de drogas. Conferencia internacional sobre el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas. Ginebra, 1987
16. OIT. Alcohol y drogas, programa de asistencia a los trabajadores. Ginebra, 1987
17. OIT. Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en lugar de trabajo. Ginebra, 1996

Agosto, 2006

sabias que...?

PREMIO FUNDACIÓN MAPFRE

ANIMAOS A PRESENTAR TRABAJOS

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

- Título completo (español e inglés)
- Autor/es, indicando puesto de trabajo
- Procure incluir los siguientes epígrafes: Introducción, método, resultados, discusión y/o conclusiones, bibliografía
- Remitir un ejemplar mecanografiado y un disquete con el artículo, en formato Word (versiones 6 ó 97) a la dirección de la S.E.S.L.A.P.

Tumor de células gigantes en partes blandas de localización inusual

Tumor of giant cells of unusual location

José Torres Pont
Servicio Médico del Ayuntamiento de Valencia

RESUMEN:

Se presenta por lo inusual de la localización, el caso de un paciente con diagnóstico final de tumor de células gigantes en partes blandas (vaina tendinosa) que acude a consulta presentando zona eritematosa, indurada y elevada en quinto dedo de pie izquierdo. Se realiza una revisión de este tipo de tumor, su diagnóstico diferencial y el tratamiento del caso.

PALABRAS CLAVES: tumor células gigantes, localización, inusual.

ABSTRACT :

One appears by the unusual thing of location, the case of a patient with final diagnosis of tumor of giant cells in soft parts (tendon sheat) that goes to consultation presenting/displaying erythematous zone, indurada and elevated in fifth standing up left finger. One is made revisin of this type of tumor, its differencial diagnosis and the treatment of the case.

KEY WORDS: tumor clulas giant, location, unusual.

INTRODUCCIÓN.

El tumor de células gigantes de la vaina tendinosa es la neoplasia más común del tejido sinovial (1). Afecta con mayor frecuencia a las mujeres, relación 2:1 y se presenta habitualmente entre los 30 y los 50 años de edad (2).

Existen dos formas. Una localizada de predominio en las articulaciones interfalángicas, la mano y la muñeca. Y otra difusa en áreas adyacentes a articulaciones que soportan peso como pie, tobillo, rodilla y cadera.(3)

Suele ser una neoformación única del color de la piel y de consistencia firme con tamaño variable entre 0.5 y 5 cm de diámetro (4). Generalmente asintomático, puede presentar dolor, entumecimiento y prurito (3).

Clínicamente el diagnóstico diferencial debe de hacerse con los quistes sinoviales, fibromas de la vaina tendinosa, angiolipomas y angiomiolipomas.

En el diagnóstico por la imagen es necesario el TAC o RNM. En especial esta última para determinar la magnitud y estadio de un tumor giganto celular local. El rastreo óseo es útil para detectar una posible variedad de tumor multicéntrico.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica. Siendo elevado el índice de recidivas, que varía del 7 al 45% según diferentes series (5).

CUADRO CLÍNICO:

Varón de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial controlada y cirugía por hipertrofia benigna de próstata. Que acude a consulta por presentar induración eritematosa, indolora de varios meses de evolución en quinto dedo de pie izquierdo. No existe antecedente de traumatismo. A la exploración se palpa lesión nodular de consistencia firme de unos 3 cm de diámetro y se observa pequeña fisura pliegue interdigital (Imagen 1. Imagen 2).

Se inicia tratamiento antinflamatorio y antibiótico por si posible absceso y se solicita estudio ecográfico. El estudio ecográfico muestra nódulo relativamente bien definido, de bordes discretamente irregulares, hipoecoico, con discreto refuerzo posterior y ecos internos, compatible con absceso de partes blandas (37 x 28 x 16 mm de diámetro). Por la mala respuesta al tratamiento y el aumento de tamaño de la lesión se deriva a cirugía.

A la exploración quirúrgica para exéresis del absceso, se observa tumoración de aspecto sólido, por lo que se procede al cierre de la herida y petición de TAC. Con diagnóstico confirmado por el TAC de tumor de células gigantes de partes blandas se propone intervención quirúrgica para extirpación, realizándose previamente rastreo óseo para descartar la forma multicéntrica del tumor (menos del 1%).

Durante el período de espera para la intervención quirúrgica el paciente sufrió una crisis hipertensiva (tensión arterial de 200/125 mmHg) con amnesia global transitoria. Este evento demoró la intervención y determinó el crecimiento del tumor y la invasión de los tejidos adyacentes. Por lo que la intervención quirúrgica resultó insatisfactoria en un primer tiempo quirúrgico para la exéresis del tumor. Siendo necesaria la amputación del quinto dedo en un segundo acto quirúrgico.

COMENTARIO.

Se considera de interés este caso por la localización inusual del tumor, su rápida evolución de crecimiento y la necesidad final de amputación del quinto dedo del pie.

IMAGEN 1

IMAGEN 2

La escasa frecuencia de este tipo de tumores, hace difícil su diagnóstico inicial en los servicios médicos de las empresas. En este caso concreto se añadía la dificultad de la localización inusual del tumor de células gigantes de partes blandas en su forma difusa sobre un dedo del pie y no sobre zonas adyacentes a articulaciones grandes que soporten cargas, la edad de nuestro paciente superior a la de mayor frecuencia de aparición y una clínica indolora. Además del estudio ecográfico compatible con un absceso de partes blandas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agarwal P,Gupta M, Srivastava A. Cytomorphology of giant cell tumor of tendón sheat. A report of two cases. Acta Cytol 1997;41(2): 587-9.
2. Enríquez J, Flores M, De Alba L, Alcalá D. Tumor de la vaina tendinosa. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev. Cent Dermatol Pascua 2000; 9(”): 102-4.
3. Thaxton L, AbuRahma A, Chang H. Localized giant cels tumor of tendon sheat of upper back. Surgery 1995; 118(5): 901-3.
4. Balta K, Tan CY. Giant cell tumor of the tendón sheat producing a groove eformity of the nail plate and mimicking a myxoid cyst. Br J Dermatol 1999; 140: 780-1.
5. Kotwal P, Gupta V; Malhotra R. Giant cell tumor of the tendon sheat. Is radiotherapy indicated toprevent recurrence after surgery? J Bone & Joint Surg 2000;82 b($): 571-3.

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

"La integración de la Prevención en las Administraciones Públicas: ¿UTOPÍA O REALIDAD?"

CONCLUSIONES

NO SÓLO NO ES UTÓPICO, SINO QUE ES POSIBLE

"La formación continuada en prevención de riesgos laborales"

- Se trata de evitar la burocratización de la formación, darle eficacia, situando a ésta en el ámbito de las emociones, no sólo del conocimiento.
- La conducta segura debe darse como respuesta emocional automática, y esta respuesta tiene aspectos innatos, pero también adquiridos.
- Formar en Prevención de riesgos Laborales es fundamentalmente animar. Y esto nos lleva a entender la formación como un proceso de coachiing quizás, de entrenamiento. No es una aplicación de conocimiento sino la capacidad de analizar las respuestas y su eficacia.
- La aportación de las tecnologías de la información a las necesidades de la formación ha permitido, en el caso de los Centros educativos de Navarra, favorecer la implantación de una cultura que está favoreciendo la conciencia hacia la Prevención de Riesgos Laborales.
- Se detecta una clara y progresiva implicación de los equipos directivos en el fomento de la cooperación de todo el personal de los Centros en la acción preventiva.

"Vigilancia de la salud: ¿integrada en la prevención de riesgos laborales?"

- Diferencias cuantitativas y cualitativas significativas entre los servicios ofrecidos por las mutuas y el resto de los servicios de prevención ajenos.
- La vigilancia de la salud es competencia exclusiva de médicos y enfermeros del trabajo.
- La medicina y enfermería del trabajo harán posible una adecuada promoción de la salud para obtener en un futuro próximo empresas saludables.
- La medicina y enfermería del trabajo deben siempre mantener el respeto a la libertad, a la dignidad y a la intimidad de los trabajadores.

"Coordinación de actividades Empresariales"

La coordinación de actividades empresariales es uno de los aspectos más complejos de los que conforman la gestión preventiva de la empresa por la dificultad de llevar a la práctica la implantación del procedimiento, debido entre otras razones a:

- Cada vez existen un mayor número de tareas contratadas y, por lo tanto, una mayor concurrencia empresarial.
- En la mayoría de las ocasiones esta concurrencia se lleva a cabo sin interrumpir la actividad diaria.
- Los posibles nuevos riesgos introducidos pueden ser numerosos, muy variados y a veces imprevistos.
- Se producen rotaciones en el personal de las contratas; esto conlleva una mayor dificultad en el seguimiento de la adecuación de aptitudes de este personal.
- Se ve necesario realizar, de una vez por todas, la implantación real del procedimiento de coordinación de actividades empresariales y efectuar un seguimiento sistemático de la correcta implantación del procedimiento corrigiendo, en su caso, las desviaciones.

"La Ergonomía del futuro en las Administraciones Públicas"

- La turnicidad es un tipo de riesgo con repercusiones importantes para la salud en nuestra sociedad.
- Actualmente no contamos con medidas claras que nos permitan vislumbrar una solución. Será necesario apoyarse en disciplinas como la cronoergonomía y neuro-ergonomía.
- Es importante para el ergónomo y para la Ergonomía desarrollar una actitud de autocrítica hacia la práctica profesional.
- Un nuevo campo de trabajo para esta profesión será la práctica pericial del ergónomo.

"La prevención de riesgos en Cuerpos de Seguridad y Protección Civil"

- Los Cuerpos de Seguridad y Protección Civil trabajan en condiciones de alta ambigüedad pues las demandas son impredecibles y ello en sí mismo es un elemento que dificulta la evaluación de riesgos y la actuación preventiva planificada.
- Resulta imprescindible implementar sistemas de gestión de los EPIs en los servicios de bomberos al igual que en los de policía.

- La prevención del stress es obligada y exige la evaluación de riesgos, la vigilancia de la salud y la programación preventiva.

"Prevención de riesgos en el personal de Agricultura, Ganadería y Medio Ambiente"

- Poco desarrollo en la legislación española en relación con los riesgos en el contacto con los microorganismos. Esto trae como consecuencia la falta de protocolos estrictos y en determinadas enfermedades como la zoonosis lleva a subestimar su magnitud
- La minimización de riesgos con fitosanitarios se debe basar en la información y formación de los agentes del sector.

"Implicación de los Servicios de Prevención de las Administraciones Públicas en la formación de los Especialistas en Medicina y Enfermería del Trabajo"

- El compromiso de las Administraciones Públicas en la formación de médicos y enfermeros del trabajo es un pilar fundamental para la sostenibilidad del nuevo programa MIR y EIR. Esto conlleva la participación de los actuales profesionales sanitarios que llevan a cabo las responsabilidades de salud laboral en nuestras administraciones y el compromiso en la financiación del sistema.

"El papel de los sindicatos en la integración de la prevención de riesgos laborales"

- Aunque se ha avanzado mucho en los últimos años por el papel de los Comités de Seguridad y Salud, y por los delegados de prevención, es manifiestamente mejorable.
- Alta rotación en los directivos públicos, que deriva a una insuficiente mentalización de los mimos y la no transmisión de la cultura preventiva.

"IMPLANTACIÓN DE PLANES DE EMERGENCIA EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS"

- El Plan de Autoprotección debe ser completo pero con una estructura sencilla y flexible que permita su actualización y divulgación con poco esfuerzo. Debe confeccionarse a la medida de cada centro de trabajo: los Planes genéricos no son operativos.
- La fase de implantación del Plan de Autoprotección es la más importante: si no se aborda correctamente el Plan no será de utilidad.
- Los simulacros son necesarios para verificar la operatividad del Plan.
- El factor humano es crítico para que un Plan de Autoprotección sea operativo.

"AVANCES CIENTÍFICOS EN LAS VACUNACIONES EN EL ÁMBITO LABORAL"

- Las transformaciones que se operan en los microorganismos, plantean la necesidad de una evolución permanente en la manera de abordar la lucha contra las enfermedades infecciosas.
- Las principales perspectivas de futuro para el desarrollo de nuevas vacunas vendrán determinadas por los avances en:
  - Estrategias en su formulación
  - Sistemas de producción
  - Vías de administración
  - Vacunas conjugadas
- Se percibe la necesidad de converger hacia un calendario vacunal consensuado tanto infantil como para el adulto, ya que la realidad epidemiológica es común.

" LA INTEGRACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL MARCO DE LA UNIÓN EUROPEA"

- La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo se creó en el año 1996 con el objetivo de contribuir a la mejora de las condiciones laborales en la Unión Europea, proporcionando información técnica, científica y económica a todos los que trabajan en temas de seguridad y salud en el trabajo.
- La nueva Estrategia Comunitaria programada por la Agencia para el período 2007-2012 incluye como principales líneas de actuación:
  - Garantizar la aplicación adecuada a la legislación europea.
  - Apoyar a las Pymes en la aplicación de la legislación.
  - Adaptar el marco legal a los cambios en el trabajo y simplificarlo.
  - Promover el desarrollo y aplicación de estrategias nacionales.
  - Fomentar cambios en la conducta de los trabajadores y animar a los empresarios a que adopten enfoques orientados a la salud.
  - Trabajar en los métodos de identificación y evaluación de nuevos riesgos potenciales.
  - Mejorar la monitorización de los procesos.
  - Promover la seguridad y salud a nivel internacional.
- Durante el año 2007 la Agencia Europea tiene programado realizar la Campaña Europea contra los Trastornos Musculoesqueléticos: *"Aligera la Carga"* que tendrá lugar durante la semana del 22 al 27 de Octubre. (http://osha.europa.eu)

SIMPOSIUM: "NOVEDADES TERAPÉUTICAS EN EL TABAQUISMO"

- Terapias frente al tabaquismo
  - Entre los tratamientos que han demostrado ser eficaces y seguros, destacó la terapia sustitutiva con nicotina, el método RHD (Reducción Hasta Dejarlo), así como el bupropión o varenicilina.
  - Respecto a esta última, **Varenicline** comercializada desde enero de 2007 en España, presentó diferentes estudios que avalan su eficacia y explicó su mecanismo de acción como un Agonista Parcial de los ·4ß2 nicotinic acetylcholine receptor consiguiendo así reducir la sintomatología de la abstinencia por una parte y protegiendo frente a la recaída al impedir la respuesta de placer en el caso de fumar.
- Novedades en la terapia del tabaquismo
  - Por otra parte nos adelantó **novedades en la terapia del tabaquismo**, que podremos ofrecer en pocos años a los fumadores, así como en qué fase de evaluación se encuentran los distintos tratamientos:
    - ✓ Nuevos productos de **terapia sustitutiva** de nicotina
    - ✓ **Dianicline**, un agonista parcial de los receptores nicotínicos
    - ✓ **Surinabant**, un antagonista de los receptores CB1
    - ✓ GW468816, un **bloqueante de los receptores de la glicina**
    - ✓ **Inmunoterapia** contra nicotina (Vacunas), Respecto a esta última, basándose en el mecanismo de acción, se espera que aportará eficacia sobre todo en el campo de la prevención de recaídas.
- Motivación para el cambio
  - A su vez presentó un estudio que avala que es más eficaz dirigirse al grupo de fumadores aún no motivados para dejarlo proponiéndoles la reducción y no el cese.

@ direcciones webb

http://www.path.sunysb.edu/hemepath/tutorial/default.htm

Hematopathology
Table of Contents Department of Pathology, State University of New York at Stony Brook

http://www.sbu.ac.uk/~dirt/museum/chest.html

Radiology of Chest and contents Index to the Chest radiology teaching case database in pathology order

http://www-medlib.med.utah.edu/WebPath/webpath.html#MENU

WebPath: The Internet Pathology Laboratory The WebPath CD-ROM version 6.0 is now available ! and has over 4200 images, including over 1100 correlative radiographs, and over 3100 extensively revised exam items.

http://www.vh.org/Providers/TeachingFiles/CAP/CAPHome.html

Virtual Children's Hospital: Correlapaedia - a Correlative Encyclopedia of Pediatric Imaging, Correlapaedia - a Correlative Encyclopedia of Pediatric Imaging, Surgery, and Pathology

http://ctl.augie.edu/perry/ear/earnonframes.htm

Virtual Tour of the Ear© Virtual Tour of the Ear&copy

http://www.bartleby.com/107

Gray, Henry. 1918. Anatomy of the Human Body The Bartleby.com edition of Gray's Anatomy of the Human Body features 1,247 vibrant engravings—many in color—from the classic 1918 publication, as well as a subject index with 13,000 entries ranging from the Antrum of Highmore to the Zonule of Zinn.

http://www.med.harvard.edu/AANLIB/home.html

The Whole Brain Atlas The Whole Brain Atlas

http://www.boe.es/

Boletín Oficial del Estado

http://www.aragob.es/sid/bole/boaboa.htm

BOA Boletin Oficial de Aragón

http://www.euskadi.net

Boletín Oficial del País Vasco

http://www.gencat.es/diari/llista.htm

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya

http://www.cfnavarra.es/bon/bonidx.htm

Boletín Oficial de Navarra

http://www.xunta.es/doga/index.htm

Diario Oficial de Galicia

http://www.gobcan.es/boc/boc.htm

Boletín Oficial de Canarias

www.seslap.com

Twinrix™ ADULTOS

Primera vacuna combinada Hepatitis A y B

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. Twinrix Adultos, suspensión inyectable en jeringa precargada. Vacuna inactivada antihepatitis A y antihepatitis B recombinante adsorbida. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** 1 dosis (1 ml) contiene: Virus de la hepatitis A inactivado* 720 Unidades ELISA, Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B recombinante (proteína S)** 20 microgramos, * adsorbido en óxido hidratado de aluminio Total: 0,05 miligramos Al^{3+}, ** adsorbido en fosfato de aluminio. Total: 0,4 miligramos Al^{3+} y producido por ingeniería genética en células de levadura (Saccharomyces cerevisiae). Para excipientes ver 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Suspensión inyectable en jeringa precargada. **4. DATOS CLINICOS. 4.1. Indicaciones terapeuticas.** 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 atener a la pauta recomendada. En circunstancias excepcionales en adultos, cuando se prevee un viaje un mes o antes después de iniciar el ciclo de vacunación, pero se dispone de tiempo insuficiente para permitir que se complete la pauta de vacunación primaria de 0, 1 y 6 meses se puede utilizar una pauta de vacunación de 3 inyecciones intramusculares administradas a los 0, 7 y 21 días. Cuando se administre esta pauta, se recomienda una cuarta dosis a los 12 meses de la administración de la primera dosis. Una vez iniciado, el ciclo primario de vacunación deberá completarse con la misma vacuna. - Dosis de recuerdo. Actualmente se dispone de datos de persistencia de anticuerpos a largo plazo, de hasta 60 meses después de la vacunación con Twinrix Adultos. 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. La cinética de disminución de anticuerpos es también similar. Por tanto, de la experiencia con las vacunas monovalentes, se pueden extraer unas directrices generales para la vacunación de recuerdo. Hepatitis B. No se ha establecido la necesidad de una dosis de recuerdo en individuos sanos que han recibido la serie primaria de vacunación completa; sin embargo, actualmente algunos programas oficiales de vacunación recomiendan una dosis de recuerdo que debe ser respetada. En algunos grupos de sujetos o pacientes con especial riesgo de exposición al VHB (por ejemplo, pacientes en hemodiálisis o inmunocomprometidos) para asegurar un nivel de anticuerpos protectores > 10 UI/l deben tenerse en cuenta medidas precautorias. Hepatitis A. Todavía no se ha establecido completamente si los individuos inmunocompetentes que han respondido a la vacunación de hepatitis A requerirán dosis de recuerdo, ya que en ausencia de anticuerpos detectables se puede asegurar la protección mediante la memoria inmunológica. Las directrices sobre dosis de recuerdo se basan en asumir que para la protección, se requiere un nivel de anticuerpos; se estima que los niveles de anti-VHA permanezcan durante al menos 10 años. En situaciones en que es deseable una dosis de recuerdo para hepatitis A y hepatitis B se puede administrar Twinrix Adultos. Alternativamente los sujetos a los que se administró una primovacunación con Twinrix Adultos se les puede administrar una dosis de recuerdo de cualquiera de las vacunas monovalentes. **Forma de administración.** Twinrix Adultos debe inyectarse 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. (Ver 4.4). **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 alterado, puede que no se obtengan títulos adecuados de anticuerpos anti-VHA y anti-HBs después del ciclo de inmunización primaria. Dichos pacientes pueden requerir dosis adicionales de vacuna, no obstante, puede que los pacientes inmunodeprimidos no demuestren una respuesta adecuada. 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 (ver 4.2). BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE DEBE ADMINISTRAR TWINRIX ADULTOS POR VÍA INTRAVASCULAR. En el proceso de fabricación de esta vacuna se ha utilizado biomersal (compuesto organomercurial) y pueden estar presentes residuos de éste en el producto final. Por tanto podrían producirse reacciones de sensibilización. **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. Embarazo y 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 y utilizar máquinas.** 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 con Twinrix Adultos, las reacciones adversas más frecuentemente observadas fueron las producidas en el lugar de la inyección, tales como dolor, enrojecimiento e hinchazón. En un estudio comparativo, se observó que la frecuencia de acontecimientos adversos solicitados después de la administración de Twinrix Adultos no es diferente de la frecuencia de acontecimientos adversos solicitados tras la administración de las vacunas monovalentes. Las frecuencias se clasifican como: Muy frecuentes: ≥10%. Frecuentes: ≥1% y <10%. Nada frecuentes: ≥0,1% y <1%. Escasas: ≥0,01% y <0,1%. Muy escasas: <0,01%. Las reacciones sistémicas que pueden producirse en asociación temporal con la vacunación con Twinrix Adultos son: Síntomas generales: Muy frecuentes: fatiga. Frecuentes: cefalea, malestar. Nada frecuentes: fiebre. Aparato gastrointestinal: Frecuentes: nauseas. Nada frecuentes: vómitos. En un ensayo clínico en el que se administró Twinrix adulto los días 0, 7 y 21, los síntomas generales solicitados se comunicaron con la misma frecuencia que la anteriormente mencionada, excepto la cefalea que se notificó muy frecuentemente. Después de la administración de una cuarta dosis el mes 12, la incidencia de reacciones adversas sistémicas fue comparable a la observada tras la vacunación los días 0, 7 y 21. Durante la vigilancia postcomercialización, se han comunicado los siguientes acontecimientos adversos con asociación temporal con la vacunación. Síntomas generales: Muy escasos: síntomas tipo gripal (fiebre, escalofríos, cefalea, mialgia, artralgia), fatiga, reacciones alérgicas incluyendo reacciones anafilácticas y anafilactoides y tipo de enfermedad del suero. Cardiovascular: Muy escasos: síncope, hipotensión. Sistema nervioso central y periférico: Muy escasos: mareo, parestesia. Aparato gastrointestinal: Muy escasos: nauseas, vómitos, pérdida de apetito, diarrea, dolor abdominal. Hígado y sistema biliar: Muy escasos: alteración de pruebas de la función hepática. Trastornos neurológicos: Muy escasos: convulsiones. Plaquetas y hemostasia: Muy escasos: trombocitopenia, púrpura trombocitopénica. Piel y anejos: Muy escasos: erupción, prurito, urticaria. Leucocitos y sistema reticuloendotelial: Muy escasos: linfadenopatía. Después de un uso amplio de las vacunas monovalentes antihepatitis A y/o antihepatitis B, se han comunicado adicionalmente los siguientes acontecimientos adversos en asociación temporal con la vacunación. Sistema nervioso central y periférico: Muy escasos: casos de alteraciones neurológicas periféricas y/o centrales, y pueden incluir esclerosis multiple, neuritis óptica, mielitis, parálisis de Bell, polineuritis tal como el Síndrome de Guillain-Barré (con parálisis ascendente), meningitis, encefalitis, encefalopatía. Piel y anejos: Muy escasos: eritema exudativo multiforme. Sistema vascular extracardiaco: Muy escasos: vasculitis. **4.9. Sobredosis.** No se han comunicado casos de sobredosificación. **5. PROPIEDADES FARMACOLOGICAS. 5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Grupo Farmaco-terapéutico: Vacunas antihepatitis, ATC código J07BC. 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 MRC_5. El antígeno AgHBs se produce por cultivo, en un medio selectivo, de células de levadura obtenidas por ingeniería genética. 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. La pauta de administración de 0, 7 y 21 días y una cuarta dosis a los 12 meses debe utilizarse en adultos en circunstancias excepcionales. En un ensayo clínico en el que se administró Twinrix Adultos con esta pauta de vacunación, el 82% y el 85% de los vacunados presentaron títulos seroprotectores de anticuerpos anti-VHB 1 y 5 semanas después de la tercera dosis respectivamente (p.ej. los meses 1 y 2 después de la dosis inicial).La tasa de seroprotección frente a hepatitis B se incrementó hasta el 95,1% tres meses después de la administración de la primera dosis. Las tasas de seropositividad de anticuerpos anti-VHA fueron de un 100%, 99,5% y 100% 1, 2 y 3 meses después de la dosis inicial. Un mes después de la cuarta dosis, todos los vacunados presentaron títulos seroprotectores de anticuerpos anti-HBs y resultaron seropositivos frente a anticuerpos anti-VHA. En dos estudios clínicos a largo plazo realizados en adultos, en la mayoría de los vacunados se ha demostrado persistencia de anticuerpos anti-VHA y anti-HBs hasta 60 meses después del inicio de una pauta de vacunación primaria de Twinrix Adultos. La cinética de disminución de anticuerpos anti-VHA y anti-HBs se observó que era similar a la de las vacunas monovalentes. **5.2. Propiedades farmacocinéticas.** La evaluación de las propiedades farmacocinéticas no se requiere para las vacunas. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad.** Los datos preclínicos no revelaron un riesgo especial para el hombre en base a los estudios generales de seguridad. **6. DATOS FARMACEUTICOS. 6.1. Lista de excipientes.** Oxido hidratado de aluminio, Fosfato de aluminio, Formaldehido, Sulfato de neomicina, Fenoxietanol, Cloruro sódico, Agua para inyectables. **6.2. Incompatibilidades.** En ausencia de estudios de compatibilidad esta vacuna no debe mezclarse en la misma jeringa con otras (medicamentos) vacunas. **6.3. Periodo de validez.** 3 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** Conservar la vacuna a una temperatura entre +2°C y +8°C (en nevera). No congelar. Conserve la vacuna en el envase original para protegerla de la luz. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** 1 ml de suspensión en jeringa precargada (vidrio tipo I) con émbolo (goma butilo) con o sin agujas – envases de 1, 10 ó 25 dosis. Pueden no estar comercializados todos los envases. **6.6. Instrucciones de uso y manipulación.** Durante el almacenamiento, el contenido puede presentar un fino depósito blanco y un sobrenadante incoloro transparente. La vacuna debe agitarse para obtener una suspensión blanca ligeramente opaca y antes de la administración, la vacuna debe ser inspeccionada visualmente para detectar cualquier partícula extraña y/o variación del aspecto físico. En el caso de que se observe alguna de las circunstancias anteriores, desechar la vacuna. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACION.** GlaxoSmithKline 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. NUMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** EU/1/96/020/001, EU/1/96/020/002, EU/1/96/020/003, EU/1/96/020/007, EU/1/96/020/008, EU/1/96/020/009. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/REVALIDACION DE LA AUTORIZACION.** 20/09/1996. **10. CONDICIONES DE PRESCRIPCION Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Especialidad Farmacéutica no Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. PVP: 59,84 €, PVP IVA 4: 62,23 €.

Twinrix™ PEDIATRICO

Primera vacuna combinada Hepatitis A y B

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. Twinrix Pediátrico, suspensión inyectable en jeringa precargada. Vacuna inactivada antihepatitis A y antihepatitis B recombinante adsorbida. **2. COMPOSICION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** 1 dosis (0,5 ml) contiene: Virus de la hepatitis A*inactivados 360 Unidades ELISA, Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B recombinante (proteina S)** 10 microgramos,* adsorbido en óxido hidratado de aluminio Total: 0,025 miligramos Al^{3+}, ** adsorbido en fosfato de aluminio Total: 0,2 miligramos Al^{3+} y producido por ingeniería genética en células de levadura (Saccharomyces cerevisiae). Para excipientes ver 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Suspensión inyectable en jeringa precargada. **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 administrada en la fecha elegida, la segunda un mes después y la tercera seis meses después de la primera dosis. Se debe atener a la pauta recomendada. Una vez iniciado, el ciclo primario de vacunación deberá completarse con la misma vacuna. - Dosis de recuerdo. Actualmente se dispone de datos de persistencia de anticuerpos a largo plazo, de hasta 48 meses después de la vacunación con Twinrix Pediátrico. 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. La cinética de disminución de anticuerpos es también similar. Por tanto, de la experiencia con las vacunas monovalentes, se pueden extraer unas directrices generales para la vacunación de recuerdo. Hepatitis B. No se ha establecido la necesidad de una dosis de recuerdo en individuos sanos que han recibido la serie primaria de vacunación completa; sin embargo, actualmente algunos programas oficiales de vacunación recomiendan una dosis de recuerdo que debe ser respetada. En algunos grupos de sujetos o pacientes con especial riesgo de exposición al VHB (por ejemplo, pacientes en hemodiálisis o inmunocomprometidos) para asegurar un nivel de anticuerpos protectores ≥ 10 UI/l deben tenerse en cuenta medidas precautorias. Hepatitis A. Todavía no se ha establecido completamente si los individuos inmunocompetentes que han respondido a la vacunación de hepatitis A requerirán dosis de recuerdo, ya que en ausencia de anticuerpos detectables se puede asegurar la protección mediante la memoria inmunológica. Las directrices sobre dosis de recuerdo se basan en asumir que para la protección, se requiere un nivel de anticuerpos; se estima que los niveles de anti-VHA permanezcan durante al menos 10 años. En situaciones en que es deseable una dosis de recuerdo para hepatitis A y hepatitis B se puede administrar Twinrix Pediátrico. Alternativamente los sujetos a los que se administró una primovacunación con Twinrix Pediátrico se les puede administrar una dosis de recuerdo de cualquiera de las vacunas monovalentes. **Forma de administración.** Twinrix Pediátrico debe inyectarse 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 conocidos 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 y en personas con un sistema inmunitario alterado, puede que no se obtengan títulos adecuados de anticuerpos anti-VHA y anti-HBs después del ciclo de inmunización primaria. Dichos pacientes pueden requerir dosis adicionales de vacuna, no obstante, puede que los pacientes inmunodeprimidos no demuestren una respuesta adecuada. 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 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 PEDIÁTRICO POR VÍA INTRAVASCULAR. En el proceso de fabricación de esta vacuna se ha utilizado tiomersal (compuesto organomercurial) y pueden estar presentes residuos de éste en el producto final. Por tanto podrían producirse reacciones de sensibilización. **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 ello puede producir títulos de anticuerpos más bajos. Ver también 4.4. Aunque no se ha estudiado específicamente la administración concomitante de Twinrix Pediátrico y otras vacunas, se aconseja que no se administre al mismo tiempo junto con 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 solo 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 máquinas.** 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, las reacciones adversas más frecuentemente observadas fueron las producidas en el lugar de la inyección, tales como dolor, enrojecimiento e hinchazón. Durante la vigilancia de postcomercialización se han comunicado los siguientes acontecimientos adversos con asociación temporal con la vacunación. Las frecuencias se clasifican como: Muy escasas: < 0,01%. Síntomas generales: Muy escasos: síntomas tipo gripal (fiebre, escalofríos, cefalea, mialgia, artralgia), fatiga, reacciones alérgicas incluyendo reacciones anafilácticas y anafilactoides y tipo de enfermedad del suero, malestar. Cardiovascular: Muy escasos: síncope, hipotensión. Sistema nervioso central y periférico: Muy escasos: mareo, parestesia. Aparato gastrointestinal: Muy escasos: náuseas, vómitos, pérdida de apetito, diarrea, dolor abdominal. Hígado y sistema biliar: Muy escasos: alteración de pruebas de la función hepática. Trastornos neurológicos: Muy escasos: convulsiones. Plaquetas y hemostasia: Muy escasos: trombocitopenia, púrpura trombocitopenica . Piel y anejos: Muy escasos: erupción, prurito, urticaria. Sistema Vascular extracardiaco: Muy escasos: vasculitis. Leucocitos y sistema reticuloendotelial: Muy escasos: linfadenopatía. **4.9. Sobredosis.** No se han comunicado casos de sobredosificación. **5. PROPIEDADES FARMACOLOGICAS. 5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Grupo Farmaco-terapéutico: Vacunas antihepatitis, ATC código J07BC. 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 separadamente en hidróxido de aluminio y fosfato de aluminio. El virus HA se propaga en células diploides humanas MRC_5. El antígeno AgHBs se produce por cultivo, en un medio selectivo, de células de levadura obtenidas por ingeniería genética. 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 los sujetos, 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 67% de los sujetos después de la primera dosis y en aproximadamente el 100%, después de la tercera dosis. En un estudio clínico a largo plazo, en la mayoría de los vacunados se ha demostrado persistencia de anticuerpos anti-VHA y anti-HBs hasta 48 meses después del inicio de una pauta de vacunación primaria de Twinrix Pediátrico (ver 4.2). La cinética de disminución de anticuerpos anti-VHA y anti-HBs se observó que era similar a la de las vacunas monovalentes. **5.2. Propiedades farmacocinéticas.** La evaluación de las propiedades farmacocinéticas no se requiere para las vacunas. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad.** Los datos preclínicos no revelaron un riesgo especial para el hombre en base a los estudios generales de seguridad. **6. DATOS FARMACEUTICOS. 6.1. Lista de excipientes.** Oxido hidratado de aluminio, Fosfato de aluminio, Formaldehido, Sulfato de neomicina, Fenoxietanol, Cloruro sódico, Agua para inyectables. **6.2. Incompatibilidades.** En ausencia de estudios de compatibilidad esta vacuna no debe mezclarse en la misma jeringa con otras (medicamentos) vacunas. **6.3. Periodo de validez.** 3 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** Conservar la vacuna a una temperatura entre +2°C y +8°C (en nevera). No congelar. Conserve la vacuna en el envase original para protegerla de la luz. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** 0,5 ml de suspensión en jeringa precargada (vidrio tipo I) con émbolo (goma butilo) con o sin agujas – envases de 1, 10 o 50 dosis. Pueden no estar comercializados todos los envases. **6.6. Instrucciones de uso y manipulación.** Durante el almacenamiento, el contenido puede presentar un fino depósito blanco y un sobrenadante incoloro transparente. La vacuna debe agitarse para obtener una suspensión blanca ligeramente opaca y antes de la administración, la vacuna debe ser inspeccionada visualmente para detectar cualquier partícula extraña y/o variación del aspecto físico. En el caso de que se observe alguna de las circunstancias anteriores, desechar la vacuna. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACION.** GlaxoSmithKline 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. NUMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** EU/1/97/029/001, EU/1/97/029/002, EU/1/97/029/006, EU/1/97/029/007. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/REVALIDACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** 10/02/1997. **10. CONDICIONES DE PRESCRIPCION Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Especialidad Farmacéutica no Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. PVP: 33,66 € PVP IVA 4: 35,01 €.

Twinrix™

Primera vacuna combinada Hepatitis A y B

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

ADULTOS

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

Y PARA ADULTOS TAMBIÉN NUEVA PAUTA ACELERADA

0 7 21 días

Cuarta dosis (de recuerdo) a los 12 meses

centro de información gsk
902 202 700
es-cii@gsk.com

gsk GlaxoSmithKline

www.worldwidevaccines.com

Menos riesgo es Más productividad

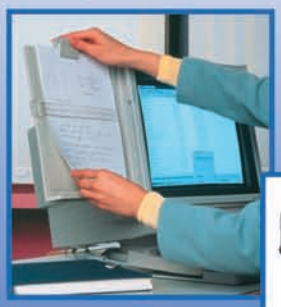
Sistemas de Ergonomía

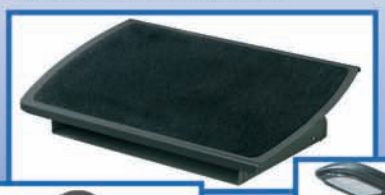
La gama de productos de los Sistemas de Ergonomía 3M le ofrece innovadoras soluciones para contribuir a la prevención de riesgos y mejorar así la productividad y la comodidad de los usuarios de puestos de trabajo informatizados.

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.

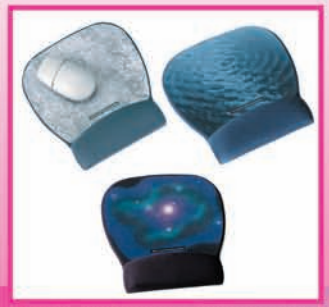




Línea **Comfort 3M**

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 comfort.



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