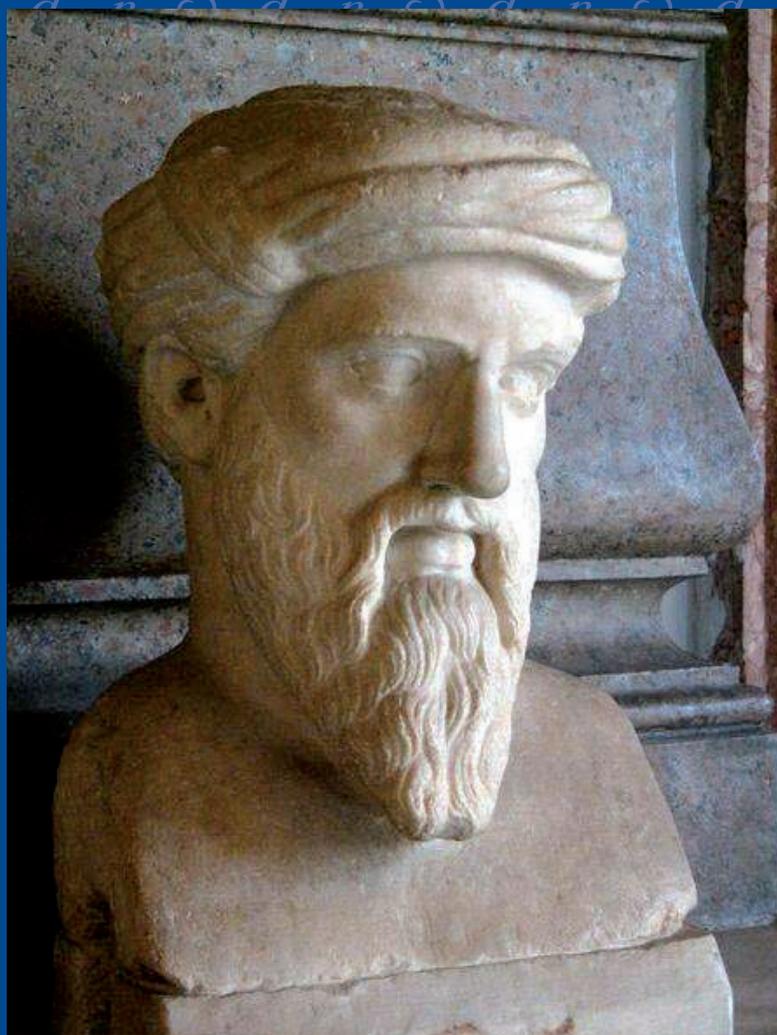


S.E.S.L.A.P.

Julio - Diciembre 2009 • Volumen II • Número 8



Sumario:

5 Editorial

Artículos originales:

6 Papel de la SESLAP en el fomento de la investigación

14 Protección de la maternidad en el trabajo. Revisión y crítica.

22 Aplicación de la entrevista motivacional en la intervención en drogas

MALARONE®

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LA MALARIA POR *P. FALCIPARUM* ¹

(Financiado por el Sistema Nacional de Salud)

Aportación
reducida

ES LA OPCIÓN MÁS EFICAZ
Y CON MENOS REACCIONES ADVERSAS
PARA VIAJEROS A CORTO PLAZO²




MALARONE
250 Atovacina / 100 Hidroxicloro de Proguanil


MALARONE
PEDIÁTRICO
62,5 Atovacina / 25 Hidroxicloro de Proguanil

RECOMENDADO
POR EL
CDC³

BIBLIOGRAFÍA: 1. Ficha técnica Malarone®, GlaxoSmithKline, agosto 2007. 2. Petersen E. Malaria chemoprophylaxis: when should we use it and what are the options? Expert Rev. Anti-infect. Ther. 2 (1), 119 - 32 (2004). 3. US Centers for Disease Control and Prevention. Health information for international travel. Prescription Drugs for preventing malaria. Disponible en www.cdc.gov. (Consultado noviembre 2008).



www.centrodeinformacion-gsk.com
902 202 700
es-ci@gsk.com



GlaxoSmithKline

FICHA TÉCNICA O RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO: 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Malareone Comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido de Malareone contiene: Atovaquona 250 mg, Hidrocloruro de proguanil 100 mg. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos con película. Comprimidos de color rosa, redondos y biconvexos. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 Indicaciones terapéuticas:** Malareone es una combinación a dosis fija de atovaquona e hidrocloruro de proguanil que actúa como un esquizotónico sanguíneo y que también presenta actividad frente a los esquizotónicos hepáticos del *Plasmodium falciparum*. Tratamiento del paludismo agudo, no complicado, por *Plasmodium falciparum*. Malareone es eficaz frente a *P. falciparum* sensibles y resistentes a fármacos antipalúdicos por lo que está especialmente recomendado para la profilaxis y el tratamiento del paludismo por *P. falciparum* donde el patógeno pueda ser resistente a otros antipalúdicos. Deberán tenerse en cuenta las directrices oficiales e información local sobre prevalencia de resistencias a fármacos antipalúdicos. Normalmente las directrices oficiales incluirán las directrices de la OMS y las de las Autoridades Sanitarias. **4.2 Posología y forma de administración:** La dosis diaria debe ser ingerida con alimentos o con una bebida láctea (para asegurar la máxima absorción) a la misma hora cada día. Si los pacientes no pueden tolerar los alimentos, se deberá administrar Malareone igualmente, aunque la exposición sistémica a atovaquona se verá reducida. En el caso de que se produjeran vómitos durante la primera hora después de la administración, deberá volver a tomarse una nueva dosis. **PROFILAXIS:** La profilaxis debería iniciarse 24 o 48 horas antes de entrar en una zona geográfica donde el paludismo sea endémico • continuar durante el período de estancia, el cual no debería exceder los 28 días; • continuar diariamente hasta 7 días después de abandonar dicha zona. En residentes (personas parcialmente inmunizadas) de áreas endémicas, la seguridad y efectividad de Malareone ha sido establecida en estudios de hasta 12 semanas. **Posología en adultos:** Un comprimido diario de Malareone. Malareone Comprimidos no está recomendado en la profilaxis del paludismo en aquellas personas cuyo peso corporal sea inferior a 40 kg. **TRATAMIENTO: Posología en adultos:** Cuatro comprimidos de Malareone en una única toma, durante tres días consecutivos. **Posología en niños:** 11-20 kg de peso: Un comprimido diario durante tres días consecutivos. 21-30 kg de peso: Dos comprimidos en una única toma, durante tres días consecutivos. 31-40 kg de peso: Tres comprimidos en una única toma, durante tres días consecutivos. > 40 kg de peso: Misma dosis que para adultos. **Posología en ancianos:** Un estudio farmacocinético indica que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes ancianos. **Posología en caso de disfunción hepática:** Un estudio farmacocinético indica que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia hepática grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. En pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min), siempre que sea posible, se recomienda la administración de un tratamiento alternativo a Malareone para el tratamiento del paludismo agudo por *P. falciparum* (ver sección 4.4). Para la profilaxis del paludismo por *P. falciparum* en pacientes con disfunción renal grave, ver sección 4.3. **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a atovaquona o a hidrocloruro de proguanil o a alguno de los excipientes. Malareone está contraindicado para la profilaxis del paludismo por *P. falciparum* en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min). **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No se ha establecido la seguridad y efectividad de Malareone para profilaxis del paludismo en pacientes con menos de 40 kg de peso. Las personas que toman Malareone para profilaxis o el tratamiento del paludismo deberán tomar una dosis repetida si se producen vómitos durante la primera hora tras la administración. En caso de diarrea debe continuarse con la dosificación normal. La absorción de atovaquona puede reducirse en pacientes con diarrea o vómitos, pero la diarrea y los vómitos no se asocian con una reducción de la eficacia en ensayos clínicos de Malareone para la profilaxis del paludismo. Sin embargo, al igual que con otros agentes antipalúdicos, debe recomendarse a las personas con diarrea o vómitos que continúen ajustándose a las medidas de protección personal (repelentes, mosquiteros). En pacientes con paludismo agudo que presenten diarrea o vómitos, deben considerarse terapias alternativas. Si Malareone se emplea para tratar el paludismo en estos pacientes, la parasitemia deberá ser estrechamente controlada. No se ha establecido la seguridad y eficacia de Malareone en el tratamiento del paludismo en pacientes pediátricos con menos de 11 kg de peso. No se ha estudiado Malareone para el tratamiento del paludismo cerebral u otras manifestaciones graves de paludismo complicado que incluyan hiperparasitemia, edema pulmonar o fallo renal. Fueron comunes las reactivas parasitarias cuando se trató el paludismo por *P. vivax* o *P. ovale*, así como aquellos que desarrollaron paludismo por cualquiera de estos parásitos, necesitarán un tratamiento adicional con un fármaco que sea activo frente a los hipozoitos. En caso de reactivación de infecciones debidas a *P. falciparum* tras el tratamiento con Malareone o al fracaso de la quiniprofilaxis, los pacientes deberán ser tratados con un esquizotónico sanguíneo diferente. La parasitemia debe ser estrechamente controlada en pacientes que reciben simultáneamente metoprolol o tetraciclina (ver sección 4.5). No se recomienda la administración simultánea de Malareone y rifampicina o rifabutina (ver sección 4.5). En pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min), siempre que sea posible, se recomienda la administración de un tratamiento alternativo a Malareone para el tratamiento del paludismo agudo por *P. falciparum* (ver sección 4.2 y 4.3). **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Proguanil puede potenciar el efecto anticoagulante de la warfarina y otros anticoagulantes basados en la cumarina. El mecanismo de esta potencial interacción farmacológica no ha sido determinado todavía. Se recomienda precaución al iniciar o retirar la profilaxis o el tratamiento del paludismo con atovaquona-proguanil en pacientes en tratamiento continuo con anticoagulantes basados en la cumarina. El tratamiento simultáneo con metoprolol y tetraciclina se ha asociado con descensos importantes en las concentraciones plasmáticas de atovaquona (ver sección 4.4). La administración concomitante de atovaquona e indinavir resulta en una disminución en el C_{max} de indinavir (disminución del 23%, IC del 90% dentro del rango 8-35%). Debe tenerse precaución cuando se prescribe atovaquona con indinavir debido a la disminución en los niveles mínimos de indinavir. La administración concomitante de Malareone con rifampicina o rifabutina debe evitarse debido a la reducción de los niveles plasmáticos de atovaquona en aproximadamente un 50% y un 34% respectivamente. Atovaquona tiene una tasa de unión a proteínas muy alta (>99%), pero no desplaza *in vitro* a otros fármacos con altas tasas de unión a proteínas, indicando que no es probable que se produzcan interacciones farmacológicas importantes debidas al desplazamiento del lugar de unión. **4.6 Embarazo y lactancia:** No se ha establecido la seguridad de atovaquona e hidrocloruro de proguanil cuando se administran conjuntamente en embarazadas y el riesgo potencial es desconocido. Estudios en animales no han mostrado evidencia de teratogenicidad de la combinación. Los componentes individuales no han mostrado efectos sobre el parto ni el desarrollo pre- y postnatal. Se observó toxicidad materna en conejos preñados durante un estudio de teratogenicidad. La utilización de Malareone durante el embarazo solamente debe considerarse si el beneficio esperado para la madre supera cualquier riesgo potencial para el feto. El proguanil que forma parte de Malareone actúa inhibiendo la dihidrofolato reductasa del parásito. No hay datos clínicos que indiquen que la administración de un suplemento de folato disminuya la eficacia del fármaco. En mujeres en edad fértil que reciben suplementos de folato para prevenir los defectos congénitos del tubo neural, se debería continuar la administración de tales suplementos mientras estén en tratamiento con Malareone. **Lactancia:** Las concentraciones de atovaquona en leche materna, en un estudio en rata, fueron el 30% de las concentraciones de atovaquona determinadas en ese momento en el plasma materno. No se sabe si atovaquona se excreta en leche humana. El proguanil se excreta en leche humana en pequeñas cantidades. Las madres que amamantan a sus hijos no deben tomar Malareone. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Se ha comunicado la aparición de mareos. Los pacientes deben ser advertidos de que si se sienten afectados no deben conducir, utilizar máquinas o tomar parte en actividades que puedan poner en riesgo a ellos o a otros. **4.8 Reacciones adversas:** La siguiente tabla incluye un resumen de las reacciones adversas comunicadas con Malareone, atovaquona o proguanil en ensayos clínicos y comunicaciones espontáneas postcomercialización. Se usa la siguiente convención para la clasificación de frecuencias: muy frecuentes (>1/10); frecuentes (>1/100 a <1/10); poco frecuentes (>1/1000 a <1/100); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). En los ensayos clínicos de atovaquona-proguanil para el tratamiento del paludismo, los acontecimientos adversos más comúnmente descritos, independientemente de su causa, fueron: dolor abdominal, cefalea, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea y tos, y se comunicaron en una proporción similar en pacientes en tratamiento con atovaquona-proguanil como con un comparador antimalárico. En los ensayos clínicos de atovaquona-proguanil para la profilaxis del paludismo, los acontecimientos adversos más comúnmente descritos, independientemente de su causa, fueron: dolor de cabeza, dolor abdominal y diarrea, y se comunicaron en una proporción similar en los pacientes tratados tanto con atovaquona-proguanil como con placebo. Clasificación de órganos del sistema: **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Frecuentes: Anemia¹, Neutropenia¹. Frecuencia no conocida: Panцитopenia en pacientes con alteración renal grave². **Trastornos del sistema inmunológico:** Frecuentes: Reacciones alérgicas: Rash¹. Poco frecuentes: Urticaria¹. Frecuencia no conocida: Anjoedema¹, Anafilaxis¹, Vasculitis¹. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Frecuentes: Hiponatremia¹, Anorexia¹. Poco frecuentes: Niveles de amilasa elevados¹. **Trastornos del sistema nervioso:** Muy frecuentes: Dolor de cabeza¹. Frecuentes: Insomnio¹, Mareo¹. **Trastornos gastrointestinales:** Muy frecuentes: Náuseas¹, Vómitos¹, Diarrea¹, Dolor abdominal¹. Poco frecuentes: Estomatitis¹. Frecuencia no conocida: Intolerancia gástrica¹, Ulceración oral¹. **Trastornos hepatobiliares:** Frecuentes: Niveles de enzimas hepáticas elevados¹. Frecuencia no conocida: Hepatitis¹, Colestasis¹. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Frecuentes: Pruritus¹. Poco frecuentes: Pérdida de pelo¹. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Fiebre¹. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Frecuentes: Tos¹. 1. Frecuencia calculada a partir de los ensayos clínicos con MALAREONE. 2. Frecuencia obtenida de la documentación de atovaquona. Los pacientes que participaron en ensayos clínicos con atovaquona han recibido dosis más altas y han tenido a menudo complicaciones de una infección avanzada por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Por lo tanto, la relación causal entre experiencias adversas y la atovaquona es difícil de evaluar. Estos acontecimientos pueden haberse visto en una frecuencia menor o no en todos los ensayos clínicos con atovaquona-proguanil. 3. Observadas de comunicaciones espontáneas postcomercialización y por lo tanto la relación causal entre experiencias adversas y la atovaquona es desconocida. 4. Observadas con proguanil y la frecuencia es por tanto desconocida. 5. Los datos de los ensayos clínicos de atovaquona-proguanil indican que los resultados anormales en las pruebas de función hepática eran reversibles y no estaban asociados con acontecimientos clínicos adversos. **4.9 Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Malareone. En casos de sospecha de sobredosis deberá proporcionarse el tratamiento sintomático y de apoyo apropiado. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: 5.1 Propiedades farmacodinámicas: Grupo farmacoterapéutico: antipalúdicos; Código ATC: P01B B51; Mecanismo de acción:** Los constituyentes de Malareone, atovaquona e hidrocloruro de proguanil, interfieren con dos rutas diferentes implicadas en la biosíntesis de pirimidinas necesarias para la replicación de ácidos nucleicos. El mecanismo de acción de atovaquona frente a *P. falciparum* es vía inhibición del transporte electrónico mitocondrial, a nivel del complejo del citocromo bc1, y el colapso del potencial de membrana mitocondrial. Uno de los mecanismos de acción del proguanil, a través de su metabolito cicloguanil, es la inhibición de la dihidrofolato reductasa, que interrumpe la síntesis del deoxitimidilato. El proguanil tiene también una actividad antipalúdica independiente de su metabolización a cicloguanil, y el proguanil, pero no el cicloguanil, es capaz de potenciar la capacidad de la atovaquona para colapsar el potencial de membrana mitocondrial en los parásitos del paludismo. Este último mecanismo puede explicar el sinergismo observado cuando atovaquona e hidrocloruro de proguanil se utilizan en combinación. **Microbiología:** Atovaquona tiene una potente actividad frente a *Plasmodium spp* (IC_{50} *in vitro* frente a *P. falciparum* 0,23-1,43 ng/ml). Atovaquona no presenta resistencias cruzadas con otros fármacos antipalúdicos en el uso actual. Entre más de 30 aislados de *P. falciparum*, se detectó resistencia *in vitro* frente a cloroquina (41% de los aislados), quinina (32% de los aislados), mefloquina (29% de los aislados), y halofantrina (48% de los aislados) pero no frente a atovaquona (0% de los aislados). La actividad antipalúdica del proguanil se ejerce a través del metabolito principal cicloguanil (IC_{50} *in vitro* frente a varias cepas de *P. falciparum* de 4-20 ng/ml; se ha visto *in vitro* cierta actividad del proguanil y otro metabolito, 4-clorofenibiquinida, a 600-3000 ng/ml). La combinación de atovaquona y proguanil ha demostrado ser sinérgica en estudios *in vitro* de *P. falciparum*. Esta combinación se demostró también en estudios clínicos tanto en pacientes inmunizados como no inmunizados. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1 Lista de excipientes:** **Módulo Poloxamer 188 BP:** Celulosa microcristalina Ph.Eur. Hidroxipropilcelulosa con bajo grado de sustitución USNF; Povidona K30 Ph.Eur. Carboximetilcelulosa de sodio Ph.Eur. Estearato de magnesio Ph.Eur. **Inmunequivalente Hipromelosa Ph.Eur.:** Dioxido de titanio Ph.Eur. Óxido de hierro rojo E172. Macrogol 400 Ph.Eur. Polietilenglicol 8000 USNF. **6.2 Incompatibilidades:** No aplicable. **6.3 Período de validez:** 5 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **6.5 Naturaleza y contenido del envase:** Blisters de PVC lámina de aluminio conteniendo 12 comprimidos. **6.6 Precauciones especiales de eliminación (y otras manipulaciones):** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con las normativas locales. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** GlaxoSmithKline S.A. P.T.M. - C/ Severo Ochoa nº 2, 28760 Tres Cantos (Madrid). **8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 43482. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Agosto 2007. **10. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACION:** Con receta médica. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. Envase de 12 comprimidos P.V.P.: 13,60€. P.V.P. I.V.A. 14,14€. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.

FICHA TÉCNICA O RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO: 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Malareone Pediátrico comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene: Atovaquona 62,5 mg, Hidrocloruro de proguanil 25 mg. Para consultar la lista de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos con película. Comprimidos de color rosa, redondos, biconvexos, y marcados en una cara con "GX G07". **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 Indicaciones terapéuticas:** Malareone Pediátrico es una combinación a dosis fija de atovaquona e hidrocloruro de proguanil que actúa como un esquizotónico sanguíneo y que también presenta actividad frente a los esquizotónicos hepáticos del *Plasmodium falciparum*. Tratamiento del paludismo agudo, no complicado, por *Plasmodium falciparum* en individuos entre 11 y 40 kg de peso. Tratamiento del paludismo agudo, no complicado, causado por *Plasmodium falciparum* en niños de peso ≥ 5 y <11 kg de peso. (Para el tratamiento del paludismo agudo, no complicado, causado por *Plasmodium falciparum* en individuos de peso entre 11 y 40 kg, por favor, remitirse a la ficha técnica de Malareone comprimidos.) Malareone es eficaz frente a *P. falciparum* resistentes a uno o más fármacos antipalúdicos. Por tanto está especialmente recomendado para la profilaxis y tratamiento frente a paludismo por *P. falciparum* en áreas donde el patógeno pueda ser resistente a uno o más agentes antipalúdicos, y también para el tratamiento del paludismo en pacientes infectados con *P. falciparum* fuera de esas áreas. **Deberán tenerse en cuenta las directrices oficiales e información local sobre prevalencia de resistencias a fármacos antipalúdicos. Normalmente las directrices oficiales incluirán las directrices de la OMS y las de las Autoridades Sanitarias. 4.2 Posología y forma de administración: Posología:** La dosis para la profilaxis y tratamiento de paludismo agudo, no complicado, causado por *P. falciparum* en niños, está basada en el peso corporal. • **Profilaxis. Dosis en individuos que pesan 11-40 kg:** Dosis/día: Intervalo de peso corporal (kg): 11-20. Atovaquona (mg): 62,5. Proguanil (mg): 25. Nº de comprimidos: Un comprimido de Malareone Pediátrico. Intervalo de peso corporal (kg): 21-30. Atovaquona (mg): 125. Proguanil (mg): 50. Nº de comprimidos: Dos comprimidos de Malareone Pediátrico. Intervalo de peso corporal (kg): 31-40. Atovaquona (mg): 187,5. Proguanil (mg): 75. Nº de comprimidos: Tres comprimidos de Malareone Pediátrico. Intervalo de peso corporal (kg): >40. Atovaquona (mg): 250. Proguanil (mg): 100. Nº de comprimidos: Sujetos de >40 kg deben recibir un comprimido de Malareone 250/100mg al día. La seguridad y efectividad de Malareone Pediátrico comprimidos para la profilaxis de la malaria en niños que pesan menos de 11 kg no ha sido establecida. La profilaxis debería iniciarse 24 o 48 horas antes de entrar en una zona geográfica donde el paludismo sea endémico • continuar durante el período de estancia, el cual no debería exceder los 28 días • continuar diariamente hasta 7 días después de abandonar dicha zona. En residentes (personas parcialmente inmunizadas) de áreas endémicas, la seguridad y efectividad de Malareone Pediátrico comprimidos ha sido establecida en estudios de hasta 12 semanas. • **Tratamiento:** Dosis/día: Intervalo de peso corporal (kg): 5-8. Atovaquona (mg): 125. Proguanil (mg): 50. Regimen de Dosis: Dos comprimidos diarios de Malareone Pediátrico, tres días consecutivos. Intervalo de peso corporal (kg): 9-10. Atovaquona (mg): 187,5. Proguanil (mg): 75. Regimen de Dosis: Tres comprimidos de Malareone Pediátrico, tres días consecutivos. **Para individuos que pesan 11 kg o más, la primera elección para el tratamiento del paludismo agudo, no complicado, causado por P. falciparum es Malareone Comprimidos (250/100 mg). Consulte la Ficha Técnica de Malareone Comprimidos respecto a la posología recomendada para este rango de peso. Malareone Comprimidos tiene una concentración cuatro veces superior a la de Malareone Pediátrico comprimidos. En circunstancias donde no haya disponibilidad de Malareone Comprimidos, entonces puede utilizarse Malareone Pediátrico comprimidos Posología en caso de disfunción hepática:** No hay estudios farmacocinéticos en niños con disfunción hepática. Sin embargo, un estudio farmacocinético en adultos indica que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia hepática grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** No hay estudios farmacocinéticos en niños con disfunción renal. Sin embargo, los estudios farmacocinéticos en adultos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moder

Director

AMADO CUADRADO FERNANDEZ

Asesor de Dirección

JUAN JOSE SANCHEZ MILLA

Consejo de Redacción

CARLOS BELTRAN DE GUEVARA BERECEBAR

IÑIGO APELLANIZ GONZALEZ

JUAN GOIRIA ORMAZABAL

JAVIER GONZALEZ CABALLERO



Comité Científico

JOSE MANUEL ALVAREZ GOMEZ. Parque de Bomberos de Valencia

JESUS ALBERT SANZ. Servicios Médicos de las Cortes Valencianas

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

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

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

M^a 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/ Urbietta, 39 1º Izqda.
20006 SAN SEBASTIAN

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

Diseño de portada: María Sol Fernández Fernández,
Amado Cuadrado Fernández y José Luis H.
Tirada de 500 ejemplares. Publicación semestral (2 números al año).

Reservados todos los derechos. No puede ser reproducida ninguna parte de la publicación, ni total ni parcialmente, sin autorización de los editores.
SESLAP no se hace responsable del contenido de los artículos. Su difusión no implica conformidad con los artículos que publica, los cuales reflejan únicamente las opiniones individuales de los autores.

Deposito legal: BI-2529-99
ISSN: 1575-8524
Publicación autorizada por
La Viceconsejería de Sanidad
como Soporte Válido.

Imprime:  garcinuño

UNA OPINIÓ...

Los Filósofos Naturalistas

editorial

Dr. Amado Cuadrado Fernández



5

La historia atribuido a Sócrates el origen de la filosofía y a Hipócrates el de la medicina.

Antes del siglo VI, los filósofos, cuyas reflexiones inspirarían los pensamientos de los médicos de los siguientes siglos, expusieron sus ideas en Jonia.

Entre ellos, se debe colocar a Pitágoras a la cabeza, reconocido como matemático, dedicó toda su vida al estudio del universo y la materia, estableciendo, la universalidad de los cuatro elementos: tierra, fuego, agua y aire, los cuales también se encuentran en el cuerpo humano.



Pitágoras combatió el misterio que rodea al conocimiento: la enseñanza del conocimiento debe ser la regla constante de los sabios.

Fué seguido por otros:

- Tales de Mileto y Anaximandro de Mileto → Toda la vida deriva del agua.
- Alceméon → Estudio del origen del embrión humano.
- Heraclito de Éfeso → El atomismo.
- Zenón de Elea → Principio de la contradicción.
- Empédocles de Agrigento → Tratado sobre la naturaleza y un discurso médico.
- Heráclito y Demócrito → Clasificación de los medicamentos.

Papel de la SESLAP en el fomento de la investigación

Dr. Carlos Álvarez Fernández. Ayuntamiento de Córdoba.

1. Introducción

En el Art. 6 de los estatutos de constitución de la SESLAP se establece como uno de los objetivos de la misma el conseguir el intercambio de experiencias de interés común a los asociados...” y la divulgación de las experiencias de los mismos.

En el Art. 7 se encuentra el origen de la revista de la asociación como soporte del trabajo científico-profesional de sus miembros.

Se desprende por tanto que una de las razones de ser de la SESLAP es la formación y divulgación de trabajos de carácter científico-profesional.

Partamos, como reza en el inicio de la web del ISCIII que la “La investigación sanitaria es un elemento necesario para el éxito de cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de los ciudadanos. La integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y un cuidado más ético y eficaz de los pacientes.” Cambiemos ciudadanos por trabajadores y hacemos nuestra también esa posición.

Es necesario conocer la frecuencia y la distribución de las enfermedades laborales para planificar adecuadamente las estrategias preventivas y asistenciales necesarias para minimizar los daños del trabajo sobre la salud. La vigilancia de la salud tiene también la función de control de la eficacia preventiva. Si como pone de manifiesto el estudio de ISTAS sobre “Estimación de la mortalidad atribuible a enfermedades laborales en España, 2004” la morbimortalidad laboral en España está más que infravalorada (podría ser resultado de un diagnóstico deficitario, de una notificación sobrecargada, de intereses económicos o empresariales, de lastre heredado por estigmatización de la misma frente al accidente de trabajo,..) también lo estará en el ámbito de la Administración Pública. ¿Cuántos de estos casos se dan y persisten en el ámbito de la administración pública? ¿Cómo podemos evaluar la eficacia de la prevención si partimos de datos incompletos respecto al daño producido?

La investigación en y a partir de los centros de trabajo no resulta fácil. Aunque el ámbito de trabajo es diferente, Atención Primaria, el trabajo de Pita Fernández, S. y Pértiga Díaz, S. “Dificultades de la investigación en Atención Primaria” nos puede ilustrar al respecto. Destacan como principales dificultades:

- Importante presión numérica (actos sanitarios o técnicos) que conllevan falta de tiempo.
- Falta de conocimiento metodológico.
- Dispersión en el trabajo.
- Falta de reconocimiento:

- No figura dentro de los objetivos de gestión.
- No valorada adecuadamente en los baremos.
- No existe carrera profesional que la contemple.

- Falta de motivación.
- Falta de estructuras de apoyo.
- Dificultades de financiación.
- Escasa tradición investigadora.

¿Cuál de las anteriores no nos afectan? Incluyamos en el “nos” a los servicios de prevención ajenos concertados para la vigilancia de la salud, higiene, seguridad o psicología en la administración pública.

La falta de conocimiento metodológico, escasa motivación y escasa tradición investigadora en son más dependientes de nosotros mismos que de la estructura. Ello lleva que en aquellas sociedades en las que existe suficiente oferta y rigor metodológico sean numerosas los rechazos de trabajos de investigación. Así lo ilustra el cuadro elaborado por Pita Fernández respecto al XIII Congreso de la SEMFYC.

Tabla I: Motivo de no aceptación de comunicaciones orales

38.18%	Tema reiteradamente expuesto
28.2%	Trabajo invaluable. No aporta elementos
27.2%	Las conclusiones no se derivan del estudio realizado o de los resultados obtenidos
26.9%	El tipo de estudio no es el apropiados para alcanzar los objetivos de mismo
16.7%	Presencia de sesgo de selección de información o confusión que invalidan el estudio.
12.2%	Objetivos mal definidos
11.9%	Resultados no cuantificados
10.5	Presentación inadecuada de resultados
8.8%	Análisis incorrecto del estudio
6.5%	Selección de muestra inadecuada
4.8%	El tema o no está o lo está escasamente relacionado con AP
4.8%	No hay conclusiones
4.4%	Tamaño de la muestra inadecuado

Destaca un 38% de estudios no aceptados por tema reiterativo, lo que viene a demostrar uno de los fallos estructurales básicos del sistema de investigación, la ausencia de priorización. Mucho trabajo poco rentable. En nuestro caso, la Administración Pública, llegaría a rozar el mal uso de recursos públicos. Siguiendo a Camí J, la jerarquización es posible si se combina identificación de objetivos o preguntas de identificación con el análisis y valoración de los recursos disponibles y potenciales.

No hemos encontrado estudios semejantes realizados respecto a cualquiera de los congresos de la SESLAP por lo que no nos ha sido posible comparación alguna.

El tipo de investigación que se realizan tanto en el ámbito de la medicina del trabajo como de la atención primaria se corresponden mayoritariamente con estudios descriptivos. Los temas de investigación predominantes son clínicos, organizativos, de administración, promoción de salud y prevención.

Los trabajos que se presentan en los congresos nacionales de sociedades como las citadas pueden clasificarse como pertenecientes a tres áreas o categorías: resultados de investigación, comunicación de experiencias y proyectos de investigación.

Muchos autores reconocen que cada vez más, a pesar de las dificultades y errores, se investiga más fuera de los centros hospitalarios. Por lo menos son más las comunicaciones que se presentan a congresos de atención primaria y espero quede demostrado también respecto a la SESLAP.

TABLA II. Comunicaciones presentadas y aceptadas en los congresos de la semFYC. Periodos 1991/93, 2002/2005.

Año	Presentadas (n)	Aceptadas (n)	Porcentaje de aceptación
1991, Santander	362	123	33.90%
1992, Sevilla	485	247	50.95%
1993, A Coruña	652	258	54.90%
2002, Madrid	830	228	27.50%
2003, Barcelona	829	397	48.00%
2004, Sevilla	1.061	583	55.00%
2005, Santiago	932	469	50.30%

04 de noviembre. Dr. S. Pita Fernández. Presidente del Comité Científico. Jano

El papel que la SESLAP puede desempeñar en el fomento de la investigación en prevención de riesgos para la salud de los trabajadores no será diferente a la que Frco J. Alonso Moreno, en su trabajo sobre la investigación clínica en AP, establece para las sociedades científicas.

Papel de las sociedades científicas en el fomento de la investigación:

- acercamiento de la formación a los profesionales
- promoción de la investigación y consolidación de grupos multidisciplinares que agrupen a diversos centros de prevención
- fomento de líneas de investigación sobre temas prioritarios (donde debemos contar también con las secciones de salud laboral de los representantes de los trabajadores)
- facilitar la publicación de los trabajos
- prestar la ayuda metodológica en investigación
- facilitar la coordinación con las áreas administrativas

La SESLAP es una sociedad pequeña, por circunscrita a la Administración Pública, si la comparamos con otras como la SEMST, la AEEMT o la SEMFYC por ejemplo. También es joven como resultado de una tardía inclusión de la salud laboral en el ámbito de la función pública. Por ello puede considerarse que está dando si no los primeros pasos, sí los

segundos en su quehacer profesional y científico. Si el esfuerzo organizativo, profesional y científico que genera presenta algunas deficiencias, a ello se corresponden de manera primordial. Mas una revisión crítica de lo hasta ahora realizado y un análisis de perspectivas puede llevar a facilitar la elaboración de un programa estratégico en investigación en salud laboral referido al nuestro ámbito, el de la administración pública.

Los autores del presente trabajo valoran los congresos de la asociación como el elemento más dinamizador de la actividad investigadora pues se convierten sin duda en el marco más querido, público y cercano para dar a conocer los trabajos de investigación primaria aplicada.

2. Justificación

Desde su constitución como organización se han celebrado dieciséis congresos nacionales, un número apropiado para hacer balance de la divulgación e intercambio de experiencias científicas y profesionales llevada a cabo a través de las comunicaciones orales en los mismos.

Los objetivos del presente trabajo son:

- conocer la evolución cuantitativa de las comunicaciones orales en los distintos congresos de la sociedad.
- conocer de la distribución por distintos tipos de investigación
- conocer de la distribución de las comunicaciones por temas tratados.
- conocer de las normas de revisión de comunicaciones para su aceptación o rechazo.
- comparar actividad investigadora congresual con la de otras áreas de la asociación como son la revista y la página web
- conocer de la existencia de grupos formales e informales de investigación
- conocer de la existencia de grupos de trabajo en red para estudios multicéntricos

3. Material y método

El trabajo se realiza bajo el método de revisión de los estudios, comunicaciones orales, presentados en congresos de SESLAP. Arranca la revisión en el XIII Congreso (Cáceres) y concluye en el último celebrado, el de Navarra (XVI). Se inicia el trabajo con la documentación de Cáceres dado que aunque en la página web de la SESLAP viene información sobre congresos anteriores, A Coruña, San Sebastián, Bilbao y Zaragoza, no existe acceso a las comunicaciones de los congresistas si las hubo y por lo tanto no nos ha sido posible conocer de estos congresos los datos analizados en los restantes. Se hace una clasificación atendiendo a:

- tipología de la comunicación (estudio de investigación epidemiológica, experiencias, organizativa o de gestión y de actualización)
- especialidades (medicina del trabajo, psicología y ergonomía, seguridad, higiene y no específica)
- temas (cardiovascular, respiratorio, osteomuscular, valores límite admisibles, trabajos críticos,..)
- local o multicéntrico
- congreso en el que se presenta
- sobre el autor primer firmante (comunidad autónoma de trabajo, administración y profesión)



Resultados:
Tabla 1: Total comunicaciones

Cáceres: 33
 Reus: 18
 Córdoba: 28
 Navarra: 61
 Total 140

	Cáceres	Reus	Córdoba	Navarra	Total	%
--	---------	------	---------	---------	-------	---

Tabla 2: Según tipo comunicación

Actualización	1	0	0	18	19	13.57
Caso clínico	1	1	0	0	2	1.42
Epidemiológicos	16	8	18	26	68	48.57
Experiencias	8	5	9	7	30	21.42
Organizativa-gestión	7	3	1	10	21	15

Tabla 3: Según especialidad

Gestión	10	3	6	9	28	20
Higiene	2	0	0	4	6	4.28
Medicina	14	10	8	21	53	37.2
Seguridad	3	0	5	9	17	12.1
Psicoergonomía	4	5	9	18	36	25.7

Tabla 4: Temas

Absentismo	2	0	0	1	3	2.29
Accidentes	2	0	2	3	7	5.34
Acoso	1	2	0	1	4	3.05
Burnout	0	2	2	2	6	4.58
Cardiovascula	1	4	5	7	17	12.97
Carga mental	0	0	1	4	5	3.81
Construcción	3	1	0	1	5	3.81
Control calidad	4	0	1	1	6	4.58
Enfdad profesional	0	1	0	1	2	1.52
Estrés	3	1	1	2	7	5.34
Eval Fac. psicosis	0	0	0	5	5	3.81
Eval. Gral riesgos	0	0	0	7	7	5.34
Gral. prevención	7	2	3	0	12	9.16
Locomotor	4	1	1	1	7	5.34
Modelos evaluación	2	1	0	0	3	2.29
Otras clínicas	1	2	2	4	9	6.87
Riesgo biológico	1	0	3	4	8	6.10
Sahos	0	0	0	2	2	1.52
Sistemas de gestión	0	0	0	1	1	0.76
Toxicología	0	1	0	4	5	3.81
Otras:	2	0	6	2	10	7.63

Tabla 5: Comunidad de origen

Andalucía	5	3	8	23	39	29.88
Aragón	2	0	0	0	2	1.48
Castilla-La Mancha	2	0	2	0	4	2.92
Cataluña	2	0	1	1	4	2.92
Comunidad de Madrid	2	1	1	1	5	3.70
Comunidad Valenciana	2	3	2	2	9	6.66
Extremadura	8	0	1	9	18	13.33
Islas Baleares	0	1	5	7	13	9.62
Islas Canarias	0	0	0	2	2	1.48
Murcia	6	3	4	1	14	10.37
Navarra	1	0	1	2	4	2.92
País Vasco	1	1	1	6	9	6.66
Principado Asturias	2	0	1	2	5	3.70
Internacional/Nsdi	0	6	1	0	7	5.18

Tabla 6: Administración de origen

Central	3	0	1	1	5	3.57
Autonómica	22	6	21	40	89	63.57
Local	7	7	5	17	36	25.71
No AP/Mutuas	1	0	2	3	6	4.28
Nsdi	0	5	0	0	5	3.57

Tabla 7: Profesión primer autor

Delegado prevención	0	0	1	1	2	1.48
Directivo	2	0	0	1	3	2.22
Enfermera	0	0	2	6	8	5.92
Médico	22	11	21	24	78	57.7
TSPRL	9	0	4	23	36	26.6
Nsdi	0	7	0	1	8	5.92

Trabajos locales/Multicéntricos: no se tiene referencia de trabajos realizados en distintas ciudades o administraciones por distintos equipos de investigación coordinados. Si existen dos ponencias, una en Bilbao y otra en Cáceres que responden a la categoría de trabajo multicéntrico

Tabla 1: N° de comunicaciones

Existe una clara tendencia al alza, al igual que se da en el de otras sociedades científicas similares, en el número de comunicaciones presentadas en los últimos cuatro congresos, salvo en el XIV y ello probablemente secundario a dificultades organizativas.

Tabla 2: Tipo de comunicaciones

Destacan las de carácter epidemiológico transversal. Se echan en falta, probablemente debido a su complejidad y costo, los estudios epidemiológicos analíticos y prospectivos. En cambio sí sorprende la ausencia de estudios tipo caso-control muy frecuentes en otros foros.

No se ha evaluado el valor metodológico de cada estudio epidemiológico presentado por quedar fuera de este primer acercamiento a la valoración de la labor investigadora y de difusión a través de los congresos de la SESLAP.

Como no podía ser de otra manera también tienen gran importancia las comunicaciones sobre experiencias llevadas a cabo en los distintos servicios de prevención. Cada congreso de la SESLAP se convierte en el escaparate de las actividades más notorias y relevantes que sus autores, sin falta modestia, entienden pueden ser de interés para el conjunto de los que trabajan en los SP de las Administraciones Públicas.

Las comunicaciones de carácter organizativa-gestión constituyen el 15% de las comunicaciones presentadas, traduciendo el interés que por la introducción de sistemas de evaluación, de gestión, de control de calidad,.. para la mejora del logro de los objetivos que la LPRL establece.

Tabla 3. Especialidad

Reproduciendo su origen destacan las comunicaciones de la especialidad medicina del trabajo. En segundo lugar y casi con un 30%, debido al impulso de los dos últimos congresos, se sitúa la psicología y ergonomía que se presenta ya como un área principal. Los trabajos sobre higiene son los más escasos, traduciendo de manera indirecta el campo de trabajo de la gran mayoría de la AP.

Tabla 4. Temas

El temario tratado a través de las comunicaciones resulta extensivo, reflejo de la amplitud de tareas que se desarrollan en los SP de la AP.

En la especialidad médica hay que hacer dos anotaciones. Primera, el papel preponderante que el área cardiovascular (obesidad, factores de riesgo, síndrome metabólico...) tiene, reflejo de su importancia en la morbimortalidad de la población. Segunda, señalar las ausencias o escasez investigadora en temas que a priori se muestran prioritarios por la medi-

cina del trabajo, también en la AP, como son estudios sobre la incidencia y prevalencia de enfermedades de carácter profesional y laboral, estudios epidemiológicos de absentismo y su relación con las condiciones de trabajo, repercusión de las condiciones de salud sobre la accidentabilidad, adicciones (además del tabaquismo), causas de inadecuación total o parcial para el trabajo, sensibilidad especial de los trabajadores, patología por exposición a ruido,..

La evaluación, vigilancia y control del riesgo biológico se muestra como una de las áreas de mayor interés en el área médica. Ello no es de extrañar dada la importancia creciente de los servicios de prevención en hospitales y servicios de salud de las autonomías además de su posible presencia en numerosos puestos de trabajo de la administración sea local o central.

En la especialidad de psicología y ergonomía destacan los que hacen referencia a la primera zona y como no podía ser de otra manera los temas principales están claros: estrés, burnout y acoso. Se han realizado estudios globales sobre factores psicosociales y condiciones de trabajo pero es el parecer de los autores que escasean en relación a su importancia salvo en el congreso de Navarra donde al fin tienen una presencia más que significativa con cinco trabajos globales.

Además de los temas sobre los que se han desarrollado más trabajos hay otros que no por su infrecuencia carecen de interés. Además de preocupación por las tareas básicas en los congresos de la SESLAP también se produce, y ello nos parece de elevado interés profesional tanto en cuanto es una señal inequívoca de viveza, diversidad. Citamos algunos como comunicación, historia clínica, economía, epis, transporte, percepción riesgo, planes de emergencia, promoción de la salud, pvd, ruido... Consideramos que la ausencia casi de trabajos sobre pvd viene a indicar que a estas alturas que es un tema menor, de discomfort más que de causa de enfermedad y a ello ha contribuido sin duda el avance tecnológico y la modernización y equipamiento de la administración en los últimos años.

Tabla 5. Comunidades Autónomas

Aquí sí se produce cierta sorpresa por separarse de manera nítida de lo que es habitual en otros congresos de carácter más o menos similar como son los de las sociedades españolas de medicina del trabajo, de seguridad o de atención primaria. El distanciamiento se produce porque no son las comunidades de Cataluña y Madrid las más activas. Andalucía con casi el 30% destaca de manera solitaria pero si se produjera una corrección por la extensión o habitantes, tendrían una producción similar a la de comunidades como Extremadura, Murcia o Islas Baleares o País Vasco.

Tabla 6. Administración

Son los organismos dependientes de las CCAA dónde más comunicaciones se producen con el 63% de las mismas. En segundo lugar la Administración Local con el 25%, cifra que aunque importante nos parece alejada de la que por extensión de la misma (Ayuntamientos y Diputaciones) podría darse. Casi anecdótica la presencia de la Administración



Central, de los SP de las Mutuas que tienen concertada la prevención de riesgos de la Administración y también de los entes dependientes de las organizaciones sindicales.

Tabla 7. Profesión del primer firmante

Médicos con el 57% acaparan la mayoría de los trabajos presentados en todos los congresos. A este colectivo se va sumando y de una manera importante a partir de los tres últimos congresos otros dos colectivos de profesionales. El más significativo el de Técnicos Superiores en Prevención de Riesgos Laborales seguidos de la Enfermería del Trabajo.



10

CONCLUSIONES

- 1ª Los congresos de la sociedad se erigen en el motor de la divulgación del trabajo científico-profesional de los asociados.
- 2ª Se observa un progresivo aumento en la participación congresual mediante comunicaciones.
- 3ª Sería conveniente que el comité científico de cada congreso confeccionara una hoja resumen sobre las comunicaciones orales y póster recibidas (cuantitativa), el método seguido para la aceptación o rechazo así como el número y causa de las rechazadas.
- 4ª La SESLAP es una sociedad científica accesible a todas las personas con cualificación técnica que trabaje en la prevención de riesgos laborales en el ámbito de la administración pública. Así no es una asociación de médicos del trabajo ni de técnicos prevenciónistas sino de su suma. Ello no quiere decir que estén igualmente representados ni participen por igual. Aunque en principio sea lógica esa desigualdad dado que la mayoría de los primeros profesionales que en el ámbito de la salud laboral trabajaron en la administración fueron médicos y en la local como muestra el origen de la misma SESLAP, se observa una tendencia manifiesta a una corrección del desequilibrio.

5ª Dada la reiteración de algunas temáticas y la ausencia de otras relevantes en la actividad preventiva en la AP, la sociedad puede fomentar líneas de trabajo, bien a través de la revista, bien mediante los foros de la web o mediante temas centrales de los congresos.

6ª Hay que trascender de los aspectos locales a los globales. Hay que desarrollar trabajos multicéntricos y que respondan a la metodología científica normalmente aceptada. Sólo así conseguiremos la excelencia como organización.

7ª. La asociación debe fomentar y canalizar la colaboración investigadora con la administración. Debe buscar convertirse en el referente asesor científico para todo lo relacionado con la salud laboral en la Administración y para ello una de las maneras más convincentes es hacernos visibles como asociación que investiga de manera que cumple con sus criterios de exigencia.

8ª La concentración de comunicaciones en áreas de la administración y comunidades puede ser reflejo de tres factores, extensión y desarrollo de los sp en la administraciones, de la penetración de la SESLAP en las distintas comunidades y también de la existencia de grupos individuales con afán de investigación (Murcia, Islas Baleares,...)

8ª La SESLAP en su conjunto debe hacer un esfuerzo para normalizar su presencia asociativa y también participativa en todas las Comunidades Autónomas.

8ª Debe seguir incentivándose la participación del conjunto profesional de enfermería del trabajo.

9ª Muchos centros de trabajo de la AP tienen concertados con SPA alguna o la totalidad de las especialidades preventivas. La participación de estos en los congresos de la SESLAP es escasa, desviándose gran cantidad de información sobre la salud y condiciones de trabajo en los mismos. Se hace necesaria su mayor implicación.

Premio al que se presenta: SESLAP

Anexo I:

XIII CÁCERES

Total comunicaciones: 33

Tipo comunicación:

Actualización	1
Caso clínico	1
Epidemiológicos	16
Experiencias	8
Organizativa-gestión	7

Especialidad:

Gestión	10
Higiene	2
Medicina	14
Seguridad	3
Psicosociología-Ergonomía	4

Temas:

Absentismo	2
Accidentes	2
Acoso	1
Alergia	0

Burnout	0
Cardiovascular	1
Carga mental	0
Construcción	3
Control calidad	4
Comunicación	0
Digestivo	1
Economía	0
Enfermedad profesional	0
Estrés	3
Formación	3
General de prevención	7
Locomotor	4
Modelos evaluación	2
Otras clínicas	0
Percepción riesgo-salud	0
Promoción salud	0
PVD	1
Riesgo biológico	1
Ruido	1
Satisfacción	0
Toxicología	0

Comunidad de origen:

Andalucía	5
Aragón	2
Castilla-La Mancha	2
Cataluña	2
Extremadura	8
Comunidad de Madrid	2
Comunidad Valenciana	5
Murcia	6
Navarra	1
País Vasco	1
Principado Asturias	2

Administración:

Central	3
Autonómica	22
Local	7
No AP/Mutuas	1

Profesión primer autor:

Delegado prevención	0
Directivo	2
Enfermera	0

Médico	22	Administración:		Extremadura	1
TSPRL	9	Central	0	Comunidad de Madrid	1
		Autonómica	6	Comunidad Valenciana	2
		Local	7	Islas Baleares	5
		No AP/Mutuas	5	Murcia	4
				Navarra	1
				País Vasco	1
				Principado Asturias	1
				Internacional	1
XIV REUS		Profesión primer autor:		Administración:	
Total comunicaciones:	18	Delegado prevención	0	Central	1
Tipo comunicación:		Directivo	0	Autonómica	21
Actualización	0	Enfermera	0	Local	5
Caso clínico	1	Médico	11	No AP/Mutuas	2
Epidemiológicos	8	TSPRL	0		
Experiencias	6	Nsdi	7		
Organizativa-gestión	3				
Especialidad:		XV CÓRDOBA		Profesión primer autor:	
Gestión	3	Total comunicaciones:	28	Delegado prevención	1
Higiene	0	Tipo comunicación		Directivo	0
Medicina	10	Actualización	0	Enfermera	2
Seguridad	0	Caso clínico	0	Médico	21
Psicosociología-Ergonomía	5	Epidemiológicos	18	TSPRL	4
		Experiencias	9		
		Organizativa-gestión	1		
Temas:		Especialidad:		XVI NAVARRA	
Absentismo	0	Gestión	6	Total comunicaciones:	61
Accidentes	0	Higiene	0	Actualización	18
Acoso	2	Medicina	8	Caso clínico	0
Alergia	0	Seguridad	5	Epidemiológicos	26
Burnout	2	Psicosociología-Ergonomía	9	Experiencias	7
Cardiovascular	4			Organizativa-gestión	10
Carga mental	0	Temas			
Construcción	1	Absentismo	0	Especialidad:	
Control calidad	0	Accidentes	2	Gestión	9
Comunicación	0	Acoso	0	Higiene	4
Digestivo	0	Alergia	1	Medicina	21
Economía	0	Burnout	2	Seguridad	9
Enfermedad profesional	1	Cardiovascular	5	Psicosociología-Ergonomía	18
Estrés	1	Carga mental	1		
Formación	0	Construcción	0	Temas	
General de prevención	2	Control calidad	1	Absentismo	1
Locomotor	1	Comunicación	1	Accidentes	3
Modelos evaluación	1	Digestivo	0	Acoso	1
Otras clínicas	2	Economía	1	Alergia	0
Percepción riesgo-salud	0	Enfermedad profesional	0	Burnout	2
Promoción salud	0	Estrés	1	Campos emagnéticos	1
PVD	0	Formación	0	Cardiovascular	7
Riesgo biológico	0	General de prevención	3	Carga física	4
Ruido	0	Locomotor	1	Carga mental	1
Satisfacción	0	Modelos evaluación	0	Cartera servicios	1
Toxicología	1	Otras clínicas	1	Construcción1	
		Percepción riesgo-salud	3	Control calidad1	
		Promoción salud	1	Comunicación0	
		PVD	0	Economía0	
		Riesgo biológico	3	Enfermedad profesional2	
		Ruido	0	Epis1	
		Satisfacción	1	Estrés2	
		Toxicología	0	Evaluación factores psicosociales 5	
				Evaluación general riesgos7	
Comunidad de origen:		Comunidad de origen:		Historia clinica1	
Andalucía	3	Andalucía	8	Locomotor2	
Aragón		Aragón	0	Modelos evaluación0	
Castilla-La Mancha		Castilla-La Mancha	2	Otras clínicas:	4
Cataluña		Cataluña	1	Percepción riesgo-salud	0
Extremadura					
Comunidad de Madrid	1				
Comunidad Valenciana	3				
Islas Baleares	1				
Murcia	3				
Navarra					
País Vasco	1				
Principado Asturias					
Nsdi	6				



Promoción salud	0	Castilla-La Mancha	0	Administración:	
Plan emergencia	2	Cataluña	1	Central	1
PVD	0	Comunidad de Madrid	1	Autonómica	40
Riesgo biológico	4	Comunidad Valenciana	2	Local	17
Ruido	0	Extremadura	9	Mutuas	3
Satisfacción	0	Galicia	4	Nsdi	
Sistema gestion	1	Islas Baleares	7		
Transporte	1	Islas Canarias	2	Profesión primer autor:	
Sahos	2	Murcia	1	Delegado prevención	1
Toxicología	2	Navarra	2	Directivo	1
Vibraciones	1	País Vasco	6	Enfermería	6
		Principado Asturias	2	Medicina del trabajo	24
Comunidad de origen:		Valenciana	2	TSPRL	27
Andalucía	23	Nsdi/internacional	0	Psicología	1
Aragón	0				



BIBLIOGRAFÍA

Alonso Moreno FJ. Necesidades, problemas y prioridades investigadoras en atención Primaria.

Pita Fernández S Evaluación de comunicaciones del XIII Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria 1994; 13: 150-2

Rodés Teixidor J Presente y futuro de la investigación biomédica en España. Revista Clínica Española 2001; 201: 431-5.

Cuéllar de León Aj, Ruíz García V. ¿Qué impacto tuvieron las comunicaciones del último Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria de la Mancha. En prensa.

Camí J. Priorización de la investigación biomédica: implicaciones para la investigación en salud pública y servicios sanitarios. Gaceta Sanitaria 2000.; 14: 327-9

Camí J, Suñen E, Carbó JM, Coma L. Producción Científica Española en Biomedicina y Ciencias de la Salud (1994-2000). [Internet]. Informe del Instituto de Salud Carlos III-Fondo de Investigación Sanitaria.



Boletín de solicitud de SUSCRIPCIÓN 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/ Urbietta, 39 - 1º Izquierda
20006 SAN SEBASTIAN



agenda de congresos

**XIII CONGRESO NACIONAL SEMST**

Valencia, 5, 6 y 7 de mayo de 2010 • La salud laboral compromiso de todos
Secretaría técnica DRUG FRAMA CONGRESOS • C/Antonio López 249-1º
28041 Madrid • 917921365

**1ST INTERNATIONAL CONGRESS ON OCCUPATIONAL RISK ON HEALTH CARE SECTOR**

Octubre 2009 28/30 • Palacio de Congresos de Madrid • Paseo de la Castellana, 99
28046 Madrid • SECRETARIA TÉCNICA • Genesi Event S.r.l. • Via Piave, 12
61040 Castelvecchio (PU) Italia • Tel. +39 0721 955866 (b.a.) • Fax +39 0721 955810
Mov. +39 3939599047 - +39 3939598032 • E-mail: madrid2009.segreteria@genesi-srl.net

**PRIMER ENCUENTRO ANDALUZ DE TÉCNICOS SUPERIORES EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

Lugar de celebración: Sevilla, Hotel NH Central Convenciones • Fecha: 25 y 26 de Junio de 2009

**4ª CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE NANOTECNOLOGÍAS - SALUD EN EL TRABAJO Y SALUBRIDAD DEL MEDIO AMBIENTE (NANOEH2009)**

26/08/2009 - 29/08/2009 • Seguridad, General • FIOH Helsinki, Finlandia
358 30 474 2851 • www.ttl.fi/nanoeh2009



Protección de la maternidad en el trabajo. Revisión y crítica.

Jesús Mateos Rodríguez

Médico del Trabajo. Servicio de Prevención del Servicio Extremeño de Salud.
Área de Salud de Cáceres. Complejo Hospitalario de Cáceres.

RESUMEN:

Se revisa la legislación relativa a la protección específica de las trabajadoras embarazadas o en situación de lactancia natural en relación con los riesgos derivados de su trabajo, así como diversa bibliografía y guías de actuación generadas sobre el tema. Se plantea una discusión crítica sobre los aspectos que se consideran más controvertidos al respecto.

ABSTRACT:

Legislation, diverse bibliography and action guides relating to the specific protection of the worker in situation of pregnancy or natural lactation in relation to the labor risk is revised. We carried out a critical discussion about the more controversial aspects on the matter.

KEY WORDS:

Pregnancy workers, Workers in natural lactation situation, Labor risk, Protection.

PALABRAS CLAVE:

Trabajadora gestante, Trabajadora en lactancia natural, Riesgos laborales, Protección.

INTRODUCCIÓN

En un sentido amplio de maternidad no debemos olvidar que los riesgos derivados del trabajo pueden influir negativamente no sólo sobre la gestación sino también sobre las posibilidades de que ésta tenga lugar, es decir, sobre la fertilidad tanto de mujeres como de hombres, así como sobre la propia descendencia (figura1).

La gestación, por supuesto, supone una situación especial de la mujer trabajadora en la que determinados riesgos existentes en el lugar de trabajo pueden tener unas consecuencias nocivas sobre el desarrollo del embarazo o sobre el nuevo ser que se está gestando, lo que obliga a que esos riesgos laborales a los que la trabajadora está expuesta en su trabajo habitual sean especialmente valorados en relación con la especial sensibilidad a los mismos que esta nueva situación conlleva. Así mismo los cambios que se producen en el organismo de la trabajadora a lo largo del embarazo van condicionar en muchos casos el desempeño de ciertas tareas o la acomodación a determinados procedimientos o ambientes de trabajo, que deben adaptarse a esa nueva situación (figura 2).

Se hace necesario pues, un sistema de protección especial que garantice la seguridad y la salud de la trabajadora embarazada y de su hijo y, por ello, desde hace tiempo diversas normas internacionales recogen esta obligación. Cabe destacar el Convenio 183 y la Recomendación 191 de la OIT, de 2000, sobre protección de la maternidad, así como la Directiva 92/85/CEE sobre aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia.

En España, como se detalla más adelante, también se ha desarrollado un marco normativo para la protección específica de la maternidad ante los riesgos derivados del trabajo.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisaremos el marco normativo actual de la protección especial de la maternidad en nuestro país, así como diversas guías de actuación u orientación en este tema.

La Ley 39/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, en la redacción inicial de su artículo 26, confiere una especial protección a la maternidad cuando establece que la evaluación de riesgos debe contemplar la exposición de trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente y que si hay algún riesgo para la seguridad y la salud o una posi-



ble repercusión sobre el embarazo o la lactancia de las trabajadoras, el empresario debe adaptar las condiciones o el tiempo de trabajo de las mismas, incluyendo la no realización de trabajo nocturno o trabajo a turnos; y que si eso no fuese posible, o fuese insuficiente a juicio del facultativo que la asiste, la trabajadora debe desempeñar un puesto de trabajo o función diferente compatible con su estado, incluso en otro grupo o categoría conservando las retribuciones de su puesto de origen. Siendo todo ello aplicable durante el período de lactancia si las condiciones del trabajo pudiesen influir negativamente en la salud de la mujer o del hijo. Consignó también esta norma desde el inicio el derecho de la embarazada a asistir en horario laboral, siempre que esté justificado, a los exámenes prenatales y a las técnicas de preparación al parto.

El Real Decreto 39/1979 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención establece, en su artículo 37 punto 3 apartado g, que el personal sanitario del servicio de prevención estudiará y valorará especialmente los riesgos que puedan afectar a las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente y propondrá las medidas preventivas adecuadas.

La Ley 39/1999 de conciliación de la vida familiar y laboral de las mujeres trabajadoras establece que han de ser los Servicios Médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o de las Mutuas, en función de la entidad con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales, quienes, con el informe del médico del Servicio Nacional de Salud que asista facultativamente a la trabajadora, certifiquen que a pesar de la adaptación de las condiciones de trabajo éstas pueden influir negativamente en la salud e la trabajadora embarazada o del feto y ésta debe desempeñar un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado. Así mismo, establece la posibilidad, cuando el cambio no pudiese ser llevado a efecto, de que la trabajadora pueda pasar a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, que ya recogía el artículo 45 del Real Decreto Legislativo 1/1995 del Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

La cobertura, los requisitos, procedimientos y las prestaciones económicas de esta situación de suspensión del contrato por riesgo quedan reguladas por el Real decreto 1251/2001 por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo, en desarrollo de la Ley anterior.

La Ley por la igualdad efectiva entre mujeres y hombres (Ley 3/2007) establece la suspensión del contrato

por riesgo también durante la lactancia natural de hijo menor de nueve meses.

Por último, recientemente, el Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, ha modificado el Real Decreto 39/1997 que aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, incluyendo las listas no exhaustivas de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que deben ser evaluados y de agentes o condiciones de trabajo expresamente prohibidos en casos de trabajadoras embarazadas o en período de lactancia que se recogían en la Directiva 92/85/CEE.

En la figura 3 se resumen esquemáticamente las principales aportaciones de cada una de las normas comentadas.

Después de todas las estas modificaciones, el artículo 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales queda redactado de la siguiente manera:

“ 1. La evaluación de los riesgos a que se refiere el artículo 16 de la presente Ley deberá comprender la determinación de la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico. Si los resultados de la evaluación revelasen un riesgo para la seguridad y la salud o una posible repercusión sobre el embarazo o la lactancia de las citadas trabajadoras, el empresario adoptará las medidas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo, a través de una adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo de la trabajadora afectada.

Dichas medidas incluirán, cuando resulte necesario, la no realización de trabajo nocturno o de trabajo a turnos.

2. Cuando la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo no resultase posible o, a pesar de tal adaptación, las condiciones de un puesto de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la trabajadora embarazada o del feto, y así lo certifiquen los Servicios Médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o de las Mutuas, en función de la Entidad con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales, con el informe del médico del Servicio Nacional de Salud que asista facultativamente a la trabajadora, ésta deberá desempeñar un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado. El empresario deberá determinar, previa consulta con los representantes de los tra-



bajadores, la relación de los puestos de trabajo exentos de riesgos a estos efectos.

El cambio de puesto o función se llevará a cabo de conformidad con las reglas y criterios que se apliquen en los supuestos de movilidad funcional y tendrá efectos hasta el momento en que el estado de salud de la trabajadora permita su reincorporación al anterior puesto.

En el supuesto de que, aun aplicando las reglas señaladas en el párrafo anterior, no existiese puesto de trabajo o función compatible, la trabajadora podrá ser destinada a un puesto no correspondiente a su grupo o categoría equivalente, si bien conservará el derecho al conjunto de retribuciones de su puesto de origen.

3. Si dicho cambio de puesto no resultara técnica u objetivamente posible, o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, contemplada en el artículo 41.d del Estatuto de los Trabajadores, durante el período necesario para la protección de su seguridad o de su salud y mientras persista la imposibilidad de reincorporarse a su puesto anterior o a otro puesto compatible con su estado.

4. Lo dispuesto en los números 1 y 2 de este artículo será también de aplicación durante el período de lactancia natural, si las condiciones de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la mujer o del hijo y así lo certifiquen los Servicios Médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o de las Mutuas, en función de la Entidad con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales, con el informe del médico del Servicio Nacional de Salud que asista facultativamente a la trabajadora o a su hijo. Podrá, asimismo, declararse el pase de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante la lactancia natural de hijos menores de nueve meses contemplada en el artículo 41.d del Estatuto de los Trabajadores, si se dan las circunstancias previstas en el número 3 de este artículo.

5. Las trabajadoras embarazadas tendrán derecho a ausentarse del trabajo, con derecho a remuneración, para la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto, previo aviso al empresario y justificación de la necesidad de su realización dentro de la jornada de trabajo”.

Este marco normativo obliga a un proceso de actuación complejo en el que intervienen varios actores y

que ha sido necesario aclarar y fijar en procedimientos para el conocimiento y guía de las partes implicadas. Así han sido varias las Comunidades Autónomas, Centrales Sindicales y otras Administraciones que han editado y publicado monografías o guías que ayuden a conocer la normativa al respecto y a entender el procedimiento a seguir en los casos de trabajadoras en situación de embarazo, parto reciente o lactancia natural. Algunas de ellas, a modo de ejemplo se citan en la bibliografía de este artículo. En general, el procedimiento básico de abordaje de estas situaciones es el que se esquematiza en la figura 4.

Ahora bien, una vez establecido el procedimiento administrativo en el que se ha de desarrollar el derecho a la protección específica de la maternidad en el ámbito laboral, hay que definir los criterios científicos sobre los que la práctica de ésta protección debe sustentarse de una manera uniforme, es decir, los factores de riesgo o las condiciones de trabajo que pueden tener efectos perjudiciales en la mujer embarazada o en el feto, y que por tanto hay que valorar especialmente. A este respecto, como se ha dicho, la Directiva 92/85/CEE recomienda la no realización de trabajos nocturnos durante el embarazo e incluye un anexo con una lista no exhaustiva de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que deben ser evaluados y otro con agentes o condiciones de trabajo expresamente prohibidos en casos de trabajadoras embarazadas o en período de lactancia, que han sido transpuestas al ordenamiento español mediante el Real Decreto 298/2009.

En alguna normativa específica se recogen recomendaciones concretas relativas a las trabajadoras embarazadas en el ámbito de aplicación de las mismas como, por ejemplo, en el Real Decreto 783/2001 de Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, donde se establecen límites de dosis específicos para esta situación. Y algunas instituciones han elaborado criterios para abordar riesgos concretos en el embarazo, como por ejemplo la manipulación de cargas.

En enero de 2008, a instancias del INSS, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) publicó un documento que concreta los riesgos que pueden afectar al embarazo (a los que estructura según una curiosa clasificación en físicos, químicos, biológicos, ambientales y derivados de procedimientos industriales) al tiempo que revisa la normativa internacional sobre los mismos. Ese mismo año, en una incomprensible duplicidad de esfuerzos, han visto la luz a la par dos guías clínicas para la prevención de riesgos



durante el embarazo y la lactancia, especialmente centradas en el ámbito sanitario, una de ellas elaborada por la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo y otra por la Asociación Nacional de Médicos del Trabajo del Ámbito Sanitario.

DISCUSIÓN

Es evidente que el médico del trabajo es el especialista capacitado y competente para valorar los riesgos laborales que pueden abocar en daños derivados del trabajo para los trabajadores, en general, y para los trabajadores especialmente sensibles a los mismos por sus condiciones biológicas específicas, como es el caso del embarazo, el parto reciente o la lactancia. Es evidente también que es, así mismo, el especialista capacitado y competente para proponer las medidas preventivas oportunas y necesarias para evitar la producción de daños derivados el trabajo en las distintas circunstancias. No cabe duda, además, de que las guías clínico-laborales recientemente aparecidas, antes mencionadas, van a suponer una gran ayuda para llevar a la práctica esos cometidos con la buena praxis exigible.

Sin embargo, la última situación posible en la protección de la maternidad en el trabajo (el subsidio por riesgo), amparada en la normativa que hemos revisado, es de hecho una prestación social y económica que reserva al médico del trabajo, como también ocurre con otros aspectos relacionados con la salud de los trabajadores, un papel impreciso y poco relevante.

Si bien es verdad que el primer paso del procedimiento establece que el empresario adoptará las medidas necesarias para adaptar el puesto de trabajo de la trabajadora embarazada o en período de lactancia, y podemos entender que lo hará siguiendo las recomendaciones dadas por el personal sanitario de los servicios de prevención tal como les encarga el artículo 37 del Reglamento de los servicios de prevención, no es menos cierto que en el artículo 26 de la LPRL no se menciona explícitamente en ningún momento al médico del trabajo y sí a los médicos del INSS o de las Mutuas y al facultativo que asiste a la trabajadora, a quienes encarga en última instancia certificar e informar si las adaptaciones o cambios realizados son o no suficientes para impedir un efecto negativo en la salud de la trabajadora gestante o del feto, o del hijo en el caso de lactancia.

Es en el artículo 39 del R.D. 295/2009, que regula las prestaciones económicas de la Seguridad Social en

relación con la maternidad, publicado en BOE de 21 de marzo de este año, donde se incluye la obligación, al solicitar la prestación del subsidio por riesgo, de acompañar a la declaración de la empresa sobre la inexistencia de puesto compatible o la imposibilidad técnica u objetiva de proceder al cambio de puesto de la trabajadora un informe sobre este particular del servicio de prevención que realice la vigilancia de la salud.

Por lo tanto, la aplicación exacta de la normativa plantearía, a mi entender, algunos aspectos cuestionables. Por un lado, del tenor literal del punto 2 del artículo 26 de la LPRL parece desprenderse que los facultativos del INSS o de la Mutuas deberían conocer todas las adaptaciones del puesto de trabajo realizadas por el empresario en protección de la maternidad para decidir si son o no suficientes y ésta debe cambiar de puesto o de función, lo que parece bastante ilógico teniendo la empresa servicio de prevención propio o concertado con capacidad técnica competente para proponer estas medidas. Por otro lado, si el empresario adapta el puesto de trabajo o cambia de puesto a la trabajadora y ésta, conforme con la decisión, no solicita pasar a la suspensión de contrato por riesgo no podrán los médicos del INSS o de la Mutua cumplir con la función encomendada de certificar si son o no suficientes las medidas adoptadas, derivándose de ello un grado diferente de control entre unas trabajadoras y otras (las que no lo solicitan y las que sí lo solicitan) ante la misma situación.

Más aún, los formularios oficiales del INSS para la solicitud de la prestación del subsidio por riesgo durante embarazo y lactancia (INSSprenta/2007. C-037) utilizan una terminología confusa al exigir a la empresa declarar que el puesto de la trabajadora es o no es de los "exentos" de riesgo para el embarazo o la lactancia. Este extremo es particularmente difícil de aplicar en el ámbito sanitario en relación con el riesgo biológico, puesto que el contacto con pacientes potencialmente infecciosos hace imposible excluir totalmente la posibilidad del contagio accidental de cualquier agente.

CONCLUSIONES

La maternidad es, en sentido amplio, una situación de especial sensibilidad que como tal ha de ser especialmente tratada en lo que respecta a la repercusión de los riesgos laborales sobre la misma. La legislación ha recogido progresivamente mecanismos y procedimientos para garantizar esta protección de una mane-



ra efectiva. No cabe duda de que el conocimiento científico actual y el buen hacer de todos los profesionales implicados en el asunto van a permitir, llevar a cabo esta protección específica de la mejor manera posible en cada situación.

Sin embargo, creo que la participación, implicación y responsabilidad del especialista en medicina del trabajo en el mecanismo procedimental debería haber quedado consignada clara y explícitamente en la normativa al respecto. Pienso que, como sucede en otras cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad de los trabajadores, el entramado legal y administrativo olvida encajar en el proceso y con la relevancia que merece, precisamente, las funciones, el criterio y la competencia del especialista más capacitado en la materia y con mayor conocimiento de los riesgos laborales de cada centro de trabajo y del estado de salud de los trabajadores concretos.

BIBLIOGRAFÍA y LEGISLACIÓN

- Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. "Guía básica para la prevención de riesgos laborales durante el embarazo y la lactancia". 2006.
- Gobierno de Navarra y otros. "La protección de la maternidad en el trabajo". Tríptico informativo.
- IBV. Unión de Mutuas. Muvale "Requisitos ergonómicos para la protección de la maternidad en tareas con carga física. Ergomater".
- ISTAS-CC.OO. "Guía sindical para la prevención de riesgos durante el embarazo y la lactancia". 2008.
- Martínez Moya J. " Maternidad y riesgo durante el embarazo: Puntos críticos y reforma plasmadas en la L.O. 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres". Foro de Seguridad Social. Mayo 2007.
- Osalan Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. "Prevención de Riesgos Laborales en la trabajadora en situación de embarazo, que ha dado a luz o de lactancia". 2005.
- S.E.G.O. Cerrolaza J, Merce LT, Pozuelo P, Jardón E. "Orientaciones para la prevención del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo". Enero 2008.
- AEEMT. Grupo Sanitario. Muñoz C. y otros. "Guía clínica-laboral para la prevención de riesgos durante el embarazo, parto reciente y lactancia en el ámbito sanitario". 2008.
- ANMTAS. Lucena S. y otros. "Guía de Valoración e Riesgos Laborales en el embarazo y lactancia en trabajadoras del ámbito sanitario". Ed. Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III. 2008.
- Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia.
- Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (BOE nº 75, de 29 de marzo).
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE nº 269, de 10 de noviembre).
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, que aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (BOE nº 27, de 31 de julio).
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (BOE nº 266, de 6 de noviembre).
- Real Decreto 1251/2001, de 16 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo (BOE nº 276, de 17 de noviembre).
- Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes (BOE nº 178, de 26 de julio).
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE nº 71, de 23 de marzo).
- Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.
- Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, por el que se modifica el Real decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia.



FIGURAS

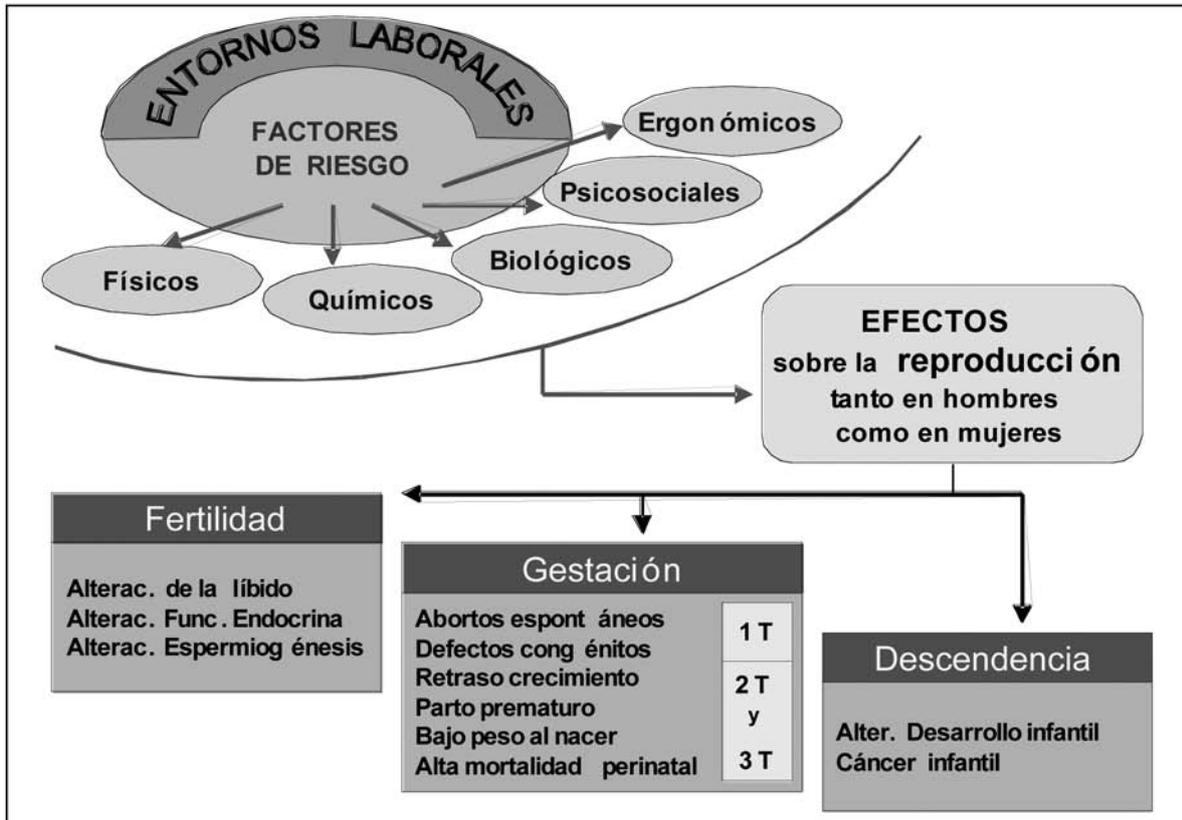


Figura 1. Posibles efectos de los factores de riesgo laboral sobre la reproducción humana

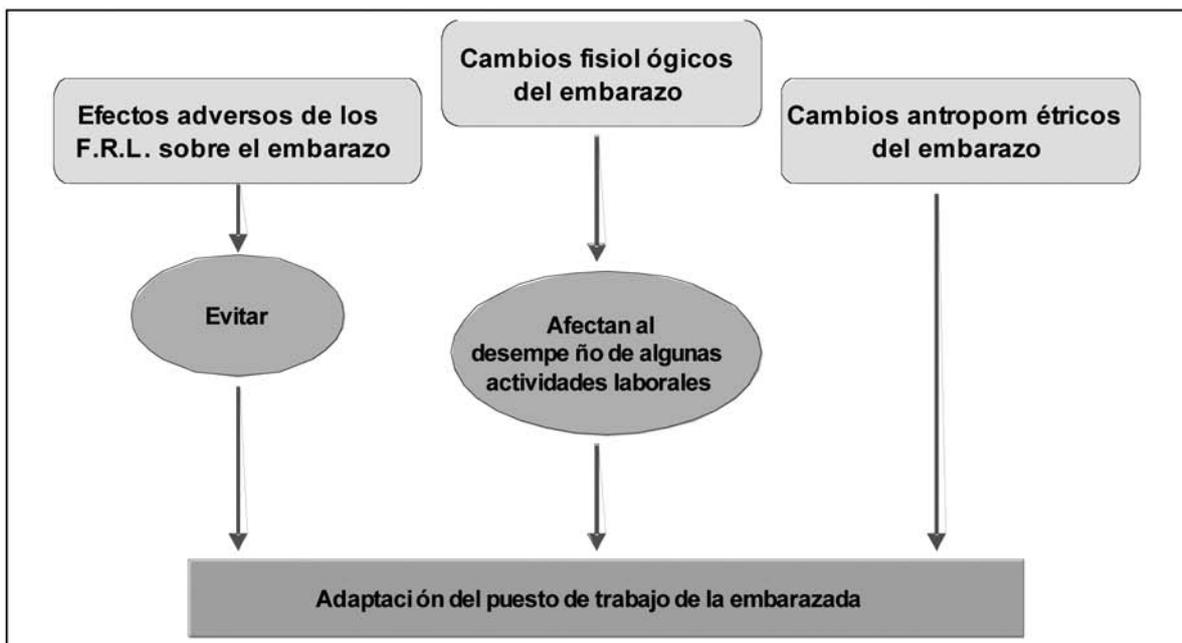


Figura 2. Factores que condicionan la necesidad de adaptar el puesto de trabajo en la trabajadora embarazada.



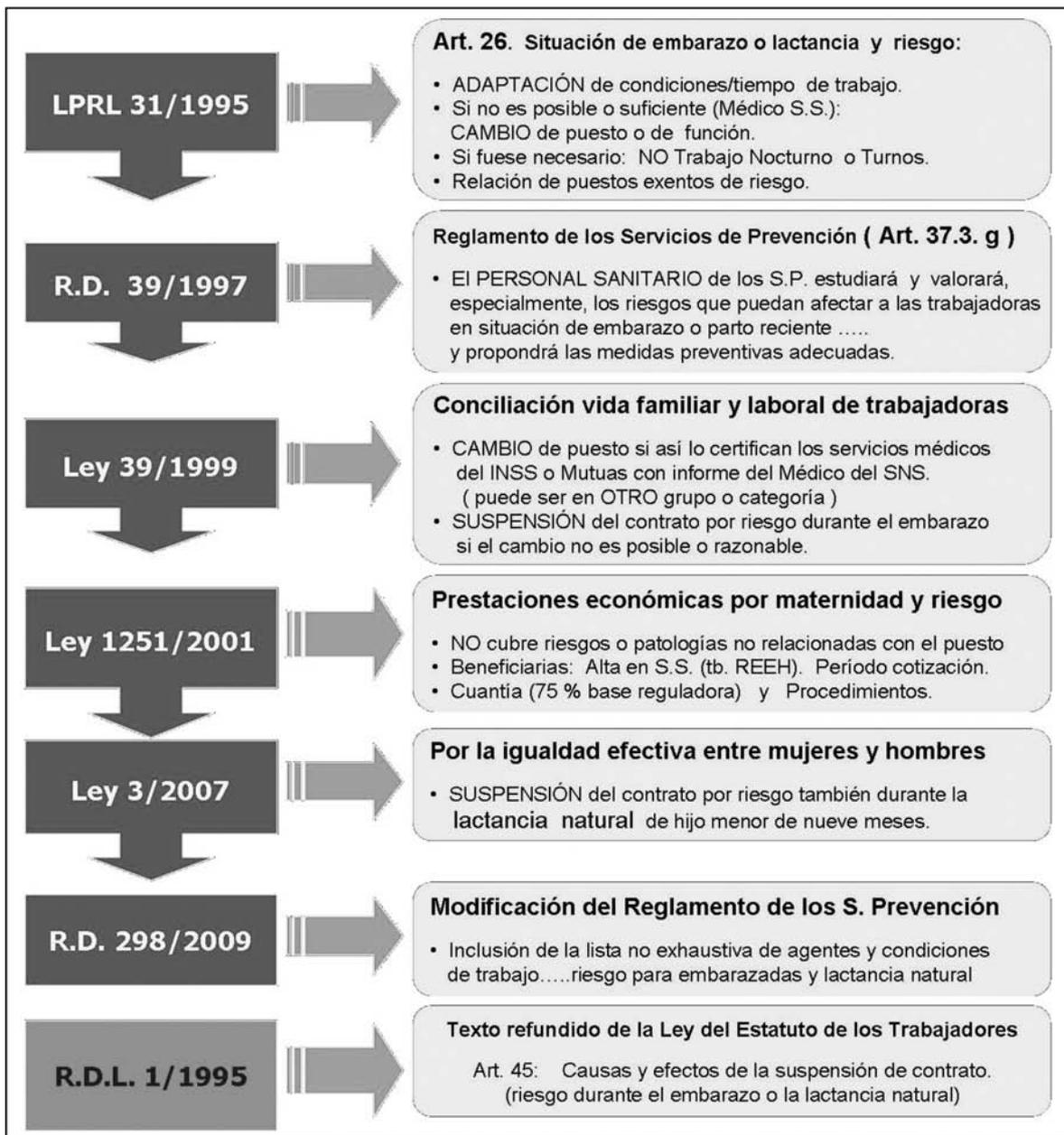


Figura 3. Resumen del marco normativo básico de la protección a de la maternidad frente al riesgo laboral.

Aplicación de la entrevista motivacional en la intervención en drogas

Application of the interview motivacional in the intervention in drugs

"El terapeuta centrado en el paciente necesita ofrecer tres características decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad". Carl Rogers.

González, J *Enfermero del Trabajo.*

22

RESUMEN:

Los centros de trabajo son un espacio adecuado para intervenir ante los problemas derivados del abuso o dependencia a distintas sustancias psicoactivas. La concentración de personas en intervalos y espacios horarios concretos, la presencia de agentes especializados en el abordaje de los problemas de salud individual y colectiva (comités de seguridad y salud, servicios de prevención, delegados de prevención), la visibilidad del problema en fases más tempranas que en otros ámbitos, el hecho de considerar el escenario y el entorno laboral como factor protector, motivador y reinserador, y el apoyo de los propios compañeros de trabajo, son aspectos que favorecen el desarrollo de una intervención preventiva eficaz¹.

PALABRAS CLAVE:

Palabras clave: entrevista motivacional, salud laboral.

ABSTRACT:

The centers of work are a space adapted to intervene before the problems derived from the abuse or dependence to different psychoactive substances. The persons' concentration in intervals and hourly concrete spaces, the presence of agents specializing in the boarding of the problems of individual and collective health (committees of safety and health, services of prevention, delegates of prevention), the visibility of the problem in phases earlier than in other areas, the fact of considering the scene and the job environment to be a protective factor that favor the development of a preventive effective intervention.

KEY WORDS:

Key words: motivational interviewing, occupational health.

Introducción

El concepto de entrevista motivacional² apareció descrito por primera vez por Miller (1983) pero fue posteriormente el propio Miller y Rollnick (1991) quienes desarrollaron los conceptos fundamentales y una descripción de los procesos clínicos de forma más detallada. Actualmente se puede definir como un tipo de entrevista clínica centrada en el cliente que principalmente le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito tóxico para promover un cambio hacia estilos de vida más saludables, o bien a generar la activación de procesos que definan de nuevo los síntomas expresados en la demanda inicial. Este tipo de intervenciones motivacionales engloban un conjunto de estrategias orientadas a aumentar la motivación intrínseca del sujeto en un tiempo breve de intervención y así generar un compromiso para el cese del consumo y aceptación del tratamiento.

Los elementos clave de este tipo de abordaje son: establecer una escucha reflexiva y empática, proveer información personalizada, promover un discurso automotivador, proporcionar un compendio de opciones posibles, ofrecer consejo sanitario, implicar al paciente en la responsabilidad y toma de decisiones de su tratamiento, y aumentar la percepción de autoeficacia. La Asociación Americana de Psiquiatría y diversos estudios y revisiones avalan la eficacia de las intervenciones motivacionales en el tratamiento de la dependencia de alcohol (Dunn y cols., 2001; Carroll y cols., 2001; Miller y cols., 2002; Bottlender y cols., 2006).

Diferencias entre la entrevista motivacional y la entrevista informativa clásica³

Modelo informativo	Modelo motivacional
Aporta consejos expertos	Estimula la motivación para pasar a la acción.
Intenta persuadir	Favorece el posicionamiento ayudando a la reflexión
Repite consejos	Resume los puntos de vista
Actúa con autoridad	Actúa colaborando para ayudar a decidir por el cambio
Es rápido	Es de aplicación progresiva

La entrevista motivacional parece mostrar resultados superiores al consejo médico clásico o a la terapia cognitivo conductual en el abordaje de este tipo de pacientes. Una sola intervención de quince minutos consigue resultados significativos y la repetición de la intervención asegura la efectividad del abordaje motivacional (Rubak y cols., 2005) con un bajo coste (Wilk y cols., 1997; Shakeshaft y cols., 2002).

Así mismo no pretende cambiar el estilo de trabajo de cada profesional sino aportar herramientas que permiten afrontar situaciones que no han podido ser resueltas por las estrategias habituales empleadas en promover cambios de conducta en las personas con problemas. La entrevista motivacional permite al profesional aumentar la motivación del paciente, teniendo en cuenta cuál es su nivel de motivación basal y respetando siempre sus decisiones sin culpabilizar por ello⁴.

Objetivos

Se trata de diseñar un proceso de intervención en el que se preste una atención específica a las características diferenciales para cada persona. La entrevista motivacional es una estrategia de comunicación entre el paciente y el terapeuta donde la interrelación se hace horizontal. No tiene como objetivo evaluar la dependencia del consumidor de drogas sino ofrecerle la oportunidad de verbalizar sus conflictos, inquietudes, expectativas, así como explorar su relación con la dependencia. También permite establecer hipótesis sobre los condicionantes que han favorecido el consumo de sustancias psicoactivas⁵, así como aspectos relacionados con la intervención, las expectativas o el tipo de motivación.

Los objetivos que se pueden plantear en una valoración inicial son:

- Escuchar las necesidades de personas respecto al conflicto que ocasiona la dependencia. Una de las situaciones más complejas para una persona con-

siste en expresar su deseo de abandonar el consumo a la vez que muestra su imposibilidad, recaída, reincidencia o la incomprensión del contexto social respecto a la importancia que el sujeto otorga al cambio de conducta⁶.

- Una buena parte de las personas que muestran conductas adictivas han intentado cesar en el consumo en otras ocasiones. Este hecho genera una intensa incertidumbre, lo que produce un incremento del estrés asociado a una sensación escasa de autoeficacia con carácter acumulativo que es preciso minimizar en la primera entrevista⁷.
- Analizar y comprender la ambivalencia como elemento perturbador de la conducta de cambio. El discurso interno en estas situaciones es en muchas ocasiones la verbalización de un equilibrio entre el deseo de consumir y el deseo de abandono. La expresión de ambivalencia recoge las sensaciones encontradas respecto a la relación funcional y desadaptativa con la sustancia consumida. En este aspecto pueden surgir con cierta facilidad la capacidad del terapeuta de desarrollar discrepancias⁸. Miller (1993) señala que el enfrentamiento del profesional se asocia con la resistencia del paciente y la ausencia de cambio en el comportamiento a largo plazo⁹.
- Posibilitar la escucha activa empática generando ideas y expectativas positivas en las que el paciente descubra la posibilidad de resolución de sus conflictos¹⁰.
- Analizar¹¹ las motivaciones para la abstinencia y el estadio de cambio según el modelo de Prochaska y Diclemente.
- Valorar los factores desencadenantes de la conducta adictiva en el inicio y en la actualidad¹².
- Establecer empatía y un buen clima de comunicación que favorezca el logro de una alianza terapéutica de colaboración.
- Evaluar las características psicológicas a través de la actitud ante el tratamiento (motivación, expectati-



vas, necesidad de ayuda profesional especializada) e historia de adicciones y consumos (inicio, proceso y recaídas).

- Evitar estereotipos relacionados con la conducta adictiva que tienden a homogeneizar las pautas de consumo y las motivaciones para mantener la dependencia.

Resumen de los objetivos de aplicación en la entrevista motivacional^{13,14,15,16}

Objetivos de la primera entrevista	Y de las sucesivas
Escuchar	El proceso tiene un principio y un final
Comprender	El principio y el final lo definen el paciente y el terapeuta
Detectar necesidades y déficits	
Aclarar	



Descripción de los estadios motivacionales del modelo de Prochaska y DiClemente^{17,18,19}

Este planteamiento formulado en los años ochenta (Prochaska y DiClemente 1982, 1983, 1985) permite identificar diferentes niveles de predisposición que puede mostrar una persona (estadios de cambio) cuando se plantea modificar su conducta adictiva²⁰.

El proceso de cambio se ajusta a una secuencia dinámica de estadios en los que se transita por distintas fases y donde las personas progresan al considerar, aceptar, iniciar y mantener conductas nuevas desde la reflexión u auto-crítica. Y en los que la motivación activa o enlentece la progresión hacia la modificación de la conducta. En esta situación la motivación se ha convertido en una paradoja para muchos consumidores. Si se la considera como una condición imprescindible para el inicio del tratamiento, la ausencia de ésta deja sin argumento las expectativas de éxito de cualquier programa de intervención²¹. Así durante años la motivación se ha entendido como un aspecto de la que es responsable en exclusiva el paciente y deja al terapeuta como espectador y evaluador de la probabilidad de éxito de una determinada intervención²². Pensar en la motivación como elemento indispensable e inequívoco para el cambio de hábitos puede conllevar al profesional asistencial a un error en el modelo de comunicación con el usuario de drogas al sobredimensionar la situación. Por ello resulta de gran importancia la creación de una estrategia terapéutica²³ como un proceso de acompañamiento en el que se produce una progresiva exploración gradual de las expectativas de cambio por parte del paciente. Desde esta perspectiva el terapeuta deja de ser quien dirige al paciente para convertirse en quien le acompaña o ayuda en el cambio de conducta²⁴. En esta línea de actuación las cuestiones actitudinales por parte del terapeuta al instaurar una relación terapéutica de ayuda, así como desarrollar destrezas interpersonales durante las entrevistas son más importantes para el éxito de la terapia que el adiestramiento personal o la experiencia²⁵.

Estadio	Definición	Objetivo terapéutico
Precontemplación	El paciente no es consciente de que su conducta es problemática y no se plantea modificarla	Generar dudas haciendo ver la posible relación entre su conducta y las consecuencias detectadas
Contemplación	Paciente consciente de la existencia de un problema. Comienza a pensar en la posibilidad de realizar un cambio aunque persiste la ambivalencia	Facilitar el análisis de pros y contras de su conducta
Preparación	El consumidor toma la decisión de cambiar	Asesorar acerca de las acciones necesarias para inducir el cambio

Acción	El paciente realiza el cambio de conducta	Apoyar para que el cambio sea efectivo
Mantenimiento	Énfasis en la consolidación de conductas y la prevención de recaídas	Reanudar los procesos de cambio y análisis de dificultades
Recaída	Más que un fracaso supone un paso a un estado previo al estadio de acción	Constituir una fuente de conclusiones positivas desde el punto de vista del aprendizaje

En los casos de consumo de alcohol la eficacia de un tratamiento basado en el modelo de Prochaska y DiClemente se concreta en pacientes con una dependencia leve, un consumo de riesgo o uso nocivo, pero no en casos de dependencia severa.



Acercamiento a la persona consumidora...^{26,27}

Ante un trabajador con problemas derivados de consumos inadecuados de drogas, inicialmente manifiesta la negación del problema y/o la falta de credibilidad para pensar que esa adicción o consumo inadecuado tiene solución y casi nunca la persona afectada reconoce a priori su problema adictivo.

- La actitud de respeto debe constituir la base del trato con la persona consumidora.
- Elegir para el acercamiento un lugar tranquilo y que garantice la privacidad y confidencialidad. Se recomienda que en la entrevista no haya otras personas salvo la persona interesada y el profesional. De no ser así se fomenta la actitud de negación inicial.
- Nunca dirigirse al trabajador cuando se encuentre bajo los efectos de la sustancia consumida.
- La entrevista no incluirá juicios de valor y actitudes culpabilizadoras.
- En la primera entrevista no esperemos escuchar lo que nos gustaría oír. Nuestra tarea no es conseguir el reconocimiento de la adicción o uso inadecuado y sus consecuencias, sino la de introducir cambios positivos.
- Evitar el pulso verbal de a ver quién convence a quién. No se trata de convencer sino de ir tomando conciencia.
- Explicar cuál es el planteamiento del problema, las posibles soluciones y los recursos disponibles. Procurar no hablar más que la persona entrevistada.
- Asegurar la confidencialidad.
- Evitar actitudes negativas y posturas proteccionistas. En ocasiones algunos compañeros protegen al trabajador ocultando determinadas actitudes en el trabajo. Esta postura es errónea. Los problemas derivados de la drogodependencia suelen agravarse con el tiempo sino se controlan en estadios previos.
- Es relevante mostrar una actitud de colaboración y apoyo aunque algunos acercamientos puedan resultar infructuosos.

Utilidad de la entrevista motivacional en el abordaje preventivo del consumo de drogas

La prevención del consumo de drogas también se puede y debe realizar en la empresa y desde la empresa. Para ello el instrumento que ha demostrado mayores ventajas para generar cambios en las personas es la entrevista motivacional. Se basa en el respeto al paciente, a sus actitudes y su escala de valores. El principio que orienta este tipo de intervención es considerar que ante la necesidad y el esfuerzo que significa para las personas realizar un cambio en sus comportamientos, se necesita que el individuo identifique con claridad las razones del cambio y los

beneficios que obtendrá en el futuro. Con la técnica de la entrevista motivacional los profesionales sanitarios se convierten en facilitadores para el cambio de la conducta del paciente.

Aspectos a considerar²⁸:

La motivación intrínseca	La capacidad de cambio es una cuestión de cada persona y es prácticamente imposible imponerla desde el exterior
La elección individual	La persona está más motivada para instaurar cambios cuando se basan más en sus propias decisiones
El autoconvencimiento	El paciente debe utilizar sus propios argumentos para iniciar una modificación del comportamiento
La relación interpersonal	La motivación o resistencia del paciente al cambio pueden estar poderosamente influenciadas por el tipo de relación interpersonal que desarrolle el profesional de la salud
La ambivalencia	En la mayoría de las situaciones de cambio se produce una contradicción entre la conducta que se desea conseguir y la que se quiere renunciar. Es preciso ayudar a canalizar la angustia que provoca esta ambivalencia. Está presente casi siempre en las conductas adictivas: ¿quiero o no quiero cambiar?
Adecuación individual	No sirven las recomendaciones genéricas. Es preciso escuchar y comprender las vivencias de cada persona ante una situación de cambio
El respeto a la persona	Es primordial. La entrevista motivacional se basa en el respeto a la decisión de cada persona que va a emprender un cambio. Evitar la imposición de una conducta por parte del profesional sanitario

En resumen, este tipo de intervención terapéutica es un proceso de interacción entre el profesional sanitario y el paciente en busca de un comportamiento que tendrá como consecuencia una menor probabilidad de riesgos para su salud y potencialmente un mayor bienestar.

Estrategias motivacionales para cada etapa de cambio adecuadas para el profesional sanitario^{29,30,31}

Precontemplación

- Establecer afinidad y confianza
- Plantear dudas o preocupaciones en el paciente acerca de los patrones de uso:
 - extraer las percepciones individuales del paciente
 - ofrecer información objetiva acerca de los riesgos del uso de sustancias
 - explorar las ventajas y desventajas del consumo de drogas
 - examinar las discrepancias entre las percepciones del paciente y las de su entorno
 - proporcionar información personalizada de los hallazgos observados

Contemplación

- Normalizar la ambivalencia
- Ayudar al paciente a sopesar su decisión sobre los pros y contras hacia el cambio de conducta
 - Extraer y poner en una balanza las ventajas y desventajas del consumo y del cambio
 - Cambiar la motivación extrínseca por la intrínseca
 - Examinar los valores personales del paciente en relación a un cambio
 - Enfatizar la libre elección, responsabilidad y autoeficacia del paciente para el cambio
 - Extraer planteamientos automotivacionales en cuanto a la intención y el compromiso del paciente
 - Extraer ideas acerca de la autoeficacia que percibe el paciente y las expectativas en cuanto al tratamiento
 - Resumir los planteamientos de automotivación



Preparación

- Aclarar las metas y estrategias del paciente para el cambio
- Ofrecer un menú de opciones para el cambio o el tratamiento
- Negociar un plan de cambio o tratamiento
- Considerar y reducir las barreras de cambio
- Ayudar al paciente a conseguir apoyo social
- Explorar expectativas del tratamiento y el papel del paciente
- Preguntar al paciente lo que ha funcionado en el pasado para él o para otras personas de su entorno

Acción

- Comprometer al paciente con el tratamiento y reforzar la importancia de mantener la recuperación
- Apoyar un punto de vista realista de cambio a través de pequeños pasos
- Reconocer las dificultades para el paciente de las etapas iniciales del cambio
- Ayudar al paciente a identificar situaciones de alto riesgo
- Ayudar al paciente a encontrar nuevos refuerzos de cambio positivo
- Ayudar al paciente a evaluar cuando tiene un apoyo familiar y social fuerte

Mantenimiento

- Ayudar al paciente a identificar y examinar alternativas de consumo
- Apoyar los cambios en el estilo de vida
- Afirmar la actitud del paciente y la autoeficacia
- Ayudar al paciente a practicar y usar nuevas estrategias para evitar el regreso al consumo
- Repasar con el paciente las metas a largo plazo
- Desarrollar planes alternativos si el paciente tiene intención de volver a consumir drogas

Recaída

- Ayudar al paciente a reiniciar el ciclo de cambio y reforzar cualquier disposición para reconsiderar un cambio positivo
- Explorar el significado y la realidad de la recaída como una oportunidad de aprendizaje
- Ayudar al paciente a encontrar alternativas a las estrategias con las que se maneja habitualmente

Competencias en su aplicación. Puntos clave

El abordaje motivacional es algo nuevo para muchos profesionales. El modelo de trabajo se centra en el paciente con lo que implica negociar más que prescribir el cambio. Este abordaje establece un clima de colaboración entre profesional y paciente que facilita la reflexión y maduración de actitudes proclives a la modificación de hábitos, así como la adopción de nuevas conductas³². Más que una técnica terapéutica la entrevista motivacional representa todo un estilo en la forma de relacionarse con el paciente destinado a promover en esa persona el estímulo que genere su decisión de actuar para promover los autocuidados de salud. La esencia de la entrevista motivacional implica la no imposición y tampoco se dedica a coaccionar ni a persuadir al usuario de drogas. Apoya al consumidor en su proceso de cambio al permitir que éste exprese libremente su ambivalencia. Es la antítesis de instaurar etiquetas y ofrecer soluciones, lo que no lograría sino despertar resistencias y romper el diálogo. Se trata de promover reflexiones, de analizar y de resolver la dualidad referida. De ese diálogo interactivo podrá surgir la resolución que permita un cambio elegido y asumido por el paciente.

La entrevista motivacional consta de una serie de elementos teóricos y prácticos que tratan de mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales. Se basan en los siguientes principios generales^{33,34}:

- Expresar empatía. Aceptar y respetar al paciente no significa necesariamente aprobar la situación. Implica un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones. ¿Cómo me sentiría yo en sus circunstancias? o ¿cómo le transmito que comprendo su situación? Así en la primera entrevista propondremos pequeños objetivos, teniendo en cuenta que uno de ellos consiste en crear un clima que permita al paciente aumentar su confianza en el terapeuta sintiéndose suficientemente entendido y cómodo. La respuesta empática es una habilidad bien definida que se adquiere con entrenamiento y permite comprender y aceptar lo que el otro responde. Permite expresar sinceramente la solidaridad con gestos y palabras (entendiendo que te sientas mal por lo ocurrido). De esta forma la empatía es la columna vertebral de la entrevista motivacional.
- Desarrollar la discrepancia. Se trata de lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde le apetecería estar respecto al hábito o conducta que se quiere modificar. Interesa aumentar su nivel de



conflicto, especialmente entre la conducta actual y los valores importantes de su vida. Se explorará la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto. Para aumentar la eficacia de la entrevista es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias.

- Evitar el enfrentamiento con el paciente sobre la conveniencia o utilidad de un cambio. Esto puede crear resistencias. Los argumentos directos y los intentos de convencer al consumidor tienden a producir oposición ante las indicaciones o sugerencias de cambio. Esta oposición se denomina reactancia psicológica. Cuanto más insiste el profesional más cerrazón provoca en el paciente. Y surge con frecuencia cuando la persona tiene la percepción de que su capacidad de elección está limitada. No obstante antes de informar es conveniente preguntar al paciente si desea información al respecto.
- Manejar las resistencias del paciente evitando las actitudes del profesional que puedan facilitarlas. Tratar de imponer un cambio por su bien, plantear implícita o explícitamente que la relación asistencial conlleva la obligatoriedad de un cambio, reñir al paciente ante la falta de cambio, etc. La resistencia del paciente hace referencia a la medida de la distancia que hay entre sus objetivos y los propuestos por el terapeuta. Las resistencias pueden expresarse a través de la argumentación, interrupción, negación o ignorando nuestras propuestas.
- Apoyar la autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante por tener una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla. Los resultados previos favorables refuerzan la creencia del paciente en su capacidad para obtener el resultado esperado. El trabajo del profesional irá encaminado a analizar con la persona consumidora los cambios potenciando la positividad. Todo ello sin olvidar que el paciente es responsable de escoger y realizar el cambio y el profesional quien presta ayuda si desea recibirla.



Estrategias básicas de la intervención motivacional

Las habilidades o técnicas que se deben considerar a lo largo de cualquier sesión dentro del proceso de motivación son³⁵:

- Realizar preguntas de respuesta abierta evitando las respuestas si/no. Este tipo de preguntas no permiten respuestas sencillas y/o breves y necesitan una mayor elaboración de las mismas. Al atender a personas que se encuentran ambivalentes (la mayoría de ellos al comienzo del tratamiento) puede ser de utilidad preguntar de forma neutral y sobre el problema de forma encubierta.

Ejemplo de formulación de preguntas abiertas y cerradas en relación con el hábito tabáquico³⁶ (se puede extrapolar a otras sustancias psicoactivas)

Preguntas cerradas	Preguntas abiertas
¿Cuánto fuma?	Me gustaría conocer su patrón de consumo en el último mes
¿Le gusta fumar?	Estoy muy interesado en los beneficios que obtiene del tabaco
¿Cree que fuma demasiado?	¿Qué cuestiones le preocupan de su consumo de cigarrillos?
¿Cuántos hijos tiene?	Hábleme del papel del tabaco en su familia
¿Está convencido de dejar de fumar?	Me gustaría saber qué motivos le llevan a tomar la decisión de dejar de fumar

Este tipo de preguntas aumenta el grado de empatía y permite una mayor fluidez en la comunicación³⁷. Asimismo el terapeuta se convierte en un agente activo en la exploración de las circunstancias que afectan al usuario de drogas.

- Escuchar de forma reflexiva prestando atención sin interferir. Esta estrategia requiere además de escuchar lo que el paciente dice, tener la habilidad de responder a ello de una forma que éste se sienta comprendido por el terapeuta. Según Gordon no son actitudes de escucha: ordenar, dirigir o mandar; advertir o amenazar; dar soluciones; moralizar diciendo a los pacientes lo que tienen que hacer; juzgar o criticar; ridiculizar, etiquetar; distraer, ironizar o cambiar de tema.
- Favorecer la afirmación del paciente con respecto a su intención de cambiar.

- Resumir la sesión comprobando que hemos entendido lo que nos ha pretendido explicar. El resumen del terapeuta puede ayudar al paciente a visualizar los aspectos tratados en la consulta, valorando pros y contras de la situación, permitiendo al paciente en todo momento añadir o corregir el resumen.
- Evocar frases automotivacionales. El profesional debe propiciar en el paciente la expresión de frases automotivacionales que tengan que ver con el reconocimiento del problema, la expresión de preocupación, la intención de cambiar y el optimismo sobre el cambio. Gracias a estas frases se puede valorar la situación actual con respecto al cambio que presente el consumidor de sustancias psicoactivas.

La estructura básica de la entrevista se podría ajustar al siguiente modelo³⁸:

¿Qué está ocurriendo?

¿Qué papel juega en el consumo de la sustancia psicoactiva?

¿Qué cosas positivas le aporta el consumo?

¿Qué cosas menos buenas...?

¿En qué punto se encuentra?

¿Qué necesita cambiar?

Aunque la entrevista motivacional³⁹ pretende básicamente resolver la ambivalencia (el principal escollo) en favor de la decisión de cambio y preparar la acción, su espíritu debe estar presente a lo largo de todo el proceso terapéutico (refuerzos positivos en la fase de acción destinados a favorecer la autoestima y autoeficacia), las principales dificultades para la aplicación de este modelo surgen en parte del paciente pero sobre todo del profesional. De hecho los obstáculos que planteará el paciente son los que precisamente deberían dominarse con dicho abordaje, y son los mismos que dificultan la aplicación de la intervención terapéutica desde un contexto no especializado⁴⁰.

Características del profesional sanitario implicado en la educación sanitaria utilizando estrategias motivacionales⁴¹

- Creer firmemente en la importancia de trabajar temas de prevención y promoción de la salud.
- Transmitir interés en ayudar a las personas en mejorar su salud.
- Valorar la disponibilidad para el cambio y reconocer que estar más dispuesto a cambiar es una señal de progreso.

- Individualizar el consejo y la educación basándose en los factores de riesgo más importantes de cada persona: personalizar riesgos y beneficios.
- Buscar objetivos conductuales que se puedan conseguir y que progresivamente puedan llevar a un cambio permanente e importante.
- No sobrecargar al individuo con muchas tareas/informaciones.
- Registrar los aspectos de educación y consejo que se han tratado y los que se planean tratar en próximas visitas.
- Comunicar a la persona que puede acudir a su profesional sanitario/UBS cuando esté interesado en recibir más información o ayuda para hacer un cambio relacionado con su salud.
- Apoyar y reforzar cualquier cambio por pequeño que sea reconociendo que los cambios de conducta son difíciles.

Recomendaciones

El personal sanitario debiera ser formado para poder utilizar la entrevista motivacional de forma que se pueda garantizar una adecuada realización de la misma, y en especial cuando tienen que intervenir con pacientes que se encuentren en estadios de pre-contemplación o contemplación⁴².

Tanto las personas que presentan dependencia del alcohol^{43,44}, y otras sustancias adictivas como en los que se manifiesta comorbilidad médica, psiquiátrica o adictiva, como aquellos en los que la intervención breve y la entrevista motivacional resulta ineficaz, deberían ser derivados a un centro especializado en el tratamiento de la adicción⁴⁵.

Los servicios de prevención a través de las Unidades Básicas de Salud deben mantener una estrecha relación con los centros especializados en el tratamiento del alcoholismo y otras toxicomanías para agilizar una posible derivación y garantizar el seguimiento de cada caso⁴⁶.

Las intervenciones breves son eficaces para reducir el consumo excesivo de alcohol y otras sustancias adictivas, el número de episodios de consumo de riesgo y la frecuencia de consumos excesivos en el ámbito de salud laboral⁴⁷.

El profesional debe asesorar y facilitar el paso a la acción por parte del usuario de drogas y otras sustancias adictivas, pero es éste quien debe responsabilizarse de su actuación, siendo la mejor opción un pacto terapéutico adaptado a las costumbres del mismo⁴⁸.



Se recomienda que el paciente realice visitas sucesivas. Éstas refuerzan y facilitan el mantenimiento del pacto y guardan relación con mejores resultados⁴⁹. Las visitas de seguimiento pueden instaurarse de modo programado (sugiriendo un mínimo de tres visitas en el primer año) o de modo oportunista (en consultas a demanda por el paciente por cualquier motivo). En cualquier caso se recomienda una evaluación al año, siendo los criterios de éxito: el cumplimiento del pacto establecido como indicador fundamental, y la modificación de las conductas de riesgo ligadas al consumo^{50,51}.



30

Evidencias

El lugar de trabajo constituye un entorno privilegiado para llevar a cabo intervenciones preventivas dirigidas al conjunto de la población laboral⁵².

Mejorar la situación de los trabajadores relacionada con el uso y abuso en el consumo de drogas, implica promover cambios de estilo de vida e incluso de la cultura preventiva dentro de la empresa⁵³.

La entrevista motivacional permite una elevada tasa de cumplimiento terapéutico (Angelovich et al. 2004).

La entrevista motivacional ofrece mejores resultados (reducción del consumo abusivo) en consumidores jóvenes que la ausencia de tratamiento (Spirito et al. 2004).

Los efectos de la entrevista motivacional decaen con el tiempo. Tiene una eficacia pequeña pero significativa a los doce meses (Hettema, Steele y Miller 2005).

Los principios del modelo transteórico son aplicables a una amplia variedad de conductas relacionadas con la salud (Perz, DiClemente y Carbonari 1986).

Las estrategias utilizadas en los procesos de cambio difieren en cada uno de los estadios (Rosen 2000).

Los procesos de cambio de carácter cognitivo son más utilizados por sujetos que progresan del estadio de precontemplación a contemplación (Rosen 2000).

El éxito en la progresión entre estadios se relaciona con la correcta utilización de actuaciones en cada etapa: procesos cognitivos en los primeros estadios y procesos conductuales a partir del estadio de acción (Rosen 2000).

Los estadios no son categorías independientes (Hall y Rossi 2008).

Los procesos de cambio conductuales en el estadio de acción no permiten predecir por sí mismos la aparición de una posterior recaída (Borland y Greenwood 2006).

Más que los resultados del tratamiento, la utilidad de la entrevista motivacional se focaliza en el incremento de la participación, la adherencia, la retención y la satisfacción de los pacientes sujetos a tratamiento y como complemento a intervenciones más estructuradas y duraderas en el tiempo (Swanson et al. 1999).

En algunas ocasiones los resultados no son demasiado satisfactorios. El fin de la intervención debe ser el cese o la moderación en el consumo por debajo de los límites de riesgo, pero el avance en las distintas etapas de intervención son objetivos parciales fundamentales para llegar al objetivo final pactado previamente.

La entrevista motivacional está más indicada cuanto menor sea la motivación inicial (Rohsenow et al. 2004).

Resulta especialmente eficaz en la reducción de daños, por ejemplo en una menor incidencia de conducción bajo los efectos del alcohol, de infracciones de tráfico o de otras conductas problemáticas relacionadas con el consumo de drogas (Guillén y Mañoso 2004).

La terapia de intervención motivacional es eficaz para el tratamiento de la dependencia leve de alcohol y muestra una relación coste-eficacia superior a otras técnicas⁵⁴.

Los resultados son heterogéneos al contrastar la entrevista motivacional con otro tipo de intervención psicoterapéutica (Guillén y Mañoso 2004).

La entrevista motivacional se ha mostrado significativamente superior en diversas medidas de consumo cuando se compara con intervenciones consistentes en proporcionar información acerca del consumo de sustancias y material de autoayuda (Guillén y Mañoso 2004).

La entrevista motivacional es más eficaz que la ausencia de tratamiento⁵⁵. Y se observa que más de la mitad de los pacientes mantienen una reducción del consumo durante el primer año de seguimiento⁵⁶.

El número de afirmaciones sobre automotivación que realiza el paciente no es un pronóstico significativo de cambio de comportamiento. Las modificaciones se logran minimizando las resistencias a la modificación de las conductas⁵⁷.

La entrevista motivacional permite explorar y trabajar con pacientes sin activar su resistencia al cambio⁵⁸. Esta técnica ha demostrado su eficacia en numerosos estudios controlados en intervenciones breves (Baer y cols., 1992, 2001; Miller y cols., 1993, 2004; Saunders y cols., 1995; Senft y cols., 1997; Marlatt y cols.,

1998; Colby y cols., 1998, 2005; Monti y cols., 1999; Stephens y cols., 2000; Kelly y cols., 2000; Borsari y cols., 2000; Dunn cols., 2001; Stein y cols., 2002; Burke y cols., 2003; Steinberg y cols., 2004; Spirito y cols., 2004; Murphy y cols., 2004; McCambridge y cols., 2004; Kavanagh y cols., 2004; Hodgings y cols., 2004; Bailey y cols., 2004; Bernstein y cols., 2005; Emmern y cols., 2005; Rubak y cols., 2005; Vasilaki y cols., 2006).

En todo caso la gran aportación de este modelo reside en mostrar que ningún proceso de tratamiento de

las conductas adictivas tendrá éxito si no se tiene en cuenta al paciente, sus motivaciones, sus opiniones, sus posibles soluciones, sus limitaciones y sus características personales. Asimismo, considerando nuestro ámbito de trabajo, los fracasos también forman parte del proceso terapéutico, y por ello se debe tener en cuenta que las actuaciones con estos pacientes conllevan una gran dificultad y una garantía de éxito limitada. La entrevista motivacional es eso precisamente, una herramienta más en el difícil campo del tratamiento de las adicciones en el medio laboral.



- 1 Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol. Serie de informes técnicos 944. Segundo informe 2006.
- 2 Rollnick S, William M. ¿Qué es la entrevista motivacional? Revista de Toxicomanías nº 6, 1996.
- 3 Freixa N. La entrevista con el enfermo alcohólico. Estrategias motivacionales. Jano 2000: 1383-4.
- 4 Mano a mano. Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral. Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones. Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja 2003.
- 5 Zarco J, Caudevilla F, Casado V. Atención a las personas con hábitos tóxicos y conductas de riesgo. Serrano M, Casado V, Bonal P, editores. Medicina de Familia. Barcelona: Ariel, 2005.
- 6 Fuentes-Pila, JM y cols. La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia. Trastornos adictivos 2005; 07: 153-65.
- 7 Fuentes-Pila, JM y cols. La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia. Trastornos adictivos 2005; 07: 153-65.
- 8 Cebría J, Bosch JM. Querer y no querer. El dilema de la ambivalencia. FMC 1999; 6: 393-5.
- 9 Rollnick S, William M. ¿Qué es la entrevista motivacional? Revista de Toxicomanías nº 6, 1996.
- 10 Fuentes-Pila, JM y cols. La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia. Trastornos adictivos 2005; 07: 153-65.
- 11 Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Instituto de Adicciones de Madrid.
- 12 Moncada S. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Prevención de las Drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Madrid. Plan Nacional sobre Drogas; 1997; 85-101.
- 13 DiClemente CC. Motivational interviewing and the stages of change. Miller WR, Rollnick S, editors. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviors. New York: Guilford Press. 1993.
- 14 DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behaviour. A comparison of processes of change of cessation and maintenance. Addict Behav. 1982; 7: 133-42.
- 15 Prochaska JO, DiClemente. Transtheoretical therapy. Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: theory, research and practice. 1982; 19: 276-8.
- 16 Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and process of self-change of smoking. Toward a more integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983; 51: 390-5.
- 17 Prochaska JO, DiClemente CC. Towards a comprehensive model of change. Miller WR y Heather N (eds). Treating addictive behaviours: Process of change. New York: Plenum Press 1986, 3-27.
- 18 Rodríguez-Martos A, Altisent R, Pico MV. Tratamiento de amplio espectro. Abordaje de los problemas relacionados con el alcohol desde la atención primaria y los servicios no especializados. Curso de Formación sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo. Barcelona: Doyma, 1999.
- 19 Actuar es posible. El papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, Plan Nacional Sobre Drogas 2007.
- 20 Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Socidrogalcohol.
- 21 Beckman LJ. An attributional analysis of Alcoholics Anonymous. J Stud Alcohol. 1980; 41: 714-26.
- 22 Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviors. New York: Guilford Press 1991.
- 23 Martín E. De los objetivos de la prevención a la prevención de los objetivos. Becoña E, Rodríguez A y Salazar I. Drogodependencias 4. Prevención. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela; 1995.
- 24 Gual A. Organización de la estrategia terapéutica. Modelos de intervención. Adicciones 2002. 14(1): 405-8.
- 25 Najavatis LM, Weiss RD. Variations in therapists effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical view. Addiction. 1994; 89: 679-88.
- 26 Las drogas. Un problema de salud presente en el ámbito laboral. ¿Cómo actuar ante los problemas relacionados con el consumo de drogas en las empresas? Comisiones Obreras de Asturias 2008.
- 27 Rullo-Cooney, R. La entrevista motivacional: cambiar al consumidor de sustancias en un servicio intensivo de conservación familiar. RET, Revista de Toxicomanías 1998; 15: 34-42.
- 28 Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Actuar es posible. El papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. 2007.
- 29 II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Guía clínica para el abordaje de trastornos relacionados con el consumo de alcohol. 2007.
- 30 Protocolo de actuación conjunta entre equipos de salud mental de distrito y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/UpLoad/Publicaciones/486_protocolo.pdf.
- 31 Millar W. Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias. Cap. 2.
- 32 Megías E, Bravo MJ, Júdez J, Navarro J, Rodríguez E, Zarco J. La atención primaria de salud ante las drogodependencias. Madrid: FAD, 2001.
- 33 Mano a mano. Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral. Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones. Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja 2003.
- 34 Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Actuar es posible. El papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. 2007.
- 35 Rodríguez-Martos A. Intervenciones breves en trastornos por uso de alcohol. Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona.
- 36 Fuentes-Pila, JM y cols. La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia. Trastornos adictivos 2005; 07: 153-65.
- 37 Granollers S. La entrevista motivacional. Una técnica útil en la consulta de enfermería. Nursing 2004. 22 (7): 58-63.
- 38 Rodríguez-Martos A. Intervenciones breves en el uso de alcohol. Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona.
- 39 Lizárraga S, Ayarra M. Entrevista motivacional. 2002. Disponible en: URL: <http://www.cfa-navarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple6.html>.
- 40 Jiménez M, Monasor R, Jiménez-Arriero MA. Programas psicológicos de intervención en los trastornos por uso de alcohol.
- 41 Cabezas MC. Evidencias de las intervenciones sobre los estilos de vida. C@P-semFYC. 2006. Disponible en: URL: <http://www.cap-semfyc.com/>.
- 42 Guardia, J (Coord). Guía clínica. Alcoholismo. Socidrogalcohol 2007.
- 43 Zarco J, Caudevilla F, Cabezas C, Navarro C. Conductas de riesgo adictivo. Casado V, Calero S, Cordón G, et al, editores. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: SEMFYC ediciones; 2007. 1201-64.
- 44 Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas; 2002.
- 45 Guardia, J (Coord). Guía clínica. Alcoholismo. Socidrogalcohol 2007.
- 46 Guardia, J (Coord). Guía clínica. Alcoholismo. Socidrogalcohol 2007.
- 47 Guardia, J (Coord). Guía clínica. Alcoholismo. Socidrogalcohol 2007.
- 48 Rodríguez-Martos A, Altisent R, Pico MV. Tratamiento de amplio espectro. Abordaje de los problemas relacionados con el alcohol desde la atención primaria y los servicios no especializados. Curso de formación sobre prevención y tratamiento de alcoholismo. Barcelona: Doyma, 1999.
- 49 Aubá J. El consejo médico a los consumidores excesivos de alcohol. Atención Primaria 1993; 12: 166-72.
- 50 Rodríguez-Martos A, Altisent R, Pico MV. Tratamiento de amplio espectro. Abordaje de los problemas relacionados con el alcohol desde la atención primaria y los servicios no especializados. Curso de formación sobre prevención y tratamiento de alcoholismo. Barcelona: Doyma, 1999.
- 51 Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Informes de la comisión clínica. Alcohol.
- 52 González J. El consumo de alcohol como motivo de consulta. Manual abreviado de actuación en una Unidad Básica de Salud. Rev SESLAP 2008. 2 (6): 18-29.
- 53 González J. El consumo de alcohol como motivo de consulta. Manual abreviado de actuación en una Unidad Básica de Salud. Rev SESLAP 2008. 2 (6): 18-29.
- 54 Guardia, J (Coord). Guía clínica. Alcoholismo. Socidrogalcohol 2007.
- 55 Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Socidrogalcohol.
- 56 Monasor R, Jiménez M, Palomo T. Intervenciones psicosociales en alcoholismo. Trastornos adictivos 2003; 5(1): 22-6.
- 57 Rollnick S, William M. ¿Qué es la entrevista motivacional? Revista de Toxicomanías nº 6, 1996.
- 58 Guía clínica de alcoholismo. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las Otras Toxicomanías, Socidrogalcohol 2007. Disponible en www.socidrogalcohol.com



DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATIZADO (DEA)
REANIBEX-200



Osatu, s. coop.

www.osatu.com
e-mail: osatu@osatu.com

Edificio Zearrekobuelta, Subida de Areitio, nº 5 48260 Ermua (Vizcaya) Tel: +34 943 170220 Fax: +34 943 170227