

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

Julio - Diciembre 2000 • Volumen I • Número 2

Sumario:

3 Editorial

Artículos originales:

5 El plomo como contaminante laboral. Valoración de pruebas plúmbeas en un colectivo de tiradores de elite (C.N.P.)

Sánchez Milla JJ, Sanz Bou MA; Apellániz González A, Pascual Izaola A.

11 Drogas en la empresa. Una actuación necesaria
González Caballero J.

15 Campaña informativa sobre el tabaco en el medio laboral
Cuadrado Fernández A.

Legislación:

21 Revisión de normativas de 1.998

23 Agenda de congresos



MAS VALE PREVENIR ...

Con la aparición de la Ley 31/95 y el posterior Real Decreto 39/97 en el que comienza su desarrollo, con el Reglamento de los Servicios de Prevención y, para el personal que realiza su actividad profesional en el ámbito de la Administración Pública, con la publicación del Real Decreto 1488/99 por el que se produce la adaptación de la legislación de prevención de riesgos laborales a la Administración General del Estado, se abre una nueva perspectiva en la interpretación de la salud laboral y de los conceptos de seguridad y prevención.

Estas normativas inciden de forma más acusada en el concepto de riesgo laboral y en la evitación del mismo mediante la PREVENCIÓN, y a estos efectos, desarrolla unas normas legislativas encaminadas a diseñar, estructurar y organizar como ha de ser el núcleo o equipo que deba reconocer, evaluar y tratar el riesgo, antes que este se produzca y tenga consecuencias negativas para la salud del trabajador. Este núcleo lo ha de formar el Servicio de Prevención.

No vamos a profundizar en demasía en los articulados de las normativas citadas, pero quiero señalar, la importancia que estos tienen, tanto por lo que suponen en un cambio cualitativo en pro de la seguridad y salud del trabajador, como porque durante el año 1999 se ha producido un incremento de la siniestralidad laboral, e incluso, en los primeros veinte días del mes de enero de este año, según informaciones del diario "El Mundo", solo en la Comunidad

editorial

Autónoma Vasca, se habían producido el fallecimiento de 6 trabajadores a consecuencias de accidentes laborales, reflejando que, en el último de ellos, la muerte se produjo por no utilizar el operario los equipos de protección individual de los que disponía. Otras fuentes señalaban asimismo, que en España, el índice de siniestralidad del pasado año, dobló al de los países de la CEE.

Se produce pues un fracaso en la prevención, objetivo este que debe ser cardinal para todos los que trabajamos en este campo. La prevención es una cuestión de todos, obliga a empresarios, directivos y trabajadores. Y con relación a la prevención, debo incidir en la importancia que tiene la formación, dirigida a todos los niveles: Dirección y personal de mando intermedio, delegados de prevención y agentes sociales, servicios de prevención y trabajadores, pues no hay que olvidar lo que debe ser una máxima, la obligación de la Administración de cumplir el objetivo de velar y garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores.

Por último, y como muestra de lo que arriba señalado no es una novedad en nuestro campo, quiero recordar una cita de Ahet Heriotep de la V Dinastía (2.500 a.C.), recogida en el libro De Hipócrates de Ramazzini: "Como jefe de trabajadores no he impuesto nunca un trabajo superior a la capacidad de éstos".



Director

JUAN JOSE SANCHEZ MILLA

Redactor Jefe

AMADO CUADRADO FERNANDEZ

Consejo de Redacción

CARLOS BELTRAN DE GUEVARA BERECEBAR

JOSEBA SOLOETA ERASO

IÑIGO APELLANIZ GONZALEZ

JUAN GOIRIA ORMAZABAL

JAVIER GONZALEZ CABALLERO



Comité Científico

FRANCISCO VICENTE FORNES UBEDA. Ayuntamiento de Valencia

JESUS ALBERT SANZ. Ayuntamiento de Valencia

ANTONIO DOCE FELIZ. Ayuntamiento de A Coruña

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

JESUS MATEOS RODRIGUEZ. Diputación de Cáceres

JOSE MANUEL ALVAREZ GOMEZ. Parque de Bomberos de Valencia

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

JESUS HERNANDEZ MANSO. INSALUD de Madrid

JOSE E. DE LA PUENTE VEGA. Servicios Sanitarios de la Dirección General de la G.C.

EMILIO COGOLLOS PEREZ. Diputación de Valencia

BEATRIZ RAVINA CORTES. Cabildo Insular (Canarias)

MARIA PILAR MORENO MARTINEZ. Ayuntamiento de Zaragoza

JUAN PABLO TORRES ANDRES. Ayuntamiento de Valladolid

MANUEL BLAS RODRIGUEZ VAZQUEZ. I.N.S.S. de A Coruña

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: Juan Carmona Rodríguez
Rafael Marchena Estrada

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:  imprenta garcinuño

El plomo como contaminante laboral. Valoración de pruebas plúmbeas en un colectivo de tiradores de elite (C.N.P.)

The lead like labor pollutant. Valuation of plumbies test in a bus of marksmen of elite (C.N.P.)

SANCHEZ MILLA, JJ*; SANZ BOU, MA*; APELLANIZ GONZALEZ, A**; PASCUAL IZAOLA, A**

* Servicio Sanitario del C.N.P.

** Universidad del País Vasco

RESUMEN:

El plomo es un contaminante conocido desde la antigüedad. En las fuerzas de seguridad, el entrenamiento con armas de fuego es característico de determinadas Unidades de elite, por lo que es importante la detección precoz de metabolitos del plomo en los reconocimientos médicos en cuanto a prevención de la salud. En el estudio realizado, no se han detectado cifras superiores a las normales en un colectivo de tiradores de elite, demostrándose la práctica de estos reconocimientos, como adecuados para la detección y prevención de dichas intoxicaciones.

PALABRAS CLAVES: plomo, reconocimientos médicos, PPZ, ALA-U.

INTRODUCCION

El plomo desde el punto de vista físico, es un metal de color gris azulado, maleable y dúctil, con un punto de fusión de 327° y un punto de ebullición de 1525°. Se disuelve en ácido nítrico y en ácidos orgánicos. El mineral más importante que lo contiene es la galena, encontrándose en esta en forma de sulfuro de plomo.

Conocido desde la antigüedad, era denominado por los antiguos como SATURNO, siendo descrito por Hipócrates en el año 370 a.C., describiendo la intoxicación en trabajadores de las minas de plomo, los cuales sufrían el cólico saturnino¹. En la época romana era utilizado en las conducciones de agua, siendo también empleado en la construcción. Es a partir del siglo XIX, cuando se descubrieron sus aplicaciones industriales, aumentando mucho su utilización, siendo junto al cobre, el metal más usado en España.

Su amplio uso en el mundo industrial lo convierte en uno de los contaminantes más importantes, sobre todo a nivel profesional, constituyendo en España la causa más importante de intoxicación por metales². Su amplia utilización es la que facilitó la exposición a los distintos

SUMMARY:

The lead is a well-known pollutant from the antiquity. In the forces of security, the training with firearms is characteristics of determining units of elite, for what is a important the precocious detection of metabolits of lead in the medical screenings, as for prevention of the health. In the carried out study, superior figures have not been detected to the normal in a bus of marksmen of elite, demonstrating the practice of these screenings like appropriate for the detection and prevention of happiness intoxications.

KEY WORDS: lead, medical screenings, PPZ, ALA-U.

compuestos de plomo, de los trabajadores del campo de la industria. Las intoxicaciones de carácter crónico por este metal, son de frecuente origen laboral, y se denominan saturnismo³.

FUENTES DE LA INTOXICACION

El consumo de plomo por parte de la industria ha ido en aumento⁴, y los consumidores tradicionales se han ido incrementando. Por ello, son muchas las profesiones en las que puede existir exposición al plomo, sobre todo, aquellas dedicadas a la producción, extracción o fabricación de productos hechos de plomo^{5,6}. Dentro de las actividades laborales, se encuentran diferentes grupos de trabajo con riesgo de exposición a agentes que contienen plomo, cada uno de ellos distinto, según la actividad laboral que desarrollan (tabla I).



EXPOSICION AL PLOMO

FUENTES DE EXPOSICION Y UTILIZADORES	COMPUESTOS O FORMA DE PRESENTACION	FORMAS TIPICAS QUE REPRESENTAN UN RIESGO	PELIGRO RELATIVO ENTRE LAS FUENTES
Minas de plomo	Minerales: Galena, cerusita, anglesita	Polvo	Ligero - moderado
Industria de la construcción (tubos y fontanería)	Aleaciones	Humos	Elevado
Fabricación de municiones (salas de tiro)	Plomo (colada)	Humos	Elevado
Fabricación de explosivos	Cromato de plomo, nitruro de plomo	Polvos	Elevado
Fabricación de acumuladores	Moldes de plomo. Oxidos de plomo (pasta)	Polvos	Elevado
Producción de pinturas (pigmentos), barnices y metales	Cerusa, sulfato, cromato, oxiclورو, antimoniatos, óxidos.	Polvos	Elevado
Estabilizantes y aceleradores para la industria plástica	Diversas sales, naftenato, ditiocarbonato	Soluciones. Polvos	Elevado
Soldadura	Pb y aleaciones	Humo. Polvos	Elevado
Barrera anti-ruido, anti-vibratoria y anti-vibraciones	Pb metálico		Nulo
Fabricación de insecticidas	Arseniato de plomo	Polvos. Soluciones	Elevado
Fabricación de cables y trefilados	Pb y aleaciones	Polvos	Ligero
Lubricantes	Sales orgánicas, naftenato, oleato	Polvos. Soluciones	Moderado
Protección de estructuras, revestimiento: Tanques, puentes, tubos de conducción	Pb y aleaciones	Polvos	Ligero
Fabricación de Pb orgánico (gasolina)	Pb tetraetilo y metilo	Vapores. Líquidos	Elevado
Tratamientos térmicos en baños de plomo (patenting)	Plomo metálico en fase líquida	Humos	Elevado
Metalurgia del plomo. Fundición y refinado	Plomo líquido (minerales o recuperación, reciclaje)	Vapores. Polvos	Elevado

TABLA I: Fuentes de exposición al plomo en el medio laboral y peligro que representan.

Además de las fuentes profesionales de intoxicación, existen otras de carácter accidental o incluso, voluntarias o criminales. Entre las primeras se encuentran: la cocción de alimentos en vasijas que contengan plomo⁷, destilerías clandestinas de licor, ingesta de hierbas medicinales, uso de abortivos caseros, el contacto con juguetes o pinturas hechas con combinaciones que contengan plomo, y el consumo de pan hecho a partir de trigo tratado con arseniato. Las intoxicaciones de carácter criminal son más difíciles de enmascarar por el sabor nauseabundo de este

metal, pudiéndose haber utilizado el diaquilon (litargirio ó protoxido de plomo) en abortos y la sal de saturno (acetato de plomo líquido)⁸.

En niños pequeños, es una causa muy frecuente de intoxicación accidental, por ingestión de plomo que se encuentra en pinturas, juguetes,... En Estados Unidos, se han descrito aproximadamente 200.000 casos de preescolares, intoxicados accidente por estas causas. Por su sabor, son muy raros los casos de suicidio que se puedan hallar.

MATERIAL Y METODOS

Se ha seleccionado a un grupo de trabajo, que por sus especiales características, realiza diariamente prácticas de tiro en galería, siendo por tanto, un grupo con un nivel de exposición al plomo ambiental medio - elevado.

Se les ha incluido dentro del marco de reconocimientos periódicos de la empresa, haciendo en este grupo especial hincapié en su historial clínico, en la valoración de patologías en los aparatos respiratorio, neurológico y vasculares. También la existencia o no de este tipo de antecedentes en familiares, y en referencias a hábitos sociales, el consumo o no de tabaco y alcohol y las cantidades de los mismos.

Además de los análisis normales en los reconocimientos médicos periódicos (hematimetría completa, VSG, química hemática con inclusión de los perfiles habituales, etc.), se les ha determinado: Plomo en sangre (PbB), protoporfirina Zinc (PPZ) y ácido amino delta-levulínico en orina (ALA-U), utilizando las técnicas descritas a continuación para cada uno de ellos:

- * Plomo en sangre (PbB). Mediante espectrofotometría de absorción atómica en una cámara Zeeman de grafito.
- * Protoporfirina Zinc (PPZ). Mediante un hematofluorímetro.
- * Ácido Delta-aminolevulínico en orina (ALA-U). Se utiliza la técnica de Henry de cromatografía en columna y la técnica de espectrofotometría.

Se han aceptado para el estudio, los siguientes valores de T.L.V. y B.E.I.:

- * T.L.V. (Pb): 70 microgramos/dl
- * B.E.I. (PPZ): 20.0 microgramos/gr. de hemoglobina.
- * B.E.I. (ALA-U): 20 microgramos/gr. de creatinina.

RESULTADOS

En la historia previa practicada a los sujetos del estudio, presentan antecedentes de consumo de alcohol, en cifras menores de 20 grs, el 85,7% de la muestra, siendo no consumidores, el 14,3%. No se refiere ningún caso de bebedores en cantidad superior a los 20 grs. de alcohol.

En referencia a los antecedentes de consumo de tabaco, el 57,1% se declaran no fumadores, siendo el 42,9% ex - fumadores. En el momento de la prueba, ninguno de los sujetos declara fumar.

La totalidad de los encuestados declaran no consumir en el momento de la prueba ningún tipo de medicación, no existiendo por tanto, posibilidad o riesgo de interferencia entre cualquier producto consumido y los resultados obtenidos durante la misma.

Consultados los antecedentes personales y familiares del grupo, en búsqueda de patologías previas de aparato respiratorio, renal o neurológico, solo el 14,3% de los encuestados (1 caso), refiere antecedentes familiares de carácter respiratorio (padre con EPOC). Ninguno de los estudiados presenta historia previa de patología a nivel de los aparatos o sistemas citados.

Una vez practicadas las determinaciones sanguíneas, se encuentran los siguientes resultados:

- * Niveles promedios de Plomo en sangre de 16,3 mcgrs/dl, lo que supone el 0.23% del nivel tolerado límite.



- * Niveles promedios de Protoporfirina Zinc (PPZ) de 1.4 mcgrs/dl, lo que supone el 0.068% del nivel máximo de B.E.I. para sujetos expuestos.

- * Niveles promedio de ALA-Urinaría de 1.80 mgrs/gr. creatinina, lo que supone el 0.09% del nivel máximo de B.E.I. para sujetos expuestos.

DISCUSION

En el estudio realizado por nosotros, las pruebas a las que han sido sometido muestran que los períodos de descanso entre las prácticas que realizan y los controles a los que son sometidos periódicamente, son un buen mecanismo de control en la prevención contra la intoxicación profesional de plomo, no habiéndose detectado en la actualidad, ningún funcionario afecto a estas Unidades, en los que se hallan



encontrado niveles considerados patológicos según las valoraciones de los organismos competentes. Por ello, la práctica de ejercicios de tiro periódicos en cuerpos de seguridad se pueden realizar, si se mantienen las condiciones de prevención y seguridad en cuanto a intoxicación por plomo se refiere.

Para ello, es necesario que los Servicios de Prevención de dichas Corporaciones establezcan de manera regular, controles de los funcionarios afectos a dichas Unidades y de todos aquellos a los que, las peculiares características de sus puestos de trabajo, les hagan estar en contacto, de forma más seguida con dicho contaminante.

Entre las pruebas que hay que controlar, se demuestran como eficaces las utilizadas en este estudio, siendo importante la recogida de datos familiares previos y la encuesta de salud practicada a los funcionarios. Estos datos, nos llevarán a detectar con antelación, prepatologías que, junto a exposiciones continuadas al referido tóxico, puedan en un segundo momento, acarrear problemas por la aparición o provocación de patologías severas radicadas en distintos sistemas o aparatos.

BIBLIOGRAFIA

1. DONALD RL. Lead industries Association Position. *Journal of Occupational Medicine*, 1975; Vol. 17, n.º 2, p. 84-90.
2. DAMBRO MR. Griffith. Los 5 minutos clave en la consulta de atención primaria. Ed. Waverly Hispanica S.A, Buenos Aires. 1.995; 662-663.
3. ERILL SAEZ S. Toxicología. En: Farreras Rozman Eds. *Medicina Interna*. Buenos Aires. Ed. Marín. 1.985; Tomo II. 1.107-1.108.
4. Práxis Médica. Clínica y terapéutica. Madrid. Ed. Práxis Médica. 1.983; Tomo XI. 11.566: 1-4.

5. LOURIA DB. Trace metal poisoning. En: Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia. Saunders Eds. 1.192; 2.361-2.363.
6. Reglamento para la prevención de riesgos y protección de la salud de los trabajadores por la presencia de plomo metálico y sus compuestos iónicos en el ambiente de trabajo. B.O.E. de 24 de Abril de 1.986, corregido el 3 de Junio de 1.986.
7. GISBERT CALABUIG JA. Medicina Legal y Toxicología. Valencia. Fundación García Muñoz. 1.983; 222-233.
8. GRAEF JW, LOVEJOY FH Jr. Heavy metal poisoning. En: Harrison's Principles of Internal Medicine. U.S.A. McGraw-Hill, Inc. 1.991; 2.184-2.185.



NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

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



OSTEOPOR®

Complejo Oseino-Hidroxiapatita

OPCIONES TERAPÉUTICAS

EN MONOTERAPIA

- ▶ Eficacia demostrada en monoterapia.
- ▶ Buena tolerancia a largo plazo.
- ▶ En pacientes que no pueden, no deben, o no quieren iniciar tratamientos con estrógenos, calcitoninas...

EN TERAPIA COMBINADA

- ▶ Osteoporosis postmenopáusica:
Osteopor® +
Terapia hormonal
- ▶ Osteoporosis senil:
Osteopor® +
Bifosfonatos
Vitamina D
Calcitoninas



**2 COMPRIMIDOS
2 VECES AL DIA**



Composición por comprimido recubierto: Complejo de Oseino-Hidroxiapatita (COH) 630 mg, compuesto por: 75 mg de péptidos no colágenos y proteínicos; 216 mg de colágeno (correspondiente aprox. a 291 mg de oseino); 178 mg de calcio; 82 mg de lisino (correspondiente aprox. a 444 mg de hidroxiapatita). Calcio microcristalina, almidón de patata, sílice coloidal, estearato magnésico, hidroxipropil metilcelulosa, dióxido de titanio, polietilenglicol 6000, talco, amoníaco óxido de hierro. **Propiedades:** OSTEOPOR® contiene factores osteo-spezificos, entre otros componentes de la matriz orgánica ósea, así como hidroxiapatita microcristalina en proporción fisiológica. **Indicaciones:** Tratamiento de los procesos que cursan con descalcificación: osteoporosis, síndrome de Cushing, tirotoxicosis. **Posología:** De 2 a 4 comprimidos recubiertos por día, ingeridos con un poco de líquido. En casos de osteoporosis avanzada, puede aumentarse la dosificación, siempre según criterio facultativo. **Contraindicaciones:** Hipercalcemia e hipercalcemia grave. En pacientes con tendencia a la formación de cálculos renales, el médico deberá regular la posología. **Precauciones:** En la insuficiencia renal deberá evitarse la administración de dosis elevadas por tiempo prolongado. **Uso en embarazo y lactancia:** En estudios realizados en mujeres gestantes no se ha observado ningún riesgo para el feto. **Incompatibilidades:** La administración simultánea de OSTEOPOR® reduce la absorción de hierro y tetraciclinas, dado que se forman quelatos de difícil absorción. En tales casos se recomienda retrasar la administración de OSTEOPOR® en unas 4 horas.

Efectos secundarios: OSTEOPOR® es bien tolerado, incluso en tratamientos de larga duración. **Intoxicación y su tratamiento:** OSTEOPOR® es atóxico. En caso de sobredosis, o intoxicación accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica (Tfno.: 91 562 04 20). **Conservación:** A temperatura ambiente. **Presentación:** 40 comprimidos recubiertos. P.V.P.: 1.417 ptas. P.V.P. (IVA4): 1.473 ptas. Fabricado por Pierre Fabre Medicament (Francia). Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Con receta médica. Financiado por la Seguridad Social.

(1) ANNEFIELD M., GAWIEZEL R., SCHICKENWIZ KH. "The influence of Oseain Hydroxyapatite Compound (Osteopor) on the healing of a bone". *Curr Med Res Opin* 1986; 10, 4: 241-250.

(2) C. CASTELO-BRANDO, F. PONS, J.V. VANBELLE. "Prevention of postmenopausal related bone loss with Oseain Hydroxyapatite Compound in healthy subjects who did not wish to use hormone replacement therapy. Results of a two year prospective trial". Aceptado para publicación en *The Journal of Reproductive Medicine*.

(3) C. CASTELO-BRANDO, M.A. MARTINEZ DE OSABAL, F. PONS, E. CASALS, J.V. VANBELLE. "Coadjuvant use of Oseain Hydroxyapatite Compound in subjects on hormone replacement therapy for prevention of postmenopausal bone loss". Aceptado para publicación en *The Journal of Reproductive Medicine*.

ROBA PHARM
MIRWAH
ROBA PHARM

DIVISIÓN ROBA PHARM

PIERRE FABRE IBÉRICA, S.A.
Ramón Trías Fargas, 7-11
08005 Barcelona

Drogas en la empresa: Una actuación necesaria.

Drugs in the company: A necessary behavior.

GONZALEZ CABALLERO, J*

*Enfermero de Empresa. Instituto Nacional de la seguridad Social. Bilbao.

RESUMEN:

Los consumos inadecuados de drogas son un problema que trasciende el ámbito laboral, pero que se manifiesta en éste de forma específica. Por tanto, las causas, efectos y repercusiones que se derivan constituyen una realidad a la cual no se debe ser ajeno. Aplicando el concepto integral de salud al terreno del trabajo, la adicción a una o varias sustancias psicoactivas, es un fenómeno multicausal que exige la intervención consensuada de los distintos agentes integrantes de la empresa.

PALABRAS CLAVES: drogas y salud laboral, adicción en el trabajo.

INTRODUCCION

Tanto en la empresa como en el resto de los escenarios sociales en los que se viene trabajando para reducir los problemas relacionados con las drogas, el carácter puntual en el tiempo de las actuaciones es una constante. Huyendo de activismos alarmistas y de las prisas dramáticas, durante años la necesidad sentida de dar algún tipo de respuesta a una situación límite que nos desborda, derivada de la constatación del incremento en el consumo de drogas en el medio laboral, se materializaba en alguna actividad apresurada, con importantes dosis de improvisación, voluntariedad y a menudo, discontinuidad. Y era comprensible que así sucediera. No existía tradición de crear un plan consensuado preventivo, de una política preventiva en materia de drogas integrada en el Plan de Salud Laboral de la empresa. Orientada de una parte a favorecer el desarrollo de estilos de vida en los que el recurso compulsivo a las sustancias psicoactivas no tenga cabida, y de otra a una actuación integral, sustentada en las situaciones de riesgo que para la salud laboral constituyen los usos inadecuados de las diferentes sustancias disponibles.. Por tanto, se realizará un planteamiento positivo de mejora de las condiciones de trabajo, no meramente correctivo, tratando de evitar cualquier tentación sancionadora, facilitando la posibilidad de incorporación a un programa terapéutico si fuera preciso y

SUMMARY:

The inadequate consumptions of drugs are a problem that transcends the labor environment, but that he show in this of specific form. Therefore, the causes, effects and repercussions that they are derived constitute a reality to which it should not be other people's. Applying the integral concept of health to the land of the work, the addiction to an or several psychoactives substances, it is a plurality phenomenon that demands the intervention in unison of the different integral agents of the company.-

KEY WORDS: drugs and labor health, addiction in the work.

estando en todo momento la reserva del puesto de trabajo garantizada.

LA EMPRESA COMO ESPACIO PARA LA INTERVENCION EN DROGAS

Según el estudio "La incidencia de las drogas en el medio laboral" llevado a cabo por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción en 1996, aproximadamente tres de cada diez trabajadores indican que en su lugar de trabajo conocen a compañeros que beben en exceso o toman drogas y prácticamente todos los trabajadores (97.4%) proponen la realización de una serie e actuaciones entre las que destacan: La información y formación del colectivo laboral sobre este fenómeno y sus consecuencias, la orientación hacia centros especializados de aquellos compañeros con problemas, así como ayuda destinada a los ya consumidores y a sus familiares. Las actuaciones realizadas estan en clara desproporción, pues tan solo 2.1 de cada 10 trabajadores



indican que en su empresa se ha realizado alguna actividad. Por otra parte, es obvio que en la actuación ante esta problemática existe un conflicto de intereses entre empresarios y empleados, pues mientras estos últimos demandan información, asesoramiento y ayudas, los primeros desean un mayor control médico.

Son varias las razones que justifican la intervención en materia de drogas desde el marco de la empresa. Entre las más importantes estarían la existencia de un porcentaje nada desdeñable de trabajadores que consumen drogas y las graves repercusiones que estos consumos tienen tanto para la salud y bienestar del trabajador como en el sistema productivo. Pero existen otras razones que hacen de la empresa un marco privilegiado de intervención tales como:

- * La población laboral de cada empresa es relativamente homogénea por lo que se tiene asegurada la continuidad de las intervenciones a lo largo del tiempo (esencial para poder evaluar los logros de cualquier programa preventivo).
- * Es un medio donde las personas conviven durante largos períodos de tiempo, respetando unos ritmos establecidos y sometidos a supervisión: Horario laboral, entradas y salidas, tipo y nivel de actividad, trabajo en equipo, etc.
- * Se dispone con frecuencia de unos RRHH altamente cualificados (servicios médicos, psicológicos y sociales de la empresa) y de estructuras organizativas muy apropiadas (comités de seguridad y salud, delegados de prevención).
- * Es un espacio idóneo para la detección precoz de problemas provocados por el uso y/o abuso de drogas.
- * Permite un importante grado de "control terapéutico" sobre los consumidores.
- * Actúa como coadyuvante en la motivación para el abandono de los consumos abusivos de drogas ante la posibilidad de pérdida del puesto de trabajo.
- * Facilita un entorno propicio para la rehabilitación y reinserción social (ambiente normalizado, apoyo de compañeros, etc.).

Estudios realizados por la OIT (Organización Internacional del Trabajo) en distintos países, refieren que el desarrollo de programas, tanto de prevención como de carácter asistencial son rentables para las empresas, no solo desde el punto de vista social sino también desde el económico, coincidiendo con los técnicos de salud laboral y los representantes sindicales en los beneficios que reporta, a saber:

- * Mejora el clima laboral por la reducción de medidas disciplinarias.
- * Disminución de los niveles de absentismo.
- * Reducción de los periodos de I.T.

- * Reducción de la siniestralidad laboral.
- * Reducción de niveles de conflictividad con mandos y compañeros.
- * Reducción de riesgos de contraer enfermedades relacionadas con drogas.
- * Retraso en el deterioro de materiales y herramientas.

Según el Consorcio Internacional sobre Abuso de Drogas en el Ambito Laboral, iniciativa del sector empresarial que recoge datos de empresa de diversos sectores en todo el mundo, se señala lo siguiente:

- * Por cada peseta invertida en un programa de intervención ante las drogas se ahorran entre 5 y 15 pesetas.



- * El programa en esta materia de General Motors Corporation ahorra a la empresa 4.625 millones de pesetas cada año. United Airlines estima el beneficio que le reporta cada peseta invertida en 16.95 pesetas en su programa de actuación ante las drogas.

FACTORES QUE FACILITAN Y DIFICULTAN LA INTERVENCION SOBRE DROGAS EN LA EMPRESA

Dentro de los distintos factores que pueden influir en todo tipo de actuación preventiva, destacamos dos grandes grupos:

A. FACTORES FACILITADORES:

- * La progresiva consideración del entorno laboral como medio idóneo para la prevención.
- * Los estudios cuantitativos realizados en torno a la valoración en términos económicos, sociales y sanitarios de la repercusión de las drogas en el ámbito laboral.



- * Enfocar la asunción del problema sin que se deriven acciones punitivas y salvaguardando en todo momento la voluntariedad y confidencialidad del trabajador. Estos principios garantizarían una acogida favorable de las iniciativas de prevención llevadas a cabo.
- * Una empresa que emprende acciones de prevención puede considerarse como una entidad que invierte en calidad y en recursos humanos.
- * La participación de todos los estamentos de la empresa. Iniciar el proceso partiendo de mínimos consensuados y consensuales por los distintos agentes como estrategia para interpretar y asumir el programa.
- * Garantizar el reingreso laboral de toda persona que acepte un tratamiento rehabilitador.

B. FACTORES DIFICULTADORES:

- * La escasa sensibilización existente dificulta el desarrollo de actividades de prevención en las empresas.
- * El rechazo por parte de los trabajadores al sentir la acción preventiva como una invasión en el terreno privado de cada uno.
- * Concebir el fenómeno drogas como una cuestión que atañe exclusivamente a la red de salud de atención primaria, desdeñando los servicios de prevención laboral.
- * La creencia de que los problemas derivados del uso y/o abuso de drogas, a pesar de las consecuencias y repercusiones que pueda tener en la empresa, es un fenómeno de carácter social que no afecta a la esfera empresarial o laboral.
- * Los empresarios no consideran rentables dichos programas y además temen que el desarrollarlos implique tácitamente que "la empresa tiene problemas con las drogas", y su imagen quede estigmatizada.
- * La falta de recursos para asumir el problema: Económico, inexistencia de servicios de salud de la empresa, ...
- * La actual coyuntura laboral de precarización del empleo, subcontratación.
- * El temor de los trabajadores de que los programas estén basados en medidas de control con el fin de llevar a cabo sanciones, aperturas de expedientes disciplinarios, o su expulsión.

POSICIONAMIENTO DE LOS DISTINTOS ESTAMENTOS EN LA EMPRESA

El abordaje de los consumos de drogas en el marco de las empresas españolas implica en primer lugar el

reconocimiento de la existencia de intereses contrapuestos entre los trabajadores y los empresarios.

ACTITUD EMPRESARIAL

La presencia de un consumidor ocasional o habitual implica un riesgo potencial para la seguridad de su empresa, además de provocar efectos negativos inmediatos (absentismo, menor productividad, etc.).

El empresario está legitimado para identificar a los empleados que usan o abusan de drogas, utilizando para ello cualquiera de los medios técnicos disponibles. Puesto que las drogas repercuten de forma tan negativa en los resultados económicos y en la seguridad de la empresa, esta se cree legitimada para evitar la incorporación a la misma de consumidores de drogas, o para separar de la misma a los trabajadores que por su uso o abuso, presentan alteraciones negativas en su rendimiento, siempre que el marco legal permita esta posibilidad. Hay cierta tendencia a considerar esta situación como un hecho aislado, que afecta a un trabajador concreto y que tendrá una solución individualizada.

Un número importante de empresas no perciben su responsabilidad en la colaboración para el desarrollo de programas dirigidos a la prevención y/o tratamiento de las drogodependencias para sus empleados, situando esta responsabilidad en manos de la Administración Pública.

En el estudio de CCOO, "La actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas" Madrid 1989, se infiere que solo el 33% de los directivos de empresas se han llegado a plantear el tema drogas variando este porcentaje en función del número de trabajadores (del 19% de las empresas de menos de 50 trabajadores al 63% en las de más de 2.000 trabajadores). En la mayoría de los casos, la preocupación ha sido consecuencia de problemas aislados.

ACTITUD DE LA REPRESENTACION SINDICAL

Los consumos de drogas son considerados una conducta individual, perteneciente a la esfera privada del trabajador y protegida por el derecho constitucional a la intimidad de las personas. La realización de análisis para comprobar la presencia de drogas es una injerencia en la vida privada del trabajador, debiendo ser rechazados frontalmente.

Únicamente cuando los efectos de estos consumos tienen una repercusión clara en la conducta y rendimiento laboral del trabajador, es legítima la intervención de la dirección de la empresa.



La intervención, una vez identificados problemas de abuso de drogas, debe orientarse hacia el establecimiento de medidas de apoyo a la recuperación de los trabajadores afectados, evitando la adopción de medidas disciplinarias (Art. 54.2.f. del Estatuto de los Trabajadores).

Los programas de intervención en drogodependencias deben ser integrales (abordar aspectos preventivos y asistenciales), integrados en las políticas generales de salud, participativos, voluntarios, confidenciales, planificados y de aplicación al conjunto de los trabajadores.



14

ACTITUD DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN

Es precisamente en este contexto de posiciones encontradas, en el cual los principales responsables de los servicios de prevención en la empresa deben establecer su propio posicionamiento, manifestando su colaboración técnica y sobre, todo, asegurando la plena independencia de criterio profesional frente a las tesis de empresarios, trabajadores y sus representantes (en la línea de la recomendación nº 171 de la OIT sobre los Servicios de Salud en el Trabajo).

Los Servicios Médicos se encargarán de las siguientes funciones:

- * Información y orientación sobre las posibilidades existentes, tanto dentro como fuera de la empresa, para atender problemas relacionados con las drogas.
- * Detección precoz a partir de reconocimientos médicos periódicos, y de diversas informaciones existentes, que ayuden a completar el diagnóstico.
- * Diagnóstico médico, psicológico y social (estos dos últimos si se dispusiera de profesionales en la empresa) que permita orientar y en su caso derivar el problema en función de sus circunstancias personales.
- * Recepción, análisis y definición de demandas planteadas por las personas que componen la empresa.
- * "Intervención mínima" realizadas por enfermería. Constituida por una o dos entrevistas de 10 a 15 minutos de duración. Eventualmente incluye la entrega de folletos con información sobre los riesgos que supone el consumo elevado de la sustancia psicoactiva y con recomendaciones y sugerencias para la eliminación de riesgos. Igualmente se pueden plantear controles anuales

para comprobar los niveles de consumo y para reforzar los mensajes preventivos.

- * Derivación a los recursos externos si se considera que las posibilidades de tratamiento están limitadas.
- * Motivación tanto de las personas identificadas por su consumo como a las no identificadas. Resulta importante divulgar las garantías de mantenimiento del puesto de trabajo que conlleva la participación en el programa a fin de evitar recelos.
- * Seguimiento mediante contactos con el centro terapéutico y con el trabajador para conocer la evolución del mismo tanto durante el tratamiento como tras la reincorporación normalizada a su puesto de trabajo.

En el referido estudio de CCOO de 1989, el 61% de los SME se ha planteado en alguna ocasión el tema drogas, y de éstos el 63% impulsaron algún tipo de actuación generalmente, de carácter puntual.

Conocer el problema es un concepto diferente a asumirlo. El conocimiento no lleva implícito la disposición de los distintos agentes a establecer estrategias que favorezcan el abordaje de las necesidades detectadas, Asumir implicaría por tanto, interiorizar la existencia de un problema que requiere de la corresponsabilización y participación de los



distintos agentes a la hora de planificar acciones de prevención. Quizás por eso las actuaciones más demandadas y las más extendidas son precisamente las que implican un menor esfuerzo y un menor compromiso y las que por tanto, gozan de mayor aceptación por todas las partes al ser consideradas las menos agresivas, es decir, las que se limitan a aportar información sobre los riesgos y perjuicios del alcohol y las demás drogas.

Mevacor®†

(lovastatina)

Sigue Marcando la Pauta

ESTUDIO
F.A.T.S.[®]

Primera estatina en terapia combinada que disminuyó la incidencia de episodios cardiovasculares.

THE
**EXCEL
STUDY**[®]

Primera estatina que ha demostrado eficacia y tolerabilidad a largo plazo.

MARS[®]

Estudio controlado sobre la regresión de la aterosclerosis.

Primera estatina que[®] ha demostrado en monoterapia disminuir la progresión de aterosclerosis coronaria.

*Junto con la dieta

CCAIT[®]

Ensayo Clínico de intervención sobre la aterosclerosis coronaria.

Primera estatina que[®] ha demostrado ser eficaz en prevenir la aparición de nuevas lesiones coronarias.

ACAPS[®]

Asesoramiento: Cavitad aterosclerosis Progresión Study

Primera estatina que ha demostrado enlentecer la progresión aterosclerótica coronaria precoz.

The
**New England
Journal of Medicine**[®]

Vol. 352 - Número 1995 - Febrero 2005

MEVACOR[®] ha demostrado un claro beneficio en la mejora de la función endotelial.

ANDREWS
TC Y COLS[®]

Efecto de la reducción del colesterol en pacientes con enfermedad coronaria.

MEVACOR[®] redujo la duración de los episodios isquémicos (regresión del segmento ST) en pacientes con historia de isquemia y/o angina.

POST
C.A.B.G.T.[®]

Post Coronary Artery Bypass Graft Trial

MEVACOR[®] retrasó la progresión de la enfermedad aterosclerótica en pacientes sometidos a un proceso de revascularización.

NUEVAS
EVIDENCIAS

ACAPS[®]

Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study

MEVACOR[®] ha demostrado prevenir el primer ataque cardíaco (-37% de reducción del riesgo), prevenir la angina inestable (-32% de reducción del riesgo) y prevenir el primer IM fatal y no fatal (-40% reducción del riesgo) en pacientes hipercolesterolémicos con c-HDL por debajo de la media.

Una Gran Experiencia



MSD

GRUPO MSD Medicina Basada en la Evidencia

MERCK SHARP & DOHME DE ESPAÑA, S.A.
Jovella Valcarlos, 30 - 28027 - Madrid

† Marca registrada de MERCK & CO., INC., Whitehouse Station, N. J., U.S.A.



Campaña informativa sobre el tabaco en el medio laboral

- Prevención
- Consideraciones actuales en torno al tabaquismo

Amado Cuadrado Fernández*

* Médico de Salud Laboral del Excmo. Ayuntamiento de Bilbao
Responsable de Prevención: Educación Sanitaria

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas numerosos estudios epidemiológicos han demostrado claramente que el consumo de tabaco constituye actualmente el **factor de riesgo susceptible de prevención**, es decir, evitable, más importante de morbi-mortalidad prematuras, en cualquier país desarrollado.

Por tanto, es prioritaria la acción preventiva y/o informativa dirigida a motivar a los/as trabajadores/as hacia el abandono del consumo del tabaco, y esta acción preventiva debe promoverse desde la Medicina de Trabajo, teniendo como referente la implantación de la nueva Ley de Prevención de Riesgos Laborales, donde se recoge la protección de la salud de los/as trabajadores/as en todos aquellos aspectos relacionados con el tipo de trabajo, edad, sexo, condiciones de trabajo, hábitos, etc...

¿Por qué es necesaria esta acción preventiva?

El hábito de fumar en el lugar de trabajo implica un aumento del riesgo de patologías específicamente laborales:

- Enfermedades profesionales de origen inhalatorio.
- Accidentes en el lugar de trabajo.
- Estrés laboral

La **conflictividad** cada vez más acentuada en las relaciones laborales, entre fumadores y no fumadores.

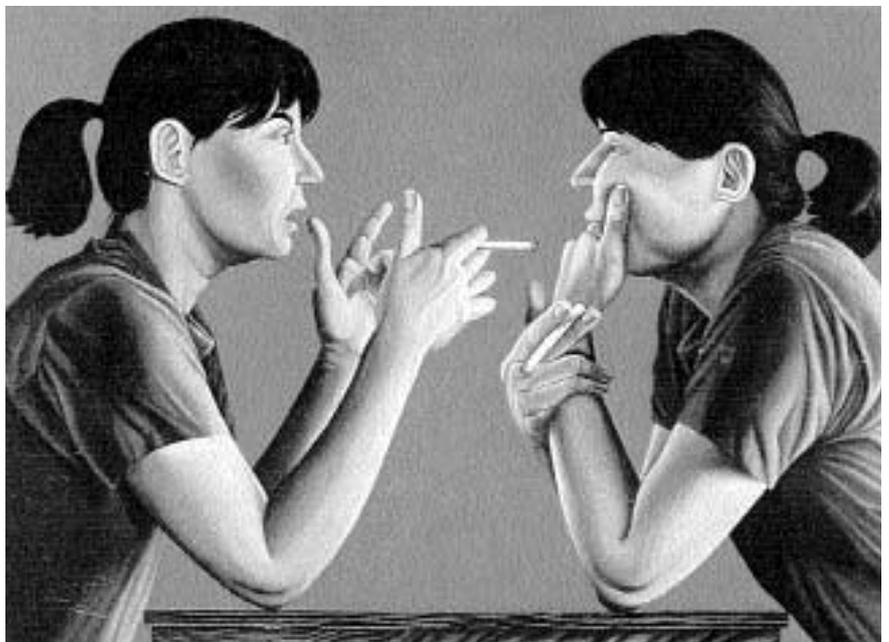
La exposición al humo del tabaco en los puestos de trabajo, durante el desarrollo de la jornada laboral es una forma de **tabaquismo pasivo**.

El hábito de fumar es responsable de las incapacidades laborales prematuras.

El hábito de fumar es responsable del aumento del **absentismo laboral**.

La demanda en los Servicios de Salud Laboral, cada vez más acentuada por parte de los/as trabajadores/as de aplicar normas de prevención para **evitar los "malos humos"**.

Es la principal causa de mortalidad evitable en la actualidad.



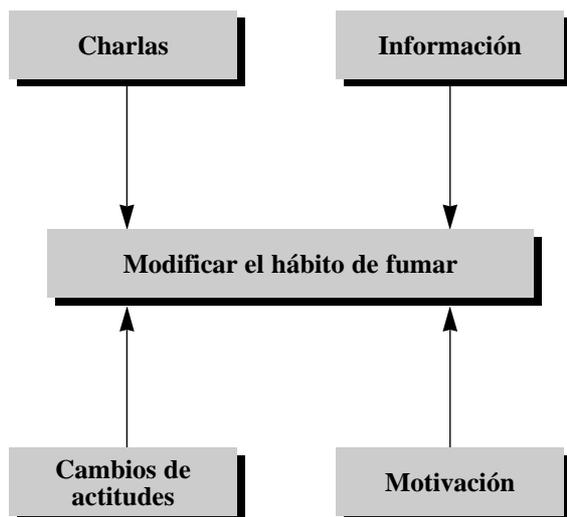
Existe un porqué legal:

- Ley 31/1995, de 8 de Noviembre de **prevención de riesgos laborales**.
- Ley 18/1998, de 25 de Junio, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias.

OBJETIVOS

Conseguir que los/as trabajadores/as estén *bien informados/as* sobre las características y nocividad del hábito de fumar y motivarles *para provocar cambios de actitud* y por tanto, el abandono del hábito de fumar.

Lograr el cumplimiento de la nueva normativa vasca (Ley 18/1998, de 25 de Junio), en relación con hábito tabáquico en las dependencias de la Administración Pública.



MATERIAL Y MÉTODOS

En primer lugar, se entregó en todas las Áreas Laborales una *ficha tabáquica* para ser rellenada por los/as trabajadores/as que fumase. Al igual que sucede en la población general, el hábito estaba extendido en el colectivo de trabajadores/as, pero la mayoría deseaban dejar de fumar y se mostraban partidarios de tomar medidas a favor de la *prevención del tabaquismo*, aumentando la información sanitaria y la investigación para conseguir soluciones, cada vez más efectivas.

Posteriormente se lleva a cabo una *campaña informativa* sobre el hábito tabáquico. Esta educación sanitaria consiste en desplazarse a los puestos de trabajo para dar unas *charlas* que previamente se han organizado con los/as jefes/as de Servicio y los/as propios/as trabajadores/as, procurando interferir lo menos posible la actividad laboral de los Servicios. Al finalizar la charla se entrega la documentación escrita, en forma de folleto informativo.

Charlas

A) Información:

- Referencias históricas
- Composición del tabaco
- El tabaco como factor de enfermedad
- Beneficios producidos por el abandono del hábito tabáquico.

B) Control del hábito tabáquico

- Fumador consciente
- Motivación

C) Método para dejar de fumar

- Método
- Consejos a seguir

REFERENCIAS HISTÓRICAS

Las referencias históricas del hábito de fumar se remontan a civilizaciones antiguas.

Los griegos y los romanos fumaban orégano y tusílagos e, incluso, utilizaban la lechuga como narcótico. Herodoto, el gran viajero hablaba de los habitantes de una isla que reunidos alrededor del fuego se embriagaban respirando las emanaciones de ciertos frutos que quemaban en él.

El tabaco es una planta solanácea, de procedencia americana (principalmente de sus zonas costeras). La especie que más interesa es la **NICOTIANA-TABACUM** y los cuatro tipos principales son: **HAVANENSIS, BRASILENSIS, VIRGINIA Y PURPÚREA.**

El primer contacto del tabaco con el continente europeo es como consecuencia del descubrimiento de América por Cristóbal Colón.

El tabaco era empleado por los indígenas en sus ceremonias o rituales religiosos.

Fundamentalmente, la llegada del tabaco al "Viejo Mundo" se la debemos a dos hombres de mediados del Siglo XVI:

- **D. Francisco Hernández Boncalo de Toledo** (médico de cámara de Felipe II, quien trajo las primeras semillas de tabaco que llegaron a Europa y
- **Sir Walter Raleigh** (político), que junto con **Sir John Hawkins** (navegante inglés), importaron grandes cantidades de tabaco, desde tierras de América hasta Europa.

En el continente europeo y durante mucho tiempo, el tabaco fue consumo exclusivo de las clases más privilegiadas, debido a su elevado precio.

Se atribuyeron al tabaco caracteres mágicos y extraordinarias características terapéuticas, empleándose como droga que lo curaba todo: Asma, gota, jaquecas, sordera, tétanos, ceguera, ...

Las primeras plantas de tabaco se usaron con fines ornamentales, en grandes banquetes y celebraciones religiosas.

Las primeras campañas antitabáquicas

- **Jacobo I de Inglaterra**, en 1.604 publica un escrito DENOMINADO "A COUNTER BLAST TO TABACCO", prohibiendo el consumo público y dictándose penas para los infractores.
- **El Sultán turco Amurat** prohibió por edicto el consumo del tabaco.
- **El Jeque Abba Sofi** condenaba a muerte al fumador que era sorprendido consumiendo tabaco en los días no permitidos.



- **Ciertas Religiones** (la protestante en Suiza, la musulmana, orientales, ...) proscribían el consumo de tabaco y consideraban condenable a todo aquél que era fumador.

Las formas de fumar han sido variadas

- En los primeros momentos se mascó el tabaco (costumbre que aún existe en algunos países asiáticos).
- Se aspiraba el humo en las hogueras donde era quemado.
- Se introducía por la nariz en grandes pipas en forma de Y.
- Se fuma en pipa hacia 1.586 (aparece en Inglaterra)
- En el Siglo XVIII surge la moda del consumo de tabaco: el rapé. Era tabaco en polvo, muy fino para esnifar. Se obtenía de un triturado fino de las hojas y el tallo del tabaco; para evitar el olor se perfumaba el polvo resultante del triturado con cianomonum, esencia de clavo o polvo de almendras amargas.
- La forma de fumar más reciente es el cigarrillo. A finales del Siglo XVI existen documentos que demuestran que ya se liaba el cigarrillo de papel.
- A partir del Siglo XVII se vulgariza paulatinamente el consumo del cigarrillo.
- A finales del Siglo XIX comienza su industrialización.
- En los comienzos del Siglo XX se expande universalmente la elaboración industrial del cigarrillo.
- Las formas de fumar actuales se reducen al cigarrillo, cigarro puro y pipa.

COMPOSICIÓN DEL TABACO

La composición completa del tabaco aún no ha podido ser descifrada en su totalidad

El tabaco o Nicotina Tabacum es una de las 50 especies que tiene el género Nicotiana.

La hoja del tabaco está formada fundamentalmente por dos componentes:

- Agua: - 80% del peso total (tabaco verde)
- 18% del peso total (tabaco seco o curado)

- Materia seca:

Compuestos Orgánicos:

- * Nitrogenados:

- Proteínas
- Aminoácidos
- Amoniaco
- Alcaloides (Nicotina, ...)

- * No Nitrogenados:

- Hidratos de carbono
- Polifenoles
- Glucósidos
- Pectinas
- Ácidos grasos
- Aceites etéricos
- Sustancias aromáticas

Compuestos Inorgánicos

Aunque los estudios descubren 600 componentes, muchos de ellos son variantes simples del producto primario. Los componentes más estudiados y que parecen los más tóxicos para el organismo humano son:

- | | |
|----------------------------|-----------------|
| • Nicotina | • Acroleinas |
| • Monóxido de Carbono (CO) | • Fenoles |
| • Alquitrans | • Ácido Fórmico |
| • Óxido Nitroso | • Formaldehido |
| • Ácido Cianídrico | • Nitrosaminas |



EL TABACO COMO FACTOR DE ENFERMEDAD

El tabaquismo es la causa evitable más frecuente de muerte prematura.

La acción nociva del tabaco se ejerce sobre numerosos órganos de nuestro cuerpo, pero es más concreta sobre:

Aparato respiratorio:

Es el más afectado por las inhalaciones del humo

El humo del cigarrillo es un aerosol cuyos componentes específicos y gaseosos llegan hasta todas las partes del epitelio respiratorio.

- Bronquitis del fumador
- Broncopatía crónica
- Enfisema
- Cáncer pulmonar

Aparato digestivo:

- Gastritis tabáquica
- Úlcera gastroduodenal

Aparato digestivo:

- Angina de pecho
- Úlcera gastroduodenal
- Infarto de miocardio
- Patología vascular cerebral
- Vasculopatía periférica

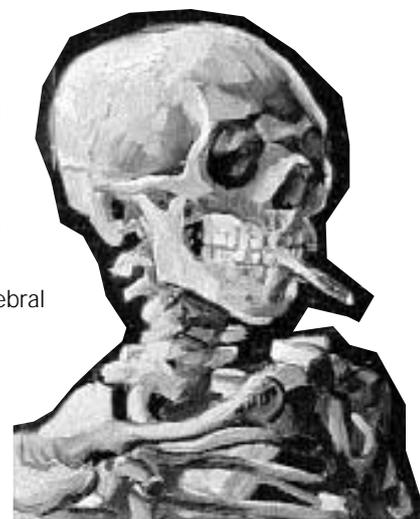
Siendo además:

Inductor del cáncer:

- Angina de pecho
- Carcinoma broncopulmonar
- Carcinoma laringe
- Carcinoma esófago
- Patología vascular cerebral
- Vasculopatía periférica
- Carcinoma faringe
- Carcinoma cavidad oral
- Carcinoma vejiga urinaria
- Carcinoma páncreas
- Carcinoma riñón

Interviene o modifica los efectos farmacológicos en muchos medicamentos.

Incompatible con el éxito y la superación en cualquier deporte.



BENEFICIOS PRODUCIDOS POR EL ABANDONO DEL HÁBITO DEL TABACO

Disminuye el riesgo de tener cáncer de pulmón.

Disminuye la predisposición a infecciones del tracto respiratorio.

Mejora la respiración y la oxigenación del organismo, permitiéndonos disfrutar del ejercicio físico.

Mejora la circulación y disminuye el riesgo de tener enfermedades cardio circulatorias.

Desaparecen rápidamente, cuando se deja de fumar:

- El mal aliento de los fumadores
- Las manchas en dientes y dedos
- El olor de las manos y de la ropa

Se vuelven a recuperar los sentidos del gusto y del olfato.

Se aumenta la probabilidad de tener un embarazo normal.

Disminuye el riesgo de accidentes (coche, incendios, ...).

Disminuyen las posibilidades de estar enfermo.

Se reduce el riesgo de muerte prematura.

No actuamos de inductores del hábito de fumar sobre otras personas.

Contribuimos a mejorar la calidad del aire que respiramos.

Aumento de la autoestima.

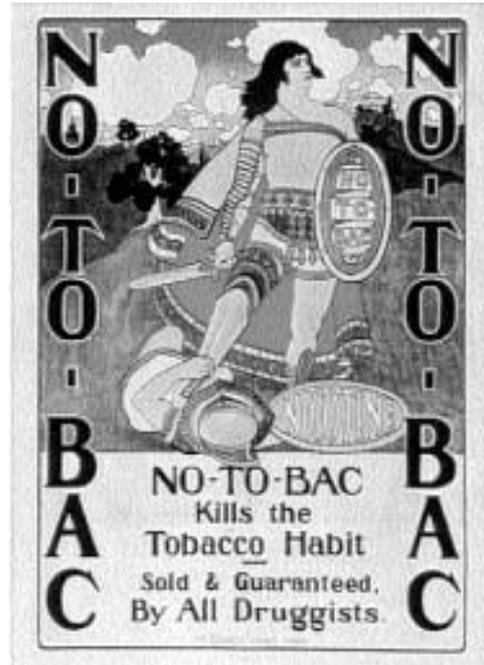
Ahorramos mucho dinero.

Disfrutamos con mayor plenitud de la vida.



CONTROL DEL HÁBITO TABÁQUICO

Es muy importante evitar, en primer lugar, ese número de cigarrillos que se fuman "por fumar", sin tener un deseo consciente de hacerlo y que son fumados por actos de "tipo mecánico". Esta acción de "fumar mecánicamente" está favorecida actualmente por la abundante oferta a la que estamos expuestos, no sólo en cuanto a cantidad, sino en cuanto a calidad y variedad, fundamentalmente en los ambientes de trabajo, ocio, relación, fiestas, ...



Será en estos ambientes de mayor riesgo donde realizaremos el control del hábito de "fumar mecánicamente", pasando a ser un *fumador consciente*:

- Persona que fuma sólo cuando realmente lo desea, teniendo siempre presente el efecto nocivo que sobre su salud provoca dicho hábito (aumentar el control sobre el hábito tabáquico).

Así como no existe una personalidad concreta adicta al tabaco, sin embargo, el comienzo del hábito generalmente se establece como consecuencia de algún tipo de *causa desencadenante* (búsqueda de placer, curiosidad, estimularse, imitación, ...).

Para abandonar el hábito debemos encontrar una motivación, que pueda ser variada:

- Temor a una enfermedad
- Económica
- Realizar un deporte con mejores garantías de salud
- Desintoxicar el organismo
- etc...

Cuando encontremos esa motivación y deseemos dejar de fumar estaremos en disposición de poder el hábito tabáquico.



MÉTODO PARA DEJAR DE FUMAR

Existen muchos métodos para dejar de fumar:

- **Terapia sustitutiva con nicotina** (parches, chicles, spray nasal, inhalador bucal, ...)
- **Terapia sin nicotina:** Antidepresivos, **otros** métodos como:

La acupuntura, la homeopatía, la auriculoterapia, la hipnosis, la biorresonancia, métodos combinados y otros que estoy seguro irán apareciendo.

En los fumadores con EPOC (mal de fumador), las líneas de investigación indican que el fármaco N-Acetilcisteína reduce los episodios de reagudización en estos pacientes, gracias a su actividad mucolítica antioxidante. Los expertos en neumología consideran que la N-Acetilcisteína es la única molécula administrada por vía oral que actúa como regeneradora de las defensas naturales de los pulmones.

Uno de los objetivos de la investigación en neumología, es el estrés oxidativo o exceso de radicales libres. El humo del tabaco contiene un elevado número de radicales libres.

La consciencia que se tenga sobre la necesidad de dejar de fumar, debe ser el motor principal del tratamiento.

Sólo una decisión personal permitirá abandonar el hábito de fumar y mantener y fortalecer dicha decisión.

Por tanto, el mejor método para dejar de fumar es: **NO FUMAR NUNCA MAS.**

CONSEJOS A SEGUIR:

- **Aumentará el consumo de agua** (si no hay **contraindicación** médica) y la **ingestión de zumos y frutas**.
- Disminuirá durante los primeros días el consumo de comidas grasas o ricas en calorías.
- Aumentará paulatinamente la práctica deportiva, realizando **ejercicios físicos** diariamente (de forma gradual, suave pero continuada).
- En caso de seguir este método y reincidir en el hábito de fumar, no debe desanimarse sino todo lo contrario, tratar de buscar el momento adecuado y volver a intentarlo, con más fuerza, si cabe.
- Puede buscar **apoyo en la familia y los amigos**.
- Puede pedir **ayuda a su médico/a**, en caso necesario.
- Se dará cuenta de que no es fácil, pero **es posible**, porque las personas que han dejado de fumar no tienen poderes especiales. Vd. tiene la misma capacidad que ellos. **Puede conseguirlo.**

RESULTADOS

Los datos obtenidos en los **reconocimientos periódicos dirigidos** que se realizan en el Servicio de Salud Laboral, están apuntando una mejora en la **disminución de este factor de riesgo cardiovascular** (tabaquismo) y un mayor interés de los/as trabajadores/as por mejorar hábitos de vida (sedentarismo, obesidad, estrés, ...).

Más que un porcentaje estadístico inicial, el mayor interés estriba en el seguimiento a lo largo del tiempo de los cambios de actitud positiva, con objeto de instaurar pautas de refuerzo, que se sabe, son necesarias.



El retraso que se suele producir entre el conocimiento (mediante información) sobre la nocividad del hábito de fumar y la necesaria **motivación** para provocar **cambios de actitud positiva** en los/as trabajadores/as, hace necesario promover y mantener de forma periódica la información (charlas) sobre el tabaco (pautas de refuerzo).



CONCLUSIONES

Es necesario:

- **Prevenir** la morbilidad y mortalidad derivadas del hábito de fumar
- **Fomentar** la salud en el medio laboral
- **Motivar**, mediante charlas (educación sanitaria)
- **Restaurar** la salud cuando se haya perdido.

Un lugar idóneo para cubrir estas necesidades son los servicios de Salud Laboral.

Señalización de áreas: *Espacios laborales libres de humo de tabaco.*

Habilitación de zonas diferenciadas para fumadores/as, ostensiblemente señalizadas.

Hay que seguir estudiando e investigando para buscar modos de vida que reduzcan al mínimo las amenazas de salud, pero que al mismo tiempo, permita a los/as trabajadores/as desarrollar sus inquietudes y disfrutar de las actividades cotidianas. **ES POSIBLE.**



La visión de la Tierra desde la Luna anuncia una nueva forma de ver nuestro Mundo y sus habitantes, pero apenas nos permite prever la forma que adoptarán futuros descubrimientos.

BIBLIOGRAFÍA

American Cancer Society, Cigarette Smoking: The Need For Action. Vol 38, nº. 4

Dr. Haroldo Shryock. El Tabaco: Destructor de la Salud. Ed. Publicaciones Interamericanas. 1975.

Carlos A. Jiménez Ruíz. Pulmón y Tabaco. Nilo Industria Gráfica, S.A. 1998.

Jean-Luc Roger. S'Arreter de Fumer. Editions France Empire. 1984.

Joseba Marcos Frías. Consejo Antitabáquico y Técnicas de Deshabitación individual, Delegación Territorial de Sanidad de Bizkaia.

Comité de Educación para la Salud. (Gobierno Vasco) Servicio Central de Publicaciones. 1993

Manuales Separ (Tabaquismo). Grupo Aula Médica, S.A. 1995.

Antonio Martínez Llamas. Manual de Patología Tabáquica, Artes Gráficas Gala, S.L. 1982

H. San Martín. Salud Pública y Medicina Preventiva. 2ª. Edición.. Ed. Masson, S.A. 1989

Allen Carr. Es fácil dejar de fumar, si sabes cómo. Editorial Espasa Calpe, S.A. 1999.

Joseph S. Alpert y James M. Rippe. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Cardiovasculares. 2ª. Edición.

Informe del U.S. Preventive Services. Task Force. Guía de Actividades Preventivas en la Práctica Médica. Ed. Díaz de Santos, S.A. 1992

Jama. The Journal of the American Medical Association. February 28, 1986

Jama. The Journal of the American Medical Association. February 26, 1992

Jama. The Journal of the American Medical Association. September 26, 1990

T.L. Petty, Avances en el diagnóstico precoz y tratamiento de la EPOC. Tiempos Médicos nº. 53. 1997.

S.D. Flora, C. Grassy, L. Carati. Attenuation of Influenza-Like Symptomatology and Improvement of Cell-Mediated Immunity with Long-Term N-Acetylcysteine Treatment.

K.F. Kerrebijn, P. Vemeire. Antioxidant Therapy in Patients with COPD: The rationale for the Broncustrial.

Karl-Heinz Stäker, Ulrich. Bartman. Psicología del Fumar. Editorial Heroer. 1977.

US Departement of Healt and Human Services: Reducing the Healt Consequences of Smoking: 25 yarars of progrerss (DHHS. Publication N.O. CDC. 89-8411. Atlanta: Center for Disease Control. 1989.

Sociedad Española de Neurología y Cirugía Torácica. Prevención del tabaquismo. Vol. 2, Nº. 1. Abril 2000



Acetilcisteína Farmasierra



NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ACETILCISTEÍNA FARMASIERRA 200 mg, ACETILCISTEÍNA FARMASIERRA 100 mg. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Acetilcisteína Farmasierra 100 mg. Cada sobre monodosis contiene: Acetilcisteína 100 mg. Excipientes: Sacarosa 2,89 g. Otros, c.s.p. 1 sobre. Acetilcisteína Farmasierra 200 mg. Cada sobre monodosis contiene: Acetilcisteína 200 mg. Excipientes: Sacarosa 2,79 g. Otros, c.s.p. 1 sobre. **FORMA FARMACÉUTICA:** Granulado en sobres monodosis. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas:** La acetilcisteína está indicada como tratamiento coadyuvante en los procesos respiratorios que cursan con hipersecreción mucosa excesiva o espesa, tal como bronquitis aguda y crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema, atelectasia debida a obstrucción mucosa; complicaciones pulmonares de la fibrosis quística y otras patologías relacionadas. **POSICIÓN Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** Niños hasta 2 años: La posología media recomendada es de 100 mg de acetilcisteína por vía oral cada 12 horas (dosis máxima diaria: 100 mg). Niños entre 2 y 7 años: La posología media recomendada es de 100 mg de acetilcisteína por vía oral cada 8 horas (dosis máxima diaria: 300 mg). Adultos y niños mayores de 7 años: La posología media recomendada es de 200 mg de acetilcisteína por vía oral cada 8 horas (dosis máxima diaria: 600 mg). **Complicaciones pulmonares de la fibrosis quística:** La posología media recomendada para la acetilcisteína en estos casos es la siguiente: Niños hasta 2 años: 100-200 mg de acetilcisteína cada 12 horas. Niños entre 2 y 7 años: 200 mg de acetilcisteína cada 8 horas. Adultos y niños mayores de 7 años: 100-400 mg de acetilcisteína cada 8 horas. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad reconocida a la acetilcisteína. Pacientes con úlcera gástrica duodenal. Pacientes asmáticos o con insuficiencia respiratoria grave, ya que puede incrementarse la obstrucción de las vías respiratorias. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO:** La eventual presencia de un leve olor sulfuroso no indica alteración del producto sino que es propia del principio activo. **Advertencia sobre excitantes:** Este medicamento contiene 2,79 g de sacarosa por sobre (presentación de 200 mg) y 2,89 g de sacarosa por sobre (presentación de 100 mg), lo que deberá ser tenido en cuenta en pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, problemas de absorción glucosa/galactosa, deficiencia de sacarosa-isomaltasa y pacientes diabéticos. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han detectado interacciones e incompatibilidades con otros medicamentos, aunque se recomienda no asociar la administración de acetilcisteína con antácidos o con medicamentos que disminuyan las secreciones mucinales (atropina). **Embarazo y lactancia.** Aunque los estudios llevados a cabo en animales no han evidenciado potencial daño fetal, se recomienda la administración de acetilcisteína bajo supervisión médica durante el embarazo. También se desconoce el paso de la acetilcisteína a través de la leche materna, se recomienda su administración bajo supervisión médica durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** No se han descrito. **REACCIONES ADVERSAS:** Ocasionalmente se han descrito efectos aislados, de carácter leve y transitorio, siendo los más frecuentes las reacciones gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarreas). Frecuentemente se presentan reacciones de hipersensibilidad, acompañadas de urticaria y broncoespasmos, en cuyo caso se recomienda interrumpir el tratamiento y consultar al médico. **SOBRE-DOSIFICACIÓN:** La acetilcisteína ha sido administrada en el hombre a dosis de hasta 500 mg/kg/día sin provocar efectos secundarios, por lo que es probable excluir la posibilidad de intoxicación por sobredosificación de este principio activo. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** **Propiedades farmacodinámicas:** La acetilcisteína es un aminoácido sulfurado que actúa fluidificando las secreciones mucosas y mucopolisacáridos en los procesos respiratorios que cursan con hipersecreción y mucorresistencia. Actúa rompiendo los enlaces disulfuro que incrementan la viscosidad de las mucoproteínas. Por su carácter reductor, la acetilcisteína ejerce una actividad expectorante en el aparato respiratorio, actuando frente a la acción lesiva del estrés oxidativo por radicales libres oxidantes de diversa etiología a nivel pulmonar. En base a su estructura derivada de la cisteína, la acetilcisteína actúa como precursor en la síntesis de glutatión y normaliza sus niveles cuando éstos se reducen por una agresión oxidante crónica sobre el aparato respiratorio. **Propiedades farmacocinéticas:** Tras la administración de acetilcisteína por vía oral la absorción se produce rápidamente. La acetilcisteína se descompone y circula en forma libre ligada a las proteínas plasmáticas. La biodisponibilidad es de un 10%. Tras la administración por vía oral de una dosis de 600 mg de acetilcisteína se obtiene un valor de C_{max} (acetilcisteína libre) de 15 nmol/ml, un valor de t_{max} de 0,67 h y una semivida del fármaco de aproximadamente 6 h. También se observa un incremento en los niveles plasmáticos de cisteína y glutatión, aspecto relacionado con su propio mecanismo de acción. La acetilcisteína difunde de forma rápida a los líquidos extracelulares, localizándose principalmente a nivel de la secreción bronquial. Su eliminación es renal, en un 30%, y sus principales metabolitos los aminoácidos cistina y cistona. **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los estudios de toxicidad aguda llevados a cabo con la acetilcisteína en ratas y ratón por vía oral, intraperitoneal y endovenosa han pasado de manifestar la baja toxicidad del principio activo, para el que se han descrito valores de DL50 superiores a 7g/kg en ratón y a 6g/kg en rata. Estudios de toxicidad crónica referidos a acetilcisteína y realizados con rata, a dosis de hasta 2.000 mg/kg/día y a dosis de hasta 300 mg/kg/día, durante períodos de hasta 52 semanas, demuestran que la acetilcisteína es bien tolerada incluso a las dosis más altas. En los estudios de reproducción en rata y conejo, la administración de dosis de hasta 2.000 mg/kg/día de acetilcisteína por vía oral no han manifestado alteraciones en la capacidad reproductiva, efecto teratogénico o toxicidad peri/post natal. **DATOS FARMACÉUTICOS:** Relación de excipientes: sacarosa, ácido tartárico y aroma de fruta. **Incompatibilidades:** No se han descrito. **Período de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** Ninguna. **Naturalidad y contenido del recipiente:** Frasco con 30 sobres de 3 g de granulado. **Instrucciones de uso/manipulación:** Dissolver el contenido de un sobre en un vaso con un poco de agua. Se obtiene así una solución de sabor agradable que puede ser bebida directamente. **Presentación y RVP IVA4:** 30 sobres x 100 mg, 153 ptas., 30 sobres x 200 mg, 136 ptas. **Nombre o razón social y domicilio permanente o sede social del titular de la autorización:** Farmasierra, S.A. Carretera de Irún km 26,200. San Sebastián de los Reyes, 28700 - Madrid.





legislación

En este número hemos incluido en la sección, una reseña de las normativas más destacadas que se han publicado en los distintos Boletines Oficiales de las Comunidades Autónomas a lo largo del año 1.998.



25

LEGISLACION ESTATAL

Real Decreto 619/98, de 17 de Abril (BOE 28-4-98). TRANSPORTE SANITARIO. Características, equipamiento y dotación humana de los vehículos.

Real Decreto 782/98, de 30 de Abril (BOE 1-5-98). Reglamento de desarrollo de la Ley 11/97, de ENVASE Y RESIDUOS DE ENVASES.

LEGISLACION DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS

ANDALUCIA

Real Decreto 134/98, de 23 de Junio (BOJA 18-8-98). Plan de gestión de RESIDUOS TOXICOS Y PELIGROSOS.

CANARIAS

Orden de 24 de Abril 1998 (BOCAN 8-5-98). Modifica la composición de la Comisión para la aplicación de la Reglamentación sobre PRODUCTOS FITOSANITARIOS.

Orden de 15 de Abril 1998 (BOCAN 22-5-98). Programa de vacunaciones y calendario.

GALICIA

Decreto 177/98, de 11 de Junio (DOG 26-6-98). Crea la Red Gallega de Vigilancia en Salud Pública.

Resolución de 29 de Mayo 1998 (DOG 6-7-98). Pacto sobre sistemas de prevención de riesgos y de consulta y participación de los profesionales del Servicio Gallego de Salud.

Orden de 14 de Julio 1998 (DOG 30-7-98). Desarrolla el sistema básico de la Red Gallega de Vigilancia en Salud Pública.

NAVARRA

Decreto Foral 170/98, de 18 de Mayo (BON 19.6.98), sobre medicina preventiva y de gestión de la calidad en Centros Hospitalarios.

PAIS VASCO

Resolución de 19 de Diciembre 1997 (BOPV 27-1-98). Acuerdo en materia de Salud y prevención de riesgos laborales.

COMUNIDAD VALENCIANA

Resolución de 20 de Julio 1998 (BOGV 7-8-98). Convenio del Servicio Valenciano de Salud con MUFACE, ISFAS y MUGEJU, para la prestación de asistencia.

ARAGON

Decreto 52/98, de 24 de Febrero (BOA 6-3-98). Modifica la normativa sobre gestión de residuos sanitarios.

Decreto 72/98, de 31 de Marzo (BOA 13-4-98). Plan de ordenación de la Gestión de residuos Sólidos Urbanos.

PRINCIPADO DE ASTURIAS

Decreto 70/98, de 19 de Noviembre (BOPA 26-11-98). Crea la Agencia Regional de Salud y Seguridad Laboral.

ISLAS BALEARES

Ley 2/98, de 13 de Marzo (BOIB 21-3-98). Ordenación de Emergencias (Protección Civil).

Decreto 80/98, de 28 de Agosto (BOIB 12-9-98). SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. Registro de prevención de riesgos.

MADRID

Resolución de 13 de Marzo (BOCM 24-3-98). Adhesión al Convenio sobre formación continuada de las profesiones sanitarias.

Decreto 87/98, de 21 de Mayo (BOCM 28-4-98). Crea la Red de Laboratorios de Salud Pública de la Administración Local.

LA RIOJA

Orden de 29 de Abril 1998 (BOLR 5-5-98). Normas sobre enfermedades de declaración obligatoria.

CROMATONBIC[®] FERRO

En la profilaxis
y tratamiento
de las anemias
ferropénicas



COMPOSICIÓN: Cada vial bebible contiene: Tapón contenedor: Glucosato ferroso 300 mg, equivalente a 37,5 mg de hierro elemental, Glucosa 40 mg. Otros excipientes, c.s. Vial: Sacarina sódica 2,7 mg. Otros excipientes, c.s.p. 12 ml. **PROPIEDADES:** La deficiencia de hierro es la causa más común de anemia nutricional en el hombre. Cuando la deficiencia es severa, ocasiona anemia secundaria a la reducción en la síntesis de hemoglobina. La deficiencia de hierro puede afectar al metabolismo del ácido. **CROMATONBIC FERRO** es un preparado constituido por Glucosato ferroso como único principio activo, el cual tiene un contenido aproximado del 12,5% en hierro. **INDICACIONES:** Tratamiento de la anemia ferropénica. Profilaxis de los estados ferropénicos (embarazo, lactancia, crecimiento, etc.). **POSOLOGÍA:** Según prescripción facultativa. Adultos: de 1 a 3 viales al día. La dosis puede aumentarse hasta 6 viales al día en caso de que el criterio médico así lo aconseje. Niños: de 2 a 6 mg de hierro por kg de peso y día. Se recomienda tomar el medicamento antes de los principales comidas. **CONTRAINDICACIONES:** Está contraindicada la administración en pacientes con hemocromatosis y en aquellos que presenten hipersensibilidad frente al hierro. **INTERACCIONES:** La administración simultánea de tetraciclinas, cloranfenicol, antibióticos o penicilinas puede disminuir la absorción del hierro. Se aconseja especialmente en pacientes con episodios previos de intolerancia al hierro, iniciar la terapia a bajas dosis para irse separando de la asociación de efectos secundarios e ir aumentando la dosis gradualmente hasta los niveles deseados. **ADVERTENCIA:** Este medicamento contiene 40 mg de glucosa por vial bebible, lo que deberá ser tenido en cuenta por los enfermos diabéticos. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** Dada la presentación y dosificación del principio activo, es improbable la ocurrencia de intoxicación. En caso de una administración masiva accidental se recomienda realizar un lavado gástrico, administrar desferrioxamina e iniciar un tratamiento sintomático. **PRESENTACION Y PVP (IVA):** Envase con 30 viales bebibles de 12 ml con tapón contenedor. 941,- pps.



LABORATORIOS MENARINI, S.A.
Apartado de correos 215 - 08910 Badalona (Barcelona) España

agenda de congresos



IX CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ERGONOMIA AMBIENTAL.

30 julio - 4 agosto de 2000

Dortmund (Alemania)

Información: Ruhr Universität Bochum

Medizinische Fakultät, MA 4/59

Abt. Biomedizinische Technik,

D-44780 Bochum, ALEMANIA

Tfno: +49 234 700 54 42/ FAX: 49 234 709 41 17



IV CONGRESO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD SOBRE GERENCIAMIENTO DE GRANDES SISTEMAS DE SEGURIDAD EN EL SIGLO XXI.

9 - 12 agosto de 2000

Curitiba (Brasil)

Información: www.latinevent.com.br



COLOQUIO INTERNACIONAL SOBRE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS SANITARIOS TECNOLOGIA MEDICA, RADIACION, ELECTRICIDAD.

Dortmund, 4 y 5 octubre de 2000

Secretariat of the section Berufsgenossenschaft für gesundheitsdients und wohlfahrtsplege

Pappelallee 35/37

D-22089 HAMBURGO (Alemania)

Tfno: +49 (0) 40 20207 250 / FAX: +49 (0) 40 20207 918



SEMANA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO. CAMPAÑA EUROPEA DIRIGIDA A PREVENIR LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS DE ORIGEN LABORAL.

23 - 27 octubre de 2000.

Información: <http://osha.eu.int/ew.2000/>



I CONGRESO DE MEDICINA DEL TRABAJO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

17 y 18 de noviembre de 2000

Colegio de médicos de Valencia. Sec. Téc.: Ramón Blas.

Tfno: 96.335.51.11 / FAX: 96.334.87.02



PREMIO MAPFRE MEDICINA

Se comunica que el plazo para presentar originales que opten al XII Premio Fundación MAPFRE MEDICINA DEL AÑO 2000, al mejor trabajo de investigación sobre Prevención de Riesgos Laborales en los trabajadores de la Administración Pública, se amplía hasta el día 31 de marzo del año 2001, debiendo ser enviados los trabajos que quieran optar al premio a la siguiente dirección:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA

Centro Donosti
c/ Urbietta 39, 1º Izquierda
20006 - SAN SEBASTIAN

XII CONGRESO S.E.S.L.A.P. EN ZARAGOZA

Os podemos confirmar que ya tenemos lugar y fechas para la celebración del XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública (S.E.S.L.A.P.). Se va a celebrar en Zaragoza, los días 29, 30 y 31 de mayo y 1 de junio del año 2001.

Se os hará una primera notificación por correo, adjuntando a la revista, el programa preliminar del evento. Posteriormente, en el último trimestre del año, se procurará dar más información. Adelantamos un teléfono para información previa:

VIAJES EL CORTE INGLES DIVISION CONGRESOS, CONVENCIONES E INCENTIVOS

Paseo Fernando El Católico, nº 39
50006 ZARAGOZA
Teléfono 976 55 00 39
FAX. 976 56 21 33
e-mail: comercial_zaz@viajeseci.es

direcciones webb

Os comunicamos que a partir de mayo de este año, se ha hecho cargo de la página WEBB de la Sociedad, Iñigo Apellániz González, el cual será nuestro "Webbmaster", e iremos incluyendo en ella comunicaciones varias, agenda y temas por los que mostréis interés o preocupación. Escribirnos para darnos a conocer vuestras inquietudes y sugerencias a la siguiente dirección electrónica:

Impapgoi@lg.ehu.es

A partir de éste número, incorporamos como sección fija, ésta de direcciones de Internet que pueden ser de interés para los socios de S.E.S.L.A.P. y los lectores de la revista en general. Podéis remitirnos las direcciones que consideren de interés para su inclusión en esta sección a la dirección electrónica señalada arriba.

SESLAP:

<http://www.seslap.org>

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: PROTOCOLOS DE VIGILANCIA SANITARIA ESPECÍFICA:

<http://www.msc.es/salud/epidemiologia/laboral/>

REVISTA DE LA AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO:

<http://information@osha.eu.int>

<http://agency.osha.eu.int/rsinews/>

<http://osha.eu.int>

<http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/>

ASOCIACION PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES (A.P.A.):

www.apa.es

