



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

Enero - Junio 2005 • Volumen I • Número 11

XV

CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE SALUD LABORAL
EN LA ADMINISTRACION
PÚBLICA

Córdoba

PALACIO CONGRESOS
1, 2 y 3 JUNIO 2005

Sumario:

3 Editorial

18 XV Congreso
S.E.S.L.A.P.

Artículos originales:

6 Obesidad, factores de
riesgo. Estudio de preva-
lencia 2003 en el ámbito
de un ayuntamiento.

10 Baremación y valora-
ción del puesto de
médico de empresa por
el método Renault

21 Eficacia de la adminis-
tración de glicofosfo-
peptical como coadyu-
vante a la vacunación
antigripal en la pobla-
ción laboral.

15 Agenda de congresos

17 Direcciones Webb

24 Legislación



NUEVOS RESULTADOS

Estudio LIFE

LIFE = LOSARTAN INTERVENTION
FOR ENDPOINTS REDUCTION

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

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

(Dahlöf B, et al)

PUBLICADO EN:

THE LANCET

23/03/02

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

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

Antes de prescribir COZAAR®, consulte la Ficha Técnica Adjunta

Podrá ver LIFE con detalle en:

 para Médicos
www.msd.mi.yahoo.es

Call Center mi yahoo: 900 850 555

 **MSD**
GRUPO MSD

Medicina Basada en la Evidencia

Josefa Valcárcel, 38
28027 Madrid
www.msd.es

losartán
COZAAR®
Angiotensin II Antagonist

CONFIANZA, SATISFACCIÓN, RESULTADOS

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

LA OBESIDAD, UNO DE LOS RETOS DE LA SALUD

Dr. Amado Cuadrado Fernández

editorial

La obesidad constituye un importante problema de Salud Pública, debido a su alta frecuencia y a su papel como factor de riesgo de múltiples patologías como la Diabetes Mellitus Tipo 2, la Hipertensión, las Dislipemias, el Síndrome de Apnea del Sueño, la Enfermedad Cardiovascular, las Incapacidades derivadas de la Artrosis.

Se ha considerado, desde siempre, que un aspecto orondo; es signo de salud, riqueza y belleza y la delgadez; fealdad, penuria y enfermedad. O se consideraba.

Pero actualmente, las cosas han cambiado mucho de significado, vivimos en una sociedad que rechaza a los obesos y exalta la delgadez casi extrema.

Es un viejo adagio el que dice: "La gula agranda el vientre poco a poco y va empequeñeciendo el cerebro lentamente"

La Psicología del obeso está magistralmente condensada en Cervantes. Él no fue nunca gordo, pero conoció a quienes lo eran y supo de sus reacciones que traslada a su inmortal novela y sintió compasión por ellos, pues no se cansa de dar consejos a todo lo largo del libro para prevenir la gordura, que sabe que si es envidiable en sus comienzos, más tarde cuando avanza, se hace ridícula, para acabar inspirando compasión. Por eso, su consejo a Sancho:

"Come poco y cena más poco, que la salud de todo el cuerpo se fragua en la oficina del estómago"

Frase que viene a ser un remedo del viejo dicho popular::

"Come por la mañana como un emperador, al mediodía como un burgués y por la noche como un mendigo"

Cervantes tenía muchos conocimientos médicos y supo

de muchos de los aforismos Hipocráticos como aquél que dice:

"Si queréis que el comer no enferme, no os habéis de satisfacer del todo y habéis de trabajar sin pereza"

Esta frase Avicena la amplía diciendo:

"Antes que del todo se satisfaga el gusto, se ha de levantar el prudente de la mesa con algunas reliquias de hambre, porque lo demás, antes es deleite y vicio que necesidad de comer"

El mismo Hipócrates afirmaba:

"Todo lo mucho es enemigo de la Naturaleza".



Director

AMADO CUADRADO FERNANDEZ

Asesor de Dirección

JUAN JOSE SANCHEZ MILLA

Consejo de Redacción

CARLOS BELTRAN DE GUEVARA BERECIBAR

IÑIGO APELLANIZ GONZALEZ

JUAN GOIRIA ORMAZABAL

JAVIER GONZALEZ CABALLERO

JOSEBA SOLOETA ERASO



Comité Científico

JOSE MANUEL ALVAREZ GOMEZ. Parque de Bomberos de Valencia

JESUS ALBERT SANZ. Ayuntamiento de Valencia

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

JESUS MATEOS RODRIGUEZ. INSALUD de Cáceres

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

ANA PEDREIRA GARCIA-RAPOSO. Ayuntamiento de A Coruña

MARIA PILAR MORENO MARTINEZ. Ayuntamiento de Zaragoza

FRANCISCO VICENTE FORNÉS UBEDA. Ayuntamiento de Valencia

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



XV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. CÓRDOBA 1, 2 y 3 DE JUNIO DE 2005

HOJA DE COMUNICACIONES

Título: _____

Autores: _____

Centro de trabajo: _____

Dirección: _____

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

TIPO DE COMUNICACIÓN

- ORAL
- PÓSTER

PREMIO AL QUE OPTA

- XV CONGRESO SESLAP
- COLEGIO DE ENFERMERÍA Y C.A.E.
- COLEGIO DE MEDICOS DE CÓRDOBA

PALABRAS CLAVE



S.E.S.L.A.P.
les desea un feliz
2005

Enviar a:

Comité Científico. XV Congreso SESLAP.
Departamento de Prevención y Salud Laboral
Excmo. Ayuntamiento de Córdoba
C/ Capitulares, 1
14071 Córdoba

Consúltense las bases en www.seslap.com

XV CONGRESO SESLAP. CÓRDOBA 1,2 y 3 DE JUNIO



Obesidad, factores de riesgo. Estudio de prevalencia 2003 en el ámbito de un ayuntamiento.

Obesity, factors of risk. Study of prevalence 2003 in the scope of a city council.

6

* Albert Sanz, Jesús. *Torres Pont, José
* Médico Especialista en Medicina del Trabajo.
* Médico de Salud Laboral del Ayuntamiento de Valencia.

RESUMEN

Fundamento y Objetivos: Siendo la obesidad un importante problema de salud pública, necesitamos delimitar en nuestro colectivo de trabajadores, su prevalencia y asociación con otros FR y la relación con la distribución adiposa abdominal. Resultados que identifiquen a los sujetos y faciliten el tratamiento temprano.

Sujetos y Método: Muestra aleatoria de población de 25 a 65 años. Medición habitual de talla y peso con métodos estandarizados. Criterios de inclusión de FR según Sociedades y Consensos Nacionales e Internacionales. Se define obesidad como valores de IMC iguales o superiores a 30kg/m².

Resultados: La prevalencia de la obesidad es del 12.60%, significativamente más elevada en el colectivo masculino (16.35%). Aumentando significativamente con la edad en varones y mujeres. La prevalencia de los FR es del 40.35%, siendo del 80% para el colectivo de obesidad, predominando la dislipemia y la suma de varios factores de riesgo. Así como un parámetro de riesgo en función de la circunferencia abdominal del 35% y riesgo muy elevado en el 65% de los obesos.

Conclusión: Existencia de un colectivo de obesidad con indicador de riesgoCV muy elevado que necesita de estrategias eficaces, adecuadas e individualizadas cuyo objetivo principal sea la reducción sustancial de peso en un periodo prolongado.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Tanto sobrepeso como obesidad son un importante problema de salud pública, que en la actualidad se considera de magnitud epidémica incluso en países en vías de desarrollo (1). Estudios sobre obesidad, como el realizado por Calle et al (2) en EEUU han puesto de manifiesto un riesgo aumentado de mortalidad global y una mayor prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA), y cardiopatía isquémica (CI) en el análisis de un estudio prospectivo formado por más de un millón de personas. También ha puesto de relieve que el riesgo de mortalidad cardiovascular aumentaba para valores del Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 27 kgr/m² en presencia de otros Factores de Riesgo (FR), tales como HTA, Diabetes mellitus (DM), Dislipemia (DL) y tabaquismo.

Estando demostrado que la Obesidad se acompaña de riesgo cardiovascular (RCV) elevado por la coexistencia de otros FR, en especial DL, HTA, Insulinorresistencia y DM. Y que

estos FR están íntimamente ligados a un exceso de tejido adiposo, particularmente a una distribución visceral o abdominal de la grasa corporal que se correlaciona mejor con el riesgo de CI que la masa adiposa total determinando de una manera independiente la morbimortalidad CV a través de un síndrome metabólico aterogénico. Se diseña un estudio de prevalencia de obesidad y otros FR asociados (DL, DM, HTA) incluyendo la medida de la circunferencia de la cintura en los sujetos obesos como indicador pronóstico de RCV en un colectivo de trabajadores del Ayuntamiento de Valencia, a partir de cuyos resultados se puedan establecer estrategias encaminadas a la identificación y el tratamiento temprano del problema, y principalmente a su prevención eficaz.

SUJETOS Y MÉTODO

El total de la muestra (Tabla 1.) lo componen trabajadores con edades comprendidas entre 25 y 65 años de edad de

ambos sexos, elegidos de forma aleatoria a través de los reconocimientos médicos ordinarios previos y/o periódicos durante el año 2003.

TABLA 1.

TOTAL MUESTRA:	476
HOMBRES:	318
MUJERES:	158

Las determinaciones antropométricas de peso y talla se han obtenido por medición directa, utilizando balanzas mecánicas y tallímetros de pared estandarizados. El peso se calculó en kgr con una precisión de +/- 100 gr. La talla se midió con el sujeto descalzo, en bipedestación y con la cabeza situada en el plano de Frankfurt (plano horizontal nariz-trago), expresada en cm con una precisión de +/- 0.5 cm (3).

La tipificación ponderal se realizó con el cálculo del IMC; que expresa la relación entre el peso en kg y la talla en m² (peso [kg] /talla² [m²]). Estableciéndose la tipificación ponderal del colectivo en función de los criterios propuestos por la SEEDO 2000 (4). Tabla 2.

TABLA 2.

Clasificación Sobrepeso y Obesidad según IMC (SEEDO 2000).

Valores límites del IMC	
Peso Insuficiente	< 18.5
Normopeso	18.5 – 24.9
Sobrepeso grado I	25 – 26.9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27 – 29.9
Obesidad tipo I	30 – 34.9
Obesidad tipo II	35 – 39.9
Obesidad tipo III (mórbida)	40 – 49.9
Obesidad tipo IV (extrema)	> 50.

La medición de la circunferencia de la cintura se realizó siguiendo a Seidell et al (5), en la línea media entre el margen costal inferior y la cresta iliaca en bipedestación. Considerándose parámetros de riesgo 95 cm para varones y de 82 cm para mujeres; y de riesgo muy elevado a partir de 102 cm en hombres y 90 cm en mujeres.

Los criterios de inclusión para los diferentes factores de riesgo a estudio fueron los siguientes.

*A. Para la HTA: Cifras de presión arterial superiores a 140-90 mmHg en población adulta y superiores a 135-85 mmHg en sujetos diabéticos. Siguiendo las directrices de la Sociedad Española de HTA – Liga Española para la lucha contra la HTA (1999) y el Sexto Informe del Comité Conjunto para la prevención, evaluación y tratamiento de la HTA de 1997 (JHC VI).

*B. Para las Dislipemias: Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Arteriosclerosis y el Documento Conjunto de las Sociedades Españolas de Arteriosclerosis, Cardiología y Medicina Interna, se utilizó la clasificación simplificada de las hiperlipemias en tres grupos en función de las concentraciones de colesterol total y triglicéridos. Así para valores superiores o inferiores a 200 mg/dl, se incluyeron como hipercolesterolemia pura, hipertrigliceridemia pura o hiperlipemia combinada, dependiendo de que estén elevados la colesterolemia total, los triglicéridos totales o ambos respectivamente (6).

*C. Para la DM: Se han seguido los criterios diagnosticos de DM de A.D.A. de 1997 y del Consenso Europeo 1999, a saber (7):

** Glucemia en ayunas > 126 mg/dl (7 mmol/L) confirmado un segundo día.

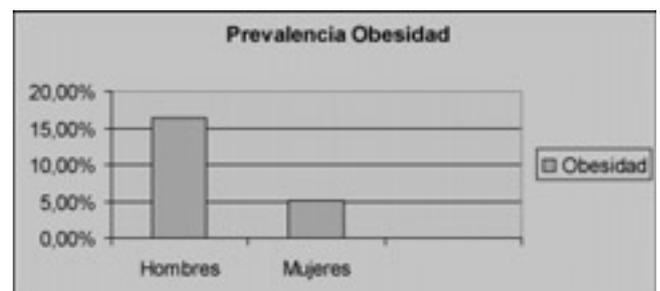
** Glucemia durante el día >200 mg/dl (11 mmol/L) con clínica típica.

** Glucemia >200 mg/dl a las 2 horas de la sobrecarga oral de glucosa.



RESULTADOS

Se obtiene una prevalencia de obesidad del 12.60% en la población estudiada, frente al 14.5% del estudio de prevalencia de obesidad en España, SEEDO. Siendo significativamente más elevada en el colectivo masculino (16.35%) que el femenino (5.06%). El 43.27% de la muestra se tipifica ponderalmente como con sobrepeso, predominando igualmente el colectivo masculino (56.6%) frente a mujeres (16.45%).



La tipificación ponderal de la muestra según el valor del IMC se observa en la tabla 3.

TABLA 3.

TIPIFICACIÓN PONDERAL DE LA MUESTRA		
I.M.C.	HOMBRES	MUJERES
<18	0%	1.26%
18.5-24.99	25.78%	77.21%
25.0-26.99	23.27%	10.12%
27.0-29.99	33.33%	6.32%
30.0-34.99	13.20%	1.26%
35.0-39.99	3.14%	2.53%
> 40	0%	1.26%

En la tabla 4 se recoge la distribución de obesidad por grupos de edad y sexo. La prevalencia de obesidad aumenta significativamente con la edad tanto en hombres como en mujeres, observándose las proporciones más elevadas de hombres y mujeres en el grupo de 45 a 54 años; siendo importante también el grupo de varones mayores de 55 años.

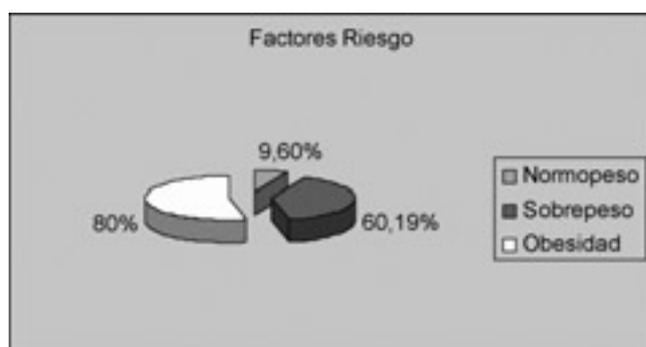
TABLA 4.

DISTRIBUCIÓN OBESIDAD POR EDAD Y SEXO		
EDAD AÑOS	HOMBRES	MUJERES
25-34	1.87%	1.26%
35-44	1.25%	0%
45-54	6.91%	2.53%
> 55	6.28%	1.26%

La prevalencia de los FR incluidos en el estudio es del 40.35%, aumentando significativamente con el IMC. Tabla 5. Confirmándose porcentajes de un 80% en el grupo de obesos (Gráfico 3).

TABLA 5.

SUJETOS CON FACTORES DE RIESGO			
Total	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
192	20	124	48

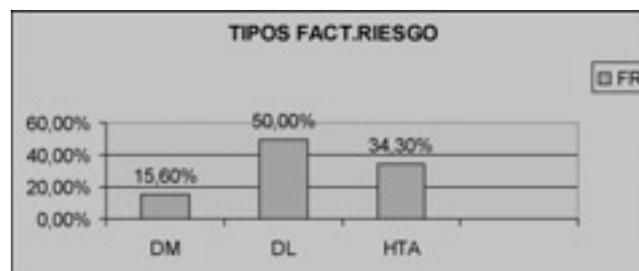


Igualmente ocurre con el número de FR presentes en cada sujeto (Tabla 6), donde la presencia de tres FR es del 20% en el colectivo obesidad frente al 0% en normopeso y al 1.94% en el del sobrepeso.

TABLA 6.

NÚMERO DE FACTORES DE RIESGO POR SUJETO			
	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
1 Fact.Riesgo	20	90	24
2 Fact.Riesgo	0	30	12
3 Fact.Riesgo	0	4	12

La DL se confirma con el FR predominante frente a DM y HTA. (Gráfico 4)



La medida de la circunferencia abdominal en el colectivo de obesidad se traduce en un 35% de parámetro de riesgo y en un 65% de riesgo muy elevado. Tabla 7.

TABLA 7.

MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL EN OBESOS	
Hasta 95 cm en hombres y 82 cm en mujeres:	21 sujetos (35%)
Más de 102 cm en hombres y más de 90 cm en mujeres:	39 sujetos (65%).

CONCLUSIONES

Nuestro colectivo presenta una prevalencia de obesidad inferior a estimada en España, de predominio claramente masculino y de edades comprendidas entre los 45 y 54 años. Donde el grupo de sujetos obesos tienen una elevada prevalencia de FR asociados, fundamentalmente DL y un indicador pronóstico de riesgo CV muy elevado en función de la medida de la circunferencia abdominal, siendo susceptibles de una intervención preventiva y terapéutica adecuada.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

Los medios terapéuticos farmacológicos disponibles resultan eficaces para el control de los FR, reduciendo la morta-

lidad CV, sin embargo el avance de la obesidad como factor de riesgo independiente necesita de un abordaje particular que incluya siempre dieta, ejercicio, modificación del comportamiento alimentario y, en algunos casos tratamiento farmacológico y/o cirugía.

La decisión final dependerá de la evaluación individual, teniendo en cuenta la historia alimentaria, dietas realizadas con anterioridad, motivación del paciente, historial socio.laboral, etc.

El objetivo principal será la reducción sustancial de peso en un período de tiempo prolongado, considerándose como objetivo inicial la pérdida del 10% del peso basal a un ritmo de 0.5-1.0 kg/semana, aunque actualmente se acepta "rentabilidad metabólica" adecuada una reducción de un 5-10% del peso inicial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martorell R. Obesity in the developing world. En: Caballero B, Popkin BM editors. The nutrition transition. Diet and disease in the developing world. San Diego: Academic Press, 2002, p.147-64.
2. Calle EE, Thun MJ, Petrelli Jm, Rodriguez C, Heath CW, Body-mass index and mortality in a prospective cohort of US adults. N.Engl.J.Med. 1999; 341; 1097-105.
3. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso español 1995 para la evolución de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. Med.Clin. (Barc),1996; 107: 782-7
4. Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med. Clin. (Barc).2000; 115: 587-97.
5. Seidell JC. Obesity in Europe. Scaling an epidemic. In J Obes 1995;19 (Suppl): Sa-4.
6. Aranceta J, M.Foz; B.Gil, E.Jover. Documento de consenso: obesidad y riesgo cardiovascular. Clin Invest Arterioscl 2003; 15(5): 219-24
7. American Diabetes Association: Clinical practice recommendations 1999. Diabetes Care 1999; 22 (supple 1): S1-S114.



Baremación y valoración del puesto de médico de empresa por el método renault

Baremacion and evaluation of the position of labour medical by method renault

Sánchez Milla JJ*; Pascual Izaola A*; Appellániz González A*; Appellániz González* I; Alba del Rio A*.
* Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo

10

RESUMEN

Dentro de los distintos sistemas de valoración de puestos de trabajo, hemos planteado la baremación y evaluación por el método Renault precisamente del puesto de trabajo de médico de empresa.

Se ha hecho el estudio sobre 5 puestos de trabajo en diferentes empresas con distinto ámbito de aplicación, incluso ubicada alguna de ellas, fuera del territorio de Vizcaya o con ámbito de actuación politerritorial (cubriendo más de una provincia). Por ello, se ha realizado una tabla por profesional con los diferentes valores, una tabla común a todos ellos y una discusión final con los problemas detectados en la aplicación del método Renault y la opinión que este método nos merece en su aplicación.

Palabras claves: valoración, Método Renault

INTRODUCCIÓN

Dentro de los distintos sistemas de valoración de puestos de trabajo, hemos planteado la baremación y evaluación por el método Renault precisamente del puesto de trabajo de médico de empresa.

Partimos de la consideración de que este método quizás sea poco conveniente, pero aún así, siempre interesa deducir los problemas que el método nos puede producir y como intentar solventarlo. Una de las formas es precisamente la evaluación por el mismo del puesto del responsable de la vigilancia y prevención de la salud de los trabajadores. Incluso en el supuesto de que los problemas hallados se mostraran como irresolubles en algunas de sus cuestiones, es interesante el poder dejar constancia de ello, en cuanto a la búsqueda en un segundo momento, de alternativas que puedan resolver el problema.

DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

Se han estudiado 5 puestos de médico en diferentes empresas con distinto ámbito de aplicación, ubicadas algu-

SUMMARY

Within the different systems from evaluation and scale of jobs, we have raised evaluation by method Renault indeed of the job of Labour Medical. Se has made the study on 5 jobs in different companies with different places from application, even located some of them, outside the territory of Biscay or with every places of performance (covering more a one province). For that reason, it has been made a table by professional with the different values, a final table common to all of them and one discussion with the problems detected in application of method Renault and opinion that this method deserves in his application to us.

Key words: Evaluation, method Renault

nas fuera de Vizcaya o con ámbito de actuación interprovincial. Por ello, se ha realizado una tabla por profesional con los diferentes valores, una tabla común a todos ellos y una discusión final con los problemas detectados en la aplicación del método Renault y la opinión que este método nos merece en su aplicación.

Cuatro de las empresas son de carácter público, encuadradas en el sector de servicios (enseñanza y seguridad ciudadana), y una de ellas privada, encuadrada en el sector de la producción dedicada al transformado del cobre (fundición, laminado y prensa).

La denominación genérica del puesto es médico de empresa. En tres de los puestos, hay responsabilidad directa sobre personal adscrito al servicio médico o sobre otros profesionales, por lo que su denominación pasa a ser Jefe de Servicio.

De mutuo consenso se considera que dicha responsabilidad no va a repercutir sobre la ergonomía física, aunque suponemos "a priori", un incremento de su apreciación en el apartado de carga mental.

Las tareas que cubren las 5 personas son múltiples, con dedicación de horario completo. Entre las tareas desarrolladas realizadas por los 5 médicos se encuentran: Reconocimientos médicos, tareas burocráticas, reuniones con directivos, mutuas y representantes de los trabajadores, tratamiento de la enfermedad común y consultas de los trabajadores, formación de los trabajadores, y tratamiento de los accidentados y seguimiento laboral de los accidentados.

Además, algunos de los médicos realizan las siguientes tareas; Desplazamientos interprovinciales o internacionales (2 de ellos), trabajo de seguridad laboral e higiene industrial (2 de los puestos), trabajos de ergonomía (3 de los puestos) y control de absentismo común por enfermedad (2 de los puestos).

El lugar de trabajo es el botiquín de empresa, que consta básicamente en todos los casos de despacho médico, despacho administrativo y sala de curas. En algunos de ellos, existe además un circuito de reconocimientos médicos.

ESTUDIO ANALÍTICO DEL PUESTO. APLICACIÓN DEL MÉTODO RENAULT

A) Concepción del Puesto:

Consideramos que nos pasamos una cuarta parte de la jornada de pie-andando, un cuarto de la jornada en reconocimientos en postura semiinclinada y con los brazos semiflexionados a la altura del pecho, la mitad de la jornada en postura sentado (mesa, teclado y sillas ergonómicas y situación de confort).

1. Altura-alejamiento de las EESS. A nuestro entender debe escogerse el valor más desfavorable del _ de jornada en reconocimientos y 2/4 de jornada sentados, así:

De pie un cuarto de jornada con manos entre 110 cms y 130 cms (auscultación y reconocimiento). Períodos mayores de 5", sin apoyo Nivel 3

Sentado, codos aposentados y sillas regulables Nivel 1

EMPLAZAMIENTO DE EEII: En la postura de pie y en reconocimientos hay todo tipo de perfiles, entrantes y salientes (patas de silla, mesa, instrumental, móvil (lupas, luces directas,...) Nivel 5

Perfil más desfavorable: NIVEL 5

2. PROCESO ALIMENTACIÓN Y EVACUACIÓN DE PIEZAS. El radio de movimiento es de 1 metro a 3 metros durante los reconocimientos (de pie) y altura adecuada en cuanto a coger-dejar instrumentales, y menor de 1 metro de altura en la postura sentado. Las "manutenciones" (coger y dejar instrumentales diversos) son escasas. NIVEL 2

3. ESPACIO – ACCESIBILIDAD DEL PUESTO. Las consideraciones en este apartado son dispares. Hay 1 médico sin problemas de espacio ni acceso, 1 con cierta molestia entre compañeros, 1 con espacios más o menos limitados y 2 con estrecheces importantes.

4. MANDOS Y SEÑALES. Los mandos, botones y señales de uso frecuente se han puesto a altura cómoda y óptima (nivel 1) y los de uso infrecuente algo más alejados para optimizar espacios (nivel 2). La información de las señales es entendible fácilmente y legible por su ubicación (nivel 1). Los contadores son múltiples y de variación ante valores precalculados individualmente (nivel 3).

Perfil más desfavorable: NIVEL 3

B) Seguridad:

Factor A

El peligro biológico existe, hay posibilidad de cortes y pinchazos también y se manejan bombonas de oxígeno con riesgo de explosión. Todo el instrumental de reconocimiento está protegido para evitar descargas eléctricas y estáticas. En general, la posibilidad de accidente es pequeña, pero si se produce dicho accidente, la peligrosidad es alta, y no todo se puede controlar por dispositivos técnicos.

Perfil más desfavorable: NIVEL 4

C) Entorno Físico:

FACTOR B:

Ambiente Térmico: Hay disparidad entre los 5 médicos por la presencia de calefacciones y aire acondicionado, oscilando los niveles de valoración entre 1 y 3.

Ruido: Son en general locales sin ruido exagerado salvo para uno de ellos, cuyas instalaciones dan a una carretera y una vía de tren (nivel 1 y 2).

Iluminación: Las características del trabajo nos permiten diferenciar tres situaciones (tareas burocráticas, reconocimientos y cura de heridas), oscilando las puntuaciones de nivel entre el 1 y el 3, con predominio de este último.

Vibraciones: Se carece de instrumental de medida, pero aparentemente no se aprecian (nivel 2).

Polución del aire: Atmósferas limpias con olor a limpio. No molestan. No focos de CO (nivel 1).

Ambiente General del Puesto: Se ha considerado normal en general, con ligeros defectos en pintura y limpieza (nivel 1 y 2).





D) Carga Física:

FACTOR C

Los ciclos de pie y sentado son largos, por ello consideramos 2 apartados:

Carga postural estática, en posición de sentado y en tareas burocráticas, y carga postural dinámica, de pie en los reconocimientos médicos y cuando se conduce (3 de los médicos conducen habitualmente al menos, 6 horas a la semana).

Se estima del total de la tarea, que esta se reparte entre posiciones sentado y cómoda; posiciones desfavorables con los brazos separados del cuerpo con desplazamientos cortos, de pie y con el torso semiinclinado, y posiciones de transformación en los que las tareas hacen al cuerpo adquirir posiciones variantes en cuanto a altura y distancia de los miembros al cuerpo, además de esfuerzos en la ejecución de las tareas (nivel medio 3).

E) Carga Nerviosa:

FACTOR D

Se cuantifican una media de 6 operaciones mentales por minuto, con una gran presión media sobre el tiempo de respuesta (nivel 3,5)

Además, las tareas en general son delicadas, comprometidas y exigen un altísimo grado de atención. La precisión del trabajo es la máxima posible y el entorno no suele ayudar -teléfono, accidentes, imprevistos, etc- (nivel 5)

F) Autonomía

FACTOR E

La autonomía individual es elevada, pues lo normal es que nosotros diseñemos nuestras tareas a realizar según horario, pudiendo alternar las tareas y modificar el ritmo de las mismas, salvo casos concretos -atención a accidentes- (nivel 1)

Existe también el criterio de autonomía de grupo, por la interrelación con otros miembros del equipo (DUE, administrativos, psicólogos).

G) Relaciones

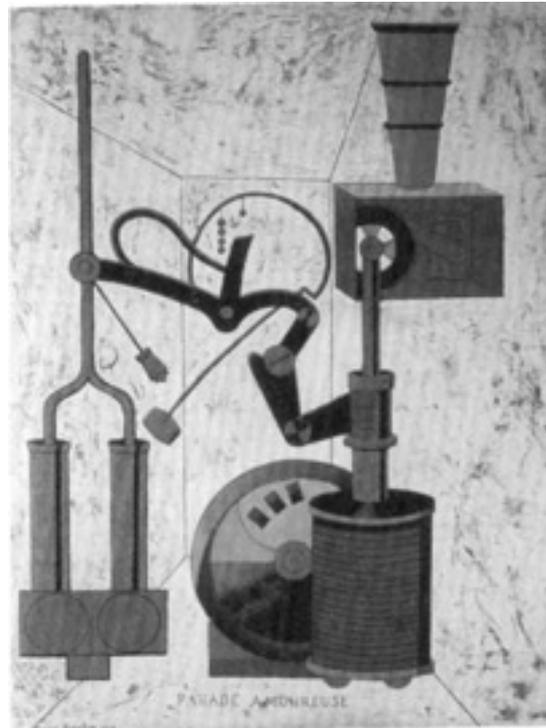
FACTOR F:

Existen dependientes e independientes del trabajo, siendo valoradas por los médicos del estudio en los niveles 2 y 3.

H) Repetitividad - Monotonía

FACTOR G

Hay rotación y alternancia con otras actividades propiamente no médicas, aunque se consensua que se establecen



ciclos de unos 60'' que se agrupan en actividades más largas y complejas (nivel medio ponderado 4)

I) Contenido del trabajo:

FACTOR H

Con respecto a la aptitud para el puesto y el potencial general del profesional, al nivel de responsabilidad y al interés del trabajo. Se ha aceptado unánimemente la valoración de nivel 1.

ESTUDIO GLOBAL DEL PUESTO

Se establece con respecto a 7 niveles:

- Nivel de Seguridad Nivel 4
- Entorno Físico Nivel 2
- Carga Física
- (incluye carga postural, carga del trabajo y carga de manutención) Nivel 2,5
- Carga nerviosa Nivel 5
- Autonomía Nivel 1
- Actividades de relación Nivel 2,5
- Repetitividad Nivel 4
- Contenido del trabajo Nivel 1,5

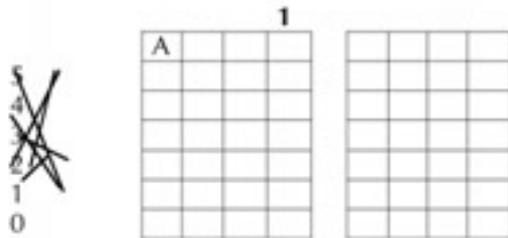
Gráficamente se correspondería con lo representado en la tabla I.

TABLA 1

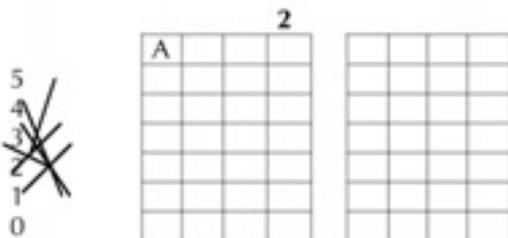
PERFIL GLOBAL

Puesto: MÉDICO DE S. S. L.

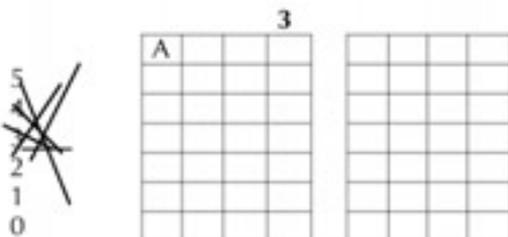
RESUMEN



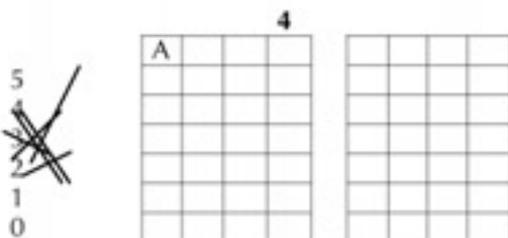
- B: Mejorar la iluminación en reconocimientos
- C: Postura en reconocimientos inadecuada
- D: La responsabilidad obliga a demasiada atención
- E: Autonomía grupal alta pero localizados
- F: Relaciones fáciles, localizados
- G: Rotación excesiva, "una persona para muchas sillas"
- H: Contenido agradable y de responsabilidad que gusta



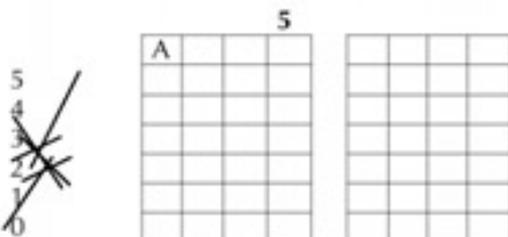
- B: Mejorar la iluminación en reconocimientos
- C: Postura en reconocimientos inadecuada
- D: La responsabilidad obliga a demasiada atención
- E: Autonomía grupal alta pero localizados
- F: Relaciones fáciles, localizados
- G: Rotación excesiva, "una persona para muchas sillas"
- H: Contenido agradable y de responsabilidad que gusta



- B: Mejorar la iluminación en reconocimientos
- C: Postura en reconocimientos inadecuada
- D: La responsabilidad obliga a demasiada atención
- E: Autonomía grupal alta pero localizados
- F: Relaciones fáciles, localizados
- G: Rotación excesiva, "una persona para muchas sillas"
- H: Contenido agradable y de responsabilidad que gusta



- B: Mejorar la iluminación en reconocimientos
- C: Postura en reconocimientos inadecuada
- D: La responsabilidad obliga a demasiada atención
- E: Autonomía grupal alta pero localizados
- F: Relaciones fáciles, localizados
- G: Rotación excesiva, "una persona para muchas sillas"
- H: Contenido agradable y de responsabilidad que gusta



- B: Mejorar la iluminación en reconocimientos
- C: Postura en reconocimientos inadecuada
- D: La responsabilidad obliga a demasiada atención
- E: Autonomía grupal alta pero localizados
- F: Relaciones fáciles, localizados
- G: Rotación excesiva, "una persona para muchas sillas"
- H: Contenido agradable y de responsabilidad que gusta

S	E	C.	C.	A	R	R	C.
E	N	F	N	U	E	E	T
G	T	I	E	T	L	P	R
U	O	S	R	O	A	E	A



DISCUSIÓN

Tras la primera reunión entre los 5 profesionales se resaltó, como sospechábamos en nuestro criterio inicial, que el método Renault servía pobremente para baremar y estudiar el puesto de trabajo de médico de empresa, pero se podía utilizar siempre y cuando definiéramos algunos conceptos y "redondeáramos" otros. Los conceptos que crearon más problemas en el método fueron:

La definición de tareas, pues el método está previsto para pocas tareas y normalmente en trabajos en cadena. El puesto que nos ocupa tiene abundantes tareas, algunas impropias del puesto de médico, pero que se asumen por obligación o en su caso, por costumbre empresarial (higiene industrial, ergonomía, ...)

El método no considera una tarea el estar localizado plenamente con un buscapersonas o un móvil, pero todos los que usamos dichos medios somos conscientes de la sensación de "esclavitud" que termina provocando, con fatiga psicológica clara que el método no llega a cuantificar.

Resulta inapropiado en el apartado de concepción del puesto, pues valora posturas más o menos precisas, cuando las características del puesto en estudio se basa en posturas tremendamente dispares.

La seguridad es un apartado complicado: Manejamos objetos cortantes, punzante, bombonas de oxígeno, autoclave, materiales infecciosos, instrumentales diversos eléctricos, etc. Ello nos permite afirmar que el déficit de seguridad en el método es poco esclarecedor para el puesto de trabajo en cuestión.

No hay nada que decir en contra del método en cuanto al entorno físico. Lo define con precisión y es posible aplicarlo, pero siempre y cuando hagamos una "media" de los diferentes lugares en que nuestra actuación se realiza.

La carga postural fue otro autentico "caballo de batalla". Las posturas son múltiples y dependían de a que momento de nuestra multiactividad se refiriera, Por ello decidimos redefinir la postura estática y la de transformación, pero fuimos incapaces de definir una postura de manutención?.

El apartado de autonomía es bueno, pero se consigue aumentando la fatiga y el esfuerzo nervioso, además de estando plenamente localizables. Algo parecido ocurre con las relaciones interpersonales, incluso las independientes del trabajo, en muchas de esas reuniones formales e informales, se tiende a terminar hablando de nuestro trabajo.

El apartado de repetitividad y monotonía es curioso, pues las actividades diferentes a las propias médicas que se realizan en los 5 puestos de trabajo no permiten la monotonía, y la repetitividad, aún siendo muy alta, es altamente especializada y variada. Hemos encontrado que aplicación del método Renault "castiga" este apartado, por lo que no es útil para la valoración total.

CONCLUSIONES

El apartado de seguridad solo se puede atenuar manteniendo una formación continuada, y llevando estrictamente los protocolos de actuación para evitar accidentes graves.

En cuatro de los cinco puestos de trabajo hay déficit de iluminación directa para realizar curas y/o reconocimientos. Deben encargarse a una empresa de iluminación un estudio al respecto y corregir dicho defecto que pudiera desembocar en un mal reconocimiento de los trabajadores o en una cura deficiente.

Uno de los puestos tiene carencia de luz natural y dos de ellos, de temperatura en verano. Hay que cambiar la ubicación del primero y poner un sistema de aire acondicionado en los otros dos.

Se debe delegar en personal auxiliar (D.U.E., administrativos, etc) parte de las tareas para disminuir la carga nerviosa

Los resultados del método Renault para evaluar el puesto de médico de empresa, queda definido con los siguientes apartados de la tabla II.

TABLA 2

USO	APARTADOS
Adecuado	2,3,4,5,6,7,8,9, 10,11,13,20,22,23,25,26,27
Inadecuado	14,15,16,17,24
Exigen alguna modificación	1,2,18,19,21

Tabla II. Método Renault para evaluar el puesto de trabajo de médico de Servicio de Salud Laboral



agenda de congresos



IV SYMPOSIUM INTERNACIONAL. DERMATITIS DE CONTACTO, DERMATOSIS PROFESIONALES, MEDIO AMBIENTE Y LÁTEX

Madrid 3, 4, 5 de febrero de 2.005.



LABORALIA 2005

Valencia 11-13 mayo 2005



XVI JORNADAS DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

Valencia 12 y 13 de mayo de 2005



INTERNATIONAL CONFERENCE ON COMPUTER-AIDED ERGONOMICS AND SAFETY

Technical University of Koaice, Koaice, Slovak Republic, del 25 al 28 de Mayo de 2005



SIMPOSIUM IBEROAMERICANO DE ERGONOMÍA Y PSICOSOCIOLOGÍA

Avilés, Asturias. 30 de Septiembre y 1 de Octubre 2005.



V CONGRESO ESPAÑOL DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Valencia, del 5 al 8 de Octubre de 2005.



SEGUNDO SIMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES Y SALUD OCUPACIONAL

Santiago de Chile, 30 de Noviembre, 1 y 2 de Diciembre 2005.



CUARTO CONGRESO INTERNACIONAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

11, 12 y 13 de Mayo de 2006. Sevilla, España.



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

Apellidos: Nombre:

Profesión: Fecha Nacimiento:

Departamento / Ministerio / Organismo Público:

Dirección Particular:

Localidad: Provincia:

C.P.: Teléfono: Fax:



16

DATOS DOMICILIACION BANCARIA:

Banco o Caja:

Dirección:

Localidad: C.P.: Provincia:

Titular de la Cuenta:

Banco o Caja _____ Oficina _____ DC ____ Cuenta _____

Fecha: Firma:



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

Apellidos: Nombre:

Profesión: Fecha Nacimiento:

Organismo Público:

Dirección Particular:

Localidad: Provincia:

C.P.: Teléfono: Fax:

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

N.I.F.: Dirección:

Banco o Caja:

Dirección:

Localidad: C.P.: Provincia:

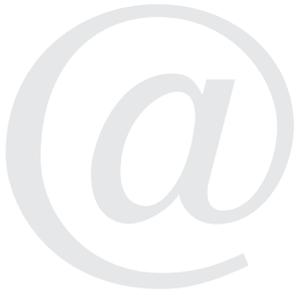
Titular de la Cuenta:

Banco o Caja _____ Oficina _____ DC ____ Cuenta _____

Fecha: Firma:

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

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



direcciones webb

<http://www.elmedico.net/mlaboral.html>

Catálogo de direcciones web relacionadas con la medicina del trabajo

<http://europa.eu.int/eur-lex/es/index.html>

El portal del derecho de la Comunidad Europea

<http://www.prevention-world.com>

La Prevención de Riesgos Laborales en Internet

<http://www.laprevencion.com>

La web de UGT

<http://www.acosomoral.org>

Página sobre acoso

<http://www.mobbing.nu>

Página sobre acoso

<http://www.derechoprevencion.com/>

Revista Virtual de Derecho de Prevención de Riesgos Laborales de las Comunidades Europeas sobre las directrices para la evaluación de los agentes químicos, físicos y biológicos, así como los procedimientos industriales considerados como peligrosos para la salud o la seguridad de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (Directiva 92/85/CEE del Consejo).

<http://www.msc.es>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Página principal.

<http://www.map.es>

Ministerio de Administraciones Públicas MAP. Página con gran cantidad de enlaces e información.

<http://www.efe.es/>

Agencia EFE. Minuto a minuto en la Agencia EFE.

www.seeslap.com

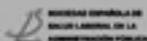
XV

**CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE SALUD LABORAL
EN LA ADMINISTRACION
PÚBLICA**

C ó r d o b a
PALACIO CONGRESOS
1, 2 y 3 JUNIO 2005



Organiza:



Colabora:



Diputación de Córdoba



CÓRDOBA 2016
Ciudad Europea de la Cultura

SECRETARIAS DEL CONGRESO:

AYUNTAMIENTO DE CORDOBA DEPARTAMENTO DE SALUD LABORAL.
Telf. 957 499900 Ext. 326 Sr. Don Carlos Alvarez Fernández
Correo electrónico: carlos.alvarez@ayuncordoba.es

DIPUTACIÓN DE CORDOBA SECCIÓN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.
Telfs. 957 474863 -957 211227 Sr. Don Antonio Spínola Bretones
Correo electrónico: asb01@dipucordoba.es

PROGRAMA PRELIMINAR

MIÉRCOLES 1 DE JUNIO

- 8,00 – 10,00 h Acreditación. Entrega de documentación.
 10,00 – 10,30 h Inauguración del XV Congreso de la SESLAP
 10,30 – 11,15 h Conferencia Inaugural.

La Salud Laboral en los medios de comunicación.

- 11,15 – 11,45 h. Descanso – Café
 11,45 – 13,15 h. Mesas Redondas:

Mesa N°1. Riesgo Psicosocial.

- ¿Es el acoso laboral la enfermedad profesional emergente?. Prf. Dr. D. Alfonso Blanco Picavía. Catedrático de Psiquiatría y Psicología de la Universidad de Sevilla.
- Evaluación del riesgo psicosocial en la Administración Pública. Dr. Antonio Meléndez López. Médico especialista en Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención de Fremap. Córdoba.
- El acoso laboral. Encrucijada de condicionantes. Dr. Antonio Prieto Ballesteros. Médico. Dpto. de Prevención y Salud Laboral del Ayuntamiento de Córdoba.

Mesa N°2. Traumatismos acumulativos.

- Enfoques para una prevención de excelencia en lesiones acumulativas.
- ¿Hay variables predictivas, laborales y personales, en la producción de lesiones acumulativas?
- Prevalencia de lesiones acumulativas en cuidadores de la Salud. Dra. Clara González-Oliva. Vicepresidenta de la Asociación Española de Ergonomía.

13,15 – 14,00 h. Symposium satélite. Asma y alergia en la administración.

14,00 – 16,30 h. Almuerzo de trabajo.

16,30 – 18,00 h. Talleres

- 1º. Metodología para la programación en la Unidad de Salud Laboral.
- 2º. Exploración clínica y complementaria dirigida a traumatismos acumulativos.
- 3º. Atención al trabajador con alto riesgo cardiovascular
- 4º. Evaluaciones de riesgos en la Administración Pública.

Foro: Salud Laboral en Policía Local y Servicios de Extinción de Incendios

18,00 – 18,30 h. Café.

18,30 – 20,00 h. Talleres.

- 5º. Exploración clínica neurológica. Diagnóstico y tratamiento de la cefalea
 - 6º. Investigación en ciencias de la salud. Metodología y redacción científica.
 - 7º. Programas informáticos de aplicación en Medicina del Trabajo. Microaplicaciones, estadística y epidemiología. Organizado e impartido
 - 8º. Confección de un programa de atención al tabaquismo.
- Foro: Salud Laboral en el INSS.

22,00 h. Recepción por parte del Excmo. Ayuntamiento de Córdoba en el ALCÁZAR DE LOS REYES CRISTIANOS.

JUEVES 2 DE JUNIO

9,00 – 10,30 h Mesas Redondas:

Mesa N° 3. Incapacidad Temporal en la Administración Pública.

- IT en la Administración sanitaria. Dr. Antonio Liergo Muñoz. Dirección Regional de Recursos Informáticos. Servicio Andaluz de Salud.
- IT en la AP. D. Manuel Romero Saldaña. Enfermero de empresa. Dpto. de Prevención y Salud Laboral del Ayuntamiento de Córdoba.
- Peritación médica del menoscabo para el desempeño de una actividad. Dra. Emilia de la Chica. Cátedra de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.

Mesa N° 4. Acerca de la Actualización de la Ley de EEPP.

- ¿Qué supone la actualización de la lista de enfermedades profesionales?. Dra. Montserrat García. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Por el reconocimiento de las nuevas enfermedades profesionales. Director del Gabinete de Salud Laboral de CCOO.
- Las enfermedades profesionales desde la óptica de la Salud Laboral en la Administración Pública. Dr. Jesús Mateos Rodríguez. Médico especialista en Medicina del Trabajo. Diputación de Cáceres.

10,30 – 11,00 h Descanso - Café.



11,00 – 12,30 h. Mesas Redondas:

Mesa N° 5. Ley 31/1995. Análisis de los 10 primeros años de andadura.

- Análisis del grado de implantación de los Servicios de Prevención en las Administraciones Públicas en Andalucía. Sr. D. Frodo Belmonte. Técnico de PRL. Ayto. de Córdoba
- Servicios de Prevención en la Administración dependiente de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Sr. D. Sebastián Chacón. Subdirector de Prevención de Riesgos Laborales de la Consejería de Empleo de la Junta de Andalucía.
- Claros y oscuros de los logros de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales desde la óptica sindical. Sr. D. Jacinto Valero Capilla. Coordinador de Salud Laboral de la UGT

Mesa N° 6. Comunicaciones orales.

12,30 – 14,00 h. Mesas Redondas:

Mesa N° 7. Empresas Saludables.

- Programa Empresas Saludables. Dr. Antonio Daponte Colina. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública
- Síndrome Metabólico. Profesor Dr. D. Francisco Pérez –Jiménez. Decano de la Facultad de Medicina de Córdoba. Catedrático de Medicina Interna.
- Cartera de Servicios de una Unidad de Salud Laboral. Dr. Juan Ignacio Goñía Ormazábal. Subdirector de Prevención de Riesgos Laborales del Ayuntamiento de Bilbao.

Mesa N° 8. Comunicaciones orales.

14,00 – 16,30 h. Comida de trabajo.

16,30 – 18,00 h. Talleres

- 9°. Exploración oftalmológica.
- 10°. Vendajes funcionales y antropometría aplicada.
- 11°. Resolución de conflictos en el trabajo. Su aplicación en el acoso laboral.
- 12°. Evaluación de la calidad de aire interior en edificios de la Administración.

18,00 h – 19,30 h Asamblea de la SESLAP.

22, 00 h Cena de gala.

VIERNES 3 DE JUNIO

10,00 – 11,30 h Mesas Redondas:

Mesas N° 9. Factores de riesgo en la AP. Riesgo Biológico

- Factores de riesgo en la Administración Pública
- Resultados de la evaluación de riesgos en la Administración Pública a través de un Servicio de Prevención Ajeno. Fraternidad.
- Riesgo biológico en la Administración Pública. Vacunaciones. Dr. D. Alejandro Rodríguez Torronteras. Consejería de Salud. Junta de Andalucía
- Vacunas en el trabajo.

Mesas N° 10. Vigilancia de la Salud en la AP.

- Condicionantes y características de la atención médica en el trabajo
- La actual vigilancia de la salud vista desde la eficiencia.
- ¿Qué vigilancia? ¿Cuándo? ¿En quiénes? ¿Por qué?

11,30 – 13,00 h Mesa Redondas:

Mesas N° 11. Enfermería del Trabajo.

- La especialidad de Enfermería del trabajo y Salud Laboral. D. Fernando Morato Ortiz. Presidente de la Asociación Enfermería del Trabajo.
- Enfermería del trabajo y Educación para la salud laboral. Prof. Dr. Jesús Sánchez Martos. Catedrático de Educación para la salud de la Universidad Complutense de Madrid.
- Competencias profesionales de la enfermería del trabajo en una UBS. D. Javier González Caballero. Enfermero de empresa del I.N.S.S. Bilbao.
- Evolución Histórica de la Enfermería del trabajo . D. Manuel Sánchez García. Enfermero de empresa del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Diputación de Córdoba.

Mesa N° 12. Comunicaciones Orales y presentación de pósters.

13,00 – 14, 00 h. Acto de clausura.

14,00 h. Copa de despedida en la Excmo. Diputación de Córdoba.



Eficacia de la administración de glicofosfopeptical como coadyuvante a la vacunación antigripal en la población laboral

Autores: Sánchez Milla JJ*; Sanz Bou MA* - Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo. Servicio Sanitario de la D.G.P.

OBJETIVO

Se ha querido comprobar la eficacia en la vacunación antigripal al sumar la acción del glicofosfopeptical como inmunoadyuvante, a la hora de evitar la aparición de procesos de vías aéreas en la población laboral objeto del estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han elegido a 60 voluntarios de una empresa de servicios, a los cuales se les ha dividido en tres grupos de 20 personas cada uno. Al primero de ellos se le ha aplicado la vacuna antigripal; al segundo grupo, además de la vacuna antigripal, se les ha prescrito 500 miligramos cada 8 horas de glicofosfopeptical durante 3 meses; y al tercero de ellos, no se les ha aplicado ningún tratamiento sirviendo de grupo control.

Grupo 1: Vacuna antigripal

Grupo 2: Vacuna antigripal más glicofosfopeptical

Grupo 3: Grupo control (no vacunados ni medicados)

RESULTADOS

Los 60 voluntarios han sido en su totalidad varones, pertenecientes a todas las categorías profesionales de la empresa. Su edad ha oscilado entre los 27 años el más joven y 64 años el mayor de ellos.

La edad media del conjunto ha sido de 44.6 años, siendo la edad media del grupo 1 de 46.1 años, la edad media del grupo 2 de 42.8 años, y la edad media del grupo 3 de 44.9 años.

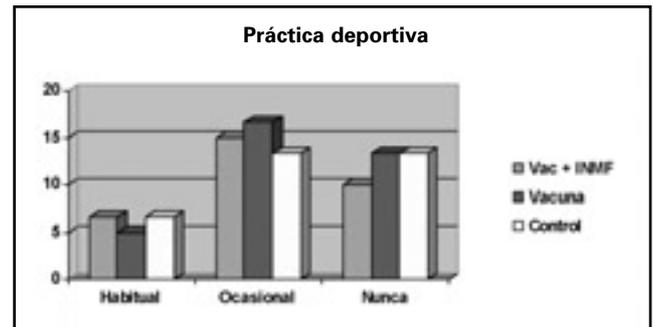
1. Práctica deportiva

Con relación a los hábitos de vida, se ha valorado la practica habitual, esporádica o nula de deporte, el consumo o no de tabaco y el consumo o no de alcohol.

Con respecto a la practica deportiva, del total de la muestra el 18.33% (11 casos) refiere hacer deporte de manera habitual, el 45% (27 casos) lo hace de manera ocasional, y el 36.67% (22 casos) refiere no hacer nunca deporte.

Separados por grupos, declaran hacer deporte de manera habitual, ocasionalmente o nunca, tal como se representa en la tabla siguiente, no existiendo diferencias comparables entre los 3 grupos.

DEPORTE	Habitual	Ocasional	Nunca
Grupo 1	5%	16.66%	10%
Grupo 2	6.67%	15%	13.33%
Grupo 3	6.67%	13.33%	13.33%

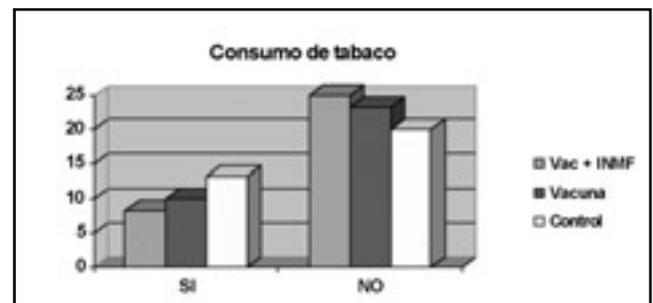


2. Hábito tabáquico

Referente al hábito tabáquico, del total de la muestra, el 31.67% (19 casos) refieren fumar mientras que el 68.33% (41 casos) son no fumadores.

Por grupos, el porcentaje de fumadores y no fumadores de cada grupo son los que se muestran en la tabla siguiente:

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Fumadores	10%	8.33%	13.33%
No fumadores	23.33%	25%	20%



3. Consumo de alcohol

Respecto del consumo de alcohol valorando el conjunto del estudio, el 58.33% (35 casos) refieren consumir más de 30 gramos de alcohol al día mientras que el 41.67% (25 casos) se declaran no bebedores.

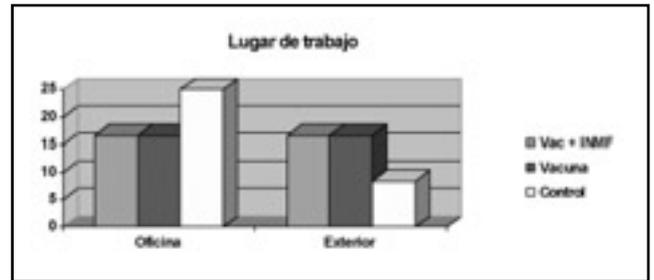
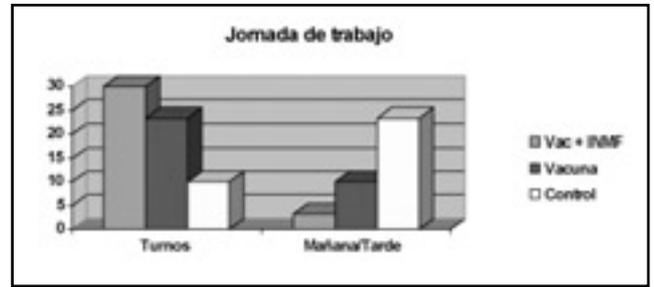
Por grupos, el porcentaje de bebedores y no bebedores de cada grupo son los que se muestran en la tabla siguiente:

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Bebedores	20%	15%	23.33%
No bebedores	13.33%	18.33%	10%

Sólo en el grupo de personas vacunados más glicofosfopeptical es superior el subgrupo de no bebedores que el de



bebedores. En los otros dos subgrupos las diferencias son pequeñas con un mayor diferencial en el subgrupo control.



22 4. Condiciones de trabajo

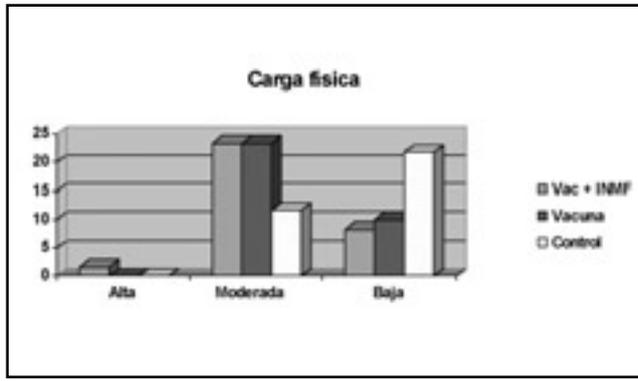
Referente a las condiciones generales de trabajo y con relación al esfuerzo, el 58.33% (35 casos) refieren la carga física del trabajo como moderada. Un 1.67% (1 caso) dice que es ligera y el 40% (24 casos) que es alta.

Con respecto a la jornada de trabajo, el 76.67% (46 casos) del total de la muestra realizan su jornada en turnos de mañana o tarde, mientras que el 23.33% (14 casos) hacen trabajo a turnos.

En cuanto al lugar de trabajo, el 58.33% (35 casos) realiza su trabajo en lugares cerrados, mientras que el 41.67% (25 casos) lo realizan en el exterior

Por grupos y subgrupos, queda relacionado como se muestra en la tabla a continuación:

Condiciones de trabajo				
		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Esfuerzo	Bajo	10%	8.33%	21.67%
	Moderado	23.33%	23.33%	11.67%
	Alto	0%	1.66%	0%
Jornada de trabajo	Mañ/tarde	23.33%	30%	23.33%
	Turnos	10%	3.33%	10%
Lugar de trabajo	Oficina	16.67%	16.67%	25%
	Intemperie	16.67%	16.67%	8.33%



Relacionamos todos los datos generales obtenidos anteriormente con las bajas producidas en los 6 meses siguientes a la aplicación del tratamiento, haciendo con los 60 participantes, dos intervenciones, a los 3 y 6 meses. Se han valorado los episodios que han ocasionado baja laboral por patología de vías aéreas superiores o inferiores y procesos broncopulmonares afines, así como los síntomas que refieren consecuencia de la aplicación de vacuna o cuadros estacionales, aunque no hayan causado baja laboral.

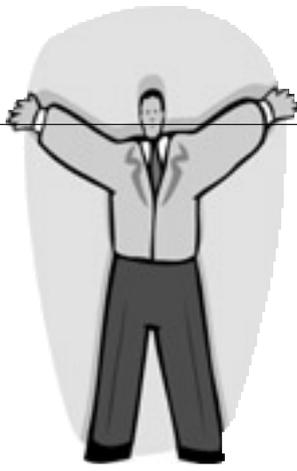
Hallamos que el grupo 3 (no vacunados) han sufrido 4 bajas laborales por un total de 13 días, además de 4 personas más, que han presentado síntomas de vías respiratorias y ORL. Del grupo 1 (sólo vacunados), se han producido 3 bajas laborales por un total de 13 días de baja. 4 personas han presentado síntomas.

El grupo 2 (vacunados más glicofosfopeptical) solamente han presentado un caso de baja laboral por un total de 2 días, más una persona con síntomas de catarro.

CONCLUSIONES

La revisión de la muestra señala que el número de personas afectas de procesos gripales o afines es menor cuando se combina la vacuna antigripal estandar con el glicofosfopeptical que en el grupo de no vacunados, aunque no se han establecido diferencias estadísticamente significativas.

Desde el punto de vista coste-beneficio, las contingencias laborales han supuesto para la empresa en los no vacunados un total de 1.042,21 euros. La misma cantidad ha supuesto en días de baja en el grupo de vacunados solamente, aunque el número de bajas y los afectados con síntomas han sido menores. En cambio, el grupo al que se le ha combinado la toma de glicofosfopeptical más la vacunación antigripal, sólo han sufrido un caso de baja laboral que ha supuesto 160,34 euros.



sabias que...?



Os presentamos en esta página una nueva publicación en el campo de la Medicina del Trabajo. La Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo ha publicado recientemente el número 0 de su revista .

Esta nueva publicación recogerá artículos de miembros de todas las Sociedades autonómicas que conforman en la actualidad la Sociedad Española. Dirigida por el Dr. Alfonso Apellániz, que además de Presidente de la Sociedad Vasca de Medicina y Seguridad del Trabajo es, además miembro de nuestra sociedad, y conociendo su talante investigador e innovador, seguro que va a ofrecernos una visión actualizada y revisada de aspectos importantes en el campo en el que desarrollamos nuestra labor.

Le damos nuestra más sincera bienvenida y le deseamos los mejores éxitos. Ánimo, y continuad.



La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, ha presentado en la ficha-publicación "FACTS" número 30, bajo el epígrafe **Acceso a la información sobre el estrés en el trabajo desde <http://osha.eu.int/ew2002/>**, la forma en la que acceder vía Internet, a la orientación que se puede dar sobre prevención de riesgos psicosociales en el trabajo.

Esta ficha además de proporcionarnos información sobre la materia, nos ofrece la posibilidad de conectar directamente con otras hojas informativas relativas al tema. También ofrece la posibilidad de conocer el estado del problema en diferentes sectores laborales.

La ficha se ofrece en cuatro idiomas, incorporando como herramienta, un traductor "on line". Por todo ello, pensamos que puede ser de interés para vuestro uso.

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.



legislación

RESUMEN DE LEGISLACIÓN DE PRL 2004 APLICABLE AL ESTADO ESPAÑOL

21/01/2004 05/02/2004 Instrumento de Ratificación del Convenio número 180 de la OIT relativo a las horas de trabajo a bordo y la dotación de los buques hecho en Ginebra el 22 de octubre de 1996.

30/01/2004 31/01/2004 Real Decreto 171/2004, de 30 de Enero de 2004 por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en materia de coordinación de actividades empresariales.

04/02/2004 18/02/2004 Resolución de 4 de febrero de 2004, del Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre cumplimiento por los trabajadores por cuenta propia de la obligación establecida en el párrafo segundo del artículo 12 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, sobre cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores por cuenta propia o autónomos y ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia.

12/02/2004 23/02/2004 Orden TAS/399/2004, de 12 de febrero sobre presentación en soporte informático de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta correspondientes a procesos de incapacidad temporal.

20/02/2004 27/02/2004 Real Decreto 294/2004, de 20 de febrero por el que se modifica el Real Decreto 1561/1995, de 21 de septiembre, sobre jornadas especiales de trabajo, en lo relativo al tiempo de trabajo en la aviación civil.

21/02/2004 20/02/2004 Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero por el que se regulan los enclaves laborales como medida de fomento de empleo de las personas con discapacidad.

12/03/2004 05/03/2004 Orden PRE/646/2004, de 5 de marzo por la que se establecen los contenidos mínimos de los programas de formación sanitaria específica y las condiciones para la expedición y homologación del certificado de formación sanitaria de los trabajadores del mar.

20/03/2004 12/03/2004 Real Decreto 430/2004, de 12 de marzo por el que se establecen nuevas normas sobre limitación de emisiones a la atmósfera de determinados agentes contaminantes procedentes de grandes instalaciones de combustión, y se fijan ciertas condiciones para el control de las emisiones a la atmósfera de las refinerías de petróleo.

30/03/2004 12/03/2004 Real Decreto 428/2004, de 12 de marzo por el que se modifica el Reglamento general sobre colaboración en la gestión de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre.

31/03/2004 12/03/2004 Orden TAS/820/2004, de 12 de marzo por la que se incorpora al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos a los religiosos de Derecho diocesano de la Iglesia Católica.

30/03/2004 12/03/2004 Real Decreto 428/2004, de 12 de marzo, por el que se modifica el Reglamento general sobre colaboración en la gestión de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre.

06/04/2004 22/03/2004 Resolución de 22 de marzo de 2004, del Instituto Social de la Marina sobre cumplimiento, por los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, de la obligación establecida en el párrafo segundo del artículo 12 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia.

24/06/2004 07/06/2004 Resolución de 7 de junio de 2004 de la Dirección General de Protección Civil y Emergencias, por la que se hace pública la nueva relación de números telefónicos a utilizar para la notificación de accidentes y otros datos de interés en los transportes de mercancías peligrosas por carretera y ferrocarril.

19/06/2004 17/06/2004 Orden PRE/1895/2004, de 17 de junio por la que se modifica el anexo I del Real Decreto 1406/1989, de 10 de noviembre, por el que se imponen limitaciones a la comercialización y uso de ciertas sustancias y preparados peligrosos (sustancias clasificadas como carcinógenas, mutágenas y tóxicas para la reproducción).

24/06/2004 22/06/2004 Orden PRE/1954/2004, de 22 de junio por la que se modifica el anexo I del Real Decreto 1406/1989, de 10 de noviembre, por el que

se imponen limitaciones a la comercialización y uso de ciertas sustancias y preparados peligrosos (nonilfenol, etoxilados de nonilfenol y cemento).

02/11/2004 25/06/2004 Corrección de errores del Real Decreto 1546/2004, de 25 de junio por el que se aprueba el plan básico de emergencia nuclear.

14/07/2004 27/06/2004 Real Decreto 1546/2004, de 25 de junio por el que se aprueba el Plan Básico de Emergencia Nuclear.

03/07/2004 02/07/2004 Real Decreto 1595/2004, de 2 de julio por el que se modifica el Real Decreto 1879/1996, de 2 de agosto, por el que se regula la composición de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

28/10/2004 22/07/2004 Acuerdo Multilateral M-159 en virtud de la Sección 1.5.1 del Acuerdo Europeo sobre transporte internacional de mercancías peligrosas por carretera (ADR) (publicado en el Boletín Oficial del Estado número 33, de 7 de febrero de 2003), relativo a las disposiciones técnicas relacionadas con la estabilidad lateral de vehículos cisterna, hecho en Madrid el 22 de julio de 2004.

16/08/2004 26/07/2004 Resolución de 26 de julio de 2004 de la Dirección General de Desarrollo Industrial por la que se publica la relación de normas UNE anuladas durante el mes de junio de 2004.

31/07/2004 31/07/2004 Corrección de errores de la Orden PRE/1895/2004 de 17 de junio por la que se modifica el anexo I del Real Decreto 1406/1989, de 10 de noviembre, por el que se imponen limitaciones a la comercialización y uso de ciertas sustancias y preparados peligrosos (sustancias clasificadas como carcinógenas, mutágenas y tóxicas para la reproducción).

07/09/2004 06/09/2004 Real Decreto 1865/2004 de 6 de septiembre por el que se regula el Consejo Nacional de la Discapacidad.

25/10/2004 21/09/2004 Resolución de 21 de septiembre de la Dirección General de Desarrollo Industrial por la que se autoriza a la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR), para asumir funciones de normalización en el ámbito del control técnico de riesgos en la edificación.

05/10/2004 28/09/2004 Orden PRE/3159/2004, de 28 de septiembre por la que se modifica el anexo I del



Real Decreto 1406/1989, de 10 de noviembre, por el que se imponen limitaciones a la comercialización y al uso de ciertas sustancias y preparados peligrosos (métodos de ensayo de colorantes azoicos).

23/10/2004 11/10/2004 Real Decreto 2016/2004, de 11 de octubre por el que se aprueba la Instrucción técnica complementaria MIE APQ-8 "Almacenamiento de fertilizantes de base de nitrato amónico con alto contenido en nitrógeno".

15/10/2004 13/10/2004 Orden PRE/3310/2004, de 13 de octubre por la que se modifica la Orden PRE/1518/2004, de 28 de mayo, por la que se crea la Comisión Interministerial para la aplicación efectiva del Plan Nacional de Actuaciones Preventivas de los Efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud.

09/11/2004 22/10/2004 Real Decreto 2097/2004, de 22 de octubre por el que se aplaza, para determinados equipos, la fecha de aplicación del Real Decreto 222/2001, de 2 de marzo, por el que se dictan las disposiciones de aplicación de la Directiva 1999/36/CE del Consejo, de 29 de abril de 1999, relativa a los equipos a presión transportables.

16/11/2004 28/10/2004 Orden INT/3716/2004, de 28 de octubre por la que se publican las fichas de intervención para la actuación de los servicios operativos en situaciones de emergencia provocadas por accidentes en el transporte de mercancías peligrosas por carretera y ferrocarril.

13/11/2004 12/11/2004 Real Decreto 2177/2004, de 12 de noviembre por el que se modifica el Real Decreto 1215/1997, de 18 de julio, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo, en materia de trabajos temporales en altura.

17/12/2004 03/12/2004 Real Decreto 2271/2004, de 3 de diciembre por el que se regula el acceso al empleo público y la provisión de puestos de trabajo de las personas con discapacidad.

22/12/2004 21/12/2004 Ley 1/2004, de 21 de diciembre de Horarios Comerciales.

17/12/2004 21/12/2004 Real Decreto 2267/2004, de 3 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento de seguridad contra incendios en los establecimientos industriales.

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. Boostrix - Suspensión inyectable. Vacuna combinada antídifterica, antitetánica, antitostoterina acelular (adsorbida). **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** 1 dosis (0,5 ml) contiene: Toxoides diftérico ≥ 2 UI. Toxoides tetánico ≥ 20 UI. Antígenos de pertussis (Toxoides pertúsico: 8 microgramos; Hemaglutinina filamentosas: 8 microgramos; Pertactina: 2,5 microgramos) Adsorbidos en hidróxido de aluminio (Total: 0,5 miligramos Al³⁺). Fosfato de aluminio (Total: 0,2 miligramos Al³⁺). Lista de excipientes en el apartado 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Suspensión inyectable. **DATOS CLÍNICOS.** 4.1. **Indicaciones terapéuticas.** Boostrix está indicada para la vacunación de recuerdo frente a difteria, tétanos y tos ferina a partir de 10 años de edad. Boostrix no está indicada para la inmunización primaria. **4.2. Posología y forma de administración.** Posología. Se recomienda una única dosis de 0,5 ml de la vacuna. Boostrix puede administrarse de acuerdo con las prácticas médicas locales actualmente utilizadas para la vacunación de recuerdo con la vacuna combinada antídifterica y antitetánica tipo adulto, cuando se desee administrar una dosis de recuerdo frente a tos ferina. No debe vacunarse con Boostrix a aquellos individuos con una historia incompleta o sin historia de serie primaria de vacunación con los toxoides diftérico y tetánico. Boostrix no está contraindicada en sujetos con una historia incompleta o sin historia de vacunación previa frente a tos ferina. Sin embargo, sólo se indicará una respuesta de recuerdo en sujetos que hayan sido previamente inmunizados mediante vacunación o infección natural. No se ha estudiado Boostrix en sujetos con lesiones potencialmente tetanígenas y no debe usarse en estas circunstancias. No existen datos sobre la duración de la protección frente a tos ferina tras la vacunación con Boostrix. La vacunación repetida frente a difteria y tétanos debe realizarse en los intervalos establecidos en las recomendaciones oficiales (generalmente 10 años). No es necesario reanudar la vacunación primaria, si se ha excedido el intervalo recomendado oficialmente entre las dosis de recuerdo. **Forma de administración.** Boostrix se debe inyectar por vía intramuscular profunda. **4.3. Contraindicaciones.** Boostrix no debe administrarse a personas con hipersensibilidad conocida a cualquier componente de la vacuna (ver 6.1.), ni que hayan presentado hipersensibilidad después de la administración previa de vacuna antídifterica, antitetánica o antitostoterina. Boostrix está contraindicada si la persona ha presentado una encefalopatía de etiología desconocida en los 7 días siguientes a la vacunación previa con una vacuna con componente antitostoterina. En estas circunstancias debe utilizarse una vacuna combinada frente a difteria-tétanos tipo adulto. Como con otras vacunas, se debe posponer la administración de Boostrix en personas que padecen enfermedades febriles agudas. La presencia de una infección leve no es una contraindicación. Boostrix no debe administrarse a individuos que hayan padecido trombocitopenia pasajera o complicaciones neurológicas tras una inmunización previa frente a difteria y/o tétanos. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** La vacunación debe ir precedida por una revisión de la historia médica (en particular respecto a las vacunaciones anteriores y la posible aparición de acontecimientos adversos) y por una exploración clínica. Si se produce alguno de los siguientes acontecimientos, en relación temporal con la administración de una vacuna con componente antitostoterina, deberá considerarse cuidadosamente la decisión de administrar nuevas dosis de vacunas que contengan el componente antitostoterina: Temperatura $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$ en las primeras 48 horas, no debida a otra causa identificable. Colapso o estado similar al "shock" (episodio hipotónico-hiporeactivo) en las 48 horas siguientes a la vacunación. Urtico insoportable, persistente de ≥ 3 horas de duración, producido en las 48 horas siguientes a la vacunación. Convulsiones con o sin fiebre, producidas en los 3 días siguientes a la vacunación. Pueden existir circunstancias, tales como una elevada incidencia de tos ferina, en las que los potenciales beneficios superen los posibles riesgos. Como con todas las vacunas inyectables, se deberá disponer en todo momento del tratamiento y supervisión médica adecuados, para el caso poco común de aparición de una reacción alérgica tras la administración de la vacuna. Boostrix debe administrarse con precaución en individuos con trombocitopenia (ver también 4.3) o algún trastorno hemorrágico ya que puede producirse una hemorragia tras la administración intramuscular en estos individuos. Debe ejercerse una presión firme en el lugar de inyección (sin fricción) durante al menos dos minutos. Boostrix no debe, bajo ninguna circunstancia, administrarse por vía intravascular. La existencia de una historia familiar de convulsiones y acontecimientos adversos tras la vacunación con DTP, no constituyen contraindicaciones. La infección por el VIH no se considera una contraindicación. Tras la vacunación de pacientes inmunodeprimidos podría no obtenerse la respuesta inmunológica esperada. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se ha estudiado el uso concomitante de Boostrix con otras vacunas inactivadas o con inmunoglobulina. No es probable que la administración conjunta provoque interferencias con las respuestas inmunes. Cuando se considere necesario, Boostrix puede administrarse simultáneamente con otras vacunas o inmunoglobulina en sitios diferentes de inyección. Como con otras vacunas, en pacientes que reciban terapia inmunosupresora o en aquellos con inmunodeficiencia, puede no alcanzarse una respuesta adecuada. **4.6. Embarazo y lactancia.** No se dispone de datos adecuados en humanos del uso de Boostrix durante el embarazo y no se han realizado estudios de toxicidad reproductiva en animales. Como con otras vacunas inactivadas, no se espera que la vacunación con Boostrix dañe al feto. Sin embargo, la vacuna debe utilizarse durante el embarazo sólo cuando sea claramente necesario, y los beneficios potenciales superen los posibles riesgos para el feto. No se dispone de datos de su administración durante el periodo de lactancia en humanos. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Es poco probable que la vacuna tenga algún efecto sobre la capacidad de conducir vehículos y utilizar maquinaria. **4.8. Reacciones adversas.** Un total de 1.032 vacunados, de los cuales 1.032 eran mayores de 10 años de edad, han recibido una dosis de Boostrix en los ensayos clínicos realizados. Los efectos adversos más comunes reportados se muestran a continuación. En la mayoría de los casos, no se ha establecido una relación causal con la vacuna. **Muy frecuentes ($\geq 10\%$):** Reacciones locales (dolor, enrojecimiento e inflamación en el lugar de inyección). Reacciones sistémicas (dolor de cabeza, malestar y fatiga, mareos, fiebre $>37,5^{\circ}\text{C}$). Reacción de comienzo tardío (≥ 48 horas tras la vacunación): dolor de cabeza. Frecuentes ($\geq 1\%$ y $< 10\%$): Vómitos. Reacción de comienzo tardío (≥ 48 horas tras la vacunación): dolor, enrojecimiento, inflamación, induración en el lugar de inyección, mareos, fatiga, fiebre $>39,0^{\circ}\text{C}$, malestar, vómitos. Infrecuentes ($0,1\%$ y $< 1\%$): Fiebre $>39^{\circ}\text{C}$, aumento de la sudoración, hipotensión, artrosis, migraña, prurito, linfadenopatía. Se ha comunicado de forma infrecuente colapso o estado similar al "shock" (episodio de hipotensión-hiporespuesta) y convulsiones tras la inmunización de niños con productos que contienen uno o más de los componentes antígenos de Boostrix. No se ha evaluado la reactividad de la revacunación con Boostrix. **4.9. Sobredosis.** No se ha comunicado ningún caso de sobredosis. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.** **5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: Vacunas combinadas bacterianas. Código ATC: J07A FMJ. Boostrix contiene toxoides diftérico, toxoides tetánico y tres antígenos purificados de *B. pertussis* (toxoides pertúsico, hemaglutinina filamentosas y pertactina), adsorbidos en sales de aluminio. Los toxoides diftérico y tetánico se obtienen mediante tratamiento con formaldehído de las toxinas purificadas de *Corynebacterium diphtheriae* y *Clostridium tetani*. Los componentes de la vacuna antitostoterina acelular se obtienen por extracción y purificación de cultivos de *Bordetella pertussis* en fase I de crecimiento, seguido de una detoxificación irreversible de la toxina de *B. pertussis* mediante tratamiento con glutaraldehído y formaldehído y de la hemaglutinina filamentosas y la pertactina mediante tratamiento con formaldehído. Los toxoides diftérico y tetánico y los componentes de *B. pertussis* acelular se adsorben en sales de aluminio. La vacuna final se formula en solución salina y contiene 2-fenoxietanol como conservante. Boostrix cumple con los requisitos de la Organización Mundial de la Salud para la fabricación de Sustancias Biológicas, para las vacunas combinadas antídifterica y antitetánica, así como las directivas para la vacuna antitostoterina acelular. *Difteria* y *tétanos*. Un mes después de la vacunación, el 91,6-100% de los sujetos vacunados con Boostrix tenía títulos de anticuerpos $\geq 0,01$ UI/ml para difteria y el 99,8-100% tenía títulos de anticuerpos $\geq 0,1$ UI/ml para tétanos. Los estudios comparativos han demostrado que un mes después de la vacunación, los títulos de anticuerpos para difteria son similares a los de las vacunas dT tipo adulto con el mismo contenido antigénico que Boostrix, se observaron títulos de anticuerpos antitetánicos más bajos cuando se compararon con vacunas dT tipo adulto. Como con otras vacunas dT tipo adulto, Boostrix induce títulos de anticuerpos anti-D y anti-T más bajos en adultos que en adolescentes. Los datos de persistencia de hasta 24 meses, han demostrado que los porcentajes de sujetos con niveles de protección ($\geq 0,1$ UI/ml) para ambos anticuerpos, son similares a los obtenidos con las vacunas dT tipo adulto usadas como comparador. No se dispone actualmente, de datos sobre la protección a largo plazo frente a tétanos y difteria. *Pertussis*. Un mes después de la vacunación, la tasa de respuesta global para cada uno de los tres antígenos individuales de pertussis (toxoides pertúsico, hemaglutinina filamentosas, pertactina) se encontraba entre el 92,1-100%, el 95,0-99,8% y el 97,9-100%, respectivamente. Los antígenos de pertussis contenidos en Boostrix, son una parte integral de la combinación antitostoterina acelular de la vacuna pediatría (Infanrix), para la que se ha demostrado su eficacia tras vacunación primaria en un estudio de eficacia en contactos en el ámbito familiar. Después de la vacunación con Boostrix, los títulos de anticuerpos para los tres componentes de *B. pertussis* son más elevados que los observados durante el ensayo de eficacia en contactos en el ámbito familiar. Basándose en estas comparaciones, Boostrix proporcionaría protección frente a tos ferina, sin embargo el grado y la duración de la protección proporcionado por la vacuna no se han determinado. No se ha evaluado la inmunogenicidad de la revacunación con Boostrix. **5.2. Propiedades farmacocinéticas.** No se requiere evaluación de las propiedades farmacocinéticas para las vacunas. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad.** Los datos preclínicos revelan que no existe especial peligro para los humanos, basándose en estudios convencionales de seguridad, toxicidad específica y compatibilidad de los componentes. **DATOS FARMACOLÓGICOS.** **6.1. Relación de excipientes.** Formaldehído, 2-fenoxietanol, polisorbato 80, cloruro sódico, glicina y agua para inyectables. **6.2. Incompatibilidades.** Boostrix no debe mezclarse en la misma jeringa con otras vacunas. **6.3. Periodo de validez.** La fecha de caducidad se indica en la etiqueta y en el envase. Cuando se almacena en las condiciones establecidas, el periodo de validez es de 36 meses. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** Boostrix debe conservarse entre $+2^{\circ}\text{C}$ y $+8^{\circ}\text{C}$. No congelar. Describir la vacuna si se ha congelado. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** Boostrix se presenta como una suspensión inyectable en jeringa precargada (vidrio Tipo I) (0,5 ml) con tapones de goma. Envases de 1, 10, 20, 25, 50 jeringas precargadas. Pueden no estar comercializados todos los envases. **6.6. Instrucciones de uso y manipulación.** Antes de la administración, la vacuna debe agitarse bien, para obtener una suspensión blanca, turbia y homogénea y se debe examinar visualmente para observar si existe alguna partícula o variación del aspecto físico. En caso de apreciarse alguna de estas circunstancias, desecharse la vacuna. Una vez fuera de la nevera, la vacuna es estable durante 8 horas a $+21^{\circ}\text{C}$. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** SmithKline Beecham, S.A. C/. Valle de la Fuentría 3, 28034 Madrid. Dirección para comunicaciones. C/. Severo Ochoa 2, 28760 - TRES CANTOS (Madrid). Teléfono: 91 807 03 01. Fax: 91 807 03 10. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Especialidad Farmacéutica Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. PVP: 13,52 €. PVP-VA: 14,06 €.



PUBLICIDAD
BOOSTRIX
color
HAY FOTO-
LITOS

31

Menos riesgo es Más productividad



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

Línea de Prevención Total 3M

PARA USUARIOS INTENSIVOS DEL ORDENADOR

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



Línea Comfort 3M

PARA USUARIOS OCASIONALES DEL ORDENADOR

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



Línea Portátil 3M

PARA USUARIOS DE ORDENADORES PORTÁTILES

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



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

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

3M Ergonómicos