

**Sumario:**

**3** Editorial

**Artículos originales:**

**5** Análisis de la incapacidad temporal por contingencia común en el servicio de prevención de riesgos laborales de las instituciones de la Comunidad Foral de Navarra

**15** Estudio en el sector sanitario de las tareas más frecuentes, que ocasionan accidentes por pinchazo con riesgo biológico

**20** Aplicaciones de la intervención mínima anti-tabáquica en una unidad básica sanitaria

**14** Agenda de congresos

**19** Direcciones Webb **26** Legislación

NUEVOS RESULTADOS

# Estudio LIFE

LIFE = LOSARTAN INTERVENTION  
FOR ENDPOINT REDUCTION

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

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

(Dahlöf B, et al)

PUBLICADO EN:

THE LANCET

23/03/02

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

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

Antes de prescribir COZAAR®, consulte la Ficha Técnica Adjunta

Podrá ver LIFE con detalle en:

**YAHOO!** para Médicos  
[www.msd.mii.yahoo.es](http://www.msd.mii.yahoo.es)

Call Center mi yahoo: 900 850 555



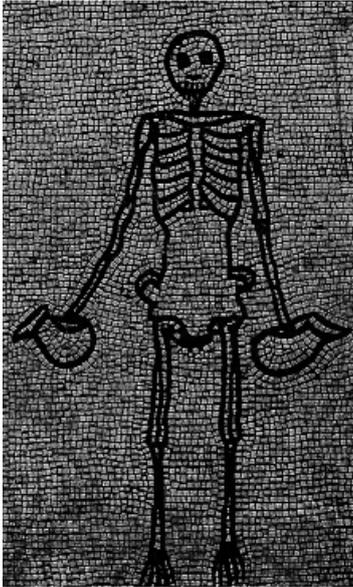
Medicina Basada en la Evidencia

Josefa Valcárcel, 38  
28027 Madrid  
[www.msd.es](http://www.msd.es)

losartán  
**COZAAR**®  
Angiotensin II Antagonist

CONFIANZA, SATISFACCIÓN, RESULTADOS

† Marca registrada de E.I. de Pflizer de Merck and Company, Wilmington, Delaware, U.S.A.



## MEDICINA Y MITOS EN LA GRECIA CLÁSICA

Dr. Amado Cuadrado Fernández

# editorial

Los comienzos de la Medicina estuvieron marcados por la incertidumbre, que fue aún mayor en todo aquello que se refiere a la Grecia Clásica, pues en ella no se constató la ruptura entre la magia popular, las prácticas de naturaleza religiosa y las técnicas médicas, a pesar de la influencia de **Hipócrates**.

En la Antigua Grecia, había numerosos dioses y semidioses salvadores que, aunque podían curar las enfermedades, tenían además el poder de provocarlas cuando sentían ira, o como medio de castigo.

Generalmente, estas divinidades tomaban una forma humana, contrariamente a las combinaciones de hombre y animal tan características de los sumerios y egipcios.

En la cima se encontraba **ZEUS**, todopoderoso. **APOLO** era el maestro de todas las facultades creadoras y de las artes. Finalmente **QUIRÓN**, el inmortal, el más célebre, el más prudente y el más sabio de los centauros, enseñaba Medicina y practicaba la cirugía en la cima del monte **Pelión**, en **Tesalia**.

Entre los dioses, pero en un rango inferior, se invocaba la presencia de **ASCLEPIO**, conocido en Occidente con el nombre de **ESCULAPIO**.

La tradición le confiere numerosa descendencia, entre la que se encuentran dos hijas cuyos nombres figuran de forma habitual en el lenguaje corriente:

**HIGIEA**, que nos enseñó las formas más saludables de conducir nuestra vida, legándonos "*la higiene*" y posteriormente **PANACEA**, "*la que todo lo cura*", que fue el origen de los medicamentos.



## Director

AMADO CUADRADO FERNANDEZ

## Asesor de Dirección

JUAN JOSE SANCHEZ MILLA

## Consejo de Redacción

CARLOS BELTRAN DE GUEVARA BERICIBAR

IÑIGO APELLANIZ GONZALEZ

JUAN GOIRIA ORMAZABAL

JAVIER GONZALEZ CABALLERO



## 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

ANTONIO DOCE FELIZ. Ayuntamiento de A Coruña

MARIA PILAR MORENO MARTINEZ. Ayuntamiento de Zaragoza

FRANCISCO VICENTE FORNÉS UBEDA. Ayuntamiento de Valencia

JOSE LUIS RUIZ CIRUELOS. Servicio Navarro de Salud

M<sup>a</sup> ANGELES LORENTE DEL PRISCO. Ayuntamiento de Sabadell

JAVIER GUERRERO FONSECA. Servicio de Salud de Castilla La Mancha

### Secretaría de Redacción:

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

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

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

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

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

Deposito legal: BI-2529-99

ISSN: 1575-8524

Publicación autorizada por  
La Viceconsejería de Sanidad  
como Soporte Válido.

Imprime: 

# Análisis de la incapacidad temporal por contingencia común en el servicio de prevención de riesgos laborales de las instituciones de la Comunidad Foral de Navarra

## The analysis of the temporary incapacity by common contingency in the Service of Prevention of labour risks of the institutions of Navarra Community



\* E. M. Fernández Romero / M. A. Percas Arrayago / I. Pascual Osinaga / R. Arraras Zabalza / M. T. Visus Eraso / I. Esquiros Ayesa / A. M. Ruiz Cirauqui / S. Pérez Leza / M. Artazcoz Echarte

*Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de las Instituciones de la Comunidad Foral de Navarra*

### INTRODUCCION Y OBJETIVOS:

El conocimiento y análisis de datos de IT (**incapacidad temporal**) por contingencia común (**artículo 37 Nivel Superior, RD 39/1997**), resulta de gran interés puesto que las causas que los motivan puedan estar relacionados con las condiciones de trabajo.

Su estudio va a permitir planificar actividades preventivas a fin de evitar y/o minimizar sus consecuencias, modificando las condiciones de trabajo e identificando al personal sensible.

No obstante, en la práctica, no resulta fácil desde **SPRL (Servicio de Prevención de Riesgos Laborales)** la investigación de esta hipotética relación enfermedad-condiciones de trabajo debido, entre otras, a la falta de acceso al diagnóstico real que motiva la incapacidad temporal.

### MATERIAL Y METODO:

Los procesos de IT estudiados se seleccionaron en base a una relación de Sucesos Centinela implantados por el INSL (Instituto Navarro de Salud Laboral) para la red de Atención Primaria, junto con otros procesos que en la Administración tienen gran frecuencia y repercusión. Posteriormente se realiza un análisis informático estableciendo

### INTRODUCTION AND OBJECTIVES

The knowledge and analysis of data about IT (**temporary incapacity**) by common contingency (**37 article Superior Level, RD 39/1997**) is very interesting because the causes that motivate them can be related to the conditions of work.

Its study is going to facilitate to plan preventive activities in order to avoid and/or reduce its consequences, modifying the labour conditions and identifying the sensitive personnel.

However, actually, the investigation of this disease-labour conditions hypothetical relation is not easy from **SPRL (Service of Prevention of Labour Risks)**, principally because of the lack of access to the real diagnosis that motivates the temporary incapacity.

### MATERIAL AND METHOD

The studied processes of IT were selected on the basis of a relation of Sentry Events implanted by the INSL (Navarre Institute of Labour Health) for the network of Primary Attention, in addition to other processes that have great frequency and repercussion in the Administration. After that, a computer analysis is made establishing relations between the mentioned processes of IT, the diffe-

relaciones entre los citados procesos de IT, las diferentes unidades organizativas y las ocupaciones de los empleados

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1. Elevada incidencia de dorsopatías en Bienestar Social y Policía Foral. Necesidad de formación/información en manejo de cargas e higiene postural
2. En Bienestar Social, hay una relación significativa entre el personal expuesto a manejo de cargas y posturas forzadas y el número de procesos de IT presentados por Dorsopatías.
3. En el mismo Departamento destaca un elevado número de procesos Ansioso-Depresivos. Importante la formación/información en Técnicas de Prevención y Control de Estrés.

**PALABRAS CLAVE:** Incapacidad Temporal. Vigilancia de la Salud. Sucesos centinela.

### INTRODUCCIÓN:

Se entiende por **Vigilancia de la Salud** como la recogida, análisis e interpretación sistemáticos de los datos de la salud de los trabajadores con la finalidad de proteger la salud y prevenir la enfermedad.

Esta vigilancia de la salud, puede ser individual o colectiva y habitualmente se limita a los exámenes de salud más o menos orientados a los Riesgos Laborales.

Sin embargo, existen otros elementos como **el conocimiento y el análisis de datos de Incapacidad Laboral por Contingencia Común** que resultan de gran interés puesto que las causas que las motivan o agravan pueden guardar una estrecha relación con las condiciones de trabajo de los trabajadores.

Este conocimiento está fundamentado legalmente en el propio Reglamento de los Servicios de Prevención que en su Artículo 37 (Funciones del Nivel Superior) establece que **"el personal sanitario de un Servicio de Prevención deberá conocer las enfermedades que se produzcan entre los trabajadores y las ausencias de trabajo por motivos de salud, a los solos efectos de poder identificar cualquier relación entre la causa de enfermedad o de ausencia y los riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo"**.

El estudio de los diagnóstico de IT por contingencia común es el primer pero fundamental paso para averiguar la posible relación de la enfermedad que causa la ausencia y las condiciones del puesto de trabajo, lo que va a permitir llevar a cabo, actuaciones preventivas dirigidas a evitar y/o minimizar sus consecuencias modificando las condiciones de trabajo e identificando al personal especialmente sensible.

rent organizational units and the occupations from the employees.

### RESULTS AND CONCLUSIONS

1. High incidence of backache in Social Welfare and Leasehold Police. Necessity of formation/information in handling of loads and postural hygiene.
2. In Social Welfare, there is a significant relation between the personnel exposed to handling of loads and forced positions and the number of processes of IT presented by backache.
3. In the same department there is a high number of anxious-depressive processes. Important the formation/information in Techniques of Prevention and Control of Stress.

**KEY WORDS:** Temporary Incapacity. Monitoring of the Health. Sentry events.

No obstante, a pesar de que toda la información referente a estos datos suponen una herramienta fundamental para el control y vigilancia de la salud de los trabajadores, en la práctica son poco utilizados y no es frecuente la investigación de esta hipotética **relación, enfermedad-condiciones de trabajo**, debido, entre otras, a la falta de acceso al diagnóstico real que motiva la incapacidad.

### OBJETIVOS:

Mostrar cómo estudia nuestro SPRL la IT por contingencia común para que resulte útil como herramienta para la **vigilancia de la salud de los trabajadores**.

### MATERIAL Y MÉTODO:

Este estudio ha sido realizado por el SPRL de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, que está integrado por 15 profesionales y se estructura en 3 Unidades:

- **Unidad de Gestión** que cuenta con un Técnico de Gestión y dos Administrativos
- **Unidad Técnica** con 2 Técnicos superiores en Seguridad e Higiene y un Técnico Superior en Psicosociología
- **Unidad Sanitaria:** 3 especialistas en Medicina del Trabajo, 3 Enfermeras de Empresa y 3 Auxiliares de Enfermería

Para obtener los datos analizados, se ha precisado de la colaboración de los diferentes Departamentos y Organismos Autónomos, que a través de sus Secretarías Técnicas o Unidad de Personal, han remitido a nuestro Servicio una copia de los **partes de IT**, algunos de ellos con diagnóstico y otros sin él.

Una vez recibidos, dichos partes son codificados por la Unidad de Enfermería según el CIE-9-MC, que supone un ordenamiento lógico por aparatos y entidades nosológicas y permite un mejor conocimiento epidemiológico de las diferentes patologías.

Posteriormente, con el apoyo de las Auxiliares de Enfermería, estos datos son informatizados a través del programa MEDTRA.

La Unidad de Gestión realiza un análisis informático, estableciendo las relaciones entre los procesos de IT, las diferentes unidades organizativas y las ocupaciones de los empleados.

La selección de las patologías a estudiar se realizó en base a la relación de **sucesos centinela establecidos por el INSL (Instituto Navarro de Salud Laboral) para la red de Atención Primaria de Navarra**, que contempla aquellos procesos relacionados "a priori" con una ocupación y cuya aparición debe servir para impulsar estudios, además de actuar como señal de alarma para generar mecanismos de prevención. Estos procesos son:

#### 1- Síndrome de Túnel Carpiano

#### 2- Asma

#### 3- Dermatitis de contacto

#### 4- Entesopatía de codo

#### 5- Entesopatía de muñeca

A este listado de procesos, el SPRL añadió otros que, por su frecuencia y repercusión en la Administración prevemos que pueden tener también importancia en nuestro ámbito:

- **Dorsopatías:** englobando los diagnósticos de **Cervicalgia, Dorsalgia y Lumbalgia**

- **Síndromes Ansiosos y Depresivos**

Como consecuencia de este primer análisis, se identifican los trabajadores que han presentado alguna de las patologías centinelas y se procede a valorar la relación o no, con las condiciones de trabajo.

En el caso de los sucesos centinelas del INSL, esta posible relación se buscó a través de la información recogida en sus historiales clínico-laborales (edad, antecedentes personales, estudio del puesto...) y/o entrevista personal.

Los sucesos centinelas incorporados por el SPRL se valoraron desde el punto de vista epidemiológico, intentando encontrar diferencias significativas en su frecuencia de presentación según las diferentes ocupaciones, utilizando los datos de la Evaluación de Riesgos realizada por el SPRL.

## RESULTADOS

La plantilla de trabajadores de los que el SPRL recibe notificación de sus procesos de IT es de 3228 que quedan distribuidos por Departamentos de la siguiente manera:

1- Bienestar Social: 900	5- Industria, Comercio y Turismo: 318
2- Policía Foral: 629	6- Obras Públicas: 300
3- Agricultura: 387	7- Medio Ambiente: 267
4- Consorcio de Bomberos: 366	8- Administración Local: 61

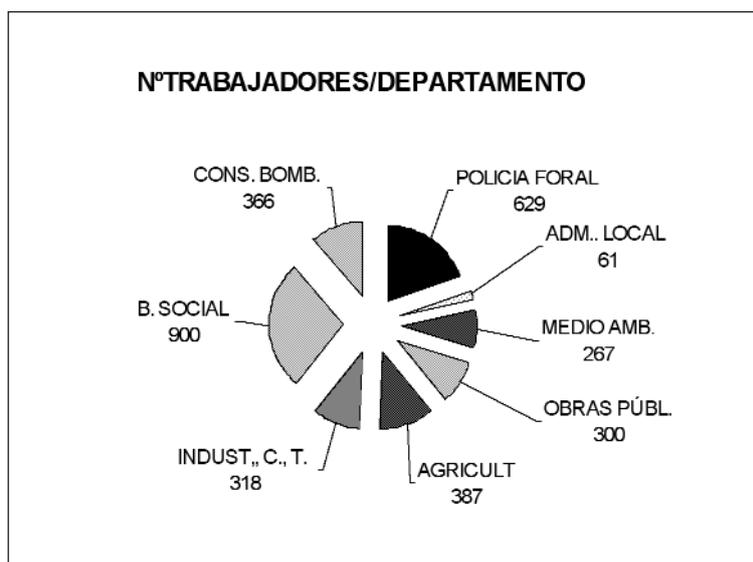


Gráfico 1. Número de trabajadores por departamento



El total de partes de IT recibidos en el SPRL es de 1644 de los cuales 1324 (81%) facilitan el diagnóstico y 320 (19%) no lo incluyen.

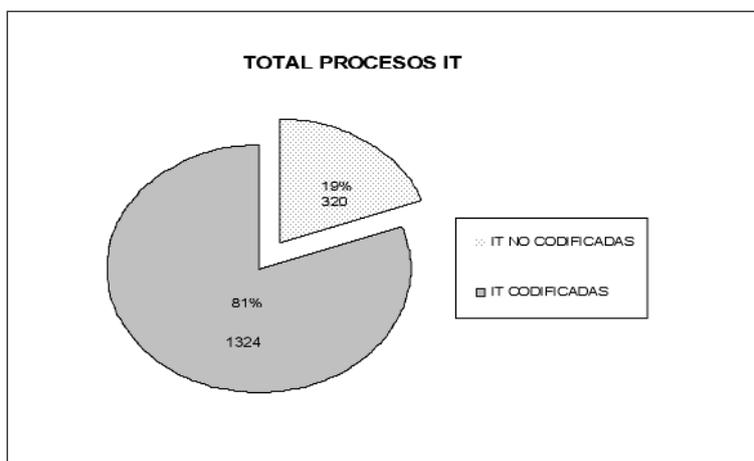


Gráfico 2. Total de procesos de Incapacidad Temporal

Por Departamentos, la relación de partes **CON DIAGNOSTICO / SIN DIAGNOSTICO** es la siguiente:

DEPARTAMENTO	CON DIAGNÓSTICO		SIN DIAGNÓSTICO	
Policía Foral	317	(87,8%)	53	(12,2%)
Bienestar Social	517	(90,7%)	53	(9,3%)
Agricultura	108	(68,3%)	50	(31,7%)
Industria	67	(94,4%)	4	(5,6%)
Obras Públicas	140	(64%)	79	(36%)
Medio Ambiente	73	(70,2%)	31	(29,8%)
Administración Local	27	(73%)	10	(27%)
C. Bomberos	87	(70,2%)	37	(29,8%)

Como se puede ver, los Departamentos de Industria, Bienestar Social y Policía Foral son los que remiten un mayor número de partes de IT con diagnóstico.

Relacionando el total de trabajadores de cada Departamento con el número de procesos de IT presentados en cada uno de ellos, se obtiene el siguiente resultado:

DEPARTAMENTO	IT / N° trabajadores
Policía Foral	57,39 %
Bienestar Social	63,33 %
Agricultura	40,83 %
Industria	22,33 %
Obras Públicas	73,00 %
Medio Ambiente	38,95 %
Administración Local	60,66 %
C. Bomberos	33,88 %

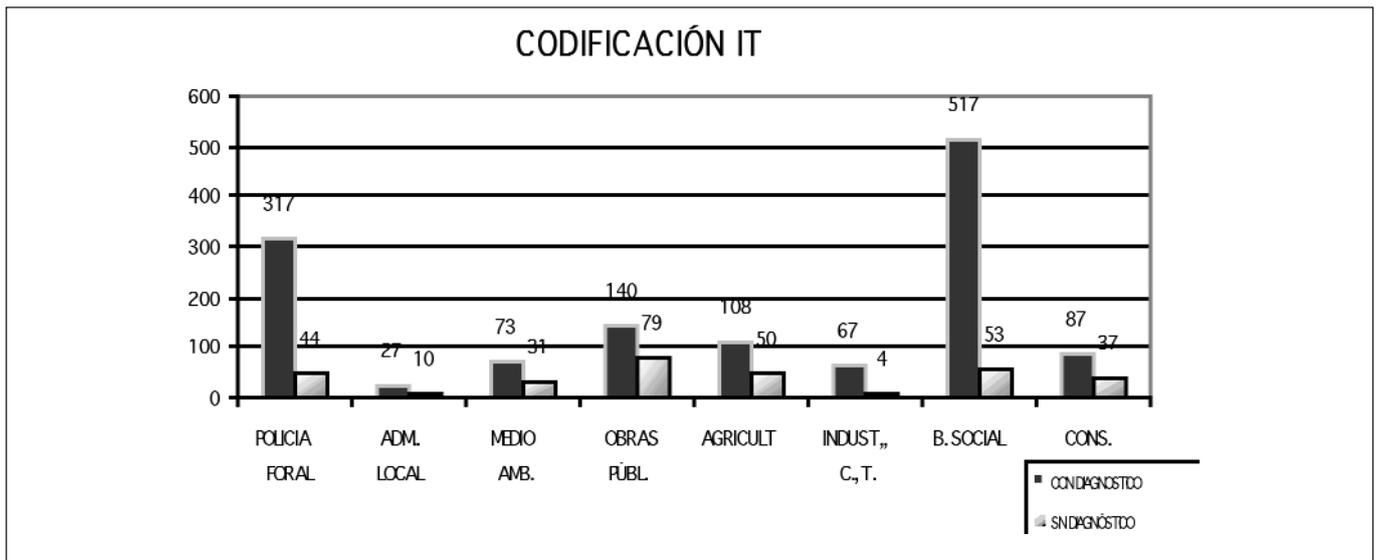


Gráfico 3. Codificación de Incapacidad Temporal

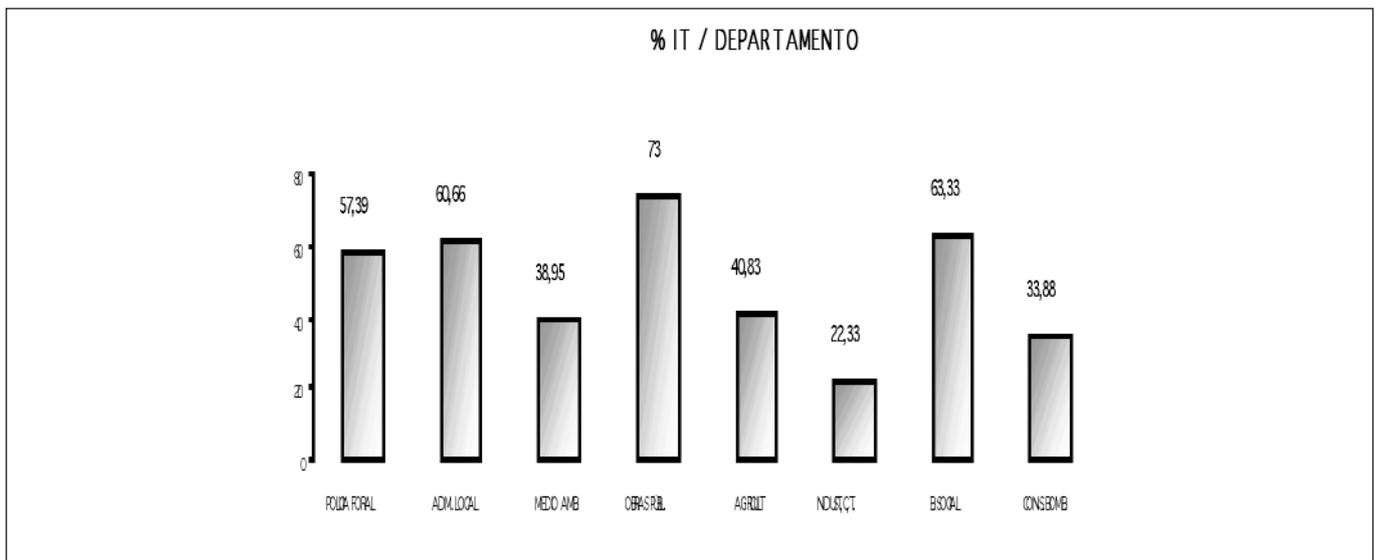


Gráfico 4. Porcentaje de Incapacidad Temporal por Departamento

#### SUCESOS CENTINELA DEL INSL:

Se estudiaron el número de sucesos centinela, siendo un total de 14.

Tras realizar una valoración de datos de la historia clínico-laboral de cada caso, se consideró que 8 no guardaban ninguna relación con el puesto de trabajo (5 asma, 2 entesopatías de codo y un STC). Sin embargo, los 6 restantes podían guardar alguna relación.

Tras ser citados a consulta médica para su valoración, se obtuvieron los siguientes datos:

Dermatitis: 1 caso, sin relación con el puesto de trabajo

Entesopatía de muñeca: 1 caso, sin relación con puesto de trabajo

Entesopatías de codo: 4 casos:

2 casos no guardan ninguna relación con el puesto.

1 caso se considera **personal sensible**, puesto que las tareas que realiza pueden agravar su situación y sí que puede guardar relación con el puesto de trabajo.

1 caso **sí** guarda relación directa con el trabajo realizado.

En estos dos últimos casos, se ha solicitado un estudio de dichos puestos a la Unidad Técnica del Servicio de Prevención

Centrándonos en los sucesos centinela incorporados por nuestro SPRL (Síndrome Ansioso-Depresivo y Dorsopatías). Los resultados son los siguientes:

**ANSIEDAD Y DEPRESION:**

- 1- B. Social: 24
- 2- Obras Públicas: 8
- 3- Agricultura: 6
- 4- Industria: 5
- 5- Policía Foral: 4
- 6- Medio Ambiente: 3
- 7- Consorcio de Bomberos: 2
- 8- Administración Local: 0



10

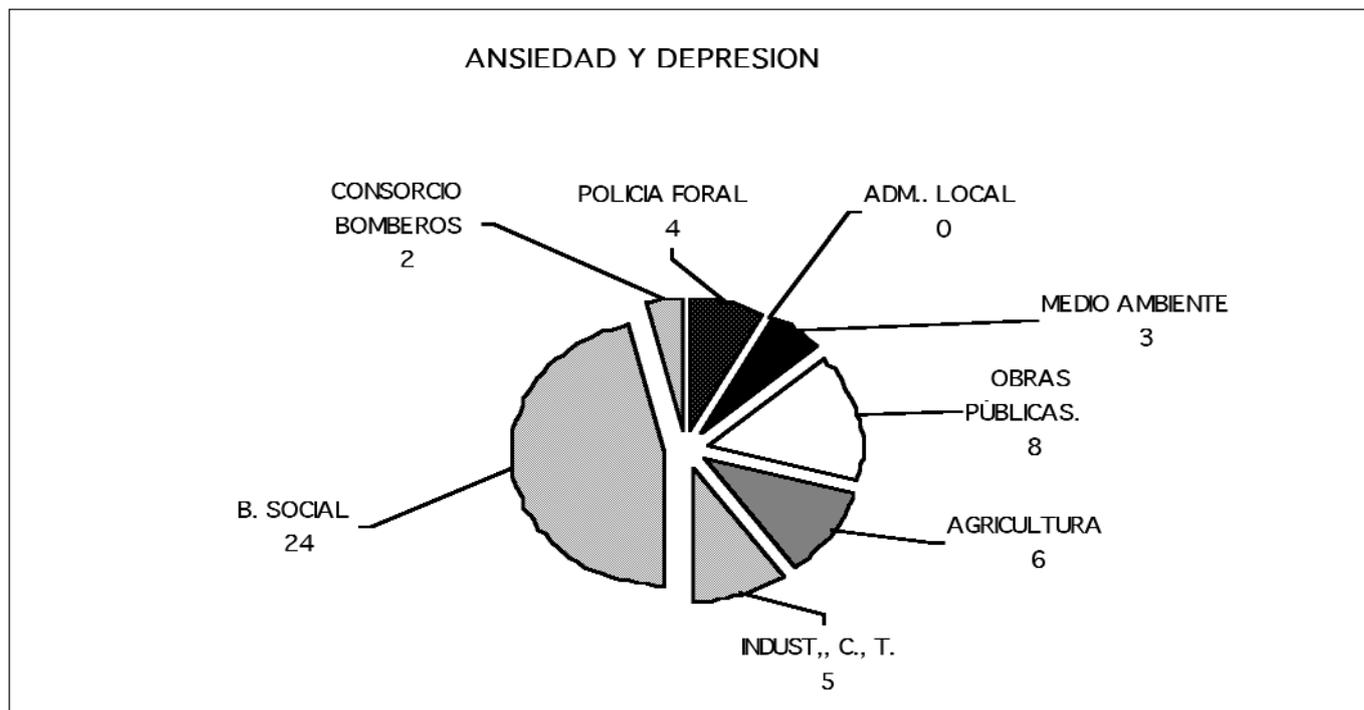


Gráfico 5. Ansiedad y depresión

Se analizan los resultados en el Departamento de Bienestar Social ya que presenta un número total más elevado y por ser "a priori" su función principal diferente del resto: Atención directa a usuarios dependientes. Los resultados son los siguientes:

- 1- Cuidadores de residencia geriátricas o disminuidos psíquicos: 8
- 2- Administrativos: 5
- 3- Limpieza y Mantenimiento: 5
- 4- Educadores de guarderías: 2
- 5- Gestión: 2
- 6- Cocinero: 1
- 7- Sin asignar: 1

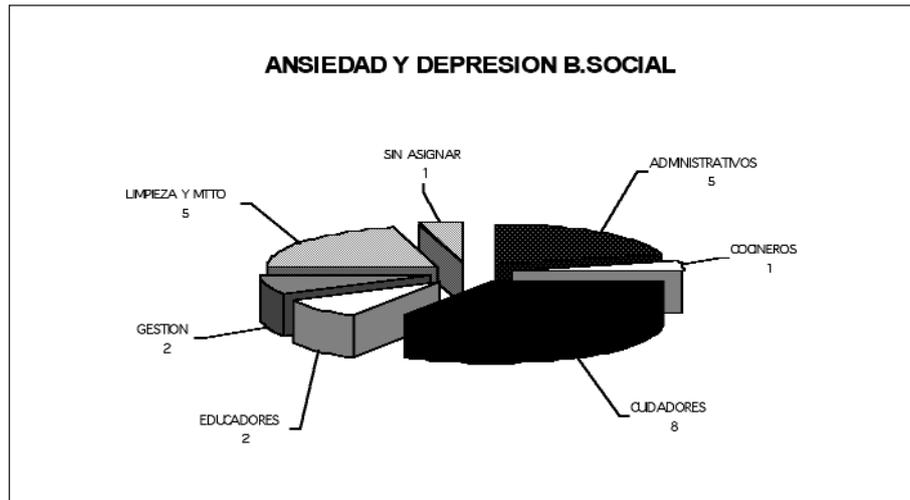


Gráfico 6. Ansiedad y depresión en Bienestar Social

Relacionando estos procesos con las variables Edad y Sexo, el resultado es de 18 mujeres (75%), mientras que 6 son varones (25%) La edad media es de 47 años(rango 31-65años)

Además, basándonos en los datos de la Evaluación de Riesgos, se han seleccionado los colectivos de Cuidadores (159) y Educadores (82) como personal expuesto, en grado tolerable/moderado, al riesgo de Demanda Emocional.

Al comparar las diferentes frecuencias de presentación en trabajadores expuestos (Cuidadores y Educadores: 10) frente a las frecuencias de los trabajadores no expuestos (14) de un total de 900 trabajadores, se obtiene una Odds Ratio de 2.12, pero al hallar el Intervalo de Confianza de 95%, este es de 0.86 - 5.15 lo que indica que no hay diferencia significativa en la presentación de Síndrome Ansioso-Depresivo entre estas ocupaciones y el resto de Bienestar Social.

#### DORSOPATIAS:

Se distribuyen de la siguiente manera:

- |                    |                               |
|--------------------|-------------------------------|
| 1- B.Social: 89    | 5- Industria, C y Turismo: 12 |
| 2- P. Foral :46    | 6- M. Ambiente:10             |
| 3- Bomberos:18     | 7- Agricultura: 10            |
| 4- O. Públicas: 18 | 8- Admon Local: 2             |

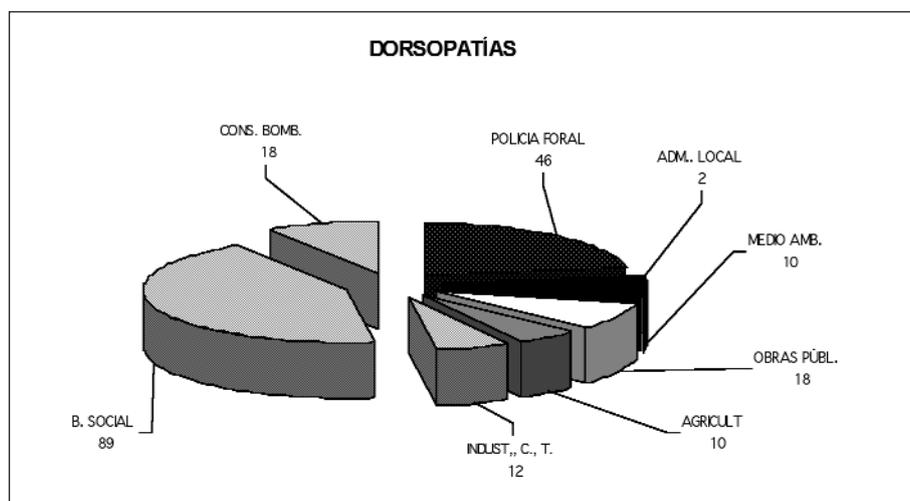


Gráfico 7. Dorsopatias

Se observa una mayor incidencia en el Departamento de Bienestar Social. Si se relaciona con los puestos de trabajo y se distribuye de la siguiente manera:

- |                                       |                   |
|---------------------------------------|-------------------|
| 1- Limpieza y Servicios Generales: 35 | 5- Cocineros: 6   |
| 2- Cuidadores: 26                     | 6- ATS-DUE: 3     |
| 3- Educadores: 10                     | 7- Sin asignar: 1 |
| 4- Administrativos: 8                 |                   |

Basándonos nuevamente en la Evaluación de Riesgos se ha considerado a personal expuesto a los riesgos de manipulación manual de cargas y posturas forzadas a los colectivos de limpieza (53) y servicios generales (128), cuidadores (82), educadores(159), cocineros (42) y ATS-DUE (20).

Al comparar las diferentes frecuencias de presentación en trabajadores expuestos (80) frente a las de los no expuestos (9) de un total de 900 trabajadores, se obtiene un Odds Ratio de 8.95 con un Intervalo de Confianza de 95% de 4.28-9.37 lo que indica que **sí existe** una diferencia significativa entre estos colectivos y el resto de trabajadores del Departamento de Bienestar Social.

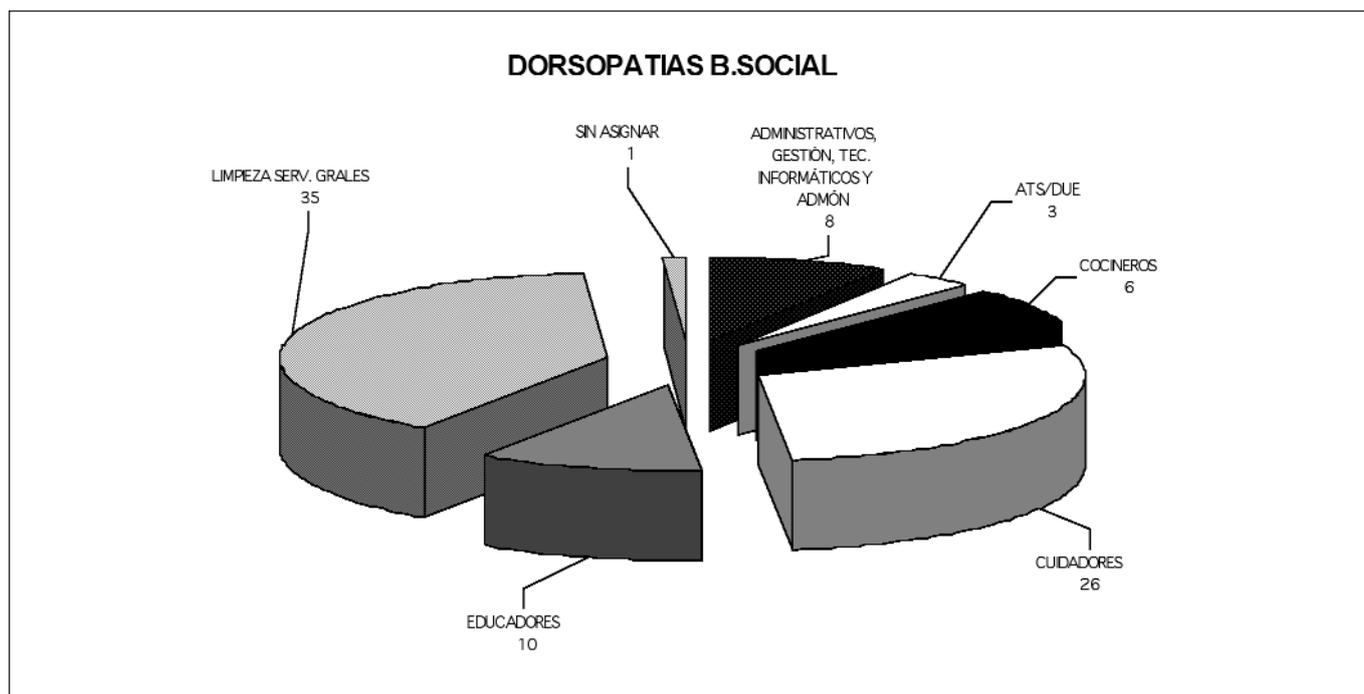


Gráfico 8. Dorsopatías en B. Social

Relacionando estos procesos con el sexo de los trabajadores, se observa que 64 (72%) se corresponden con trabajadores del sexo femenino, mientras que 25 (28%) son varones, siendo la Edad Media de 43 años (rango 26-66 años).

En la Policía Foral también se observa un elevado número de casos con Dorsopatías (46), en la actualidad no se pueden relacionar estos datos con las ocupaciones porque se desconoce la Sección a la que pertenecen individualmente.



## CONCLUSIONES

Casi el 20% de los partes de IT se reciben sin diagnóstico. Importante reducir este porcentaje puesto que su conocimiento resulta esencial para poder llevar a cabo la función de la vigilancia de la salud.

La incidencia de Síndromes Ansioso/Depresivos y Dorsopatías es claramente superior en mujeres que en hombres.

En el Departamento de Bienestar Social se observa una frecuencia de presentación de procesos de Dorsopatías que en su análisis estadístico se relacionan significativamente con los colectivos de: Cuidadores, Limpieza y Servicios Generales, Educadores Cocineros y ATS-DUE.

Sin embargo, para el Síndrome Ansioso-Depresivo, no se observa una diferencia significativa en los colectivos de Educadores y Cuidadores respecto al resto de personal del Departamento.

Todo esto nos lleva a plantearnos la necesidad de formar a los trabajadores mediante programas y estrategias de prevención y control del estrés y de programas formativos en manejo de cargas e higiene postural .

Es necesario plantear nuevos estudios para el resto de departamentos. En el colectivo de Policía Foral habría que esperar a que se establezca un procedimiento de notificación que permita conocer la Sección a la que están adscritos.

# agenda de congresos



## **XVI CONGRESO ESPAÑOL DE TOXICOLOGÍA**

Cáceres del 28 al 30 de septiembre

Más información en [www.unex.es/eweb/toxicologia](http://www.unex.es/eweb/toxicologia)

La Secretaría Técnica del XVI Congreso Español de Toxicología unidad de Toxicología

Facultad de Veterinaria Universidad de Extremadura

Avda. de la Universidad s/n 10071 Cáceres (ESPAÑA)

Tlfno: (0034)927.257156 - Fax: (0034)927.257110 - E-mail: [cctox2005@unex.es](mailto:cctox2005@unex.es)



## **LA SALUD SIN FRONTERAS, LA SANIDAD SIN BARRERAS. JORNADA DE SALUD LABORAL 2005 EN GRAN CANARIA.**

Gran Canaria, 1-5 de Noviembre, 2005.

La Jornada del día 3 está organizada por la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) y la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball (SCSMT) en el contexto del "Primer Encuentro de Salud Pública y Administración Sanitaria" y tendrá lugar en Gran Canaria el 3/11/05.

Están previstas mesas de ponencias y comunicaciones. Se ofrecen becas y bolsas de viaje para las mejores comunicaciones. Más información en la web de evento en [www.espas.info](http://www.espas.info)



## **16° CONGRESO MUNDIAL DE ERGONOMÍA IEA2006**

Se puede seguir la evolución de este proceso en el sitio de Internet [www.iea2006.org](http://www.iea2006.org)



## **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 SIMPOSIO INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES Y SALUD OCUPACIONAL**

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



## **ORP 2006. CUARTO CONGRESO INTERNACIONAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

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



# Estudio en el sector sanitario de las tareas más frecuentes, que ocasionan accidentes por pinchazo con riesgo biológico

\* Jiménez Jiménez E., Médico Especialista en Medicina del Trabajo, Técnico Superior de Prevención. Responsable del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud. e-mail: esperanza.giménez@carm.es

\* Míguez García, J. M., Ingeniero Técnico Industrial, Técnico Superior de Prevención. Servicio de Prevención Ajeno. Murcia. e-mail: jmmiguez@fraternidad.com

\* Fernández Jiménez, A. Z; Escuela de Odontología. Universidad Alfonso X el Sabio. Madrid.



## INTRODUCCIÓN:

Las exposiciones ocupacionales a fluidos biocontaminados a través de accidentes por pinchazos, se encuentran bien documentadas y son conocidas por todos, pero actualmente con la legislación de prevención de riesgos laborales vigente, no basta con conocerlas, sino que tenemos la necesidad de prevenirlas, para ello nos planteamos un proyecto de implantación de medidas de seguridad.

Este Proyecto tiene distintas fases, una de ellas es el análisis de los ARB registrados en el Servicio de Prevención nuestro hospital, durante el año 2003, análisis de los procesos/ procedimientos más frecuentemente implicados y el estudio de las prácticas e identificación de riesgos en el hospital, como paso previo para conocer la situación de inicio con la que contamos.

## MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio de las estadísticas sobre los pinchazos con riesgo biológico atendidos durante el año 2003 en nuestro servicio.

Análisis de los procesos/ procedimientos más frecuentemente implicados

Estudio de las prácticas e identificación de riesgos en el hospital, para lo cual hemos recogido los procedimientos y el material utilizado en tres de nuestros servicios, UCI, Puerta de Urgencias del Pabellón General y el servicio de Extracciones.

## OBJETIVOS DEL TRABAJO:

Los objetivos que pretendemos con este trabajo son aquellos que nos proporcionen una visión clara sobre los motivos principales de los accidentes de riesgo biológico y así poder intentar disminuirlos. Pretendemos, por tanto, conocer:

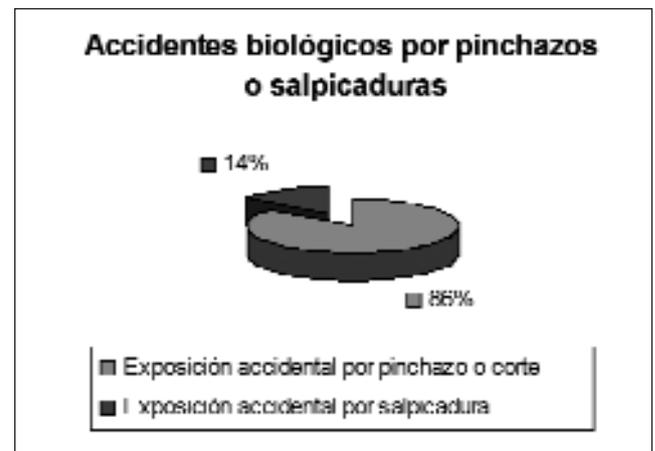
- Las causas más frecuentes que motivan los accidentes con riesgo biológico en nuestro hospital
- Las tareas de riesgo
- Los materiales utilizados.

## RESULTADOS

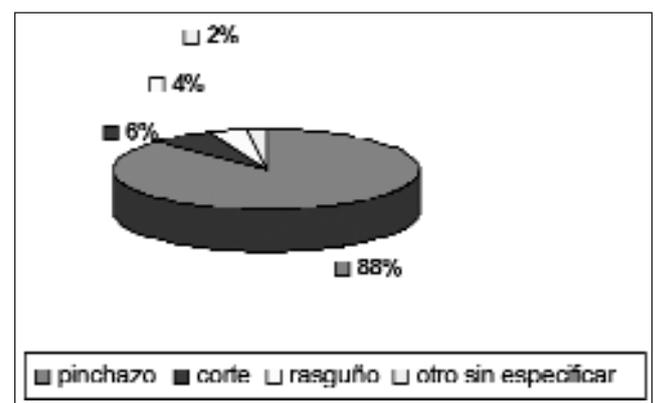
### 1.1 CAUSAS MÁS FRECUENTES QUE MOTIVAN LOS ACCIDENTES CON RIESGO BIOLÓGICO EN NUESTRO HOSPITAL

En el año 2003 en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca se registraron un total de 113 accidentes de riesgo biológico,

De estos 113 accidentes, 97 casos fueron por "exposición accidental por pinchazo o Corte" y 16 casos por "exposición accidental por salpicadura".



De los 97 casos registrados por "pinchazo o corte" (86%), el tipo de herida más frecuente fue el pinchazo, representando el 88% del total, el 12% restante fueron cortes, rasguños y otros sin especificar.



pinchazo	85	88%
corte	6	6%
rasguño	4	4%
otro sin especificar	2	2%
	97	100%

Igualmente de estos 97 casos registrados, el fluido corporal más implicado fué la sangre (86,3%), y la categoría laboral más expuesta el personal de enfermería (69%).

1.2 TAREAS REALIZADAS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE (PINCHAZOS).

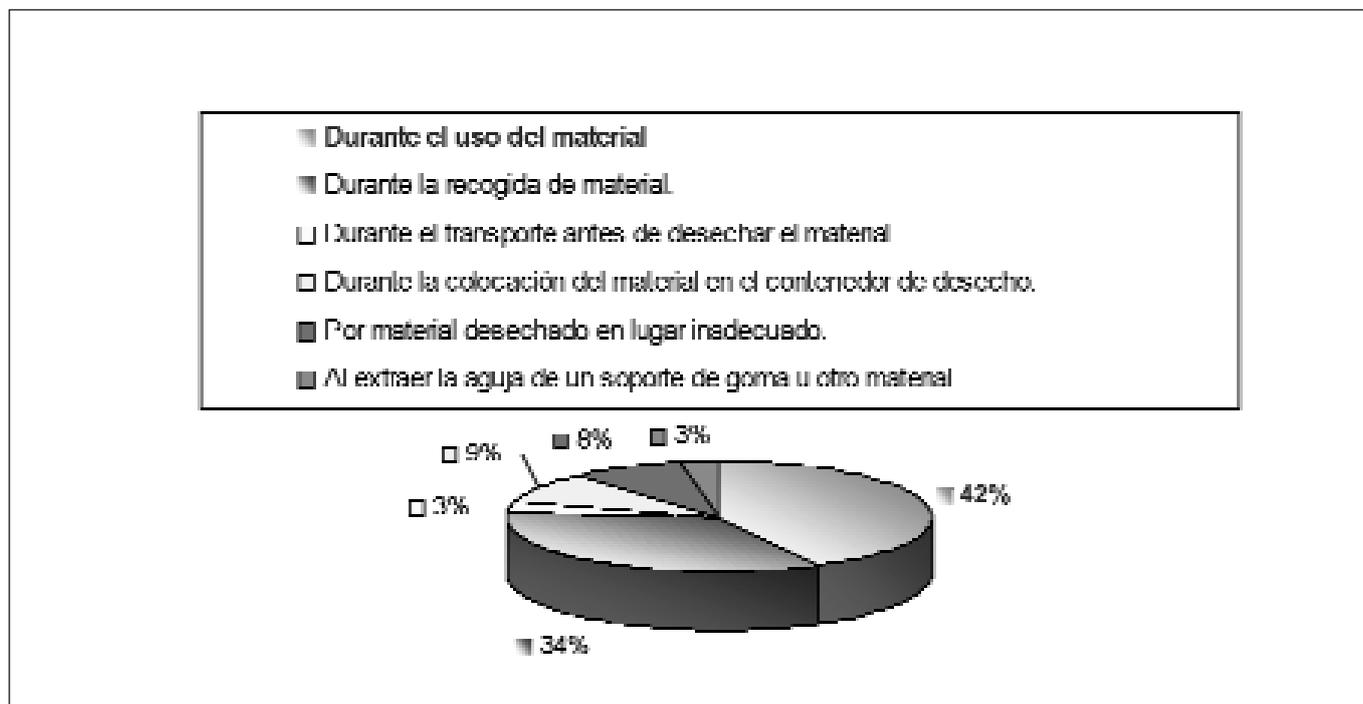
Las tareas en las cuales se producen los pinchazos las podemos dividir en dos grupos:

● **Durante el uso del material(42%)**

- Introducir o retirar la aguja de la piel.
- Poner una perfusión.
- Inyecciones sc / im.
- Suturando.
- Falsos movimientos.

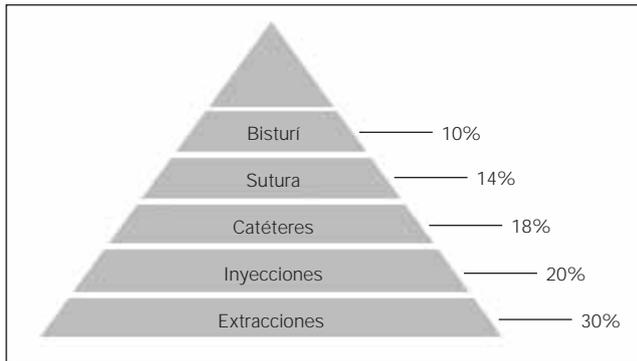
● **Después del uso del material(58%)**

- Durante la recogida de material. 34%
- Durante el transporte antes de desechar el material 3%
- Durante la colocación del material en el contenedor de desecho. 9%
- Por material desechado en lugar inadecuado. 8%
- Al extraer la aguja de un soporte de goma u otro material. 3%



Tareas realizadas en el momento del accidente

Las actividades de mayor riesgo, son, las extracciones, inyecciones y Cateterismos.



### 1.3 MATERIALES UTILIZADOS

Hemos estudiado los materiales utilizados por nuestros trabajadores para las extracciones y cateterismos en tres de nuestros servicios, UCI, Extracciones y Puerta de Urgencias.

1.3.1 En Puerta de Urgencias, las técnicas y materiales más empleados son:

#### 1. Para la extracción de sangre.

- Porta-tubos REUTILIZABLE + Aguja NORMAL y /o jeringuilla + Aguja NORMAL

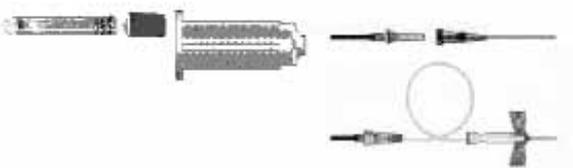


#### 2. Para la extracción de gases.

- Jeringuilla de gases con aguja antipinchazos.

1.3.2 En la sala de Extracciones las técnicas y materiales más empleados son:

- Porta-tubos REUTILIZABLE + Aguja NORMAL y sobre todo palometas.



- Jeringa + Aguja NORMAL para venas difíciles y en niños.

1.3.3 En UCI las técnicas y materiales más empleados son:

#### 1 Para la extracción de sangre.

- Porta-tubos REUTILIZABLE + Aguja NORMAL
- Jeringa + Aguja NORMAL

#### 2 Para la extracción de gases.

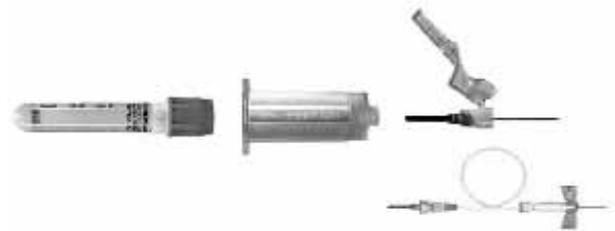
- Jeringa de gases con agujas normales que después pinchan sobre un trocito de corcho.

### 3 Conexión a los sueros.

- Conector clave", pero este no es utilizado por todos los trabajadores.

## CONCLUSIONES:

El material que se precisaría en estos servicios sería Porta-tubos NO REUTILIZABLE + Aguja o palometa ANTIPINCHAZOS y Jeringa de gases con agujas antipinchazos.



La mayoría de los accidentes ocurridos por pinchazo son tras el uso del material, los cuales podrían ser evitados con la introducción de material de bioseguridad, formación e información a los trabajadores implicados.

Existe convivencia de material convencional y de seguridad de distintas marcas con incompatibilidad entre los dispositivos, así como desconocimiento de las características de los productos.

Existe disparidad entre las Unidades, siendo preciso coordinar la compra del material, el cual debe responder a criterios de seguridad, implantarlo en todos los servicios, cumplir con las características de seguridad durante todo el proceso, desde su preparación hasta su eliminación y dar la debida formación e información a todos los trabajadores para su aceptación por todos los usuarios.



## 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: .....



18

### 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.

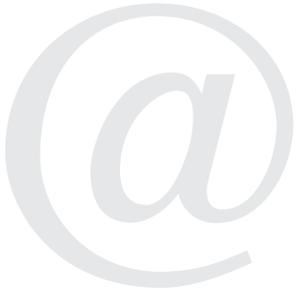
Apellidos: ..... Nombre: .....  
Profesión: ..... Fecha Nacimiento: .....  
Organismo Público: .....  
Dirección Particular: .....  
Localidad: ..... Provincia: .....  
C.P.: ..... Teléfono: ..... Fax: .....

### 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.infodoctor.org/>

Bienvenidos a Infodoctor Página de información médica independiente, bases de datos con 3000 revistas médicas y alerta bibliográfica.

<http://profesional.medicinatv.com>

Medicina TV, en su web para profesionales.

<http://www.medynet.com/index.html>

Exclusivo para profesionales del sector sanitario

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

Portal Médico Saludaliamedica consejos sobre la salud, información y herramientas orientadas a profesionales de la salud en nuestro portal médico.

<http://www.portalcordio.com>

Portal de patología cardiovascular: galería de fotos, noticias, casos clínicos, agenda de cursos y congresos, enlaces, consultas a expertos.

<http://www.portalnefro.com>

El portal de Nefrología, Andrología y Urología en español

<http://www.medynet.com>

El Medico Interactivo Acceso a la Red Medynet.

<http://www.diariomedico.com>

Diario Médico es una publicación restringida al colectivo médico y sanitario, pero no es necesario el registro.

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

Revista Digital de Medicina y Salud.

www.seslap.com

# Aplicaciones de la intervención mínima antitabáquica en una unidad básica sanitaria

\* González, J. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Bilbao.

*Nuestro deber es ser útiles, no como queremos sino como podemos (Napoleón)*

**Palabras clave:** intervención mínima o breve, consejo antitabaco, promoción de hábitos saludables, unidad básica sanitaria.

20

## Introducción

El consumo de tabaco en la sociedad en general y en el medio laboral en particular constituye uno de los problemas sanitarios de mayor relevancia. Así queda constatado en el informe de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud que entre sus conclusiones finales cita la siguiente: *una reducción en el consumo de tabaco es la medida más importante de salud pública que pueden adoptar los distintos países para beneficio de su salud y de su economía*<sup>1</sup>. De hecho el tabaquismo es la principal causa modificable de pérdida de salud, calidad de vida y fallecimientos prematuros en los países desarrollados<sup>2</sup>.

Las actuaciones que se diseñan y llevan a cabo desde una Unidad Básica Sanitaria (UBS) integrada en un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, resultan primordiales en cualquier programa de asesoramiento en el abandono del hábito tabáquico. Contribuyen a disminuir el consumo a través de intervenciones de carácter individual o grupal, orientando dichas actuaciones a reducir el número de fumadores y realizando una identificación precoz de casos apoyándose en el consejo sanitario para tratar que el mayor número de trabajadores cese en el hábito. Y por último tratan de posponer el inicio de aquellos que deciden incorporarse de forma tardía e intervenir activamente en situaciones de recaída.

Aparte de los motivos citados existe un amplio consenso en considerar el entorno laboral<sup>3</sup> como un marco excepcional para la aplicación de la intervención mínima antitabáquica. Tres son los aspectos más relevantes que justifican una potencial actuación:

1. La mayoría de la población adulta emplea gran parte de su vida laboral activa en los centros de trabajo. Por tanto la presencia de humo de tabaco en el espacio donde se desarrolla cualquier actividad profesional es un factor perjudicial a tener en consideración.
2. La convivencia forzada en la empresa entre fumadores y no fumadores durante periodos largos de tiempo convierte el consumo de tabaco en un potencial motivo generador de conflictos. Este aspecto se puede minimizar en gran medida si la empresa desarrolla una política adecuada de control del tabaquismo enmarcada en el plan general de salud de la entidad.

3. La promoción de hábitos saludables dentro de un ámbito más amplio como es la prevención de riesgos laborales contribuyen a incrementar la sensibilización de los interlocutores laborales respecto al impacto sanitario del tabaquismo. El consenso entre los distintos estamentos que integran una organización a la hora de establecer y definir una línea de actuación clara respecto al tabaco en una empresa, constituye un gran logro preventivo dentro de cualquier organización. En resumen, la idea no es decidir si los empleados pueden o no fumar, pero sí establecer cuándo y dónde pueden hacerlo.

## Importancia de la actitud profesional en el manejo de la intervención mínima

La combinación de los recursos terapéuticos disponibles en sus distintas presentaciones y un asesoramiento profesional bien estructurado y de breve duración, resulta una medida eficaz para dejar de fumar<sup>4</sup>. Además parece constatar una relación dosis-respuesta entre la intensidad de la intervención mínima y su efectividad<sup>5</sup>, de forma que proporcionar niveles elevados de apoyo a los fumadores puede aumentar la probabilidad de abandono del tabaco.

No resulta fácil aplicar el consejo sanitario si los profesionales integrantes de una UBS de una empresa fuman y a su vez deben proporcionar el consejo breve como herramienta de prevención secundaria a aquellos trabajadores que acuden a sus consultas demandando ayuda para dejar el tabaco. Por ello, antes de iniciar cualquier intervención con fumadores es importante mantener una actitud coherente en lo que al consumo de tabaco respecta.

Dentro de cada actuación profesional a la hora de poner en práctica el consejo sanitario se deben considerar los siguientes aspectos para que la intervención mantenga ciertos niveles de éxito.

Actitudes erróneas

- Considerar el tabaquismo como un simple *vicio o costumbre* definido como un déficit de voluntad que cede ante determinados impulsos

## Actitud de los profesionales sanitarios ante el consumo de tabaco en los centros de trabajo<sup>6</sup>

1. No fumar
2. En caso de no poder dejar el tabaco, no fumar ante los trabajadores de la empresa
3. Indicar y/o señalar que no se fume en la sala espera de la consulta
4. No aceptar presentes relacionados con el tabaco
5. Promover y concienciar que el equipo de la UBS asume un papel activo de sensibilización respecto al problema de los fumadores pasivos dentro de la empresa y de que se cumpla la legislación vigente en esa materia

- Creer que la simple voluntad es suficiente para abandonar el tabaco. A mayor grado de dependencia, menor es la capacidad volitiva y de decisión para el cese definitivo. La escasez de motivación para el cambio es una característica de la dependencia a sustancias psicoactivas y no un rasgo de la personalidad del consumidor dependiente
- Responsabilizar o *culpabilizar a la víctima* (expresión que la OMS acuñó en los años ochenta para manifestar su negativa a aceptar que la población asumiera en solitario las culpas de sus problemas de salud) por ser fumador o por las recaídas en su intento de dejar de fumar. Diferentes estudios constatan que no es suficiente la transmisión de conocimientos a la población para cuidar su salud. Para que ésta modifique su comportamiento es necesario que existan los recursos adecuados junto a un medio ambiente social favorable.
- En ciertas ocasiones los profesionales de la salud son identificados como *profesionales del no*: no fume, no tome alcohol en exceso, no coma demasiado... ; Evitar esta situación forma parte de la capacidad comunicativa y de la interacción personal del terapeuta con el paciente, y de la idoneidad del momento elegido para la intervención.

### Actitudes positivas

- Recordar con regularidad las ventajas de dejar de fumar y comprobar si conoce los riesgos del consumo
- En el momento de ayudar a dejar de fumar antes de intervenir exploraremos en que fase del proceso de cambio se encuentra el trabajador. Se puede intervenir pero se debe esperar a que el fumador haga la demanda efectiva de tratamiento. Sin un compromiso responsable por parte del paciente es difícil lograr resultados positivos
- Confiar en los recursos de autocontrol que cada persona puede poner en marcha en un determinado momento
- Entender que en ocasiones el fumador no manifieste interés alguno en seguir nuestras recomendaciones. Puede resultar que estemos ante una persona motivada por cuidar su estado de salud pero que esté aún más motivada por seguir fumando. Si abandona el tabaco debemos entender que renuncia a un placer y que los cambios de hábitos suelen resultar difíciles.

En general el concepto de promoción de la salud frente al tradicional de educación sanitaria se basa en estrategias facilitadoras de las conductas individuales deseables, de tal

forma que la elección de un estilo de vida o de una conducta saludable sea la más fácil entre las posibles<sup>7</sup>. Esta máxima se mantiene en la actualidad como premisa ineludible del planteamiento de cualquier programa de educación para la salud.

### Utilidad práctica de la intervención mínima o breve en la consulta diaria

La intervención mínima es una estrategia de actuación en pacientes fumadores que se sustenta en la evidencia científica<sup>8</sup>. Debido a que puede tener una duración variable se aplica a cada fumador que acuda la consulta adaptándola a la situación particular que se encuentre. En sí misma constituye un reto para todos los profesionales sanitarios que deben incorporarla como práctica habitual para que todos los trabajadores que fumen tengan oportunidad de ser asesorados. Intervenciones de tres minutos han demostrado su efectividad en numerosos estudios<sup>9</sup> aunque con actuaciones más intensivas y comprometidas se obtienen mejores resultados de abandono del tabaco.

El objetivo principal de la intervención breve es asegurar que todo fumador sea identificado en la consulta, que se ofrezcan los recursos terapéuticos disponibles, que se pretenda un avance en el proceso de dejar de fumar, y que se lleven a cabo intentos por parte del receptor en la consecución del cese definitivo.

La intervención mínima básica para que sea efectiva debe recoger estos aspectos:

- preguntar sobre el hábito tabáquico
- registro en la historia clínica laboral
- ofrecimiento de consejo antitabaco
- ayuda y apoyo psicológico
- entrega de guía para el abandono del tabaco
- seguimiento del proceso

Si este protocolo se repite en cada consulta a demanda o programada esta actuación se denominaría intervención mínima sistematizada<sup>10</sup>. El protocolo de referencia en este tipo de intervención es la recomendación efectuada por el US Public Health Services diseñado para su aplicación en el ámbito de la atención primaria. A modo de regla nemotécnica se articula en cinco etapas que corresponden a las 5A: ask (averiguar), advise (aconsejar), asses (apreciar), assist (ayudar), arrange (acordar y programar).



## INTERVENCIÓN MÍNIMA SISTEMATIZADA (Adaptación del informe del US Public Health Service, 2000)

Objetivo	Estrategias
<b>ETAPA 1: AVERIGUAR</b>	
<b>Realizar un protocolo asistencial que permita un seguimiento posterior</b>	<p><b>Datos personales:</b> nombre, edad, teléfono de contacto</p> <p><b>Antecedentes médicos</b> de interés</p> <p><b>Tratamiento médico</b> que esté siguiendo en la actualidad</p> <p><b>Peso</b></p> <p><b>Historia de fumador:</b> cigarrillos/día, años de fumador, grado de dependencia nicotínica, intentos previos y motivos de recaída</p> <p>(Con el fin de valorar la idoneidad de la intervención mínima versus farmacológica sería adecuado conocer el grado de dependencia nicotínica)</p>
<b>ETAPA 2: ACONSEJAR</b>	
<b>Ofrecer un consejo serio, firme, claro y personalizado orientado a dejar de fumar</b>	<p>Mensajes <b>breves</b> pero claros que hagan ver los perjuicios del consumo de tabaco y las ventajas de su abandono</p> <p>Mensajes <b>convincientes y consecuentes</b> con una actuación profesional y resolviendo las dudas que se planteen</p> <p>Mensajes <b>personalizados</b> aprovechando el estado psicológico-emocional y de salud del individuo</p>
<b>ETAPA 3: APRECIAR</b>	
<b>Valorar la disponibilidad a abandonar el consumo de tabaco</b>	<p><b>Ofrecer</b> la intervención en función de la disposición a abandonar el tabaco</p> <p>En la <b>fase de precontemplación:</b> el sujeto no es consciente de que su conducta es un problema y por tanto no se plantea modificarla. El consejo breve y la entrega de folletos informativos son útiles. Debemos informarle de nuestra disposición a ayudarlo a cambiar de opinión</p> <p>En la <b>fase de contemplación:</b> el sujeto tiene conciencia de que existe el problema y empieza a pensar en la posibilidad de cambiar pero con la ambivalencia característica. Especialmente receptivos al consejo médico y a recibir folletos y material educativo, así como sobre los efectos negativos de fumar y los beneficios de dejarlo. Encauzar nuestros esfuerzos para cambiar el <i>pensar por actuar</i> para dejar de fumar. Brindar nuestro apoyo para que lo intente. Estimular su motivación para dejarlo y mostrarnos optimistas en el éxito. Informarle también de la poca utilidad de la idea de fumar menos y ofrecerle ayuda para dejar el tabaco</p> <p>En la <b>fase de preparación:</b> el paciente toma la decisión de cambiar. Dar la enhorabuena y proporcionar materiales de apoyo. Elegir entre las distintas posibilidades de intervención: individual o grupal. Fijar la fecha para el abandono. Ofertar las terapias farmacológicas disponibles</p> <p>En la <b>fase de acción:</b> el sujeto realiza el cambio de conducta. Continuar con el plan de apoyo y visitas de seguimiento para reforzar el proceso</p> <p>En la <b>fase de mantenimiento:</b> el sujeto actúa para consolidar el cambio y prevenir recaídas. Ofrecer el apoyo a través de llamadas telefónicas, sesiones grupales...</p> <p><b>Recaída:</b> no es exactamente un estadio sino un regreso a una etapa previa a la fase de acción. Se trata de reanudar procesos de cambio evitando la desmoralización y sacando conclusiones positivas de la recaída desde el punto de vista del aprendizaje</p>
<b>ETAPA 4: AYUDAR</b>	
<b>Ofrecer un plan concreto de ayuda</b>	<p><b>Preparación del paciente:</b> fijar una fecha y estrategias previas al día elegido para dejar de fumar</p> <p><b>Plan de actuación:</b> consejos prácticos para dejar de fumar y mantener la abstinencia</p> <p><b>Valorar</b> la idoneidad de la intervención mínima o la necesidad de alguna ayuda farmacológica</p>
<b>ETAPA 4: ACORDAR Y PROGRAMAR</b>	
<b>Programar el seguimiento</b>	<p>Establecer <b>visitas de seguimiento</b> específicas del proceso de abandono del tabaco independientemente de la realización de una valoración en cada consulta que el paciente realice por otro motivo</p> <p>En caso de un paciente en fase de precontemplación valorar la <b>procedencia</b> o no de esta actuación</p>
<b>Asegurar una ayuda continuada</b>	<p><b>Sistematizar la intervención</b> valorando en cada visita que el fumador realice por cualquier motivo su estado actual respecto al abandono del tabaco y recordarle que le seguiremos preguntado sobre este aspecto en las visitas sucesivas (a no ser que nos exprese su oposición al respecto)</p>

### Indicaciones de la intervención breve

La intervención breve puede ir dirigida tanto a personas que deseen dejar de fumar, como a aquellos que se muestran reticentes al abandono y a los fumadores que han decidido dejar el tabaco recientemente.

### Perfil del consejo antitabaco

El núcleo de la intervención mínima es el consejo sanitario antitabaco orientado tanto a las personas que pretenden dejar de fumar como a evitar que se inicien en el consumo. Es una de las actividades más relevantes y sencillas en su

ejecución que los profesionales de la salud laboral pueden llevar a cabo en el contexto de su tarea de prevención de enfermedades y promoción de la salud en medio laboral. Para su ejecución no se requiere ni mucho tiempo ni cambios organizativos de trascendencia.

Para que el consejo sea efectivo debe cumplir una serie de requisitos<sup>11</sup>:

- Debe ser dado de forma amable pero con firmeza y seriedad (Ejemplo: *como enfermero / médico suyo debo decirle que dejar de fumar es lo más importante que usted puede hacer para proteger su salud ahora y en el futuro. El personal de esta UBS y yo podemos ayudarlo*). La serie-



dad de actuación va ligada a la función ejemplarizante del profesional sanitario respecto al consumo de tabaco<sup>12</sup>.

- Utilizar palabras sencillas con un fin informativo y educador para transmitir al paciente con toda claridad que el abandono del consumo de tabaco será una decisión importante y muy saludable (Ejemplo: *pienso que es importante para usted dejar de fumar ya. Dejar de fumar sólo mientras está enfermo no es suficiente*).
- Breve: no debe prolongarse más de tres a cinco minutos. En relación con la duración del consejo la Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services señala que si se incrementa la intensidad de la intervención lo hace la eficacia<sup>13</sup>.
- Debe tener un carácter motivador haciendo creer al paciente en sus posibilidades. Toda intervención motivacional tiene mayor probabilidad de éxito cuando el profesional transmite empatía, promueve la autonomía (permite la elección entre opciones), evita paternalismos...

- Repetido en cuantas ocasiones sea factible.
- Positivo pero sin obviar los inconvenientes de seguir fumando (Ejemplo: *su expectativa de vida mejorará y tendrá menos enfermedades*)
- Evitar amedrentar y/o culpabilizar.
- Personalizado: según el grado de dependencia, la historia de consumo de tabaco, la motivación / disponibilidad para el cambio, el impacto del tabaquismo sobre diversos miembros de la familia, los intereses personales, sociales o económicos

Miller y Sánchez<sup>14</sup> determinaron seis elementos presentes en aquellas intervenciones breves que habían resultado efectivas, si bien no se conoce aún cuál de ellos son los verdaderos responsables del efecto. Estos seis elementos se resumen con el acrónimo FRAMES (feed-back, responsibility, advice, menu, empathy, self-efficacy) que se pueden traducir como retroalimentación, responsabilidad, consejo, opciones alternativas, empatía y capacidad de éxito.



### Elementos de la intervención mínima estructurada y efectiva

1. **Retroalimentación** relacionada con el riesgo o deterioro personal y los resultados obtenidos como instrumento para promover el cambio
2. Énfasis en la **responsabilidad** personal en el proceso de cambio. Lograr que el paciente perciba y se conciencie del control personal sobre sus hábitos es un elemento de motivación para el cambio de comportamiento y mantenimiento del mismo
3. **Consejo** explícito de cambio, verbal o escrito de moderación/cesación del hábito. Este consejo es considerado como la esencia de la intervención mínima en algunos estudios
4. **Opciones alternativas**: las intervenciones mínimas suelen presentar una serie de estrategias alternativas para reducir/abandonar el consumo. Esto incrementa las posibilidades de que una persona encuentre una alternativa apropiada y aceptable para su propia situación
5. **Empatía**. La entrevista clínica necesita de un acercamiento cálido, reflexivo, empático y comprensivo
6. Insistir en la **capacidad de éxito** e inspirar optimismo; alentar a los pacientes en su potencialidad para cambiar su comportamiento más que centrarse en las dificultades o en la impotencia. Se considera que fomentar la esperanza de que la persona es capaz de modificar un hábito adquirido es un elemento efectivo de consejo motivacional

### Sugerencias en la aplicación de la intervención mínima o breve ante situaciones concretas

Algunos fumadores experimentan cierta inseguridad para afrontar el abandono del tabaco que limita la confianza y expectativas de conseguir el objetivo final con éxito. Entre estas limitaciones se pueden citar las siguientes<sup>15</sup>:

Inseguridades del fumador	Sugerencias en la respuesta
<b>Lo he intentado muchas veces y siempre he fracasado</b>	Cada vez que se deja el tabaco se puede sacar una lectura positiva que le ayudará en su próximo intento Dejar de fumar es un proceso. Recaer no es un fracaso si no una nueva etapa que le acerca un poco más al objetivo final. El tiempo que ha estado sin fumar ha sido beneficioso e indica que puede conseguirlo en posteriores intentos
<b>No tengo apoyo familiar, de amigos o compañeros de trabajo</b>	Estamos aquí para ayudarle en este proceso Le apoyaremos durante el tiempo necesario Usted puede lograrlo igual que ha superado otros retos en su vida personal
<b>Sé que el tabaco es perjudicial para mi salud pero me gusta fumar</b>	Haga una lista de pros y contras a la hora de dejar de fumar Considerar seriamente dejar de fumar es un acto de responsabilidad por su parte
<b>Me gustaría dejarlo pero no encuentro el momento adecuado</b>	Acordemos una fecha y le indicaré los recursos terapéuticos Dejar de fumar es difícil pero usted lo puede lograr con nuestro apoyo profesional
<b>Temo ganar peso</b>	En algunas personas se produce un aumento de peso al dejar de fumar. Sin embargo ese aumento es menos perjudicial para la salud que el consumo que realiza de tabaco Sustituir el tiempo dedicado a fumar por actividades que ayuden a mantener el control del peso siempre que resulte factible, puede ayudar en su control Se puede evitar la potencial ganancia ponderal mediante una dieta hipocalórica y rica en fibra

## Limitaciones profesionales en la aplicación del consejo antitabaco

Anderson describe que son varios los motivos por los cuales los profesionales de la salud no llevan a cabo una intervención antitabáquica breve y estructurada:

- Escasa formación específica. En el pregrado resulta casi inexistente. En la mayoría de los casos se debe asistir a una formación de postgrado.
- Falta de tiempo. En las tareas asistenciales el tiempo está limitado, pero se debe considerar los escasos minutos que requiere la intervención, con lo cual se tratará de aprovechar los momentos en que el fumador acude a la consulta y se muestre más receptivo
- Falta de motivación profesional
- En algunas ocasiones los resultados no resultan demasiado satisfactorios. El fin de la intervención debe ser el cese en el consumo, pero el avance en las distintas etapas de cambio son objetivos parciales fundamentales para llegar a la fase de mantenimiento.

## Conclusiones

- El problema del tabaquismo es un problema de todos los estamentos que integran una organización.
- Los profesionales de salud no deben escudarse en la escasez de tiempo o la escasa formación para no actuar<sup>16</sup>.
- Toda persona que acuda a la consulta debe ser preguntada acerca del consumo de tabaco.
- Todo fumador debe ser asesorado para dejar de fumar.
- Todo fumador motivado para el abandono se le debe ofrecer ayuda.
- Permitir desde las organizaciones a los profesionales una actualización en técnicas y procedimientos de deshabituación tabáquica.
- El consejo sanitario motivacional es una intervención de bajo costo sobre el que hay evidencias de su eficacia, consiguiendo mejores resultados que la ausencia de intervención y a menudo comparables a otras terapias más extensas. El 20% de los fumadores sometidos a intervención progresan en la fase de abandono<sup>17</sup>.
- En el estudio llevado a cabo por la SEPAR en el año 2000<sup>18</sup> sobre el consumo de tabaco entre personal sanitario concluye que más del 85% de los encuestados aconsejan a los fumadores que abandonen el hábito, y solamente el 0.4% nunca ofrece consejo antitabaco. Posteriormente la Sociedad Española de Cardiología en otro estudio posterior de similares características publicado en 2004<sup>19</sup>, refiere que el consejo profesional antitabaco lo llevan a efecto el 90.5% de los entrevistados y únicamente el 0.35% nunca asesora sobre el cese del consumo de tabaco.

## Bibliografía

- 1 Dirección General de Salud Pública. Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Documentos de trabajo. 2002
- 2 Consejería de Servicios Sociales. Plan de Salud para Asturias. 1997
- 3 Melero, J. Revista Española de Salud Pública. Políticas de prevención del tabaquismo en empresas europeas. Vol. 77, Nº 1. 2003
- 4 Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software; 2001.
- 5 A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Services Report. The tobacco use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff and Consortium Representatives. JAMA 2000; 283: 3244-54.
- 6 Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral. Plan Riojano de drogodependencias y otras adicciones. 2003.
- 7 López C. Instituto Danone. Salud pública, obesidad y educación. Alimentación, nutrición y salud. Vol. 11, Nº 4. 2004
- 8 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Estrategias frente a los factores de riesgos vascular. Ayuda a la deshabituación tabáquica. 2004.
- 9 Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. OMC. 2001
- 10 Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Consejo médico e intervención mínima sistematizada. 2001.
- 11 Documentos técnicos de salud pública. Guía de actuación para el abordaje del tabaquismo en atención primaria del área 3. Instituto Madrileño de la salud. 2003.
- 12 Solano S. Funciones del profesional sanitario y farmacéutico frente al tabaquismo. Aproximación al tabaquismo en España. Un estudio multifactorial. Pharmacia & Upjohn SA. 1997. p. 109-23.
- 13 Fiore MC, Bailey WC, Cohen SC, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services, 2000. Agency for Healthcare Research and Quality publication nº 00-032.
- 14 Miller WR, Sánchez VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. Howard G, editor. Issues in alcohol use and misuse by young adults. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1993.
- 15 Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral. Plan Riojano de drogodependencias y otras adicciones. 2003.
- 16 Fernández D. La intervención sanitaria que todos debiéramos hacer. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Oviedo. 2003.
- 17 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Estrategias frente a los factores de riesgos vascular. Ayuda a la deshabituación tabáquica. 2004.
- 18 Romero Pj, Solano S, Jiménez CA, Barrueco M, Hernández J, Lorza JJ, et al, el tabaquismo entre los miembros de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Hacia un futuro mejor. Prev Tab 2003; 2(3): 151-65.
- 19 López V, Sánchez PA, García JC, Calvo R, Almendro M et al. Tabaquismo entre los miembros de la Sociedad Española de Cardiología. Aproximación a la sensatez. Prev Tab 2004;6(3):103-12.





# sabias que...?



25

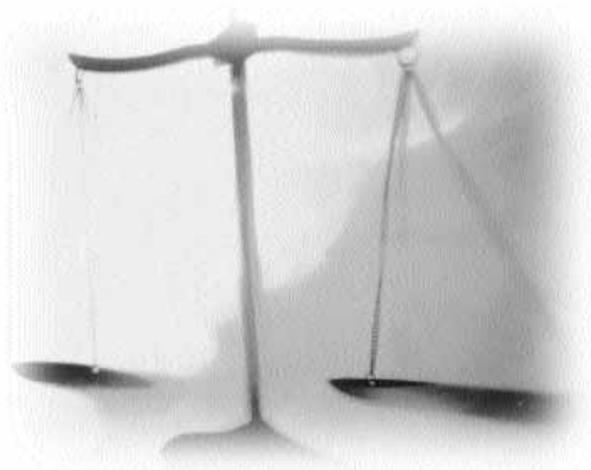
## XVI Edición PREMIO FUNDACIÓN MAPFRE MEDICINA

SE RECUERDA QUE LA PRESENTACIÓN  
DE TRABAJOS FINALIZA EL 31-12-05  
ANIMAOS A PRESENTAR TRABAJOS

### NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

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

# legislación



- ORDEN TAS/ 1040/2005, DE 18 DE ABRIL, POR LA QUE SE ACTUALIZAN LAS CANTIDADES A TANTO ALZADO DE LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES. BOE de 22-04-2005.

- REAL DECRETO 688/2005, DE 10 DE JUNIO, POR EL QUE SE REGULA EL RÉGIMEN DE FUNCIONAMIENTO DE LAS MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL COMO SERVICIO DE PREVENCIÓN AJENO., BOE núm. 139 de 11 de junio de 2005.

EN MI NOMBRE DEL GOBIERNO DE ESPAÑA, yo, el Presidente del Consejo de Ministros, don José Luis Rodríguez Zapatero, por medio de don Juan José Campaño, Secretario de Estado, y don Juan José Campaño, Secretario de Estado, en virtud de las facultades conferidas por el artículo 106.1 de la Constitución Española, y de acuerdo con lo que dispone el artículo 170.1 de la Ley Orgánica 2/1987, de 26 de febrero, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, he acordado lo siguiente:

Artículo 1.º

1.ª Se actualizan las cantidades a tanto alzado de lesiones permanentes no invalidantes, de acuerdo con el artículo 170.1 de la Ley Orgánica 2/1987, de 26 de febrero, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en el siguiente sentido:

2.ª Se regula el régimen de funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social como Servicio de Prevención Ajeno, de acuerdo con lo que dispone el artículo 170.1 de la Ley Orgánica 2/1987, de 26 de febrero, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en el siguiente sentido:

Artículo 2.º

1.ª Se regula el régimen de funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social como Servicio de Prevención Ajeno, de acuerdo con lo que dispone el artículo 170.1 de la Ley Orgánica 2/1987, de 26 de febrero, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en el siguiente sentido:

2.ª Se regula el régimen de funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social como Servicio de Prevención Ajeno, de acuerdo con lo que dispone el artículo 170.1 de la Ley Orgánica 2/1987, de 26 de febrero, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en el siguiente sentido:

TABLA 1			
TIPO	SUBTIPO	VALOR (euros)	VALOR (euros)
I	1	1.000,00	1.000,00
	2	1.000,00	1.000,00
II	1	2.000,00	2.000,00
	2	2.000,00	2.000,00
III	1	3.000,00	3.000,00
	2	3.000,00	3.000,00
IV	1	4.000,00	4.000,00
	2	4.000,00	4.000,00

TABLA 2			
TIPO	SUBTIPO	VALOR (euros)	VALOR (euros)
I	1	1.000,00	1.000,00
	2	1.000,00	1.000,00
II	1	2.000,00	2.000,00
	2	2.000,00	2.000,00
III	1	3.000,00	3.000,00
	2	3.000,00	3.000,00
IV	1	4.000,00	4.000,00
	2	4.000,00	4.000,00

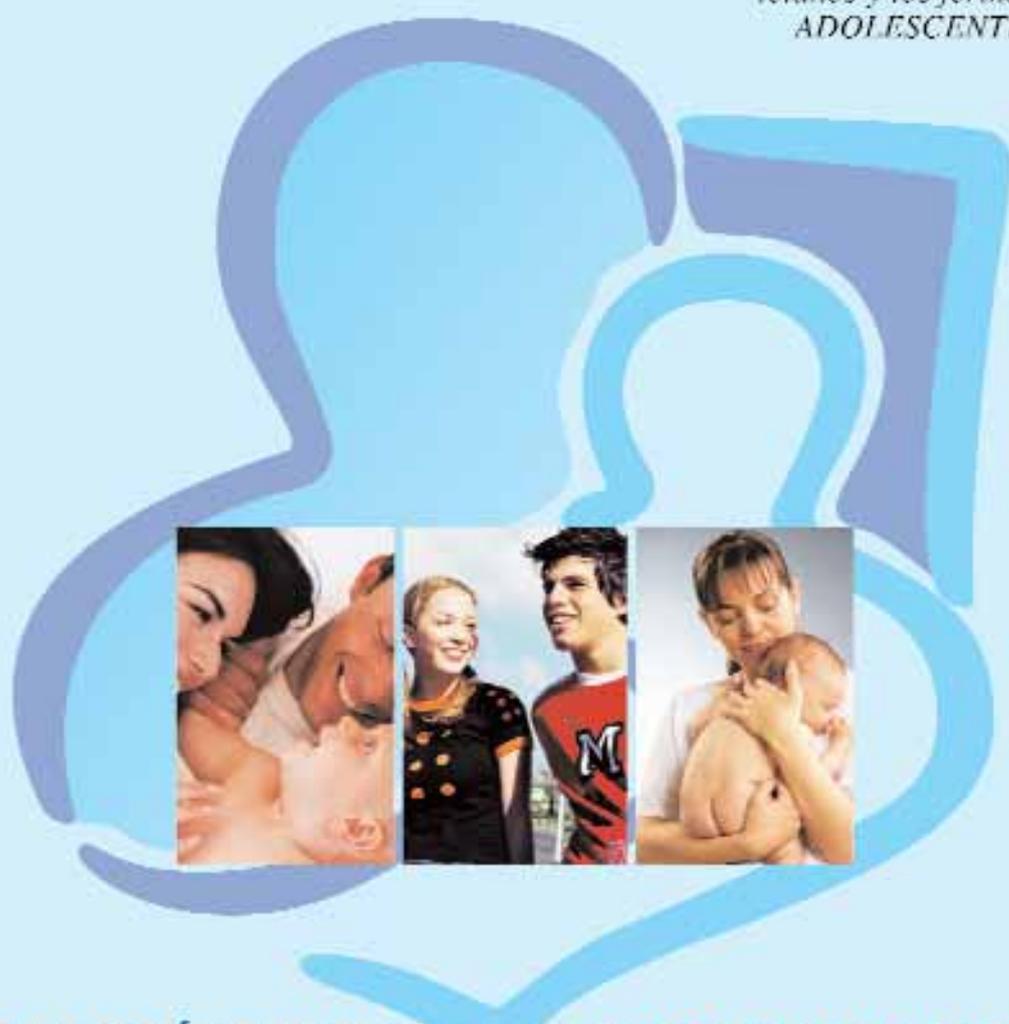
Artículo 3.º

1.ª Se regula el régimen de funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social como Servicio de Prevención Ajeno, de acuerdo con lo que dispone el artículo 170.1 de la Ley Orgánica 2/1987, de 26 de febrero, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en el siguiente sentido:

2.ª Se regula el régimen de funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social como Servicio de Prevención Ajeno, de acuerdo con lo que dispone el artículo 170.1 de la Ley Orgánica 2/1987, de 26 de febrero, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en el siguiente sentido:

  
**Boostrix™**

*Vacuna frente a difteria,  
tétanos y tos ferina acelular, para  
ADOLESCENTES y ADULTOS*



**PROTECCIÓN FRENTE A LAS TRES ENFERMEDADES  
EN UN SOLO ACTO VACUNAL**

### **VACUNACIÓN**

**ANTIDIFTÉRICA**  **ANTITETÁNICA**  **ANTITOSFERINA**

una dosis de recuerdo cada

**10-12 años\***



\* Ficha técnica

# Menos riesgo es Más productividad



Sistemas de  
Ergonomía

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

## Línea de Prevención Total 3M

PARA USUARIOS INTENSIVOS DEL ORDENADOR

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



## Línea Comfort 3M

PARA USUARIOS OCASIONALES DEL ORDENADOR

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



## Línea Portátil 3M

PARA USUARIOS DE ORDENADORES PORTÁTILES

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



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

Línea de Servicio al Cliente  
**900 210 584**  
3M Centro de Información al Cliente

**3M** Ergonómicos