

Diabetes, accidente de trabajo y daño laboral. Revisión desde la legislación española

Ma. Teófila
Vicente-Herrero,
Luisa M. Capdevila-García,
Ma. Victoria Ramírez
Íñiguez-de la Torre,
Ángel Arturo
López-González,
Ma. Jesús
Terradillos-García,
Montserrat Piñaga-Solé,
Encarna Aguilar-Jiménez,
Eduardo Tejedo-Benedicto

RESUMEN

La legislación española incluye el concepto de accidente de trabajo y daño laboral desde 1900, aunque sometido a las diversas modificaciones legislativas efectuadas desde entonces hasta llegar a la actual *Ley de Prevención de Riesgos Laborales* de 1995 y a la legislación que dimana de ella. Este controvertido concepto, mucho más cuando se trata de daño laboral no traumático, lleva aparejadas consecuencias en el ámbito laboral, civil, contencioso-administrativo, penal y económico. Difiere, tanto en su calificación como en sus prestaciones, del concepto existente en otras naciones de la Unión Europea y en los diferentes países hispanoamericanos. En este artículo se desarrolla el concepto de accidente laboral traumático y de daño laboral no traumático en España, para que en el futuro se puedan establecer parámetros comparativos con el resto de países, que permitan la colaboración y la mejora conjunta de las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores.

SUMMARY

The Spanish legislation includes the concept of industrial accidents and industrial damage since 1900, although since then in our country some legislative changes have been made, reaching the current Occupational Risk Prevention Law (ORPL) of 1995 and the legislation emanating from it. This is a controversial concept, if we talk about non-traumatic labour injury that carries consequences in the workplace, civil, criminal and contentious-administrative disputes, and economic gains. It differs from others in both in qualifying risk and their benefits; the concept also exists in the other European Union countries and in different Spanish-American countries. Therefore the objective of the paper is to discuss the concept of traumatic industrial accident and non-traumatic labour injury in Spain from the point of view of our law and to establish in a future, benchmarks with professionals of other countries around us for enabling collaboration and joint improvement of safety and about the health of workers.

Grupo de Investigación
en Medicina del Trabajo,
España

Comunicación con:
María Teófila Vicente-Herrero.
Tel.: 963 102 752.
Correo electrónico:
teovicente@ono.com

Introducción

El día a día nos expone a los riesgos presentes en el puesto de trabajo —peligros que el trabajador y el empresario deben conocer y que ambos asumen— y contra los que se instauran diversas medidas preventivas destinadas a eliminarlos o minimizarlos.

Además de los factores relacionados con las actividades laborales, el trabajador aporta riesgos propios relacionados con su idiosincrasia,¹ de los que a veces no se acaba de ser consciente y para los que a menudo no se está prevenido. Es indudable que las características de cada trabajador ejercen una acción de freno o aceleración frente a la exposición al riesgo, de modo que se puede hablar de una accidentalidad diferencial o potencialmen-

te diferente relacionada con las distintas condiciones personales del trabajador.

Entre estos riesgos originados por el factor humano reviste especial importancia que el trabajador padezca alguna enfermedad crónica que pueda afectar a su capacidad laboral, condicionando así su calificación de aptitud con diversas limitaciones adaptativas o restrictivas, o bien propiciando daño laboral por la concurrencia de un accidente o una enfermedad relacionada con el trabajo.

En este sentido han sido escasas las modificaciones en los conceptos básicos legislativos españoles en materia de accidente laboral desde su primera definición en 1900,² hasta los actualmente vigentes en la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales,³ si bien se ha avanzado en matizaciones legislati-

Palabras clave

diabetes
medicina del trabajo
enfermedades
profesionales
accidentes de trabajo

Key words

diabetes
occupational medicine
occupational diseases
accidents, occupational

vas, al amparo de las que la propia jurisprudencia en la materia ha ido previendo mediante sentencias. En este sentido, la sociedad y el mundo del trabajo con frecuencia se anticipan a la propia ley.

Al centrar este tema en la diabetes mellitus se destaca que es la enfermedad metabólica o síndrome más prevalente en la población laboralmente activa,^{4,5} y que puede originar un accidente o daño laboral por sí misma, por sus complicaciones clínicas evolutivas o por el efecto no deseado de los fármacos utilizados en su tratamiento y control.

Cualquier patología crónica ha de ser considerada desde una doble perspectiva en cuanto a la relación trabajo-enfermedad, para de esta forma entender todos los condicionantes. Así, por una parte, deberá considerarse que la diabetes es una enfermedad de afectación multiorgánica que repercute en el cuerpo humano dando lugar a diversos síntomas que menoscaban en mayor o menor grado la capacidad del trabajador, y que podrían actuar como origen o coadyuvantes de los factores de riesgo laboral. Al mismo tiempo es una patología cuya evolución natural es hacia la cronicidad, con complicaciones agudas inesperadas y otras de larga evolución ligadas a la naturaleza de la propia enfermedad, pero que podrían agravarse por las condiciones del puesto de trabajo que realiza la persona con diabetes.^{4,6}

Salud y trabajo constituyen un binomio con multitud de interrelaciones cuyo resultado en ocasiones es el deterioro del estado físico del trabajador. Las condiciones de trabajo inciden directamente en el grado de bienestar del trabajador de forma positiva o negativa, así como las condiciones indi-

viduales de salud de las personas modifican su capacidad para el trabajo.

Diabetes y trabajo

Para entender la relación entre la diabetes mellitus y el mundo laboral, así como su mutua repercusión, se debe profundizar en los términos legales que se manejan en medicina del trabajo, partiendo de la premisa de que dicha enfermedad puede estar implicada en diferentes contingencias laborales.

La *Ley de Prevención de Riesgos Laborales*,³ en su artículo 4, considera como daños derivados del trabajo, “las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo”. Se trata de una definición amplia en la que podrían clasificarse aspectos tan variados como los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales, las enfermedades relacionadas con el trabajo, la fatiga, el estrés, el envejecimiento prematuro y la insatisfacción laboral.

La diabetes tipo 2 es una enfermedad que por sus síntomas, complicaciones o tratamiento puede repercutir en la capacidad de la persona para realizar algunas tareas del puesto de trabajo, por lo que aun siendo una enfermedad común puede originar daño laboral como factor co-causal de un accidente laboral o de una enfermedad relacionada con el trabajo.

La *Ley General de la Seguridad Social* refiere en su artículo 115 que “se entenderá como accidente de trabajo, toda lesión corporal que sufra el trabajador con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”. Especifica tam-

Cuadro I

Formas de producción del accidente de trabajo según las formas de contacto

- | | |
|---|---|
| 1. Caída de personas a distinto nivel | 13. Sobreesfuerzos |
| 2. Caída de personas al mismo nivel | 14. Temperaturas ambientales extremas |
| 3. Caída de objetos por desplome | 15. Contactos térmicos |
| 4. Caída de objetos en manipulación | 16. Contactos eléctricos |
| 5. Caída de objetos desprendidos | 17. Sustancias nocivas |
| 6. Pisadas sobre objetos | 18. Sustancias cáusticas o corrosivas |
| 7. Choques contra objetos inmóviles | 19. Radiaciones |
| 8. Choque contra objetos móviles | 20. Explosiones |
| 9. Golpes/cortes | 21. Incendios |
| 10. Proyección de fragmentos o partículas | 22. Accidentes causados por seres vivos |
| 11. Atrapamiento por o entre objetos | 23. Atropellos o golpes con vehículos |
| 12. Atrapamiento por vuelco de máquinas | 24. Formas no traumáticas |

Información basada en la orden TAS/2926/2002, 19 de noviembre

bién que “para que una lesión corporal pueda ser considerada como accidente laboral deben cumplirse necesariamente las siguientes condiciones:

1. Debe existir una lesión corporal, que podrá ser entendida como una herida, un golpe o una enfermedad.
2. El accidente debe haber ocurrido con ocasión o por consecuencia del trabajo.
3. Que el trabajador lo sea por cuenta ajena o esté dado de alta en la contingencia de accidente de trabajo como autónomo por cuenta propia.”⁷

De acuerdo con la doctrina y la jurisprudencia española, el término “con ocasión del trabajo” permite considerar como accidente laboral, las enfermedades de curso agudo que acontecen en el lugar y tiempo de trabajo. El término “por consecuencia del trabajo” conlleva el que deba existir una relación de causalidad directa entre la lesión corporal y el trabajo realizado.

La Ley se refiere no solo a los accidentes en sentido estricto, entendiendo como tales las lesiones producidas por la acción súbita y violenta de un agente exterior, sino también a las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales que pudieran surgir en el trabajo. De este modo, a la hora de la notificación de un accidente de trabajo, el parte oficial incluye, según la orden TAS/2926/2002 del 19 de noviembre,^{8,9} la codificación de la información con la “forma de contacto” (cuadro I), que resume en diferentes categorías el mecanismo de producción del accidente de trabajo. Todas estas categorías, excepto una, están en relación con algún mecanismo o agente externo que ocasiona un traumatismo corporal, pudiendo englobar a los accidentes ocasionados por estos mecanismos como “accidentes laborales por formas traumáticas”, mientras que en la categoría denominada “formas no traumáticas”, los accidentes de trabajo están ligados a factores endógenos.

La diferenciación entre accidente no traumático y traumático surge a partir de la necesidad de realizar estudios estadísticos que permitan la aproximación al conocimiento de estos fenómenos y sus causas, distribución, tendencias, repercusión, etcétera, a fin de diseñar estrategias que mejoren la política de gestión preventiva de las empresas.^{10,11}

La categoría “accidentes de trabajo por formas no traumáticas”, en la que podrían incluirse determinadas complicaciones de los pacientes diabéticos, está representada por las enfermedades que aparecen o se recrudecen de forma súbita en el lugar de trabajo. Se trata mayoritariamente de enfer-

medades cardiovasculares o cerebrovasculares, matizando en su definición aclaratoria “formas no traumáticas: infartos, derrames cerebrales y otras lesiones no traumáticas”.

Por su parte, la diabetes mellitus puede actuar como desencadenante de un accidente de trabajo de causa traumática (figura 1), como el provocado por una pérdida de conciencia causada por una hipoglucemia, y que tenga como consecuencia un traumatismo corporal por la caída al suelo del trabajador durante la jornada laboral.

Por otro lado, la diabetes mellitus también podría dar origen a un “accidente laboral por formas no traumáticas” o “accidentes de trabajo por patología no laboral”, puesto que, aunque no se describe como causa directa de dichas entidades, sí se pueden relacionar con sus complicaciones, especialmente con los infartos del miocardio y los accidentes cerebrovasculares, tan frecuentes en estos enfermos.

En España, los accidentes de trabajo no traumáticos tienen una consideración legal distinta a la de otros países de la Unión Europea: existe numerosa jurisprudencia que considera al infarto, al accidente cerebrovascular y a otras enfermedades similares como accidentes laborales. El concepto legal en la normativa española resulta más amplio debido a que la *Ley General de la Seguridad Social* en su artículo 115.3 incluye una presunción de veracidad o *iuris tantum*, según la cual “se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo”.⁷ La relevancia de este concepto estriba en que se podrán considerar como accidente de trabajo, el infarto de miocardio, la trombosis, las hemorragias cerebrales o enfermedades similares, siempre y cuando ocurran de forma sobrevenida en el tiempo y lugar de trabajo, y que no pueda ser demostrada la no existencia de relación causal entre la patología acontecida y el trabajo desempeñado.

Por otra parte, queda por definir el papel de la diabetes mellitus como enfermedad relacionada con el trabajo, entendiendo como tal “aquella que, pudiendo ser causada o agravada por el trabajo, no se encuentra, en la actualidad, incluida específicamente dentro del cuadro de enfermedades profesionales” (Real Decreto 1299/2006).¹² Aunque obviamente la diabetes mellitus no está incluida como enfermedad profesional, su evolución puede verse agravada por las condiciones de trabajo, sirva de ejemplo el empeoramiento de la neuropatía diabética por trabajar en condiciones extremas de temperatura en una cámara frigorífica o ante la exposición a productos químicos neurotóxicos.

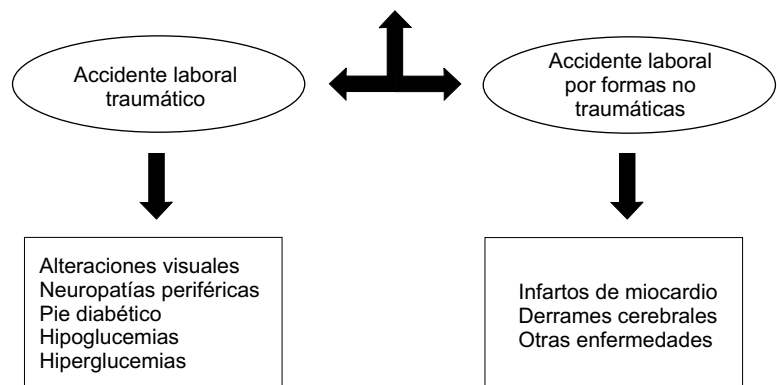


Figura 1. La diabetes mellitus como origen de accidentes laborales. Causas desencadenantes

Según la *Ley General de la Seguridad Social*, una enfermedad relacionada con el trabajo podrá ser considerada a su vez como accidente laboral “si es una enfermedad padecida previamente por el trabajador que se agrava a consecuencia de un accidente de trabajo”, por ejemplo, el desarrollo de pie diabético como consecuencia de una fractura ocasionada en un accidente laboral traumático.

Queda patente la polémica abierta a la hora de valorar el papel de las enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes tipo 2, dentro del mundo laboral y de ello da fe la variada jurisprudencia al respecto. No solo hay que evaluar las posibles complicaciones evolutivas de la enfermedad, si no que se debe estimar el papel que desempeña como factor de riesgo de aterosclerosis y de complicaciones cardiovasculares, y de igual forma, considerar el papel de dichas complicaciones vasculares como origen de accidentes laborales por patología no traumática. Si bien estos accidentes tienen una escasa prevalencia (menos de 2.9 por mil) dentro del cómputo global de las causas de accidente laboral,^{13,14} cuando se habla de accidentes de trabajo mortales adquieren especial importancia ya que la proporción de accidentes laborales por formas no traumáticas mortales en relación con el total de accidentes de trabajo mortales representa más de un tercio. En términos concretos, los infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas fueron las causas principales en España de muerte laboral en el primer trimestre de 2009 (figura 2).

Fuera del ámbito laboral y según datos de la Organización Mundial de la Salud, los problemas cardiacos y los accidentes cerebrovasculares encabezan el listado de las enfermedades con mayor mortalidad en el mundo. En Estados Unidos se estima que los fallecimientos de pacientes con diabetes representan 15 a 20 % de todas las muertes en la población mayor de 25 años de edad, y que estas cifras se duplican en pacientes con edad superior a 40 años.⁶

En la mayoría de los estudios, las tasas de mortalidad son superiores para las mujeres que para los varones. En España, la diabetes tipo 2 es una de las principales causas de mortalidad: ocupa el tercer lugar en mujeres y el séptimo en varones.⁴

Parece comprensible deducir que gran parte de los eventos que pudiesen ocurrir a consecuencia de dicha enfermedad o sus complicaciones van a producirse durante la jornada laboral —que en general nos ocupa un tercio del día— y en el lugar de trabajo —donde al menos pasamos la mitad de las horas en las que estamos despiertos—, constituyendo por lo tanto motivo de ocupación para la medicina del trabajo, ya sea en forma de atención a una urgencia médica o como un accidente de trabajo.

Para analizar el papel de la diabetes tipo 2 como causa de accidentalidad laboral debemos ahondar en cómo interfieren las formas clínicas de presentación de la enfermedad, sus complicaciones agudas y crónicas, y los posibles efectos secundarios de los fármacos utilizados en su tratamiento, sobre la capacidad del trabajador diabético para realizar las distintas tareas de su puesto de trabajo. Esta aptitud se modifica a medida que evoluciona la enfermedad, por lo que el trabajador diabético y el médico de trabajo deberán actuar coordinados en la observación de la patología, sus cambios clínicos y control evolutivo, mediante la programación de revisiones periódicas de salud que permitan saber en qué situación y nivel de riesgo se encuentra el trabajador, y si es necesario establecer medidas especiales de prevención.

La diabetes tipo 2, la más habitual en la población trabajadora, al principio es asintomática, por lo que suele diagnosticarse cuando las personas se someten a una revisión con su médico de cabecera, con el médico de la empresa o para pólizas de seguros. En ocasiones el diagnóstico se realiza tras la aparición de complicaciones agudas como hipoglucemia o hiperglucemia, o bien por síntomas asociados con sus complicaciones crónicas.⁵

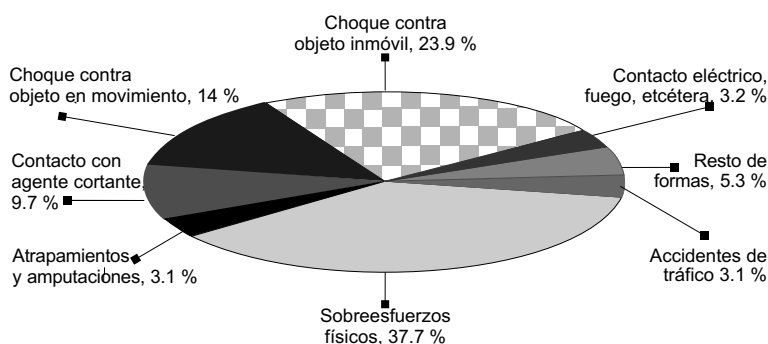


Figura 2. Clasificación total de los accidentes laborales según la causa de producción 2009. Fuente: Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración, España

Riesgos de accidentalidad laboral asociados con la diabetes o su tratamiento

a) *Mareo*: constituye uno de los síntomas más frecuentes que pueden interferir con el trabajo. En el contexto de la diabetes tipo 2 es común que el mareo sea la manifestación inicial de la enfermedad o de hipoglucemia secundaria al tratamiento con antidiabéticos orales o insulina.^{15,16} También puede aparecer como síntoma asociado con neuropatías del

sistema nervioso autónomo que cursan con hipotensión.^{5,17}

Además, deberá tenerse en cuenta que los trabajadores diabéticos suelen recibir múltiples medicamentos como consecuencia de su propia enfermedad y para la prevención de los factores de riesgo cardiovascular: hipotensores, hipolipemiantes y otros fármacos que pueden tener como efectos adversos mareo, vértigo y cefalea, asociados con su acción anticolinérgica.

b) *Pérdida de la conciencia*: puede desencadenarse cuando la hipoglucemia no es corregida y de prolongarse puede derivar en convulsiones y coma en el contexto de una cetoacidosis diabética o un coma hiperosmolar. Las complicaciones macrovasculares crónicas de la diabetes tipo 2 también pueden causar este efecto en un episodio coronario agudo o en un accidente cerebrovascular, o los síntomas cardiovasculares de la hipoglucemia, la taquicardia y la hipotensión.¹⁷

La pérdida de conocimiento, de ocurrir durante el trabajo y en situación laboral de riesgo, puede derivar en un accidente, desde una contusión leve al caer al suelo a traumatismos más graves en caídas a distinto nivel o mientras se maneja maquinaria peligrosa.

c) *Alteraciones de la visión*: mención aparte merecen estas complicaciones típicas de la diabetes tipo 2, que incluso en ocasiones son la primera manifestación de la enfermedad. La retinopatía diabética o las cataratas son causa frecuente de alteración de la agudeza visual e incluso de ceguera.¹⁷ La afectación de los pares craneales oculomotores o la ptosis palpebral también ocasionan trastornos de la visión y alteración del campo visual.

En muchas ocasiones, las alteraciones visuales son consecuencia del tratamiento de la diabetes: la hipoglucemia se acompaña de visión borrosa o diplopía como síntomas neuroglucopénicos; algunos antidiabéticos orales tienen como reacción adversa rara trastornos visuales temporales que pueden aparecer al inicio del tratamiento con los cambios en los niveles de la glucosa en sangre, tal sucede con las sulfonilureas (glibenclamida y glicimepirida), metiglinidas (repaglidina) o glitazonas (pioglitazona).^{18,19}

La insulino terapia se ha asociado principalmente con dos tipos de reacciones adversas que ocasionan alteraciones de la visión, la presbiopía y la retinopatía. La presbiopía insulínica suele aparecer al iniciar el tratamiento y se debe a la alteración temporal de la turgencia y, por tanto, al índice de refracción del cristalino. Constituye una expresión local del edema insulínico, complicación generalmente muy benigna de la insulino terapia y que

aparece como efecto adverso poco frecuente en los tratamientos con insulina aspart, regular y detemir, como efecto raro en las terapias con insulina glargina y muy raro con la insulina NPH.

La terapia insulínica se asocia en ocasiones con un empeoramiento temporal de la retinopatía diabética, efecto secundario poco frecuente relacionado con la mayoría de los tipos de insulinas.¹⁸

Hay que tener en cuenta que la visión borrosa y los trastornos de la acomodación podrán aparecer también como efectos secundarios de los fármacos utilizados por enfermedades ajenas a la diabetes.

d) *Dificultad para el movimiento*: en las personas diabéticas puede ser ocasionada por la neuropatía periférica,¹⁷ especialmente de los miembros inferiores, incrementando de esta forma el riesgo de accidentalidad.

La pérdida de sensibilidad propioceptiva causa falta de precisión en la pisada, que puede facilitar que el trabajador caiga o tropiece. Por su parte, la atrofia muscular conlleva debilidad en los miembros afectados. Asimismo, si la mononeuropatía diabética afecta un nervio periférico, el dolor dificultará la movilidad del miembro y limitará la realización de determinadas tareas. Algo similar ocurre con el déficit motor asimétrico del psoas y del cuádriceps, asociado con la amiotrofia diabética.¹⁷

Aunque en sentido estricto no serían complicaciones de la diabetes tipo 2, sabemos que existen determinadas patologías que se presentan con mayor frecuencia en los diabéticos y que dificultan la movilidad, como el síndrome del túnel carpiano, la enfermedad de Dupuytren, la tenosinovitis flexora o “dedo en gatillo” y la capsulitis del hombro.¹⁷

En estos casos, la hipoglucemia que aparece como efecto adverso de la terapia antidiabética se acompaña de temblor, incoordinación motora, fatiga o laxitud, que entorpecen más la capacidad de movimiento.

Otras posibles causas de la dificultad de movimiento son las artralgias que se asocian con frecuencia al tratamiento con vidagliptina, o las hipoestesias relacionadas con el uso de pioglitazona.¹⁸

En ocasiones aparecen espasmos musculares e incoordinación motora, tanto como reacción de estimulación provocada por los fármacos como por una reacción extrapiramidal.

e) *Temblor*: es uno de los síntomas neurogénicos o autonómicos que acompañan con frecuencia a la hipoglucemia, dificulta también los movimientos, en especial los de precisión, y puede limitar la capacidad del diabético para realizar tareas en su

Vicente-Herrero MT et al.

Accidente laboral no traumático en el diabético

Vicente-Herrero MT
et al.
Accidente laboral
no traumático
en el diabético

puesto de trabajo que requieran buen pulso o pericia en movimientos finos, favoreciendo que se desencadene un accidente laboral.

El temblor aparece en ocasiones como efecto adverso específico de algunos fármacos, entre ellos hipoglucemiantes como la gliptina.¹⁸

f) *Reducción de la coordinación motora*: constituye otro factor de riesgo que aparece con asiduidad asociado con la aparición de efectos secundarios de los fármacos. Es uno de los síntomas asociados con el déficit de glucosa en el cerebro que se ocasiona como efecto adverso del tratamiento antidiabético. En ocasiones la incoordinación motora, junto con la agitación y las convulsiones, aparece como síntoma de extrapiramidismo asociado con los efectos adversos de determinados fármacos.

g) *Alteración del estado de ánimo*: la ansiedad junto con las palpitaciones es un síntoma neurogénico que acompaña a la hipoglucemia, pero a su vez puede tener su origen en una reacción neuropsíquica secundaria a algunos fármacos, al igual que la confusión, la depresión, las alucinaciones, la psicosis y las alteraciones del comportamiento.

Por otra parte, son síntomas neuroglucopénicos frecuentes el nerviosismo, la irritabilidad, los trastornos de la conducta, los cambios en la personalidad o las alucinaciones.¹⁷ El nerviosismo y la irritabilidad aparecen también por la estimulación provocada por algunos medicamentos.

h) *Aumento del tiempo de reacción*: en algunos casos, el efecto sedante de los fármacos da lugar a que el trabajador diabético tenga disminuido su estado de alerta ante cualquier riesgo, incluidos los laborales, entre ellos especialmente la conducción de vehículos o el manejo de maquinaria peligrosa.

En la diabetes tipo 2 no controlada, la falta de glucosa a nivel cerebral provoca torpeza y lentitud a la hora de desarrollar las funciones cognitivas.

i) *Alteraciones de la concentración y reducción de la atención*: la hipoglucemia puede ocasionar fatiga, confusión o amnesia, factores de riesgo que perseveran como desencadenantes de numerosos accidentes en el trabajo.

j) *Alteraciones del sueño*: dada la frecuente asociación de la somnolencia con la hipoglucemia, se debe valorar como un síntoma de especial consideración en el proceso desencadenante de un accidente laboral, con especial consideración a los accidentes de trabajo ligados con la conducción de vehículos.²⁰

La alteración del ciclo del sueño puede ser provocada por el efecto sedante de los fármacos y por un posible efecto anticolinérgico o como efecto adverso asociado con los antidiabéticos orales.

Conclusiones

La diabetes tipo 2 constituye un síndrome de amplia repercusión laboral, bien como condicionante de limitaciones en la aptitud laboral del trabajador afectado, o como factor de riesgo específico de accidentes laborales traumáticos y daño laboral no traumático. Este efecto de potencial incremento de siniestralidad guarda relación con las limitaciones de la enfermedad y sus complicaciones, y con las polimedicaciones a las que el trabajador diabético ha de someterse.

La legislación española en prevención de riesgos laborales ofrece argumentos de apoyo al trabajador que sirven de base para que los servicios de medicina del trabajo, en coordinación con los médicos de atención primaria y los especialistas en endocrinología, busquen minimizar los riesgos laborales, mejorar la calidad de vida del trabajador y reducir los costos sociales y empresariales derivados de una enfermedad de especial trascendencia en la salud pública.

Integrantes del Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo

María Teófila Vicente-Herrero, Medicina del Trabajo, Correos, Valencia; Luisa M. Capdevila-García, Servicio de Prevención Mapfre, Valencia; María Victoria Ramírez Íñiguez-de la Torre, Medicina del Trabajo, Correos, Albacete; Ángel Arturo López-González, Medicina del Trabajo, Servicio de Prevención de GESMA, Palma de Mallorca; María Jesús Terradillos-García, Instituto Nacional de la Seguridad Social, Madrid; Montserrat Piñaga-Solé, Medicina del Trabajo, Banco Popular, Valencia; Encarna Aguilar-Jiménez, Instituto Nacional de la Seguridad Social, Valencia; Eduardo Tejedo-Benedicto, Servicio de Prevención PREVIS, Ibiza.

Referencias

1. Layana E, Abascal E, Artieda L, García L, Mallor F, Santos J. Determinantes de la accidentalidad laboral: condiciones versus relaciones de trabajo. Arch Prev Riesgos Labor 2003;6(3):120-124.
2. Ley de Accidentes de Trabajo española, de 30 de enero de 1900.
3. Jefatura del Estado. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado (España) número 269, del 10 de noviembre de 1995. p. 32590-32611.

- Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>
4. Goday A. Diabetes y enfermedad cardiovascular (II). Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. *Rev Esp Cardiol* 2002; 55(6):657-670. Disponible en http://www.revespcardiol.org/cardio/ctl_servlet?_f=40&ident=13032546
 5. Catalá-Bauset M, Gibrés-Borrás J. Manual de educación diabetológica. Plan de diabetes de la Comunitat Valenciana 2006-2010. Generalitat Valenciana/Conselleria de Sanitat; 2008. Disponible en <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5221-2008.pdf>
 6. Bosch X, Alfonso F. Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Rev Esp Cardiol* 2002;55(5):525-527. Disponible en http://www.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13031153&pident_usuario=0&pident_revista=25&fichero=25v55n05a13031153pdf001.pdf&ty=98&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es
 7. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado (España) número 154, del 29 de junio de 1994. p. 20658-20707. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/1994/06/29/pdfs/A20658-20708.pdf>
 8. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y se posibilita su transmisión por procedimiento electrónico. Boletín Oficial del Estado (España) número 279, del 21 de noviembre de 2002. p. 40988-41013. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/21/pdfs/A40988-41013.pdf>
 9. Delt@ [Sitio web]. Declaración Electrónica de Trabajadores Accidentados-Programa. Disponible en <http://www.delta.mtas.es>
 10. Zimmermann-Verdejo M, De la Orden-Rivera MV, Maqueda-Blasco J, Almodóvar-Molina A, Szumla-kowski-Morodo E. Accidentes de trabajo por formas no traumáticas. La otra vertiente de la siniestralidad laboral. *Revista Prevención Trabajo y Salud* 1999;3:27-38.
 11. Rodríguez-Suárez M, López-Menéndez I, García-Hevia O. Los accidentes de trabajo por cau-
 - sa no traumática en el Principado de Asturias 2004-2007. *Asturias Prevención* 2009;14:2-9.
 12. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. Boletín Oficial del Estado (España) número 302, del 19 de diciembre de 2006. p. 44487-44546. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/19/pdfs/A44487-44546.pdf>
 13. Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo. [Sitio web]. Siniestralidad Laboral en Cifras. Avance de siniestralidad laboral. Periodo abril 2008-marzo 2009. Disponible en <http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Siniestralidad/Ficheros/Informe%20siniestralidad%20marzo%202009.pdf>
 14. Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo. Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y otros daños a la salud. Listado de Indicadores. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en <http://www.oect.es>
 15. Pardo-Ruiz C, Sánchez-Aranda S. Papel de los nuevos hipoglucemiantes orales en el tratamiento de la diabetes tipo 2. *Farmacia de Atención Primaria* 2005;3(3):80-84.
 16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf
 17. Ferreras P, Rozman C. Ferreras-Rozman Medicina interna. Decimoquinta edición. España: Elsevier España; 2006.
 18. Vademecum Internacional 2009. Quincuagésima edición. Editorial Medicom; 2009.
 19. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2009;32(1): 193-203.
 20. Ozcoidi-Val M, Valdés-Rodríguez E, Simón-González ML, González-Luque JC. Patología médica y conducción de vehículos. Guía para el consejo médico. Madrid: STM Editores; 2002. Disponible en <http://www.semt.es/pdf/bibliografia1.pdf>

Vicente-Herrero MT et al.

Accidente laboral no traumático en el diabético

Guía para autores

Los artículos deberán ser enviados a *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, 06725 México, D. F.; o por correo electrónico a *revista.medica@imss.gob.mx*. Se entregará acuse de recibo al autor y, en su momento, informe del dictamen del Consejo Editorial.

Los manuscritos que se envíen serán trabajos no publicados ni remitidos a otra revista, excepto en forma de resumen. Todo material aceptado para su publicación quedará en propiedad de *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, por lo que la reproducción del texto o sus partes requerirá autorización previa de los editores.

(marque con una X una vez verificado el cumplimiento de cada apartado)

Carátula

- Impresión original a doble espacio en papel tamaño carta.
- Grabación electrónica en un disco etiquetado.
- Numeración consecutiva de cada página.
- Transferencia de derechos a favor de *Revista Médica* firmada por todos los autores disponible en: <http://edumedimss.gob.mx>
- Título en español e inglés sin abreviaturas o siglas. Máximo 15 palabras.
- Título corto en español. Máximo cuatro palabras.
- Nombre completo de los autores.
- Dirección electrónica del autor responsable de la correspondencia, así como número telefónico, fax y domicilio.

Resúmenes

- En español e inglés. Extensión: 190 palabras cada uno.
- Organizados en forma estructurada.

Palabras clave

- En español e inglés, correspondientes al *Medical Subject Headings* de *Index Medicus*. (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Mínimo tres, máximo cinco.

Texto

- En Arial a 12 puntos, doble espacio, máximo 20 cuartillas, sin incluir resúmenes.
- Los nombres genéricos, posología y vías de administración de fármacos, drogas o sustancias químicas, están indicados y expresados conforme la nomenclatura internacional.

Cuadros

- La información que contienen no se repite en el texto o en las figuras. Máximo seis en conjunto con las figuras.
- Están encabezados por el título y marcados en forma progresiva con números romanos de acuerdo con su aparición en el texto.
- El título de cada cuadro por sí solo explica su contenido y permite correlacionarlo con el texto acotado.

Figuras

- Están consideradas las fotografías, dibujos, gráficas y esquemas. Máximo seis en conjunto con los cuadros.
- Están identificadas en forma progresiva con números arábigos de acuerdo con su aparición en el texto.
- Tiene títulos y explicaciones.
- Se entrega archivo electrónico en formato TIFF o JPG, con una resolución mínima de 200 dpi y máxima de 350 dpi.
- Las gráficas y los esquemas aparecen juntas en un archivo diferente al del texto y en el formato donde fueron originalmente realizadas (PowerPoint, Excel, Corel, etc.).

Referencias

- De 25 a 30 en artículos originales; de 25 a 35 en artículos de revisión; de 20 a 25 en artículos de práctica clínica; de 15 a 20 en reportes breves.
- Estructuradas conforme a los modelos de la *National Library of Medicine* de Estados Unidos (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=citmed.TOC&depth=2>)

Artículos de publicaciones periódicas

Revilla-Monsalve MC, Arreola F, Castro-Martínez G, Escobedo de la Peña J, Fiorelli S, Gutiérrez C, et al. Pruebas de laboratorio útiles para el control de la diabetes mellitus. Hemoglobina glucosilada. *Rev Med IMSS* 1995;33(5):501-504.

Libros

Corral-Corral C. El razonamiento médico. Madrid, España: Díaz de Santos; 1994.

Capítulos de libros

Anspaugh S. Educating library users in two-year higher education institution. En: John Lubans Jr, editor. *Educating the library user*. New York, USA: RR Bowker Company; 1974. p. 69-82.