



Universidad de Valladolid

FACULTAD de MEDICINA

DEPARTAMENTO de BIOLOGÍA CELULAR, HISTOLOGÍA y
FARMACOLOGÍA

TESIS DOCTORAL:

**ACCIDENTES LABORALES,
MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD**

Presentada por M. Ángeles Esteban Martín
para optar al grado de Doctora por la
Universidad de Valladolid

Dirigida por
F. Javier Álvarez González

2015

A mi familia

"Decía Bernardo de Chartres que somos como enanos a los hombros de gigantes. Podemos ver más, y más lejos que ellos, no porque la agudeza de nuestra vista ni por la altura de nuestro cuerpo, sino porque somos levantados por su gran altura."

(Juan de Salisbury en su obra *Metalogicon*)

AGRADECIMIENTOS

Con estas líneas quiero expresar mi más sincero agradecimiento a aquellas personas que me han enseñado y han ayudado a mejorar en mi condición de investigadora novel.

En primer lugar quiero agradecer de forma sincera al Dr. F. Javier Álvarez González por haber dirigido con paciencia mis pasos en la elaboración de esta tesis, por su confianza desde el principio en este proyecto y por compartir conmigo su valía profesional.

A la Dra. Inmaculada Fierro Lorenzo por su guía y enseñanza en los análisis estadísticos y su compañía y apoyo en este viaje.

Finalmente no quiero acabar sin agradecer a mi familia, mis padres, mis hermanos, mi marido y mis hijas, su amor, su aliento y su paciencia en esta y en todos las demás experiencias y momentos de mi vida.



Universidad de Valladolid

Impreso 2T

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

(Art. 2.1. c de la Normativa para la presentación y defensa de la Tesis Doctoral en la UVa)

D. Francisco Javier Álvarez González, con D.N.I. nº 09721299-G, profesor del departamento de *Biología Celular, Histología y Farmacología*, Centro: Facultad de Medicina, como Director de la Tesis Doctoral titulada: *Accidentes laborales, medicamentos y hábitos de salud*, presentada por D^a. María Ángeles Esteban Martín, alumno del programa *Farmacología, M07*, impartido por el departamento de *Biología Celular, Histología y Farmacología*, autoriza la presentación de la misma, considerando que reúne todos los requisitos para la presentación, lectura y defensa de la misma.

Valladolid, 17 de junio de 2015

El Director de la Tesis,

Fdo.: F. Javier Álvarez

SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO



**ACCIDENTES LABORALES,
MEDICAMENTOS
Y HÁBITOS DE SALUD**

ÍNDICE

ABREVIATURAS	15
I. INTRODUCCIÓN	19
1. Importancia del accidente laboral como problema de salud.....	21
1.1. Las mutuas y su participación en la gestión de la Seguridad Social.	23
1.2. Características distintivas de las contingencias.	24
1.3. Índices de incidencia de los accidentes laborales.	30
2. Medicamentos y accidentes en el trabajo.....	36
2.1. Enfermedades crónicas y consumo de fármacos.	38
2.2. Medicamentos y pictograma.....	39
2.3. Categorización DRUID.	40
3. Consumo de alcohol y otras drogas en el entorno laboral.	43
3.1. Prevalencia del consumo de alcohol y drogas en el medio laboral.	45
3.2. Percepción del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral. Importancia de la toma de conciencia de las propias empresas y el entorno en la prevención de riesgos laborales en relación al alcohol y drogas.	50
4. Accidente de trabajo y accidente de tráfico.....	54
II. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS	57
1. Justificación.....	59
2. Hipótesis.....	61
III.OBJETIVOS.....	63
1. Objetivo principal.	65
2. Objetivos secundarios.....	65
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	67
1. Ámbito de estudio.	69
2. Diseño del estudio.....	69
3. Definición de los grupos de contingencia profesional y contingencia común.	69
4. Selección de la cohorte de contingencia común.	69
5. Criterios de inclusión.	70
6. Criterios de exclusión.....	70

7. Estudio piloto y tamaño de la muestra.	71
8. Recogida de datos.	72
9. Variables.	74
10. Aspectos éticos.	83
11. Análisis estadístico.	83
12. Descripción de la población finalmente estudiada según las características sociodemográficas.	85
V. RESULTADOS	87
1. Descripción de la muestra.	89
1.1. Caracterización de los pacientes incluidos en el estudio.	89
1.2. Incapacidad laboral temporal en los grupos de contingencia profesional y contingencia común.	92
1.3. Características particulares del grupo de contingencia profesional (accidentes laborales).	94
2. Diagnósticos.	96
2.1. Diagnósticos motivo de la consulta por contingencia profesional o por contingencia común.	96
2.2. Enfermedades crónicas y agudas que padecen los pacientes de la muestra.	100
3. Tratamientos. Distribución de los medicamentos pautados a causa de la consulta motivo de la contingencia profesional o de la contingencia común, de los medicamentos crónicos que los pacientes de la muestra consumían previos al motivo de consulta y de los medicamentos consumidos 24 horas previas al motivo de consulta.	104
3.1. Tratamientos pautados a causa de la consulta motivo de la contingencia profesional o de la contingencia común.	104
3.2. Tratamientos crónicos previos al motivo de consulta o de baja actual.	106
3.3. Tratamientos agudos (24 horas previas) a la consulta por contingencia profesional o común.	108
4. Pautas de prescripción/consumo de medicamentos en los casos de contingencia profesional y de contingencia común.	111
4.1. Consumo farmacológico de forma crónica en la contingencia profesional y contingencia común.	111
4.2. Consumo farmacológico de forma aguda en la contingencia profesional y contingencia común.	113

4.3. Consumo farmacológico de forma crónica y aguda en la contingencia laboral y contingencia común. Número de medicamentos que toma. Presencia de pictograma. Categoría Druid.	115
5. Hábitos saludables.	118
5.1. Distribución del consumo de drogas en la contingencia profesional y la contingencia común.	118
5.2. Pautas del consumo de alcohol en la contingencia profesional y la contingencia común.....	120
5.3. Distribución del consumo de tabaco entre las contingencias profesionales y las contingencias comunes de la muestra.	122
6. Accidente de tráfico.	123
7. Asociación entre los factores analizados y riesgo de accidente laboral.	126
VI. DISCUSIÓN	129
1. Asociación entre fármacos y hábitos saludables y accidente laboral.	131
2. Características de la cohorte contingencia profesional vs cohorte contingencia común.	133
3. Perfil del accidentado laboral	134
4. Comparación de nuestro perfil con la población general.	134
5. Limitaciones del estudio.	143
6. Propuesta de nuevas investigaciones.	144
7. Estudio de factibilidad.	145
8. Intervención para reducir la accidentabilidad laboral. Prevención de la accidentalidad en el ámbito laboral.....	145
VII. CONCLUSIONES	149
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	155
IX. ANEXOS	167
ANEXO 1 Modelo 3-AT-19-B, parte de asistencia sanitaria por accidente.	169
ANEXO 2 Cuestionario de recogida de datos empleado en el estudio....	173
ANEXO 3 Partes médicos de baja de incapacidad temporal, derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional.	181
ANEXO 4 Partes médicos de baja de incapacidad temporal, derivada de contingencias comunes.....	185
ANEXO 5 Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de la Universidad de Valladolid.	189

ANEXO 6 Descripción de las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en las cohortes contingencia profesional y contingencia común. Datos sin ponderar.	193
ANEXO 7 Listado por orden alfabético de medicamentos categorizados siguiendo el criterio DRUID (Ravera et al, 2012).	197
ANEXO 8 Medicamentos categorizados de novo siguiendo el criterio DRUID.	233
ANEXO 9 Caracterización DRUID de fármacos del sistema musculoesquelético.	237

ABREVIATURAS

AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AT	Accidente de trabajo
ATC	Clasificación Anatómico Terapéutica
CC	Contingencias comunes
CP	Contingencias profesionales
DELT@	Declaración electrónica de trabajadores accidentados
DRUID	Driving Under Influence of alcohol and Drugs (proyecto europeo)
EP	Enfermedad profesional
EPA	Encuesta de Población Activa
IC	Intevalo de Confianza
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
ILO	International Labour Organization
IT	Incapacidad temporal
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IP	Incapacidad permanente
ISM	Instituto Social de la Marina
ITCC	Incapacidad temporal por contingencias comunes
LPNI	Lesión permanente no invalidante
MEYSS	Ministerio de Empleo y Seguridad Social
OED	Observatorio Español sobre Drogas
OR	Odds Ratio
RD	Real Decreto
RDL	Real Decreto-ley
SEE	Sociedad Española de Epidemiología
SPS	Servicio Público de Salud
SS	Seguridad Social
TRLGSS	Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social
UBE	Unidades de Bebida Estándar

I. INTRODUCCIÓN

1. Importancia del accidente laboral como problema de salud.

Los accidentes laborales causan un enorme impacto en el ámbito sanitario, social y económico para los trabajadores, sus familiares, las empresas y la sociedad en general. En los casos más graves la accidentalidad puede ocasionar muertes e incapacidades, y en otros casos no tan graves, ocasiona lesiones físicas y/o mentales y sufrimiento personal de los trabajadores y familiares próximos. A todo ello hay que añadir la pérdida de productividad, los costes sanitarios o de dependencia (Reville et al, 2001; Sears et al, 2013; Takala et al, 2014).

Es frecuente, además, que a consecuencia de la accidentalidad laboral el trabajador se encuentre en situación de baja laboral, en ocasiones por largos períodos de tiempo (Markussen et al, 2011; Sears et al, 2013).

A modo de ejemplo de la importancia de la intervención en la accidentabilidad laboral, analizaremos la situación en Castilla y León.

En nuestra comunidad, en el III Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012, que se aprobó por Acuerdo 116/2008, de 30 de octubre (Junta de Castilla y León, 2008), se seleccionaron dieciséis problemas de salud considerados como áreas prioritarias de intervención para mejorar los resultados de salud de la Comunidad, incluyendo entre ellos la salud en el entorno laboral.

El Plan ha marcado las líneas a seguir en la política sanitaria con el fin de mejorar los resultados y las tendencias de salud de los ciudadanos (Junta de Castilla y León, 2008).

Una vez finalizada la vigencia de dicho Plan de Salud, se ha presentado la evaluación del mismo. Los objetivos en seguridad y la salud laboral obtienen un alto grado de consecución (Junta de Castilla y León, 2014).

En cuanto a la incidencia de accidentes laborales, ha disminuido de forma significativa a lo largo de la vigencia del Plan y, ha puesto de manifiesto

que la reducción de la siniestralidad no se ha debido únicamente a la reducción de actividad como consecuencia de la situación económica, sino que han influido también otros factores como la mejora de las condiciones de trabajo, la mayor sensibilización y la mayor y mejor formación e información de los trabajadores, entre otras.

El descenso en el número de accidentes laborales es constante a lo largo del periodo de estudio, sucediendo para todo tipo de accidente y gravedad (los accidentes con baja en jornada laboral descienden un 43.37% y los "in itinere" un 62.68%) (Junta de Castilla y León, 2014).

A continuación se presenta, en la Tabla 1, los datos de accidentabilidad laboral entre 2007 y 2012, donde se refleja dicho descenso.

Tabla 1. Descenso en el número de accidentes laborales en Castilla y León (2007-2012)

	Accidentes laborales con baja. Castilla y León					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Accidentes en jornada de trabajo						
Leves	44.366	41.125	31.734	29.232	24.852	19.213
Graves	407	412	288	291	251	204
Mortales	58	70	42	44	39	27
Totales	44.831	41.607	32.064	29.567	25.142	19.444
Accidentes "In itinere"						
Leves	3.291	3.312	3.102	2.839	2.320	2.070
Graves	58	62	54	43	43	34
Mortales	17	26	13	16	14	6
Totales	3.366	3.400	3.169	2.898	2.377	2.110
TOTALES	48.297	45.007	35.233	32.465	27.519	21.554

Fuente: Evaluación del III Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad, 2014.

Actualmente se ha presentado el borrador del IV Plan de Salud que guiará la política sanitaria de nuestra comunidad hasta el año 2020 y en el que de

nuevo se fija en una de las cinco áreas de intervención, en concreto el área tres, los objetivos de salud laboral. Como objetivo general, se pretende promover la salud de los trabajadores y como alguno de los objetivos específicos, disminuir la incidencia de accidentes laborales tanto en jornada laboral como "in itinere", continuando con la tendencia descendente observada en los últimos años y situarla por debajo de la media nacional. Así como fomentar la calidad de la vigilancia de la salud de los trabajadores realizada por los Servicios de Prevención entre otros de los objetivos específicos presentados (Junta de Castilla y León, 2015).

1.1. Las mutuas y su participación en la gestión de la Seguridad Social.

Las hasta ahora denominadas Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, pasan a denominarse por la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, como Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (TRLGSS 35/2014, de 26 de diciembre).

Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, entidades privadas sin ánimo de lucro, son asociaciones de empresarios cuyo propósito es la colaboración en la gestión de la Seguridad Social en relación con diferentes contingencias y prestaciones del sistema de la Seguridad Social.

Como entidades colaboradoras de la Seguridad Social (SS), desarrollan su actividad en relación con un número creciente de contingencias y prestaciones del sistema de la SS.

Los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales, el riesgo durante el embarazo (Cerrolaza et al, 2008), el riesgo durante la lactancia natural, el cuidado de menores afectados por cáncer y otras enfermedades graves, la prestación económica de Incapacidad laboral Temporal por Contingencias Comunes (ITCC) y el cese de actividad de los trabajadores

autónomos son ámbito de responsabilidad de las mutuas, pero son sin duda los accidentes de trabajo, el ámbito en el que la responsabilidad y la colaboración de las mutuas es total desde un primer momento (Villaplana et al, 2015).

1.2. Características distintivas de las contingencias.

En el momento de la emisión del parte de baja, el médico responsable de la misma debe señalar el origen de la incapacidad que imposibilita la actividad laboral, bien sea por una patología relacionada con el trabajo o bien ajena al mismo (Martin-Fumadó et al, 2014; Navarro et al, 2014).

La calificación inicial corresponde en exclusiva al médico que reconoce al paciente y emite la baja.

Lo primero que hacemos los médicos asistenciales de una mutua o los médicos de familia del Servicio Público de Salud (SPS) ante un paciente al que le vamos a recomendar una baja laboral, es determinar si su origen procede de un accidente o una enfermedad:

- En el caso de que el origen de la incapacidad proceda de un accidente, deberá identificar si se trata de un accidente de trabajo o un accidente ajeno a la actividad laboral (accidente no laboral).
- Si es una enfermedad, debe determinar si está relacionada con el trabajo (enfermedad profesional) o es ajena al mismo (enfermedad común).

1.2.1. Accidente en el trabajo.

La Ley General de la Seguridad Social (LGSS) establece que se entiende por accidente de trabajo (AT) toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. (art.115.1 RDL 1/1994, de 20 de junio)

En esta definición destaca la necesaria relación causal más o menos inmediata y directa entre el trabajo ejecutado y la lesión producida.

También serán consideradas como AT las lesiones que sufra el trabajador no como consecuencia directa del trabajo, sino casualmente producidas mientras que se desarrollaba el trabajo, pero que no se hubieran producido de no coincidir con la realización de dicho trabajo.

Así mismo se presume como constitutivas de AT las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo (art.115.3 RDL 1/1994, de 20 de junio).

No debería ser aplicable, por tanto, esta presunción cuando la lesión se produzca fuera de la jornada de trabajo, si el trabajador no se encuentra en su puesto de trabajo ni desarrollando el mismo.

Existe un caso particular que son los denominados AT "in itinere", que la LGSS define como aquellos que sufra el trabajador "al ir o al volver del lugar de trabajo" (art.115.2.a RDL 1/1994, de 20 de junio).

También se admite legalmente que puedan ser consideradas como AT determinadas enfermedades, que suelen denominarse como "enfermedades del trabajo" para distinguirlas de las Enfermedades Profesionales (EP).

En primer lugar, las enfermedades (distintas de las EP) que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo (art.115.2.e RDL 1/1994, de 20 de junio).

En segundo lugar, las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente (art.115.2.f RDL 1/1994, de 20 de junio).

Y, finalmente, las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en

afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación (art.115.2.g RDL 1/1994, de 20 de junio).

No tienen la consideración de accidente de trabajo los debidos a dolo (conciencia y voluntad de producir el resultado lesivo) o imprudencia temeraria (no tomar las precauciones más elementales ante un riesgo grave y concreto poniendo en peligro la propia seguridad) del trabajador accidentado, ni los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo (art.115.4 RDL 1/1994, de 20 de junio).

Actualmente, nadie se cuestiona el hecho de que el accidente de trabajo es el resultado de una interacción de varios factores, de entre los cuales están las condiciones de trabajo (condiciones ambientales, equipos de trabajo, organización del trabajo, relaciones laborales...) y los factores ligados a la conducta de las personas (Cabrera Clemow, 2012; Rodríguez de Prada, 2012).

Los accidentes de trabajo como sucesos relacionados con riesgos conocidos y con las condiciones de trabajo controlables tienen causas que pueden ser conocidas y evitables (Fraile Cantalejo, 2011; Smith y Mustard, 2007).

El accidente de trabajo se puede prevenir. Siempre tiene una explicación, unas causas. Actuar sobre estas causas con el fin de controlarlas e impedir que se produzca el accidente es lo que constituye la prevención (Robson et al, 2012; Stout y Linn, 2001).

Es realmente raro que un accidente laboral se deba a una sola causa. Pero sí es habitual, que se trate de buscar la causa más inmediata y no se investiguen con detalle otros posibles orígenes de la causa.

Una buena investigación identificará las causas inmediatas y subyacentes del accidente, las causas básicas y la prevención y las medidas de protección necesarias para romper la cadena causal (Esteve, 2001; ILO, 2014; LPRL 31/1995, de 10 de noviembre).

Finalmente, podemos concretar que hemos considerado accidentes de trabajo las lesiones corporales que el trabajador sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo. Se consideran así mismo accidentes de trabajo:

- Los ocurridos al ir o al volver del lugar de trabajo (accidente "in itinere": accidente de trabajo producido entre el domicilio habitual del trabajador y el puesto de trabajo).
- Los que sufra el trabajador al desempeñar puestos electivos de carácter sindical, o los que ocurran al ir o volver del lugar donde se ejercitan las funciones propias de éstos.
- Los que ocurran al desempeñar tareas que, sin ser propias de la categoría profesional del trabajador, se ejecuten en cumplimiento de órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.
- Los ocurridos en actos de salvamento cuando tengan conexión con el trabajo.
- Las enfermedades que, sin ser "profesionales", contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. Conforme a esta doctrina, en algún caso un infarto de miocardio ha podido ser considerado accidente de trabajo.
- Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión del accidente.
- La imprudencia profesional del trabajador por la confianza que le produce el ejercicio habitual del trabajo.
- La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo. Dentro de este epígrafe se incluirían las personas que encontrándose en su puesto de trabajo se vieran afectadas por un atentado terrorista.

1.2.2. La contingencia común.

Las enfermedades comunes y los accidentes no laborales se definen por exclusión de los criterios anteriores.

Entre las prestaciones otorgadas por el Sistema de la Seguridad destaca por su importancia económica el denominado subsidio de Incapacidad Temporal (IT), cuya finalidad es sustituir parcialmente las rentas salariales del trabajador durante las situaciones de baja médica.

Se considerarán como situaciones determinantes de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes las debidas a enfermedad común o accidente no laboral, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo (RDL 1/1994, de 20 de junio).

Por tanto, van a ser requisitos constitutivos de situación de incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC) y pueden destacarse de la redacción del art. 128.1 TRLGSS las siguientes características esenciales de toda situación de IT:

- Imposibilidad para trabajar.
- Carácter temporal de la imposibilidad para trabajar.
- Precisar asistencia sanitaria.
- Recibir asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Los partes de baja que se gestionan habitualmente por los médicos de familia del Sistema Público de Salud son los de contingencias comunes. Normalmente, no pueden emitir un parte de baja como enfermedad profesional o accidente de trabajo, salvo en los casos en que concurren estos dos requisitos:

- Que el paciente tenga la cobertura por contingencias profesionales a través del INSS y no de una mutua.
- Que la empresa haya reconocido el accidente o la enfermedad como de origen profesional mediante la emisión del documento acreditativo (3 AT 19 B), parte de asistencia sanitaria por accidente de trabajo, que los empresarios y organismos están obligados a facilitar cuando sus trabajadores sufran accidentes considerados como de trabajo (INSALUD, 2001; Lorente Arenas, 1992) (Anexo 1).

En el resto de casos de contingencias profesionales corresponde a los médicos de las mutuas expedir la baja por accidente de trabajo o enfermedad profesional.

1.2.3. Prestación por incapacidad.

El tipo de contingencia que genera la baja laboral es muy relevante a la hora de establecer diferentes aspectos de la prestación por incapacidad (Burgos-Ruiz et al, 2008). Las consecuencias diferentes que se derivan de establecer una u otra contingencias son:

En relación al proveedor de asistencia sanitaria:

- Si la baja procede de contingencias comunes, incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC), la asistencia sanitaria será prestada por el Servicio Público de Salud (SPS). Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social pueden realizar pruebas diagnósticas y tratamientos, incluyendo rehabilitación, desde el primer día de la baja, para evitar la prolongación innecesaria de los procesos, previa autorización del médico del SPS (médico de familia) y consentimiento informado del paciente, conforme a la Disposición adicional 11ª punto 5 del 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, según una reciente modificación de la Ley 35/2014 de Mutuas.
- Si la baja procede de contingencias profesionales, accidente de trabajo (AT) o enfermedad profesional (EP), la asistencia la dará la entidad colaboradora con la que la empresa tenga contratada la cobertura de estas contingencias, típicamente una mutua de accidentes laborales y enfermedades profesionales. Sólo en los casos en que la cobertura esté a cargo de una entidad gestora (INSS ó ISM), la prestación se realizará a través del Servicio Público de Salud.

En relación con la emisión de los partes de baja, confirmación y alta:

- Si la baja procede de CC, son gestionados por los médicos del Servicio Público de Salud. Las mutuas pueden hacer propuestas de alta, pero no emitir altas.

- Si procede de CP, la gestión corresponde a los médicos de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social. En el caso en que estas contingencias estén cubiertas por alguna entidad gestora (INSS o ISM), la gestión la harán los médicos del servicio público, previa acreditación por el trabajador del origen profesional de la enfermedad o del accidente de trabajo mediante el documento emitido por la empresa "3-AT-19-B".

En relación a la prestación económica: cuantía y obligado al pago:

- Si la baja procede de CC, los primeros tres días corren por cuenta del trabajador (es decir, no cobra, salvo que el convenio colectivo señale otra cosa). Desde el 4º hasta el 15º día, paga el empresario. A partir del día 16º, corre por cuenta de la entidad gestora o colaboradora (mutua) si es la que presta esta cobertura. La cuantía varía en función de los días desde la baja: 0% los días 1º al 3º, 60% de la base reguladora desde el 4º hasta el 20º día, y desde el 21º el 75% en adelante. Los convenios laborales particulares pueden mejorar estas condiciones económicas.
- Si la baja es por CP, el primer día lo asume el trabajador y los siguientes los asume la entidad colaboradora con cobertura para estas contingencias. Además, la cuantía es mayor; desde el segundo día ya es el 75% de la base reguladora.

1.3. Índices de incidencia de los accidentes laborales.

La información de accidentes de trabajo con baja procede de la revisión mensual que efectúa la Subdirección General de Estadística de los partes de accidentes de trabajo notificados a través del sistema Delt@, una vez han sido recibidos por las autoridades laborales provinciales, exceptuando las comunidades autónomas del País Vasco y Cataluña que remiten la información mediante ficheros externos a Delt@ (MEYSS, 2015).

La relativa a los accidentes sin baja procede de las relaciones mensuales notificadas por los empresarios y tramitadas por Delt@.

El último Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social publicado de forma íntegra, es el del 2013, existiendo en la actualidad un avance del de 2014.

(<http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/anuarios/index.htm>)

En el año 2013 se notificaron en España 468.030 accidentes de trabajo con baja; 404.284 de estos fueron accidentes en jornada de trabajo (86.4% del total) y 63.746 fueron accidentes in itinere (13.6% del total).

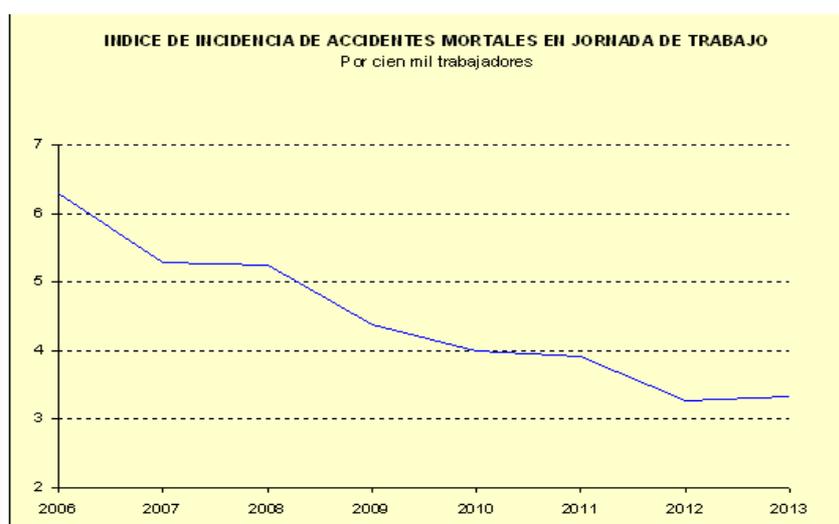
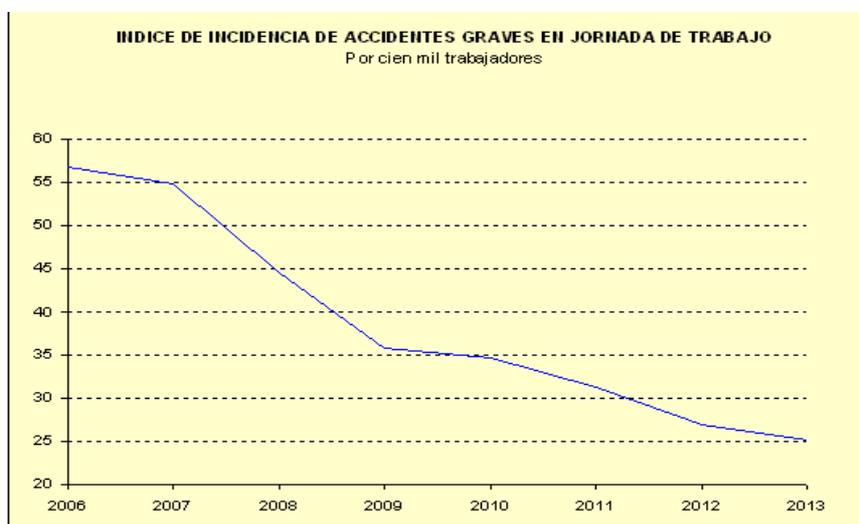
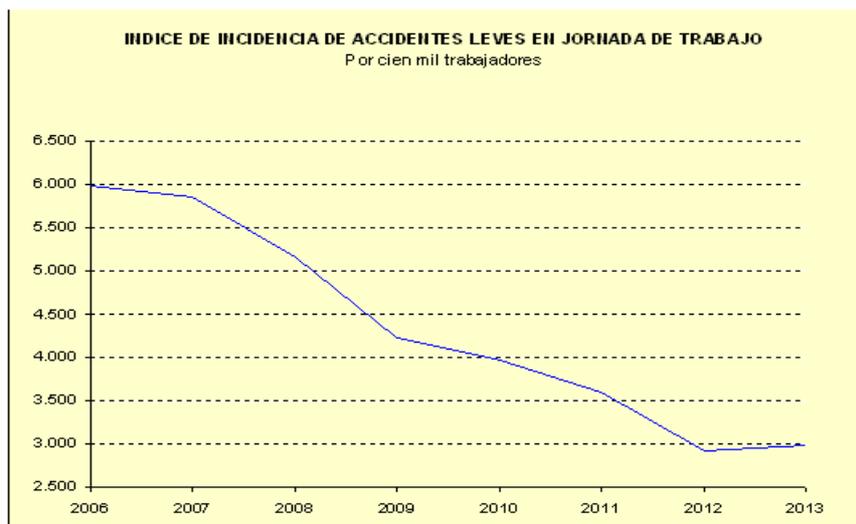
Habitualmente se utiliza el “índice de incidencia” para expresar la siniestralidad, pues se considera una forma sencilla y ajustada de valorar este fenómeno, ya que indica el número de accidentes que se producen en un periodo determinado por cada 100.000 trabajadores afiliados con la contingencia de accidente de trabajo y enfermedad profesional cubierta, relacionando de esta manera el número de sucesos con la población susceptible de padecerlos (De la Orden, 2014).

1.3.1. Índice de incidencia por sector económico.

El índice de incidencia del año 2013 fue de 3.009,2 accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo por cada 100.000 trabajadores afiliados, lo que supone un aumento del 2% respecto a 2012 (MEYSS, 2014).

Este dato supone una ruptura en la tendencia descendente que mostraban los índices de incidencia desde el año 2006.

El índice de incidencia del año 2012 fue de 2.848,9 accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo por cada 100.000 trabajadores afiliados, lo que supuso un descenso del 19% respecto a 2011 (MEYSS, 2013) (Figuras 1, 2 y 3).



Figuras 1, 2 y 3. Índices de incidencia de accidentes laborales leves, graves y mortales en España, año 2013.

Fuente: Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social 2013. (MEYSS, 2014).

Los resultados de los próximos años confirmarán si se ratifica el cambio de tendencia o si, por el contrario, esta cifra es un resultado aislado que no consolida ningún cambio.

El sector de actividad con mayor índice de incidencia fue Construcción, que con 6.024,1 supera en más del doble la media de los índices sectoriales. El segundo puesto lo ocupa el sector Agrario, con 4.599,7. Le siguió muy de cerca el sector Industria, con 4.590,7, siendo ambos datos muy superiores a la media. Por debajo de la media se situó únicamente el sector Servicios, que alcanzó el valor 2.433,3 (MEYSS, 2014) (Figura 4).

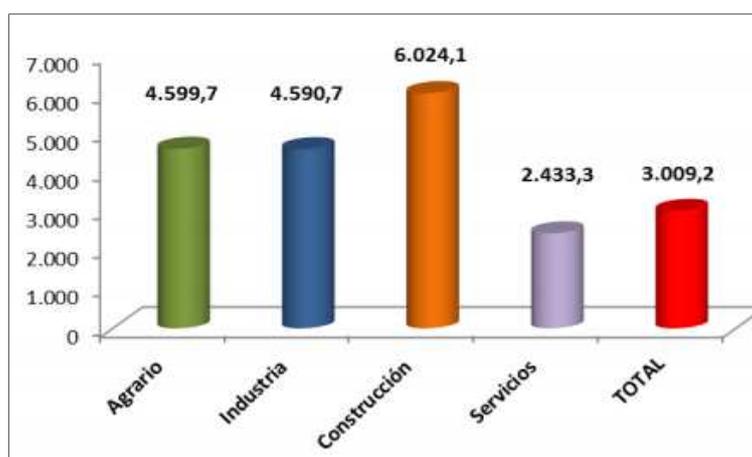


Figura 4. Índices de incidencia de accidente laboral en España, año 2013 por sector económico.

Fuente: Informe anual de accidentes de trabajo en España 2013. INSHT, 2014.

1.3.2. Índice de incidencia por sexo.

La siniestralidad de los varones es superior a la de las mujeres tanto para accidentes leves como para graves o mortales.

En el año 2013 la incidencia de accidentes de trabajo fue el doble en los varones respecto a las mujeres.

1.3.3. Índice de incidencia por franja de edad.

En el año 2013 la distribución de la población afiliada a la Seguridad Social con las contingencias cubiertas, según su edad, es la siguiente: los trabajadores más jóvenes, entre 16 y 24 años, representan el 5%; en la franja de edad entre 25 y 49 años está el 70.4%; y el 24.6% de los trabajadores tienen 50 años o más. Estos datos son similares a los del año 2012.

El índice de incidencia de los trabajadores más jóvenes es sensiblemente superior al resto (Figura 5).

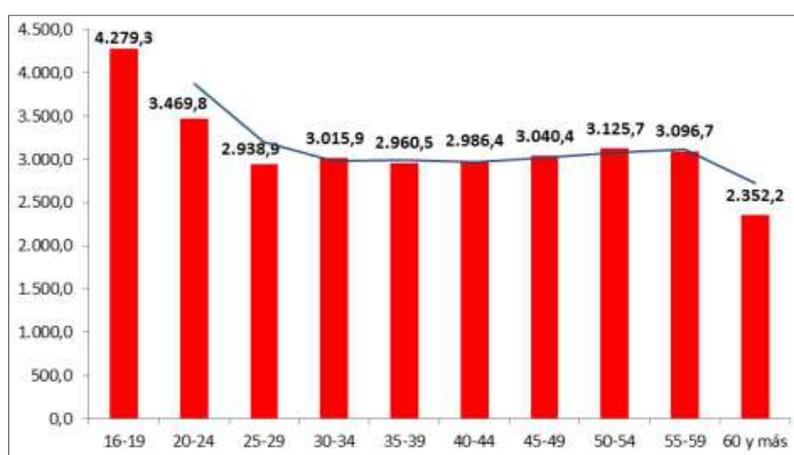


Figura 5. Índices de incidencia de accidente laboral en España, año 2013 por edad.

Fuente: Informe anual de accidentes de trabajo en España 2013. INSHT, 2014.

La incidencia va disminuyendo a medida que aumenta la edad entre los 16 y los 29 años. En las franjas centrales, entre los 30 y los 59 años, la incidencia no presenta grandes variaciones, para volver a descender a partir de los 60 años.

Estos datos constatan que los trabajadores jóvenes deben ser considerados un grupo de especial atención en cuanto a su incidencia de accidentes de trabajo.

Es interesante observar la diferencia en el comportamiento de los índices de incidencia de varones y mujeres con respecto a la edad (Figura 6), ya que el índice total (línea azul de la figura 6) promedia el resultado de ambos.

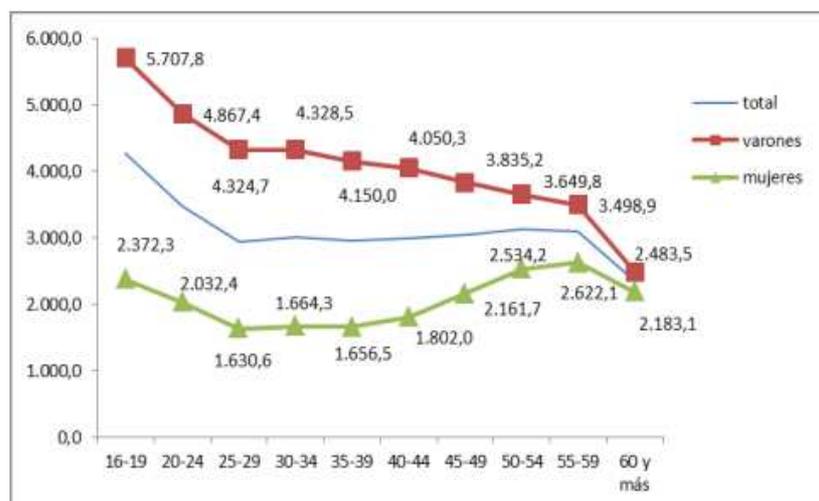


Figura 6. Índices de incidencia de accidente laboral en España, año 2013 por edad y sexo.

Fuente: Informe anual de accidentes de trabajo en España 2013. INSHT, 2014.

En los grupos de menor edad (de 16 a 29 años), la diferencia de índices entre hombres y mujeres es muy elevada, siendo la siniestralidad de los varones más del doble que la de las mujeres. A partir de los 30 años, el índice de los varones desciende lentamente hasta los 59 años, mientras que para las mujeres se observa un aumento suave pero constante hasta esa misma edad (30 años), para experimentar un importante descenso en los trabajadores de 60 y más años (MEYSS, 2013 y 2014).

2. Medicamentos y accidentes en el trabajo.

En España, el Parte Oficial de Accidente de Trabajo, no refleja entre sus datos el consumo de medicamentos en el momento del accidente (MEYSS, 2015).

Hay evidencia de la asociación entre el uso de medicamentos y accidentes, en particular en los accidentes de tráfico (Álvarez y Del Río, 1996, 2002; Gómez-Talegón et al, 2012).

Existe bibliografía acerca de que ciertos grupos de fármacos pueden aumentar el sueño, afectar a la coordinación motora, o producir deficiencias de concentración entre otros efectos, estando incluso contraindicado su uso en conductores u operarios de maquinaria pesada o peligrosa. Tal es el caso, por ejemplo, de los analgésicos narcóticos, antihistamínicos de primera generación, sedantes, hipnóticos o hipotensores (Wadsworth et al, 2003).

En un artículo publicado por Wadsworth et al (2005) sobre el consumo de fármacos psicotrópicos y su relación con accidentes laborales, se asoció el consumo de fármacos con la ocurrencia del accidente laboral. Se estimaron unas Odds Ratio (OR) de 1.36 (0.13-14.58) (95%IC) y 2.67 (0.28-25.09) (95%IC) para la toma de benzodiacepinas e hipnóticos respectivamente. Para los antidepresivos tricíclicos y su relación con los accidentes laborales se obtuvo una OR de 2.68 (0.52-13.86) (95%IC), no pudiendo atribuir un incremento del riesgo de accidentes laborales al consumo de antidepresivos tricíclicos (Wadsworth et al, 2005).

Así mismo, en otro estudio (Palmer et al, 2014), en el que se analiza el papel de los tratamientos con fármacos psicotrópicos en el accidente laboral, se presentan las asociaciones entre la consulta de accidentes de trabajo y haber prescrito al paciente psicofármacos con anterioridad. Así lo muestra la Tabla 2 extraída de dicho trabajo, que se reproduce a continuación.

Tabla 2. Relación entre la consulta con una lesión en el trabajo y ser prescrito un fármaco hipnótico, ansiolítico o antidepresivo.

Before the index date	Cases (n=1348) N (%)	Controls (n=6652) N (%)	OR*	95% CI	p Value	Attributable fraction in the exposed (%)
Never prescribed any of these drugs	982 (72.8)	5336 (80.2)	1			
Prescribed one or more of these drugs	366 (27.2)	1316 (19.8)	1.57	(1.36 to 1.81)	<0.001	36.3
Prescribed						
Antidepressants	244 (18.1)	945 (14.2)	1.37	(1.17 to 1.62)	<0.001	27.0
Hypnotics	201 (14.9)	659 (9.9)	1.63	(1.37 to 1.94)	<0.001	38.7
Anxiolytics	147 (10.9)	443 (6.7)	1.74	(1.42 to 2.12)	<0.001	42.5

*Adjusted for problem drinking.
Some subjects had more than one treatment.

Fuente: Palmer KT et al. The role of mental health problems and common psychotropic drug treatments in accidental injury at work: a case-control study. Occup Environ Med. 2014; 71(5):308–312.

Las probabilidades de lesión fueron del 57% mayores para los pacientes a los que se les prescribió cualquiera de los fármacos psicotrópicos en comparación con los sujetos a los que nunca se les había recetado.

Los riesgos fueron superiores en relación con los hipnóticos (OR 1.63) y con los ansiolíticos (OR 1.74). Todos los resultados fueron estadísticamente significativos ($p < 0.001$) (Palmer et al, 2014).

Otro aspecto a destacar es el elevado índice de automedicación de la población con el riesgo que ello implica al desconocer en muchos casos los efectos y reacciones adversas de los fármacos auto-administrados así como sus posibles interacciones. La utilización por voluntad propia de medicamentos conocidos o prescritos en el pasado por un médico es un acto que puede ocasionar perjuicios al paciente que los ingiere.

Existen especialidades farmacéuticas que pueden ser dispensadas en las oficinas de farmacia sin receta médica y que son objeto teórico de automedicación (Awad et Aboud, 2015; Bernabé et al, 2015). Pero el problema reside en el consumo de los medicamentos que precisan una receta médica, generalmente por su reutilización tras una prescripción médica anterior o adquiridos directamente en la oficina de farmacia.

Los analgésicos y los antibióticos son dos de los grupos farmacológico más usados en la automedicación (Baos Vicente, 2000).

La exigencia de la receta médica es imprescindible para los medicamentos que así lo requieran (Baos Vicente, 1999; Llisterri et al, 2014).

2.1. Enfermedades crónicas y consumo de fármacos.

Así como sí existen publicaciones que relacionan las enfermedades crónicas y/o el consumo/prescripción de medicamentos de forma crónica y las lesiones por accidente de tráfico o la influencia e impacto de las enfermedades crónicas en el accidente de tráfico (Charlton et al, 2004; Charlton et al, 2009; Engeland et al, 2007; Parmentier et al, 2005), no hemos encontrado estudios que relacionen las enfermedades crónicas y el accidente laboral, a nivel de una consulta asistencial de una mutua.

En un estudio denominado "Enfermedades, medicamentos y riesgo de lesiones por tráfico: resultados preliminares del estudio LESIONAT" (Prieto-Alhambra et al, 2011), cuyo objetivo principal era estudiar la distribución de las enfermedades crónicas y consumo de fármacos relacionados con riesgo de sufrir una lesión por accidente de tráfico, se recogieron datos de conductores de 16 o más años de edad, visitados y con historia en los centros de Atención Primaria participante. Analizaron en este estudio preliminar 1.039 pacientes.

Para analizar la distribución de los factores de riesgo, se presentó número y porcentaje. Para estudiar la relación entre estos y el antecedente de lesiones por accidente de tráfico se utilizó regresión logística, ajustando por edad, género y horas de conducción/semana.

El resultado que se obtuvo fue que el número de pacientes que toman uno o más medicamentos de riesgo es de 988 (95.1%). Un 19.2% de los pacientes (200) toman de forma crónica 3 o más. De manera similar, 531 (51.1%) participantes sufría alguna patología de riesgo.

No hubo un incremento significativo de riesgo entre padecer alguna patología crónica y tener lesión por accidente de tráfico (OR ajustado 1.28 [0.83-1.96]; $p= 0.26$). Así mismo no hubo un incremento significativo de riesgo asociado al uso de medicaciones crónicas para lesiones de tráfico (OR ajustado 1.41 [0.88-2.26]; $p= 0.15$) (Prieto-Alhambra et al, 2011).

En nuestro estudio intentaremos analizar el papel de los fármacos y las enfermedades crónicas en la accidentalidad en el ámbito laboral.

2.2. Medicamentos y pictograma.

Referente al pictograma sobre medicamentos y conducción, en nuestro país en enero de 2008, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) creó un Grupo de Trabajo con el objetivo de tomar las decisiones necesarias sobre la incorporación del pictograma a los medicamentos que lo precisen y el requisito de imprimirlo como aviso en el envase de aquellos fármacos que pueden suponer un riesgo a la hora de conducir (AEMPS, 2011).

En nuestro país el Real Decreto 1345/2007 por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, establece como obligatorio que los medicamentos de nueva autorización que puedan reducir la capacidad para conducir o manejar maquinaria peligrosa, deberán incorporar en el envase el pictograma como símbolo de advertencia (RD 1345/2007, de 11 de octubre).

Con dicho pictograma, se pretende llamar la atención del paciente con el fin de que lea el prospecto y en concreto la información que hace referencia a los efectos que tiene dicho fármaco en la conducción y en el manejo de maquinaria peligrosa (Fierro et al, 2013).

Dicho pictograma español sobre medicamentos y conducción se acompaña de la leyenda "Conducción: ver prospecto" y se muestra en la Figura 7:



Conducción: ver prospecto

Figura 7. Pictograma que señala los medicamentos que pueden tener efectos adversos para la conducción.

Fuente: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011).

La información sobre los principios activos cuya presencia en un medicamento conlleva la obligación de incorporar el pictograma de conducción se va publicando y actualizando en la página web de la AEMPS dentro del apartado de "medicamentos y conducción" acorde va finalizando la revisión de cada subgrupo terapéutico y en dicha página puede consultarlo el profesional sanitario y el público en general <http://www.aemps.gob.es/industria/etiquetado/conduccion/home.htm>

2.3. Categorización DRUID.

Son diversos los estudios que tratan y analizan la relación del consumo de medicamentos y los accidentes de tráfico.

La Comisión Europea financió la realización del proyecto europeo DRUID (del inglés «Driving Under Influence of alcohol and Drugs», conducción bajo la influencia de alcohol y otras drogas) desde el año 2006 al 2011. Dicho proyecto tuvo como objetivos principales investigar e indagar en el conocimiento del problema del consumo de alcohol, otras drogas y medicamentos en los conductores, explorar las posibilidades de intervención y coordinar las actuaciones en Europa (Schulze et al, 2012).

Considerando los efectos que los fármacos puedan tener en la capacidad de conducción, se ha aprobado la categorización de los fármacos en cuatro

niveles. Se ha intentado clasificar los medicamentos según el grado de deterioro que estos producen en la capacidad de conducir.

Esta categorización DRUID de los medicamentos en cuatro niveles debe resultar de gran utilidad al médico ya que le servirá de guía para la elección del fármaco apropiado que afecte en menor medida a las capacidades del trabajador en la ejecución de su trabajo y en función del fármaco elegido informar al paciente de precauciones que debe seguir y posibles riesgos. (Martín et al, 2009; Ravera et al, 2012).

Las cuatro categorías o niveles serían los siguientes:

Categoría 0: Sin o insignificante influencia en la conducción.

Categoría 1: Influencia menor sobre la capacidad para conducir. En este caso la información que los médicos deberíamos transmitir al paciente/conductor sería: El medicamento es seguro para la conducción, excepto que se asocie a consumo de alcohol u otras medicinas psicotrópicas. No conduzca sin haber leído en el prospecto la sección de efectos sobre la conducción.

Categoría 2: Influencia moderada sobre la conducción. La información para transmitir al paciente/conductor es darle a conocer los posibles efectos secundarios con influencia negativa para su capacidad de conducción o manejo de maquinaria peligrosa, advertirle que no debe conducir durante los primeros días del tratamiento, valorar si es posible prescribir un medicamento más seguro sin perder eficacia y recomendarle no conducir sin consultar con un profesional sanitario, así como que antes de conducir o manejar maquinaria peligrosa debe leer la sección sobre efectos en la conducción del prospecto.

Categoría 3: Influencia mayor en la conducción. Se trata de medicamentos que pueden producir efectos severos sobre la capacidad de conducir. Habría que informar al paciente igual que en la categoría 2, y recomendarle en este caso que no conduzca, así como que tras un periodo de tratamiento,

consulte a su médico acerca de las condiciones para reiniciar la conducción (Ravera et al, 2012).

Dichas categorías, advertencias y recomendaciones de actuación se ven reflejadas en la siguiente figura (Figura 8):

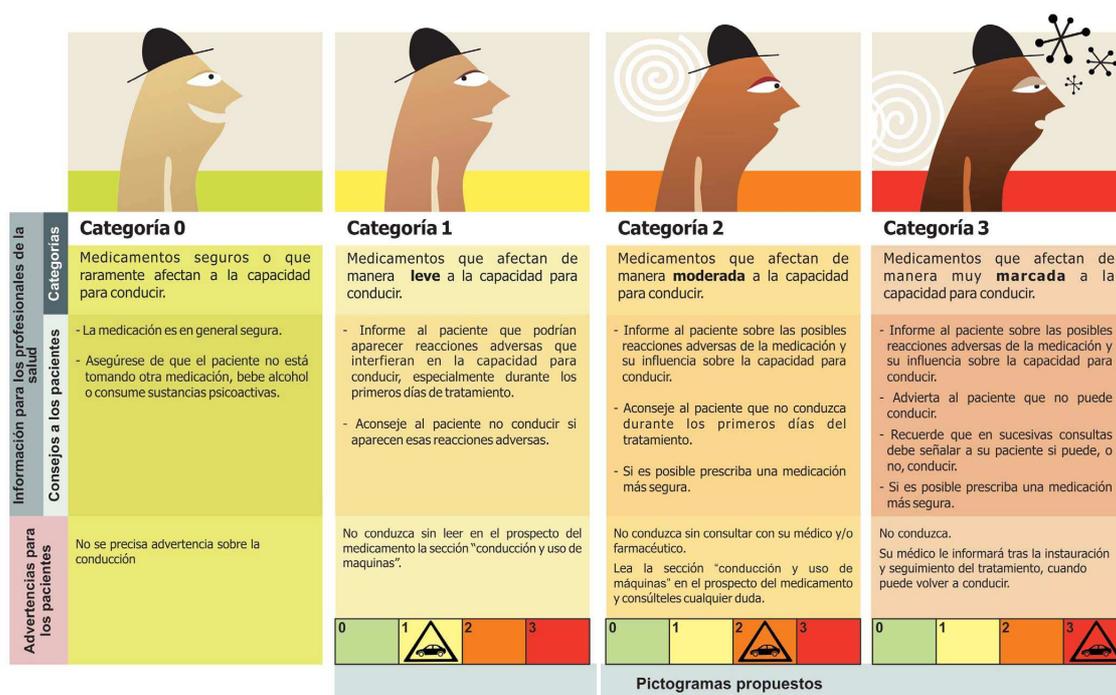


Figura 8. Categorización de los medicamentos según su efecto sobre la capacidad para conducir (Álvarez et al, 2010).

Fuente: Álvarez FJ, Fierro I, Gómez-Talegón MT. Medicamentos y conducción de vehículos: prescripción de medicamentos al paciente que conduce. 2010.

3. Consumo de alcohol y otras drogas en el entorno laboral.

El tema del consumo y problemas asociados al consumo de drogas y alcohol en el lugar de trabajo ha sido tradicionalmente omitido en este ámbito, más basado en preceptos morales que en preocuparse por los problemas de salud involucrados.

Sin embargo, las drogas y el abuso del alcohol no es un problema que pueda ser aislado del lugar de trabajo. Muy por el contrario, se debe entender que el consumo/abuso de sustancias de este tipo es nocivo para las empresas y los trabajadores, y por tanto es perjudicial para la competitividad nacional e internacional (Cabrero et Luna, 2001; ILO, 1999).

En cuanto a la percepción del consumo de alcohol u otras drogas en el medio laboral, parece que existe una tendencia a ocultar el problema. En la encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España hasta dos terceras partes de los entrevistados (75.8%) afirmaron no conocer, o no haber conocido a ningún compañero que consumiera en exceso alcohol u otras drogas, el 20.7% conocía a alguno y sólo el 3.4% conocía o había conocido a bastantes (Charro Baena, 2012; ILO, 2011).

El consumo de tabaco, alcohol y drogas en el medio laboral puede tener importantes repercusiones para los trabajadores, bien por que afecte a las tareas que debe realizar en su trabajo, así como los problemas que puede generar al trabajador en el ámbito personal, individual o familiar o que afecte a terceros al provocar por ejemplo un accidente laboral.

Hay que destacar también que algunas condiciones o características particulares de ciertos trabajos o el hecho por el contrario de estar en paro, pueden convertirse en factores de riesgo o de protección en el consumo de alcohol o drogas (Álvarez et al, 2009).

Según estudios de la International Labour Organization (ILO), los trabajadores que consumen alcohol y otras drogas presentan un absentismo laboral de 2 a 3 veces mayor que el resto de los trabajadores.

El 20-25% de los accidentes laborales ocurren en trabajadores que se encuentran bajo los efectos del alcohol u otras drogas, y causan lesiones a ellos mismos u a otros.

El consumo de alcohol y otras drogas afecta negativamente a la productividad, ocasionando importantes perjuicios a empresarios y trabajadores por absentismo, desajustes laborales, incapacidades laborales, rotación del personal, reducción del rendimiento laboral y mala calidad del trabajo (Ribas et al, 1999).

En España se calcula que entre el 15-25% de la siniestralidad laboral se debe a problemas relacionados con el alcohol. Los bebedores tienen 3 veces más accidentes en el trabajo que otros trabajadores, perdiendo muchos más días laborables por enfermedad (Ramírez Sánchez et al, 2011; Sánchez Pardo, 2002).

El uso de cannabis afecta negativamente a la capacidad de realizar tareas que requieren atención y concentración, aumentando el riesgo de accidentes laborales.

Muchos consumidores de cocaína pueden tener problemas, tanto en tareas que requieran atención y concentración como por absentismo laboral y otras consecuencias.

El uso de estimulantes incrementa el riesgo de padecer accidentes de trabajo o de tráfico.

Estudios nacionales en población laboral mostraron que el 23-31% de los trabajadores consumidores de drogas han tenido alguna consecuencia negativa derivada de sus consumos, y el 13-15% fueron de carácter laboral (bajas laborales, absentismo, accidentes laborales, tensiones laborales, bajo rendimiento laboral) (Ochoa Mangado y Madoz Gúrpide, 2008).

3.1. Prevalencia del consumo de alcohol y drogas en el medio laboral.

Globalmente, las prevalencias de consumo de drogas en la población laboral, son, según la encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, similares a las encontradas en la población general.

Las sustancias psicoactivas legales son tanto en la población laboral como en la general, las más consumidas, encabezando la lista el alcohol seguido del tabaco. Dentro de las drogas ilegales, la de mayor prevalencia de consumo es el cannabis.

Pero hay que destacar que se observa que la prevalencia de los distintos indicadores de consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales está tendiendo a ser ligeramente superior en la población laboral, con la singularidad de que el consumo de tranquilizantes y somníferos en la población de 35 a 64 años, es más alto en la población general que en la laboral (OED, 2011).

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas lleva más de 20 años elaborando encuestas de prevalencia de consumo.

La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), que se realiza bienalmente entre población de 15-64 años, ha incluido en su edición 2013-2014 la Encuesta sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España en su segunda edición, actualizando los datos de la primera encuesta realizada en este ámbito en la edición de 2007-2008 (OED, 2015). Los datos que se presentan en este informe, igual que el publicado en 2011, nos indican que el consumo en la población laboral es un reflejo de lo que sucede en la población general española, no obstante, la población laboral registra mayores prevalencias de consumo de alcohol y tabaco, y menor prevalencia de consumo de hipnosedantes que la población general, aunque se registra un aumento generalizado del consumo de estas sustancias con respecto a 2007 (OED, 2015).

Podemos apreciar estas observaciones en la siguientes figuras (Figura 9) (OED, 2011) y (Figura 10) (OED, 2015):

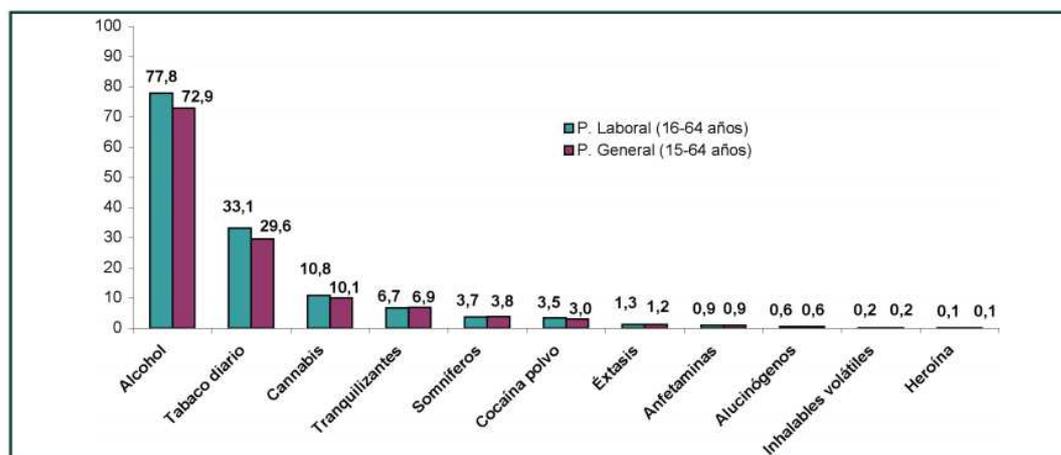


Figura 9. Porcentaje de la población laboral y general que ha consumido diferentes sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses (salvo tabaco diario). España 2008.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. EDADES 2007-2008. Observatorio Español sobre Drogas. 2011.

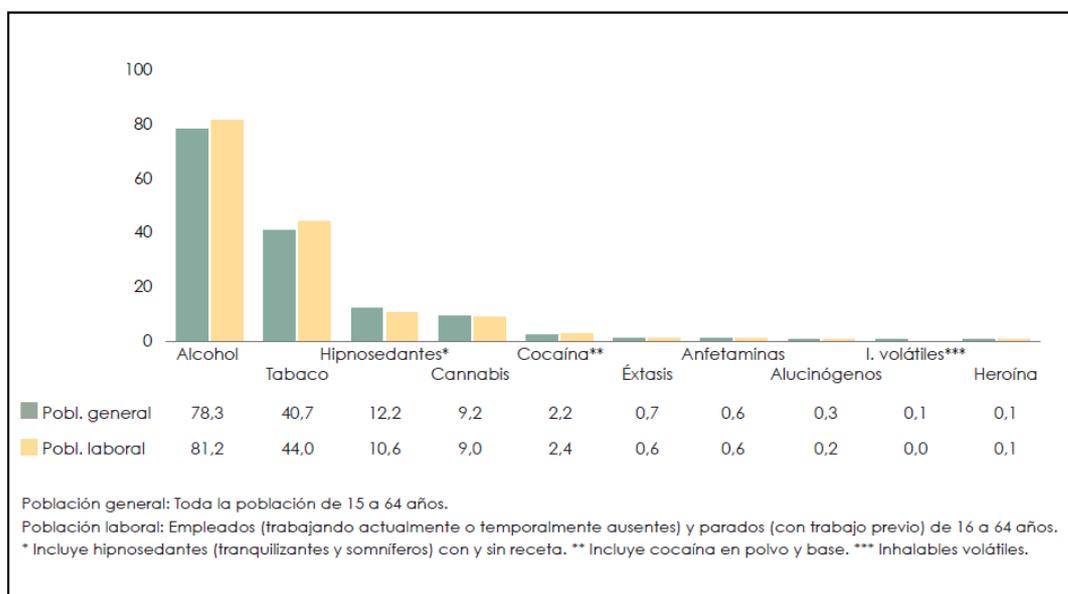


Figura 10. Prevalencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas (últimos 12 meses) en la población general y en la población laboral. España 2013.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. EDADES 2013-2014. Observatorio Español sobre Drogas. 2015.

Exponemos a continuación la prevalencia por sustancias (alcohol, tabaco y drogas) en la población laboral (OED, 2011).

3.1.1. Alcohol.

Al igual que ocurre en la población general, el alcohol es la droga psicoactiva más consumida en la población laboral (Gómez-Talegón et al, 2002). La prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, es de 82.4% en hombres y 71.3% en mujeres. El consumo diario es 15.3% y 4.7% en hombres y mujeres respectivamente.

Las prevalencias de todos los indicadores de consumo de alcohol son mayores entre los varones que entre las mujeres.

Parecen claramente asociados con el consumo diario de alcohol: un nivel bajo de ingresos, bajo nivel de estudios y trabajar en el sector primario, en la construcción o en la hostelería.

El consumo de alcohol diario y de riesgo predomina en el grupo de hombres que trabajan en la actividad primaria (agrícola, pesquera, ganadera y extractiva), hostelería y construcción.

El consumo de alcohol de riesgo es más prevalente entre los directivos y profesionales que en el resto de categorías ocupacionales, siendo estas diferencias más evidentes en los hombres que en las mujeres.

3.1.2. Tabaco.

El tabaco es la sustancia con la prevalencia de consumo diario más elevada. Además del hecho de ser hombre, joven y estar parado, se encontraron asociados con el consumo de tabaco el no tener estudios universitarios, tener bajos ingresos, trabajar en la construcción o la hostelería y tener jornada de noche. Las prevalencias de consumo diario de tabaco son mayores en los sectores de construcción y hostelería, para ambos sexos.

En relación con la categoría ocupacional, en los hombres, el consumo de tabaco diario es mayor entre los trabajadores manuales, especialmente en los no cualificados.

Las condiciones de empleo también influyen, especialmente en lo que se refiere a la inseguridad laboral, donde los hombres que sienten inseguridad sobre su futuro profesional fuman más que los que no tienen tal percepción.

3.1.3. Cannabis.

El cannabis es la droga ilegal más consumida por la población general y laboral. En la población laboral, refiere haber consumido cannabis alguna vez en la vida el 36.4% de los hombres y el 24.3% de las mujeres.

Al igual que en la población general, las prevalencias de consumo de cannabis son mayores entre los varones y los más jóvenes. La prevalencia de consumo es, igualmente, más elevada entre los parados y personas solteras.

Por sectores de actividad, la prevalencia de consumo es significativamente superior, en ambos sexos, en los sectores de construcción, hostelería y transporte/almacenamiento/comunicaciones.

Los hallazgos son similares si en vez del cannabis se considera el conjunto de las drogas ilegales.

En relación a las condiciones de trabajo, en general las personas que han consumido más cannabis también refieren tener peores condiciones. Por ejemplo: el consumo es superior en ambos sexos en las personas que dicen hacer trabajos que exigen alto rendimiento, no están satisfechos en el trabajo o con el trato de superiores o compañeros o desempeñan un trabajo peligroso.

3.1.4. Cocaína.

La cocaína en forma de sal (clorhidrato), o cocaína en polvo, es la segunda droga ilegal más consumida en España, tanto entre la población laboral como entre la general.

En la población laboral refiere haber consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida el 12.8% de los hombres y el 6.2% de las mujeres.

Las prevalencias de consumo de cocaína son más elevadas en los hombres y en el grupo de edad de 16 a 34 años.

Por otra parte, la prevalencia de consumo de cocaína es más elevada entre los parados que entre los empleados, para todas las frecuencias medidas y en ambos sexos.

El sector de la construcción es el sector de actividad que presenta mayor prevalencia de consumo de cocaína en polvo en el último año (diferencia estadísticamente significativa).

En mujeres, las cifras más elevadas se dan en el sector del transporte/almacenamiento/comunicación.

3.1.5. Anfetaminas.

En la población laboral, refiere haber consumido anfetaminas alguna vez en la vida el 6.2% de los hombres y el 2.6% de las mujeres.

Al igual que ocurre con otras sustancias de comercio ilegal, las prevalencias de consumo son mayores en los hombres, en el grupo de menor edad (16-34 años), en los parados y en las personas con estudios secundarios.

En relación con el sector de actividad, el consumo es más prevalente en los hombres que trabajan en el transporte y hostelería y en las mujeres que lo hacen en el comercio y hostelería.

Para ambos sexos, las mayores prevalencias de consumo de drogas ilegales se observan en los sectores de la hostelería y la construcción, aunque también son considerables los consumos en los sectores de transporte y comercio.

El consumo de drogas ilegales está más extendido, entre los hombres, en la categoría de trabajadores manuales mientras que, entre las mujeres, éste predomina en la categoría de personal administrativo y técnicos intermedios.

3.2. Percepción del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral. Importancia de la toma de conciencia de las propias empresas y el entorno en la prevención de riesgos laborales en relación al alcohol y drogas.

En cuanto a las principales razones para considerar el consumo de alcohol y drogas como un problema importante en el ámbito laboral, en la encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, las tres más mencionadas fueron: la posibilidad de que pueda provocar accidentes laborales, disminución de la productividad o el rendimiento y que cause mal ambiente o malas relaciones con los compañeros (Figura 11) (OED, 2011):

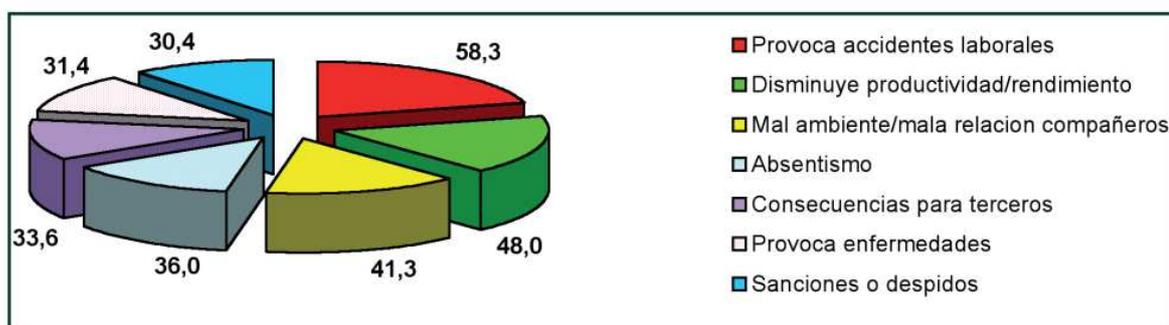


Figura 11. Porcentaje de la población laboral que considera que las drogas son un problema importante en el ámbito laboral por diferentes razones. España 2008.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. EDADES 2007-2008. Observatorio Español sobre Drogas. 2011.

En 2013, 9 de cada 10 trabajadores opinan que el consumo de alcohol u otras drogas en el medio laboral es un problema bastante o muy importante (OED, 2015) (Figura 12). Valor similar a 2007 (OED, 2015).

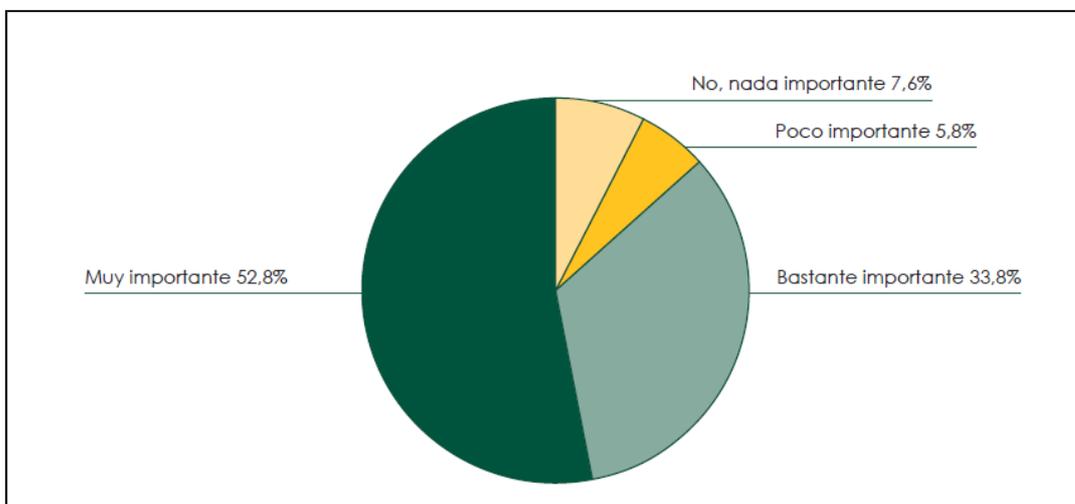


Figura 12. Porcentaje de población laboral, según importancia otorgada al problema del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. España 2013.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. EDADES 2013-2014. Observatorio Español sobre Drogas. 2015.

Entre las razones por las que el consumo de alcohol y otras drogas se considera un problema importante, siguen destacando en 2013, la posible relación con la accidentabilidad laboral y con la disminución de la productividad.

No cabe duda de la importancia que en un tema como el de la prevención de los riesgos en el trabajo, asume la negociación colectiva. Por dos motivos:

- Primero, por la función que se atribuye al convenio colectivo de ser el instrumento a través del cual han de regularse las condiciones de trabajo en un ámbito concreto.
- Segundo, porque el convenio colectivo se configura como la vía idónea para adaptar las condiciones generales de seguridad y salud en el trabajo a las características del sector de la producción o de la

organización empresarial en el que será de aplicación, ya que son los sujetos negociadores del convenio quienes más conocen las necesidades en materia de prevención de riesgos en su ámbito de negociación.

El impacto del consumo de alcohol y drogas sobre la ejecución de trabajo ha movido a determinados convenios a interesarse de manera progresiva en estos temas antes ausentes de su regulación, buscando medidas al margen del ámbito tradicional de las faltas y sanciones.

En determinados sectores especialmente sensibles a la repercusión de este tipo de factores sobre la actividad y la seguridad y salud en el trabajo, como sucede en el caso del transporte, los agentes sociales se comprometen a difundir entre todos los trabajadores del sector, información sobre los riesgos para la salud derivados del consumo del alcohol y de otras drogas, así como a prestar apoyo a los que, afectados de problemática en este sentido, muestren vivo interés en iniciar y desarrollar actividades de rehabilitación.

Se parte de la base de que el consumo de drogas implica problemas de salud con importantes repercusiones individuales y colectivas y que en ocasiones su inicio puede venir determinado por precariedad o malas condiciones de trabajo. Esa es la base para que los negociadores del convenio consideren necesaria la inclusión en el propio convenio de un plan integral que contempla diversas vertientes: preventiva, asistencial, que ayude a la reinserción, participativa, no sancionadora, voluntaria y planificada.

Conforme a la vertiente preventiva, se prevé la puesta en práctica de medidas educativas, informativas y formativas que motiven la reducción y el uso inadecuado de drogas y promociónen hábitos saludables. Al tiempo se prevé potenciar la modificación de factores de riesgo y la mejora de las condiciones de trabajo.

En este punto debe destacarse que un bajísimo porcentaje de los convenios colectivos negociados en 2010 se refieren a la lucha contra el alcoholismo y

la drogadicción, y que además lo hagan desde una perspectiva preventiva y no sólo sancionadora.

Desde esta perspectiva preventiva, algún convenio parte de la base de que la dependencia del alcohol y de las drogas es un problema corregible, por lo que se compele a todo empleado que padezca de tales adicciones para buscar una solución médica, apoyándose en el Servicio Médico en donde se le establecerá un programa de ayuda, una vez diagnosticado el problema.

Sin embargo, no faltan convenios que sólo abordan los problemas de alcoholismo y/o drogadicción desde una vertiente sancionadora (Meléndez, 2012).

4. Accidente de trabajo y accidente de tráfico.

Accidente de tráfico laboral: aquel que sufre un trabajador durante su jornada de trabajo o en los trayectos ida y vuelta domicilio- trabajo, y siempre que intervenga un vehículo en circulación (art.115 RDL 1/1994, de 20 de junio).

De esta definición se pueden extraer dos tipos de accidentes de tráfico laboral:

- Accidentes de tráfico "in itinere": aquel que se produce en el trayecto entre el domicilio del trabajador y su puesto de trabajo siempre que intervenga un vehículo en circulación. Existen 3 criterios o elementos determinantes del accidente "in itinere": que ocurra en el camino de ida o vuelta, que no se produzcan interrupciones entre el trabajo y el accidente y, que se emplee el itinerario habitual.
- Accidentes de tráfico en jornada laboral: aquel que se produce durante la jornada laboral por motivos de trabajo. Se pueden, a su vez, dividir en dos:
 - Accidente de conductores profesionales: aquel sufrido o provocado por el trabajador que utiliza el vehículo como centro de trabajo para cumplir su tarea, es el caso de transportistas, mensajeros o conductores de servicios de trasportes. Se incluyen también en este grupo aquellos accidentes en los que están implicados vehículos y que ocurren en centros de trabajo como las obras, grandes fábricas, zonas de estacionamiento, etc.
 - Accidente "en-misión": aquel sufrido por el trabajador que utiliza el vehículo de forma no continuada, pero que debe realizar desplazamientos fuera de las instalaciones de la empresa para cumplir con su misión.

En nuestro estudio nos referiremos a todos ellos como accidentes “in itinere”.

Según el informe de los accidentes laborales de tráfico 2010 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (De Vicente Abad et al, 2011), en dicho año notificaron 645.964 accidentes de trabajo, incluyendo accidentes en jornada de trabajo (en el centro habitual, en otro centro y en desplazamiento durante la jornada) e “in itinere” (al ir y volver del trabajo). De estos el 65.446 de los accidentes laborales lo eran también de tráfico, esto representa un 10.1% de accidentes respecto al total.

La siguiente Tabla 3, extraída de dicho estudio, muestra la distribución de accidentes de trabajo, por tráfico, en el año 2010 en nuestro país.

Tabla 3. Distribución en España de accidentes de trabajo, por tráfico o no tráfico en el año 2010.

	Frecuencia	%
Tráfico	65446	10.1
No tráfico	580518	89.9
Total	645964	100.0

Fuente: De Vicente Abad, Zimmermann Verdejo, De la Orden Rivera. Informe de accidentes laborales de tráfico 2010. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2011.

La distribución por sexo del trabajador difiere entre los accidentes laborales de tráfico y los que no fueron de tráfico. Incluso cuando se observa una mayoría de siniestros en varones en ambos casos, los accidentes laborales de tráfico mantienen una distribución más similar por sexo. En cambio el accidente de trabajo que no es accidente de tráfico es mayoritariamente masculino en un 70.7% y minoritariamente femenino en un 29.3% de los casos.

La siguiente Tabla 4, extraída de dicho estudio muestra la distribución de accidentes laborales de tráfico y resto, por sexo del trabajador en el año 2010.

Tabla 4. Distribución de accidentes laborales de tráfico y no tráfico, por sexo del trabajador. Año 2010.

		Tráfico	No tráfico	Total
Sexo	Varón	38695	410184	448879
		59.1%	70.7%	69.5%
	Mujer	26751	170334	197085
		40.9%	29.3 %	30.5%
Total		65446	580518	645964
		100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: De Vicente Abad, Zimmermann Verdejo, De la Orden Rivera. Informe de accidentes laborales de tráfico 2010. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2011.

El accidentado laboralmente por tráfico es más joven que el que no está involucrado en un accidente de tráfico. En concreto, la franja de edad entre 16 y 35 años acumula un 56.7% del total de accidentes laborales de tráfico, mientras que el no tráfico agrupa un 41.8% (De Vicente Abad et al, 2011).

II. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

1. Justificación.

Como médico, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, y que trabajo en una Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, siempre he estado especialmente implicada en la prevención de los accidentes en el ámbito laboral.

En los últimos años se ha prestado gran atención a la accidentalidad de tráfico, así como a la accidentabilidad en el ámbito laboral.

Así como el papel de los fármacos y las drogas en la accidentalidad de tráfico ha sido, y es, objeto de creciente interés e investigación, la información e investigación sobre estos aspectos en el ámbito laboral son muy reducidos, en particular en relación a la causalidad de fármacos y drogas en los accidentes laborales.

Es por todo ello, que me pareció oportuno implicarme en un estudio dirigido a analizar el papel de los fármacos y las drogas en la accidentalidad en el ámbito laboral.

En un primer momento, realizamos una búsqueda y revisión bibliográfica en PubMed y Google Scholar, para tener una base sobre la que planificar el estudio. Los términos de búsqueda bibliográfica utilizados fueron: accidentes laborales (occupational injuries), valoración del daño corporal (evaluating personal injury), adicciones en el trabajo (drugs and alcohol at work-place), coste económico de los accidentes laborales (economic cost of occupational accidents), incapacidad laboral (occupational disability). Aunque existe un número muy elevado de publicaciones sobre la accidentalidad en el ámbito laboral, no hemos encontrado estudios específicos de causalidad sobre fármacos y accidentes en el ámbito laboral.

Igualmente una revisión de las publicaciones de los organismos públicos nacionales, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Empleo y Seguridad Social, evidenció la falta de estudios sobre fármacos y su papel en la accidentalidad en el ámbito laboral.

En conclusión, se podría afirmar que se desconocen los datos sobre el tipo y cantidad de medicamentos que consumen los trabajadores, así como otros hábitos de salud (consumo de alcohol y drogas) y si ese consumo está asociado, o no, a una mayor accidentalidad laboral.

2. Hipótesis.

La hipótesis general y de partida de este estudio es que los medicamentos están implicados en la accidentalidad laboral.

Esta hipótesis general se concreta en las siguientes hipótesis específicas:

Hipótesis 1: Los pacientes implicados en contingencias profesionales tienen diferentes características sociodemográficas respecto a los pacientes implicados en contingencias comunes.

Hipótesis 2: Los pacientes implicados en contingencias profesionales consumen más fármacos que los pacientes implicados en contingencias comunes.

Hipótesis 3: Los pacientes implicados en contingencias profesionales consumen más fármacos con pictograma español medicamentos y conducción de vehículos, que los pacientes implicados en contingencias comunes.

Hipótesis 4: Los pacientes implicados en contingencias profesionales consumen más fármacos categoría DRUID 2 o 3 que los pacientes implicados en contingencias comunes.

Hipótesis 5: Los pacientes implicados en contingencias profesionales consumen más drogas (alcohol, tabaco, drogas de abuso) que los pacientes implicados en contingencias comunes.

Hipótesis 6: Los pacientes implicados en contingencias profesionales consumen más fármacos y drogas que los pacientes implicados en contingencias comunes.

Hipótesis 7: Los pacientes implicados en contingencias profesionales tienen diferentes características sociodemográficas, consumen más fármacos y drogas que los pacientes implicados en contingencias comunes.

III.OBJETIVOS

1. Objetivo principal.

Caracterizar las pautas del consumo de medicamentos y hábitos saludables (alcohol, tabaco y drogas de abuso) en pacientes implicados en contingencias profesionales y contingencias comunes que son atendidos en una Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, y analizar su posible asociación con la ocurrencia de un accidente laboral.

2. Objetivos secundarios.

- Caracterización de los pacientes (aspectos sociodemográficos) incluidos en el estudio en ambas cohortes: contingencia profesional (accidentes laborales asistidos, primera consulta) y contingencia común (población trabajadora que acude a los mismos servicios pero por asistencia a contingencias comunes, primera consulta).
- Caracterización de los accidentes laborales: lugar y día del accidente laboral, así como gravedad; si precisaron baja laboral, día de la semana de la baja y duración de la misma; motivo del alta y día del alta. Dicha información se recogerá también en el grupo contingencia común. Analizar los aspectos relativos a cuando el motivo de consulta venga relacionado con un accidente de tráfico tanto en contingencia profesional como común.
- Conocer las patologías que motivaron la consulta tanto en contingencia profesional como en contingencia común. Conocer las categorías diagnósticas más frecuentes así como los principales motivos de consulta de dichas categorías. Conocer el número de causas o diagnósticos implicados en el motivo de consulta. Conocer las patologías crónicas y agudas (aquellas que ocurren 24 horas antes de la consulta por contingencia profesional o común) referidas por los pacientes de ambas cohortes.
- Conocer los medicamentos pautados a causa de la contingencia profesional o de la contingencia común, así como la medicación que el paciente estaba tomando antes de la contingencia profesional o común (tratamientos crónicos y medicamentos consumidos 24 horas previas a

la consulta), y si tenían el pictograma medicamentos y conducción, y su categoría DRUID.

- Conocer las pautas del consumo de tabaco, alcohol y drogas de abuso en los pacientes incluidos en contingencias profesionales y comunes.
- Analizar si las características sociodemográficas y las variables estudiadas relacionadas con los medicamentos y hábitos saludables se relacionan, o no, con una mayor, o menor, probabilidad de tener un accidente laboral.

Adicionalmente queremos señalar dos tipos de objetivos que nos hemos planteado:

- Estudio de factibilidad. Es decir, si las cohortes de contingencia profesionales y comunes a las que se pueden acceder a través de una Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, podrían ser utilizados en estudios posteriores para poder realizar estudios analíticos de causalidad, así como la pertinencia de los pacientes incluidos en las contingencias comunes como comparadores, o grupo de referencia, adecuados, o no, de los pacientes implicados en contingencias profesionales.
- Prevención de la accidentalidad en el ámbito laboral. Adicionalmente, el estudio se realiza con el fin de proporcionar una base científica para la elaboración de documentos y protocolos de práctica clínica a utilizar por los médicos, y otros profesionales sanitarios, que asisten a la población trabajadora, y para confeccionar materiales informativos para los propios trabajadores, las empresas, los servicios de prevención de riesgos laborales, y el personal con responsabilidad en el desarrollo de políticas de salud, con el fin de disminuir la incidencia de accidentes laborales.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Ámbito de estudio.

El estudio se realiza en una Mutua Colaboradora con la Seguridad Social (mutua) de Valladolid.

2. Diseño del estudio.

Se ha diseñado y realizado un estudio prospectivo de cohortes, en el que se analizan los datos recogidos mediante entrevista clínica (en la primera consulta), a los pacientes que acuden a la mutua por un accidente laboral (grupo de contingencia profesional) y a los pacientes que acuden a la mutua por contingencias comunes (grupo de contingencia común, primera consulta).

3. Definición de los grupos de contingencia profesional y contingencia común.

Se ha considerado "contingencia profesional" al paciente que acudía a una primera consulta por haber sufrido un accidente laboral y "contingencia común" al paciente que acudía a una primera consulta por una contingencia común (población trabajadora que acude a los mismos servicios pero por asistencia a contingencias comunes).

La selección del participante tanto en contingencia profesional como común se hizo a medida que acudía a primera consulta tanto por un accidente laboral como por una contingencia común.

4. Selección de la cohorte de contingencia común.

A la hora de establecer el grupo o cohorte más adecuado como comparador a la cohorte de la contingencia profesional, se consideró como lo más oportuno el seleccionar a estos entre los que acudían a la mutua en la primera consulta de contingencias comunes: sólo se consideró aquellos que acudían a la primera consulta.

La decisión se tomó en base a que ambos, cohorte de contingencia común y cohorte de contingencia profesional, acuden a la mutua, son por así decirlo, pacientes que pertenecen a la misma población trabajadora que en un momento dado precisan de una asistencia sanitaria, si bien en un caso por accidente laboral, y en el otro por una contingencia común o accidente no laboral.

5. Criterios de inclusión.

- Trabajadores accidentados que acudan a la mutua por haber sufrido un accidente laboral, primera consulta.
- Trabajadores que acudan a la mutua en situación de incapacidad laboral temporal por sufrir una enfermedad común o accidente no laboral (contingencia común), primera consulta.
- Pacientes que previa información de los objetivos del estudio deseen participar en el mismo y autoricen la recogida de datos de forma anónima y sin ningún dato de identificación (Véase apartado 10, Aspectos Éticos).

6. Criterios de exclusión.

- No desear participar.
- Si durante el proceso de selección tanto en contingencia común como en profesional, un mismo paciente acude una segunda vez por un nuevo proceso o una recaída del proceso anterior en contingencias comunes, o un nuevo accidente de trabajo en contingencias profesionales, no se le vuelve a incluir en el estudio.
- Que el paciente presente un accidente de tal gravedad (o una contingencia común) que impida su participación en el estudio durante la primera consulta en la mutua.

- Presencia tanto en pacientes de contingencias comunes como profesionales, de enfermedades médicas o psiquiátricas que dificulten su evaluación (por ejemplo, pacientes a los que su situación clínica ya sea por motivos médicos o psiquiátricos no les permite acudir a la mutua, estén, por ejemplo, ingresados o en casa con situación de enfermedad terminal).

7. Estudio piloto y tamaño de la muestra.

Para el cálculo del tamaño muestral se realizó un estudio piloto de diciembre de 2009 a enero de 2010 (2 meses). Obteniéndose de media durante esos dos meses unos 30 pacientes/mes que acudían por accidente laboral y 67 pacientes/mes por contingencias comunes.

En base a los datos obtenidos en el estudio piloto de diciembre de 2009 a enero de 2010, el objetivo del estudio era obtener una muestra de 360 personas implicadas en accidentes laborales y 805 que acuden a dicha mutua por contingencias comunes, ofreciendo al total de los pacientes que acuden por uno u otro motivo participar en el estudio.

Los pacientes para el estudio se seleccionarían e incluirían durante un año. Se eligió un año de seguimiento para evitar los posibles efectos o sesgos debidos a la temporalidad. Finalmente la recogida de los datos se realizó durante 13 meses para obtener al menos los 360 pacientes de accidentes laborales y conseguir además que en la recogida de datos por cada paciente incluido en contingencia profesional tuviéramos al menos dos pacientes por contingencias comunes, y que en el evento de algún paciente de ambos grupos se hubiese de anular, se alcanzase el mínimo de pacientes tanto en contingencia profesional como en común. La tasa de abandono o de fallos de reclutamiento se estableció en un 5%.

Dado que desconocemos el posible efecto de la medicación, y otras variables, en la accidentalidad laboral, no hemos podido establecer a priori un tamaño muestral. En este sentido este sería un estudio exploratorio o de factibilidad.

Cuando se eligió el tamaño muestral de 360 en el grupo de contingencias profesionales y al menos 360x2 en el grupo de contingencias comunes, en base a las disponibilidad de pacientes en el recurso sanitario a utilizar, con un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 80%, con una n de 322 en cada grupo podría ser suficiente para observar una diferencia del 24% al 34%, y con una n de 394 en cada grupo una diferencia igual o superior al 9%. Debe observarse que esta información se presenta simplemente de modo orientativo.

8. Recogida de datos.

De los trabajadores, que acuden a la mutua, lugar donde se recogen los datos, por haber sufrido un accidente laboral o estar en situación de incapacidad laboral temporal por padecer una enfermedad común, previa información a los pacientes, y su autorización a la recogida de datos, esta se ha realizado en dos fases:

8.1. En una primera fase se recogen datos referentes a:

- Datos sociodemográficos (sexo, edad, clase social).
- Datos del tipo de consulta: contingencia profesional o común.
- En caso de contingencia profesional: lugar del accidente, fecha de accidente, día de la semana del accidente, fecha y día de la baja. Si se trata o no de un accidente de tráfico.
- En caso de contingencia común: fecha y día de la baja. Si se trata o no de un accidente de tráfico.
- Consulta de inclusión en la cohorte de contingencia profesional o común: situación actual. Diagnóstico, tratamiento farmacológico prescrito del proceso por el que consultan. Registro de cuantos procesos y medicamentos sea oportuno.
- Antecedentes patológicos:
 - Procesos crónicos, patologías previas (enfermedades crónicas) y tratamiento farmacológico para las mismas.
 - Información de los procesos agudos (24 horas previas) de índole diferente a los procesos crónicos y al motivo de consulta actual,

pero por los que en el momento de la entrevista clínica también están siendo tratados.

- Hábitos de consumo de alcohol, drogas y tabaco: Frecuencia (alcohol, drogas y tabaco) y cantidad de consumo habitual (alcohol y tabaco).

8.2. Datos recogidos en una segunda fase:

- Fecha de alta, día de la semana del alta, causa del alta y duración de la baja en contingencias laborales y comunes.
- Gravedad del accidente laboral.

8.3. Generación de una base de datos:

Obsérvese que en el cuestionario empleado (Anexo 2) hay un dato de identificación del paciente, que es el número de historia clínica. Ello fue necesario para poder hacer el seguimiento de los pacientes. A la hora de generar una base de datos en Excel que incluyese la información recogida en los cuestionarios, esta fue anónima y no se ha registrado ningún tipo de información que permita la identificación del paciente. Es decir, se ha generado una base de datos anonimizada.

Cuando todas las variables han sido introducidas en el ordenador ha sido necesario realizar un proceso de revisión y depuración de datos con el objetivo de evaluar y si es posible aumentar la calidad de la información recogida.

La fiabilidad de la información registrada se ha revisado en un 10% de los cuestionarios por una persona independiente. Una vez determinada la base de datos final, los cuestionarios en papel han sido destruidos (Díaz de Rada, 2009).

9. Variables.

9.1. Cuestionario y variables:

Se ha elaborado un cuestionario específico para el estudio, común para los accidentes laborales y las contingencias comunes. El fin fue recoger todos los datos de las variables que queremos analizar. En el Anexo 2 se presenta el cuestionario utilizado para recoger las variables de nuestro interés y la forma de plasmarlas en la base de datos de Excel. Se recogieron datos de trabajadores que acudieron a la mutua en la primera consulta. Los datos de las variables de interés se codificaron como se indica a continuación:

Variables sociodemográficas:

- Sexo (hombre o mujer).
- Edad (en años)
- Clase social (Regidor, 2001). La clasificación de la clase social se realizó según la propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y es la que sigue:
 - I. Directivos de la Administración Pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas con titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario
 - II. Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas con una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos y profesionales de apoyo. Artistas y deportistas
 - IIIa. Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad
 - IIIb. Trabajadores por cuenta propia.
 - IIIc. Supervisores de trabajadores manuales
 - IVa. Trabajadores manuales cualificados
 - IVb. Trabajadores manuales semicualificados

V. Trabajadores manuales no cualificados

Variables relativas a la caracterización del accidente laboral o contingencia común (Aguado et al, 2015):

- Motivo de consulta: contingencia profesional o común.
- Gravedad del proceso actual: En el parte médico de baja del Servicio Público de Salud no aparece esta clasificación. Según figura en el parte médico de baja de contingencias profesionales, se clasifican los accidentes en leves, graves y muy graves (Anexos 3 y 4) (BOE-A-1997-13740; BOE-A-1998-22294).

Esta actividad es realizada por los médicos que hemos visto las contingencias profesionales. Con el objeto del análisis de este estudio hemos utilizado esta clasificación de leve-grave-muy graves.

En el caso de accidente laboral los gestores de la mutua posteriormente crearán un expediente grave en los siguientes casos:

- Tan pronto se prevean secuelas permanentes, susceptibles de ser calificadas como lesión permanente no invalidante (LPNI) o cuando pudieran justificar algún grado de incapacidad permanente (IP).
- Porque se prevea que la duración de la baja médica vaya a ser superior a 120 días.
- En todo caso, cuando se superen dichos 120 días.
- En todos los casos de fallecimiento.

El resto de los casos se considerarán leves.

Este criterio es utilizado con fines de clasificación económica

Agruparemos finalmente las contingencias profesionales en dos grupos: leves y graves (que incluyen los muy graves).

- Lugar del accidente de trabajo: centro de trabajo, otro lugar, "in itinere". Se diferencian, por un lado, los accidentes que han tenido lugar durante la jornada de trabajo, que incluyen los ocurridos en alguna de las tres situaciones siguientes: en el centro de trabajo habitual, en

desplazamiento durante la jornada laboral y en otro centro o lugar de trabajo y, por otro, los accidentes "in itinere", que son los ocurridos al ir o al volver del trabajo.

- Día de la semana del accidente laboral.
- Si se trata o no de un accidente de tráfico.
- Fecha y día de la semana del accidente laboral o consulta de la contingencia común.
- Día de la semana de la baja y alta por accidente laboral o de la contingencia común.
- Fecha de la baja y alta por accidente laboral o de la contingencia común. Posteriormente se calcula la duración de la baja en días.
- Causa del alta por accidente laboral o de la contingencia común: curación, fallecimiento, inspección médica, mejoría para su trabajo habitual.

Variables de diagnóstico, tratamiento y situación del proceso actual:

- Diagnóstico del proceso actual (de la lesión producida en el accidente laboral o de la contingencia común). Codificación según la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10. En la Tabla 5 se presenta esta clasificación en los 22 grandes grupos de procesos patológicos con las tres primeras posiciones (ejemplo de A00 a Z99). Cada proceso se identificó con un código alfanumérico, con una letra en la 1º posición y números en la 2º, 3º, y 4º posición; los terceros y cuartos caracteres separados por un punto. Los códigos posibles van por lo tanto de A00.0 a Z99.9. Por ejemplo una ciática tendría como código M54.3. Se registraron tantas posibles enfermedades o procesos como fuese oportuno en cada caso (MSSSI, 2009).
- Tratamiento farmacológico prescrito. Codificación de acuerdo a la Clasificación Anatómico Terapéutica (ATC). En la Tabla 6 se presentan los grupos de la clasificación ATC (primer dígito). Se registraron tantos fármacos diferentes como se prescribieran al paciente. Cada fármaco se codificó con al menos 4 dígitos, por ejemplo hidralazina, código ATC C02DB02 (WHOCC, 2011). El código ATC se obtuvo en el siguiente enlace: www.whooc.no/atc_ddd_index.

Variables sobre antecedentes del paciente: procesos patológicos y tratamientos farmacológicos:

- Patologías crónicas: se recogen tantas patologías y tratamientos como refieren los pacientes.
 - Patologías previas: codificación según CIE 10, tal como se ha señalado en el apartado anterior (Tabla 6). Se han recogido todas las patologías referidas por el paciente.
 - Tratamiento farmacológico para las patologías previas: codificación según la clasificación ATC señalada en el apartado anterior (Tabla 6). Se han recogido todos los tratamientos farmacológicos referidos por el paciente.

- Patologías agudas: al igual que con las patologías y tratamientos crónicos, se recogen tantas patologías y tratamientos como los pacientes refieren. Obsérvese que en este caso se refieren a aquellos procesos que ocurren 24 horas antes de acudir al centro asistencial por la contingencia común o profesional, y no incluye a aquellos procesos o fármacos ya señalados como crónicos.
 - Consumo de medicamentos 24 horas antes del accidente (Código ATC, Catálogo de Especialidades Farmacéuticas) (Tabla 6) distintos de los utilizados de forma crónica.
 - Patologías que pueden padecer de forma aguda diferente al motivo de consulta 24 horas antes del accidente (codificación según CIE 10) (Tabla 5).

Tabla 5. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.

Códigos	Títulos
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
C00-D48	Neoplasias
D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos
H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio
K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo
L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario
O00-O99	Embarazo, parto y puerperio
P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
V01-Y98	Causas extremas de morbilidad y de mortalidad
Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud
U00-U99	Códigos para situaciones especiales

Tabla 6. Código ATC.

Código ATC del grupo	Descripción del grupo
Grupo A	Tracto alimentario y metabolismo
Grupo B	Sangre y órganos formadores de sangre
Grupo C	Sistema cardiovascular
Grupo D	Dermatológicos
Grupo G	Sistema genitourinario y hormonas sexuales
Grupo H	Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e insulinas
Grupo J	Antiinfecciosos para uso sistémico
Grupo L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores
Grupo M	Sistema musculoesquelético
Grupo N	Sistema nervioso
Grupo P	Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes
Grupo R	Sistema respiratorio
Grupo S	Órganos de los sentidos
Grupo V	Varios

Variables sobre hábitos de consumo de alcohol, tabaco y drogas de abuso:

- Frecuencia (analizada de forma diferenciada) del consumo de tabaco, alcohol y drogas (consumo de cannabis, cocaína y anfetaminas). En el caso del alcohol y las drogas se analizará también el consumo previo 24 horas antes del accidente.
- Cantidad. En el caso del tabaco, número de cigarrillos diarios. En el caso del alcohol, para los pacientes que se han considerado bebedores habituales, es decir, que consumen al menos un día a la semana, se ha calculado el número de Unidades de Bebida Estándar (UBE) (1UBE= 10 gr alcohol) que consume el paciente durante la semana previa a la consulta, diferenciando entre cerveza, vino y licores. Se ha calculado el número total del UBE por paciente y por semana. Posteriormente se ha procedido a agrupar a los pacientes en consumidor de alcohol de riesgo el consumo mayor de 28 UBE/semana en el caso de varones o mayor de 17 UBE/semana en mujeres. Menor o igual a esos valores, no se considera bebedor de riesgo (Gual et al, 2001).

9.2. Valores y descripción de nuevas variables:

Procedimos a la creación de nuevas variables a partir de las ya existentes para aportar más datos de interés al estudio.

- Número de medicamentos tomados de forma crónica.
- Número de medicamentos consumidos de forma aguda.
- Consumen algún tipo de medicamentos si/no (crónico, agudo o agudo y crónico).
- Número de medicamentos que toma: uno, dos o más o no toma.
- Toma fármacos con pictograma: si/no.
- Número de fármacos con pictograma: uno, dos o más o no toma tratamiento o ningún fármaco con pictograma.
- Categoría DRUID más alta: 0, 1, 2 o 3 o sin tratamiento.
- Toma fármacos con categoría Druid 2 o 3: sí/no.
- Número de fármacos con categoría Druid 2 o 3: toma 1, toma dos o más o no toma de esa categoría.

Para conocer cuántos de los medicamentos que estaban tomando los pacientes de forma crónica y/o de forma aguda contenían el pictograma medicamentos y conducción en su envase recogimos la información para clasificarles en pictograma SI o pictograma NO del listado de principios activos e incorporación del pictograma de la conducción, listado que se va publicando y actualizando en la página web de la AEMPS dentro del apartado de "medicamentos y conducción" acorde va finalizando la revisión de cada subgrupo terapéutico (AEMPS, 2015).

Así mismo, se clasificaron los medicamentos que el paciente toma de forma crónica y en las últimas 24 horas de acuerdo a la categoría DRUID en relación a su efecto sobre la aptitud para conducir en cuatro categorías (Anexo 7) (Gómez-Talegón et al, 2011):

Categoría 0: Sin o insignificante influencia en la conducción.

Categoría 1: Influencia menor sobre la capacidad para conducir.

Categoría 2: Influencia moderada sobre la conducción

Categoría 3: Influencia mayor en la conducción. Se trata de medicamentos que pueden producir efectos severos sobre la capacidad de conducir.

(Ravera et al, 2012; Schulze et al, 2012).

En nuestra base de datos encontramos algunos medicamentos que no estaban categorizados en los trabajos previos (Ravera et al, 2012) y que han sido categorizados en el presente estudio por el Dr. Francisco Javier Álvarez González y por la Dra. Trinidad Gómez-Talegón (Anexo 8).

9.3. Recodificación de variables. Valores y descripciones de las variables:

Para realizar ciertos análisis ha sido necesario recodificar los valores de ciertas variables, es decir, cambiar los valores originales de algunas de nuestras variables, como por ejemplo, convertir una variable con varias categorías en dicotómica (por ejemplo, sí/no).

En la Tabla 7 se presentan las variables que se han seleccionado para su inclusión en el modelo de regresión logística y que en determinados casos ha precisado de recodificación de las variables.

Tabla 7. Variables a incluir en el modelo de regresión logística.

VARIABLE
Variables sociodemográficas
<i>Sexo (referencia= mujer)</i> -Hombre
Edad
<i>Clase social (referencia=clase social I)</i> -II -III -IV -V
<i>Clase social - trabajo manual (referencia=trabajo no manual)</i> -Trabajo manual
Variables relacionadas con el consumo de medicamentos
<i>Algún medicamento (referencia= no toma fármacos)</i> -SI

<p><i>Toma número de medicamentos (referencia=no toma)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -toma 1 -toma 2 o más
<p><i>Toma fármacos (referencia=no toma fármacos)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Con pictograma -Sin pictograma
<p><i>Toma fármacos con pictograma(referencia=no toma fármacos o fármacos sin pictograma)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Con pictograma
<p><i>Número de fármacos con pictograma (referencia= ningún fármaco con pictograma o no toma fármacos)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -toma 1 fármaco con pictograma -toma 2 o más fármacos con pictograma
<p><i>DRUID categoría más alta (referencia=no toma fármacos)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -categoría DRUID 0 -categoría DRUID 1 -categoría DRUID 2 -categoría DRUID 3
<p><i>Toma fármacos con categoría DRUID 2 o 3 (referencia = no toma medicamentos o toma DRUID 0 o 1)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Categoría DRUID 2 o 3
<p><i>Número de fármacos con la categoría DRUID 2 o 3 (referencia = no toma fármacos o toma DRUID cero o 1)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -1 medicamento DRUID 2 o 3 -2 o más medicamentos DRUID 2 o 3
<p>Variables relacionadas con el consumo de sustancias</p>
<p><i>Consumo de drogas (referencia = No ha consumido drogas en el último mes)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Ha consumido drogas en el último mes
<p><i>Consumo de alcohol (referencia= No consume o sólo lo hace en ocasiones especiales o exbebedor)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Consume alcohol durante toda la semana o fin de semana
<p><i>Consumo de alcohol de riesgo (referencia= No consume o sólo lo hace en ocasiones especiales o exbebedor)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consumo semanal de alcohol considerado de riesgo: hombres > 28 UBE/sem, mujeres >17 UBE/sem - Consumo semanal de alcohol no considerado de riesgo
<p><i>Consumo de tabaco (referencia = no fuma o exfumador o sólo en ocasiones especiales)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Fuma a diario

10. Aspectos éticos.

Para dicha investigación se ha obtenido la oportuna aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid con fecha 24 de febrero de 2010: Código CEIC 2010/07 (Anexo 5).

Todos los pacientes participantes en el estudio han sido voluntarios, se les ha informado adecuadamente de las características y naturaleza del estudio, así como del carácter voluntario y anónimo del mismo.

Toda la información almacenada en la base de datos se ha registrado sin ninguna referencia que permita identificar a las personas.

11. Análisis estadístico.

El análisis estadístico fue llevado a cabo con el programa SPSS V.19. El nivel de significación estadística se estableció en $p \leq 0.05$ para todos los test.

En el análisis descriptivo de la muestra se presentan frecuencias absolutas (n) y relativas (porcentaje) para las variables categóricas y la media con su desviación estándar (DE) para las variables continuas. Las diferencias entre grupos se analizaron mediante el test de la chi cuadrado de Pearson para las primeras variables, y mediante el test de la t de Student para las segundas.

Para estudiar la posible relación entre el consumo de medicamentos y la accidentalidad laboral se plantearon diferentes modelos de regresión logística. En todos los modelos, la variable dependiente fue "accidente laboral/contingencia común". Con cada una de las regresiones logísticas se analizó un factor diferente relacionado con el consumo de medicamentos y en todas ellas se consideraron, además, otras variables que pudieran afectar a la accidentalidad laboral, como son, diferentes factores sociodemográficos y factores relacionados con el consumo de sustancias. En los resultados se presentan las Odds Ratio con su intervalo de confianza al

95% (OR [95% IC]) correspondientes a los modelos obtenidos mediante un procedimiento de pasos sucesivos hacia adelante. Este procedimiento fue el elegido, una vez analizados y descartados posibles efectos de interacción y confusión entre los diferentes factores y covariables analizados, mediante el planteamiento y estudio de sucesivos modelos de regresión, ejecutados con diferentes procedimientos. La bondad del ajuste de cada modelo se evaluó con la prueba de Hosmer-Lemeshow, si bien esos datos no se presentan.

Factores relacionados con el consumo de medicamentos

- Toma algún tipo de medicamento (sí/no).
- Número de medicamentos que toma (no toma/toma 1/toma 2 o más).
- Toma fármacos con pictograma (sí/no/no toma fármacos).
- Toma fármacos con pictograma (sí/no o no toma fármacos).
- Número de fármacos con pictograma (ningún fármaco con pictograma o no toma fármacos/toma un fármaco con pictograma/toma dos o más fármacos con pictograma).
- DRUID categoría más alta (no toma fármacos/categoría DRUID 0/categoría DRUID 1/categoría DRUID 2/categoría DRUID 3).
- Toma fármacos con categoría DRUID 2 o 3 (no toma medicamentos o toma DRUID 0 o 1/categoría DRUID 2 o 3).
- Número de fármacos con la categoría DRUID 2 o 3 (no toma fármacos o toma DRUID cero o 1/un medicamento DRUID 2 o 3/2 o más medicamentos DRUID 2 o 3).

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Sexo (hombre/mujer).
- Clase social (I/II/III/IV/V).
- Tipo de trabajo (manual/no manual).
- Edad (variable continua).

Factores relacionados con el consumo de sustancias

- Consumo de drogas en el último mes (sí/no).
- Consumo de alcohol habitual durante la semana (sí/no).
- Consumo de alcohol de riesgo (sí/no/no consumo habitual).
- Fuma a diario (sí/no).

12. Descripción de la población finalmente estudiada según las características sociodemográficas.

En el Anexo 6 se presenta la distribución de los pacientes incluidos en la cohorte de contingencia profesional y contingencia común. Se han incluido, respectivamente, 379 y 821 pacientes.

Existen diferencias entre ambos grupos en relación al sexo, edad y clase social. Los datos correspondientes a las contingencias profesionales y comunes se han ponderado por sexo y edad de acuerdo a la distribución del total de la muestra 1200, resultando 375 en el grupo de contingencia profesional y 825 en el grupo de contingencia común.

A lo largo del presente estudio, se utilizaron siempre los datos una vez ponderados.

Los factores de ponderación han oscilado para los rangos de edad y para la variable sexo entre un mínimo de 0.7931 y un máximo de 1.4237.

V. RESULTADOS

1. Descripción de la muestra.

Como ya hemos señalado, la recogida de datos tuvo lugar en una Mutua Colaboradora con la Seguridad Social de Valladolid, durante 13 meses, desde el 1 de marzo de 2010 al 1 de abril de 2011. Se obtuvieron los datos de los pacientes que acudían a la primera consulta, tanto i) tras sufrir un accidente laboral como ii) padecer una enfermedad común o un accidente no laboral y haber sido citado en dicha mutua para seguimiento.

Se estudiaron un total de 1200 pacientes, de los cuales 375 pertenecen al grupo o cohorte de accidente laboral (en adelante grupo de contingencia profesional) y 825 a la cohorte de enfermedad común/accidente no laboral (en adelante grupo de contingencia común).

1.1. Caracterización de los pacientes incluidos en el estudio.

En la Tabla 8 se presentan las características sociodemográficas de las cohortes con accidente laboral y contingencia común, una vez ponderados los datos referentes a ambos grupos a la distribución del total de la muestra por sexo y edad (véase material y métodos apartado 12). Como resultado de la ponderación en algunos de los análisis puede observarse una diferencia en la muestra de ± 1 o ± 2 pacientes.

Sexo

En el grupo de contingencia profesional se incluyeron 375 pacientes de los cuales 207 (55.2%) eran hombres y 168 (44.8%) eran mujeres. En el grupo de las contingencias comunes en total se incluyeron, tras la ponderación, 825 pacientes, 454 hombres (55.1%) y 370 mujeres (44.9%). No se observaron diferencias significativas por sexo entre ambas cohortes ($X^2 = 0.001$, $p = 0.97$) (Tabla 8).

Edad

La media de edad (media \pm DE) fue de 37.97 ± 10.12 para el grupo de contingencias profesionales y de 37.83 ± 10.32 para las contingencias comunes (obviamente no observándose diferencias entre ambos grupos) ($t=0.23$, $p=0.82$). Entre las personas implicadas en accidente laboral, la edad media de los hombres fue de 38.01 años ± 10.49 y entre las mujeres fue de 37.92 años ± 9.68 . Uno de cada cinco de los pacientes incluidos en contingencia profesional tenía su edad en el rango de 31-35 años. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la media de edad y distribución por rangos de edad por sexos y por contingencia profesional y común (Tabla 8).

Clase social

En relación a la clase social, uno de cada dos pacientes estaba incluido en el grupo V (trabajadores manuales no cualificados). Se han observado diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a la clase social entre los grupos de contingencia profesional y contingencia común (Tabla 8). A destacar que el 82.9% de los pacientes en el grupo de contingencia profesional pertenecían a las categorías IV y V (trabajadores manuales), mientras que este porcentaje sólo era del 57.3% entre el grupo de la contingencia común.

Tabla 8. Descripción de las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en contingencia profesional y común tras ponderar la muestra por las variables sexo y edad.

	Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
Sexo				
Hombres	207 (55.2%)	454 (55.1%)	661 (55.1%)	$\chi^2 = 0.001$; p=0.97
Mujeres	168 (44.8%)	370 (44.9%)	538 (44.9%)	
Edad media (años) \pm DS				
	37.97 \pm 10.12	37.83 \pm 10.32	37.87 \pm 10.26	t=0.23; p=0.82
Edad hombres	38.01 \pm 10.49	38.10 \pm 10.62	38.07 \pm 10.57	t=-0.10; p=0.92
Edad mujeres	37.92 \pm 9.68	37.49 \pm 9.95	37.62 \pm 9.86	t=0.47; p=0.64
Grupos de edad (años)				
17-20	4 (1.1%)	14 (1.7%)	18 (1.5%)	$\chi^2_9 = 0.76$; p=1
21-25	33 (8.8%)	73 (8.9%)	106 (8.8%)	
26-30	61 (16.3%)	133 (16.1%)	194 (16.2%)	
31-35	76 (20.3%)	166 (20.1%)	242 (20.2%)	
36-40	67 (17.9%)	146 (17.7%)	213 (17.8%)	
41-45	38 (10.1%)	82 (10.0%)	120 (10.0%)	
46-50	47 (12.5%)	102 (12.4%)	149 (12.4%)	
51-55	26 (6.9%)	56 (6.8%)	82 (6.8%)	
56-60	19 (5.1%)	42 (5.1%)	61 (5.1%)	
61-67	4 (1.1%)	10 (1.2%)	14 (1.2%)	
Clase social				
I	2 (0.5%)	24 (2.9%)	26 (2.2%)	$\chi^2_4 = 76.49$; p<0.0001
II	15 (4.0%)	58 (7.0%)	73 (6.1%)	
III	47 (12.5%)	270 (32.7%)	317 (26.4%)	
IV	120 (32.0%)	190 (23.0%)	310 (25.8%)	
V	191 (50.9%)	283 (34.3%)	474 (39.5%)	
Clase social-TRABAJO MANUAL sí/no				
Manual	311 (82.9%)	473 (57.3%)	784 (65.3%)	$\chi^2 = 74.60$; p<0.0001
No manual	64 (17.1%)	352 (42.7%)	416 (34.7%)	

1.2. Incapacidad laboral temporal en los grupos de contingencia profesional y contingencia común.

Incapacidad laboral temporal

En cuanto a la situación de incapacidad laboral, todos los pacientes que acuden a consulta por una contingencia común están de baja, mientras que a los pacientes que acuden por accidente laboral se les dio la baja al 25.1% (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de los pacientes en función de estar en situación o no de incapacidad laboral temporal.

Situación laboral	Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
Con baja	94 (25.1%)	825 (100.0%)	919 (76.6%)	X ² =807.22; p<0.0001
Sin baja	281 (74.9%)	0 (0%)	281 (23.4%)	

Día de la semana de la baja

En la Tabla 10 se presenta la distribución de los pacientes en situación de baja laboral temporal a lo largo de los días de la semana en los grupos de contingencia profesional y común, observándose diferencias significativas en su distribución. En los accidentes laborales el día de baja que aparece con mayor frecuencia es el martes y viernes. Sin embargo en las contingencias comunes, el mayor número de bajas han sido dadas el lunes, un 28.6%, seguido del miércoles, un 21.7%.

Tabla 10. Distribución de los pacientes en situación de baja laboral temporal a lo largo de los días de la semana.

	Contingencia profesional n= 94	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
LUNES	13 (14.0%)	236 (28.6%)	249 (27.2%)	$\chi^2_6 = 34.76;$ $p < 0.0001$
MARTES	25 (26.9%)	135 (16.4%)	160 (17.4%)	
MIÉRCOLES	8 (8.6%)	179 (21.7%)	187 (20.4%)	
JUEVES	17 (18.3%)	127 (15.4%)	144 (15.7%)	
VIERNES	26 (28.0%)	102 (12.4%)	128 (14.0%)	
SÁBADO	2 (2.2%)	32 (3.9%)	34 (3.7%)	
DOMINGO	2 (2.2%)	13 (1.6%)	15 (1.6%)	

Día de la semana del alta

Cuando se ha analizado el día de alta de los pacientes incluidos en ambos grupos (Tabla 11), no se observan diferencias significativas entre ellos. Si bien, es preciso destacar que el lunes y viernes son los días en que con mayor frecuencia se produce el alta.

Tabla 11. Distribución de los pacientes en situación de baja laboral temporal a lo largo de los días de la semana: día del alta.

	Contingencia profesional n= 94	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
LUNES	25 (26.6%)	266 (32.2%)	291 (31.7%)	$\chi^2_6 = 4.56;$ $p = 0.60$
MARTES	18 (19.1%)	143 (17.3%)	161 (17.5%)	
MIÉRCOLES	13 (13.8%)	98 (11.9%)	111 (12.1%)	
JUEVES	11 (11.7%)	135 (16.4%)	146 (15.9%)	
VIERNES	27 (28.7%)	180 (21.8%)	207 (22.5%)	
SÁBADO	0 (0.0%)	2 (0.2%)	2 (0.2%)	
DOMINGO	0 (0.0%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	

Causa del alta

En cuanto a la causa del alta, en el grupo de contingencia profesional un 75.5% fue por "curación", y en el caso de las contingencias comunes en un 66.8% fue por "mejoría que permite realizar trabajo habitual",

observándose diferencias significativas entre ambos grupos en la causa del alta (Tabla 12).

Tabla 12. Causa del alta.

	Contingencia profesional n= 94	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
ALTA POR CURACIÓN	71 (75.5%)	267 (32.4%)	338 (36.8%)	$X^2_3 = 67.59;$ $p < 0.0001$
ALTA POR FALLECIMIENTO	0 (0%)	3(0.3%)	3(0.3%)	
ALTA POR PROPUESTA DE INCAPACIDAD	0 (0%)	5 (0.5%)	5 (0.5%)	
ALTA POR MEJORÍA QUE PERMITE REALIZAR TRABAJO HABITUAL	23 (24.5%)	550 (66.8%)	573 (62.4%)	

Duración de la baja

La media de los días de baja fue sensiblemente mayor ($t = -9.185;$ $p < 0.0001$) en el grupo de contingencias comunes (93.79 ± 85.93 días) que en el grupo de contingencias profesionales (37.72 ± 51.66 días).

1.3. Características particulares del grupo de contingencia profesional (accidentes laborales).

Lugar del accidente laboral

El accidente laboral tuvo lugar en el centro de trabajo en el 90.1% ($n = 338$) de los casos, en otro lugar en el 1.9% ($n = 7$) e "in itinere" en el 8.0% ($n = 30$).

Día de la semana del accidente laboral

En cuanto al día de la semana que sucede el accidente laboral (Tabla 13), se observa que los porcentajes mayoritarios se reflejan en los días martes y viernes.

Tabla 13. Día de la semana en que sucede el accidente laboral.

	ACCIDENTE LABORAL
LUNES	49 (13.1%)
MARTES	88 (23.5%)
MIÉRCOLES	43 (11.5%)
JUEVES	77 (20.5%)
VIERNES	100 (26.7%)
SÁBADO	10 (2.7%)
DOMINGO	8 (2.1%)

Gravedad

Todos los pacientes de contingencias profesionales fueron clasificados por el médico asistencial como leves.

Del total de los pacientes de contingencias profesionales que precisaron baja, es decir un 25.1%, únicamente a 5.3% de ellos se les creó el expediente de grave por duración, al superar el número de 120 días de baja (véase apartado 9, variables, en material y métodos). Este sería el criterio de los gestores de la mutua.

2. Diagnósticos.

2.1. Diagnósticos motivo de la consulta por contingencia profesional o por contingencia común.

Como se ha señalado en el apartado de material y métodos, los motivos de consulta se han clasificado según la clasificación diagnóstica de la CIE-10 (Tabla 6). Esta se ha realizado a partir del diagnóstico derivado de la consulta de accidente de trabajo y el diagnóstico que constaba en el parte de baja en el caso de las contingencias comunes.

En la Tabla 14 se presentan las enfermedades diagnosticadas por motivo de consulta por contingencia profesional. Obsérvese que puede haber más de alguna enfermedad como motivo de la consulta. La distribución se presenta atendiendo a los grandes grupos de procesos según la CIE-10.

De acuerdo con los resultados obtenidos (Tabla 14) podemos destacar que las patologías que motivaron la consulta eran mayoritariamente:

i) Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo, el 34.9% de las contingencias profesionales y 29.4% de las contingencias comunes.

ii) Patologías pertenecientes al grupo "traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa", el 55.5% de las contingencias profesionales y 18.5% de las contingencias comunes.

De los veintidós grupos diagnósticos de la clasificación CIE-10, estos dos grupos de patologías representan el 61.2% de la patología motivo de consulta, si bien su distribución es diferente para los grupos de contingencia común (47.9%) como laboral (90.4%). En general se observan diferencias significativas en la distribución por grupos diagnósticos de la CIE-10 en ambos grupos.

En la Tabla 15 se presentan los principales motivos de consulta tanto por contingencia profesional o común, para las cuatro categorías diagnósticas CIE-10 más frecuentemente observadas (Tabla 14).

De entre los "traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa", el diagnóstico más frecuente en el grupo de las contingencias profesionales fue el de cuerpo extraño en la córnea, esguince de tobillo (en ambos casos $n=19$), esguince de muñeca y herida de dedo(s) de la mano. Los traumatismos son mucho más frecuentes en el caso de las contingencias profesionales que en las contingencias comunes.

En el caso de las "enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo", el diagnóstico más frecuente en el grupo de las contingencias profesionales fue el de cervicalgia, seguido de lumbago no especificado. Estas patologías fueron significativamente más frecuentes en el grupo de las contingencias profesionales que en las contingencias comunes ($p=0.054$).

En relación a los "factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud", todos ellos correspondieron a casos de contingencias comunes y en 113 de 153 casos el motivo fue convalecencia consecutiva a cirugía, y en el resto de casos estuvo relacionado con el embarazo.

Finalmente, en el grupo de "trastornos mentales y del comportamiento", prácticamente (salvo un caso en contingencias profesionales), todos ellos correspondieron a casos de contingencias comunes, en relación a ansiedad y ansiedad-depresión.

En Tabla 16 se presentan el número de diagnósticos referidos como motivo de consulta por contingencia profesional o común. Dos o más diagnósticos se han encontrado con mayor frecuencia ($p<0.0001$) en el caso de la contingencia común (24.1%) que en el caso de la contingencia profesional (2.7%), siendo la media de diagnósticos de 1.25 y 1.03 respectivamente ($p<0.0001$).

Tabla 14. Número y porcentaje de enfermedades diagnosticadas como motivo de consulta por contingencia profesional o común.

Clasificación de las enfermedades CIE-10	Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0 (0.0%)	10 (1.2%)	10 (0.8%)	$X^2=4.584$ $p=0.032$
Neoplasias	0 (0.0%)	41 (5.0%)	41 (3.4%)	$X^2=19.320$ $p<0.0001$
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	0 (0.0%)	7 (0.8%)	7 (0.6%)	$X^2=3.200$ $p=0.074$
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0 (0.0%)	5 (0.6%)	5 (0.4%)	$X^2=2.282$ $p=0.131$
Trastornos mentales y del comportamiento	1 (0.3%)	115 (14.0%)	116 (9.7%)	$X^2=55.268$ $p<0.0001$
Enfermedades del sistema nervioso	1 (0.3%)	26 (3.2%)	27 (2.3%)	$X^2=9.756$ $p=0.002$
Enfermedades del ojo y sus anexos	23 (6.1%)	17 (2.1%)	40 (3.3%)	$X^2=13.271$ $p<0.0001$
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0 (0.0%)	17 (2.1%)	17 (1.4%)	$X^2=7.838$ $p=0.005$
Enfermedades del sistema circulatorio	1 (0.3%)	37 (4.5%)	38 (3.2%)	$X^2=14.960$ $p<0.0001$
Enfermedades del sistema respiratorio	1 (0.3%)	29 (3.5%)	30 (2.5%)	$X^2=11.161$ $p=0.001$
Enfermedades del aparato digestivo	0 (0.0%)	84 (10.2%)	84 (7.0%)	$X^2=41.108$ $p<0.0001$
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	7 (1.9%)	6 (0.7%)	13 (1.1%)	$X^2=3.115$ $p=0.078$
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	131 (34.9%)	242 (29.4%)	373 (31.1%)	$X^2=3.723$ $p=0.054$
Enfermedades del aparato genitourinario	0 (0.0%)	17 (2.1%)	17 (1.4%)	$X^2=7.838$ $p=0.005$
Embarazo, parto y puerperio	0 (0.0%)	28 (3.4%)	28 (2.3%)	$X^2=13.031$ $p<0.0001$
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2 (0.5%)	18 (2.2%)	20 (1.7%)	$X^2=4.275$ $p=0.039$
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	208 (55.5%)	153 (18.5%)	361 (30.1%)	$X^2=167.090$ $p<0.0001$
Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	2 (0.5%)	0 (0.0%)	2 (0.2%)	$X^2=4.407$ $p=0.036$
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	0 (0.0%)	153 (18.5%)	153 (12.8%)	$X^2=79.708$ $p<0.0001$
Códigos para situaciones especiales	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-

Tabla 15. Principales motivos de consulta por contingencia profesional o contingencia común.

Principales motivos de consulta		Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
Trastornos mentales y del comportamiento		1 (0.3%)	115 (14.0%)	116 (9.7%)	$\chi^2=55.268$ $p<0.0001$
Principales causas de este grupo	Trastorno de ansiedad	0 (0.0%)	42 (5.1%)	42 (3.5%)	
	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	0 (0.0%)	61 (7.4%)	61 (5.1%)	
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo		131 (34.9%)	242 (29.4%)	373 (31.1%)	$\chi^2=3.723$ $p=0.054$
Principales causas de este grupo	Cervicalgia	37 (9.9%)	53 (6.4%)	90 (7.5%)	
	Lumbago con ciática	3 (0.8%)	25 (3.0%)	28 (2.3%)	
	Lumbago no especificado	26 (6.9%)	59 (7.1%)	85 (7.1%)	
	Dorsalgia	13 (3.5%)	4 (0.5%)	17 (1.4%)	
	Lesión hombro no especificado	6 (1.6%)	12 (1.5%)	18 (1.5%)	
	Trastornos internos de la rodilla	7 (1.9%)	24 (2.9%)	31 (2.6%)	
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa		208 (55.5%)	153 (18.5%)	361 (30.1%)	$\chi^2=167.09$ $p<0.0001$
Principales causas de este grupo	Contusión dedo de la mano	8 (2.1%)	2 (0.2%)	10 (0.8%)	
	Contusión rodilla	11 (2.9%)	0 (0.0%)	11 (0.9%)	
	Cuerpo extraño en la cornea	19 (5.1%)	0 (0.0%)	19 (1.6%)	
	Esguince muñeca	15 (4.0%)	1 (0.1%)	16 (1.3%)	
	Esguince rodilla	2 (0.5%)	15 (1.8%)	17 (1.4%)	
	Esguince tobillo	19 (5.1%)	13 (1.6%)	32 (2.7%)	
	Fractura de muñeca y/o mano	2 (0.5%)	15 (1.8%)	17 (1.4%)	
	Herida dedo(s) de la mano	13 (3.5%)	2 (0.2%)	15 (1.3%)	
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud		0 (0.0%)	153 (18.5%)	153 (12.8%)	$\chi^2=79.708$ $p<0.0001$
Principales causas de este grupo	Convalecencia consecutiva a cirugía	0 (0.0%)	115 (13.9%)	115 (9.6%)	
	Embarazo confirmado	0 (0.0%)	30 (3.6%)	30 (2.5%)	
	Embarazo de riesgo	0 (0.0%)	8 (1.0%)	8 (0.7%)	

Tabla 16. Número de causas o diagnósticos implicados en el motivo de consulta actual que puede o ha podido derivar en baja y número medio de diagnósticos.

Número de diagnósticos motivo de consulta y/o de baja	Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
Un diagnóstico	365 (97.3%)	626 (75.9%)	991 (82.6%)	X ² =82.51; p<0.0001
Dos o más diagnósticos	10 (2.7%)	199 (24.1%)	209 (17.4%)	
Media de diagnósticos ± DE	1.03 ± 0.16	1.25 ± 0.46	1.18 ± 0.41	t=-12.42; p<0.0001

2.2. Enfermedades crónicas y agudas que padecen los pacientes de la muestra.

Tal como se ha explicado en el apartado de material y métodos, aparte de las enfermedades o procesos que han generado la consulta médica, se ha recogido una serie de aspectos relativos a los antecedentes de los pacientes, diferenciándose, en este caso, entre patologías crónicas y patologías agudas (aquellas que ocurren 24 horas antes de la consulta por contingencia profesional o común). En la Tabla 17 se presenta la distribución de los procesos crónicos y en la Tabla 18 la de los procesos agudos, en ambos casos de acuerdo a la clasificación CIE-10 y distribuidos en los 22 grandes grupos.

En relación a los procesos crónicos más frecuentemente referidos estos corresponden a (Tabla 17):

- i) Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas: 87 casos en total (contingencia profesional frente a contingencia común, p=0.44).
- ii) Enfermedades del sistema circulatorio: 63 casos (p=0.93).
- iii) Trastornos mentales y del comportamiento: 52 casos (p=0.49).
- iv) Enfermedades del aparato digestivo: 39 casos (p=0.18).

En general, no existen diferencias entre ambos grupos en lo que se refiere a patología crónica aludida previamente (Tabla 17).

Por lo que respecta a los procesos agudos, sólo un número muy reducido de pacientes los han referido, 4 casos en contingencias profesionales y 19 casos en contingencias comunes. En 12 casos los procesos correspondían a enfermedades del sistema respiratorio. Al igual que en el caso de las patologías crónicas, en general no existen diferencias entre ambos grupos en lo que se refiere a patología aguda referida (Tabla 18; $p=0.04$ en el caso de enfermedades del aparato digestivo).

Tabla 17. Número y porcentaje de enfermedades crónicas que los pacientes padecían previas al motivo de consulta.

Clasificación de las enfermedades CIE-10	Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	3 (0.8%)	3 (0.4%)	6 (0.5%)	$X^2=0.99$; $p=0.32$
Neoplasias	0 (0.0%)	3 (0.4%)	3 (0.3%)	$X^2=1.37$; $p=0.24$
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	6 (1.6%)	9 (1.1%)	15 (1.3%)	$X^2=0.54$; $p=0.46$
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	24 (6.4%)	63 (7.6%)	87 (7.3%)	$X^2=0.59$; $p=0.44$
Trastornos mentales y del comportamiento	14 (3.7%)	38 (4.6%)	52 (4.3%)	$X^2=0.47$; $p=0.49$
Enfermedades del sistema nervioso	3 (0.8%)	11 (1.3%)	14 (1.2%)	$X^2=0.64$; $p=0.42$
Enfermedades del ojo y sus anexos	0 (0.0%)	2 (0.2%)	2 (0.2%)	$X^2=0.91$; $p=0.34$
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	1 (0.3%)	2 (0.2%)	3 (0.3%)	$X^2=0.006$; $p=0.94$
Enfermedades del sistema circulatorio	20 (5.3%)	43 (5.2%)	63 (5.3%)	$X^2=0.008$; $p=0.93$
Enfermedades del sistema respiratorio	5 (1.3%)	21 (2.5%)	26 (2.2%)	$X^2=1.79$; $p=0.18$
Enfermedades del aparato digestivo	16 (4.3%)	23 (2.8%)	39 (3.3%)	$X^2=1.78$; $p=0.18$
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	6 (1.6%)	1 (0.1%)	7 (0.6%)	$X^2=9.71$; $p=0.002$
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	6 (1.6%)	26 (3.2%)	32 (2.7%)	$X^2=2.39$; $p=0.12$
Enfermedades del aparato genitourinario	1 (0.3%)	6 (0.7%)	7 (0.6%)	$X^2=0.94$; $p=0.33$
Embarazo, parto y puerperio	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3 (0.8%)	8 (1.0%)	11 (0.9%)	$X^2=0.08$; $p=0.78$
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	0 (0.0%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	$X^2=0.46$; $p=0.5$
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	2 (0.5%)	4 (0.5%)	6 (0.5%)	$X^2=0.012$; $p=0.91$
Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Códigos para situaciones especiales	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-

Tabla 18. Número y porcentaje de enfermedades padecidas en las 24 horas previas al motivo de consulta.

Clasificación de las enfermedades CIE-10	Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Neoplasias	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Trastornos mentales y del comportamiento	0 (0.0%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	$X^2=0.46$; $p=0.5$
Enfermedades del sistema nervioso	1 (0.3%)	1 (0.1%)	2 (0.2%)	$X^2=0.33$; $p=0.57$
Enfermedades del ojo y sus anexos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Enfermedades del sistema circulatorio	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Enfermedades del sistema respiratorio	2 (0.5%)	12 (1.5%)	14 (1.2%)	$X^2=1.9$; $p=0.17$
Enfermedades del aparato digestivo	2 (0.5%)	0 (0.0%)	2 (0.2%)	$X^2=4.4$; $p=0.04$
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	0 (0.0%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	$X^2=0.46$; $p=0.5$
Enfermedades del aparato genitourinario	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Embarazo, parto y puerperio	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1 (0.3%)	3 (0.4%)	4 (0.3%)	$X^2=0.073$; $p=0.79$
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	0 (0.0%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	$X^2=0.46$; $p=0.5$
Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Códigos para situaciones especiales	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-

3. Tratamientos. Distribución de los medicamentos pautados a causa de la consulta motivo de la contingencia profesional o de la contingencia común, de los medicamentos crónicos que los pacientes de la muestra consumían previos al motivo de consulta y de los medicamentos consumidos 24 horas previas al motivo de consulta.

En este apartado se analizan todos los aspectos relativos a la medicación prescrita así como a la medicación que el paciente estaba tomando antes de la contingencia profesional o contingencia común por lo que acude a consulta. Como se ha explicado en el apartado de material y métodos, se ha recogido información de todos los medicamentos (preparados farmacéuticos comerciales) que el paciente estuviese tomando o le fuese prescrito. Esa información se recoge en las Tablas 19, 20 y 21. Éstos se han clasificado de acuerdo a la Clasificación Anatómico Terapéutica (ATC). En dichas Tablas 19-21 se presenta esta información de los medicamentos de acuerdo a la distribución en los catorce grandes grupos (correspondientes a la primera letra de la clasificación ATC).

3.1. Tratamientos pautados a causa de la consulta motivo de la contingencia profesional o de la contingencia común.

En los casos de la contingencia profesional (Tabla 19) los medicamentos más prescritos corresponden al grupo M (sistema musculoesquelético) (66.4%), y en mucha menor frecuencia al grupo A (tracto alimentario y metabolismo) (29.9%) y al grupo N (sistema nervioso) (16.3%).

Entre los pacientes que acudieron por contingencia común, los grupos de fármacos más prescritos corresponden al grupo N (37.6%), al grupo M (31.3%), y al grupo A (20.5%).

Como puede observarse en la Tabla 19, los grupos de medicamentos que son prescritos a ambos grupos de pacientes son diferentes ($p \leq 0.05$) en relación al grupo M, al grupo N, al grupo A, al grupo B, al grupo H, al grupo S y al grupo R, del más al menos frecuente. Es preciso recordar que se han

registrado todos los medicamentos que se han prescrito a estos dos grupos de pacientes.

Tabla 19. Distribución de los medicamentos pautados a causa de la consulta motivo de la contingencia profesional o de la contingencia común.

Descripción del grupo farmacológico	Contingencia profesional n=375	Contingencia común n=825	Total	Estadístico
A.-Tracto alimentario y metabolismo	112 (29.9%)	169 (20.5%)	281 (23.4%)	$X^2=12.58$; $p<0.0001$
B.-Sangre y órganos formadores de sangre	10 (2.7%)	91 (11.0%)	101 (8.4%)	$X^2=23.40$; $p<0.0001$
C.-Sistema cardiovascular	6 (1.6%)	18 (2.2%)	24 (2.0%)	$X^2=0.45$; $p=0.50$
D.-Dermatológicos	3 (0.8%)	1 (0.1%)	4 (0.3%)	$X^2=3.57$; $p=0.059$
G.-Sistema genitourinario y hormonas sexuales	0 (0.0%)	3 (0.4%)	3 (0.3%)	$X^2=1.37$; $p=0.24$
H.-Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e insulinas	5 (1.3%)	79 (9.6%)	84 (7.0%)	$X^2=26.91$; $p<0.0001$
J.-Antiinfecciosos para uso sistémico	20 (5.3%)	43 (5.2%)	63 (5.3%)	$X^2=0.008$; $p=0.93$
L.-Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	0 (0.0%)	2 (0.2%)	2 (0.2%)	$X^2=0.91$; $p=0.34$
M.-Sistema musculoesquelético	249 (66.4%)	258 (31.3%)	507 (42.3%)	$X^2=130.02$; $p<0.0001$
N.-Sistema nervioso	61 (16.3%)	310 (37.6%)	371 (30.9%)	$X^2=54.81$; $p<0.0001$
P.-Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	0 (0.0%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	$X^2=0.46$; $p=0.50$
R.-Sistema respiratorio	0 (0.0%)	22 (2.7%)	22 (1.8%)	$X^2=10.20$; $p=0.001$
S.-Órganos de los sentidos	15 (4.0%)	9 (1.1%)	24 (2.0%)	$X^2=11.13$; $p=0.001$
V.-Varios	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-

3.2. Tratamientos crónicos previos al motivo de consulta o de baja actual.

Los grupos de medicamentos más frecuente con los que estaban en tratamiento crónico los pacientes de la cohorte de contingencia profesional eran los del grupo A (7.7%), los del grupo C (6.7%), los del grupo N (5.6%) y los del grupo G (5.3%) (Tabla 20). Por lo que respecta al grupo de contingencia común estos grupos son, el grupo C (8.8%), el grupo N (7.9%), el grupo A (6.5%) y el grupo G (3.9%).

En general, no se observan diferencias en la distribución de los medicamentos crónicos con los que estaban en tratamiento ambos grupos de pacientes (Tabla 20) (la única excepción la constituye el grupo M, $p=0.02$).

Tabla 20. Distribución de los medicamentos crónicos que los pacientes de la muestra consumían previos al motivo de consulta.

Descripción del grupo farmacológico	Contingencia profesional n=375	Contingencia común n=825	Total	Estadístico
A.-Tracto alimentario y metabolismo	29 (7.7%)	54 (6.5%)	83 (6.9%)	$X^2=0.57$; $p=0.45$
B.-Sangre y órganos formadores de sangre	7 (1.9%)	16 (1.9%)	23 (1.9%)	$X^2=0.007$; $p=0.93$
C.-Sistema cardiovascular	25 (6.7%)	73 (8.8%)	98 (8.2%)	$X^2=1.64$; $p=0.20$
D.-Dermatológicos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
G.-Sistema genitourinario y hormonas sexuales	20 (5.3%)	32 (3.9%)	52 (4.3%)	$X^2=1.31$; $p=0.25$
H.-Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e insulinas	8 (2.1%)	13 (1.6%)	21 (1.8%)	$X^2=0.47$; $p=0.50$
J.-Antiinfecciosos para uso sistémico	1 (0.3%)	1 (0.1%)	2 (0.2%)	$X^2=0.33$; $p=0.57$
L.-Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	1 (0.3%)	3 (0.4%)	4 (0.3%)	$X^2=0.074$; $p=0.79$
M.-Sistema musculoesquelético	4 (1.1%)	28 (3.4%)	32 (2.7%)	$X^2=5.38$; $p=0.02$
N.-Sistema nervioso	21 (5.6%)	65 (7.9%)	86 (7.2%)	$X^2=2.01$; $p=0.16$
P.-Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	0 (0.0%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	$X^2=0.46$; $p=0.50$
R.-Sistema respiratorio	8 (2.1%)	28 (3.4%)	36 (3.0%)	$X^2=1.41$; $p=0.24$
S.-Órganos de los sentidos	0 (0.0%)	4 (0.5%)	4 (0.3%)	$X^2=1.82$; $p=0.18$
V.-Varios	0 (0.0%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	$X^2=0.46$; $p=0.50$

3.3. Tratamientos agudos (24 horas previas) a la consulta por contingencia profesional o común.

Como se ha explicado en el apartado de material y métodos, en relación a los antecedentes patológicos se ha recogido información sobre las patologías agudas y sobre los tratamientos derivados de esas situaciones. En este apartado se recogen los medicamentos prescritos/consumidos 24 horas antes de la consulta por contingencia profesional o común y que eran distintos de los utilizados de forma crónica y que se han presentado en la Tabla 20. Al igual que en el apartado anterior se recogen cuantos medicamentos se hayan prescrito.

Como se observa en la Tabla 21, 6 medicamentos se han prescrito/consumido las 24 horas previas a la consulta por contingencia profesional. En los casos de contingencia común han sido 22 medicamentos.

A continuación, Tabla 22, se presentan estos medicamentos. Salvo en tres casos, uno de contingencia profesional y dos de contingencias comunes, a los pacientes se les prescribió/consumieron un sólo fármaco.

Tabla 21. Distribución de los tratamientos agudos (24 horas previas) a la consulta por contingencia profesional o común.

Descripción del grupo farmacológico	Contingencia profesional n=375	Contingencia común n=825	Total	Estadístico
A.-Tracto alimentario y metabolismo	1 (0.3%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	$\chi^2=2.20$; $p=0.14$
B.-Sangre y órganos formadores de sangre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
C.-Sistema cardiovascular	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
D.-Dermatológicos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
G.-Sistema genitourinario y hormonas sexuales	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
H.-Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e insulinas	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
J.-Antiinfecciosos para uso sistémico	0 (0.0%)	5 (0.6%)	5 (0.4%)	$\chi^2=1.83$; $p=0.18$
L.-Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
M.-Sistema musculoesquelético	2 (0.5%)	5 (0.6%)	7 (0.6%)	$\chi^2=0.02$; $p=0.88$
N.-Sistema nervioso	3 (0.8%)	3 (0.4%)	6 (0.5%)	$\chi^2=0.18$; $p=0.67$
P.-Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
R.-Sistema respiratorio	0 (0.0%)	9 (1.1%)	9 (0.8%)	$\chi^2=4.13$; $p=0.04$
S.-Órganos de los sentidos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
V.-Varios	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-

Tabla 22. Medicamentos prescritos/consumidos las 24 horas previas a la consulta por contingencia profesional y común.

Tipo de contingencia	Grupo farmacológico	Principio activo	Pictograma español medicamentos y conducción
Laboral	SISTEMA NERVIOSO	PARACETAMOL	
	SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO	DEXKETOPROFENO	
Laboral	SISTEMA NERVIOSO	GABAPENTINA	
Laboral	SISTEMA NERVIOSO	PARACETAMOL	
Laboral	SISTEMA MUSCULOESQUELETICO	IBUPROFENO	
Laboral	TRACTO ALIMENTARIO Y METABOLISMO	PANTOPRAZOL	
No laboral	ANTIINFECCIOSOS PARA USO SISTEMICO	AMOXICILINA	
	SISTEMA RESPIRATORIO	ACETILCISTEINA	
No laboral	ANTIINFECCIOSOS PARA USO SISTEMICO	AMOXICILINA	
	SISTEMA RESPIRATORIO	ACETILCISTEINA	
No laboral	SISTEMA RESPIRATORIO	CETIRIZINA	
No laboral	SISTEMA RESPIRATORIO	CODEINA	
No laboral	SISTEMA RESPIRATORIO	CODEINA	
No laboral	SISTEMA RESPIRATORIO	ACETILCISTEINA	
No laboral	SISTEMA RESPIRATORIO	TERBUTALINA	
No laboral	SISTEMA NERVIOSO	BROMAZEPAM	
No laboral	SISTEMA NERVIOSO	SUMATRIPTAN	
No laboral	SISTEMA NERVIOSO	PARACETAMOL	
No laboral	SISTEMA MUSCULOESQUELETICO	TETRAZEPAM	
No laboral	SISTEMA MUSCULOESQUELETICO	IBUPROFENO	
No laboral	SISTEMA MUSCULOESQUELETICO	IBUPROFENO	
No laboral	SISTEMA MUSCULOESQUELETICO	IBUPROFENO	
No laboral	SISTEMA MUSCULOESQUELETICO	IBUPROFENO	
No laboral	ANTIINFECCIOSOS PARA USO SISTEMICO	CIPROFLOXACINO	
No laboral	ANTIINFECCIOSOS PARA USO SISTEMICO	AMOXICILINA AC.CLAVULANICO	
No laboral	ANTIINFECCIOSOS PARA USO SISTEMICO	AMOXICILINA	
No laboral	SISTEMA CARDIOVASCULAR	AMLODIPINO	
No laboral	TRACTO ALIMENTARIO Y METABOLISMO	OMEPRAZOL	

4. Pautas de prescripción/consumo de medicamentos en los casos de contingencia profesional y de contingencia común.

Una vez presentado los aspectos globales sobre los tratamientos que ha recibido el paciente y los que tomaba con anterioridad a la consulta por contingencia profesional o común, se ha analizado con detalle las pautas de prescripción/consumo de medicamentos previos a dicha consulta, en lo referente a la toma de medicamentos de forma crónica o de forma aguda (últimas 24 horas).

4.1. Consumo farmacológico de forma crónica en la contingencia profesional y contingencia común.

El 26.9% de los pacientes que acuden a consulta por una contingencia profesional y el 27.5% de los que acuden por una contingencia común, han recibido algún tratamiento crónico ($p > 0.05$, Tabla 23).

Entre los pacientes que están en tratamiento crónico, el porcentaje de mujeres en tratamiento es del 38.1% en el caso de la contingencia profesional y el 33.5% en el caso de la contingencia común. Para los varones estas cifras son del 17.4% y del 22.7%, respectivamente.

En relación a los rangos de edad, el estar en tratamiento farmacológico es más frecuente en los grupos etáreos de más de 51 años, tanto en contingencias profesionales como en contingencias comunes. Se observan diferencias significativas en los rangos de edad de 26 a 30 años y de 46-50 años.

El consumo de fármacos de forma crónica, por lo que respecta a la clase social, se distribuye de forma similar entre contingencias profesionales y comunes.

Finalmente se ha analizado cuantos de los medicamentos que estaban tomando los pacientes de forma crónica contenían el pictograma medicamentos y conducción en su envase. Obsérvese que en este caso el

porcentaje se refiere sobre las personas que están en tratamiento farmacológico tanto en contingencias profesionales (n=101) y contingencia común (n=227). En ambos casos, uno de cada cuatro pacientes estaría tomando un medicamento con dicho pictograma (p=0.586, Tabla 23).

Tabla 23. Pacientes que consumen medicamentos de forma crónica: distribución por sexo, rangos de edad, clase social y toma de medicamentos con o sin pictograma para el grupo de contingencia profesional y para el grupo de contingencias comunes.

Toman medicamentos de forma crónica		Contingencia profesional n=375	Contingencia común n=825	Total	Estadísticos
	Si	101 (26.9%)	227 (27.5%)	328 (27.4%)	X ² = 0.049 p= 0.825
	No	274 (73.1%)	597 (72.5%)	871 (72.6%)	
Sexo	Hombre	36/207 (17.4%)	103/454 (22.7%)	139/661(21.0%)	X ² = 2.401 p= 0.121
	Mujer	64/168 (38.1%)	124/370 (33.5%)	188/538 (34.9%)	X ² = 1.067 p= 0.302
Edad (años)	17-20	0/4 (0%)	0/14 (0%)	0/18(0%)	–
	21-25	9/34 (26.5%)	21/72 (29.2%)	30/106 (28.3%)	X ² = 0.083 p= 0.774
	26-30	20/61 (32.8%)	14/133 (10.5%)	34/194 (17.5%)	X ² = 14.337 P< 0.0001
	31-35	16/76 (21.1%)	28/166(16.9%)	44/242(18.2%)	X ² = 0.614 p= 0.433
	36-40	11/67 (16.4%)	38/146 (26.0%)	49/213 (23.0%)	X ² = 2.394 p= 0.122
	41-45	6/38 (18.8%)	26/82 (31.7%)	32/120 (22.7%)	X ² = 3.364 p= 0.067
	46-50	11/47 (23.4%)	43/102 (42.2%)	54/149 (36.2%)	X ² = 4.897 p= 0.027
	51-55	15/26 (57.7%)	30/56 (53.6%)	45/82 (54.9%)	X ² = 0.122 p= 0.727
	56-60	11/19 (57.9%)	22/42 (42.4%)	33/61 (54.1%)	X ² = 0.160 p= 0.689
	61-67	2/4 (50.0%)	6/10 (60.0%)	8/14 (57.1%)	X ² = 0.117 p= 0.733
Clase social	I	1/3 (33.3%)	8/24 (33.3%)	9/27 (33.3%)	X ² = 0.0 p= 1
	II	7/14 (50.0%)	19/58 (32.8%)	26/72 (36.1%)	X ² = 1.453 p= 0.228
	III	13/47 (27.7%)	78/269 (29.0%)	91/316 (28.8%)	X ² = 0.035 p= 0.852
	IV	31/119 (26.1%)	46/190 (24.2%)	77/309 (24.9%)	X ² = 0.132 p= 0.716
	V	48/192 (25.0%)	75/283 (26.5%)	123/475 (25.9%)	X ² = 0.134 p= 0.714
Pictograma crónico	NO	76 (75.2%)	165 (72.4%)	241 (73.3%)	X ² = 0.296 P= 0.586
	SI	25 (24.8%)	63 (27.6%)	88 (26.7%)	

Entre los pacientes que consumen medicamentos de forma crónica la media de medicamentos consumidos en el caso de la contingencia profesional (1.5) es menor que en la contingencia común (1.86, $p < 0.0001$, Tabla 24).

Tabla 24. Media de medicamentos consumidos por los pacientes que consumen fármacos de forma crónica.

Consumen fármacos crónicos	Contingencia profesional n= 101	Contingencia común n= 227	Total n= 328	Estadístico
Media de fármacos crónicos \pm DE	1.50 \pm 0.88	1.86 \pm 1.69	1.75 \pm 1.50	t=-2.49; p<0.0001

4.2. Consumo farmacológico de forma aguda en la contingencia profesional y contingencia común.

En la Tabla 25 se presenta la información referente a los medicamentos tomados en las últimas 24 horas, sólo un número muy limitado de pacientes en contingencia profesional (n=5) y contingencia común (n=20) se encuentran en esta situación.

Ello supone que sólo un porcentaje 1-2% de todos los pacientes se encuentran en esta situación. La información sobre la distribución por sexos, rangos etáreos y clase social se presenta también en la Tabla 25. Se observan diferencias significativas en el grupo de las mujeres y en el rango de edad de 17 a 20 años.

Finalmente, hemos analizado también que porcentaje de los medicamentos que estaban tomando llevaba el pictograma medicamentos y conducción. En el caso de la contingencia profesional sólo uno de los 6 medicamentos que recibieron los cinco pacientes tenía pictograma. En caso de la contingencia común, 20 pacientes estaban tomando un total de 22 medicamentos: 6 de esos 20 pacientes estaban tomando un fármaco con dicho pictograma medicamentos y conducción (Tabla 25).

Tabla 25. Pacientes que consumen medicamentos de aguda (últimas 24 horas): distribución por sexo, rangos de edad, clase social y toma de medicamentos con o sin pictograma para el grupo de contingencia profesional y para el grupo de contingencias comunes.

Toman medicamentos de forma aguda		Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total	Estadísticos
	Si	5 (1.3%)	20 (2.4%)	25 (2.1%)	$X^2= 1.50$ $p= 0.22$
	No	370 (98.6%)	805 (97.5%)	1175 (97.9%)	
Sexo	Hombre	5/207 (2.4%)	7/454 (1.5%)	12/661 (1.8%)	$X^2= 0.023$ $p= 0.87$
	Mujer	0/168 (0.0%)	13/370 (3.5%)	13/538 (2.4%)	$X^2= 5.09$ $p= 0.024$
Edad (años)	17-20	1/4 (25.0%)	0/14 (0.0%)	1/18 (5.6%)	$X^2= 3.70$ $p= 0.05$
	21-25	1/33 (3.0%)	2/73 (2.7%)	3/106 (2.8%)	$X^2= 0.007$ $p= 0.93$
	26-30	1/61 (1.6%)	5/133 (3.8%)	6/194 (3.1%)	$X^2= 0.62$ $p= 0.42$
	31-35	0/76 (0.0%)	2/166 (1.2%)	2/242 (0.8%)	$X^2= 0.92$ $p= 0.33$
	36-40	0/67 (0.0%)	4/147 (2.7%)	4/214 (1.9%)	$X^2= 1.85$ $p= 0.17$
	41-45	0/38 (0.0%)	2/82 (2.4%)	2/120 (1.7%)	$X^2= 0.94$ $p= 0.33$
	46-50	1/47 (2.1%)	3/102 (2.9%)	4/149 (2.7%)	$X^2= 0.08$ $p= 0.77$
	51-55	1/26 (3.8%)	2/57 (3.5%)	3/83 (3.6%)	$X^2= 0.006$ $p= 0.93$
	56-60	0/19 (0.0%)	0/42 (0.0%)	0/61 (0.0%)	$X^2= 0.00$ $p= 1.00$
	61-67	0/4 (0.0%)	0/10 (0.0%)	0/14 (0.0%)	$X^2= 0.00$ $p= 1.00$
Clase social	I	-	-	-	-
	II	0/15 (0.0%)	3/57 (5.3%)	3/72 (4.2%)	$X^2= 0.82$ $p= 0.36$
	III	0/47 (0.0%)	3/270 (1.1%)	3/317 (0.9%)	$X^2= 0.52$ $p= 0.46$
	IV	2/120 (1.7%)	7/190 (3.7%)	9/310 (2.9%)	$X^2= 1.06$ $p= 0.30$
	V	2/191 (1.0%)	6/283 (2.1%)	8/474 (1.7%)	$X^2= 0.79$ $p= 0.37$
Pictograma agudo	NO	4 (80 %)	14 (70 %)	18 (72%)	$X^2=0,19$ $p= 0,65$
	SI	1 (20%)	6 (30%)	7 (28%)	

4.3. Consumo farmacológico de forma crónica y aguda en la contingencia laboral y contingencia común. Número de medicamentos que toma. Presencia de pictograma. Categoría Druid.

En este apartado se analiza de forma conjunta el consumo de medicamentos tanto de forma crónica como de forma aguda (24 horas previas) que el paciente estaba tomando antes de acudir a la consulta por contingencia profesional o contingencia común.

Estarían en tratamiento farmacológico el 28% de los pacientes en contingencia profesional y el 29.1% de los pacientes en contingencia común ($p>0.05$, Tabla 26). En ambos casos, contingencia profesional (18.7%) y contingencia común (18.3%) la mayoría estarían tomando sólo un medicamento (Tabla 26), no observándose diferencias entre ambos grupos.

Igualmente, sería similar el porcentaje de pacientes que estarían en tratamiento con un medicamento que tuviese el pictograma español medicamentos y conducción (6.9% y 8.4%, respectivamente, $p>0.05$, Tabla 26). Cuando analizamos si están tomando uno o dos o más fármacos con pictograma español medicamentos y conducción, observamos que, generalizando, sólo un 3% está tomando dos o más medicamentos con dicho pictograma ($p>0.05$, Tabla 26).

Finalmente, hemos analizado la distribución de los medicamentos de acuerdo a la categoría DRUID en relación a su efecto sobre la aptitud para conducir. Aproximadamente el 11-12% estaría tomando un medicamento con categoría DRUID 0 y un porcentaje similar un medicamento con categoría DRUID 1, un 2% con la categoría DRUID 2, y 4% estaría tomando un medicamento con categoría DRUID 3, observándose una distribución similar para ambos grupos ($p>0.05$, Tabla 26).

Aun cuando las diferencias no son estadísticamente significativas ($X^2=3.167$; $p=0.075$) el 4.3% ($n=16$) de los pacientes en contingencia profesional y el 6.9% ($n=57$) de los pacientes en contingencia común estarían tomando un medicamento con categorías DRUID 2 o 3. Sólo un

porcentaje muy reducido de los casos de contingencia profesional y contingencia común estarían en tratamiento con dos o más fármacos con categorías DRUID 2 o 3 ($p>0.05$, Tabla 26).

Tabla 26. Consumo de medicamentos tanto de forma crónica como en las últimas 24 horas analizado de manera conjunta.

Consumen algún tipo de medicamentos	Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total N= 1200	Estadístico
SI	105 (28.0%)	240 (29.1%)	345 (28.8%)	$\chi^2=0.150$; $p=0.699$
NO	270 (72.0%)	585 (70.9%)	855 (71.3%)	
Número de medicamentos que toma				
Uno	70 (18.7%)	151 (18.3%)	221 (18.4%)	$\chi^2 =0.806$; $p=0.668$
Dos o más	35 (9.3%)	89 (10.8%)	124 (10.3%)	
No toma	270 (72.0%)	585 (70.9%)	855 (71.3%)	
Toma fármacos con pictograma				
SI	26 (6.9%)	69 (8.4%)	95 (7.9%)	$\chi^2=0.723$; $p=0.395$
NO	349 (93.1%)	756 (91.6%)	1105 (92.1%)	
Número de fármacos con pictograma				
Un fármaco con pictograma	17 (4.5%)	44 (5.3%)	61 (5.1%)	$\chi^2 =0.743$; $p=0.69$
Dos o más fármacos con pictograma	9 (2.4%)	25 (3.0%)	34 (2.8%)	
No toma tratamiento o ningún fármaco con pictograma	349 (93.1%)	756 (91.6%)	1105 (92.1%)	

Categoría DRUID más alta	Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
DRUID 0	45 (12.0%)	95 (11.5%)	140 (11.7%)	$X^2_4 = 3.64$ $p = 0.457$
DRUID 1	44 (11.7%)	88 (10.7%)	132 (11.0%)	
DRUID 2	4 (1.1%)	19 (2.3%)	23 (1.9%)	
DRUID 3	12 (3.2%)	38 (4.6%)	50 (4.2%)	
Sin tratamiento	270 (72.0%)	585 (70.9%)	855 (71.3%)	
Número de fármacos con categoría Druid 2 o 3				
Toma uno	15 (4.0%)	50 (6.1%)	65 (5.4%)	$X^2_2 = 3.538$ $p = 0.171$
Toma dos o más	1 (0.3%)	7 (0.8%)	8 (0.7%)	
No toma de esa categoría	359 (95.7%)	767 (93.1%)	1126 (93.9%)	
Toma fármacos con categoría Druid 2 o 3				
SI	16 (4.3%)	57 (6.9%)	73 (6.1%)	$X^2 = 3.167$; $p = 0.075$
NO	359 (95.7%)	767 (93.1%)	1126 (93.9%)	

5. Hábitos saludables.

En este apartado analizaremos lo que se ha denominado hábitos saludables; es decir, las pautas del consumo de tabaco, alcohol y drogas. Como se ha señalado en el apartado de material y métodos, se ha diferenciado el consumo de tabaco del de alcohol y el de drogas. Para cada tipo de sustancia se ha analizado su frecuencia y en el caso del alcohol y las drogas el consumo previo 24 horas antes del accidente. En el caso del alcohol también se ha analizado la cantidad consumida en el caso de los pacientes que consumían durante la semana o el fin de semana. No debe olvidarse que estas preguntas se realizan en el contexto de una consulta de medicina asistencial de una mutua.

5.1. Distribución del consumo de drogas en la contingencia profesional y la contingencia común.

Como se observa en la Tabla 27, un número reducido de pacientes pertenecientes al grupo de contingencia profesional (2.9%) y contingencia común (3.4%) refieren haber consumido drogas en alguna ocasión ($p=0.67$, Tabla 27).

Refirieron consumo de drogas el último mes 1.6% de las contingencias profesionales y 1.0% de las contingencias comunes.

En las Tablas 28 a 30 se presentan los datos referentes al consumo de cannabis, cocaína y anfetaminas. Estos datos que se presentan en esas Tablas se refieren a los consumidores de cada una de las sustancias. Todas las personas que refirieron haber consumido drogas en alguna ocasión, lo han sido de cannabis. Cuatro de 11 pacientes en contingencias profesionales y 7 de 28 han referido consumo de cocaína, y sólo 2 pacientes en contingencia profesional y 4 en contingencia común han señalado consumo de anfetaminas.

De especial interés con los objetivos del estudio es analizar el consumo de drogas auto-referido en las últimas 24 horas. Un paciente tanto en

contingencia profesional como otro en contingencia común señalaron haber consumido drogas en las últimas 24 horas, ambos cannabis.

Los dos eran hombres y en cuanto al tipo de contingencia se trataba de un accidente laboral (esguince de rodilla) y un accidente no laboral (herida en el muslo). Los dos fumaban a diario tabaco y sólo el paciente que sufrió el accidente laboral (esguince de rodilla) era bebedor habitual pero no de riesgo, con un consumo de UBE por semana de 14 UBE/sem.

Tabla 27. Distribución del consumo de drogas entre las contingencias profesionales y las contingencias comunes de la muestra.

Consumo de drogas	Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
Refiere no haber consumido drogas	364 (97.1%)	797 (96.6%)	1161 (96.7%)	$\chi^2=0.177$; $p=0.67$
Ha consumido alguna vez	11 (2.9%)	28 (3.4%)	39 (3.3%)	

Tabla 28. Consumo de cannabis.

Distribución del consumo de cannabis*	Contingencia profesional n=11	Contingencia común n=28	Total	Estadístico
Ha consumido de forma ocasional	5 (45.5%)	20 (71.4%)	25 (64.1%)	$\chi^2_2=2.37$; $p=0.31$
Ha consumido en el último mes	5 (45.5%)	7 (25%)	12 (30.8%)	
Ha consumido en las últimas 24 horas	1 (9.1%)	1 (3.6%)	2 (5.1%)	

* Categorías excluyentes

Tabla 29. Consumo de cocaína.

Distribución del consumo de cocaína*	Contingencia profesional n=4	Contingencia común n=7	Total	Estadístico
Ha consumido de forma ocasional	3 (75.0%)	6 (85.7%)	9 (81.8%)	$\chi^2_2=0.20$; $p=0.66$
Ha consumido en el último mes	1 (25.0%)	1 (14.3%)	2 (18.2%)	
Ha consumido en las últimas 24 horas	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

* Categorías excluyentes

Tabla 30. Consumo de anfetaminas.

Distribución del consumo de anfetaminas*	Contingencia profesional n=2	Contingencia común n=4	Total	Estadístico
Ha consumido de forma ocasional	2 (100.0%)	1 (25.0%)	3 (50.0%)	$\chi^2_2 = 3.00;$ $p=0.083$
Ha consumido en el último mes	0 (0.0%)	3 (75.0%)	3 (50.0%)	
Ha consumido en las últimas 24 horas	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

* Categorías excluyentes

5.2. Pautas del consumo de alcohol en la contingencia profesional y la contingencia común.

La frecuencia en el consumo de alcohol, se obtuvo a partir de la pregunta del cuestionario (anexo 2), referente al consumo de bebidas alcohólicas en el último año. Se les preguntó si consumían o no alcohol, si lo hacían en ocasiones especiales, si eran exbebedores o si consumían a diario o únicamente el fin de semana.

De acuerdo con los resultados (Tabla 31), no se observan diferencias en la frecuencia del consumo de alcohol entre los pacientes incluidos en contingencias comunes y contingencias profesionales ($p=0.25$). Prácticamente, 6 de cada 10 han señalado que no consumen alcohol, y 1 de cada 10 refiere consumir durante toda la semana. El 30.4% de los pacientes incluidos en el grupo de la contingencia profesional y el 24.8% del grupo de la contingencia común refieren consumo habitual de alcohol, es decir, consumen al menos un día a la semana, observándose diferencias entre contingencias comunes y profesionales ($p=0.04$, Tabla 32).

Se ha considerado consumidor de alcohol de riesgo el consumo mayor de 28 UBE/semana en el caso de varones o mayor de 17 UBE/semana en mujeres. Menor o igual a esos valores, no se considera bebedor de riesgo.

De los pacientes que consumían durante toda la semana o el fin de semana, es decir de los bebedores habituales, hemos calculamos las unidades de

bebida estándar consumidas. La media por semana para los pacientes incluidos en los casos contingencia profesional (6.87 UBE) y común (7.13 UBE) se refleja en la Tabla 33, no observándose diferencias entre ambos grupos.

El porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo es muy bajo, de 0.5% en los casos de contingencia profesional y de 0.2% en los casos de contingencia común ($p=0.114$, Tabla 34).

Tabla 31. Distribución del consumo de alcohol entre las contingencias profesionales y las contingencias comunes de la muestra.

Frecuencia de consumo de alcohol	Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
No consume	224 (59.8%)	520 (63.0%)	744 (62.0%)	$\chi^2_4=5.37$; $p=0.25$
Exbebedor	1 (0.3%)	7 (0.8%)	8 (0.7%)	
Consume en ocasiones especiales	36 (9.6%)	93 (11.3%)	129 (10.7%)	
Consume el fin de semana (sábado y domingo)	74 (19.7%)	135 (16.4%)	209 (17.4%)	
Consume durante toda la semana	40 (10.6%)	70 (8.5%)	110 (9.2%)	

Tabla 32. Consumo habitual de alcohol.

Consumo habitual de alcohol durante la semana	Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
SI	114 (30.4%)	205 (24.8%)	319 (26.5%)	$\chi^2=4.07$; $p=0.04$
NO	261(69.6%)	620 (75.2%)	881 (73.4%)	

Tabla 33. Media de UBE consumidas semanalmente entre los pacientes que consumían durante la semana o el fin de semana.

	Contingencia profesional n= 114	Contingencia común n= 205	Total	Estadístico
Media de UBE semanal por paciente \pm DE	6.87 \pm 5.98	7.13 \pm 8.82	7.04 \pm 7.92	t=-0.28; p= 0.77

Tabla 34. Distribución del consumo de alcohol de riesgo.

Consumo de alcohol de riesgo	Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
SI	2 (0.5%)	2 (0.2%)	4 (0.3%)	$\chi^2_2 = 4.346$; p=0.114
NO	112(29.8%)	203 (24.6%)	315 (26.2%)	
No consumidor habitual de alcohol	261(69.7%)	620 (75.2%)	881 (73.4%)	

5.3. Distribución del consumo de tabaco entre las contingencias profesionales y las contingencias comunes de la muestra.

En la Tabla 35 se presentan las pautas del consumo de tabaco, el 41.6% de los pacientes del grupo de contingencia profesional y el 35.9% del grupo de contingencia común fuman a diario. Una parte importante de la muestra, 46.7% para el total de la muestra, refiere no haber fumado nunca y un 14.6%, haber dejado de fumar.

Tabla 35. Consumo de tabaco.

Consumo de tabaco	Contingencia profesional n=375	Contingencia común n=825	Total	Estadístico
Nunca ha fumado	173 (46.1%)	387 (46.9%)	560 (46.7%)	$\chi^2_3 = 6.77$; p=0.080
Exfumador	42 (11.2%)	134 (16.2%)	176 (14.6%)	
Fuma ocasionalmente	4(1.1%)	8 (1.0%)	12 (1.0%)	
Fuma a diario	156 (41.6%)	296 (35.9%)	452 (37.7%)	

6. Accidente de tráfico.

En este apartado analizaremos con detalle los aspectos relativos a cuando el motivo de consulta venga relacionado con un accidente de tráfico. Hay que destacar que el porcentaje es similar tanto en las contingencias profesionales (6.1%) como en las contingencias comunes (6.9%, $p=0.62$, Tabla 36).

Tabla 36. Distribución de los pacientes de la muestra en función de si el motivo de consulta está o no relacionado con un accidente de tráfico.

Accidente de tráfico	Contingencia profesional n= 375	Contingencia común n= 825	Total	Estadístico
SI	23 (6.1%)	57 (6.9%)	80 (6.7%)	$X^2=0.25$; $p=0.62$
NO	352 (93.9%)	768 (93.1%)	1120 (93.3%)	

Al analizar la distribución de los pacientes que han tenido un accidente de tráfico relacionado con el motivo de consulta, observamos que la mayoría de los accidentes de tráfico se producen en personas con edades comprendidas entre 21 y 45 años, no observándose diferencias en la distribución por rangos de edad ($p=0.063$, Tabla 37).

Tabla 37. Distribución de los pacientes que han sufrido un accidente de tráfico por rangos de edad comparando los grupos contingencia común y profesional.

Han tenido un accidente de tráfico				
Rangos de edad	Contingencia profesional n= 23	Contingencia común n= 57	Total accidente de tráfico	Estadístico
17-20	0 (0%)	6 (10.3%)	6 (7.4%)	$X^2_9=16.19$; $p=0.063$
21-25	4 (17.4%)	11 (19.0%)	15 (18.5%)	
26-30	2 (8.7%)	11 (19%)	13 (16%)	
31-35	7 (30.4%)	6 (10.3%)	13 (16%)	
36-40	4 (17.4%)	12 (22.4%)	16 (21.0%)	
41-45	5 (21.7%)	2 (3.4%)	7 (8.6%)	
46-50	1 (4.3%)	5 (8.6%)	6 (7.4%)	
51-55	0 (0%)	2 (3.4%)	2 (2.5%)	
56-60	0 (0%)	1 (1.7%)	1 (1.2%)	
61-67	0 (0%)	1 (1.7%)	1 (1.2%)	

Sin embargo, si analizamos separadamente por cada rango de edad y por tipo de contingencia, la distribución de haber tenido o no accidente de tráfico motivo de la consulta, se observan diferencias sólo en el rango de edad de 41 a 45 años ($p=0.017$, Tabla 38), siendo en este rango de edad más frecuentes los accidentes de tráfico entre el grupo de la contingencia profesional que entre los de la contingencia común.

Tabla 38. Distribución de los pacientes del grupo de 41 a 45 años y que el motivo de consulta sea un accidente de tráfico.

		Pacientes en el Rango de edad de 41 a 45 años			Estadístico
		Contingencia profesional n= 38	Contingencia común n= 82	Total = 119	
Accidente de tráfico	SI	5 (13.5%)	2 (2.4%)	7 (5.9%)	$\chi^2=5.65$; $p=0.017$
	NO	33 (86.5%)	80 (97.6%)	112 (94.1%)	

La distribución por sexo del trabajador difiere entre los accidentes laborales de tráfico y los que no fueron de tráfico. Se observa una mínima mayoría de siniestros en hombres en los accidentes laborales que no son de tráfico (hombre 56.3%, mujer 43.8%). En cambio, el accidente de trabajo de tráfico es mayoritariamente femenino en un 60.9% y minoritariamente masculino en un 39,1% de los casos, no encontrando diferencias significativas ($p= 0.110$, Tabla 39).

Tabla 39. Distribución de accidentes laborales de tráfico y no tráfico, por sexo

		Contingencia Profesional		Total	Estadístico
		Tráfico	No tráfico		
Sexo	Hombre	9 (39.1%)	198 (56.3%)	207 (55.2%)	$\chi^2=2.56$; $p=0.110$
	Mujer	14 (60.9%)	154 (43.8 %)	168 (44.8%)	
Total		23 (100.0%)	352 (100.0%)	375 (100.0%)	

En cuanto la distribución de tener o no tener un accidente de tráfico como motivo de consulta por sexos y por cohortes, en el caso de las mujeres no hay diferencias, si encontrándose en el caso de los hombres, donde los accidentes de tráfico han sido más numerosos en el grupo de la

contingencia común que en el grupo de la contingencia profesional ($p=0.042$).

Como se ha señalado anteriormente, todos los pacientes incluidos en contingencias comunes están de baja. Así que hemos analizado la distribución de la situación de incapacidad laboral en los casos de contingencia profesional en función de tratarse o no de un accidente de tráfico (Tabla 40). Podemos apreciar claramente que uno de los motivos de incapacidad temporal laboral para el grupo de la contingencia profesional es que dicho accidente laboral sea consecuencia de un accidente de tráfico; en nuestro estudio el 60.9 % de los pacientes precisaron de dicha baja laboral, mientras que en cuando el motivo de consulta no estaba relacionado con un accidente de tráfico cogieron baja el 22.7% de los casos.

Tabla 40. Distribución de la situación laboral de los casos en función de tener o no un accidente de tráfico.

Accidente laboral					
		Situación laboral		Total	Estadístico
		Con baja n=94	Sin baja n=281		
Accidente de tráfico	SI	14 (60.9%)	9 (39.1%)	23 (100%)	$\chi^2=16.72$; $p<0.0001$
	NO	80 (22.7%)	272 (77.3%)	352 (100%)	

7. Asociación entre los factores analizados y riesgo de accidente laboral.

En la Tabla 41 se presentan, para la cohorte de trabajadores con contingencia profesional frente a la cohorte de trabajadores con contingencia común, las OR crudas de las principales variables analizadas en el estudio. La relación de variables incluidas en el modelo de regresión logística se presenta en dicha Tabla 41.

La única variable significativa es la clase social. Los trabajadores de clases sociales IV y V (trabajadores manuales cualificados y no cualificados, respectivamente) están más frecuentemente involucrados en contingencias profesionales que los trabajadores de la clase social I (directivos de empresas con más de 10 asalariados y titulados superiores) (OR [IC 95%]= 4.832 [1.467-15.917]; $p < 0.05$ y 5.179 [1.585-16.927]; $p < 0.01$). No se observan diferencias significativas entre los trabajadores de la clase social II (directivos de empresas con menos de 10 asalariados y diplomados) y III (administrativos y autónomos) y los de la clase social I (Tabla 41).

Agrupando las clases sociales según si el trabajador realiza un trabajo manual (clases IV y V) o no (clases I, II y III), se observa que los trabajadores que realizan un trabajo manual tienen una probabilidad mayor de tener un accidente laboral que el resto de los trabajadores cuyos trabajos no son manuales (OR [IC 95%]= 3.614 [2.671-4.890]; $p < 0.0001$).

Realizando cualquier análisis de regresión logística multivariante por pasos hacia adelante, y teniendo en cuenta cualquiera de las variables de consumo de medicamentos y/o alcohol/tabaco/drogas, la única variable significativa sigue siendo la clase social (3.614 [2.671-4.890]; $p < 0.0001$).

Tabla 41. Análisis univariante. Riesgo de tener un accidente laboral.

VARIABLE	OR	IC 95%	P
Variables sociodemográficas			
<i>Sexo (referencia= mujer)</i> -Hombre	1.005	[0.786-1.285]	0.968
Edad	1.001	[0.990-1.013]	0.820
<i>Clase social (referencia=clase social I)</i> -II	1.960	[0.533-7.211]	0.311
-III	1.309	[0.390-4.395]	0.663
-IV	4.832	[1.467-15.917]	0.010
-V	5.179	[1.585-16.927]	0.006
<i>Clase social - trabajo manual (referencia=trabajo no manual)</i> -Trabajo manual	3.614	[2.671-4.890]	<0.0001
Variables relacionadas con el consumo de medicamentos			
<i>Algún medicamento (referencia= no toma fármacos)</i> -SI	0.943	[0.719-1.236]	0.670
<i>Toma número de medicamentos (referencia=no toma)</i> -toma 1	1.004	[0.731-1.380]	0.978
-toma 2 o más	0.838	[0.551-1.274]	0.408
<i>Toma fármacos (referencia=no toma fármacos)</i> -Con pictograma	0.809	[0.503-1.301]	0.382
-Sin pictograma	0.997	[0.736-1.350]	0.983
<i>Toma fármacos con pictograma(referencia=no toma fármacos o fármacos sin pictograma)</i> -Con pictograma	0.810	[0.506-1.295]	0.378
<i>Número de fármacos con pictograma (referencia= ningún fármaco con pictograma o no toma fármacos)</i> -toma 1 fármaco con pictograma	0.816	[0.471-1.414]	0.469
-toma 2 o más fármacos con pictograma	0.797	[0.377-1.684]	0.552
<i>DRUID categoría más alta (referencia=no toma fármacos)</i> -categoría DRUID 0	1.018	[0.694-1.495]	0.927
-categoría DRUID 1	1.090	[0.738-1.608]	0.665
-categoría DRUID 2	0.430	[0.142-1.303]	0.136
-categoría DRUID 3	0.674	[0.346-1.314]	0.247
<i>Toma fármacos con categoría DRUID 2 o 3 (referencia = no toma medicamentos o toma DRUID 0 o 1)</i> -Categoría DRUID 2 o 3	0.585	[0.330-1.037]	0.067
<i>Número de fármacos con la categoría DRUID 2 o 3 (referencia = no toma fármacos o toma DRUID cero o 1)</i> -1 medicamento DRUID 2 o 3	0.638	[0.353-1.154]	0.137
-2 o más medicamentos DRUID 2 o 3	0.229	[0.023-2.331]	0.213
Variables relacionadas con el consumo de sustancias			
<i>Consumo de drogas (referencia = No ha consumido drogas en el último mes)</i> -Ha consumido drogas en el último mes	1.502	[0.508-4.446]	0.462
<i>Consumo de alcohol (referencia= No consume o sólo lo hace en ocasiones especiales o exbebedor)</i> -Consume alcohol durante toda la semana o fin de semana	1.308	[0.997-1.715]	0.052
<i>Consumo de alcohol de riesgo (referencia= No consume o sólo lo hace en ocasiones especiales o exbebedor)</i> - Consumo semanal de alcohol considerado de riesgo: hombres > 28 UBE/sem, mujeres >17 UBE/sem	1.620	[0.214-12.272]	0.641
- Consumo semanal de alcohol no considerado de riesgo	1.304	[0.993-1713]	0.056
<i>Consumo de tabaco (referencia = no fuma o exfumador o sólo en ocasiones especiales)</i> -Fuma a diario	1.274	[0.993-1.636]	0.057

VI. DISCUSIÓN

1. Asociación entre fármacos y hábitos saludables y accidente laboral.

En el presente estudio, la ocurrencia de accidentes laborales sólo se ve asociado con la variable sociodemográfica clase social, en concreto el realizar un trabajo manual frente a realizar un trabajo no manual. Sin embargo, no se ha observado asociación significativa entre el accidente laboral y el hecho de tomar alcohol, drogas o fármacos.

En nuestro estudio, la probabilidad ($p < 0.0001$) de tener un accidente laboral es mayor en los trabajadores con trabajo manual frente al resto con una OR de 3.614 con un IC 95% (2.671-4.890).

Apoya este resultado los hallazgos en otros estudios, como por ejemplo el de Benavides et al (2006), en el que afirma al revisar y analizar las bajas por accidente de trabajo en España, en los años 2002 y 2003, que el riesgo de sufrir un accidente laboral se centra principalmente en los profesionales de trabajos manuales, cualificados o no. Afirma que, aunque con los años se hayan modificado las características de la población con un riesgo mayor de sufrir un accidente laboral, el riesgo se sigue centrando en dicho grupo.

En la Figura 13, recogida del estudio referido (Benavides et al, 2006), se observa que en cuanto la ocupación, las incidencias de lesiones por accidente de trabajo más elevadas se concentran en los trabajadores de la construcción, ya sean éstos no cualificados (198.2 por 1.000 asalariados) o cualificados (164.8), a los que siguen los trabajadores ocupados en la metalurgia (155.5), los trabajadores de la alimentación y la madera (125.8), los maquinistas y conductores (103.6) y, finalmente, los trabajadores cualificados de la agricultura y la pesca (96.2) (Benavides et al, 2006).

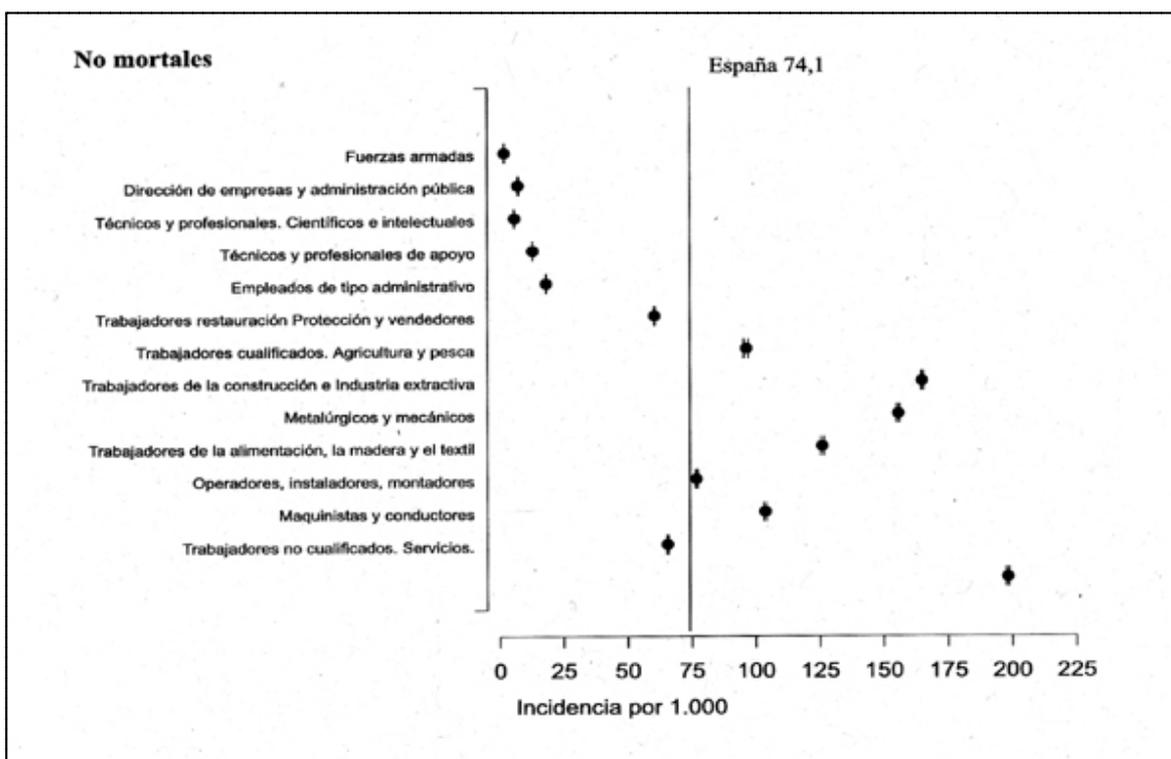


Figura 13. Incidencia de lesiones por accidentes de trabajo en jornada por cada 1000 asalariados según la Encuesta de Población Activa (EPA) por ocupación. España, 2000-2002.

Fuente: Benavides FG., Delclos J, Benach J, Serra C. Lesiones por accidentes de trabajo, una prioridad en salud pública. Rev. Esp. Salud Pública. 2006; 80(5): 553-565.

Así mismo, apoya este resultado el trabajo de Marucci-Wellman et al (2014) en el cual señalan que tener múltiples trabajos se asocia con un mayor riesgo de lesión y accidente tanto laboral como no laboral, pero que además, tanto en los trabajadores pluriempleados como en los que sólo tienen un trabajo, el porcentaje de accidente laboral era mayor en los trabajadores manuales, 7.2% frente al 4.1% del sector servicios o el 2.2 % de los trabajadores de secretaría, administración y gestión, en los pluriempleados, o el 5.6% frente al 3.5% del sector servicios o el 1.9 % de los trabajadores de secretaría, administración y gestión, con un solo empleo (Marucci-Wellman et al, 2014).

2. Características de la cohorte contingencia profesional vs cohorte contingencia común.

Hemos observado que los pacientes implicados en contingencias profesionales tienen diferentes características sociodemográficas respecto a los pacientes implicados en contingencias comunes.

Vemos que previamente a ponderar la muestra, se observan diferencias significativas por sexo entre ambas cohortes, los hombres representan casi el 69% de los accidente laborales, mientras que la mujeres representan más del 50 % de la contingencias comunes (51.3%).

Así mismo, se observa que la media de edad (media \pm DE) fue de 37.98 ± 10.23 para el grupo contingencia profesional y de 43.16 ± 10.99 para el grupo contingencia común, con diferencias significativas.

Se observaron también diferencias significativas en la edad media de los hombres fue de 38.01 años ± 10.48 en el grupo contingencia profesional y de 43.91 ± 11.28 en el grupo contingencia común. La edad media de los mujeres fue de 37.92 años ± 9.69 en el grupo contingencia profesional y de 42.45 años ± 10.68 en el grupo contingencia común.

Uno de cada 5 de los paciente incluidos en la cohorte contingencia profesional pertenecía al rango de edad de 31 a 35 años.

En cuanto a la clase social en nuestro estudio hemos observado como principal hallazgo, señalado al principio de esta discusión, la influencia del "trabajo manual" frente al "no manual" en la ocurrencia del accidente laboral.

3. Perfil del accidentado laboral

Podemos a estas alturas del estudio presentar un perfil de nuestro accidentado laboral.

Se trataría de un varón de edad media 38 años, siendo la década con más accidentabilidad laboral la de 31 a 40 años. Desde el punto de vista de los grupos de actividad económica, la mayor parte los accidentes se han concentrado en los trabajos manuales (cualificados o no) y más de 90% de los siniestros suceden en el centro de trabajo.

En nuestro estudio, todos los pacientes incluidos, han sido de carácter leve.

4. Comparación de nuestro perfil con la población general.

En fuentes estadísticas publicadas en nuestro país en el año 2011, en cuanto a los índices de siniestralidad por sexo, los varones se han visto afectados en 4.598 accidentes por cien mil trabajadores y las mujeres en 2.091 accidentes por cien mil trabajadoras. Según sexo y grupos de edad, se observa que en los varones, la siniestralidad mayor afecta al grupo de edad más joven (de 16 a 29 años) y va descendiendo a medida que va avanzando la edad (MEYSS, 2012).

Comparándolo con un estudio (Galán García, 2009) que ha investigado el perfil de la siniestralidad laboral en España de 1901 a 2007, en el año 2007 se observa que el 76.19% corresponden al rango de edad de de 25 a 54 años y del total de los accidentes con baja para este periodo, el 78.21% fue protagonizado por hombres y el 21.78% por mujeres.

Hay que destacar que en la evolución de la siniestralidad del periodo de tiempo estudiado en el citado trabajo, un porcentaje significativo de jóvenes, se encuentre entre los más accidentados de una manera continuada a lo largo del tiempo, pudiendo considerar que es una franja de edad propensa a sufrir un accidente laboral (Galán García, 2009).

Sería una medida interesante el mejorar la formación en prevención de riesgos laborales en estas franjas de edad y sobre todo en los trabajadores que llevan a cabo trabajos manuales.

La duración de las bajas es significativamente mayor en las contingencias comunes con una media de más de 90 días, mientras que la baja derivada del accidente laboral que no llega a una media de 40 días.

Según el trabajo de Navarro Arribas y Chicano Díaz, 2003, son muchos los factores que influyen en la obtención y/o prolongación indebida de la incapacidad temporal como, insatisfacción laboral, problemática socio-familiar, prolongación de desempleos, despidos pactados, cuidado de hijos, regímenes sin prestación por desempleo, dificultad de acceso a Nivel Especializado, escasa respuesta de este nivel hacia la Atención Primaria, masificación de consultas de Medicina General, escasa respuesta de la Inspección de los Servicios Sanitarios y falta de concienciación de la repercusión real de la prescripción de una baja laboral.

Todos estos factores tienen que ser amortiguados por el facultativo de Atención Primaria e intentan ser frenados con la participación y ayuda de las mutuas (Navarro Arribas y Chicano Díaz, 2003).

Es importante recordar que el hecho de que el trabajador esté pendiente de una consulta especializada, una prueba diagnóstica o por ejemplo un tratamiento quirúrgico, no justifica la baja laboral si no existen limitaciones orgánicas o funcionales que le incapaciten para realizar su trabajo habitual o que el incorporarse a su trabajo no suponga que se agrave su patología.

Todos estos factores se controlan de manera más rigurosa en las mutuas participando así en la reducción del gran coste que la prestación de una baja no necesaria ocasiona.

Al igual que en estadísticas previas, la mayoría de los accidentes laborales son catalogados como leves (MEYSS, 2012).

En cuanto a las principales patologías que motivaron la consulta, fueron: principalmente enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo, el 34.9% de las contingencias profesionales y 29.4% de las contingencias comunes y patologías pertenecientes al grupo "traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa" (cuerpo extraño en la córnea, esguince de tobillo , esguince de muñeca y herida de dedo(s) de la mano), el 55.5% de las contingencias profesionales y 18.5% de las contingencias comunes. De los veintidós grupos diagnósticos de la clasificación CIE-10, estos dos grupos de patologías representaron el 61.2% de la patología motivo de consulta, si bien su distribución fue diferente para los grupos de contingencia común (47.9%) como laboral (90.4%).

El diagnóstico más frecuente dentro de las enfermedades de sistema osteomuscular y tejido conectivo en el grupo de las contingencias profesionales fue el de cervicalgia, seguido de lumbago no específico. Estas patologías fueron significativamente más frecuentes en el grupo de las contingencias profesionales que en las contingencias comunes ($p=0.054$).

Los diagnósticos pertenecientes al grupo de "trastornos mentales y del comportamiento", prácticamente (salvo un caso en contingencias profesionales), todos ellos correspondieron a casos de contingencias comunes, en relación con ansiedad y ansiedad-depresión.

La media de diagnósticos referidos como motivo de consulta por contingencia profesional o común fue de 1.25 y 1.03 respectivamente ($p<0.0001$).

En general, no existen diferencias entre ambos grupos en lo que se refiere a patología crónica aludida previamente. Las enfermedades crónicas referidas más frecuentes fueron: 1) enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (contingencia profesional frente a contingencia común, $p=0.44$); 2) enfermedades del sistema circulatorio ($p=0.93$); 3) trastornos mentales y del comportamiento ($p=0.49$) y 4) enfermedades del aparato digestivo ($p=0.18$).

Por lo que respecta a los procesos agudos, solamente un número muy reducido de pacientes los han referido, 4 casos en contingencias profesionales y 19 casos en contingencias comunes. En 12 casos los procesos correspondían a enfermedades del sistema respiratorio. Al igual que en el caso de las patologías crónicas, en general no existen diferencias entre ambos grupos en lo que se refiere a patología aguda referida.

En los casos de la contingencia profesional, los medicamentos más prescritos corresponden al grupo M (sistema musculoesquelético) (66.4%). Entre los pacientes que acudieron por contingencia común, los grupos de fármacos más prescritos corresponden al grupo N (37.6%), al grupo M (31.3%) y al grupo A (20.5%).

Es importante destacar que hemos observado en nuestro estudio, que casi el 75% de los accidentes laborales fueron sin baja laboral y van a continuar su actividad bajo los efectos de la medicación prescrita y siendo en las contingencias profesionales más del 65% de los fármacos pautados del sistema musculoesquelético (Anexo 9, <http://www.druidproject.eu>), es importante tener en mente que los fármacos de este grupo tienen todos los niveles de categorización DRUID desde el 0 al 3 y deberemos fijarnos con atención en los de categorización 2 y 3 e informar y advertir de ello al paciente y según el tipo de actividad que realice, dar la baja si es preciso, porque el tratamiento pueda incapacitarle temporalmente a realizar su trabajo con seguridad (Ravera et al; Schulze et al, 2012).

En general, no se han observado diferencias en la distribución de los medicamentos crónicos con los que estaban en tratamiento ambos grupos de pacientes, la única excepción la constituye el grupo M, que es más frecuentemente prescrito de forma crónica en las contingencias comunes.

En cuanto a la distribución de los tratamientos agudos (24 horas previas) a la consulta por contingencia profesional o común, seis medicamentos se han prescrito/consumido en las 24 horas previas a la consulta por contingencia profesional y 22 en los casos de contingencia común.

Intentando analizar el papel de los fármacos y las enfermedades crónicas en la accidentalidad en el ámbito laboral continuamos describiendo las pautas de consumo farmacológico observadas.

En cuanto a las pautas de prescripción/consumo de medicamentos en los casos de contingencia profesional y de contingencia común, el 26.9% de los pacientes que acuden a consulta por una contingencia profesional y el 27.5% de los que acuden por una contingencia común, han recibido algún tratamiento crónico ($p > 0.05$).

Entre los pacientes que están en tratamiento crónico, el porcentaje de mujeres en tratamiento es del 38.1% en el caso de la contingencia profesional y el 33.5% en el caso de la contingencia común. Para los varones, estas cifras son del 17.4% y del 22.7%, respectivamente.

En relación a los rangos de edad, el estar en tratamiento farmacológico es más frecuente en los grupos etáreos de más de 51 años, tanto en contingencias profesionales como en contingencias comunes.

El consumo de fármacos de forma crónica, por lo que respecta a la clase social, se presenta de forma similar entre contingencias profesionales y comunes.

Uno de cada cuatro pacientes con tratamiento crónico estaba tomando un medicamento con pictograma medicamentos y conducción en su envase ($p=0.586$). Entre los pacientes que consumen medicamentos de forma crónica, la media de medicamentos consumidos en el caso de la contingencia profesional (1.5), es menor que en la contingencia común (1.86, $p < 0.0001$).

Sólo el 1-2% de todos los pacientes han consumido fármacos de forma aguda. Se observan diferencias significativas en el grupo de las mujeres y en el rango de edad de 17 a 20 años.

En cuanto el porcentaje de los medicamentos tomados de forma aguda que llevaba el pictograma medicamentos y conducción, en el caso de la contingencia profesional sólo 1 de los 6 medicamentos que recibieron los 5 pacientes tenía pictograma. En caso de la contingencia común, 20 pacientes estaban tomando un total de 22 medicamentos: 6 de esos 20 pacientes estaban tomando un fármaco con dicho pictograma medicamentos y conducción.

Analizando de forma conjunta el consumo de medicamentos tanto de forma crónica como de forma aguda, estaban con tratamiento farmacológico el 28% de los pacientes en contingencia profesional y el 29.1% de los pacientes en contingencia común ($p>0.05$).

De nuevo, hay que llamar la atención en este punto y aunque en nuestro estudio no se haya encontrado asociación entre la toma de fármacos y el accidente laboral, el 28% de los pacientes de la cohorte contingencia profesional tomaban algún tratamiento de forma crónica o aguda diferente al pautado en consulta. Es vital recordar la importancia de revisar medicamentos con pictograma que pudiera estar tomando el paciente y la categorización DRUID de los medicamentos, que clasificada en cuatro niveles, debe resultar de gran utilidad al médico, sirviendo de guía para la elección del fármaco apropiado, que afecte en menor medida a las capacidades del trabajador en la ejecución de su trabajo o al menos, informar al paciente de precauciones que debe seguir y posibles riesgos derivados.

Cuando analizamos si están tomando uno (5.1%) o dos o más fármacos (2.8%) con pictograma, observamos que esto es frecuente en la población tanto en contingencias profesionales como en contingencias comunes.

Aproximadamente el 11-12% estaría tomando un medicamento con categorías DRUID 0 o 1, un 2% con la categoría DRUID 2 y 4% en la categoría DRUID 3, observándose una distribución similar para ambos grupos ($p>0.05$). Aun cuando las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0.075$), el 4.3% de los pacientes en contingencia

profesional y el 6.9% de los pacientes en contingencia común estarían tomando un medicamento con categorías DRUID 2 o 3. Sólo un porcentaje muy reducido de los casos de contingencia profesional y contingencia común, estarían en tratamiento con dos o más fármacos con categorías DRUID 2 o 3.

Es importante informar al paciente, que dicha medicación puede afectar en menor o mayor medida a las capacidades del trabajador en la ejecución de su trabajo e informar al paciente de posibles riesgos y precauciones a seguir.

Un número reducido de pacientes pertenecientes al grupo de contingencia profesional (2.9%) y contingencia común (3.4%), refieren haber consumido drogas en alguna ocasión ($p=0.67$).

Todas las personas que refirieron haber consumido drogas en alguna ocasión, fueron por cannabis, 4 de 11 pacientes en contingencias profesionales y 7 de 28 han referido consumo de cocaína. Sólo 2 pacientes en contingencia profesional y 4 en contingencia común han señalado consumo de anfetaminas.

Un paciente en contingencia profesional y otro en contingencia común, señalaron haber consumido drogas en las últimas 24 horas, ambos cannabis.

Refirieron consumo de drogas el último mes 1.6% de las contingencias profesionales y 1.0% de las contingencias comunes.

A pesar del número reducido de pacientes que manifestaron el consumo de drogas, claramente aparece, al igual que en estudios previos, que la droga ilegal más frecuente consumida es el cannabis (OED, 2011).

En cuanto a las pautas del consumo de alcohol en ambas cohortes, no se observan diferencias entre contingencias comunes y profesionales ($p=0.25$).

Prácticamente 6 de cada 10 han señalado que no consumen alcohol y 1 de cada 10 refiere consumir durante toda la semana. El 30.4% de los pacientes incluidos en el grupo de la contingencia profesional y el 24.8% del grupo de la contingencia común, refieren consumo habitual de alcohol, es decir, consumen al menos un día a la semana, observándose diferencias entre contingencias comunes y profesionales ($p=0.04$).

Calculando de los pacientes que consumían durante toda la semana o el fin de semana, es decir de los bebedores habituales, las unidades de bebida estándar consumidas, la media por semana para los pacientes incluidos en los casos contingencia profesional es 6.87 UBE y para la común 7.13 UBE, no observándose diferencias entre ambos grupos.

El porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo es muy bajo, de 0.5% en los casos de contingencia profesional y de 0.2% en los casos de contingencia común ($p=0.114$).

En cuanto las pautas del consumo de tabaco, el 41.6% de los pacientes del grupo de contingencia profesional y el 35.9% del grupo de contingencia común fuman a diario. Una parte importante de la muestra, 46.7% para el total de la muestra, refiere no haber fumado nunca y un 14.6%, haber dejado de fumar.

En la Figura 14, podemos ver, expresado en porcentajes, el consumo habitual de alcohol, tabaco y drogas de la cohorte contingencia profesional frente a la contingencia común.

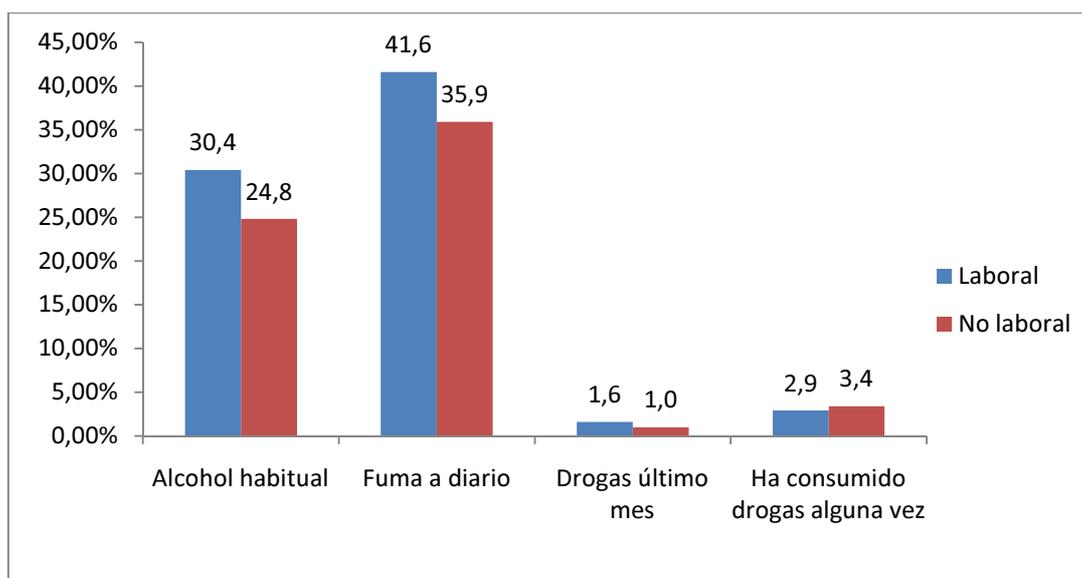


Figura 14. Consumo habitual de alcohol, tabaco y drogas de la cohorte contingencia profesional frente a la contingencia común.

Cuando el motivo de consulta venga relacionado con un accidente de tráfico, hay que destacar que el porcentaje es similar tanto en las contingencias profesionales (6.1%) como en las contingencias comunes (6.9%, $p=0.62$).

Al analizar la distribución de los pacientes que han tenido un accidente de tráfico relacionado con el motivo de consulta, observamos que la mayoría de los accidentes de tráfico se producen en personas con edades comprendidas entre 21 y 45 años, no observándose diferencias en la distribución por rangos de edad ($p=0.063$).

Sin embargo, si analizamos separadamente por cada rango de edad y por tipo de contingencia, la distribución de haber tenido o no accidente de tráfico motivo de la consulta, se observan diferencias sólo en el rango de edad de 41 a 45 años ($p=0.017$, Tabla 34), siendo en este rango de edad más frecuentes los accidentes de tráfico entre el grupo de la contingencia profesional que entre los de la contingencia común.

En cuanto la distribución de tener o no tener un accidente de tráfico como motivo de consulta por sexos, en el caso de las mujeres no hay diferencias y sí se encuentran en el caso de los hombres, donde los accidentes de

tráfico han sido más numerosos en el grupo de la contingencia común que en el grupo de la contingencia profesional ($p=0.042$).

Hemos analizado la distribución de la situación de incapacidad laboral en los casos de contingencia profesional en función de tratarse o no de un accidente de tráfico y hemos podido apreciar claramente, que uno de los motivos de incapacidad temporal laboral para el grupo de la contingencia profesional es que dicho accidente laboral sea consecuencia de un accidente de tráfico; en nuestro estudio, el 60.9 % de los pacientes precisaron de dicha baja laboral, mientras que cuando el motivo de consulta no estaba relacionado con un accidente de tráfico, cogieron baja el 22.7% de los casos.

5. Limitaciones del estudio.

A continuación comentaremos algunas limitaciones del presente estudio:

- Como primera limitación, se trata de un estudio unicéntrico realizado por un solo investigador en un centro asistencial. También el hecho de que el centro sanitario sea un centro asistencial de una mutua, claramente frena al paciente a declarar con libertad que toma alcohol y drogas y, en el caso de hacerlo, que además ha tenido un accidente laboral.
- Un segundo aspecto importante se refiere a que todos los accidentes laborales registrados, desde el punto de vista clínico, se consideraron todos como leves. Es decir, es posible que en otras circunstancias (accidentes graves, muy graves/fallecidos), los resultados pudieran diferir.
- En tercer lugar, señalar que los datos de consumo alcohol/drogas, son auto-referidos. Dadas las posibles connotaciones legales, era previsible cifras muy bajas de consumo referido en pacientes implicados con contingencias profesionales. Este bajo consumo también se ha observado en pacientes con contingencias comunes.

- La falta de significación estadística en la comparación de algunas variables puede ser debida al tamaño de la muestra. El tamaño muestral permite detectar diferencias del 24% al 34%. Sin embargo como se observa en la Tabla 26, las pautas de consumo de medicamentos, entre ambas cohortes, no difieren.

6. Propuesta de nuevas investigaciones.

Propuesta de líneas de investigación futura que podrían contribuir a mejorar el abordaje del accidente laboral en el área de estudio actual:

- Podría ser importante reclutar sujetos de distintas organizaciones de servicios sanitarios, es decir, realizar un estudio multicéntrico.
- Otro posible estudio sería el analizar los accidentes graves y muy graves (fallecimiento), recogiendo una muestra más amplia de los mismos.
- Sería preciso poder realizar determinaciones analíticas (sangre, fluido oral) para detectar y cuantificar la presencia de sustancias en estos pacientes. El consumo auto-referido, en el caso de alcohol y drogas, podría no ser útil para estudios posteriores.
- Quizás el hecho de realizar un cuestionario de carácter anónimo con un formato cerrado, para valorar el consumo de estas sustancias (en ambos grupos, grupo de contingencias profesionales y comunes) sea más efectivo en el contexto del presente estudio con el objetivo de valorar aspectos importantes relacionados con el consumo de estas sustancias (fármacos, drogas y alcohol). Sería interesante, realizar un estudio de la valoración subjetiva del paciente, de cómo cree que influyen las posibles patologías y tratamientos en su aptitud para trabajar y también a través de cuestionario anónimo, contestar a la pregunta abierta de enfermedades que padece y tratamientos que realiza, en la que el trabajador pudiera manifestar libremente su punto de vista, sobre si esas patologías y esos tratamientos cree que alteran su capacidad de trabajar.

- Sería interesante repetir esta valoración usando una muestra mayor para comprobar si efectivamente nuestras conclusiones son correctas.

7. Estudio de factibilidad.

Una de las dificultades del estudio concierne a la identificación de las cohortes.

En nuestro caso, ambas cohortes, contingencias profesionales y contingencias comunes, pertenecen a la misma población trabajadora, que es la población que acude a la misma mutua colaboradora en la gestión de dichas contingencias.

Es decir, un mismo trabajador, si su empresa tiene cubierta por la mutua tanto la gestión del accidente laboral como de la contingencia común, podría haber acudido por uno u otro motivo y haber sido incluido en una u otra cohorte del presente estudio. Este es un dato a favor de la factibilidad.

Dado que, la clase social es el aspecto fundamental, deberían realizarse estudios específicos por clase social, en especial en las categorías IVa, IVb y V.

8. Intervención para reducir la accidentabilidad laboral. Prevención de la accidentalidad en el ámbito laboral.

Los trabajadores constituyen la mitad de la población del mundo y son los máximos contribuyentes al desarrollo económico y social. Su salud no está condicionada sólo por los peligros en el lugar de trabajo, sino también por factores sociales e individuales y por el acceso a los servicios de salud (OMS, 2007).

Asumiendo el compromiso de los profesionales sanitarios en la prevención de los accidentes laborales, hay que resumir que el profesional sanitario puede colaborar:

- Promoviendo comportamientos responsables en el manejo de maquinaria.
- Informando sobre los medicamentos que pueden producir somnolencia o efectos sedantes y aconsejando las alternativas que menos perjudiquen en este sentido y a la menor dosis posible.
- Elaborando guías de prescripción en las que se contemple la peligrosidad de algunos medicamentos en el manejo de maquinaria en el ámbito laboral.
- Vigilando las nuevas prescripciones de los pacientes polimedcados.
- Recomendando suprimir el consumo de alcohol y drogas, cuyos efectos y peligro se acentúa si además se utilizan algunos medicamentos.

Esta colaboración del personal sanitario, está incluida en un marco de interés global de propuestas de actuación para la prevención de los accidentes laborales.

Una de estas propuestas es la elaboración de una guía en la que se plasmen estrategias preventivas dirigidas a evitar el consumo de alcohol, drogas y tabaco en el ámbito laboral y un consumo responsable y bajo prescripción médica de los fármacos, así como evitar los efectos nocivos que podría causar el consumo de cualquiera de ellos.

Cualquier estrategia de actuación preventiva dentro del ámbito laboral, si queremos que tenga éxito, debe contar con la planificación, evaluación de necesidades y supervisión continuada, por parte de empresarios, sindicatos, trabajadores y personal sanitario.

Las estrategias preventivas que plasmaríamos en dicha guía y que nos ayudaría a la consecución de nuestros objetivos de disminuir la accidentabilidad laboral, las vamos a dirigir hacia distintos campos de maniobra:

- Reducir la demanda. Se trata de llevar a cabo actuaciones dirigidas a educar e informar al trabajador con el fin de que disminuya su interés

hacia el consumo de drogas/alcohol/tabaco en el medio laboral y el consumo irresponsable de fármacos.

- Sensibilizar e informar:
 - Para ello se trata de:
 - Crear una opinión objetiva acerca del consumo de drogas, alcohol, tabaco y fármacos y de su incidencia en los distintos ámbitos profesionales y sociales.
 - Incrementar conocimientos sobre el consumo de estas sustancias y sus consecuencias.
 - Promover hábitos saludables (Neira, 2010).
 - Informar de los diferentes recursos que la empresa y las instituciones públicas y privadas disponen para atender a las personas con problemas.
 - Para ello haremos uso de:
 - Campañas informativas y de sensibilización.
 - Difusión de información a través de materiales divulgativos.
 - Organizar programas de formación y educación sanitaria.

El comportamiento de las personas ante situaciones de riesgo tiene una relación directa con la percepción del mismo y va a repercutir en la actitud preventiva de los trabajadores. Fomentando la percepción de que los accidentes se pueden evitar, se influye finalmente en la ausencia de los mismos. Aquellas empresas que más conocen sus riesgos, consiguen que sus trabajadores tengan más información sobre los mismos, disminuyendo el riesgo de accidente.

El trabajador accidentado debe darse cuenta que tiene capacidad de control sobre su salud, así como sobre los riesgos en el trabajo. El objeto último en este sentido, es propiciar la realización de comportamientos preventivos.

VII. CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio, pacientes incluidos en contingencias profesionales frente a pacientes incluidos en contingencias comunes, sólo hemos observado una asociación entre la clase social e implicación en accidente laboral: los trabajadores manuales presentan una mayor probabilidad de siniestralidad laboral que los no manuales, con una OR de 3.614 (95% IC, 2.671-4.890). No se ha encontrado asociación entre la ingesta de fármacos, alcohol o drogas y la implicación en accidente laboral.
2. Los accidentes laborales son más frecuentes en varones, de la tercera década y en el centro de trabajo. Todos fueron de carácter leve. En un 6.1% el accidente laboral fue un accidente de tráfico. El accidente "in itinere" ha afectado principalmente al rango de edad de 41 a 45 años de los pacientes de contingencias profesionales y ha sido la causa de más del 60% de las bajas de dicha cohorte.
3. Los principales motivos de consulta en los pacientes de la cohorte de contingencias profesionales fueron: i) los traumatismos como heridas y esguinces, ii) causas externas como cuerpos extraños corneales y iii) enfermedades osteomusculares como cervicalgia y lumbalgia. Los tratamientos más frecuentemente prescritos (66.4%) en el accidente laboral, fueron los del grupo terapéutico sistema musculoesquelético (M).
4. Las enfermedades crónicas más frecuentes en ambas cohortes (sin diferencia significativa), fueron: i) enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, ii) enfermedades del sistema circulatorio, iii) trastornos mentales y del comportamiento y iv) enfermedades del aparato digestivo. No hay diferencias entre ambas cohortes en cuanto a tener pautado tratamiento farmacológico de forma crónica, el 26.9% de los pacientes con una contingencia profesional y el 27.5% de los que acuden por una contingencia común. La media de medicamentos consumidos de forma crónica en el caso de la contingencia profesional (1.5 medicamentos) fue menor ($p < 0.0001$) que en la contingencia común (1.86 medicamentos).

5. Los procesos agudos (últimas 24 horas), los refirieron 4 casos en contingencias profesionales y 19 casos en contingencias comunes y correspondían fundamentalmente a enfermedades del sistema respiratorio. Un número muy limitado de pacientes (1.3% en contingencia profesional y 2.4% en contingencia común, $p > 0.05$), refirieron haber tomado medicamentos en las últimas 24 horas, aparte de su tratamiento crónico.
6. Cuando consideramos el consumo de medicamentos de forma crónica y de forma aguda (en las últimas 24 horas), observamos un patrón similar ($p \geq 0.05$) en ambas cohortes: El 29% estaría en tratamiento con fármacos. Un 8% estarían en tratamiento con algún medicamento con pictograma español medicamentos y conducción (6.9% en contingencia profesional y 8.4% en contingencia común); sólo un 3% de esos pacientes estaría tomando dos o más medicamentos con dicho pictograma. El 4.3% de los pacientes de contingencia profesional y el 6.9% de los pacientes de contingencia común estarían tomando un medicamento con categorías DRUID 2 o 3; sólo un porcentaje muy reducido (0.3% de los casos de contingencia profesional y 0.8% de contingencia común), estarían en tratamiento con dos o más fármacos con categorías DRUID 2 o 3.
7. En el presente estudio, el consumo referido de alcohol y de drogas por los pacientes de ambas cohortes ha sido muy bajo y sensiblemente menor que el observado en la población laboral y población general. El porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo es muy bajo, de 0.5% en los casos de contingencia profesional y de 0.2% en los casos de contingencia común. La droga ilegal más frecuente consumida es el cannabis, en el 2.9% de las contingencias profesionales y en el 3.4% de las comunes.
8. Aun cuando en el presente estudio no se ha observado una asociación entre medicamentos y accidentes laborales, creemos que se debe prestar atención a la medicación prescrita a los pacientes en el ámbito laboral: debe tenerse en cuenta si la medicación que pudiera

estar tomando el paciente de forma aguda y/o crónica incluye el pictograma medicamentos y conducción, así como debería revisarse de forma sistemática su categorización DRUID, principalmente en el caso de que el paciente fuera a continuar con su actividad laboral. Así mismo, debería ser importante la elección del fármaco apropiado a prescribir, que afecte en menor medida a las capacidades del trabajador en la ejecución de su trabajo e informar al paciente de posibles riesgos y precauciones a seguir.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) [Web]. Medicamentos y conducción. [Consultado enero 2011]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/industria/etiquetado/conduccion/home.htm>.

Aguado Albillos MI, Martínez Fuentes MN, Romero Bohorquez MC, Lemonche Aguilera C, Mateu Serra A. Normas prácticas para la aplicación del nuevo decreto sobre incapacidad temporal. FMC. 2015; 22(5):235-41.

Álvarez E, González J, Barrio G, Llorens N, Brime B, Ruiz A, Domingo-Salvany A, Sánchez A. Informe 2009 del observatorio español sobre drogas (OED). Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009.

Álvarez FJ, Del Río MC. Medication use by the driving population. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 1996; 5(4):255-61.

Álvarez FJ, Del Río MC. Medicinal drugs and driving: from research to clinical practice. Trends Pharmacol Sci. 2002; 23(9):441-5.

Álvarez FJ, Fierro I, Gómez-Talegón MT. Medicamentos y conducción de vehículos: prescripción de medicamentos al paciente que conduce. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2010.

Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social 2012. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2013.

Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social 2013. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2014.

Awad AI, Aboud EA. Knowledge, attitude and practice towards antibiotic use among the public in Kuwait. PLoS One. 2015; 10(2):e0117910.

Baos Vicente V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. Inf Ter Sist Nac Salud. 2000; 24(6):147-52.

Baos Vicente V. La calidad en la prescripción de medicamentos. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 1999; 23(2):45-54.

Benavides FG, Delclos J, Benach J, Serra C. Lesiones por accidentes de trabajo, una prioridad en salud pública. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80(5): 553-65.

Bernabé Muñoz E, Flores Dorado M, Martínez Martínez F. Grado de conocimiento del antibiótico prescrito en pacientes ambulatorios. *Aten Primaria*. 2015; 47(4):228-35.

Burgos-Ruiz de Castroviejo S, Díaz-García AM, Roldán-León J. Valoración de la incapacidad laboral. Equipo de valoración de incapacidades. *Rehabilitación*. 2008; 42(6):291-314.

Cabrera Clemow A. El Método del Árbol de Causas Aplicado a la Investigación de Accidentes Laborales. *Ingeniare*. 2012; 13(13):69-82.

Cabrero E, Luna A. Alcohol y drogas en las empresas de la Unión Europea. *Adicciones*. 2001; 13(3):247-52.

Charlton JL, Koppel S, O'Hare M, Andrea D, Smith G, Khodr B, Langford J, Odell M, Fildes B. Influence of Chronic Illness on Crash Involvement of Motor Vehicle Drivers. Report No 213. Victoria: Monash University Accident Research Centre, 2004.

Charlton JL, Koppel S, Odell M, Devlin A, Langford J, O'Hare M, Kopinathan C, Andrea D, Smith G, Khodr B, Edquist J, Muir C, Scully M. Influence of chronic illness on crash involvement of motor vehicle drivers: 2nd edition. Victoria: Monash University Accident Research Centre, 2009.

Charro Baena B. El consumo de sustancias psicoactivas como riesgo psicosocial en el ámbito laboral español. Una revisión. *International Psychology, Practice and Research (PIPER)* [revista electrónica]. 2012. [Consultado junio 2015]. Disponible en:

file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/el_consumo_de_sustancias_psicoactivas_como_riesgo_psicosocial_en_al_ambito_laboral_espanol__una_revision%20(5).pdf

Cerrolaza Asenjo J, Mercé Alberto LT, Pozuelo Sánchez P, Jardón Dato E. Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), 2008.

De la Orden Rivera M.V. Informe Anual de accidentes laborales en España 2013. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), 2014.

De Vicente Abad MA, Zimmermann Verdejo M, De la Orden Rivera MV. Informe de accidentes laborales de tráfico 2010 [monografía en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2011. [Consultado junio 2015]. Disponible en: <http://www.oect.es>.

Díaz de Rada V. Análisis de datos de encuestas: Desarrollo de una investigación completa utilizando SPSS. Barcelona: Editorial UOC, 2009.

Engeland A, Skurtveit S, Mørland J. Risk of road traffic accidents associated with the prescription of drugs: a registry-based cohort study. *Ann Epidemiol.* 2007; 17(8):597-602.

Esteve L. El libro del delegado sindical. El accidente de trabajo y la enfermedad profesional. Madrid: Paralelo Edición, S.A. 2001:45-8.

Evaluación del III Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad, 2014.

Fierro I, Gómez-Talegón T, Álvarez FJ. The Spanish pictogram on medicines and driving: The population's comprehension of attitudes towards its use on medication packaging. *Accid Anal Prev.* 2013; 50(1):1056-61.

Fraile Cantalejo A. Causas de accidentes: clasificación y codificación. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2011.

Galán García A. Accidentes de trabajo en España 1900-2007. El perfil de las víctimas. Seguridad y medioambiente [revista electrónica]. 2009; 29(116): 14-24. [Consultado junio 2015]. Disponible en: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/seguridad/n116/articulo1.html>.

Gómez MT, Del Río MC, Álvarez FJ. Alcohol y accidentes laborales en España: revisión bibliográfica, 1995-2001. Trastornos Adictivos. 2002; 4(4):244-55.

Gómez-Talegón T, Fierro I, González-Luque JC, Colás M, López-Rivadulla M, Javier Álvarez F. Prevalence of psychoactive substances, alcohol, illicit drugs, and medicines, in Spanish drivers: a roadside study. Forensic Sci Int. 2012; 223(1-3):106-13.

Gómez-Talegón T, Fierro I, Del Río MC, Álvarez FJ. Establishment of framework for classification/categorisation and labelling of medicinal drugs and driving. Deliverable 4.3.1, 2011. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. [Consultado julio 2011]. Disponible en: <http://www.druid-project.eu/>

Gual A, Contel M, Segura L, Ribas A, Colom J. El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos): un nuevo instrumento para la identificación prematura de bebedores de riesgo. Med Clin (Barc). 2001; 117(18):685-9.

Instituto Nacional de la Salud. Manual de gestión de la Incapacidad Temporal. 3ª edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.

International Labour Organization (ILO). Drug and alcohol abuse. An important workplace issue. Ginebra: ILO publication, 1999. [Consultado junio 2015]. Disponible en:

<http://www.dronet.org/avanzate/veneto/sospsico/upload/art050.pdf>.

International Labour Organization (ILO). Investigation of occupational accidents and diseases: A practical guide for labour inspectors. Ginebra: ILO publication, 2014.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, por la que se regula la Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10 de noviembre de 1995:32590-32611.

Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS) en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. BOE núm. 314, lunes 29 de diciembre de 2014:105960-105995.

Lorente Arenas F. Guía práctica del médico en atención primaria. Legislación y normas administrativas. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A., 1992.

Llisterri Caro JL, Polo García J, Mico Pérez R, Rivera Campos I, Rodríguez Roca GC. Cambios en la regulación de las recetas médicas y órdenes de dispensación que afectan al médico de familia. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. 2014; 40(5):239-40.

Markussen S, Røed K, Røgeberg OJ, Gaure S. The anatomy of absenteeism. J Health Econ. 2011; 30(2):277-92.

Martín Calle MC, de Alba Romero C, Prieto Marcos M. Accidentes de tráfico, actuación desde la consulta de Atención Primaria. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. 2009; 35(4):179-85.

Martin-Fumadó C, Martí Amengual G, Puig Bausili LI, Arimany-Manso J. La incapacidad temporal y sus implicaciones legales. Med Clin (Barc). 2014; 142(2):37-42.

Marucci-Wellman HR, Willetts JL, Lin TC, Brennan MJ, Verma SK. Work in multiple jobs and the risk of injury in the US working population. *Am J Public Health*. 2014; 104(1):134-42.

Meléndez L, Pérez AI, San Martín C. La prevención de riesgos laborales en la negociación colectiva. Un estudio comparado de los años 2000 y 2010. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2012.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). ECIE10. Edición electrónica de la CIE-10. 8ª edición. Madrid: MSSSI, 2009. [Consultado abril 2011]. Disponible en: <http://www.oect.es> http://eciemaps.mpsi.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html.

Navarro Arribas C., Chicano Díaz S. La incapacidad temporal: hacia un modelo de gestión. *Medicina Familiar y Comunitaria* [revista electrónica]. 2003; 13(1): 37-42. [Consultado junio 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000100005&lng=es.

Navarro Sampérez J, Girón Morilla S, Aguado Albillos I. Prescripción del parte de baja médica por incapacidad temporal, situaciones asimiladas al alta en la Seguridad Social. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2014; 21(9):541-5.

Neira M. *Healthy Workplaces: A model for action*. Ginebra: WHO, 2010.

Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Madrid: Delegación

del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2015.

Ochoa Mangado E, Madoz Gúrpide A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Med Segur Trab.* 2008; 54(213):25-32.

OMS. Workers' health: global plan of action Sixtieth World Health Assembly. 2007. [Consultado junio 2015]. Disponible en:
http://www.who.int/occupational_health/publications/global_plan/en/

Orden de 19 de junio de 1997 por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. BOE núm. 150, de 24 de junio de 1997:19361-19384.

Orden de 18 de septiembre de 1998 por la que se modifica la de 19 junio de 1997, que desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. BOE núm. 230, de 25 de septiembre de 1998:32025-32059.

Palmer KT, D'Angelo S, Harris EC, Linaker C, Coggon D. The role of mental health problems and common psychotropic drug treatments in accidental injury at work: a case-control study. *Occup Environ Med.* 2014; 71(5):308-12.

Parmentier G, Chastang JF, Nabi H, Chiron M, Lafont S, Lagarde E. Road mobility and the risk of road traffic accident as a driver. The impact of medical conditions and life events. *Accid Anal Prev.* 2005; 37(6):1121-34.

III Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad, 2008.

IV Plan de Salud de Castilla y León perspectiva 2020. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad, 2015.

Prieto-Alhambra D, Soldevila N, Valiente S, Briones E, Martín C. Enfermedades, medicamentos y riesgo de lesiones por tráfico: resultados preliminares del estudio LESIONAT. *Butlletí [revista electrónica]*. 2011. [Consultado junio 2015]. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol29/iss2/5>.

Ramírez Sánchez DC, Marínez Barroso KA, Asúnsolo del Barco A. Abuso de alcohol en el medio laboral, factores de riesgo para el consumo, e instrumentos de valoración aplicables en la vigilancia de la salud. Alcohol abuse at workplace, risk factors and instruments for health surveillance. *Med Segur Trab*. 2011; 57(224):190-209.

Ravera S, Monteiro SP, de Gier JJ, van der Linden T, Gómez-Talegón T, Álvarez FJ. DRUID Project WP4 Partners. A European approach to categorizing medicines for fitness to drive: outcomes of the DRUID project. *Br J Clin Pharmacol*. 2012; 74(6):920-31.

Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. BOE Núm. 267, de 7 de noviembre de 2007:45652-45698.

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. BOE núm. 154, de 29 de junio de 1994:20658-20708.

Regidor E. La clasificación de la clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Rev Esp Salud Pública*. 2001; 75(1):13-22.

Reville RT, Bhattacharya J, Sager Weinstein LR. New methods and data sources for measuring economic consequences of workplace injuries. *Am J Ind Med.* 2001; 40(4):452-63.

Ribas E, Portella E, Ridaó M, Carrilo E, Camacho C. Los costes derivados del consumo de alcohol para el sistema productivo de España. *Adicciones.* 1999; 11(1):33-6.

Robson LS, Stephenson CM, Schulte PA, Amick BC 3rd, Irvin EL, Eggerth DE, Chan S, Bielecky AR, Wang AM, Heidotting TL, Peters RH, Clarke JA, Cullen K, Rotunda CJ, Grubb PL. A systematic review of the effectiveness of occupational health and safety training. *Scand J Work Environ Health.* 2012; 38(3):193-208.

Rodríguez de Prada A. Investigación de accidentes por el método del árbol de causas. Centro Nacional de Nuevas Tecnologías. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2012.

Sánchez Pardo L. Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones.* 2002; 14(1):79-97.

Schulze H, Schumacher M, Urmeew R, Auerbach K. DRUID Final Report: Work performed, main results and recommendations. EU DRUID Programme. 2012. [Consultado junio 2015].

Disponible en:http://www.druid-project.eu/Druid/EN/Dissemination/downloads_and_links/Final_Report.html.

Sears JM, Blamar L, Bowman SM, Adams D, Silverstein BA. Predicting work-related disability and medical cost outcomes: estimating injury severity scores from workers' compensation data. *J Occup Rehabil.* 2013; 23(1):19-31.

Sears JM, Bowman SM, Adams D, Silverstein BA. Who pays for work-related traumatic injuries? Payer distribution in Washington State by ethnicity, injury severity, and year (1998-2008). *Am J Ind Med.* 2013; 56(7):742-54.

SISTEMA DELT@ Guía de cumplimentación del parte de accidente de trabajo (PAT). Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social (MEYSS), 2015.

Smith PM, Mustard CA. How many employees receive safety training during their first year of a new job? *Inj Prev.* 2007; 13(1):37-41.

Stout N, Linn H. From strategy to reality: 25 years of planning and progress in occupational injury research. *Inj Prev.* 2001; 7(1):11-4.

Takala J, Hämmäläinen P, Saarela KL, Yun LY, Manickam K, Jin TW, Heng P, Tjong C, Kheng LG, Lim S, Lin GS. Global estimates of the burden of injury and illness at work in 2012. *J Occup Environ Hyg.* 2014; 11(5):326-37.

Villaplana García M, Sáez Navarro C, Meseguer de Pedro M, García-Izquierdo M. Grado de efecto de las variables sociodemográficas, laborales, organizativas y del entorno en la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en España. *Aten Primaria.* 2015; 47(2):90-8.

Wadsworth EJK, Moss SC, Simpson SA, Smith AP. Preliminary investigation of the associations between psychotropic medication use and accidents, minor injuries and cognitive failures. *Hum Psychopharmacol.* 2003; 18(7): 535-40.

Wadsworth EJK, Moss SC, Simpson SA, Smith AP. Psychotropic medication use and accidents, injuries and cognitive failures. *Hum Psychopharmacol.* 2005; 20(6):391-400.

WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (WHOCC). Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification system. [Consultado Abril 2011]. Disponible en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/

ANEXO 1 Modelo 3-AT-19-B, parte de asistencia sanitaria por accidente.

PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE	
Empresa:	Nº Inscripción a la S.S.
Domicilio:	Localidad:
ROGAMOS PRESTE ASISTENCIA SANITARIA AL TRABAJADOR DE ESTA EMPRESA:	
Nombre y apellidos del trabajador accidentado:	Nº Afiliación Seguridad Social
Domicilio del trabajador:	Localidad:
QUE HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRABAJO A LAS	
Hora	Fecha del accidente:
HORAS DEL DIA	CUANDO REALIZABA LAS TAREAS
Tareas que realizaba en el centro de trabajo al sufrir el accidente:	
Naturaleza de las lesiones:	
A efectos del REGIMEN DE ACCIDENTES DE TRABAJO esta empresa está incluida en	
I.N.S.S. o Mutua Patronal	Provincia:
Lugar y fecha:	
(Firma y sello de la Empresa)	
Servicios Sanitarios de la Seguridad Social	Entidad sanitaria o Médico a quien se cursa el Parte:

Mod. 2-A-T-18-B 3/3 UNE-A-3, (148 a 140)

ANEXO 2 Cuestionario de recogida de datos empleado en el estudio.

CUESTIONARIO EMPLEADO**IDENTIFICACIÓN**

Fecha de consulta

Número de historia clínica

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOSSexo hombre mujerEdad (en años cumplidos) Clase social (según la clasificación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología) I II III IV V

- I.** Directivos de la Administración Pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas con titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario
- II.** Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas con una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos y profesionales de apoyo. Artistas y deportistas
- IIIa.** Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad
- IIIb.** Trabajadores por cuenta propia.
- IIIc.** Supervisores de trabajadores manuales
- IVa.** Trabajadores manuales cualificados
- IVb.** Trabajadores manuales semicualificados
- V.** Trabajadores manuales no cualificados

DATOS DE TIPO DE CONSULTA O TIPO DE BAJA

Motivo de consulta contingencia profesional contingencia común

Gravedad leve grave fallecimiento

Lugar del accidente (cuando se trata de accidente laboral, contingencia profesional) centro de trabajo otro lugar "in itinere"

Accidente de tráfico si no

Fecha del accidente laboral día de la semana del accidente

1, Lunes; 2, Martes; 3, Miércoles; 4, Jueves; 5, Viernes; 6, Sábado; 7, Domingo

Fecha de baja día de la semana de baja

Fecha del alta día de la semana del alta

Duración de la baja (en días)

Causa del alta curación fallecimiento Inspección Médica

propuesta de incapacidad mejoría para su trabajo habitual

incomparecencia

DIAGNÓSTICO ACTUAL: MOTIVO DE LA BAJA O CONSULTA

Diagnóstico/s actual/es del motivo de consulta o de baja y su código CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)

CÓDIGO CIE-10	DIAGNÓSTICO

CONSUMO DE DROGAS

¿Ha consumido drogas? Nunca Alguna vez

Si ha consumido alguna vez ¿cuál es el tipo de droga que ha consumido y frecuencia según la siguiente tabla?

	Ha consumido de forma ocasional	Ha consumido en el último mes	Ha consumido en las últimas 24 horas
Cannabis			
Cocaína			
Anfetaminas			

CONSUMO DE TABACO

¿Fuma usted tabaco? Nunca ha fumado Ex fumador

Fuma ocasionalmente Fuma a diario

Si fuma a diario ¿cantidad de cigarrillos que suele fumar diariamente?

CONSUMO DE ALCOHOL

En el último año ¿cuál ha sido la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas?

- (1) No consume
- (2) Exbebedor
- (3) En ocasiones especiales
- (4) Al menos un día a la semana
- (5) De 3 a 4 días a la semana
- (6) Diariamente

Indique cuántas bebidas de cada tipo y cada día consume a la semana y el total de Unidades de bebida (UBE) a la semana:

	L	M	X	J	V	S	D	Total	UBE/bebida/semana
Cerveza									Total cerveza x 1=
Vino									Total vino x 1=
Licor									Total licor x 2=
Total UBE/semana									Suma total=

Seguir el siguiente esquema en lo que se refiere al número de Unidades de bebida (UBE) que consume:

Tipo de bebida (graduación)	Cantidad	Unidades de bebida (UBE)	Gramos
Cerveza (5°)	1 quinto	1	10
Vino (12°)	1 vaso pequeño o copa	1	10
Licor (40°)	1 copa o 1 combinado	2	20

Ej.: 1 bebida estándar equivale a: 1 copa de vino, ó 1 caña de cerveza o ½ copa de licor (25 ml).

ANEXO 3 Partes médicos de baja de incapacidad temporal, derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

ANEXO 4 Partes médicos de baja de incapacidad temporal,
derivada de contingencias comunes.

PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES		SEGURIDAD SOCIAL	
<p>RÉGIMEN</p> <input type="checkbox"/> GENERAL <input type="checkbox"/> AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/> AGR. PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. CAJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> E. HOGAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN		<p>SITUACIÓN</p> <input type="checkbox"/> ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO	
<p>DATOS DEL TRABAJADOR</p> NÚM. TARJETA SANITARIA: NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: NOMBRE Y APELLIDOS:			
<p>DATOS DE LA EMPRESA</p> Nombre de la Empresa: Entidad pago IT / CC: <input type="checkbox"/> Empr. Colaboradora <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM		Localidad: Provincia: Código postal: Teléfono: Localidad: Provincia: Código postal: Actividad Empresa: Código CNAE: Puesto de trabajo:	
<p>DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)</p> ¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS: MESES: Duración estándar De a días			
<p>DIAGNÓSTICO</p> Código CIE-9 MC:		<p>CAUSA DEL ALTA</p> <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mejoría que permite reanudar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparecencia	
<p>PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> Fecha de la BAJA: PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/> Fecha del ALTA (*):</p>		<p>DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS</p> Firma, Fecha y Sello: Número de colegiado:	
<p>RECAÍDA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD COMUN <input type="checkbox"/> ACCIDENTE NO LABORAL</p>			
<p>P. 9 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. Ejemplar para remitir al INSS, ISM o MUTUA</p>			

ANEXO 5 Aprobación del Comité Ético de Investigación
Clínica de la Universidad de Valladolid.



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID.
FACULTAD DE MEDICINA
C/ RAMÓN Y CAJAL,7
47005 VALLADOLID.

COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN
CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD DE
VALLADOLID

REUNIÓN del
24 de febrero de 2010

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Evaluados y Ponderados los Aspectos Éticos y Legales aplicables, según la legislación vigente, en territorio nacional, europeo y de organismos internacionales para la Evaluación de Ensayos Clínicos y Proyectos de Investigación, realizada por el Comité Ética de Investigación Clínicas de la Universidad de Valladolid, contemplada en la directiva Europea 2001/20/EC y el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero.

DESCRIPCIÓN DEL PROTOCOLO EVALUADO:

Valladolid 24/02/2010. Código CEIC: Ensayo Clínico/Proyecto de Investigación 2010/07

Promotor: Junta de Castilla Y León, Orden SAN/39/2010 de 20 de enero (Bocyl, Num. 18, Jueves, 28 enero 2010, Pag. 5958)

Versión/fecha del protocolo: 24 de febrero de 2010.

Título: Accidentes laborales, medicamentos y hábitos de salud: información para los pacientes y los profesionales sanitarios.

Diseño: Se propone un estudio prospectivo en el que se analizarán los datos recogidos mediante entrevista clínica en la primera consulta, a trabajadores que acuden a la mutua por un accidente laboral y se compararán con los datos obtenidos en la primera consulta de trabajadores que acuden a la mutua por contingencias comunes.

El estudio se realizará en la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales de la Seguridad Social número 61, FREMAP, de Valladolid.

Con el objetivo de: Conocer la prevalencia del consumo de fármacos, y otros hábitos de salud (consumo de alcohol y drogas) en una muestra de trabajadores que han sufrido un accidente laboral y la posible asociación con los accidentes laborales.

Para ser realizado en: El Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas de la Universidad de Valladolid.

Cuyo Investigador Responsable es: F. Javier Álvarez González. Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas. Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid

Investigadores colaboradores: Eduardo Tamayo Gómez. José Ignacio Gómez Herrerías. María Trinidad Gómez-Talegón. Inmaculada Fierro Lorenzo. María Ángeles Esteban Martín.

El CEIC resuelve **INFORMAR FAVORABLEMENTE**, la realización del estudio reseñado.

Valladolid a 24 de 02 de 2010

Fdo.: Dr. José Luis García Roldán

Secretario Técnico del CEIC de la Universidad de Valladolid.

COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Universidad de Valladolid
Facultad de Medicina
C/. Ramón y Cajal, 7
47005 Valladolid

ANEXO 6 Descripción de las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en las cohortes contingencia profesional y contingencia común. Datos sin ponderar.

Descripción de las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en las cohortes contingencia profesional y contingencia común. Datos no ponderados.				
	Contingencia profesional n= 379	Contingencia común n= 821	Total	Estadístico
Hombres	261 (68.9%)	400 (48.7%)	661 (55.1%)	$\chi^2= 42.53,$ $p<0.0001$
Mujeres	118 (31.1%)	421 (51.3%)	539 (44.9%)	
Edad media (años) \pm DS	37.98 \pm 10.23	43.16 \pm 10.99	41.53 \pm 11.02	$t=-7.75,$ $p<0.0001$
Edad hombres	38.01 \pm 10.48	43.91 \pm 11.28	41.58 \pm 11.34	$t=-6.76;$ $p<0.0001$
Edad mujeres	37.92 \pm 9.69	42.45 \pm 10.68	41.46 \pm 10.63	$t=-4.15;$ $p<0.0001$
Grupos de edad (años)				
17-20	5(1.3%)	5(0.6%)	10(0.8%)	$\chi^2_9= 66.38,$ $p<0.0001$
21-25	34(9.0%)	32(3.9%)	66(5.5%)	
26-30	60(15.8%)	80(9.7%)	140(11.7%)	
31-35	77(20.3%)	108(13.2%)	185(15.4%)	
36-40	67(17.7%)	120(14.6%)	187(15.6%)	
41-45	37(9.8%)	133(16.2%)	170(14.2%)	
46-50	47(12.4%)	114(13.9%)	161(13.4%)	
51-55	27(7.1%)	99(12.1%)	126(10.5%)	
56-60	21(5.5%)	79(9.6%)	100(8.3%)	
61-67	4(1.1%)	51(6.2%)	55(4.6%)	
Clase social				
I	4(1.1%)	26(3.2%)	30(2.5%)	$\chi^2_4 = 98.33,$ $p<0.0001$
II	13(3.4%)	52(6.3%)	65(5.4%)	
III	43(11.3%)	292(35.6%)	335(27.9%)	
IV	131(34.6%)	173(21.1%)	304(25.3%)	
V	188(49.6%)	278(33.9%)	466(38.8%)	

ANEXO 7 Listado por orden alfabético de medicamentos categorizados siguiendo el criterio DRUID (Ravera et al, 2012).

A	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Abciximab	B01AC13	0
Absorbable gelatin sponge	B02BC01	0
Acamprosate	N07BB03	0
Acarbose	A10BF01	0
Acebutolol	C07AB04	I
Acebutolol and thiazides	C07BB04	I
Aceclofenac	M02AA25	0
Aceclofenac	M01AB16	I
Acemetacin	M01AB11	I
Acenocoumarol	B01AA07	0
Acetazolamide	S01EC01	II
Acetylcholine	S01EB09	II
Acetylcysteine	R05CB01 S01XA08	0
Acetyldihydrocodeine	R05DA12	II
Acetylsalicylic acid	A01AD05 B01AC06 N02BA01	0
Acexamato de zinc	A02BX	0
Aciclovir	D06BB03	0
Aciclovir	S01AD03	I
Acipimox	C10AD06	0
Acitretin	D05BB02	I
Acrivastine	R06AX18	I
Adapalene	D10AD03	0
Adapalene, combinations	D10AD53	0
Adenosine	C01EB10	I
Agalsidase alfa	A16AB03	I
Agalsidase beta	A16AB04	I
Agomelatine	N06AX22	II
Albumin	B05AA01	0
Alclometasone	D07AB10	0
Alcuronium	M03AA01	III
Alendronic acid	M05BA04	0
Alendronic acid and colecalciferol	M05BB03	I
Alfa1 antitrypsin	B02AB02	0
Alfacalcidol	A11CC03	0
Alfentanil	N01AH02	III
Algeldrate	A02AB02	0
Alglucosidase alfa	A16AB07	I
Alimemazine	R06AD01	III
Aliskiren	C09XA02	0
Aliskiren and hydrochlorothiazide	C09XA52	0
Alitretinoin Oral administration Topical use	D11AX19	I 0
Allopurinol	M04AA01	I
Allopurinol, combinations	M04AA51	I
Almagate	A02AD03	0

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

Almasilate	A02AD05	0
Almitrine	R07AB07	I
Almotriptan	N02CC05	II
Aloglutamol	A02AB06	0
Alprazolam	N05BA12	III
Alprenolol	C07AA01	I
Alprostadiil	C01EA01	I
Alteplase	B01AD02	0
Altizide and potassium-sparing agents (spironolactone)	C03EA04	I
Aluminium acetoacetate	A02AB05	0
Aluminium chloride	D10AX01	0
Aluminium glycinate	A02AB07	0
Aluminium hydroxide	A02AB01	0
Aluminium phosphate	A02AB03	0
Aluminium preparations	C05AX01	0
Alverine	A03AX08	0
Amantadine	N04BB01	I
Ambrisentan	C02KX02	I
<u>Ambroxol</u>	R05CB06	0
Amifampridine	N07XX05	II
Amikacin	D06AX12	0
Amiloride	C03DB01	0
Amino acids	B05BA01	0
Aminoacridine	D08AA02	0
Aminobenzoic acid	D02BA01	0
<u>Aminophylline</u> Oral administration Parenteral administration	R03DA05	0 I
Amiocaproic acid	B02AA01	0
Amiodarone	C01BD01	I
Amisulpride	N05AL05	II
Amitriptyline	N06AA09	III
Amlodipine	C08CA01	I
Ammonium chloride	B05XA04	0
Amorolfine	D01AE16	0
Amphotericin B	A01AB04 A07AA07	0
Antacids with sodium bicarbonate	A02AG	0
Antacids, other combinations	A02AH	0
Antibiotics in combination with other drugs	S01AA20	Depending on the medicine in combination
<u>Antiinfectives, combinations</u>	S02AA30	0
Antispasmodics in combination with other drugs	A03ED	II
Antithrombin III	B01AB02	0
Apomorphine	N04BC07	II
Apraclonidine	S01EA03	II
Aprepitant	A04AD12	0
Aprindine	C01BB04	I
Aprotinin	B02AB01	0
Aripiprazole	N05AX12	

Oral administration		II
Parenteral administration: i.m.		III
Articaine combinations	N01BB58	I
Artificial tears and other indifferent preparations	S01XA20	0
Ascorbic acid (vit C)	A11GA01	0
Ascorbic acid (vit C) and calcium	A11GA02	0
<u>Astemizole</u>	R06AX11	I
Atenolol	C07AB03	I
Atenolol and other antihypertensives	C07FB03	I
Atenolol and other diuretics	C07CB03	I
Atenolol and other diuretics, combinations	C07CB53	I
Atenolol and thiazide	C07BB03	I
Atenolol, thiazides and other diuretics	C07DB01	I
Atomoxetine	N06BA09	I
Atorvastatin	C10AA05	0
<u>Atracurium</u>	M03AC04	III
Atropine	A03BA01 S01FA01	III
Atropine+escopolamine+phenylephrine	S01FAP1	III
Attapulgit, combinations (combination with morphine)	A07BC54	II
<u>Azatadine</u>	R06AX09	II
Azelaic acid	D10AX03	0
<u>Azelastine</u>	R06AX19 S01GX07	I
Azelastine antazoline	R01AC03	0
Azithromycin	S01AA26	0
B	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Bacitracin	D06AX05	0
<u>Baclofen</u>	M03BX01	II
Balsalazide	A07EC04	0
Bamethan	C04AA31	I
Becaplermin	A01AD08 D03AX06	0
Beclometasone	A07EA07 D07AC15 R01AD01 R03BA01	0
Beclometasone and antibiotics	D07CC04	0
Befunolol	S01ED06	I
Bemiparin	B01AB12	0
Benazepril	C09AA07	I
Benazepril and diuretics	C09BA07	I
Bendroflumethiazide	C03AA01	0
Bendroflumethiazide and potassium	C03AB01	0
Bendroflumethiazide and potassium-sparing agents (spiro lactone)	C03EA13	I
Benfotiamine	A11DA03	0
Benperidol	N05AD07	II
Benzalkonium	D08AJ01 D09AA11 R02AA16	0

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

Benzethonium chloride	D08AJ08	0
Benzethonium chloride, combinations	D08AJ58	0
Benzocaine	C05AD03 D04AB04 N01BA05 R02AD01	0
Benzoyl peroxide	D10AE01	0
Benzoyl peroxide, combinations	D10AE51	0
Benzydamine	A01AD02 M02AA05	0
Benzydamine	M01AX07	I
Betacarotene	A11CA02 D02BB01	0
Betahistine	N07CA01	I
Betaine	A16AA06	0
Betamethasone	A07EA04 C05AA05 D07AC01 D07XC01 R01AD06	0
Betamethasone (Corticosteroids/antiinfectives/mydriatics in combination)	S01CB04	Depending on the mydriatic in combination
Betamethasone and antibiotics	D07CC01	0
Betamethasone and antiinfectives Drops Oinment	S01CA05	0 I
<u>Betamethasone and antiinfectives</u>	S03CA06	0
Betamethasone and antiseptics	D07BC01	0
Betamethasone and mydriatics	S01BB04	Depending on the mydriatic in combination
Betaxolol	C07AB05 S01ED02	I
Bezafibrate	C10AB02	0
Bimatoprost	S01EE03	I
Biotin	A11HA05	0
Biperiden Oral administration Parenteral administration	N04AA02	II III
Bisacodyl	A06AB02 A06AG02	0
Bisacodyl, combinations	A06AB52	0
Bismuth preparations, combinations	C05AX02	0
Bismuth subcitrate	A02BX05	0
Bisoprolol	C07AB07	I
Bisoprolol and thiazide	C07BB07	I
Bisoprolol, combinations	C07AB57	I
Bivalirudin	B01AE06	0
Bosentan	C02KX01	I
<u>Botulinum toxin A</u> Botulinum toxin B	M03AX01	II II
Brimonidine	S01EA05	II
Brinzolamide	S01EC04	I
Bromazepam	N05BA08	III

<u>Bromhexine</u>	R05CB02	0
Bromocriptine	N04BC01	II
Bromperidol Oral administration Parenteral administration: depot i.m.	N05AD06	II III
<u>Brompheniramine</u>	R06AB01	II
<u>Brompheniramine, combinations</u>	R06AB51	II
Brotizolam	N05CD09	III
Buclizine	R06AE01	II
<u>Buclizine, combinations</u>	R06AE51	Depending on the medicine in combination
Budesonide	A07EA06 D07AC09 R01AD05 R03BA02	0
Buflomedil	C04AX20	I
Bumetanide	C03CA02	0
Bumetanide and potassium	C03CB02	0
Bumetanide and potassium-sparing agents	C03EB02	0
Buphenine	C04AA02	I
Bupivacaine	N01BB01	I to III Depending on the route of administration
Bupivacaine combinations	N01BB51	I to III Depending on the route of administration
Bupranolol	C07AA19	I
Buprenorphine Oral administration Parenteral admin. Transdermal admin	N02AE01 N07BC01	III III III/II* *) prolonged release formulation; when a steady state of dosage has been reached
Buprenorphine, combinations	N07BC51	III
Bupropion (amfebutamone)	N07BA02	II
Buspiron	N05BE01	I
Butalamine	C04AX23	I
Butylscopolamine Oral administration Parenteral administration (i.v)	A03BB01	I II
C	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
C1-inhibitor	B02AB03	0
Cabergoline	N04BC06	II
Cadmium compounds	D11AC02	0
Calcifediol	A11CC06	0
Calcipotriol	D05AX02	0
Calcipotriol, combinations	D05AX52	0
Calcitriol	A11CC04 D05AX03	0
Calcium (different salts in combination)	A12AA20	0
Calcium acetate anhydrous	A12AA12	0

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

Calcium carbimide	N07BB02	II
Calcium carbonate	A02AC01 A12AA04	0
Calcium chloride	A12AA07 B05XA07	0
Calcium citrate lysine complex	A12AA09	0
Calcium dobesilate	C05BX01	0
Calcium dobesilate, combinations	C05BX51	0
Calcium glubionate	A12AA02	0
Calcium glucoheptonate	A12AA10	0
Calcium gluconate	A12AA03	0
Calcium glycerylphosphate	A12AA08	0
Calcium lactate	A12AA05	0
Calcium lactate gluconate	A12AA06	0
Calcium laevulate	A12AA30	0
Calcium pangamate	A12AA11	0
Calcium phosphate	A12AA01	0
Calcium silicate	A02AC02	0
Candesartan	C09CA06	I
Candesartan and diuretics	C09DA06	I
Capsaicin	M02AB01 N01BX04	0
Captopril	C09AA01	I
Captopril and diuretics	C09BA01	I
Carbamazepine	N03AF01	II
Carbamide	D02AE01	0
Carbamide products	D02AE	0
Carbamide, combinations	D02AE51	0
Carbasalate calcium	B01AC08	0
Carbenoxolone	A02BX01	0
<u>Carbinoxamine</u>	R06AA08	II
<u>Carbocisteine</u>	R05CB03	0
Carbohydrates	B05BA03	0
Cardioplegia solutions	B05XA16	0
Carglumic acid	A16AA05	0
<u>Carisoprodol</u>	M03BA02	II
<u>Carisoprodol, combinations excl. psycholeptics</u>	M03BA52	II
<u>Carisoprodol, combinations with psycholeptics</u>	M03BA72	II
Carteolol	C07AA15 S01ED05	I
Carvedilol	C07AG02	I
Cascara	A06AB07	0
Cascara, combinations	A06AB57	0
Castor oil	A06AB05	0
Celecoxib	M01AH01	I
Celiprolol	C07AB08	I
Cetiedil	C04AX26	I
<u>Cetirizine</u>	R06AE07	II
Cetrimide	D08AJ04 D11AC01	0
Cetrimonium	D08AJ02	0
Cetylpyridinium	D08AJ03 D09AA07	0

	R02AA06	
Chloramphenicol Drops Oinment	S01AA01	0 I
Chloramphenicol	D06AX02 D10AF03	0
Chlordiazepoxide	N05BA02	II
Chlorhexidine	A01AB03 D08AC02 D09AA12 R02AA05	0
Chlorhexidine, combinations	D08AC52	0
<u>Chlormezanone</u>	M03BB02	II
<u>Chlormezanone, combinations excl. psycholeptics</u>	M03BB52	II
<u>Chlormezanone, combinations with psycholeptics</u>	M03BB72	II
Chlorobutanol, combinations	A04AD54	0
Chloroxylonol	D08AE05	0
<u>Chlorphenamine</u>	R06AB04	II
<u>Chlorphenamine, combinations</u>	R06AB54	II
<u>Chlorphenoxamine</u>	R06AA06	II
Chlorpromazine	N05AA01	III
Chlorpropamide	A10BB02	I
Chlorquinaldol	D08AH02	0
Chlortalidone	C03BA04	I
Chlortalidone and potassium	C03BB04	I
Chlortalidone and potassium-sparing agents (spiro lactone)	C03EA06	I
Chlortetracycline Drops Oinment	S01AA02	0 I
Chlortetracycline	A01AB21 D06AA02	0
<u>Chlorzoxazone</u>	M03BB03	II
<u>Chlorzoxazone, combinations excl. psycholeptics</u>	M03BB53	II
<u>Chlorzoxazone, combinations with psycholeptics</u>	M03BB73	II
Cibenzoline	C01BG07	I
<u>Ciclesonide</u>	R03BA08	0
Cicletanine	C03BX03	0
Ciclopirox	D01AE14	0
Cilazapril	C09AA08	I
Cilazapril and diuretics	C09BA08	I
Cilostazol	B01AC	0
Cimetidine	A02BA01	I
Cimetidine, combinations	A02BA51	I
Cinchocaine	C05AD04 D04AB02	0
Cinitapride	A03FA (not ATC code)	0
Cinnarizine	N07CA02	II
Ciprofibrate	C10AB08	0
Ciprofloxacin Drops Oinment	S01AX13	0 I

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

<u>Ciprofloxacin</u>	S02AA15	0
Cisapride	A03FA02	0
<u>Cisatracurium</u>	M03AC11	III
Citalopram	N06AB04	I
Citric acid	A09AB04	0
Clebopride	A03FA06	0
<u>Clemastine</u>	R06AA04	III
<u>Clemastine, combinations</u>	R06AA54	III
Clindamycin	D10AF01	0
Clindamycin, combinations	D10AF51	0
Clioquinol	D08AH30	0
Clioquinol	D09AA10 S02AA05	0
Clobazam	N05BA09	II
Clobetasol	D07AD01	0
Clobetasone	D07AB01	0
<u>Clodronic acid</u>	M05BA02	0
Clomethiazol	N05CM02	I
Clomipramine	N06AA04	II
Clonazepam Oral administration Parenteral administration	N03AE01	II III
Clonidine	C02AC01 N02CX02 S01EA04	II
Clonidine and diuretics	C02LC01	II
Clonidine and diuretics, combinations with other drugs	C02LC51	II
Clopramide	C03BA03	I
Clopramide and potassium	C03BB03	I
Cloperastine	R05DB21	I
Clopidogrel	B01AC04	0
Clopidogrel + Acetilsalicylic acid	B01AC30	Depending on the medicine in combination
Cloridarol	C01DX15	I
Clotiapine Oral administration Parenteral administration: i.m./i.v.	N05AX09	II III
Clotiazepam	N05BA21	III
Clotrimazole	D01AC01	0
Clozapine	N05AH02	III
Coagulation factor IX	B02BD04	0
Coagulation factor IX, II, VII and X in combination	B02BD01	0
Coagulation factor VII (in combination with other factors)	B02BD05	0
Coagulation factor VIII	B02BD02	0
Cobamamide	B03BA04	0
Codeine > 20 mg ≤ 20 mg	R05DA04	II I
Codeine, combinations excl .psycholeptics > 20 mg ≤ 20 mg	N02AA59	II I
Cod-liver oil ointments	D03AA	0

<u>Colchicine</u>	M04AC01	0
Colecalciferol	A11CC05	0
Colesevelam	C10AC04	0
Colestipol	C10AC02	0
Colestyramine	C10AC01	0
Colextran	C10AC03	0
Colistin	A07AA10	0
Combinations (Adrenergic and dopaminergic agents)	C01CA30	I
Combinations (Aluminium compounds)	A02AB10	0
<u>Combinations</u> (Analgesics and anesthetics)	S02DA30	Depending on the medicine in combination
Combinations (Calcium compounds)	A02AC10	0
Combinations (Enemas)	A06AG20	0
Combinations (Insulins and analogues for injection, fast-acting)	A10AB30	I
Combinations (Insulins and analogues for injection, intermediate-acting)	A10AC30	I
Combinations (Insulins and analogues for injection, intermediate-acting combined with fast-acting)	A10AD30	I
Combinations (Insulins and analogues for injection, long-acting)	A10AE30	I
Combinations (Irrigating solutions, Salt solutions)	B05CB10	0
Combinations (Local anesthetics)	S01HA30	I
Combinations (Local hemostatics)	B02BC30	0
Combinations (Magnesium compounds)	A02AA10	0
<u>Combinations</u> (Opium alkaloids and derivatives)	R05DA20	Depending on the medicine in combination
Combinations (Other irrigating solutions)	B05CX10	0
Combinations (Platelet aggregation inhibitors excl. heparin)	B01AC30	Depending on the medicine in combination
Combinations (Solutions for parenteral nutrition)	B05BA10	0
Combinations (Vitamin A and D, incl. combinations of the two)	A11CC20	Depending on the medicine in combination
Combinations of corticosteroids	D07AB30 D07XB30	0
Combinations of different antibiotics	S01AA30	Depending on the medicine in combination
Combinations of electrolytes	B05XA30	0
Combinations of vitamins	A11JA	0
Combinations, (potassium)	A12BA30	Depending on the medicine in combination
Contact laxatives in combination	A06AB20	0
<u>Cough suppressants and expectorants</u>	R05FB02	Depending on the medicine in combination
<u>Cough suppressants and mucolytics</u>	R05FB01	Depending on the medicine in combination
Cromoglicic acid	A07EB01 R01AC01 R03BC01	0
Cromoglicic acid	S01GX01	I
Curcuma	A05AX Not yet determined	0

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

Cyacobalamin	B03BA01	0
Cyanocobalamin, combinations	B03BA51	0
Cyclandelate	C04AX01	I
Cyclizine	R06AE03	II
<u>Cyclizine, combinations</u>	R06AE53	Depending on the medicine in combination
<u>Cyclobenzaprine</u>	M03BX08	II
Cyclobutyrol	A05AX03	0
Cyclopenthiazide	C03AA07	0
Cyclopentolate	S01FA04	III
<u>Cyproheptadine</u>	R06AX02	II
D	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Dabigatran etexilate	B01AE07	0
Dalteparin	B01AB04	0
Danaparoid	B01AB09	0
<u>Dantrolene</u>	M03CA1	II
Dantron	A06AB03	0
Dantron, combinations	A06AB53	0
Dantron, incl. Combinations	A06AG03	0
Dapsone	D10AX05	0
Darbepoetin alfa	B03XA02	0
Deanol	N06BX04	I
Delapril	C09AA12	I
Delapril and diuretics	C09BA12	I
Delapril and manidipine	C09BB12	I
<u>Denosumab</u>	M05BX04	I
Dequalinium	D08AH01 R02AA02	0
Desflurane	N01AB07	III
Desirudin	B01AE01	0
<u>Desloratadine</u>	R06AX27	I
Desoximetasone	D07AC03	0
Dexamethasone Drops Oinment	S01BA01	0 I
Dexamethasone	A01AC02 C05AA09 D07AB19 D07XB05 D10AA03 R01AD03	0
Dexamethasone	S01CB01	Depending on the mydriatic in combination
Dexamethasone and antiinfectives Drops Oinment	S01CA01	0 I
<u>Dexamethasone and antiinfectives</u>	S02CA06 S03CA01	0
Dexamfetamine	N06BA02	II
<u>Dexbrompheniramine</u>	R06AB06	II
<u>Dexchlorpheniramine</u>	R06AB02	II
<u>DexchlorpheniramineCombinations</u>	R06AB52	II
Dexibuprofen	M01AE14	I

Dexketoprofen	M01AE17	I
Dexpanthenol	A11HA30	0
Dextran	B05AA05	0
Dextriferron	B03AC01	0
Dextriferron (carboximaltosa)	B03AD04	0
<u>Dextromethorphan</u>	R05DA09	I
Diazepam	N05BA01	III
Diazoxide	C02DA01	I
Dibenzepin	N06AA08	III
<u>Dibotermin alfa</u> (Kit for implant)	M05BC01	0
Dibrompropamidine	D08AC01	0
Dichlorobenzyl alcohol	R02AA03	0
Diclofenac	M01AB05 N02BG	I
Diclofenac (ophtalmologic use)	S01BC03	0
Diclofenac (topic use)	M02AA15 D11AX18	0
Diclofenac and antiinfectives	S01CC01	0
Diclofenac, combinations	M01AB55	I
Diclofenamide	S01EC02	I
Dicycloverine	A03AA07	0
Diflorasone	D07AC10	0
Diflucortolone	D07AC06	0
Diflucortolone and antiseptics	D07BC04	0
Digitoxin	C01AA04	I
Digoxin	C01AA05	I
Dihydrocodeine	N02AA08	III/II* *)prolonged release formulation; when a steady state of dosage has been reached
Dihydroergocristine	C04AE04	I
Dihydroergocristine, combinations	C04AE54	I
Dihydrotachysterol	A11CC02	0
Dihydroxialumini sodium carbonate	A02AB04	0
Diltiazem	C08DB01	I
Dimecrotico acido	A05AA (Not yet determined)	0
<u>Dimethyltubocurarine</u>	M03AA04	III
Dimetindene	D04AA13	0
<u>Dimetindene</u>	R06AB03	II
Diosmin	C05CA03	0
Diosmin, combinations	C05CA53	0
Diphenhydramine	D04AA32	0
<u>Diphenhydramine</u>	R06AA02	III
Diphenhydramine methylbromide	D04AA33	0
<u>Diphenhydramine, combinations</u>	R06AA52	III
Dipyridamole	B01AC07	0
Disopyramide	C01BA03	I
Disulfiram	N07BB01	II
Dithranol	D05AC01	0
Dithranol, combinations	D05AC51	0

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

Dobutamine	C01CA07	I
Docusate sodium	A06AA02	0
Docusate sodium, incl. combinations	A06AG10	0
Domperidone	A03FA03	0
Donepezil	N06DA02	II
Dopamine	C01CA04	I
<u>Dornase alfa (desoxyribonuclease)</u>	R05CB13	0
Dorzolamide	S01EC03	I
Dosmalfato	A02BX	0
Dosulepin	N06AA16	III
<u>Doxacurium chloride</u>	M03AC07	III
Doxapram	R07AB01	I
Doxazosin	C02CA04	I
Doxepin	N06AA12	III
Doxycycline	A01AB22	0
<u>Doxylamine</u>	R06AA09	III
Droperidol	N01AX01	III
Droperidol, injectable	N05AD08	III
Drotrecogin alfa (activated)	B01AD10	0
Duloxetine	N06AX21	II
E	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
<u>Ebastine</u>	R06AX22	I
Econazole	D01AC03	0
Eflornithine	D11AX16	0
Electrolytes	B05BB01	0
Electrolytes in combination with other drugs	B05XA31	Depending on the medicine in combination
Electrolytes with Carbohydrates	B05BB02	0
Eletriptan	N02CC06	II
Eltrombopag	B02BX05	0
Emedastine	S01GX06	I
Enalapril	C09AA02	I
Enalapril and diuretics	C09BA02	I
Enalapril and lercanidipine	C09BB02	I
Enoxaparin	B01AB05	0
Entacapone	N04BX02	II
<u>Ephedrine</u>	R01AB05	Depending on the medicine in combination
Ephedrine	R03CA02	I
<u>Epinastine</u>	R06AX24	I
Epinephrine	A01AD01 B02BC09	0
Epinephrine	C01CA24	I
Eplerenone	C03DA04	0
Epoprostenol	B01AC09	0
Eprosartan	C09CA02	I
Eprosartan and diuretics	C09DA02	I
Eptacog alfa (activated)	B02BD08	0
Eptifibatide	B01AC16	0
<u>Eptotermin alfa</u>	M05BC02	0
<u>Erdosteine</u>	R05CB15	0
Ergocalciferol (in combinacion, Vitalipid)	A11CC01	0

Ergoloid mesylates, combination	C04AE51	I
Ergotamine, combinations excl. psycholeptics	N02CA52	I
Erythromycin	D10AF02	0
Erythromycin, combinations	D10AF52	0
Erythropoietin (epoetin alfa, beta, theta)	B03XA01	0
Erytromycin	S01AA17	I
Escitalopram	N06AB10	I
Eslicarbazepine	N03AF04	II
Esmolol	C07AB09	I
Esomeprazole	A02BC05	I
Etamsylate	B02BX01	0
Ethanol	D08AX08	0
Ethoxusimide	N03AD01	II
<u>Ethylmorphine</u>	R05DA01	III
<u>Etidronic acid</u>	M05BA01	I
Etilefrine	C01CA01	I
Etilefrine, combinations	C01CA51	I
Etodolac	M01AB08	I
Etofenamate	M02AA06	0
Etomidate	N01AX07	III
Etoricoxib	M01AH05	I
Etozolin	C03CX01	I
Exenatide	A10BX04	I
Ezetimibe	C10AX09	0
F	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Factor VIII inhibitor bypassing activity	B02BD03	0
Famotidine	A02BA03	I
Famotidine, combinations	A02BA53	I
<u>Fazadinium bromide</u>	M03AC08	III
<u>Febarbamate</u>	M03BA05	II
<u>Febuxostat</u>	M04AA03	I
Felbinac	M02AA08	0
Felodipine	C08CA02	I
Fenofibrate	C10AB05	0
<u>Fenoterol</u>	R03AC04	0
<u>Fenoterol and other drugs for obstructive airway diseases</u>	R03AK03	Depending on the medicine in combination
Fentanyl Oral administration Parenteral administration Transdermal administration	N01AH01 N02AB03	III III III/II* *) prolonged release formulation; when a steady state of dosage has been reached
Fenticonazole	D01AC12	0
Ferric citrate	B03AB06	0
Ferric hydroxide	B03AB04	0
Ferric oxide dextran complex	B03AC06	0
Ferric proteinsuccinylate	B03AB09	0
Ferrous amino acid complex	B03AD01	0
Ferrous fumarate	B03AA02	0

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

	B03AD02	
Ferrous gluconate	B03AA03	0
Ferrous glycine sulfate	B03AA01	0
Ferrous sulfate	B03AA07 B03AD03	0
<u>Fexofenadine</u>	R06AX26	I
Fibrinogen, human	B02BC10	0
Finasteride	D11AX10	0
Flecainide	C01BC04	I
Flourometholone and antiinfectives Drops Oinment	S01CA07	0 I
Fluclorolone	D07AC02	0
Fludrocortisone and antiinfectives Drops Oinment	S01CA06	0 I
<u>Fludrocortisone and antiinfectives</u>	S02CA07 S03CA05	0
Flumetasone	D07AB03 D07XB01	0
Flumetasone and antiseptics	D07BB01	0
Flunarizine	N07CA03	II
Flunitrazepam	N05CD03	III
Fluocinolone acetonide	C05AA10 D07AC04	0
Fluocinolone acetonide and antibiotics	D07CC02	0
<u>Fluocinolone acetonide and antiinfectives</u>	S02CA05	0
Fluocinolone acetonide and antiseptics	D07BC02	0
Fluocinonide	C05AA11 D07AC08	0
Fluocinonide and antibiotics	D07CC05	0
Fluocortin	D07AB04	0
Fluocortolone	D07AC05	0
Fluocortolone and antiseptics	D07BC03	0
Fluorescein	S01JA01	0
Fluorescein, combinations	S01JA51	Depending on the medicine in combination
Fluoride, combinations	A12CD51	0
Fluorometholone Drops Oinment	S01BA07	0 I
Fluorometholone	C05AA06 D07XB04	0
Fluorometholone	S01CB05	Depending on the mydriatic in combination
Fluorometholone and mydriatics	S01BB03	Depending on the mydriatic in combination
Fluoxetine	N06AB03	I
Flupentixol Oral administration Parenteral administration: depot i.m.	N05AF01	II III
Fluphenazine: injection depot i.m.	N05AB02	II
Flurazepam	N05CD01	III
Flurbiprofen	M02AA19	0

	R02AX01	
Flurbiprofen	M01AE09	I
Fluspirilene: injection i.m.	N05AG01	II
Fluticasone	D07AC17 R01AD08 R03BA05	0
Fluticasone furoate	R01AD12	0
Flutrimazole	D01AC16	0
Fluvastatin	C10AA04	0
Fluvoxamine	N06AB08	I
Folic acid	B03BB01	0
Folic acid, combinations	B03BB51	0
Fondaparinux	B01AX05	0
Formoterol	R03AC13	0
Formoterol and other drugs for obstructive airway diseases	R03AK07	Depending on the medicine in combination
Fosaprepitant	A04AD	0
Fosinopril	C09AA09	I
Fosinopril and diuretics	C09BA09	I
Frovatriptan	N02CC07	II
Funisolide	R01AD04	0
Furosemide	C03CA01	0
Furosemide and potassium	C03CB01	0
Furosemide and potassium-sparing agents	C03EB01	0
Fusidic acid Drops Oinment	S01AA13	0 I
Fusidic acid	D06AX01 D09AA02	0
G	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Gabapentin	N03AX12	II
Galantamine	N06DA04	II
Gallamine	M03AC02	III
Galsulfase	A16AB08	I
Ganciclovir	S01AD09	0
Gelatin agents	B05AA06	0
Gemfibrozil	C10AB04	0
Gentamicin Drops Oinment	S01AA11	0 I
Gentamicin	D06AX07	0
Ginkgo Biloba	N06DX02	0
Glibenclamide	A10BB01	I
Gliclazide	A10BB09	I
Glimepiride	A10BB12	I
Glimepiride and pioglitazone	A10BD06	I
Glimepiride and rosiglitazone	A10BD04	I
Glipizide	A10BB07	I
Gliquidone	A10BB08	I
Glucosamine	M01AX05	I
Glucose	B05CX01	0
Glucose, combinations	C05BB56	0

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

Glutamine	A16AA03	0
Glycerol	A06AG04 A06AX01	0
Glyceryl trinitrate	C01DA02 C05AE01	I
Glycine	B05CX03	0
Glycopyrronium	A03AB02	0
Granisetron	A04AA02	0
Griseofulvin	D01BA01	0
Guaifenesin	R05CA03	I
Guanethidine	C02CC02	I
Guanethidine and diuretics	C02LF01	I
Guanfacine	C02AC02	II
Guar gum	A10BX01	0
H	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Halometasone	D07AC12	0
Haloperidol Oral administration Parenteral administration:i.v./i.m.	N05AD01	II III
Hematin	B06AB01	0
Heparin	B01AB01 C05BA03	0
Heparin, combinations	C05BA53	0
Heparinoid, combinations	C05BA51	0
Hexafluronium	M03AC05	III
Hexetidine	A01AB12	0
Hexobendine	C01DX06	I
Hexylresorcinol	R02AA12	0
Hidrosmin	C05CA05	0
Histapyrrodine	R06AC02	II
Homatropine	S01FA05	III
Human fibrinogen	B02BB01	0
Human fibrinogen / Human thrombin (Evicel®)	B02BC	0
Hyaluronic acid	M09AX01	I
Hyaluronidase	B06AA03	0
Hydralazine	C02DB02	I
Hydralazine and diuretics	C02LG02	I
Hydrochloric acid	B05XA13	0
Hydrochlorothiazide	C03AA03	0
Hydrochlorothiazide and potassium	C03AB03	0
Hydrochlorothiazide and potassium-sparing agents (spironolactone)	C03EA01	I
Hydrochlorothiazide, combinations	C03AX01	0
Hydrocodone	R05DA03	II
Hydrocortisone	A01AC03 A07EA02 C05AA01 D07AA02 D07XA01	0
Hydrocortisone	S01BA02	I Oinment
Hydrocortisone (with mydriatics)	S01CB03	Depending on the mydriatic in combination

Hydrocortisone and antibiotics	D07CA01	0
Hydrocortisone and antiinfectives Drops Oinment	S01CA03	0 I
<u>Hydrocortisone and antiinfectives</u>	S02CA03	0
<u>Hydrocortisone and antiinfectives</u>	S03CA04	0
Hydrocortisone and antiseptics	D07BA04	0
Hydrocortisone and mydriatics	S01BB01	Depending on the mydriatic in combination
Hydrocortisone butyrate	D07AB02	0
Hydroflumethiazide	C03AA02	0
Hydroflumethiazide and potassium	C03AB02	0
Hydrogen peroxide	A01AB02 D08AX01	0
Hydromorphone	N02AA03	III/II* *) prolonged release formulation; when a steady state of dosage has been reached
<u>Hydroquinine</u>	M09AA01	I
Hydroquinone	D11AX11	0
Hydrotalcite	A02AD04	0
Hydroxocobalamin	B03BA03	0
Hydroxocobalamin, combinations	B03BA53	0
Hydroxyethylstarch	B05AA07	0
Hydroxyzine	N05BB01	II
Hypericine	N06AX20	0
Hypertonic solutions	B05DB	0
Hypromellose	S01KA02	0
I	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
<u>Ibandronic acid</u>	M05BA06	I
Ibuprofen	M02AA13	0
Ibuprofen	M01AE01 N02BG	I
Ibuprofen, combinations	M01AE51	I
Ibutilide	C01BD05	I
Icatibant	C01EB19	I
Idoxuridine	D06BB01	0
Idursulfase	A16AB09	I
Iloprost (for inhalation use)	B01AC11	II
Imidapril	C09AA16	I
Imiglucerase	A16AB02	0
Imipramine	N06AA02	II
Imiquimod	D06BB10	0
<u>Indacaterol</u>	R03AC18	0
Indapamide	C03BA11	0
Indifferent preparations	S02DC	Depending on the medicine in combination
Indometacin	M02AA23	0
Indometacin	M01AB01	I
Indometacin, combinations	M01AB51	I
Indoramin	C02CA02	I

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

Inosine	D06BB05	0
Inositol	A11HA07	0
Inositol nicotinate	C04AC03	0
Insulin (beef)	A10AB02	I
Insulin (beef)	A10AC02	I
Insulin (beef)	A10AD02	I
Insulin (beef)	A10AE02	I
Insulin (human)	A10AB01	I
Insulin (human)	A10AC01	I
Insulin (human)	A10AD01	I
Insulin (human)	A10AE01	I
Insulin (human)	A10AF01	I
Insulin (human)	A10AF01	I
Insulin (pork)	A10AB03	I
Insulin (pork)	A10AC03	I
Insulin (pork)	A10AD03	I
Insulin (pork)	A10AE03	I
Insulin aspart	A10AB05	I
Insulin aspart	A10AD05	I
Insulin detemir	A10AE05	I
Insulin glargine	A10AE04	I
Insulin glulisine	A10AB06	I
Insulin lispro	A10AB04	I
Insulin lispro	A10AC04	I
Insulin lispro	A10AD04	I
Invert sugar	C05BB03	0
Iodine	D08AG03	0
<u>Ipecacuanha</u>	R05CA04	0
Ipratropium bromide	R01AX03	0
<u>Ipratropium bromide</u>	R03BB01	I
Irbesartan	C09CA04	I
Irbesartan and diuretics	C09DA04	I
Iron and multivitamins	B03AE03	0
Iron, multivitamins and folic acid	B03AE02	0
Iron, multivitamins and minerals	B03AE04	0
Iron, vitamin B12 and folic acid	B03AE01	0
Isoflurane	N01AB06	III
Isometheptene	A03AX10	0
Isoprenaline	C01CA02	I
Isosorbide dinitrate	C01DA08 C05AE02	I
Isosorbide mononitrate	C01DA14	I
<u>Isothipendyl</u>	R06AD09	II
Isotonic solutions	B05DA	0
Isotretinoin Oral administration Topical use	D10AD04 D10BA01	II 0
Isotretinoin, combinations (with erythromycin, topical use)	D10AD54	0
Isoxsuprine	C04AA01	I
Ispaghula (psylla seeds)	A06AC01	0
Ispaghula, combinations	A06AC51	0
Isradipine	C08CA03	I

Ivabradine	C01EB17	I
K	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Ketamine	N01AX03	III
Ketoconazole	D01AC08	0
Ketoprofen	M02AA10	0
Ketoprofen	M01AE03 N02BG	I
Ketoprofen, combinations	M01AE53	I
Ketorolac	S01BC05	0
Ketorolac	M01AB15	I
Ketotifen	S01GX08	I
<u>Ketotifen</u>	R06AX17	II
L	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Labetalol	C07AG01	I
Labetalol and other diuretics	C07CG01	I
Labetalol and thiazides	C07BG01	I
Lacidipine	C08CA09	I
Lacosamide	N03AX18	II
Lactic acid producing organisms	A07FA01	0
Lactic acid producing organisms, combinations	A07FA02	0
Lactitol	A06AD12	0
Lactulose	A06AD11	0
Lamotrigine	N03AX09	II
Lansoprazole	A02BC03	I
Laronidase	A16AB05	I
Latanoprost	S01EE01	I
Laurilsulfate, incl. combinations	A06AG11	0
Lepirudin	B01AE02	0
Lercanidipine	C08CA13	I
Levetiracetam	N03AX14	II
Levobunolol	S01ED03	I
Levobupivacaine	N01BB10	I to III Depending on the route of administration
Levocabastine	R01AC02	0
Levocabastine	S01GX02	I
Levocarnitine	A16AA01	0
<u>Levocetirizine</u>	R06AE09	I
Levodopa	<u>N04BA01</u>	II
Levodopa and decarboxylase inhibitor Levodopa+carbidopa Levodopa+benserazide	<u>N04BA02</u>	II
Levodopa, decarboxylase inhibitor and COMT inhibitor Levodopa+carbidopa+entacapone	N04BA03	II
Levodropropizine	R05DB27	I
Levomepromazine	N05AA02	III
Levopenbutolol	C07AA	I
Levosimendan	C01CX08	I
Levosulpiride	N05AL07 A04AD	II

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

<u>Lidocaine</u> (Anesthetics, local)	N01BB02 C05AD01 D04AB01 R02AD02	0 to III Depending on the route of administration
Lidocaine (Antiarrhythmics, parenteral use)	C01BB01	I
<u>Lidocaine</u> , combinations (Anesthetics, local)	N01BB52	0 to III Depending on the route of administration
Linseed	A06AC05	0
Liquid paraffin	A06AA01	0
Liquid paraffin, combinations	A06AA51	0
Liquid plaster	D02AD	0
Liraglutide	A10BX07	I
Lisinopril	C09AA03	I
Lisinopril and amlodipine	C09BB03	I
Lisinopril and diuretics	C09BA03	I
Lithium	N05AN01	II
Lodoxamide	S01GX05	I
Lofepamine	N06AA07	II
Lomefloxacin	S01AX17	
Drops		0
Ointment		I
Loperamide	A07DA03	0
Loperamide, combinations	A07DA53	Depending on the medicine in combination
Loprazolam	N05CD11	III
<u>Loratadine</u>	R06AX13	I
Lorazepam	N05BA06	III
Lormetazepam	N05CD06	III
Losartan	C09CA01	I
Losartan and diuretics	C09DA01	I
Lovastatin	C10AA02	0
Lovastatin and nicotinic acid	C10BA01	0
Lysozyme	D06BB07	0
M	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Macrogol	A06AD15	0
Macrogol, combinations	A06AD65	0
Magaldrate	A02AD02	0
Magaldrate and antflatulents	A02AF01	0
Magnesium (different salts in combination)	A12CC30	0
Magnesium carbonate	A02AA01	0
Magnesium chloride	A12CC01 B05XA11	0
Magnesium hydroxide	A02AA04	0
Magnesium lactate	A12CC06	0
Magnesium oxide	A12CC10	0
Magnesium phosphate	B05XA10	0
Magnesium pidolate	A12CC08	0
Magnesium silicate	A02AA05	0
Manidipine	C08CA11	I
Mannitol	B05BC01 B05CX04	0

Maprotiline Oral administration: Parenteral administration	N06AA21	II III
Mebeverine	A03AA04	0
<u>Mebhydrolin</u>	R06AX15	II
Meclocycline	D10AF04	0
<u>Meclozine</u>	R06AE05	II
Medicinal charcoal	A07BA01	0
Medicinal charcoal, combinations	A07BA51	0
Mefenamic Acid	M01AG01 N02BG	I
Melatonin	N05CH01	I
Meloxicam	M01AC06	I
Memantine	N06DX01	II
Menadione	B02BA02	0
<u>Mephenesin</u>	M03BX06	II
Mepivacaine	N01BB03	0 to III Depending on the route of administration
Mepivacaine combinations	N01BB53	I
Mepyramine	D04AA02	0
<u>Mepyramine</u>	R06AC01	II
Mequinol	D11AX06	0
<u>Mequitazine</u>	R06AD07	II
Mercaptamine	A16AA04	I
Mercurochrome	D08AK04	0
Mesalazine	A07EC02	0
Metenolone	A14AA04	0
Metformin	A10BA02	0
Metformin and pioglitazone	A10BD05	0
Metformin and rosiglitazone	A10BD03	0
Metformin and sitagliptin	A10BD07	I
Metformin and sulfonamides	A10BD02	I
Metformin and vildagliptin	A10BD08	I
Methadone Oral administration: Parenteral administration	N07BC02	II III
<u>Methocarbamol</u>	M03BA03	II
<u>Methocarbamol, combinations excl. psycholeptics</u>	M03BA53	II
<u>Methocarbamol, combinations with psycholeptics</u>	M03BA73	II
Methoxsalen	D05BA02	0
Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta	B03XA03	0
Methylcellulose	A06AC06	0
Methyldigoxin	C01AA08	I
Methyldopa (levorotatory)	C02AB01	II
Methyldopa (levorotatory) and diuretics	C02LB01	II
Methyldopa (racemic)	C02AB02	II
Methylnaltrexone Bromide	A06AH01	0
Methylphenidate	N06BA04	II
Methylprednisolone	D10AA02	0
Methylprednisolone aceponate	D07AC14	0
Methylrosaniline	D01AE02	0
Methylscopolamine and psycholeptics (with	A03CB01	II

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

Chlordiazepoxide)		
Metoclopramide	A03FA01	
Oral administration		I
Parenteral administration		II
Metolazone	C03BA08	I
Metoprolol	C07AB02	I
Metoprolol and other antihypertensives	C07FB02	I
Metoprolol and other diuretics	C07CB02	I
Metoprolol and thiazides	C07BB02	I
Metoprolol and thiazides, combinations	C07BB52	I
Metoprolol, combinations	C07AB52	I
Metronidazole	A01AB17 D06BX01	0
Mexiletine	C01BB02	I
Mianserin	N06AX03	III
Miconazole	A01AB09 A07AC01 D01AC02	0
Miconazole, combinations	D01AC52	0
Midazolam	N05CD08	III
Miglitol	A10BF02	0
Miglustat	A16AX06	I
Milrinone	C01CE02	I
Minocycline	A01AB23	0
Minoxidil	D11AX01	0
Minoxidil	C02DC01	I
Mirtazapine	N06AX11	III
Misoprostol	A02BB01	0
Mivacurium chloride	M03AC10	III
Mizolastine	R06AX25	II
Moclobemide	N06AG02	II
Modafinil	N06BA07	II
Moexipril	C09AA13	I
Moexipril and diuretics	C09BA13	I
Mometasone	D07AC13 D07XC03 R01AD09 R03BA07	0
Monoethanolamine oleate	C05BB01	0
Monoxerutin	C05CA02	0
Montelukast	R03DC03	0
Morniflumate	M01AX22	I
Morphine	N02AA01	
Oral administration		III/II*
Parenteral administration		III
		*) prolonged release formulation; when a steady state of dosage has been reached
Morphine, combinations.	A07DA52	II
Moxifloxacin	S01AX22	0
Moxisylyte	C04AX10	I
Moxonidine	C02AC05	II
Moxonidine and diuretics	C02LC05	II

Multienzymes (lipase, protease etc.)	A09AA02	0
Multivitamins and calcium	A11AA02	0
Multivitamins and iron	A11AA01	0
Multivitamins and other minerals, incl. combinations	A11AA03	0
Multivitamins and trace elements	A11AA04	0
Mupirocin	D06AX09 R01AX06	0
N	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Nabilone	A04AD11	II
Nabumetone	M01AX01	I
Nadolol	C07AA12	I
Nadolol and thiazides	C07BA12	I
Nadroparin	B01AB06	0
Naftidrofuryl	C04AX21	I
Naftifine	D01AE22	0
Naltrexone	N07BB04	II
Nandrolone	A14AB01	0
<u>Naphazoline</u>	R01AA08	0
Naphazoline	S01GA01	I
Naphazoline, combinations	S01GA51	Depending on the medicine in combination
Naproxen	M01AE02 N02BG	I
Naratriptan	N02CC02	II
Nateglinide	A10BX03	I
Nebivolol	C07AB12	I
Nedocromil	R01AC07 R03BC03	0
Nedocromil	S01GX04	I
Nefazodone	N06AX06	II
Nefopam	N02BG06	II
Neomycin Drops Oinment	S01AA03	0 I
Neomycin	A01AB08 A07AA01 D06AX04	0
Neomycin, combinations	A07AA51	0
Neostigmine Oral administration Parenteral administration	N07AA01	II III
Nicardipine	C08CA04	I
Nicergoline	C04AE02	I
Nicorandil	C01DX16	I
Nicotinamide	A11HA01	0
Nicotine	N07BA01	0
Nicotinic acid	C04AC01 C10AD02	0
Nicotinic acid, combinations	C10AD52	0
Nifedipine	C08CA05	I
Nifedipine, combinations	C08CA55	I

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

Niflumic acid	M01AX02	I
Niflumic acid (topic use)	M02AA17	0
Nilvadipine	C08CA10	I
Nimesulide	M01AX17	I
Nimodipine	C08CA06	I
Nisoldipine	C08CA07	I
Nitisinone	A16AX04	I
Nitrazepam	N05CD02	III
Nitrendipine	C08CA08	I
Nitric oxide	R07AX01	0
Nitrofurantoin	D08AF01 D09AA03	0
Nitroprusside	C02DD01	I
Nitrous oxide	N01AX13	III
Nizatidine	A02BA04	I
Nonacog alfa	B02BD09	0
Norepinephrine	C01CA03	I
Norfloxacin	S01AX12	0
Nortriptyline	N06AA10	II
<u>Noscapine</u>	R05DA07	0
Nystatin	A07AA02 D01AA01	0
O	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Octinoxate	D02BA02	0
Ofloxacin	S01AX11	0
Oil	A06AG06	0
Olanzapine Oral administration Parenteral administration: i.m.	N05AH03	II III
Olmesartan medoxomil	C09CA08	I
Olmesartan medoxomil and amlodipine	C09DB02	I
Olmesartan medoxomil and diuretics	C09DA08	I
Olopatadine	S01GX09	I
Olsalazine	A07EC03	0
<u>Omalizumab</u>	R03DX05	0
Omeprazole	A02BC01	I
Ondansetron	A04AA01	0
Opium	A07DA02	II
<u>Opium derivatives and expectorants</u>	R05FA02	II or higher depending on the medicine in combination
Oral rehydration salt formulations	A07CA	0
<u>Orciprenaline</u>	R03CB03	I
Ordinary salt combinations	A02AD01	0
Ordinary salt combinations and antifatulents	A02AF02	0
Organo-heparinoid	C05BA01	0
Orlistat	A08AB01	0
Orphenadrine	<u>N04AB02</u>	II
<u>Orphenadrine (citrate)</u>	M03BC01	II
<u>Orphenadrine, combinations</u>	M03BC51	II
Other emollients and protectives	D02AX	0
Other preparations, combinations	C05AX03	0

Otilonium bromide	A03AB06	0
<u>Oxatomide</u>	R06AE06	II
Oxazepam	N05BA04	III
Oxcarbazepine	N03AF02	II
Oxetacaine	C05AD06	0
Oxiconazole	D01AC11	0
<u>Oxomemazine</u>	R06AD08	II
Oxprenolol	C07AA02	I
Oxprenolol and other diuretics	C07CA02	I
Oxprenolol and thiazides	C07BA02	I
Oxybuprocaine	S01HA02	I
Oxycodone	N02AA05	III/II* *) prolonged release formulation; when a steady state of dosage has been reached
Oxyfedrine	C01DX03	I
<u>Oxymetazoline</u>	R01AA05	0
Oxymetazoline	S01GA04	I
Oxyquinoline	A01AB07	0
Oxytetracycline Drops Oinment	S01AA04	0 I
Oxytetracycline	D06AA03	0
P	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Palonosetron	A04AA05	0
<u>Pamidronic acid</u>	M05BA03	II
<u>Pancuronium</u>	M03AC01	III
Pantoprazole	A02BC02	I
Paracetamol	N02BE01	0
Parecoxib	M01AH04 N02BG	I
Paromomycin	A07AA06	0
Paroxetine	N06AB05	I
Pectin	A07BC01	0
Pegaptanib	S01LA03	III
Pemoline	N06BA05	I
Penbutolol	C07AA23	I
Penbutolol and other diuretics	C07CA23	I
Penciclovir	D06BB06	0
Penfluridol	N05AG03	II
Penicillamine	M01CC01	0
Pentaerithrityl tetranitrate	C01DA05	I
Pentosan polysulfate sodium	C05BA04	0
Pentoxifylline	C04AD03	0
Pentoxifyverine	R05DB05	I
Pepsin	A09AA03	0
Pergolide	N04BC02	II
Periciazine	N05AC01	III
Perindopril	C09AA04	I
Perindopril and amlodipine	C09BB04	I
Perindopril and diuretics	C09BA04	I

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

Perphenazine	N05AB03	II
Pethidine	N02AB02	III
<u>Phedrine</u>	R01AA03	0
Phenelzine	N06AF03	II
<u>Pheniramine</u>	R06AB05	II
Phenobarbital	N03AA02	III
Phenol	C05BB05 D08AE03 R02AA19	0
Phenol (other local anesthetics)	N01BX03	I
Phenoxybenzamine	C04AX02	I
<u>Phenprobamate</u>	M03BA01	II
<u>Phenprobamate, combinations excl. psycholeptics</u>	M03BA51	II
<u>Phenprobamate, combinations with psycholeptics</u>	M03BA71	II
Phentolamine	C04AB01	I
<u>Phenylephrine</u>	R01AA04	0
Phenylephrine	R01BA03	I
Phenylephrine (<<< 10%, 0.125%)	S01GA05	I
Phenylephrine (≥ 10%)	S01FB01	III
Phenylephrine, combinations	R01BA53, S01GA55	Depending on the medicine in combination
Phenylephrine, sympathomimetics, combinations excl. corticosteroids	R01AB01	Depending on the medicine in combination
Phenylephrine+tetracaine	S01FBP1	III
Phenylpropanolamine	R01BA01	0
Phenytoin	N03AB02	III
Phenytoin, combinations	N03AB052	III
<u>Pholcodine</u>	R05DA08	II
Phytomenadione	B02BA01	0
Pilocarpine	N07AX01 S01EB01	II
Pimecrolimus (topical use)	D11AH02	0
<u>Pimethixene</u>	R06AX23	II
Pimozide	N05AG02	II
Pinaverium	A03AX04	0
Pindolol	C07AA03	I
Pindolol and other diuretics	C07CA03	I
Pioglitazone	A10BG03	0
Pipamperone	N05AD05	II
<u>Pipecuronium bromide</u>	M03AC06	III
Pipotiazine palmitate: injection depot i.m.	N05AC04	III
Piracetam	N06BX03	II
Piretanide	C03CA03	0
Piribedil	N04AX13 C04AX13	II
Piroxicam	M01AC01	I
Piroxicam (topical use)	M02AA07	0
Pizotifen	N02CX01	II
Podophyllotoxin	D06BB04	0
Polidocanol	C05BB02	0
Potassium acetate	B05XA17	0
Potassium canrenoate	C03DA02	0
Potassium chloride	A12BA01	0

	B05XA01	
Potassium chloride, Combinations (Depending on the medicine in combination)	A12BA51	Depending on the medicine in combination
Potassium citrate	A12BA02	0
Potassium clorazepate Oral administration Parenteral administration	N05BA05	II III
Potassium gluconate	A12BA05	0
Potassium hydrogencarbonate	A12BA04	0
Potassium hydrogentartrate	A12BA03	0
Potassium lactate	B05XA15	0
Potassium phosphate, incl. comb. with other potassium salts	B05XA06	0
Povidone-iodine	D08AG02 D09AA09 D11AC06 R02AA15	0
Pramipexole	N04BC05	II
Pramocaine	C05AD07 D04AB07	0
Pranoprofen	S01BC09	0
Prasugrel	B01AC22	0
Pravastatin	C10AA03	0
Pravastatin and fenofibrate	C10BA03	0
Prazepam	N05BA11	III
Prazosin	C02CA01	I
Prazosin and diuretics	C02LE01	I
Prednicarbate	D07AC18	0
Prednisolone	A07EA01 C05AA04 D07AA03 D07XA02 S01BA04	0
Prednisolone (Corticosteroids/antiinfectives/mydriatics in combination)	S01CB02	Depending on the mydriatic in combination
Prednisolone and antiinfectives Drops Oinment	S01CA02	0 I
<u>Prednisolone and antiinfectives</u>	S03CA02	0
Prednisolone and mydriatics	S01BB02	Depending on the mydriatic in combination
Prednisolone, Combinations	A01AC54	0
Prednisone	A07EA03	0
Pregabalin	N03AX16	II
<u>Pridinol</u>	M03BX03	II
Prilocaine	N01BB04	0 to III Depending on the route of administration
Prilocaine combinations	N01BB54	0
Primidone	N03AA03	III
<u>Probenecid</u>	M04AB01	I
Procainamide	C01BA02	I
Procaine	C05AD05	0

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

Procaine (Anesthetic, local)	N01BA03	0 to III Depending on the route of administration
Procaine combinations	N01BA52	II
Procyclidine	N04AA04	II
Promazine	N05AA03	III
Promethazine	D04AA10	0
Promethazine	R06AD02	III
Promethazine, combinations	R06AD52	III
Propafenone	C01BC03	I
Propantheline	A03AB05	0
Propofol	N01AX10	III
Propranolol	C07AA05	I
Propranolol and other antihypertensives	C07FA05	I
Propranolol and thiazides	C07BA05	I
Protein C	B01AD12	0
Protein hydrolysates	B05BA04	0
Prucalopride	A03AE04	I
Pseudoephedrine	R01BA02	I
Pseudoephedrine, combinations + loratadine + triprolidine	R01BA52	I III
Pyridostigmine	N07AA02	II
Pyridoxal phosphate	A11HA06	0
Pyridoxine (vit B6)	A11HA02	0
Pyrithione zinc	D11AX12	0
Q	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Quetiapine	N05AH04	II
Quinapril	C09AA06	I
Quinapril and diuretics	C09BA06	I
Quinidine	C01BA01	I
Quinine, combinations with psycholeptics	M09AA72	I
R	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Rabeprazole	A02BC04	I
Racecadotril	A07XA04	0
Ramipril	C09AA05	I
Ramipril and diuretics	C09BA05	I
Ramipril and felodipine	C09BB05	I
Ranibizumab	S01LA04	III
Ranitidine	A02BA02	I
Ranitidine bismuth citrate	A02BA07	I
Ranolazine	C01EB18	I
Rasagiline	N04BD02	I
Reboxetine	N06AX18	I
Remifentanyl	N01AH06	III
Repaglinide	A10BX02	I
Retapamulin	D06AX13	0
Reteplase	B01AD07	0
Retinol (vit A)	A11CA01	0
Riboflavin (vit B2)	A11HA04	0
Rifamycin	S01AA16	0

Rifaximin	A07AA11	0
Rilmenidine	C02AC06	II
Riluzole	N07XX02	I
Rimexolone Drops Ointment	S01BA13	0 I
Risedronic acid	M05BA07	0
Risperidone Oral administration Parenteral administration: depot i.m.	N05AX08	II III
Rivaroxaban	B01AX06	0
Rivastigmine	N06DA03	II
Rizatriptan	N02CC04	II
Rocuronium bromide	M03AC09	III
Roflumilast	R03DX07	0
Romiplostim (subcutaneous via)	B02BX04	I
Ropinirole	N04BC04	II
Ropivacaine	N01BB09	III
Rosiglitazone	A10BG02	0
Rosuvastatin	C10AA07	0
Rotigotin	N04BC09	II
Roxatidine	A02BA06	I
Rufinamide	N03AF03	II
Rupatadine	R06AX28	I
Rutoside	C05CA01	0
Rutoside, combinations	C05CA51	0
S	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Saccharated iron oxide	B03AC02	0
Saccharomyces boulardii	A07FA51	0
Salbutamol	R03AC02 R03CC02	0
Salbutamol and other drugs for obstructive airway diseases	R03AK04	Depending on the medicine in combination
Salicylic acid	D01AE12	0
Salicylic acid preparations	D02AF	0
Salmeterol	R03AC12	0
Salmeterol and other drugs for obstructive airway diseases	R03AK06	Depending on the medicine in combination
Sapropterin	A16AX07	0
Saxagliptin	A10BH03	I
Scopolamine Oral and rectal administration Parenteral administration	A04AD01	I II
Selegiline	N04BD01	I
Selenium compounds	D11AC03	0
Senega	R05CA06	0
Senna glycosides	A06AB06	0
Senna glycosides, combinations	A06AB56	0
Sertaconazole	D01AC14	0
Sertraline	N06AB06	I
Sevoflurane	N01AB08	III
Silicone products	D02AA	0

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

Silicones	A03AX13	0
Silver nitrate	D08AL01	0
Silver sulfadiazine	D06BA01	0
Silver sulfadiazine, combinations	D06BA51	0
Silymarin	A05BA03	0
Simvastatin	C10AA01	0
Simvastatin and ezetimibe	C10BA02	0
Sitagliptin	A10BH01	I
Sitaxentan	C02KX03	I
Sodium acetate	B05XA08	0
Sodium apolate	C05BA02	0
Sodium aurothiomalate	M01CB01	0
Sodium bicarbonate	B05CB04 B05XA02	0
Sodium chloride	A12CA01 B05CB01 B05XA03	0
Sodium chloride, hypertonic	S01XA03	0
Sodium citrate	B05CB02	0
Sodium edetate	S01XA05	0
Sodium feredetate	B03AB03	0
Sodium fluoride	A01AA01 A12CD01	0
Sodium glycerophosphate	B05XA14	0
Sodium monofluorophosphate	A12CD02	0
Sodium perborate	A01AB19	0
Sodium phenylbutyrate	A16AX03	I
Sodium phosphate	A06AG01 B05XA09	0
Sodium picosulfate	A06AB08	0
Sodium picosulfate, combinations	A06AB58	0
Sodium selenate	A12CE01	0
Sodium selenite	A12CE02	0
Sodium sulfate	A12CA02 A06AD13	0
Sodium tetradecyl sulfate	C05BB04	0
Soft paraffin and fat products	D02AC	0
Sorbitol	B05CX02	0
Sotalol	C07AA07	I
Sotalol and thiazides	C07BA07	I
Sotalol, combination	C07AA57	I
Spaglumic acid	S01GX03	I
Spirapril	C09AA11	I
Spironolactone	C03DA01	I
Stanozolol	A14AA02	0
Sterculia	A06AC03	0
Streptokinase	B01AD01	0
Streptomycin	A07AA04	0
Strontium ranelate	M05BX03	0
Sucralfate	A02BX02	0
Sulbutiamine	A11DA02	0
Sulfanilamide	D06BA05	0
Sulfasalazine	A07EC01	0

Sulfathiazole	D06BA02	0
Sulfur	D10AB02	0
Sulfur compounds	D11AC08	0
Sulindac	M01AB02	I
Sulodexide	B01AB11	0
Sulpiride	N05AL01	II
Sumatriptan	N02CC01	II
<u>Suxamethonium</u>	M03AB01	III
T	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Tacalcitol	D05AX04	0
Tacrolimus	L04AD02	III
Intravenous administration		II
Oral administration		0
Topical use	D11AH01	0
Tafluprost	S01EE05	I
Tazarotene	D05AX05	0
Telmisartan	C09CA07	I
Telmisartan and amlodipine	C09DB04	I
Telmisartan and diuretics	C09DA07	I
Temazepam	N05CD07	III
Tenecteplase	B01AD11	0
Tenoxicam	M01AC02	I
Terbinafine	D01AE15	0
Terbinafine	D01BA02	0
<u>Terbutaline</u>	R03AC03 R03CC03	0
<u>Terfenadine</u>	R06AX12	I
Tertatolol	C07AA16	I
Tetracaine	C05AD02 D04AB06	0
Tetracaine (anesthetic, local)	N01BA03	0 to III Depending on the route of administration
Tetracycline	A01AB13 D06AA04	0
<u>Tetrazepam</u>	M03BX07	II
<u>Tetryzoline</u>	S01GA02	I
<u>Thebacone</u>	R05DA10	II
<u>Theophylline</u>	R03DA04	0
Oral administration		I
Parenteral administration		
<u>Theophylline and adrenergics</u>	R03DB04	Depending on medicine in combination
Thiamine (vit B1)	A11DA01	0
<u>Thiethylperazine</u>	R06AD03	II
<u>Thiocolchicoside</u>	M03BX05	II
Thiomersal	D08AK06	0
Thiopental	N01AF03 N05CA19	III
Thrombin	B02BD30	0
Thrombin (with human fibrinogen)	B02BC06	0
Tiadenol	C10AX03	0

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

Tiagabine	N04AG06	II
Tiapride	N05AL03	II
Tiaprofenic acid	M01AE11	I
Ticlopidine	B01AC05	0
<u>Tiludronic acid</u>	M05BA05	0
Timolol	C07AA06 S01ED01	I
Timolol and thiazides	C07BA06	I
Timolol, combinations Timolol+brinzolamide (Azarga)	S01ED51	I
Timolol, thiazide and other diuretics	C07DA06	I
Tinzaparin	B01AB10	0
Tioconazole	D01AC07	0
<u>Tiotropium bromide</u>	R03BB04	I
Tirofiban	B01AC17	0
<u>Tizanidine</u>	M03BX02	II
Tobramycin Drops Oinment	S01AA12	0 I
Tocofersolan (paediatric patients)	A11HA08	0
Tocopherol (vit E)	A11HA03	0
Tolbutamide	A10BB03	I
Tolcapone	N04BX01	II
Tolfenamic acid	M01AG02	I
Tolnaftate	D01AE18	0
Tolvaptan	C03XA01	I
Tonics	A13A	0
Topiramate	N03AX11	II
Torasemide	C03CA04	0
Tramadol	N02AX02	III
<u>Tramazoline</u>	R01AA09	0
Trandolapril	C09AA10	I
Trandolapril and verapamil	C09BB10	I
Tranexamic acid	B02AA02	0
Tranlycypromine	N06AF04	II
Travoprost	S01EE04	I
Trazodone	N06AX05	III
Tretinoin	D10AD01	0
Tretinoin, combinations (with erythromycin, topical use)	D10AD51	0
Triamcinolone	A01AC01 A07EA D07AB09 D07XB02 R01AD11	0
Triamcinolone and antibiotics	D07CB01	0
<u>Triamcinolone and antiinfectives</u>	S02CA04	0
Triamterene	C03DB02	0
Triazolam	N05CD05	III
Tribenoside	C05CX01	0
Triclosan	D08AE04 D09AA06	0
Trifluoperazine	N05AB06	III

Triflusal	B01AC18	0
Trihexyphenidyl	N04AA01	II
Trimebutine	A03AA05	0
Trimetazidine	C01EB15	I
Trimipramine	N06AA06	II
Tripelennamine	D04AA04	0
<u>Tripolidine</u>	R06AX07	III
Tromantadine	D06BB02	0
Trometamol	B05BB03	0
Tropicamide	S01FA06	III
Tropicamide, combinations	S01FA56	III
Tropisetron	A04AA03	0
Troxerutin	C05CA04	0
Troxerutin, combinations	C05CA54	0
Trypsin	D03BA01	0
<u>Tubocurarine</u>	M03AA02	III
Tyrothricin	D06AX08 R02AB02	0
U	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Ubidecarenone	C01EB09	I
Urapidil	C02CA06	I
Urokinase	B01AD04	0
Ursodeoxycholic acid	A05AA02	0
V	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Valerian	N05CM09	I
Valproic acid	N03AG01	
Oral administration		II
Parenteral administration		III
Valsartan	C09CA03	I
Valsartan and amlodipine	C09DB01	I
Valsartan and diuretics	C09DA03	I
<u>Valsartan, amlodipine and hydrochlorothiazide</u>	C09DX01	I
Varenicline	N07BA03	I
Various (Antiinfectives and antiseptics for local oral treatment)	A01AB11	0
Various combinations (Iron in other combinations)	B03AE10	0
<u>Vecuronium</u>	M03AC03	III
Velaglucerase alfa	A16AB10	I
Venlafaxine	N06AX16	II
Verapamil	C08DA01	I
Verapamil, combinations	C08DA51	I
Verteporfin	S01LA01	III
Vigabatrin	N03AG04	II
Vildagliptin	A10BH02	I
Vinburnine	C04AX17	I
Vincamine	C04AX07	I
Vitamin B1 in combination with vitamin B6 and/or vitamin B12	A11DB	0
Vitamin B-complex with anabolic steroids	A11ED	0
Vitamin B-complex with minerals	A11EC	0
Vitamin B-complex with vitamin C	A11EB	0

ACCIDENTES LABORALES, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE SALUD

Vitamin B-complex, other combinations	A11EX	0
Vitamin B-complex, plain	A11EA	0
Vitamins	B05XC	0
Vitamins with minerals	A11JA	0
Vitamins, other combinations	A11JC	0
Von Willebrand factor and coagulation factor VIII in combination	B02BD06	0
W	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Warfarin	B01AA03	0
X	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Xipamide	C03BA10	0
<u>Xylometazoline</u>	R01AA07	0
Z	ATC CODE	CATEGORISATION labelling
Zafitlukast	R03DC01	0
Zaleplon after 12h	N05CF03	III I
Ziconotide	N02BG08	III
Zinc acetate	A16AX05	0
Zinc bandage with supplements	D09AB02	0
Zinc bandage without supplements	D09AB01	0
Zinc chloride	B05XA12	0
Zinc preparations	C05AX04	0
Zinc products	D02AB	0
Zinc sulphate	A12CB01	0
Ziprasidone Oral administration Parenteral administration: i.m.	N05AE04	II III
Zofenopril	C09AA15	I
Zofenopril and diuretics	C09BA15	I
<u>Zoledronic acid</u>	M05BA08	I
Zolmitriptan	N02CC03	II
Zolpidem after 8h	N05CF02	III II
Zonisamide	N03AX15	II
Zopiclone	N05CF01	III
Zuclopenthixol Oral administration Parenteral administration: depot i.m.	N05AF05	II III

ANEXO 8 Medicamentos categorizados de novo siguiendo el criterio DRUID.

Medicamento ATC	Categorización DRUID
Anticonceptivos orales G03A	0
CICLOSPORINA S01XA18	0
CONDROITIN SULFATO M01AX25	0
DOXICICLINA J01AA02	0
ESTRADIOL G03CA03	0
ETINILESTRADIOL G03CA01	0
GOSERELINA L02AE03	0
HALAZEPAM N05BA13	3
HIDROXICLOROQUINA P01BA02	1
INTERFERON L03AB	1
KETAZOLAM N05BA10	3
LEVOTIROXINA H03AA	0
PREDNISONA H02AB07	0
PROGESTERONA G03DA04	0
TAMSULOSINA G04CA02	0
TIBOLONA G03CX01	0
TRIPTORELINA L02AE04	0
EFAVIRENZ EMTRICITABINA TENOFOVIR J05AR06	1
INTERFERON L03AB	1
METOTREXATO L04AX03	1
SOLIFENACINA G04BD08	2
TAMSULOSINA G04CA02	0
METILPREDNISOLONA H02AB04	0
METAMIZOL N02BB02	1
POLIESTIRENSULFONATO CALCICO V03AE01	0

ANEXO 9 Caracterización DRUID de fármacos del sistema musculoesquelético.

M MUSCULO-SKELETAL SYSTEM		ACTIVE SUBSTANCE	CATEGORY	LABELING
M01 ANTI-INFLAMMATORY AND ANTIRHEUMATIC PRODUCTS				
M01A	<i>Anti-inflammatory and antirheumatic products, non-steroids</i>			
<i>M01AA</i>	<i>Butylpyrazolidines</i>			
<i>M01AB</i>	<i>Acedic acid derivatives and related substances</i>			
	M01AB01	Indometacin	I	I
	M01AB02	Sulindac	I	I
	M01AB05	Diclofenac	I	I
	M01AB08	Etodolac	I	I
	M01AB11	Acemetacin	I	I
	M01AB15	Ketorolac	I	I
	M01AB16	Aceclofenac	I	I
	M01AB51	Indometacin, combinations	I	I
	M01AB55	Diclofenac, combinations	I	I
<i>M01AC</i>	<i>Oxicams</i>			
	M01AC01	Piroxicam	I	I
	M01AC02	Tenoxicam	I	I
	M01AC06	Meloxicam	I	I
<i>M01AE</i>	<i>Propionic Acid Derivatives</i>			
	M01AE01	Ibuprofen	I	I
	M01AE02	Naproxen	I	I
	M01AE03	Ketoprofen	I	I
	M01AE09	Flurbiprofen	I	I
	M01AE11	Tiaprofenic acid	I	I
	M01AE14	Dexibuprofen	I	I
	M01AE17	Dexketoprofen	I	I
	M01AE51	Ibuprofen, combinations	I	I
	M01AE53	Ketoprofen, combinations	I	I
<i>M01AG</i>	<i>Fenamates</i>			
	M01AG01	Mefenamic acid	I	I
	M01AG02	Tolfenamic acid	I	I
<i>M01AH</i>	<i>Coxibs</i>			
	M01AH01	Celecoxib	I	I
	M01AH04	Parecoxib	I	I
	M01AH05	Etoricoxib	I	I
<i>M01AX</i>	<i>Other anti-inflammatory and antirheumatic agents, non-steroids</i>			
	M01AX01	Nabumetone	I	I
	M01AX02	Niflumic acid	I	I
	M01AX05	Glucosamine	I	I
	M01AX07	Benzydamine	0	0

	M01AX17	Nimesulide	I	I
	M01AX22	Morniflumate	I	I
M01B	Anti-inflammatory/anti-rheumatic agents in combination			
M01BA	<i>Anti-inflammatory/anti-rheumatic agents in combination with cortico-steroids</i>			
M01C	Specific antirheumatic agents			
M01CA	<i>Quinolines</i>			
M01CB	<i>Gold preparations</i>			
	M01CB01	Sodium aurothiomalate	0	0
M01CC	<i>Penicillamine and similar agents</i>			
	M01CC01	Penicillamine	0	0
M01CX	<i>Other specific antirheumatic agents</i>			
M02 TOPICAL PRODUCTS FOR JOINT AND MUSCULAR PAIN				
M02A	Topical products for joint and muscular pain			
M02AA	<i>Anti-inflammatory preparations, non-steroids for topical use</i>			
	M02AA05	Benzydamine	0	0
	M02AA06	Etofenamate	0	0
	M02AA07	Piroxicam	0	0
	M02AA08	Felbinac	0	0
	M02AA10	Ketoprofen	0	0
	M02AA13	Ibuprofen	0	0
	M02AA15	Diclofenac	0	0
	M02AA17	Niflumic acid	0	0
	M02AA19	Flurbiprofen	0	0
	M02AA23	Indometacin	0	0
	M02AA25	Aceclofenac	0	0
M02AB	<i>Capsaicin and similar agents</i>			
	M02AB01	Capsaicin	0	0
M02AC	<i>Preparations with salicylic acid derivatives</i>			
M02AX	<i>Other topical products for joint and muscular pain</i>			
M03 MUSCLE RELAXANTS				
M03A	Muscle relaxants, peripherally acting agents			
M03AA	<i>Curare alkaloids</i>			
	M03AA01	Alcuronium	III	III
	M03AA02	Tubocurarine	III	III

	M03AA04	Dimethyltubocurarine	III	III
<i>M03AB</i>	<i>Choline derivatives</i>			
	M03AB01	Suxamethonium	III	III
<i>M03AC</i>	<i>Other quaternary ammonium compounds</i>			
	M03AC01	Pancuronium	III	III
	M03AC02	Gallamine	III	III
	M03AC03	Vecuronium	III	III
	M03AC04	Atracurium	III	III
	M03AC05	Hexafluronium	III	III
	M03AC06	Pipecuronium bromide	III	III
	M03AC07	Doxacurium chloride	III	III
	M03AC08	Fazadinium bromide	III	III
	M03AC09	Rocuronium bromide	III	III
	M03AC10	Mivacurium chloride	III	III
	M03AC11	Cisatracurium	III	III
<i>M03AX</i>	<i>Other muscle relaxants, peripherally acting agents</i>			
	M03AX01	Botulinum toxin A Botulinum toxin B	II II	II II
M03B	Muscle relaxants, centrally acting agents			
<i>M03BA</i>	<i>Carbamic acid esters</i>			
	M03BA01	Phenprobamate	II	II
	M03BA02	Carisoprodol	II	II
	M03BA03	Methocarbamol	II	II
	M03BA05	Febarbamate	II	II
	M03BA51	Phenprobamate, combinations excl. psycholeptics	II	II
	M03BA52	Carisoprodol, combinations excl. psycholeptics	II	II
	M03BA53	Methocarbamol, combinations excl. psycholeptics	II	II
	M03BA71	Phenprobamate, combinations with psycholeptics	II	II
	M03BA72	Carisoprodol, combinations with psycholeptics	II	II
	M03BA73	Methocarbamol, combinations with psycholeptics	II	II
<i>M03BB</i>	Oxazol, thiazine, and triazine derivatives			
	M03BB02	Chlormezanone	II	II
	M03BB03	Chlorzoxazone	II	II
	M03BB52	Chlormezanone, combinations excl. psycholeptics	II	II
	M03BB53	Chlorzoxazone,	II	II

		combinations excl. psycholeptics		
	M03BB72	Chlormezanone, combinations with psycholeptics	II	II
	M03BB73	Chlorzoxazone, combinations with psycholeptics	II	II
M03BC	<i>Ethers, chemically close to antihistamines</i>			
	M03BC01	Orphenadrine (citrate)	II	II
	M03BC51	Orphenadrine, combinations	II	II
M03BX	<i>Other centrally acting agents</i>			
	M03BX01	Baclofen	II	II
	M03BX02	Tizanidine	II	II
	M03BX03	Pridinol	II	II
	M03BX05	Thiocolchicoside	II	II
	M03BX06	Mephenesin	II	II
	M03BX07	Tetrazepam	II	II
	M03BX08	Cyclobenzaprine	II	II
M03C	<i>Muscle relaxants, directly acting agents</i>			
M03CA	<i>Dantrolene and derivatives</i>			
	M03CA1	Dantrolene	II	II
M04 ANTIGOUT PREPARATIONS				
M04A	<i>Antigout preparations</i>			
M04AA	<i>Preparations inhibiting uric acid production</i>			
	M04AA01	Allopurinol	I	I
	M04AA03	Febuxostat	I	I
	M04AA51	Allopurinol, combinations	I	I
M04AB	<i>Preparations increasing uric acid excretion</i>			
	M04AB01	Probenecid	I	I
M04AC	<i>Preparations with no effect on uric acid metabolism</i>			
	M04AC01	Colchicine	0	0
M03AX	<i>Other muscle relaxants, peripherally acting agents</i>			
	M03AX01	*Botulinum toxin A *Botulinum toxin B	II	II
M05 DRUGS FOR TREATMENT OF BONE DISEASES				
M05B	<i>Drugs affecting bone structure and mineralization</i>			
M05BA	<i>Bisphosphonates</i>			

	M05BA01	Etidronic acid	I	I
	M05BA02	Clodronic acid	0	0
	M05BA03	Pamidronic acid **Parenteral administration: i.v	II	II
	M05BA04	Alendronic acid	0	0
	M05BA05	Tiludronic acid	0	0
	M05BA06	Ibandronic acid **Oral administration **Parenteral administration: i.v	I	I
	M05BA07	Risedronic acid	0	0
	M05BA08	Zoledronic acid	I	I
<i>M05BB</i>	<i>Bisphosphonates, combinations</i>			
	M05BB03	Alendronic acid and coleciferol	I	I
<i>M05BC</i>	<i>Bone morphogenetic proteins</i>			
	M05BC01	Dibotermin alfa (Kit for implant)	0	0
	M05BC02	Eptotermin alfa	0	0
<i>M05BX</i>	<i>Other drugs affecting bone structure and mineralization</i>			
	M05BX03	Strontium ranelate	0	0
	M05BX04	Denosumab **Parenteral administration (subcutaneous via)	I	I
M09 OTHER DRUGS FOR DISORDERS OF THE MUSCULO-SKELETAL SYSTEM				
M09A	<i>Other drugs for disorders of the musculo-skeletal system</i>			
<i>M09AA</i>	<i>Quinine and derivatives</i>			
	M09AA01	Hydroquinine	I	I
	M09AA72	Quinine, combinations with psycholeptics	I	I
<i>M09AB</i>	<i>Enzymes</i>			
<i>M09AX</i>	<i>Other drugs for disorders of the musculo-skeletal system</i>			
	M01AX01	Hyaluronic acid **Parenteral administration (Intrarticular via)	I	I