



MANUAL para la VALORACIÓN de la INCAPACIDAD TEMPORAL en las PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES



**Edita:**

Dirección General de Ordenación e Inspección.
Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Dirección Técnica y Coordinación:

Dra. M^a Luz Trilla Suárez. Médico Inspector.
Dra. Rocío García Valriberas. Médico Inspector.
Subdirección General de Inspección Sanitaria y Farmacéutica.

Equipo de Trabajo:

Dra. Rocío García Valriberas. Médico Inspector.
Dra. Olga Herrando Picón. Médico Inspector.
Dra. Sonia Mateo Martín. Médico Inspector.
Dra. M^a Luz Trilla Suárez. Médico Inspector.
Dra. Alicia Trujillo Gallego. Médico Inspector.
Dña. Ana Isabel Cantó Gallego. Enfermera Subinspectora.

Edición: Primera, noviembre 2010.

Depósito Legal: M-51.853-2010

Diseño, maquetación: Caja Alta Servicios Editoriales (www.cajaalta.es).

Imprime: BOCM.

Presentación

Es para mí una enorme satisfacción, presentar el Manual para la valoración de la Incapacidad Temporal en las Patologías más Prevalentes, que ha sido elaborado por un grupo de trabajo de médicos inspectores y enfermeros subinspectores pertenecientes a la Subdirección General de Inspección Sanitaria y Farmacéutica de esta Dirección General de Ordenación e Inspección de la Comunidad de Madrid.

Esta publicación realiza un recorrido, a lo largo de sus ocho capítulos, por las patologías que con más frecuencia se encuentran entre los trabajadores en Incapacidad Temporal.

Desde sus páginas se ha pretendido de una manera clara y concisa, sin dejar de tener en cuenta por ello el análisis de las diferentes patologías desde el punto de vista clínico, **recoger unas recomendaciones específicamente dirigidas al médico inspector responsable último de la gestión y control de la baja laboral.**

Este punto de vista de la Inspección Médica, constituye una aportación novedosa y le diferencia de otros manuales que ya existen publicados en la materia.

Estoy seguro que será de gran interés para los agentes implicados en el tema.

Felicito desde aquí a todos los profesionales cuyo trabajo ha hecho posible el desarrollo de este proyecto.

Manuel Molina Muñoz
Director General de Ordenación e Inspección

Introducción

La enfermedad es algo que se encuentra presente en las diferentes etapas de la vida de una persona. El individuo que la sufre, si es además un trabajador en activo, en muchos casos no puede desarrollar su trabajo mientras dura ésta, por lo que es necesaria la existencia de una prestación que asegure la asistencia sanitaria durante este periodo y que también compense (aunque sea en parte) el perjuicio económico temporal (Incapacidad Temporal) que esto supone para el trabajador.

Entre las prestaciones que otorga el sistema de Seguridad Social español se encuentra esta protección. El Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio) en su art. 128.1 lo define como *"tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal, las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo"*.

Se debe tener en cuenta por tanto, para determinar la existencia de una incapacidad, **el estado de salud de la persona y también las tareas que debe realizar en su puesto de trabajo**. Lo fundamental en la valoración médica, es determinar si la alteración de la salud que padece el trabajador le incapacita o no para realizar su trabajo y no sólo la existencia o no de una enfermedad. No es posible realizar un buen control de la Incapacidad Temporal (IT) si no se tienen en cuenta los dos factores apuntados. Podemos encontrarnos así, con enfermedades o resultados de accidente, que aún necesitando asistencia sanitaria no inhabilitan para el trabajo, no pudiendo reconocerse en ese caso la situación de IT. Una de las causas *de alta médica, es la mejoría que permite realizar el trabajo habitual*.

La eficacia y la eficiencia de esta prestación debe medirse no sólo por el alcance de la protección, sino también porque tales prestaciones sea disfrutada por sus legítimos destinatarios y no por otros. La carga que supone para los presupuestos de la Seguridad Social y su crecimiento constante son sin duda algunos de los factores que justifican la preocupación de la Administración y de los agentes sociales en el adecuado seguimiento y control de la prestación.

El lograr el mantenimiento de esta prestación es importante para conseguir una protección integral del trabajador enfermo y estamos obligados ética y profesionalmente a hacer un buen uso de ella.

La Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en Atención Primaria y Especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión, publicado en la Revista OMC, agosto 2001, dice en su punto 4, que "el médico tiene el deber, antes de darle el correspondiente parte de baja, de intentar comprobar mediante la exploración física y reconocimiento del paciente la dolencia por él alegada para solicitar la incapacidad temporal aún sabiendo que muchas de las causas más frecuentemente alegadas como solicitud de baja laboral son de difícil comprobación", así también el punto 5 señala "el médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad, saber que es un gestor de recursos ajenos y que está éticamente obligado a conseguir el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición (art. 6.1 del C.E.D.M) por lo que en su actuación profesional siempre deberá primar el principio de justicia sobre el de beneficencia". Con respecto a la atención especializada se indica que "están éticamente obligados a compartir, sin ninguna reserva, sus conocimientos con los médicos de atención primaria en beneficio de los pacientes". Todas las actuaciones realizadas "deben tener carácter confidencial y respetarán el derecho a la intimidad de los pacientes".

La inspección médica es un elemento imprescindible en la gestión y control de la IT, por su posibilidad de acceso y relación directa con todas las partes implicadas en ella (médico emisor de la baja, Mutuas, INSS y trabajador). Es fundamental la coordinación entre el médico de Atención primaria y el médico inspector, que debe servir de apoyo y asesoramiento.

Existen ya publicados un gran número de manuales que hacen referencia a las diferentes patologías desde el punto de vista clínico, y también otros que recomiendan unas determinadas duraciones estándar para cada una de ellas. Este, no es un manual enfocado a estándares o días de duración, ya que aunque se tienen en cuenta, éstos no incluyen muchos de los aspectos que pueden complicar la duración de la baja como la saturación del Sistema Público de Salud, la escasez actual de personal sanitario o el esquema de priorizaciones de las autoridades sanitarias, que hacen difícil el seguimiento y cumplimentación de estos estándares por parte de los facultativos que los consideran demasiado teóricos y fuera de la realidad sanitaria.

Por eso este manual ha pretendido dar un paso más y confeccionar unas guías clínicas o protocolos desde el punto de vista del médico inspector que debe revisar el caso, sirviendo de apoyo clínico y legal al médico de atención primaria, consiguiendo así un trabajo de forma coordinada. Es esta coordinación lo que realmente conseguirá una mejora de la gestión de IT.

Objetivo general

El objetivo de este manual es el de ser **una herramienta concisa y útil, para el manejo de los diferentes procesos de Incapacidad Temporal.**

Además pretende lograr la aproximación de criterios entre los agentes responsables de la gestión y control de esta prestación, el apoyo para la selección de casos a revisar o citar y una puesta al día en los conocimientos clínicos y diagnósticos relativos a estas patologías.

Estructura general del manual

Se recogen en él algunas de las patologías más prevalentes como causa de Incapacidad Temporal (IT), clasificadas según la CIE9-MC, entre las que se encuentran las siguientes:

1. Ansiedad y depresión.
2. Hernia inguinal.
3. Osteoartrosis.
4. Trastorno de la rodilla, lesiones de meniscos y ligamentos.
5. Trastornos del disco intervertebral y otros trastornos no especificados de la espalda.
6. Tendinitis, sinovitis y tenosinovitis.
7. Trastornos de tejidos blandos y fibromialgia.
8. Esguinces y torceduras de tobillo.

Cada uno de estos epígrafes se desarrolla en un capítulo independiente.

Existe además un **apéndice final** donde se incorporan unas tablas de exploración de la movilidad para cada una de las articulaciones, con sus grados y maniobras de exploración.

Estructura de los capítulos

Cada capítulo tiene un primer epígrafe donde se recogen las patologías a las que se aplica, las exclusiones y una pequeña definición si se considera necesario.

Le sigue un algoritmo, resumen de los pasos a seguir en la toma de decisiones para la correspondiente patología. Después, se mencionan los puntos clave para la valoración de la IT en la patología correspondiente (evaluación clínica, exploración, evolución, pruebas complementarias y tratamiento), con un apartado especial de la manera de realizar la valoración desde el punto de vista de la Inspección Médica.

Constituyen también unos apartados independientes los de **¿cuándo proponer el alta?** y **¿En qué momento hay que hacer un informe propuesta?** cuando se considere que es candidato a una Incapacidad Permanente (IP).

Cada uno de los capítulos concluye con un anexo donde se resumen de forma muy esquemática las patologías responsables de los diferentes diagnósticos.

Índice

1. Ansiedad y depresión.....	11
2. Otros trastornos de tejidos blandos (fibromialgia).....	35
3. Osteoartrosis.....	53
4. Trastornos del disco intervertebral. Otros trastornos de región cervical. Otros trastornos no especificados de la espalda.....	67
5. Trastorno interno de la rodilla. Lesiones en meniscos y ligamentos	85
6. Tendinitis, sinovitis y tenosinovitis.....	99
7. Torceduras y esguinces de tobillo y pie.....	119
8. Hernia inguinal.....	127
9. Apéndice final. Grados de movilidad, maniobras y exploraciones de las principales articulaciones.....	133
10. Bibliografía.....	147

1. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Patologías a las que se aplica

Las patologías seleccionadas corresponden a los siguientes **códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9MC)**:

- 300.** Trastornos de ansiedad, disociativos y somatomorfos.
- 311.** Trastornos depresivos (no clasificados bajo otro concepto).

Incluyen las siguientes entidades nosológicas:

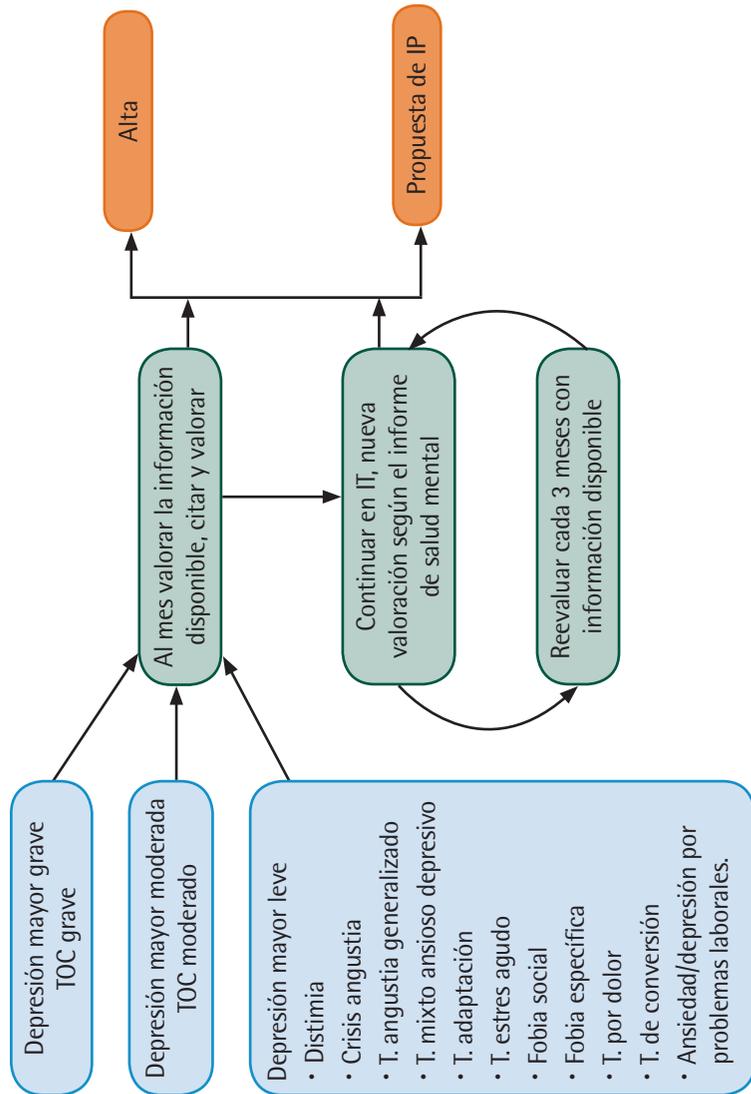
Trastornos de ansiedad: trastorno de angustia, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático y trastorno por estrés agudo entre otros.

Trastornos depresivos, la distimia y la depresión mayor.

*La **patología mental más grave:** el trastorno bipolar, la psicosis y la esquizofrenia, viene recogida en el anexo que se encuentra al final de este capítulo, como un breve recordatorio clínico.*

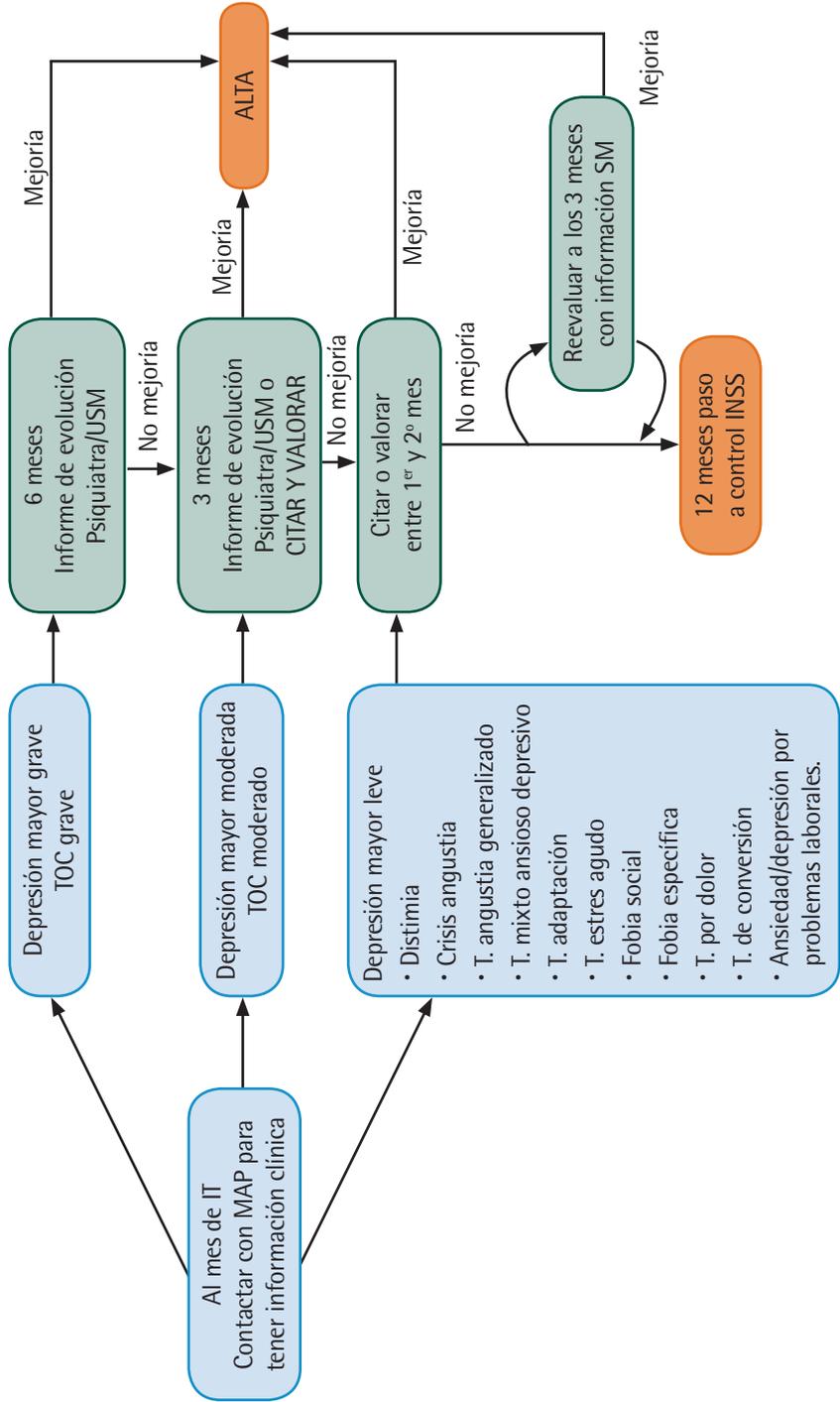


Algoritmo de actuación en depresión/ansiedad en relación con IT (con antecedentes de otros procesos de IT por el mismo diagnóstico).



1. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Algoritmo de actuación en depresión / ansiedad en relación con IT (sin antecedentes de otros procesos de IT por el mismo diagnóstico).



Puntos clave para la valoración de la IT en la patología psiquiátrica

- 1) Evolución de la clínica (progresión y desarrollo de la enfermedad).
- 2) Tratamientos realizados (posología, cantidad de fármacos y tiempo de instauración de los mismos fármacos) y eficacia.
- 3) Profesión del paciente.
- 4) Capacidad para enfrentarse con las tareas normales de la vida diaria.

Evaluación clínica de la IT

1. Anamnesis

1.1 Antecedentes personales

- Sucesos traumáticos importantes.
- Consumo de tóxicos.
- Tratamientos o procesos psicopatológicos previos.
- Ambiente socio-familiar (separación, viudedad...).

1.2 Tipo de trabajo

Tipo de trabajo que realiza en especial los trabajos con alto nivel de responsabilidad y concentración.

Averiguar si está en desempleo, hay problemas laborales, busca cambio de puesto de trabajo o si la empresa cambia de ubicación.

1.3 Forma de inicio del proceso y contingencia

Forma de inicio: lenta y progresiva o aguda (crisis ansiedad, brote psicótico).

Averiguar si es posible el suceso desencadenante (personal, familiar, económico, laboral).

1. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

1.4 Síntomas clínicos (dependiendo del proceso)

- Sueño (insomnio de conciliación, pesadillas, despertares frecuentes, despertar precoz, hipersomnía).
- Apetito: anorexia, bulimia (repercusión ponderal).
- Ánimo.
- Síntomas de ansiedad (tensión motora, dificultad para relajarse, temblores, palpitaciones, opresión torácica, temores injustificados).
- Alteraciones del carácter (irritabilidad).
- Fobias.
- Atención (dificultad para concentrarse).
- Memoria (retención, evocación).
- Rumiasiones obsesivas.
- Apatía, falta de interés, pérdida de ilusión, llanto fácil.
- Síntomas psicóticos. Repercusión en actividades diarias, ocio (abandono de aficiones, actividades domésticas, contactos sociales).
- Importante determinar su repercusión en las actividades diarias, ocio....

1.5 Evolución

Descompensaciones:

- Atenciones urgentes.
- Ingresos hospitalarios.
- Intentos de autolisis.

1.6 Medidas terapéuticas recibidas

Fármacos y posología.

Psicoterapia de apoyo.

2. Exploración

Descripción de apariencia, conducta, actividad motora y actitud. El aspecto: cuidado, descuido (es importante verificar pequeños detalles como pelo sin teñir desde hace tiempo, uñas con manicura o no, barba de muchos días).

Alteraciones psicomotrices. Lentitud, agitación, adopta posturas sin tono o está envarado y tenso, presenta tics, imitación de movimientos.

Humor. Deprimido, desesperado, irritable, ansioso, enfadado, expansivo, eufórico, vacío, culpable, humilde, fútil, autocontenido, asustado, perplejo.

Afecto. Normal, constreñido, embotado, plano.

Expresión facial. Tono de la voz, uso de las manos, y el cuerpo, tipo de mirada, directa o evasiva, verborreico, responde con monosílabos, así como el contenido del relato, coherente o incoherente.

Lenguaje. Discurso: fluido, rápido, lento, en murmullos, poco comprensivo, entonado, verborreico, responde con monosílabos. Relato de los síntomas: coherente, incoherente.

Pensamiento. Pobreza en las ideas o sobreabundancia de ellas, rápido o lento, bloques. En su contenido hay delirios, preocupaciones, obsesiones, compulsiones, fobias, ideas de suicidio, hipocondría.

Área cognitiva. Consciente y orientado, memoria, concentración, lectura, escritura, capacidad de cálculo.

Valoración de las tareas propias de la vida diaria. Preguntar acerca de qué hace a lo largo del día, si sale de casa para pequeños recados o recoger a los niños del colegio, hacer la compra, ir a lavar el coche, ir al supermercado, conducir, sale los fines de semana, solo o con la familia o con amistades, es capaz de conducir en trayectos conocidos, mantiene hábitos de deporte o acude al gimnasio o mantiene tareas intelectuales (estudiar una oposición, seguir un curso). Observar si el paciente es capaz de seguir la conversación con normalidad, se mantiene alerta o no, también es importante observar si atiende alguna llamada del móvil y cómo lo hace.

Averiguar si le gusta su trabajo, si mantiene buena relación con compañeros, jefes, pareja, amigos, familia.



Valoración de la IT en la depresión y la ansiedad desde el punto de vista de la inspección médica

Se realiza en función de:

- 1) Disminución de la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida autónoma.
- 2) Disminución de la capacidad laboral.
- 3) Ajuste o concordancia con la sintomatología de la enfermedad.

Capacidad para llevar una vida autónoma

- a) **Relación con el entorno** (comunicación, manejo de la información general, uso del teléfono, relación social, comportamiento de su entorno próximo y desconocido, aspecto físico y vestimenta, capacidad psíquica de dirigir el movimiento, uso de transporte, realización de encargos, tareas del hogar, manejo del dinero, actividades de ocio y, en general, la capacidad de iniciativa, voluntad y enjuiciamiento crítico de su actividad y de la actividad de otros).
- b) **Realizar actividades de cuidado personal** (desplazamiento, comida, aseo, vestido, evitar lesiones y riesgos).

Capacidad laboral

- a) La disminución en el mantenimiento de la concentración, en la continuidad y en el ritmo de las tareas. Esta función supone que es capaz de finalizar las tareas en un tiempo razonable.
- b) El fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes como tomar decisiones, planificar y finalizar a tiempo los trabajos, interactuar con jefes y compañeros, lo que puede provocar deterioro o descompensación en el sujeto que, puede manifestarse como retraimiento y/o evitación de dichas circunstancias.

Ajuste o concordancia de la sintomatología con la enfermedad

Valorar si la clínica referida por el paciente está de acuerdo con el diagnóstico emitido así como, si la respuesta al tratamiento prescrito es la adecuada.

¿Cuándo proponer el alta?

Hay que tener en cuenta a la hora de tomar esta decisión que el 80% de los casos de *distimia* y *depresión leve* han mejorado a los 2 meses del tratamiento.

Los datos de mejoría son: *la recuperación de la capacidad de disfrutar de las actividades que antes solía realizar, el mantenimiento de relaciones sociales y de la capacidad de concentración* (por ejemplo, una persona deprimida no podrá estudiar las asignaturas de una carrera o preparar una oposición o ser capaz de leer un libro y recordar de qué se trata).

Otro dato orientativo frente a una opción de alta o de mantenimiento de la baja es el *número de fármacos con el que está tratado*, si se han hecho cambios o ajustes por no responder a ellos y si la pauta medicamentosa es estable desde hace 1 mes como mínimo.

En la patología depresiva la **valoración del puesto de trabajo** lo que se tiene que considerar es, si en su trabajo se requiere o tiene gran carga intelectual, precisa capacidad de atención y de concentración, de relación con compañeros y si tiene posibilidad de lesionarse a sí mismo o a terceros. Por ello, son más vulnerables las profesiones que tienen que tomar decisiones, interactuar con el medio y con el entorno (directivos, empleados de banca, responsables de personal, profesores, médicos, pilotos, conductores de transporte público), que aquellas que no tienen estos requerimientos (empleadas de hogar, limpieza, vigilantes, administrativos, cajeras, dependientas, reponedoras, construcción).

Es importante precisar por qué se ha dado, para qué, con qué límites y qué se espera con la baja en este grupo concreto de patologías. Sirve también al paciente para tener un referente en el tiempo y colocarle en una posición más activa frente a sus problemas.

Muy importante es la interacción con el médico de familia, psiquiatra y psicólogo. Tener criterios comunes de actuación y pautas claras, ayuda a todos. No es infrecuente ver diagnósticos de depresión mayor cuyo tratamiento es fluoxetina 20 mg /día. En este caso y tras nuestra exploración y anamnesis, merece la pena contactar con el psiquiatra y valorar el caso entre ambos o remitirle por escrito nuestra impresión (junto con los datos de exploración) para que lo confirme o nos indique otros datos clínicos que justifiquen su posición.



1. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

En el caso de plantear alta laboral, conviene programarla (2 ó 3 semanas), dando tiempo al paciente de planificar su vuelta a la normalidad. El paciente podrá necesitar continuar con visitas a su psiquiatra y/o psicólogo, pero ello no va a justificar que permanezca en situación de baja, sino que requiere mantener un apoyo.

¿En qué momento hay que hacer un informe propuesta?

Ante la persistencia en el tiempo de síntomas graves y/o una pauta farmacológica alta y mantenida, con mala respuesta a diferentes tratamientos y necesidad de ajustes.

Ante síntomas como el mantenimiento de aislamiento social, intentos autolíticos que han requerido ingreso hospitalario, cronicidad y repetición de los cuadros.

Siempre tiene que ir documentado con un informe del psiquiatra (que incluya datos clínicos), con el informe del psicólogo si ha actuado y una descripción del puesto de trabajo (lo hará la empresa). Por parte de la Inspección es importante referir los episodios previos de baja laboral por este motivo y nuestra opinión respecto a la capacidad laboral del paciente.

Factores ajenos a la enfermedad que influyen en la incapacidad temporal

Es muy habitual que el paciente nos indique como inicio de su patología una mala relación laboral y que lo denomine "acoso laboral". En estos casos hay que clarificar posiciones:

- El acoso laboral, no es un diagnóstico clínico y solo tiene solución a través de una demanda judicial.
- En el caso de existir sintomatología, los signos clínicos que presenta van a ser, frecuentemente, de ansiedad y/o depresión asociada.

La posición más adecuada de la Inspección es esperar a que el tratamiento haga su efecto, por tanto, no más de 2 meses, y dejar claro al paciente que se trata de toda la ayuda que se le puede ofrecer, ya que en su entorno laboral y en cómo las personas se relacionan con él no podemos actuar, sabiendo que la única vía de resolución es la judicial.

Es muy conveniente que se pacte, desde el principio, el tiempo de duración de la IT y se cumplan los plazos por la Inspección y el MAP. El MAP también tiene que conocer y participar de este pacto.

Anexo I/I: Trastornos depresivos

Introducción

Nos vamos a centrar en dos entidades principales: **la distimia y la depresión**. El trastorno bipolar, aunque se incluye en los trastornos depresivos, no tiene cabida en este manual.

Se caracterizan por un estado de ánimo bajo que puede acompañarse de otros síntomas clínicos, provocan malestar o deterioro del funcionamiento social, laboral y/o académico del sujeto.

El síndrome depresivo puede producir síntomas en la esfera afectiva, cognitiva, conductual y somática.

Teniendo en cuenta que tanto para el diagnóstico como para la evolución del cuadro nos orientamos por los datos clínicos, primero se describe depresión mayor en sus diferentes grados, lo que nos permite repasar los síntomas de forma completa y después se describe la distimia.

¿Qué es la depresión mayor o depresión unipolar?

La depresión mayor es una enfermedad seria cuyos síntomas incluyen humor deprimido, falta de interés por la vida, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño, así como pensamientos y movimientos ya sean lentos o agitados. La depresión mayor no es una tristeza pasajera, si no se trata, los síntomas pueden durar semanas, meses o años, por el contrario un tratamiento adecuado puede ayudar a la mayoría de las personas que sufren de depresión.

Afecta aproximadamente el 5% de la población y su incidencia es el doble en mujeres que en hombres. Con frecuencia, la depresión mayor comienza entre los 15 y 30 años de edad, pero también puede presentarse en niños y ancianos.

A.1 ¿Cuáles son los síntomas de la depresión mayor?

El comienzo del primer episodio de depresión mayor podría no ser obvio si es gradual o leve, pero la persona por lo general comienza a comportarse y a pensar de una manera muy diferente a lo usual. Frecuentemente los síntomas incluyen:

- Ánimo muy triste con tendencia al llanto o irritable que no mejora.
- Cambios muy notables en el patrón de sueño, apetito y energía.

1. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

- Dificultad para pensar, concentrarse y recordar (fallos de memoria).
- Movimientos físicos lentos o agitación poco usual.
- Falta de interés (apatía) o placer en las actividades que antes solía disfrutar (anhedonia).
- Sentimiento de culpa, de no valer nada, de desesperanza y de un gran vacío.
- Ideas repetidas sobre el suicidio o la muerte.
- Malestares físicos constantes que no responden al tratamiento, por ejemplo, dolor de cabeza, molestias digestivas y dolor crónico.

Cuando se presentan varios síntomas de depresión que duran más de dos semanas y dificultan la realización de las actividades diarias, la persona necesita tratamiento.

A.2 Criterios clínicos para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor

Es importante descartar una enfermedad orgánica. Una vez descartada esta es necesaria la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de al menos 2 semanas para establecer el diagnóstico:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Este criterio es imprescindible.
2. Disminución del interés por las cosas (apatía) o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades (anhedonia).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico (tentativa de suicidio) o un plan específico para suicidarse.

A.3 Grados clínicos

Podemos encontrar episodios leves, moderados o graves (con o sin síntomas psicóticos):

Episodio depresivo leve

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Episodio depresivo moderado

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial, si son muchos los síntomas presentes.

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle.

1. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en el anterior, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

B. ¿Qué es la distimia?

La distimia, también llamada trastorno distímico, se define como un tipo de trastorno afectivo o del estado de ánimo que a menudo se parece a una forma de depresión grave (clínica) menos severa, pero más crónica.

Afecta al cuerpo, al estado de ánimo y a los pensamientos. Puede afectar también o alterar radicalmente la alimentación, el sueño y la manera de pensar, pero no es lo mismo que sentir tristeza o estar decaído, ni tampoco es indicio de debilidad personal, ni constituye un estado que pueda disiparse o modificarse a voluntad.

Las personas que sufren una enfermedad depresiva no pueden simplemente "recobrar el ánimo" y reponerse.

B.1 ¿Cuáles son los síntomas de la distimia?

Son menos severos pero más crónicos que los de la depresión grave. Sin embargo, cada individuo puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Tristeza, ansiedad o sensación de "vacío" persistentes.
- Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban.

- Llanto excesivo.
- Mayor inquietud e irritabilidad.
- Menor capacidad de concentrarse y tomar decisiones.
- Disminución de la energía.
- Pensamientos de muerte o suicidas, intentos de suicidio.
- Aumento de los sentimientos de culpabilidad, desamparo y, o desesperanza.
- Alteraciones del peso y, o del apetito debido a comer de forma insuficiente o excesiva.
- Alteraciones en los hábitos del sueño.
- Aislamiento social.
- Síntomas físicos que no ceden ante los tratamientos estándar (por ejemplo, dolor crónico, dolor de cabeza).

Para un diagnóstico de distimia, un adulto debe exhibir un estado de ánimo deprimido durante al menos dos años, junto con por lo menos otros dos síntomas de depresión (señalados arriba).

B.2 ¿Cómo se diagnostica la distimia?

Como se ha comprobado que a menudo la depresión coexiste con otras condiciones médicas, como cardiopatía, cáncer o diabetes, y también con otros trastornos psiquiátricos como el abuso de drogas y la ansiedad, el diagnóstico y tratamiento en las etapas iniciales son cruciales para la recuperación. A menudo el diagnóstico se hace después de un examen psiquiátrico o psicológico minucioso, realizado por un profesional de la salud mental.

Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas mencionados.

La proporción entre las fases de depresión leve y los períodos intermedios de normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, **aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana.**



B.3 Complicaciones y pronóstico

El 50% de los pacientes que han tenido un episodio depresivo mayor, probablemente tendrán otro episodio al cabo de un tiempo.

En un 25-30% de los casos pueden mantenerse síntomas residuales y un deterioro social u ocupacional.

La tendencia a la cronicidad de estos casos se favorece por:

- El número, severidad y duración de cada episodio depresivo.
- La personalidad del paciente.
- La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos o somáticos.
- El contexto social, familiar, laboral que rodea al paciente.

También va a incidir negativamente cuando el tratamiento no funciona y se tienen que hacer muchos ajustes o cambios de medicamentos en el paciente.

B.4 Tratamiento

El tratamiento requiere de 2-3 semanas para comenzar su efecto.

Tras la estabilización se puede mantener hasta 6 meses para evitar las recaídas, lo que no implica que se tenga que mantener la IT.

Anexo II/I: Trastornos de ansiedad

Crisis de angustia o de pánico

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de **cuatro o más de los siguientes síntomas**, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Sensación de irrealidad o despersonalización (estar separado de uno mismo).
10. Miedo a perder el control o a volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
13. Escalofríos o sofocaciones.

Es intermitente, paroxística y le caracteriza su gran intensidad. Las crisis duran entre 5 y 20 minutos, en los periodos de intercrisis el grado de ansiedad es leve. El síntoma cardinal de las crisis de angustia es la hiperventilación aguda, cuyos signos y síntomas desaparecen tras un tratamiento farmacológico. Los tratamientos conductuales de entrenamiento en la respiración son muy eficaces. Para su diagnóstico se requiere que las crisis se repitan con cierta regularidad y frecuencia.

Pueden además aparecer acompañando muchos trastornos de ansiedad, trastorno por angustia, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático y trastorno por estrés agudo.

Hay tres tipos de crisis de angustia:

Inesperadas, no relacionadas con estímulos situacionales: el inicio de la crisis de angustia no se asocia a desencadenantes ambientales, es decir, aparecen sin motivo aparente.

1. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Situacionales, desencadenadas por estímulos ambientales: exponerse o anticiparse a un estímulo o desencadenante ambiental.

En relación con una situación determinada, al exponerse a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, pero no sucede siempre.

El diagnóstico de trastorno de angustia (con o sin agorafobia) requiere la presencia de crisis de angustia.

Existe una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos:

- Trastorno depresivo mayor (50-60%).
- Fobia social (15-30%).
- Trastorno obsesivo-compulsivo (10%).
- Fobia específica (10-20%).
- Trastorno de ansiedad generalizada (25%).

Tratamiento

Farmacológico en asociación con psicoterapia cognitivo-conductual. En general a dosis crecientes hasta controlar la aparición de las crisis.

Importante: la medicación benzodiazepínica puede tener efecto sobre los reflejos y la atención, sobre todo al principio del tratamiento por lo que en el caso de que utilice maquinaria peligrosa, hay que valorar si puede permanecer en el mismo puesto de trabajo. La mayoría de los pacientes mejoran de forma espectacular con el tratamiento, tanto de los síntomas de angustia como en los síntomas agorafóbicos.

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Es la ansiedad persistente la mayor parte de los días durante varias semanas y no está relacionada con ninguna circunstancia en particular. Los pacientes se preocupan constantemente por asuntos triviales, sienten temor y anticipan lo peor.

Al individuo le resulta difícil controlar este estado constante de preocupación. La tensión muscular, la incapacidad para relajarse, la dificultad de concentración, el insomnio, la irritabilidad y la fatiga son signos característicos de la ansiedad generalizada.

El afectado suele tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Aunque esta entidad generalmente no viene recogida en ninguna clasificación psiquiátrica es muy frecuente.

Si la aparición del trastorno se relaciona con acontecimientos vitales significativos debe encuadrarse en los trastornos adaptativos.

Debe tratarse si es necesario al paciente, pero hay que evitar el diagnóstico de patología mental cuando en realidad estamos ante vicisitudes humanas universales, lo que conlleva que los tratamientos pautados no tengan, a veces, el efecto deseado.

El diagnóstico se fundamenta en que los síntomas tengan una duración de por lo menos 1 mes.

Fobias (agorafobia, fobia social, fobia específica)

La fobia es el miedo ante una situación social, una actividad o un objeto. El paciente lo reconoce como irracional, excesivo o carente de fundamento, pero le causa ansiedad y actitudes evitativas. Si no puede evitar el desencadenante reacciona con síntomas de ansiedad, miedo, vergüenza, malestar o incluso con una crisis de pánico o angustia.

Agorafobia

Miedo a lugares públicos, a las multitudes, a salir del hogar o de un lugar seguro, a entrar en tiendas y grandes superficies, a viajar solo o en tren o en autobús o en avión. Suele asociarse a crisis de pánico, pero puede aparecer como cuadro independiente. Es característico que evite la situación fóbica. Es el más incapacitante de los trastornos fóbicos.

Fobia social

Ansiedad generalizada con el miedo a ser enjuiciado por otras personas de un grupo. Temor acusado y persistente a situaciones o actuaciones sociales en público. Puede ser generalizada si sucede en la mayoría de las situaciones sociales (tanto a hablar en público como a mantener conversaciones, citas, etc.). Frecuentemente se acompaña de baja auto-estima y miedo a las críticas. La conducta de evitación en casos extremos llega a producir aislamiento social casi absoluto, afectando al terreno laboral.

Fobia específica o simple

Temor acusado y persistente a objetos o situaciones muy concretas: animales, fenómenos naturales, sangre-inyecciones-dolor, situaciones (volar en avión, ir en coche, en tren, ascensores, sitios cerrados), otros (ruidos, tener una enfermedad,...)

El diagnóstico de estas entidades es clínico. El pronóstico es bueno en general.

Trastorno por estrés agudo y estrés postraumático

Se producen tras la exposición a situaciones catastróficas que les han causado un daño psíquico importante (guerras, actos de terrorismo, accidente de tráfico o laboral, asalto, violación, incendio, inundación, terremoto, etc.).

Posteriormente el acontecimiento es revivido persistentemente produciendo un intenso malestar, lo que se traduce en síntomas acusados de ansiedad e hipervigilancia, con sensación de embotamiento, ausencia de reactividad emocional, pérdida de interés, sentimientos de desrealización y despersonalización e incapacidad para recordar algún aspecto importante del suceso (amnesia disociativa). Causa un deterioro significativo en la vida del paciente.

En el **trastorno por estrés agudo** las alteraciones aparecen durante el primer mes tras el suceso y duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas.

En el **trastorno por estrés postraumático** las alteraciones deben durar más de un mes (si duran menos de 3 meses es agudo y si duran más de 3 meses es crónico). Si las alteraciones han tardado más de 6 meses en aparecer se denomina como de inicio demorado.

El diagnóstico es clínico. La patología es muy poco frecuente y hay que observar los casos que se prolongan en el tiempo y cuando hay compensaciones económicas de por medio (juicio, compañía aseguradora).

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Suele aparecer de forma súbita, suponiendo un gran malestar al paciente e interfiriendo en su vida diaria.

El diagnóstico es clínico. El curso suele ser crónico con periodos de agravamiento. Puede ser leve, moderado o grave, existiendo casos muy incapacitantes.

Un tercio de estos pacientes presenta una depresión mayor y no se debe infravalorar el riesgo de suicidio.

Tienen peor pronóstico si hay clínica grave con hospitalizaciones, tratamiento agresivo, antecedentes familiares, personalidad premórbida obsesiva y educación rígida, comienzo precoz, inicio retrasado del tratamiento, escasa resistencia a las compulsiones y coexistencia con depresión mayor. Es un trastorno muy invalidante si es grave, causando incapacidad permanente absoluta.

Trastorno de somatización

La ansiedad se manifiesta a través de síntomas físicos, en general vagos, cambiantes y poco estructurados.

Generalmente padecen otros trastornos psiquiátricos, sobre todo del tipo ansioso depresivo y trastornos de la personalidad.

No hay un tratamiento eficaz y suelen ser pacientes muy demandantes de atención sanitaria, lo que satura mucho al médico de familia.

Trastorno hipocondríaco

El paciente vive con la preocupación de padecer alguna enfermedad grave, interpretando cualquier pequeño síntoma o molestia como prueba de padecer algo grave.

Suelen ser reacios a recibir tratamiento psiquiátrico y la medicación solo mejorará los síntomas cuando hay patología subyacente como la ansiedad o depresión.

Trastorno por dolor

Se presenta como un dolor de considerable intensidad en el que no se encuentra una causa física suficiente que lo justifique. El dolor requiere atención médica y provoca malestar significativo. Los factores psicológicos juegan un papel importante en el inicio, gravedad, exacerbación o persistencia del dolor.

Se considera agudo si la duración es menor a 6 meses y crónico si supera los 6 meses.

El diagnóstico es clínico. El dolor no es simulado ni producido intencionadamente. El dolor físico varía en intensidad y es sensible a influencias emocionales, cognitivas y de atención. Se puede pensar en un dolor psicógeno cuando no varía de intensidad y es insensible a los factores descritos, no mejora con la distracción o los analgésicos.

Este cuadro es motivo de bajas largas y repetidas, cambios de trabajo y solicitud de invalidez. Suelen ser sujetos cumplidores y responsables, bien considerados profesionalmente. Si les conceden una invalidez, el dolor persiste, tienen mala calidad de vida.

Trastorno dismórfico

Preocupación excesiva por algún defecto imaginario o real del aspecto físico que le causa al paciente una preocupación desmedida y exagerada.

El tratamiento es con psicoterapia y los antidepresivos pueden resultar útiles.

Trastorno de conversión

Es un trastorno disociativo que aparece en personas poco maduras que manifiestan su malestar ante los problemas de la vida con síntomas somáticos, en general de inicio brusco y aparatoso, que pueden ser de tipo sensorial, motor o parecer una epilepsia o una psicosis. Tras estudiar al paciente no se evidencia patología médica.

La clínica se produce tras algún factor desencadenante (discusión, disgusto...) con síntomas o déficit motores (incoordinación del movimiento, desequilibrio, parálisis, pérdida de fuerza, dificultad para tragar, afonía, etc.), crisis y convulsiones, síntomas sensoriales (ceguera, sordera, diplopía, pérdida de sensibilidad, supuestas alucinaciones, etc.).

Tras estudiar al paciente no se puede evidenciar patología médica del cuadro, aunque no es simulado ni se produce intencionalmente.

El diagnóstico es clínico.

No suele requerir tratamiento.

Trastorno de adaptación

Aparición de síntomas emocionales o comportamentales tras un acontecimiento estresante o cambio biográfico significativo (duelo, separación, emigración...).

Suelen comenzar en el mes posterior al hecho desencadenante y desaparece antes de 6 meses (excepto en la modalidad de reacción depresiva prolongada).

La gravedad del trastorno está en relación con la vulnerabilidad o predisposición individual (antecedentes, personalidad premórbida), pero siempre tiene que existir un cambio biográfico o acontecimiento estresante.

Las reacciones de duelo normales (menores de 6 meses) no están incluidas. Las reacciones de duelo anormales, según su contenido, se clasifican en las diferentes formas clínicas del trastorno y las que superan los 6 meses de duración se consideran como reacción depresiva prolongada.

La clínica es variable, incluye: humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimientos de incapacidad, a veces con explosiones violentas.

Se diferencian estas formas clínicas:

Reacción depresiva breve: de menos de 1 mes de duración desde la circunstancia desencadenante.

Reacción depresiva prolongada: de más de 1 mes y menos de 2 años de duración desde la circunstancia desencadenante.

Trastorno de ansiedad con predominio de alteraciones de otras emociones: cursa con ansiedad, depresión, preocupación, ira o conductas regresivas.

Trastorno de ansiedad con predominio de alteraciones detectadas: cursa con alteraciones predominantemente del comportamiento.

Trastorno de ansiedad con alteración mixta de emociones y alteraciones disociales: se presenta como trastorno con síntomas afectivos y de alteración de la conducta.

Aunque no es un cuadro patológico, ni clínico, acompaña a muchas de las patologías psiquiátricas que se encuentran en incapacidad temporal, nos referimos al *MOBBING* O ACOSO LABORAL.

A continuación incluimos algunas de las definiciones más utilizadas:

- Definición de la U.E. (2002)
"Comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores o inferiores jerárquicos, a causa del cual el afectado es objeto de acoso y ataque sistemático durante mucho tiempo, de manera directa o indirecta, de parte de una o más personas, con el objetivo y/o efecto de hacerle el vacío".
- Definición de I. Piñuel y Zabala.
El *mobbing* es: "Un maltrato verbal y conductual continuado y frecuente en el tiempo, de al menos seis meses y que se produce cada semana; un objetivo final de fustigar, agobiar, reducir, acobardar, y romper la resistencia psicológica de la víctima para que abandone el lugar de trabajo mediante la baja, la renuncia o despido procedente; y una obligación de las víctimas de ir a un lugar de trabajo donde saben que van a ser fustigados". (Piñuel, 2002).
- Según el Congreso de los Diputados del 24 de diciembre del 2003, cuando modificó algunos artículos de la Ley del Estatuto de los Trabajadores y de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social. (24-12-2003), el *mobbing* está definido como:
«toda conducta no deseada que atente contra la dignidad de una persona y cree un entorno intimidatorio, humillante u ofensivo».

Las consecuencias suelen ser síntomas psiquiátricos como ansiedad, depresión, insomnio, abuso de alcohol, somatizaciones, jaquecas, lumbalgias, astenia, etc. En casos extremos, la víctima puede llegar al suicidio.

2. OTROS TRASTORNOS DE TEJIDOS BLANDOS (FIBROMIALGIA)

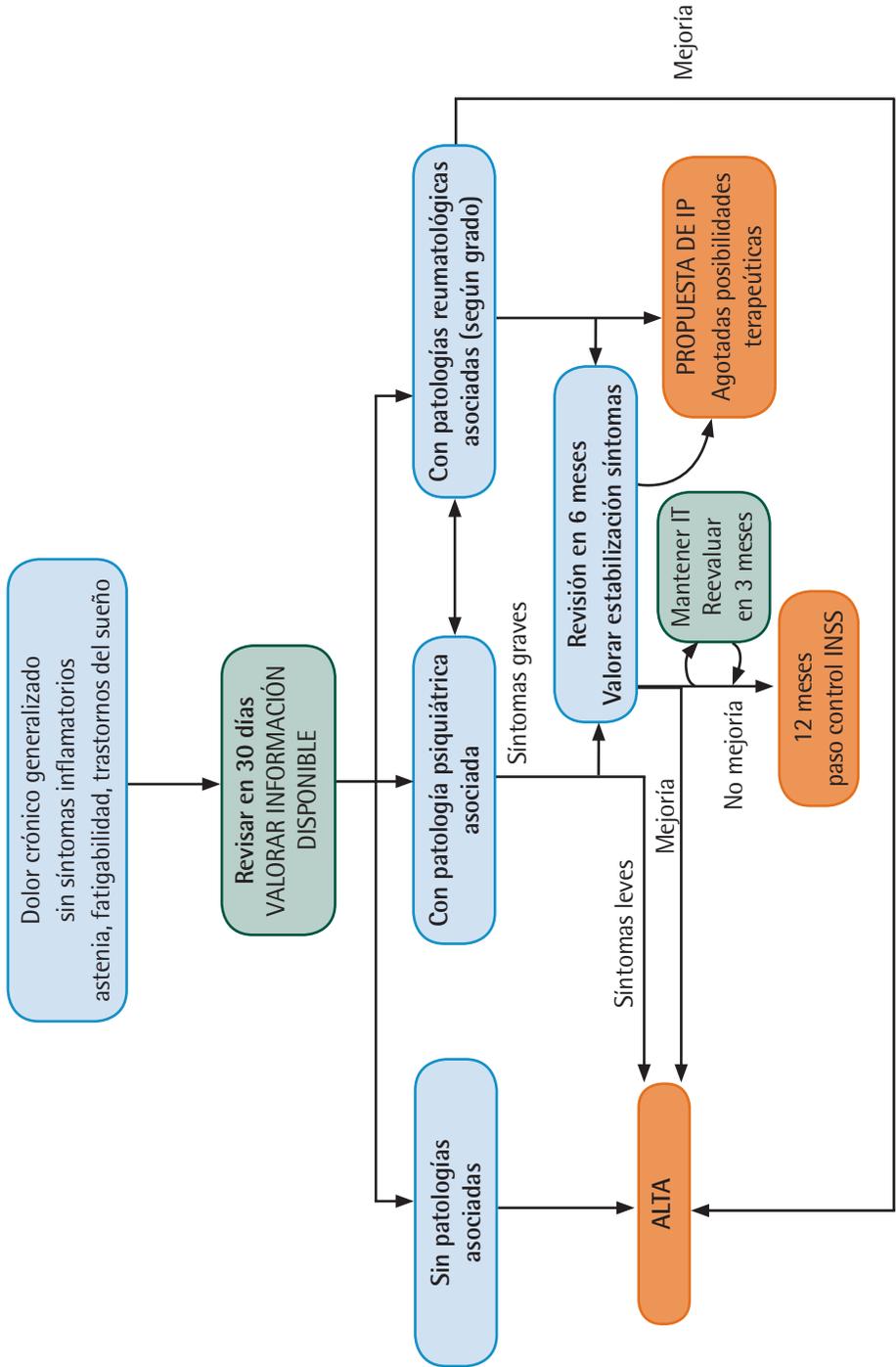
Patologías a las que se aplica

La patología seleccionada corresponde al **código 729** de la **CIE 9MC**.

Mal codificada en muchas ocasiones con otros códigos de la CIE 9MC que generalmente incluyen desde el 725 a 728.



Algoritmo de actuación en fibromialgia



Puntos clave para la valoración de la IT en la fibromialgia

- 1) Evolución de la clínica (progresión y desarrollo de la enfermedad).
- 2) Profesión del paciente.
- 3) Tratamientos recibidos y resultados obtenidos.

Evaluación clínica de la IT

1. Anamnesis

1.1 Antecedentes personales

- Ambiente socio-familiar (separación, viudedad, problemas con los hijos o con familiares cercanos, problemas económicos...).
- Tratamientos o procesos psicopatológicos previos.
- Sucesos traumáticos importantes (accidentes de tráfico, accidente laboral).
- Patologías concomitantes, generalmente traumatológicas y tratamientos recibidos.

1.2 Tipo de trabajo

Tipo de trabajo que realiza.

En general son empleos poco satisfactorios, poco remunerados, con poca promoción y cierta carga física.

1.3 Inicio del proceso y contingencia

Forma y fecha de inicio de los síntomas.

1.4 Síntomas clínicos

- El dolor y la fatiga centran la vida del paciente. El dolor se encuentra en unos puntos característicos o "puntos gatillo":

- La fatiga está presente en más del 70% de los casos. Se pueden presentar en forma de crisis de 1-2 días o más frecuentemente de forma continuada, mejora algo con el reposo. Cuando es el síntoma dominante nos encontramos en un subtipo llamado **Síndrome de fatiga crónica**.
- El dolor suele ser continuo con empeoramiento en la tarde-noche. Empeora también con las posturas mantenidas y 7 con la bipedestación, cargas físicas, cambios climáticos y sobrecarga emocional (estrés). Se localiza sobre todo en las estructuras musculares y tendinosas.
- Alteración del sueño: afecta a la conciliación y al mantenimiento. Sensación de sueño no reparador.
- Síntomas sensoriales como parestesias en manos y piernas, hipersensibilidad sensorial (auditiva).
- Síntomas vegetativos: sensación de tumefacción en manos y otras áreas, mareo, inestabilidad, palpitaciones, sequedad de mucosas, distermia y palpitaciones.
- Síntomas motores: rigidez generalizada al levantarse, contracturas en diversos grupos musculares, temblor de acción, disfunción oromandibular.
- Síntomas afectivos: ansiedad, depresión, trastorno de pánico, personalidad límite y a veces cuadros psiquiátricos mayores.
- Síntomas cognitivos: déficit de atención, de memoria reciente y alteración de la expresión verbal.
- Frecuente la asociación de enfermedades reumatológicas: AR, Lupus Eritematoso, PAN...o traumatológicas como cervico-lumbalgia de larga evolución.
- Alteraciones endocrinas: hipotiroidismo, hipoadrenalismo, síndrome serotorinérgico, osteodistrofia renal.

1.5 Evolución

Es crónica y generalmente con los años hacia la sensación de incapacidad personal y laboral.

Se debe tener en cuenta la progresión de las enfermedades asociadas y los tratamientos recibidos, incluyendo secuelas post-quirúrgicas.

1.6 Medidas terapéuticas recibidas

Tratamiento farmacológico y rehabilitador (ver anexo) que va dirigido al control del dolor y la fatiga.

Se puede compatibilizar la medicación con la actividad laboral, en la mayoría de las ocasiones.

2. OTROS TRASTORNOS DE TEJIDOS BLANDOS (FIBROMIALGIA)

2. Exploración

- Alteraciones posicionales.
- Hipertonía muscular, contractura palpable en ciertos grupos musculares (hombros y raquis).
- Presencia de alodinia estática y dinámica en trapecios y otras zonas, estiramiento doloroso de las zonas afectadas.
- Presencia de puntos gatillo en relación con una banda de tensión muscular y numerosos puntos dolorosos en diversas áreas corporales (tender points), lo que identifica un umbral doloroso patológico.

2.1 Exploraciones complementarias

No existe ninguna prueba analítica o de imagen específica para diagnosticar la enfermedad, el diagnóstico es exclusivamente clínico.

No se ha identificado disfunción o alteración anatómica de suficiente relevancia para considerarlo origen o causa del dolor.

3. Diagnóstico

Es importante valorar la fiabilidad del diagnóstico ya que es clínico.

- Dolor de más de tres meses de duración de forma continua a ambos lados del cuerpo y por encima y debajo de la cintura y dolor en caquis.
- Dolor en 11 de los 18 puntos simétricos o "puntos gatillo".

3.1 Comorbilidad

Sobre todo con trastornos psiquiátricos y síndrome depresivo, intestino irritable, urgencia miccional y cefalea crónica.

No está claramente documentado que haya mayor riesgo de enfermedades cardiológicas, infecciosas, oncológicas o de muerte precoz.

3.2 Diagnóstico diferencial

Con otras enfermedades reumatológicas y algunas enfermedades endocrinas (ver documento anexo).

4. Graduación y evolución de la severidad

No existen criterios para graduar la severidad de los síntomas ni para predecir su evolución.

Valoración de la IT en la fibromialgia desde el punto de vista de la inspección médica

Se realiza en función de:

- 1) Impacto en la calidad de vida.
- 2) Discapacidad laboral.
- 3) Nivel de tratamiento.

Impacto en la calidad de vida

Hay pacientes que refieren una gran repercusión en la calidad de vida en lo que se refiere a capacidad física, actividad intelectual, estado emocional, relaciones personales o salud mental. Perjudica en muchos casos a la vida familiar, produce pérdidas económicas y redistribución de roles.

Discapacidad laboral

La evaluación de la discapacidad en estos enfermos es generalmente un proceso plagado de controversias, entre ellos la *incredulidad diagnóstica* de los agentes evaluadores, la concurrencia de anomalías psiquiátricas, la dificultad de valoración objetiva de la enfermedad y la escasa eficacia del tratamiento.

Tampoco se sabe que componentes están más relacionados con su gravedad y su repercusión laboral ya que muchos **son de apreciación subjetiva y faltan instrumentos validados para medirla**. El propio proceso de evaluación de la discapacidad y los litigios judiciales para conseguirla parecen agravar el proceso.

En algunos estudios de IT que se han llevado a cabo en estos pacientes en nuestro país, se describe que afecta a: mujeres de mediana edad, la mayoría con puestos de trabajo que requerían esfuerzo físico, nivel educacional bajo y en general elevado grado de insatisfacción laboral, muchas de ellas con trabajos no fijos.

En un porcentaje alto, los trabajos que realizan requieren movimientos repetidos y/o movilización de peso, trabajos en muchos casos no vocacionales. Más de la mitad de los pacientes de estos estudios tenían factores psicológicos o de estrés físico como desencadenante (accidentes de tráfico o lumbalgias de repetición).

2. OTROS TRASTORNOS DE TEJIDOS BLANDOS (FIBROMIALGIA)

La capacidad para influir en la adaptación del puesto de trabajo sería un factor importante para mantener el rol laboral.

Siempre deberemos tener en cuenta para el alta lo que **objetivamos en la exploración clínica**, no lo subjetivo, ni lo laboral o familiar, como en cualquier otro proceso de IT.

Nivel de tratamiento

Los pacientes atendidos en Atención Primaria, en principio más leves, tienen mejor pronóstico que los atendidos en servicios hospitalarios, que se cronifican más. Es decir, es importante que no asuman el rol de enfermo y discapacitado de forma temprana.

El uso de fármacos analgésicos potentes junto con el uso de antidepresivos, serotoninérgicos, infiltraciones, bloqueos epidurales, pueden alterar la situación de alerta o de concentración del paciente y se debe tener en cuenta a la hora de valorar la reincorporación laboral.



¿Cuándo proponer el alta?

Se debe tener claro que son pacientes en los que *no se objetiva ninguna alteración anatómica ni funcional* y por tanto muchas veces no hay una causa de baja, excepto los síntomas subjetivos que nos relata el paciente, que en muchos casos son compatibles con su actividad laboral.

Debemos pensar siempre si se debe iniciar o no una baja laboral, porque en ella no va a encontrar ningún beneficio para su enfermedad ni para sus problemas socio-laborales, al contrario, se agrava su sentimiento de enfermedad y luego va a ser muy problemático darle el alta.

Se debe intentar ajustar el tiempo de baja a la sintomatología actual de la paciente y dar expectativas de reincorporación laboral y de mejoría de los síntomas.

Por ello es muy importante hacer hincapié los siguientes puntos:

1. Intentar hacerle comprender que el reposo no está indicado en la FM, de hecho el ejercicio aeróbico es lo único demostrado junto con gabapentina en lograr mejoría del dolor.
2. Importante precisar por qué se le ha dado la baja, con qué límites y qué se espera. Hay que colocarle frente a las expectativas reales de su situación y las pocas posibilidades de obtener una IP.
3. Se debe realizar un tratamiento interdisciplinar y debe existir una información conjunta y consensuada entre todos los niveles asistenciales implicados.
4. Dado que no hay ninguna manera de medir de forma objetiva la mejoría del paciente, todo va a depender de lo que nos refiera. Los datos orientativos para estimarla pueden ser: el tratamiento médico que realiza, si existen síntomas psicológicos o psiquiátricos asociados, preguntarle por sus actividades de vida diaria, facilidad para las actividades de ocio, las relaciones interpersonales, la intención de cambio de puesto de trabajo, realización de cursos de mejora, etc.
5. Es muy importante la valoración del puesto de trabajo, ya que en ocasiones las dificultades referidas en cuanto a: posturas mantenidas, carga de pesos, posturas repetitivas, si puede mejorar con una adaptación a su puesto, si existe un servicio de salud laboral en su empresa conviene informar al paciente.
6. Es necesario plantear el alta de forma programada en dos o tres semanas para que vaya dando tiempo al paciente a volver a su vida normal.

¿En qué momento hay que hacer un informe propuesta?

Si un paciente está de baja y es reacio a aceptar un alta, o está en una situación de baja prolongada, debemos realizar una serie de actuaciones:

- a) Se deben tener en cuenta todos los aspectos de la enfermedad, ya que, en un alto porcentaje se asocian a otras enfermedades sistémicas de cierta gravedad.
- b) Ante la ausencia de datos objetivos se pueden realizar test que evalúan el dolor y la hiperalgesia mediante la utilización de escalas visuales o test de valoración de capacidad funcional (ver anexo).
- c) Se recomienda proponer IP en situaciones cronicadas (poco tiempo efectivo de alta laboral) o con múltiples enfermedades asociadas sin mejoría reseñable. No hay criterios objetivos al respecto y su denegación en los Tribunales Médicos es casi sistemática. Los casos que lo consiguen es exclusivamente vía judicial, esto conlleva años de litigio y periodos casi interminables de IT.

La actitud de los profesionales ante la Fibromialgia (FM) oscila entre la consideración del síndrome como una expresión de falta de voluntad o de ánimo para afrontar las dificultades de la vida diaria por parte del paciente y la falta de consideración del mismo como un problema de índole psicológica de menor/mayor entidad que conllevaría una incapacidad incluso para realizar una vida cotidiana normal.

Una buena comunicación entre los Servicios de Salud, los servicios de salud laboral y Recursos Humanos de las empresas mejoraría el mantenimiento de estos pacientes activos laboralmente y su pronóstico global.

Anexo II: Fibromialgia

Es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor. Desde 1992 la OMS considera la FM como diagnóstico diferenciado y la clasifica entre los reumatismos de partes blandas. Es la causa más común de dolor osteomuscular generalizado. Actualmente los conocimientos que se tienen de la enfermedad indican que requieren un abordaje multidisciplinario.

Tiene una prevalencia del 2,4% de la población general mayor de 20 años. La distribución por sexos es de un 4,2% en mujeres en comparación con los varones, un 0,2%. La relación mujer: varón es de 21:1.

Está presente en todos los grupos etarios, pero la prevalencia máxima es entre los 40-49 años mientras que es relativamente infrecuente en personas mayores de 80 años.

En la actualidad no se conoce la etiología ni los mecanismos patogénicos precisos que actúan en la FM. Pero ya hay una serie de estudios de investigación que están comenzando a dar la primera información sobre los posibles mecanismos que operan en la FM:

- Se ha podido comprobar que existe una agregación familiar, pues el riesgo de padecer la enfermedad entre los familiares de pacientes con FM es 8,5 veces mayor que en otras poblaciones, lo que puede indicar también una base genética.
- Se han encontrado indicios de que algunos fenotipos genéticos son más frecuentes que otros, como es el caso del gen que regula la expresión de enzima catecol-metiltransferasa o el gen regulador de la proteína transportadora de serotonina.

También hay algunos factores que podrían actuar como predisponentes: tal es el caso de las experiencias traumáticas en la infancia (violencia física o psicológica, abuso sexual), los trastornos del estado de ánimo o de ansiedad.

En muchos pacientes el cuadro clínico aparece de forma brusca después de algunos acontecimientos como accidentes de tráfico, infecciones, cirugías mayores y en general situaciones de estrés de índole tanto física como psicológica.

El estrés laboral también puede contribuir a la aparición de FM.

En cuanto a los **mecanismos patogénicos** se está investigado en varios campos. Se han encontrado diversas alteraciones morfológicas y funcionales en biopsias de músculo y de tejidos blandos en estos pacientes. Sin embargo los hallazgos hasta la actualidad son bastante inespecíficos. Hay también evidencias de alteraciones en el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal, que podría ser origen de algunos trastornos endocrinos observados.

2. OTROS TRASTORNOS DE TEJIDOS BLANDOS (FIBROMIALGIA)

La disfunción del sistema nervioso autónomo puesta de manifiesto por las alteraciones en la variabilidad de la frecuencia cardíaca es un hallazgo mucho más consistente y reproducible. Esta alteración explicaría satisfactoriamente algunas de las manifestaciones clínicas frecuentes como los trastornos del ritmo intestinal, la sudoración, la taquicardia, las alteraciones digestivas... pero también se piensa que son una consecuencia más que una alteración primaria de los neuromoduladores del SNC. Se ha descrito la presencia de grandes concentraciones de citocinas, receptores solubles, péptidos proinflamatorios, reactantes de fase aguda y anticuerpos lo que apunta algún proceso inflamatorio o inmunitario, pero no se saben si son el inicio o la consecuencia.

Los datos más recientes indican que en los pacientes con FM existe una *alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor probablemente por un desequilibrio en los neuromoduladores del SNC*. En estudios experimentales de dolor inducido se ha visto que estos pacientes tienen un umbral más bajo y se necesita estímulos de menor intensidad para provocarles dolor. Estudios de SPECT y PET muestran una disminución de flujo sanguíneo cerebral en áreas frontales y dorsolaterales de ambos hemisferios, el tálamo, la cabeza del núcleo caudado y el tegmento pontino inferior, el córtex parietal superior y el gyrus rectalis. En la RM cerebral funcional se ha observado un aumento del flujo sanguíneo cerebral en las zonas activadas por estímulos dolorosos y la cantidad de estímulo necesaria para provocarlo es menor que en personas sanas.

Uno de los hallazgos más consistentes en personas con FM es el hallazgo del péptido P aumentado en LCR. Esta sustancia favorece la transmisión del estímulo doloroso porque facilita la estimulación de las vías dolorosas por otros neurotransmisores. También se han hallado alteraciones en la concentración de otros neurotransmisores como serotonina, noradrenalina, encefalina y ácido gammaaminobutírico. En la actualidad todo esto está en estudio.

Clínica

El dolor y la fatiga son los síntomas que centran la vida del paciente con FM. El dolor se extiende progresivamente a amplias zonas corporales alrededor del raquis y la parte proximal de las extremidades, zona cervical, occipital, trapecios, hombros, parte proximal de los brazos, zona lumbar, trocánteres y muslos, aunque también rodillas, antebrazos, carpos manos (palma y dedos), tobillos y pies (planta, tarso y dedos).

El dolor es continuo, sobre todo en áreas raquídeas y proximales con oscilaciones en el tiempo, que empeora por la mañana con una mejoría parcial durante el día y de nuevo empeoramiento por la tarde-noche.

Los factores que empeoran el dolor son la bipedestación mantenida, cargas físicas, la activación emocional (estrés físico y psíquico) y cambios climáticos.

La intensidad del dolor es algo que llama la atención, según el paciente el dolor es insoportable, intenso y crónico y utiliza palabras sensoriales (agarrotamiento, tirantez...) como emocionales (deprimente, agotador). Otra característica curiosa es que el dolor tiene características nociceptivas, asentado en estructuras musculares y tendinosas especialmente en hombros y caderas y que obliga a descartar una enfermedad articular inflamatoria. También puede tener características de dolor neuropático o visceral.

La **fatiga** se halla presente en más del 70% de los casos. Se puede presentar en forma de crisis de agotamiento de 1-2 días de duración o más frecuentemente de una forma continuada y puede mejorar algo con el reposo. Algunos pacientes presentan una fatiga profunda que no mejora en ningún momento que predomina sobre el dolor y cumple criterios de S. de fatiga crónica.

La **alteración del sueño** es el tercer síntoma más frecuente y se correlaciona con la intensidad del síndrome. Puede preceder al inicio del dolor y el patrón más común es que se afecta la conciliación y el mantenimiento del sueño con despertares frecuentes y un sueño no reparador.

Otros síntomas que se combinan:

- Síntomas sensoriales: parestesias frecuentes en manos o piernas, hipersensibilidad sensorial (auditivos...).
- Síntomas vegetativos: sensación de tumefacción en manos y otras áreas corporales, mareo o inestabilidad, palpitaciones, sequedad de mucosas, hipersudoración, distermia...
- Síntomas motores: rigidez generalizada o localizada al levantarse, contracturas en diversos grupos musculares, temblor de acción...
- Síntomas afectivos: ansiedad, depresión...
- Síntomas cognitivos: déficit de atención, de memoria reciente, alteración en la expresión verbal...

Comorbilidad

Según una reciente revisión sistemática de la Sociedad Española de Reumatología (SER) no existe evidencia de que la FM se asocie con un aumento de comorbilidad por enfermedades asociadas cardiológicas o infecciones. Sin embargo parece que los pacientes con FM pueden tener un riesgo aumentado de muerte accidental y por cáncer al igual que los enfermos de dolor crónico.

Es frecuente encontrar asociados a FM varios complejos sindrómicos, como el síndrome de fatiga crónica, síndrome de intestino irritable, disfunción temporomandibular, urgencia miccional, cefalea crónica (migraña, cefalea de tensión o mixta) y se pueden diagnosticar varios en el mismo paciente.

2. OTROS TRASTORNOS DE TEJIDOS BLANDOS (FIBROMIALGIA)

Los síntomas psicopatológicos son constantes y se encuentran tanto en el origen como en su curso aunque no se ha identificado con claridad el nexo entre las variables psicológicas y la génesis de la FM. Se ha intentado establecer un tipo de personalidad característica pero los estudios no han sido concluyentes. Entre los principales trastornos psicopatológicos se encuentran la depresión, el trastorno de pánico, el estrés postraumático y de la personalidad límite.

Diagnóstico

Es exclusivamente clínico, y está basado en la presencia de dolor osteomuscular crónico y generalizado junto con los otros síntomas clínicos descritos previamente.

Según los criterios del American College of Rheumatology de 1990 se define como una historia de dolor de más de tres meses de duración, de forma continua, en ambos lados del cuerpo por encima y debajo de la cintura y dolor en el esqueleto axial, raquis cervical o tórax anterior.

Además debe producirse dolor en 11 de los 18 puntos simétricos siguientes: occipital, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, segundo espacio intercostal en la unión osteocondral, epicóndilo, glúteo, trocánter mayor y rodilla.

El Documento Canadiense de Consenso sobre Fibromialgia de 1996 fue el que estableció las bases de diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia.

En cuanto a los análisis de laboratorio o exploraciones complementarias hay que decir que no existe en la actualidad ninguna prueba específica para el diagnóstico de la FM, excepto para descartar otros cuadros clínicos o situaciones comórbidas que se puedan dar.

Tratamiento

Actualmente no hay ningún tratamiento probado para la FM sólo para mejorar aspectos parciales de la misma, no para curarla.

- **Analgésicos y AINES:** no hay evidencias sobre la eficacia de este grupo de fármacos sólo débil al tramadol para el control del dolor. No hay evidencia de eficacia de los opioides mayores.
- **Relajantes musculares:** la ciclobenzaprina en dosis bajas ha mostrado utilidad en la mejoría del dolor y el sueño pero se atenúa con el tiempo.

- **Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina):** a corto plazo produce una mejoría clínicamente significativa hasta en el 30% de los pacientes. Mejoran el sueño, el dolor, la fatiga y la sensación de bienestar.
- **IRS:** sólo si hay depresión concomitante. Mejor cuando los inhibidores son duales de receptores noradrenérgicos y serotoninérgicos (venlafaxina, minalcipram y duloxetina).
- **Otros:** pregabalina (lyrica) en ensayos clínicos ha demostrado superioridad al placebo. Otros como los antagonistas de los receptores de 5HT3, la melatonina, la ketamina, gabapentina, s-adenosilmetionina...no han demostrado eficacia para su uso.
- **Ejercicio físico: ejercicio aeróbico** en cualquiera de sus modalidades. Evidencia moderada-fuerte en Cochrane de que mejora la capacidad aeróbica y los puntos dolorosos. Mejora la salud mental, el grado de ansiedad y el impacto global en la vida del paciente.
- **Tratamiento psicológico:** tratamiento cognitivo-conductual es la intervención que ha demostrado más eficacia en el tratamiento de ansiedad y depresión.
Existe un fuerte grado de evidencia de que la combinación de tratamiento psicológico y ejercicio físico reduce el impacto global de la enfermedad en la vida de los pacientes.
- **Medicina complementaria:** (acupuntura, homeopatía y masajes...) con resultados no evaluables.

Hay que tener cuidado con la polimedicación y los efectos secundarios de la misma que se pueden superponer al cuadro de la FM (somnolencia, confusión, temblor, mioclonias...) y descartar un sind. serotoninérgico.

En definitiva es un **tratamiento multidisciplinar**. Es importante que el paciente adquiera conocimiento de su enfermedad y aprenda a convivir con ella.

Valoración capacidad funcional

A la hora de evaluar el impacto de la FM se deben de tener en cuenta todos los aspectos de la enfermedad. Aunque no hay consenso sobre que medidas se deben incluir, la mayoría de los estudios incluyen una o varias escalas de dolor, uno o varios cuestionarios de medida de la salud y la cuantificación de la hiperalgesia. En determinadas situaciones también interesa evaluar de forma independiente la capacidad funcional y las alteraciones psicológicas y en otras ocasiones, realizar una valoración objetiva de determinadas funciones físicas.

2. OTROS TRASTORNOS DE TEJIDOS BLANDOS (FIBROMIALGIA)

Calidad de vida y estado de salud general

FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) es el instrumento de medida más utilizado en la evaluación de estos pacientes. Hay 4 versiones españolas.

SF- 36 (Cuestionario de salud Short-Form). Explora 8 dimensiones del de evolución aunque sólo el 5% presenta una mejoría completa de los síntomas y el 20% una mejoría importante.

Capacidad funcional

HAQ (Health Assesment Questionnaire) que tiene versión española. Evalúan el grado de dificultad física autopercibida para realizar 20 actividades de la vida diaria.

Valoración objetiva de funciones físicas:

Pruebas para determinar la capacidad aeróbica

- *Tests espiroergométricos* en los que el paciente pedalea en una bicicleta estática mientras se analizan los gases expulsados por la respiración y la frecuencia cardíaca y se cuantifica el trabajo realizado.
- *Test de 6 minutos de marcha*, consiste en hacer andar al paciente a un ritmo rápido pero cómodo y medir el espacio recorrido.
- *Medición de la fuerza* de determinados grupos musculares y el grado de movilidad de la columna o las articulaciones periféricas también pueden ser de interés en algunos estudios.

En la actualidad no existe ningún cuestionario, prueba analítica o exploración complementaria que permita hacer una clasificación de los pacientes con FM. Según la Sociedad Española de Reumatología, el único instrumento validado para el estudio de estos pacientes es el FIQ, que es el debe usar en la valoración clínica y el recomendado en los ensayos clínicos junto con el SF-36.



Estrategias terapéuticas según el grado de afectación

Nivel terapéutico	Grado de afectación vital	Estrategia terapéutica
I	Mínima afectación AVD	Educación Ejercicio físico Higiene del sueño Amitriptilina ciclobenzaprina Dolor: tromadol, paracetamol, ibuprofeno
II	Moderada afectación de las AVD	Intervención familiar Ejercicio físico supervisado Dolor: amitriptilina sola o asociar a fluoxetina, tropisetrom, pregabalina, pramipexole Sueño: ciclobenzaprina, hidroxicina o zolpidem-zoplicona Ansiedad-depresión: fluoxetina, paroxetina o alprazolam
III	Severa afectación vital AVD	Tratamiento multidisciplinar: farmacológico, RHB, psicológico, educacional y social



Patologías a las que se aplica

Las patologías seleccionadas responden a los siguientes códigos del CIE-9MC:

715.0 - 715.9. Osteoartrosis y trastornos asociados.

Excluye la osteoartritis de la columna vertebral (721.0-721.9).

La **artrosis u osteoartritis** o enfermedad degenerativa articular es, en nuestro país, una de las causas de incapacidad más frecuente. Es la patología articular más prevalente en España (24%). La edad habitual de comienzo es entre los 50 y 60 años.

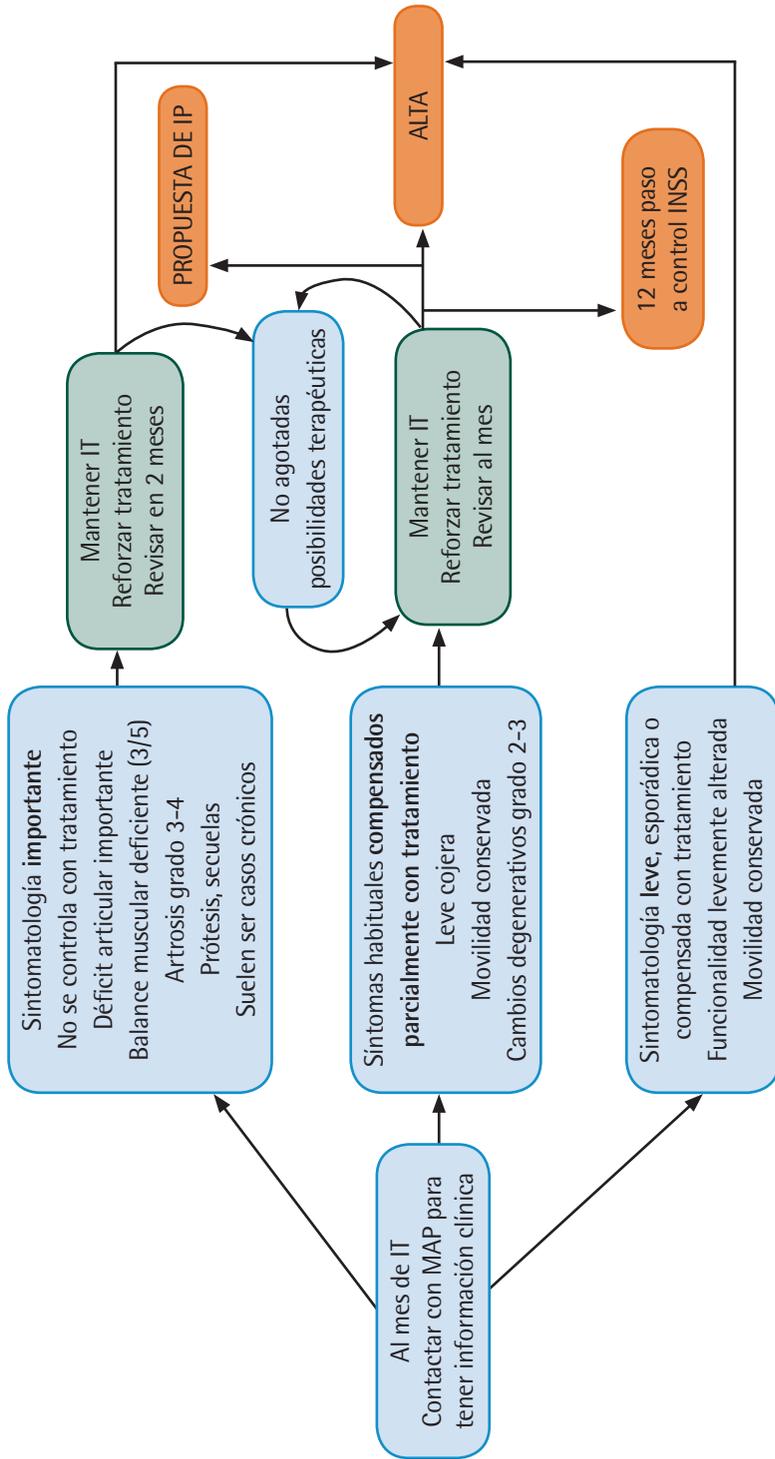
Engloba a un grupo heterogéneo de enfermedades con características patológicas y radiológicas comunes. Su etiología es multifactorial.

En este capítulo trataremos únicamente la artrosis más prevalente: rodillas, caderas y manos (interfalángicas y trapecio-metacarpiana).

Aunque la espondiloartrosis no se incluye en este CIE-9, dada su relevancia clínica y por ser un proceso muy limitante, haremos un pequeño comentario sobre ella.



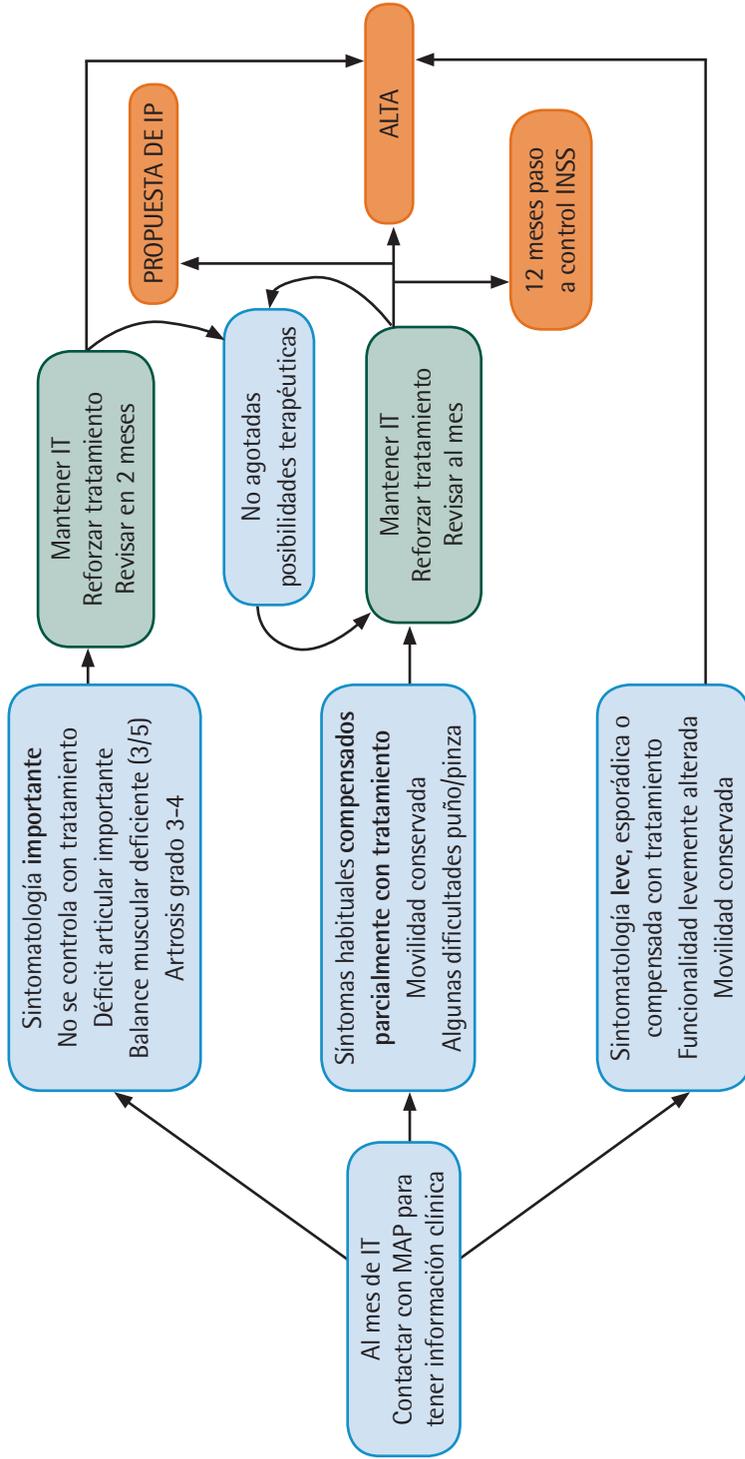
Algoritmo de actuación en artrosis de cadera en relación con IT



Nota.- Prótesis limitación para terreno irregular, escaleras, bipedestación mantenida.

3. OSTEOARTROSIS

Algoritmo de actuación en artrosis de mano en relación con IT



Puntos clave para la valoración de la IT en la osteoartrosis

- 1) Evolución de la clínica (progresión y desarrollo de la enfermedad).
- 2) Indicación quirúrgica y antecedentes previos.
- 3) Profesión del paciente.
- 4) Tiempo de recuperación y capacidad para enfrentarse a sus actividades laborales.

Evaluación clínica de la IT

1. Anamnesis

1.1 Antecedentes personales

- Patologías previas.
- Tratamientos recibidos.
- Intervenciones quirúrgicas, etc.

1.2 Tipo de trabajo

Tipo de trabajo que realiza o ha realizado con anterioridad, posturas, grado de satisfacción.

Averiguar si está en desempleo, hay problemas laborales, busca cambio de puesto de trabajo, la empresa cambia de ubicación.

1.3 Forma de inicio del proceso y contingencia

Lenta y progresiva. Aunque a veces, el inicio de los síntomas puede ser brusco tras una inflamación aguda o por sobreesfuerzo.

La contingencia en general es enfermedad común.

3. OSTEOARTROSIS

1.4 Síntomas clínicos

La principal manifestación es el **dolor articular** de ritmo mecánico que se produce con el uso de la articulación. Suele estar localizado sobre la articulación afectada. Existe una disminución de la movilidad articular cuando el proceso va evolucionando, impotencia funcional y rigidez después de la inactividad y matutina.

Por lo demás la clínica es muy variable, a lo largo de la evolución, en el mismo paciente con épocas de mejoría y empeoramiento sin que guarde relación directa con los hallazgos radiológicos.

Además del dolor, que es el síntoma mas frecuente, otros síntomas que pueden ser observados son:

- Parestesias.
- Pérdida de fuerza.
- Asociado a otros síndromes y síntomas, ej.: disfagia, síntomas de mielopatía, etc.

1.5 Medidas terapéuticas recibidas

Fármacos utilizados, periodos de rehabilitación, intervenciones quirúrgicas (ver anexo al final del capítulo).

2. Exploración

Siempre que exploremos a un paciente habrá que tener en cuenta:

Inspección: actitudes antiálgicas, trastornos de la marcha, anomalías de la curvatura raquídeas, amiotrofias.

Palpación: dolor a la palpación de las apófisis espinosas, musculatura paravertebral, interlínea articular, tumefacción y derrame articular y presencia de calor.

Movilidad activa y pasiva: crepitación o crujidos, limitación de la movilidad o inestabilidad articular (ver tabla en anexo de exploraciones).

Exploración neurológica: por compresión producida por los osteofitos, sobretodo a nivel de la columna.

3. Pruebas complementarias

Radiología

Es el mejor método para diagnosticar la artrosis. La mera aparición de alteraciones radiológicas, en el estudio no constituye un diagnóstico, sino que es necesario que existan manifestaciones clínicas de artrosis junto con manifestaciones radiológicas.

El dato radiológico que mejor se correlaciona con la sintomatología es la disminución de la interlínea articular. Los osteofitos son en general asintomáticos y no suponen alteración funcional salvo que condicionen topes mecánicos.

Para la interpretación de los cambios radiológicos se utiliza la escala de Kellgren y Lawrence (ver tabla en apéndice final).



Resonancia magnética nuclear

Es útil para valorar procesos intercurrentes y las complicaciones.

Pruebas de laboratorio

Las pruebas de laboratorio tiene escasa utilidad salvo en los casos en los que haya que realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías.

Valoración de la IT en la osteoartrosis desde el punto de vista de la inspección médica

Se realiza en función de:

- 1) Intensidad del dolor.
- 2) Frecuencia y ritmo de uso en la articulación afectada en el tipo de trabajo realizado.
- 3) Afectación del lado dominante (miembros superiores).
- 4) Disminución de la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida autónoma.
- 5) Cargas físicas del trabajo realizado.
- 6) Ajuste o concordancia con la sintomatología de la enfermedad.

En general, la solicitud de un informe al médico de primaria debería ser suficiente para la valoración, en aquellos casos en los que a pesar del informe no se pueda llegar a una conclusión se deberá citar al paciente.

A las 4 semanas se debe valorar al paciente para ver la clínica y las limitaciones observadas en la exploración (signos de dolor, movilidad, deberemos observar como entra en la consulta y los movimientos al desvestirse), la medicación prescrita y la respuesta al tratamiento, la vida que lleva (compra, tareas domesticas, actividades sociales, etc).

Punto importante es conocer la situación sociolaboral (relación con los compañeros, satisfacción laboral, horarios, distancias, conflictos familiares).

Los pacientes en estadios precoces de la enfermedad, deben de estar en la mayoría de los casos capacitados para incorporarse, sobretodo si realizan trabajos sedentarios con poca sobrecarga de la articulación afectada.

La derivación al especialista o la solicitud de pruebas diagnósticas no justificarían prolongar el periodo de IT. Cuando el paciente está estable y asintomático o levemente sintomático debe de incorporarse.

Si precisa pasar al 2º escalón de analgesia revisaremos al paciente a los 3 meses de iniciada la baja, repitiendo la rutina de la primera evaluación. En esos casos los pacientes suelen haber sido derivados a rehabilitación.

En los casos que persista la clínica y sea preciso pasar al tercer escalón analgésico esperearemos otros 3 meses. En estos casos, en función de la actividad laboral se deberá de

tener en cuenta el efecto que algunos medicamentos pueden tener sobre la capacidad de conducción, riesgo de accidentes, concentración, etc. En este grupo se encuentran pacientes con artrosis evolucionada.

Si el paciente ha precisado la colocación de una prótesis, será necesario un mínimo de tres meses para su valoración. Tener en cuenta las posibles limitaciones en relación al puesto de trabajo y valorar si procede iniciar un expediente de Incapacidad Permanente.

Si tras la cirugía se ha producido algún tipo de complicación habrá que valorar cada caso por separado.

¿Cuándo proponer el alta?

Debemos tener en cuenta que **el pronóstico global de la artrosis es bueno** salvo que esté muy evolucionada o afecte a las grandes articulaciones de carga (gonartrosis y coxartrosis evolucionada).

La enfermedad cursa con periodos de empeoramiento y mejoría de los síntomas siendo subsidiaria de periodos de IT que deben de limitarse al tiempo preciso para el diagnóstico, grado de afectación, tratamiento médico y rehabilitador oportuno. No hay que dejarse influir por los hallazgos radiológicos que no justifican siempre una limitación funcional, ni por otros factores sociolaborales añadidos.



¿En qué momento hay que hacer un informe propuesta?

Para que exista una limitación funcional severa permanente es necesaria una historia de dolor articular persistente con signos físicos en la exploración, particularmente la limitación de la movilidad y datos radiológicos de artrosis evolucionada, especialmente con afectación severa de la interlínea articular (limitaciones sin estos cambios radiológicos nos debe hacer pensar en otra patología). Esta situación que suele llevar a la cirugía, precisando con posterioridad una reevaluación de la situación definitiva e incluso la posibilidad de una IP.

Anexo III: Osteoartrosis

Cuadros clínicos

Coxartrosis

Es la localización más sintomática.

Los defectos congénitos o del desarrollo pueden explicar algunos casos de este tipo de artrosis. Pronto hay limitación y pérdida de la rotación interna, seguida de pérdida de la extensión, de la adducción y de la flexión, como consecuencia de la fibrosis capsular y de los osteofitos.

La clínica es de dolor inguinal irradiado a la cara anterior del muslo, en algunas ocasiones el dolor se percibe en la cara interna de la rodilla, nalga o región glútea, si está muy evolucionado el paciente puede presentar posturas antiálgicas en flexión, abducción y rotación externa con acortamiento de la longitud de la extremidad.

En la exploración se examinará la marcha, la dificultad para sentarse y levantarse y la movilidad de la articulación (las maniobras exploratorias están recogidas en el apéndice final del manual).

Gonartrosis

Suele ir asociada a sobrepeso y es frecuente que exista también afectación de las manos.

Puede afectar a uno o varios compartimentos de la rodilla.

Clínicamente presenta dolor articular, y limitación de la movilidad.

A la exploración se aprecia hipertrofia ósea (osteofitos), dolor a presión y derrame sinovial.

La limitación de la movilidad y la inestabilidad se dan en fases avanzadas. Se observa sobre todo dificultad para ponerse en cuclillas, subir y bajar escaleras, sentarse o levantarse de la silla. Es especialmente limitante la disminución de la extensión que produce cojera.

La afectación del compartimento interno suele producir *genu varum*, por la pérdida del cartílago puede observarse inestabilidad. En la artrosis femorrotuliana la rótula pierde su movilidad en sentido lateral, afectando a la extensión y flexión.

El curso de la gonartrosis suele evolucionar con periodos de empeoramiento agudo o subagudo por patología sobreañadida: cuerpos libres intraarticulares, rotura de quiste poplíteo y/o tendinitis anserina.

3. OSTEOARTROSIS

Artrosis de las manos

Se localiza en articulaciones interfalángicas proximales (nódulos de Bouchard), en interfalángicas distales (nódulos de Heberden) y en la articulación trapezometacarpiana. Con frecuencia, estos nódulos aparecen de manera gradual, originan muy pocas molestias y no suelen interferir en la función. La artrosis erosiva se localiza preferentemente en estas articulaciones, es más destructiva que la artrosis típica y se acompaña de cambios radiológicos. Aquí, las deformidades son más pronunciadas, así como la limitación funcional.

Su evolución cursa con brotes de inflamación con edema de los tejidos blandos, enrojecimiento y calor.

La rizartrrosis produce dolor con la movilidad de pinza y deformación de la articulación en flexión y aducción con hiperextensión de la falange proximal o en deformidad en cuello de cisne. Produce limitación para movimientos finos y pinza de precisión.

La artrosis de las manos puede ser debida a sobrecarga mecánica laboral excesiva en trabajadores manuales.

Espondiloartrosis

Aunque no está incluida en el código CIE 9 715 (CIE-9: 721), la artrosis de la columna requiere una consideración especial.

La artrosis de la columna vertebral incluye la de las articulaciones apofisarias, los discos intervertebrales y los ligamentos paraespinosos.

La degeneración del disco (espondilosis) con frecuencia se acompaña de protusiones o hernias, traduciéndose radiológicamente en disminución de su altura (pinzamiento discal), con formación de osteofitos en los márgenes de los cuerpos vertebrales.

Los síntomas son dolor y rigidez localizadas, pero además pueden incluir dolores radiculares y debilidad motoras cuando se complican con compromiso de las raíces motoras.

Tratamiento de la artrosis

Fármacos utilizados

El tratamiento es sintomático en todas las formas de artrosis y se dirige a:

- Alivio del dolor.
- Reducción de la inflamación.

- Protección de estructuras articulares.
- Mantenimiento de la función.

Como el principal síntoma es el dolor crónico se sigue la escala analgésica de la OMS que utiliza de manera escalonada los fármacos, según la intensidad del dolor y la respuesta del paciente.

Entre los fármacos más utilizados están: el paracetamol, AINES, inhibidores de la COX2, con menor grado de evidencia científica están la glucosamina, el ac. hialurónico intraarticular, infiltraciones articulares de corticoides, etc.

Cirugía

Cuando la artrosis de cadera y rodilla está evolucionada con dolor y limitación severa el tratamiento quirúrgico está indicado. Existiendo diferentes técnicas, desde la desbridación y lavado artroscópico, la osteotomía en rodilla para el tratamiento de las alteraciones del eje hasta la sustitución de la articulación por una prótesis en grandes articulaciones o la artrodesis en pequeñas articulaciones de mano, tobillo y columna, con diferentes resultados.

La **artrodesis** o fusión se logra mediante la denudación del cartílago articular y el moldeamiento del hueso subcondral para obtener el máximo de contacto posible entre los dos huesos.

La artroplastia articular total o parcial consiste en reseca la articulación lesionada y recomponer las superficies articulares con elementos protésicos, de una superficie articular (prótesis parcial) o de ambas (prótesis total). Las prótesis ofrecen una buena respuesta funcional de movimientos, libres de dolor, con un rendimiento adecuado durante más de 10 años.

En la valoración de la incapacidad temporal habrá que tener en cuenta el tiempo de postoperatorio y las posibles complicaciones (infecciones, enfermedad tromboembólica, aflojamiento del cemento, etc).

En general los pacientes portadores de prótesis en las articulaciones de carga son subsidiarios de invalidez por un lado, por la limitación de la movilidad que conlleva y por otra, para evitar el desgaste de la prótesis de forma rápida.

4. TRASTORNOS DEL DISCO INTERVERTEBRAL. OTROS TRASTORNOS DE REGIÓN CERVICAL. OTROS TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS DE LA ESPALDA

Patologías a las que se aplica

Las patologías seleccionadas responden a los siguientes **códigos del CIE-9 MC**:

722. Trastorno del disco intervertebral.

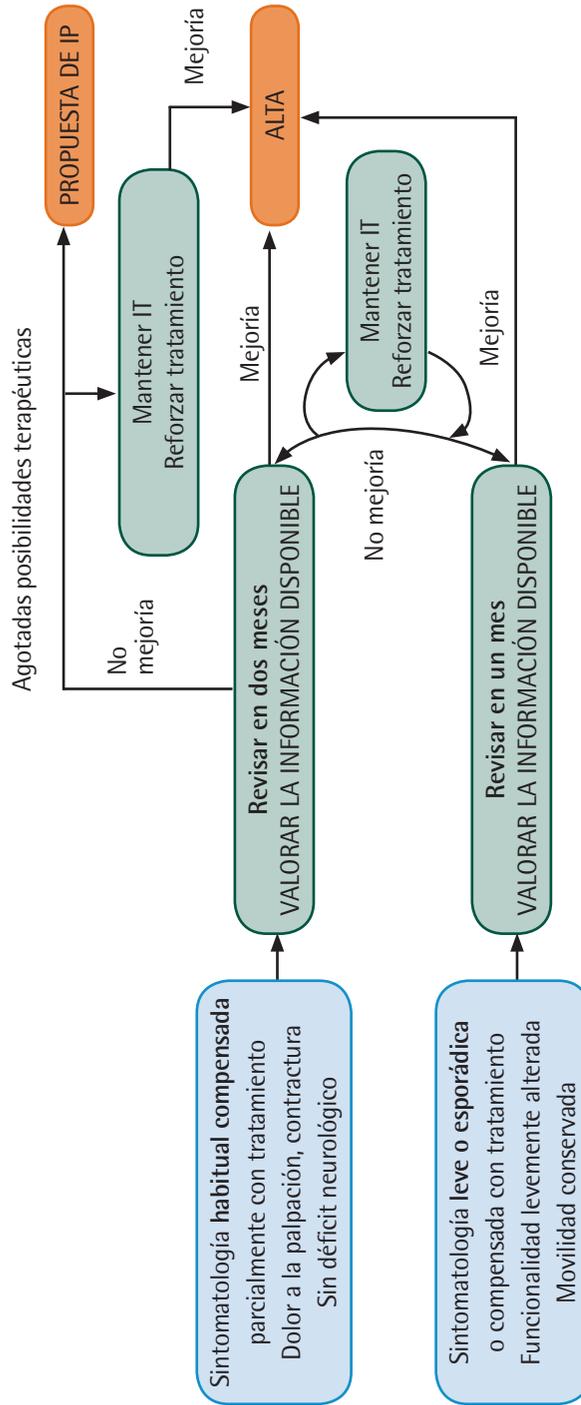
723. Otros trastornos de la región cervical.

724. Otros trastornos y trastornos no específicos de la espalda.

Trataremos en este apartado únicamente la patología de la región lumbar y cervical no haciendo referencia a la patología de la región dorsal por su baja prevalencia.

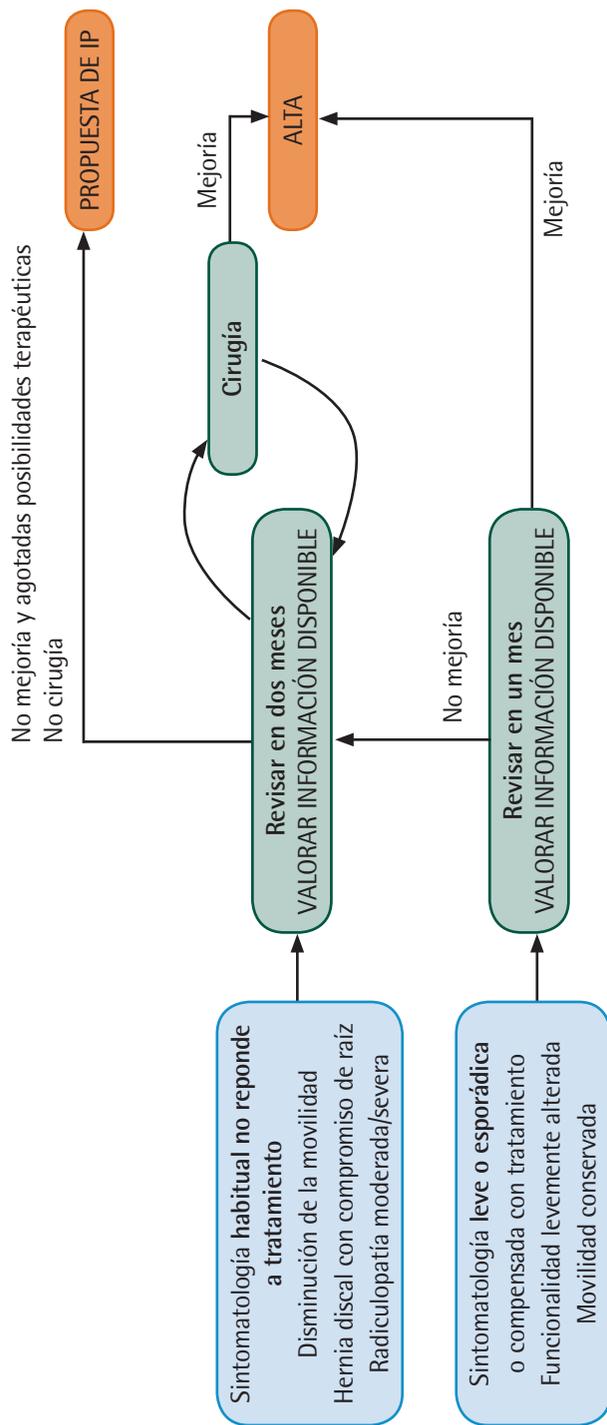


Algoritmo de actuación en lumbalgia mecánica sin irradiación

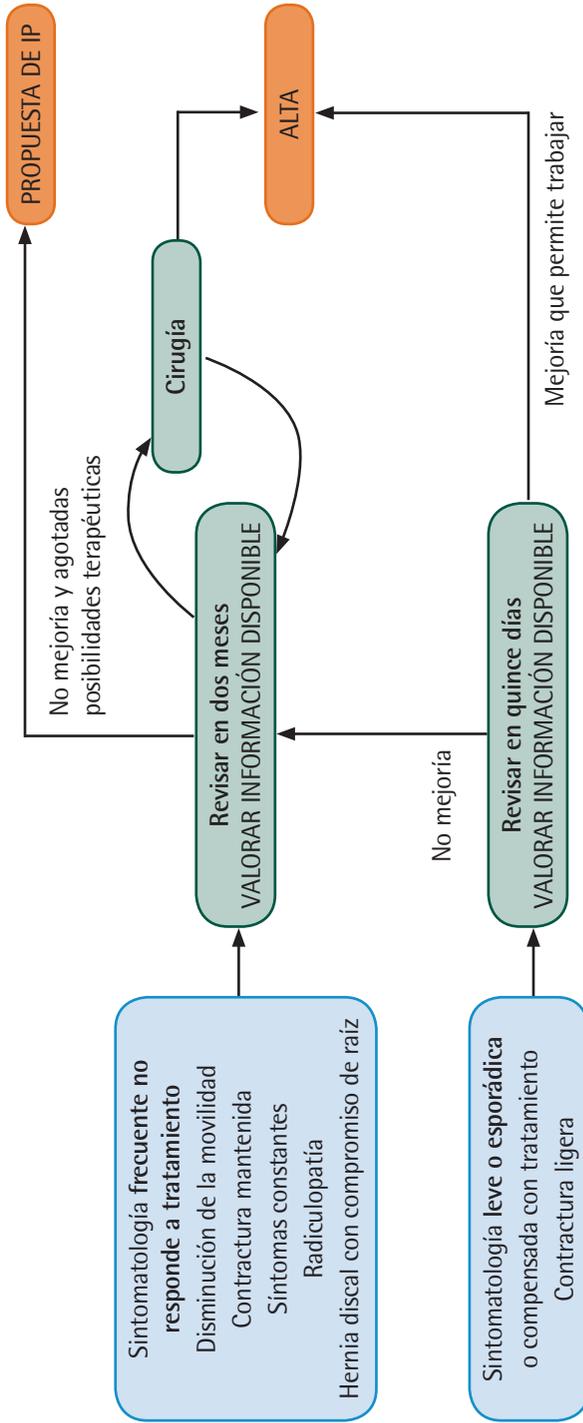


4. TRASTORNOS DEL DISCO INTERVERTEBRAL. OTROS TRASTORNOS DE REGIÓN CERVICAL. OTROS TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS DE LA ESPALDA

Algoritmo de actuación en lumbalgia mecánica con irradiación



Algoritmo de actuación en cervicalgia con/sin irradiación



*La cirugía limita en general para sobrecargas de la columna y flexoextensión mantenida.
En caso de afectación de miembros superiores, limitará para trabajos que necesiten destreza manual.
Hay que tener en cuenta también los efectos secundarios de la medicación.*

Puntos clave para la valoración de la IT en la patología del disco intervertebral

- 1) Evolución de la clínica (progresión y desarrollo de la enfermedad).
- 2) Indicación quirúrgica y antecedentes previos.
- 3) Profesión del paciente.
- 4) Tiempo de recuperación y capacidad para enfrentarse a las actividades laborales.

Evaluación clínica de la IT

1. Anamnesis

1.1 Antecedentes personales

- Patologías diagnosticadas previamente.
- Tratamientos recibidos.
- Intervenciones quirúrgicas, etc.

1.2 Tipo de trabajo

Trabajo que realiza, con especial atención a los que requieren posturas de flexo-extensión repetidas bipedestación prolongada o importantes cargas.

Grado de satisfacción.

1.3 Síntomas clínicos

Dolor, localización y sus características.

Disminución de la movilidad.

Parestesias.

Pérdida de fuerza.

Síntomas de mielopatía.

2. Exploración

Inspección: desde el momento que el paciente entra en la consulta y al desnudarse observaremos si el paciente se mueve y desnuda con naturalidad o realiza posturas antiálgicas. La inspección revela la presencia de desviaciones laterales del tronco, rectificación de la lordosis lumbar indicativas de contractura muscular, actitudes antiálgicas, trastornos de la marcha.

Palpación: confirmar la presencia de contracturas y puntos dolorosos específicos.

Valorar movilidad activa y pasiva: el rango de movilidad que se encuentra afectado de forma predominante puede orientar sobre el tipo de patología subyacente.

La prueba más sencilla para valorar la movilidad de la columna lumbar es la distancia dedos-suelo: mide la movilidad global de la columna vertebral en flexión anterior (DDS en cm) siendo la distancia media 10-15 cm. Puede ser útil aunque más complicada la Prueba de Schober.

La valoración de la marcha talones/puntillas permite delimitar la lesión: dificultad para realizar la marcha de talones si se afecta L4 o L5. Mientras que la afectación de S1 impide la realización de la marcha de puntillas (ver apéndice final).

Exploración neurológica: se debe de realizar una exploración motora, sensitiva y de los reflejos a cada nivel observando si hay debilidad, atrofia o abolición de los ROT y anestesia o hipoestesia de la región correspondiente.

Existen una serie de maniobras para descartar la presencia de radiculopatía en columna lumbar: Maniobra de Lasègue, Maniobra de Lasègue invertido, Maniobra de Lasègue contralateral, Prueba de Bragard, Maniobras de Valsalva. Para la columna cervical: Prueba de compresión del agujero de conjunción (Spurling), pruebas de distracción (ver anexo de este capítulo).

Pruebas para la detección de simuladores: tener en cuenta que tanto la lumbalgia como la cervicobraquialgia son patologías con un componente subjetivo que dificulta su valoración son de utilidad este tipo de pruebas: Prueba de Hoover, Maniobra de Waddell (ver anexo de este capítulo).

2.1 Exploraciones complementarias

Radiografías convencionales: rara vez resultan diagnósticas pero deben de realizarse rutinariamente si no ha mejorado el cuadro a las 6-8 semanas de tratamiento conservador. Una gran parte de la población presenta cambios sin sintomatología.

4. TRASTORNOS DEL DISCO INTERVERTEBRAL. OTROS TRASTORNOS DE REGIÓN CERVICAL. OTROS TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS DE LA ESPALDA

TAC: útil en la patología ósea. Básico en la valoración de secuelas postraumáticas.

RM: muy útil por su mayor sensibilidad para el estudio de tejidos blandos. Conveniente para el diagnóstico de las hernias discales.

Siempre habrá que relacionar los hallazgos con la clínica, ya que se han observado un elevado número de protusiones en pacientes asintomáticos.

Electrodiagnóstico: puede ser de interés en el diagnóstico diferencial con neuropatía, radiculopatía, miopatías o para confirmar la localización de la lesión, establecer su intensidad (leve, moderada y severo) y su grado evolución (agudos, subagudos o crónicos).

3. Medidas terapéuticas recibidas

Tratamiento conservador. Se recomienda reposo sólo en fase aguda, con inicio de movilidad de forma gradual en cuanto el dolor lo permita.

Tratamiento quirúrgico.



Valoración de la IT en la patología de la columna vertebral desde el punto de vista de la inspección médica

Se realiza en función de:

- 1) Nivel de carga y posturas mantenidas en el puesto de trabajo.
- 2) Dolor, limitación de la movilidad e incapacidad funcional.
- 3) Situación sociolaboral.

Los factores que pueden influir en la IT condicionando su mayor o menor duración son:

- Edad del paciente.
- Clínica.
- Necesidad de hospitalización.
- Tratamientos quirúrgicos y sus complicaciones.
- Actividad laboral.





¿Cuándo proponer el alta?

La lumbalgia es una patología benigna autolimitada en el tiempo. La reincorporación temprana al trabajo evita su cronificación.

No es necesario esperar al resultado de las pruebas complementarias, sobre todo las de imagen, que no aportan en general nada al diagnóstico ni al pronóstico de la enfermedad.

Siempre habrá que relacionar los hallazgos con la clínica, ya que se han observado un número elevado de profusiones y/o hernias en pacientes asintomáticos.

Se debe proponer el alta en el momento que la sintomatología clínica esté controlada con el tratamiento y la exploración física sea compatible con la realización de las tareas propias de su puesto de trabajo.

¿En qué momento hay que hacer un informe propuesta?

La persistencia de síntomas graves a pesar del tratamiento farmacológico, rehabilitador y/o quirúrgico puede ser causa de Incapacidad Permanente para profesiones de altos requerimientos en el segmento correspondiente (grandes sobrecargas posturales sin posibilidad de descanso, elevación constante de los brazos por encima de la horizontal o sobrecarga de flexo extensión continuada lumbar o cervical).

La artrodesis, la existencia de compromiso de una raíz reflejado en el EMG como radiculopatía moderada-severa y la presencia de pérdida de fuerza (3/5) o sensibilidad importante conllevan una limitación para sobrecarga ligera del segmento lumbar afectado. En caso de afectación de miembros superiores estará limitado para trabajos que precisen destreza manual.

Síntomas de mielopatía con exploración física compatible limitación en general para cualquier puesto de trabajo.

Anexo IV: Columna vertebral

Concepto y clasificación.

Mecanismo de producción de las hernias discales

Son el resultado de la debilitación del disco dando lugar a la formación de fisuras en las fibras colágenas del anillo fibroso lo que produce un abombamiento de las láminas periféricas aun intactas. Este prolapso da lugar a una hernia contenida que protruye en la línea media (hernia central) o a uno y otro lado del ligamento vertebral común posteriores proximidad con proximidad a la raíz correspondiente.

1. En el primer caso, hernia central se produce un cuadro de lumbalgia.
2. En el segundo, puede aparecer el mismo cuadro o afectar a la raíz, lo que se traduce en un dolor ciático.
3. Si todo el espesor del anillo cede y el núcleo pulposo se introduce parcialmente en el canal raquídeo sin perder continuidad con el resto se produce una hernia extruida.
4. Mas raro es ver una hernia secuestrada, todo o parte del núcleo pulposo se aloja en el espacio extradural, habiendo perdido contacto con el disco. Estas situaciones producen con más frecuencia clínica dolorosa y ciática.
5. La degeneración del disco sobrecarga a los otros elementos del segmento produciéndose osteofitos marginales en los cuerpos vertebrales, y artrosis secundaria de las facetas articulares.

Síndromes clínicos de la columna lumbar

A. Lumbalgia mecánica/no mecánica

La lumbalgia es un síntoma secundario a muchas enfermedades diferentes. Es una de las causas más frecuentes de absentismo laboral, demanda de asistencia y discapacidad. Un 80-90% de los casos son mecánicas por alteraciones estructurales o por sobrecarga funcional o postural (dismetria, sedentarismo, hipotonía muscular).

La exploración puede ser anodina sin hallazgos físicos relevantes o con dolor a la palpación y a la movilidad. Con frecuencia, el dolor lumbar se irradia a nalga y cara posterior del muslo por encima de la rodilla sin que esos síntomas puedan considerarse propiamente ciáticos o radiculares.

Lumbalgia mecánica: Dolor lumbar que empeora con el movimiento y cede con el reposo. Frecuentemente hay un desencadenante, o episodios previos sin otra sintomatología sistémica asociada. No existe correlación lineal entre la clínica

4. TRASTORNOS DEL DISCO INTERVERTEBRAL. OTROS TRASTORNOS DE REGIÓN CERVICAL. OTROS TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS DE LA ESPALDA

referida y las alteraciones anatómicas halladas en las pruebas complementarias, por lo que llegar a un diagnóstico de certeza es posible sólo en un pequeño porcentaje y la mayoría de los casos se incluyen en un gran grupo de lumbalgias inespecíficas. Se incluyen las siguientes patologías como generadoras de dolor mecánico.

- Contracturas paravertebrales.
- Degeneración discal.
- Espondilolistesis y lisis.
- Hiperlordosis lumbar.

Lumbalgia no mecánica: Dolor lumbar diurno y nocturno de intensidad progresiva que no cede o empeora con el reposo, interfiere con el sueño y se puede acompañar de síntomas generales. Las causas más frecuentes son:

- Patología traumática.
- Espondiloartropatías.
- Infecciones.
- Tumoral.

B. Dolor lumbar irradiado

Dolor agudo, punzante, lacerante en el territorio de la raíz nerviosa lesionada acompañado de sensación de parestesias. Se exacerba con la tos, estornudos, defecación y esfuerzos. Puede asociarse a déficit motor, con debilidad y disminución o abolición de los reflejos osteotendinosos.

Ciática la existencia de una hernia discal a nivel lumbar entraña un conflicto disco-radicular que se traduce clínicamente en el síndrome radicular o lumbociático. El dolor es el primer síntoma subjetivo que aparece, variando notablemente de intensidad, localización e irradiación entre los pacientes. Suele aparecer tras un esfuerzo o en relación con una determinada maniobra del raquis. El dolor lumbar suele desaparecer con la aparición del dolor radicular. El síndrome radicular se modifica en función del nivel de la hernia.

- L3-L4: dolor irradiado hacia la cara anterior del muslo, que puede extenderse por debajo de la rodilla hasta la cara medial de la pierna. La maniobra de Lasègue suele ser normal, pero suele desencadenarse dolor por la hiperextensión de la pierna afectada con el paciente en decúbito prono.
- L4-L5: dolor irradiado por la cara posterolateral del miembro inferior afectado, pérdida de sensibilidad táctil, dolorosa y vibratoria en los dermatomas correspondientes. Existe una paresia de la flexión dorsal del pie. La maniobra de Lasègue es positiva en el 90% de los casos.

- L5-S1: dolor irradiado por la cara posterior del muslo que se extiende hasta la pantorrilla. Si se irradia hasta el pie, se localiza en el empeine y cara externa del mismo. El reflejo de Aquiles suele estar disminuido o abolido. El Lasègue es tan evidente que en caso de faltar se deberían considerar otros diagnósticos.

Síndrome del canal estrecho: estrechamiento del canal raquídeo que en la mayoría de los casos es consecuencia de alteraciones degenerativas de las articulaciones interapofisarias e intervertebrales. Otras causas son, hernias discales, espondilolistesis, traumatismos e hiperostosis.

Existen tres tipos de canal estrecho: central, estenosis de los recesos laterales, y estenosis de los agujeros de conjunción. Clínicamente se manifiestan como disconfort en la nalga, el muslo o la pierna, al estar de pie o caminando. Se pueden describir como entumecimiento o debilidad que se alivia o desaparece al flexionar el segmento lumbar o al sentarse, mientras que empeora en bipedestación, deambulación e hiperextensión. Habitualmente es bilateral. Puede acompañarse de parestesias, debilidad o agarrotamiento de miembros inferiores. La exploración puede ser normal o con disminución de la movilidad lumbar por cambios degenerativos óseos.

Cruralgia: dolor que se extiende desde la región lumbar por la cara externa de la nalga a cara anterior del muslo, rodilla, cresta tibial y zona anterior de la pierna hasta el borde interno del pie y la base del primer dedo. A la exploración puede haber debilidad en la flexión de la cadera y extensión de la rodilla con alteración de la marcha, y disminución o abolición del reflejo rotuliano.

Síndromes clínicos de la columna cervical

A. Cervicalgia

Dolor cervical sin radiculopatía, habitualmente acompañado de algún grado de limitación funcional. Puede acompañarse de patología inespecífica, como contracturas musculares. La exploración puede mostrar zonas dolorosas a la palpación o a la movilidad, pero no hay datos de sufrimiento radicular.

B. Braquialgia

Dolor cervical con radiculopatía. Dolor irradiado con déficit neurológico en el trayecto de una o varias raíces nerviosas debido a diferentes causas.

C. Mielopatía cervical

Cuadro de compresión medular extrínseca. Puede dar sintomatología de miembros superiores, inferiores y trastornos del esfínter.

Pruebas especiales para el diagnóstico

Prueba de Schober: para medir la flexión lumbar, se efectúa una marca sobre la apófisis espinosa de L5 y otra a 10 cm mas arriba, se pide al paciente que realice la flexión máxima, medimos la distancia entre ambas marcas, en condiciones normales se amplía al menos 3 cm.

Maniobra de Lasègue: el signo más característico de la presencia de tensión e irritación radicular es el Lasègue. Consiste en comprobar si aparece dolor en el territorio ciático cuando, con el paciente tumbado en la camilla, se le eleva la pierna con la rodilla extendida. Si se alcanzan los 60° antes de que aparezca el dolor la prueba debe de considerarse negativa. En los casos más graves, el médico apenas puede despegar la pierna de la camilla por el intenso dolor que le provoca al paciente.

Maniobra de Lasègue invertido: el paciente se coloca en decúbito prono, el explorador levanta la pierna del paciente flexionando la rodilla a continuación, de forma que además haga una extensión de la cadera. En presencia de una discopatía L3-L4 o L2-L3 el Lasègue invertido reproduce el dolor.

Maniobra de Lasègue contralateral: se realice un Lasègue con la pierna sana, apareciendo dolor en la pierna enferma. Un signo de Lasègue contralateral positivo para el lado afecto es casi patognomónico de estiramiento radicular y muy significativo de secuestro.

Prueba de Bragard: se realiza una prueba de Lasègue hasta que aparezca el dolor, en ese momento se baja la pierna hasta el momento que desaparezca el dolor y se flexiona el tobillo que debe de desencadenar un dolor ciático.

Prueba de Valsalva: el paciente hace una respiración profunda sostenida y al tiempo hace fuerza como para defecar. Es positiva si aumenta el dolor. Indica un aumento de presión en la médula por la existencia de una lesión que ocupa espacio (hernia discal, tumor, osteofito, etc).

Prueba de compresión del agujero de conjunción (Spurling): compresión axial de la cabeza con las manos del explorador, con la cabeza ligeramente ladeada hacia el lado afecto. Es positivo si aparece dolor en un territorio radicular, indica compresión de una raíz.

Pruebas de Tracción: el explorador tracciona de forma pausada hacia arriba la cabeza. Es positiva si se alivia el dolor cuando se tracciona ya que se descomprime la raíz afectada.

Pruebas para la detección de simuladores

Prueba de Hoover: paciente en decúbito supino debe de levantar la pierna dolorosa mientras el médico coloca su mano por debajo del talón de la otra pierna. Si el explorador no nota presión del talón sobre su mano, el paciente está simulando.

Maniobra de Waddell:

Dolor inespecífico a la presión. Al hacer una palpación superficial se desencadena un dolor difuso que no sigue un trayecto ni estructura anatómica.

Test de simulación: la sobrecarga axial o la rotación de hombros y pelvis en el mismo plano no puede ser dolorosa por un problema raquídeo, por lo que si es positivo indica no organicidad.

Test de distracción: se distrae al paciente mientras se realiza las maniobras exploratorias.

Síntomas y signos regionales que no tienen base orgánica.

Hiperacción en conducta dolorosa durante la exploración.

La presencia de 3 o más de estos grupos de signos sugieren que no hay organicidad.

Pruebas complementarias

Diagnóstico radiológico:

Radiografías convencionales: rara vez resultan diagnósticas pero deben de realizarse rutinariamente si no ha mejorado el cuadro a las 6-8 semanas de tratamiento conservador. Debemos de contar al menos con proyección AP y lateral. El examen dinámico en flexión y extensión máximas puede detectar inestabilidad, si se observa en la proyección lateral una traslocación entre las vértebras de 3mm para cada una de las inclinaciones (ventral y dorsal). Las proyecciones oblicuas permiten valorar los agujeros de conjunción. Tener en cuenta la mayor parte de la población presenta cambios sin sintomatología.

Los cambios degenerativos que pueden observarse son:

- Disminución del espacio intervertebral.
- Esclerosis ósea de los platillos.
- Osteofitos.
- Artrosis uncovertebral (osteofitos que pueden comprometer el agujero de conjunción y afectar a la raíz).

4. TRASTORNOS DEL DISCO INTERVERTEBRAL. OTROS TRASTORNOS DE REGIÓN CERVICAL. OTROS TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS DE LA ESPALDA

- Artrosis apofisaria (estrechamiento del espacio, esclerosis de las carillas articulares y osteofitos de los recesos laterales).

TAC: útil en la patología ósea (fracturas, anomalías anatómicas, cambios degenerativos, dimensiones del canal). Básico en la valoración de secuelas postraumáticas.

RM: muy útil por su mayor sensibilidad para el estudio de tejidos blandos. Siempre habrá que relacionar los hallazgos con la clínica, ya que se han observado un número elevado de protusiones en pacientes asintomáticos. Básico en la mielopatía cervical y conveniente en las hernias discales. El empleo de contraste (gadolinio) es muy útil para valorar la clínica tras la cirugía al diferenciarla la presencia de fibrosis o de recidiva herniaria.

Electrodiagnóstico

Es excepcional que un EMG, potenciales evocados o velocidad de conducción tengan utilidad significativa para influir sobre la indicación quirúrgica. Cuando la radiografía es normal, un EMG patológico no fuerza la intervención. La existencia de anomalías en el EMG no es sinónimo de lesión radicular secundaria a hernia de disco. Sin embargo los datos que aporta la RM son únicamente estructurales, y no basta con conocer las alteraciones anatómicas, es preciso saber las alteraciones funcionales que dicha alteración provoca sobre las estructuras nerviosas, su localización y gravedad. Por ello, puede ser de interés en el diagnóstico diferencial con neuropatía, radiculopatía, miopatías, confirmar su localización, establecer su intensidad (leve, moderada y severo) y su evolución (agudos, subagudos o crónicos), control postoperatorio y la evolución a largo plazo.

Tratamiento

Tratamiento conservador como primera medida. Se recomienda reposo en decúbito supino, sobre superficie dura, en cualquier posición salvo decúbito prono y movilización gradual. Ejercicios físicos de la columna. Escuela de la espalda (hábitos posturales, ejercicios: bicicleta, natación), así como cambios ergonómicos en el puesto de trabajo.

Terapia medicamentosa: paracetamol, AINES. Inyección de corticoides en el espacio epidural parece ofrecer cierta analgesia a corto plazo. La estimulación eléctrica transcutánea (TENS) se utiliza como medida complementaria y siempre a corto plazo.

Rehabilitación: crioterapia, cinestesia, ultrasonidos, estimulación eléctrica transcutánea (TENS).

Técnicas quirúrgicas:

Discectomía quirúrgica convencional: es la intervención clásica, es suficiente con eliminar el material prolapsado. En ocasiones es necesario ampliar la cirugía mediante la resección parcial de la lámina (laminectomía).

Discectomía o Nucleotomía percutánea: hernias sin extrusión ni secuestro (el ligamento amarillo debe de estar íntegro). Se realiza con una cánula por la que se introduce una pinza que va cortando el disco que es aspirado. Produce una mínima cicatriz, la recuperación es más rápida y el riesgo de fibrosis es menor.

Microdiscectomía: se realiza con abordaje quirúrgico más reducido, la desventaja es que se pueden ignorar fragmentos secuestrados, artrosis facetaria, etc.

Quimionucleolisis: Se introduce una sustancia que destruye el disco pero respetando los ligamentos. Contraindicado en discos extruidos, secuestrados o atrapamiento de raíz. Complicaciones graves reacciones alérgicas o paso de la sustancia al canal medular.

Artrodesis de un segmento móvil: fusión de una o varias vértebras. No tiene indicación primaria sola, se suele asociar a otros procedimientos quirúrgicos generalmente por inestabilidad de la columna o por espondilolistesis.

Indicaciones de cirugía

1. Pacientes con déficit neurológico avanzado y fracaso de la terapia conservadora.
2. Pacientes sin déficit neurológico neto pero que continúan con dolor o que han mejorado pero no pueden incorporarse a su puesto de trabajo o vida social plena. La indicación en estos casos es discutible y no hay un criterio único.
3. Con carácter urgente, en el caso de compresión de la cola de caballo.

Algunos hechos hacen que se puedan esperar mejores o peores resultados de la cirugía:

Edad: peor pronóstico por los cambios degenerativos que se asocian a la edad.

Actividad Laboral: peor resultado en trabajos duros.

Psicología del paciente: umbral del dolor.

Depresión: puede llegar a ser una contraindicación a la cirugía, ya que lo normal es que evolucionen mal.

Patologías a las que se aplica

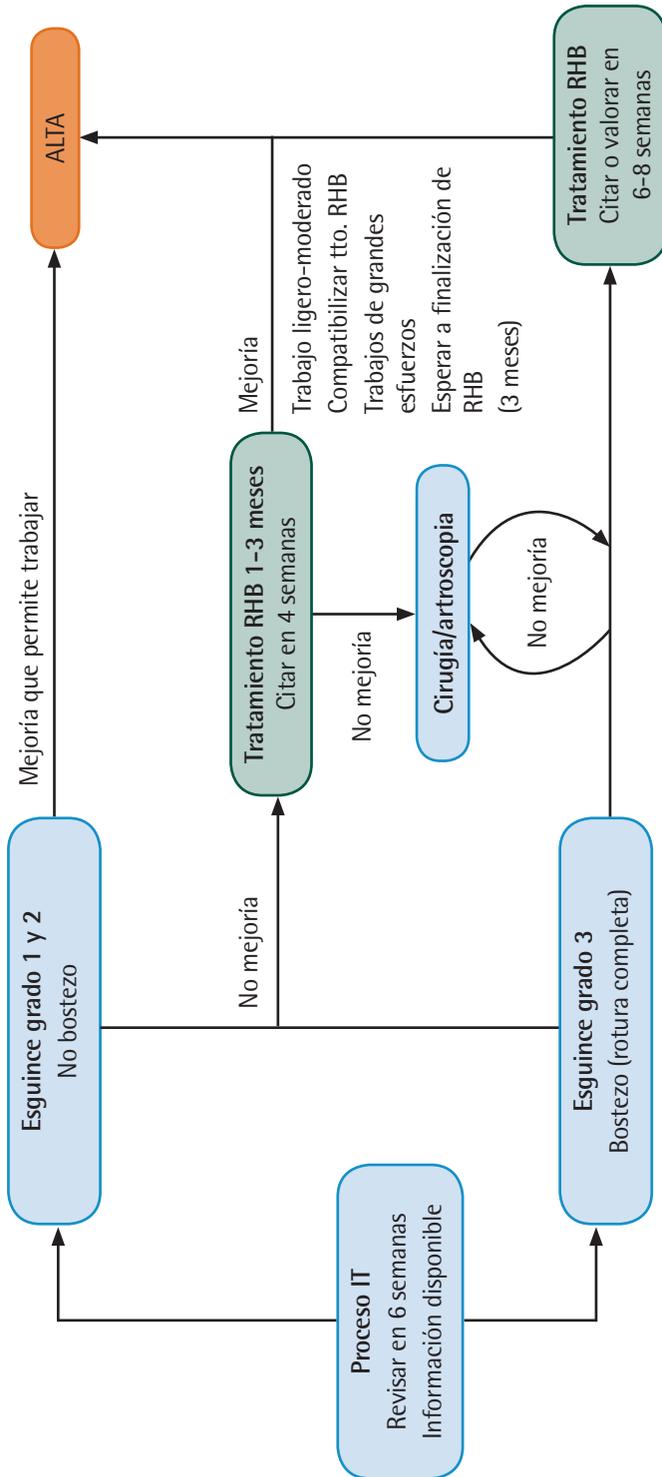
Las patologías seleccionadas responden a los siguientes **códigos del CIE-9-MC**:

717. Trastorno interno de rodilla.

Nos referiremos a la patología de meniscos, patología de ligamentos y síndrome fémoro-rotuliano por su frecuencia en nuestra práctica diaria.



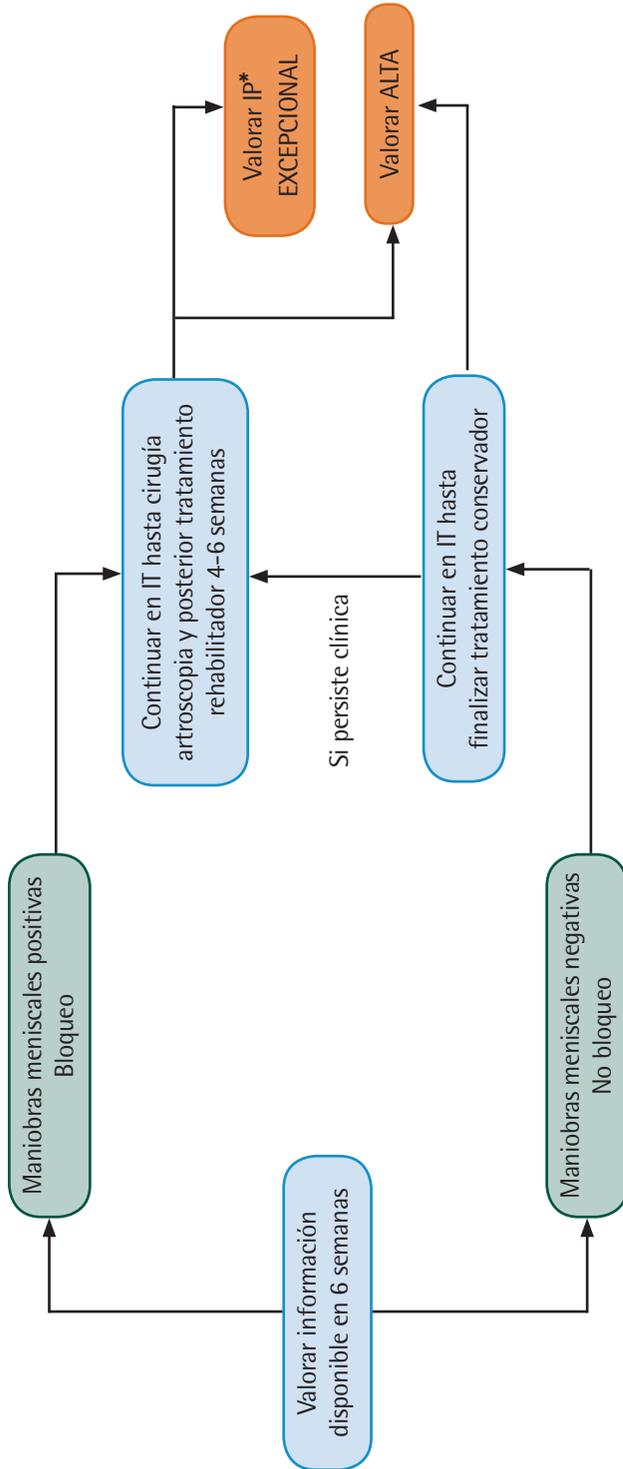
Algoritmo de actuación en lesiones de los ligamentos lateral externo y lateral interno de la rodilla



El tratamiento del esguince grado 1 y 2 es inmovilización 3 o 4 semanas. El tratamiento de la rotura completa, en principio es conservador con inmovilización de 5 semanas y posterior tratamiento rehabilitador. Si persiste la clínica, puede estar indicada la cirugía. La rehabilitación postquirúrgica tiene una duración aproximada de 12 semanas.

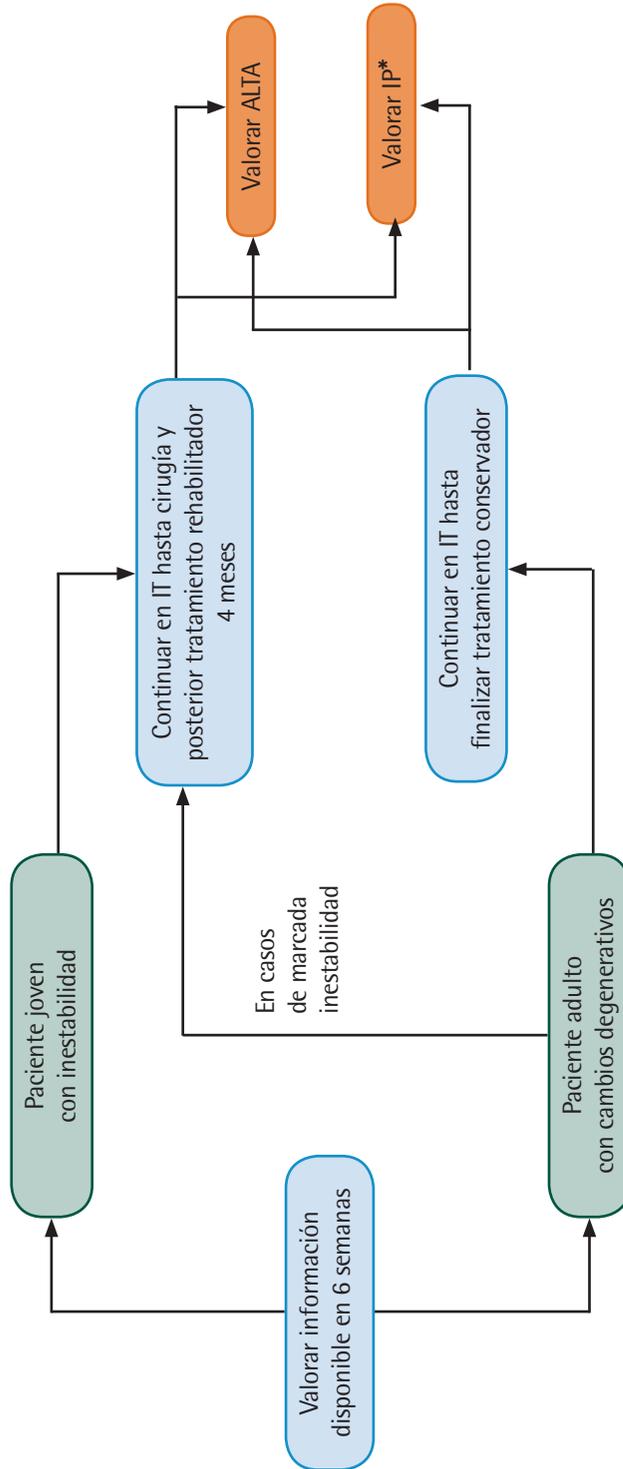
5. TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA. LESIONES EN MENISCOS Y LIGAMENTOS

Algoritmo de actuación en patología de meniscos



*Según requerimiento del puesto de trabajo.

Algoritmo de actuación en patología de ligamento cruzado anterior



*Según requerimiento del puesto de trabajo.

Puntos clave para la valoración de la IT en la patología de la rodilla

- 1) Evolución de la clínica (progresión y desarrollo de la enfermedad).
- 2) Indicación quirúrgica y antecedentes previos.
- 3) Profesión del paciente.
- 4) Tiempo de recuperación y capacidad para enfrentarse a sus actividades laborales.

Evaluación clínica de la IT

1. Anamnesis

1.1 Antecedentes personales

- Traumatismos o cirugías previas.
- Prácticas deportivas y/o de ocio que pudieran influir en el inicio o en el desarrollo de la lesión.

1.2 Tipo de trabajo

Profesión realizada, valorando las tareas y cargas de su puesto de trabajo.

Valorar la posibilidad de que la patología de la rodilla pudiera ser considerada Contingencia Profesional (accidente o enfermedad profesional).

Existe un apartado en el RD 1299/2006 de 10 de noviembre sobre Enfermedades Profesionales, **en el que se incluye en el Grupo 2: Enfermedades Profesionales causadas por A. Físicos: Lesiones de menisco en trabajos con posturas de hiperflexión rodilla mantenida (cuclillas): mineros, electricistas, soladores, instaladores suelos de madera, fontaneros.**

1.3 Inicio del proceso y contingencia

Forma aguda: tras traumatismo directo sobre la rodilla. En este caso, suele asociarse patología meniscal (cuerno posterior menisco interno) y/o ligamentosa (LCA). Esta forma de comienzo es más frecuente en personas jóvenes.

Forma crónica: se asocia a cambios degenerativos y traumatismos repetidos sobre la rodilla. Se afectan fundamentalmente los meniscos. Esta forma de comienzo es más frecuente en personas de edad avanzada.

1.4 Síntomas y signos clínicos:

Según las diferentes patologías:

Patología meniscal:

Dolor brusco en la interlínea articular.

Derrame articular progresivo.

Bloqueo absoluto de la extensión de la rodilla tras un arco de movimiento libre.

Patología ligamentosa, según la gravedad de la lesión:

Dolor e impotencia funcional.

Derrame articular.

Hemartros.

Hematoma subcutáneo.

Sensación de inestabilidad con incapacidad para la deambulación.

Patología fémoro-rotuliana o patelo-femoral:

Dolor en la cara anterior rodilla irradiado hacia interlínea articular.

Crujidos articulares con la flexo-extensión de la rodilla.

En fases avanzadas: derrame de repetición, atrofia cuádriceps y pérdida de la movilidad.

1.5 Evolución

Patología meniscos y ligamentos laterales: la evolución suele ser favorable tras recibir el tratamiento conservador y/o quirúrgico. Este tipo de patología puede ser asintomática y ser un hallazgo casual, por lo que no siempre precisa periodo de incapacidad temporal.

Patología ligamentos cruzados: la evolución es más lenta, precisando en la mayoría de los casos, largos periodos de incapacidad temporal (4 a 6 meses).

Patología fémoro-rotuliana: la evolución en líneas generales es tórpida sin clara mejoría con tratamientos recibidos, teniendo episodios de reagudización, que precisan periodos cortos de incapacidad temporal.

1.6 Medidas terapéuticas recibidas

El tratamiento va a depender de varios factores:

- Zona y área lesionada.
- Inestabilidad de la lesión.
- Edad del paciente.
- Actividad laboral.

Teniendo en cuenta los factores anteriores y las diferentes patologías, las opciones de tratamiento son:

Patología meniscos:

En pacientes jóvenes con roturas meniscales recientes se opta por la reparación quirúrgica (meniscectomía parcial) mediante artroscopia y posterior tratamiento rehabilitador durante 3-4 semanas.

En pacientes de mayor edad con rotura meniscal y procesos degenerativos asociados de la rodilla, se opta por el tratamiento conservador (Analgésicos, AINE, infiltraciones, rehabilitación). Si a pesar de tratamiento conservador, persistiera la clínica se valorará la posibilidad de tratamiento quirúrgico mediante artroscopia.

Patología ligamentos laterales:

El tratamiento es preferentemente conservador, consistente en una inmovilización con vendaje funcional 4-5 semanas y posterior tratamiento rehabilitador durante 1-2 semanas. En el caso de esguince de rodilla grado 3 (rotura completa ligamento) con inestabilidad de la rodilla se valorará tratamiento quirúrgico.

Patología ligamentos cruzados:

Se realiza tratamiento quirúrgico (ligamentoplastia) y posterior tratamiento rehabilitador durante 4-6 meses.

Síndrome patelofemoral:

Se aconseja tratamiento conservador durante tiempo prolongado de 6-12 meses. Si transcurrido este tiempo, persiste la clínica debe valorarse la posibilidad de tratamiento quirúrgico mediante artroscopia o cirugía abierta según etiología del dolor rotuliano. Con frecuencia, la cirugía no se acompaña de resultados positivos en cuanto a la disminución del dolor rotuliano.

2. Exploración

Siempre que exploremos a un paciente con patología de rodilla debemos explorar y comparar ambos miembros inferiores desde el pie hasta la cadera, teniendo en cuenta:

Inspección: actitudes antiálgicas, trastornos de la marcha, asimetrías, deformidades, atrofiás musculares, cicatrices, alteración del color de la piel, orientación de vértice de la rótula.

Palpación: cambio en el tono muscular, calor local, puntos dolorosos, existencia de tumefacción y derrame articular, crepitación o crujidos.

Balance articular: movilidad activa y pasiva (ver anexo).

Maniobras especiales: realizadas para determinar y valorar la existencia de una determinada patología en la rodilla (ver anexo de este capítulo).

En algunas ocasiones es necesario realizar una exploración neurológica para descartar dolor irradiado de patología columna lumbar.

2.1 Exploraciones complementarias

Radiología: es obligada su realización en la patología del Aparato Locomotor, sobre todo en patología traumática.

Se debe realizar proyección antero-posterior y lateral.

En patología ligamentosa se realizan proyecciones especiales para cuantificar grado de apertura articular (bostezo) y/o desplazamiento anteroposterior (cajones).

En patología fémoro-rotuliana es aconsejable realizar proyección axial para valorar ángulo fémoro-patelar.

RM: utilizada para la valoración de partes blandas (meniscos y ligamentos). Es, junto con la radiografía, la prueba de imagen más empleada a nivel de la rodilla.

Ecografía: se utiliza para hacer diagnóstico diferencial con lesiones tendinosas y de partes blandas en la rodilla (por ejemplo, quiste de Baker).

Análisis de líquido articular: se utiliza para descartar o confirmar un diagnóstico cuando existe un derrame articular.

Artroscopia: la artroscopia es la técnica más exacta y fiable para localización de la lesión, que permite no sólo llegar a un diagnóstico exacto, sino a poder visualizar y palpar directamente la patología articular.

En muchos casos se realiza el tratamiento de dichas patologías con esta técnica.

Se utiliza sobre todo para descartar causas intraarticulares de síndrome fémoro-rotuliano, al tiempo que hace posible conocer el estado del cartílago y afirmar o descartar la presencia asociada de una condromalacia.

Valoración de la IT en la patología de la rodilla desde el punto de vista de la inspección médica

Se realiza en función de:

- 1) Nivel de carga y posturas mantenidas en el puesto de trabajo.
- 2) Movilidad articular e incapacidad funcional.
- 3) Situación sociolaboral.

1. A las **6 semanas del inicio de la incapacidad temporal** por este tipo de patología de rodilla, debe valorarse al paciente con el fin de ver la clínica y la limitación en la exploración física que presenta en relación con los requerimientos de su puesto de trabajo.

En general, la solicitud de un informe al facultativo responsable, debería ser suficiente para la valoración. En aquellos casos en los que a pesar del informe no se pueda llegar a una conclusión, se deberá citar al paciente.

En la patología de los meniscos y ligamentos laterales, el tratamiento es conservador durante 6 semanas, consistente en reposo, inmovilización, analgésicos y rehabilitación. En principio sería tiempo suficiente para reincorporarse a su actividad laboral, sobre todo si realizan trabajos sedentarios o de posturas no forzadas, aunque se encuentre en espera de procedimiento quirúrgico. Sin embargo, si el paciente realiza trabajo de grandes esfuerzos, deberíamos la incapacidad temporal hasta la cirugía y el posterior tratamiento rehabilitador.

En la patología de los ligamentos cruzados (el más comúnmente afectado es el LCA) debemos mantener a paciente en incapacidad temporal hasta la cirugía y posterior tratamiento rehabilitador, salvo que realice trabajo ligero, en cuyo caso podríamos valorar alta laboral incluso en espera de tratamiento quirúrgico.

En la patología fémoro-rotuliana, deberíamos valorar el alta tras finalizar fase de agudización. Se desarrollará más este punto en el anexo a este capítulo.

2. Si tras el informe de su médico de atención primaria y/o la exploración física del paciente por parte de Inspección Médica consideramos que debe continuar en incapacidad temporal, revisaremos al paciente **según la patología que presente, en un tiempo establecido** (ver algoritmo) valorando la clínica y la limitación en la exploración física en relación con los requerimientos de su puesto de trabajo.

La derivación al especialista o la solicitud de pruebas diagnósticas no justifican prolongar el periodo de incapacidad temporal en todos los casos.

En los casos de patología de rodilla, que han precisado tratamiento quirúrgico, debemos tener en cuenta que tras la cirugía va a necesitar tratamiento rehabilitador y que dicho tratamiento no es incompatible con la realización de toda actividad laboral, por tanto deberemos individualizar. Aunque deberemos individualizar, debemos considerar sobre todo la posibilidad de compatibilizar el tratamiento rehabilitador con la realización de su actividad laboral si realiza trabajo ligero o de moderados esfuerzos.

Sin embargo, en el caso de realizar trabajo de grandes esfuerzos o posturas mantenidas en su puesto de trabajo deberá mantenerse la incapacidad temporal hasta finalización de su tratamiento rehabilitador.



¿En qué momento hay que hacer un informe propuesta?

Por lo general, es raro que la patología de rodilla valorada en este capítulo, derive en una incapacidad permanente, salvo en algunos casos de patología de ligamento cruzado anterior y condromalacia grado avanzado, con mala evolución tras el tratamiento pautado (conservador y/o quirúrgico), en pacientes que realizan trabajos de grandes esfuerzos y/o posturas mantenidas.

Anexo V: Síndrome femoro-rotuliano o patelo-femoral

La rodilla es la articulación más grande y compleja del cuerpo humano. Tiene una gran movilidad y estabilidad, estando situada entre dos grandes brazos de palanca: fémur y tibia.

Desde el punto de vista anatómico-funcional podemos diferenciar:

- 1. Compartimento fémoro-tibial:** constituido por los cóndilos femorales y los platinos tibiales, entre ellos se encuentran los meniscos (interno o medial y externo o lateral).
- 2. Compartimento fémoro-rotuliano:** constituido por la rótula y la tróclea femoral. Este es el compartimento que se afecta en el llamado Síndrome fémoro-rotuliano o patelo-femoral.
- 3. Estructuras ligamentosas:** responsables de la estabilidad de la articulación femoro-tibial. Entre ellas cabe mencionar:
 - Ligamentos cruzado anterior y posterior (LCA y LCP).
 - Ligamentos lateral interno y externo (LLI y LLE).
- 4. Aparato extensor de la rodilla:** formado por el tendón extensor del cuádriceps y los músculos vasto interno, externo y el tendón rotuliano.
- 5. Bolsas serosas:** prerotuliana, anserina.

Clasificación de los síndromes rotulianos

Las diferentes patologías que pueden dar lugar a un dolor en cara anterior de rodilla:

Síndromes con lesión del cartílago articular:

- Condromalacia.
- Osteoartrosis fémoro-rotuliano.
- Fracturas osteocondrales.

Síndrome con lesión inconstante del cartílago articular:

- Mala alineación rotuliana.
- Pliegues engrosados de la membrana sinovial.

Síndrome sin lesión del cartílago articular, afecciones perirotulianas:

- Bursitis.
- Tendinitis.

5. TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA. LESIONES EN MENISCOS Y LIGAMENTOS

- Anomalías rotulianas.
- Síndrome uso excesivo (microfracturas subcondrales).

De esta clasificación anterior las dos cuestiones más importantes por su incidencia y su dificultad de definición precisa son: **la desalineación rotuliana y la condromalacia rotuliana**, entendiéndose también que ésta última puede encontrarse asociada a los anteriores síndromes.

Mala alineación rotuliana

La rótula es muy importante en el mecanismo extensor del músculo cuádriceps, alargando el brazo de palanca de dicho músculo, con lo que disminuye el umbral de la fuerza necesaria para conseguir la extensión de la rodilla.

Para que se realice la movilidad de la rótula sobre el fémur en sentido ascendente y descendente, la rótula debe estar bien alineada y deben coincidir varios factores:

- Congruencia entre cara articular de rótula (tan variable como su morfología) y la tróclea femoral.
- El equilibrio entre los componentes que determinan la fuerza de la contracción del músculo cuádriceps y la tensión que sobre la rótula ejercen las dos aletas o retináculos (lateral y medial).

Cuando falla alguno de estos factores, "la rótula se sale de su carril" desviándose habitualmente hacia el lado externo, produciendo una situación de mala alineación que puede llegar a producir un síndrome rotuliano. Esta mala alineación produce una sobrecarga sobre las estructuras, generando estrés sobre el retináculo y/o sobre el hueso subcondral, lo que desencadena un círculo vicioso caracterizado por la inestabilidad y activación de los nociceptores en cualquiera de las estructuras antes mencionadas.

Condromalacia rotuliana

El término condromalacia significa reblandecimiento cartilaginoso, y se corresponde con una degeneración circunscrita del cartilago rotuliano y cóndilos femorales, que cursa con varios grados anatomopatológicos (diagnosticados por artroscopia y en algunos casos también por la Resonancia Magnética):

- Grado I: áreas pequeñas con edema y reblandecimiento del cartilago.
- Grado II: áreas de fisura.
- Grado III: área de fisuras que llegan al hueso subcondral.
- Grado IV: desaparición del cartilago, exposición y erosión del hueso subcondral (ya hay artrosis).

TENDINITIS, SINOVITIS Y TENOSINOVITIS

6



Patologías a las que se aplica

Son alteraciones en la porción periférica de ligamentos y músculos.

Las patologías seleccionadas responden a los siguientes **códigos del CIE-9MC**:

726.0. A 726.2. Hombro doloroso.

- Capsulitis adhesiva del hombro.
- Síndrome del manguito de los rotadores.
- Tendinitis calcificante.
- Tenosinovitis bicipital.

726.3. tendinitis del codo.

- Epicondilitis.
- Epitrocleitis.
- Bursitis del olecranon.

726.4. Entesopatía de muñeca y carpo.

726.5. Entesopatía de cadera.

- Bursitis.
- Tendinitis rotuliana.

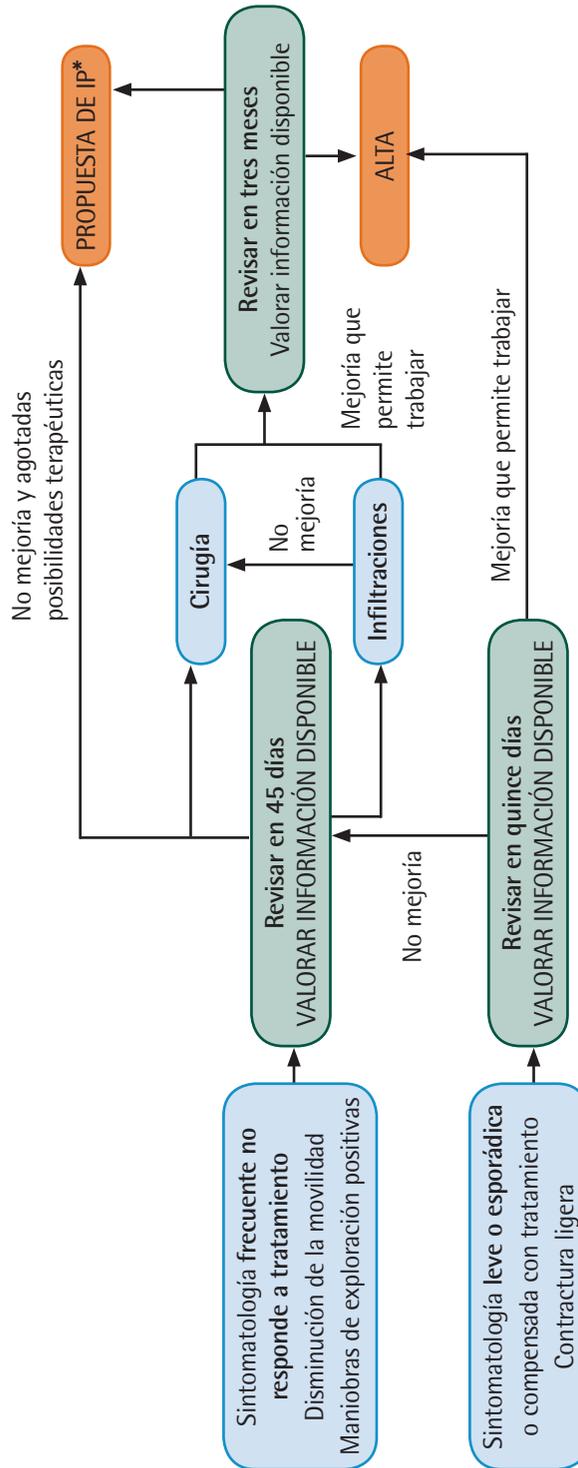
726.6. Entenopatía de rodilla.

726.7. Entesopatía de tobillo y tarso.

Engloba un gran número patologías y lesiones muy frecuentes relacionadas en la mayoría de los casos con una sobrecarga articular generada por movimientos repetitivos de la articulación.

Se recoge un resumen de los diferentes síndromes al final del capítulo como anexo.

Algoritmo de actuación en tendinitis



*Según requerimiento del puesto de trabajo.

Puntos clave para la valoración de la IT en las estenopatías articulares

- 1) Evolución de la clínica (progresión y desarrollo de la enfermedad).
- 2) Indicación quirúrgica y antecedentes previos.
- 3) Profesión del paciente.
- 4) Tiempo de recuperación y capacidad para enfrentarse a sus actividades laborales.

Evaluación clínica de la IT

1. Anamnesis

1.1 Antecedentes personales

- Sucesos traumáticos importantes (accidentes de tráfico, accidente laboral).
- Tratamientos y procesos patológicos previos.

1.2 Tipo de trabajo

Tipo de trabajo que realiza con especial atención a los requerimientos articulares (transporte de cargas, movimientos repetitivos).

1.3 Forma de inicio del proceso y contingencia

Forma de inicio de los síntomas, sucesos desencadenantes.

Consultas realizadas con especialistas.

Antecedentes de otras bajas de origen profesional

1.4 Síntomas clínicos

Los síntomas principales suelen ser:

- Dolor. Es importante conocer la localización e irradiación.
- Impotencia funcional.

1.5 Evolución

El pronóstico suele ser bueno siendo procesos generalmente autolimitados en el tiempo, aunque un porcentaje pequeño de ellos evoluciona mal y se cronifica.

1.6 Medidas terapéuticas recibidas

El tratamiento es sintomático con AINES e infiltraciones locales, sólo excepcionalmente requieren cirugía en los casos más rebeldes.

2. Exploración

Es la valoración de la articulación mediante las maniobras propias de cada una de ellas (ver anexo del capítulo y apéndice final del manual).

2.1 Exploraciones complementarias

Radiografías simples. Son las más utilizadas. Se realizan en diferentes proyecciones según la articulación afectada.

Ecografía. En algunas articulaciones está indicada su utilización para mejorar el diagnóstico diferencial.



Valoración de la IT en tendinitis y tenosinovitis desde el punto de vista de la inspección médica

Se realizará en función de:

- 1) Nivel de carga y posturas mantenidas en el puesto de trabajo.
- 2) Movilidad articular e incapacidad funcional.
- 3) Situación sociolaboral.

Suelen ser patologías autolimitadas en el tiempo, en general no sobrepasan los 45 días de duración.

Debe valorarse al paciente con el fin de ver la clínica que presenta y la limitación en la exploración física en relación con los requerimientos de su puesto de trabajo.

En general, la solicitud de un informe al facultativo responsable, debería ser suficiente para la valoración. En aquellos casos en los que, a pesar del informe no se pueda llegar a una conclusión, se deberá citar al paciente.

Si tras el informe de su médico de atención primaria y/o exploración física del paciente por parte de la Inspección Médica, consideramos que debe continuar en incapacidad temporal, le revisaremos **según la patología que presente, en un tiempo establecido** (ver algoritmo).

La derivación al especialista o la solicitud de pruebas diagnósticas no justifican prolongar el periodo de incapacidad temporal.

En el caso de necesitar para su tratamiento, infiltraciones o cirugía la recuperación puede prolongarse hasta dos meses más.

¿Cuándo proponer el alta?

Una vez explorada la articulación, si las maniobras son negativas, o bien, tras cirugía o infiltraciones si existe una mejoría importante y los requerimientos de su puesto de trabajo lo permiten.

Anexo VI: Tendinitis, sinovitis y tenosinovitis

La tendinitis puede ser consecuencia de una lesión, exceso de uso o la edad a medida que el tendón pierde su elasticidad.

También se puede observar en enfermedades sistémicas, como la artritis reumatoidea o la diabetes.

La tendinitis puede ocurrir en cualquier tendón, pero los lugares más afectados son el hombro, la muñeca, el talón y el codo.

La aparición de una tendinitis está en relación sobre todo con movimientos repetidos de una articulación o de un tendón, más que con un esfuerzo único.

Por tanto no es correcto responsabilizar la aparición de una tendinitis a una actividad realizada aisladamente, sino más bien a la repetición de movimientos o esfuerzos.

Según las diferentes localizaciones las más habituales son:

En el **hombro** la tendinitis del manguito de los rotadores.

En el **codo** la tendinitis más conocida es la epicondilitis o codo de tenista.

En la **muñeca** es frecuente la aparición de otra tendinitis, que produce dolor en la proximidad del dedo pulgar (tendinitis de Quervain) y que también se debe a movimientos repetidos de la muñeca, bien en el trabajo o en las actividades del hogar.

En la **cadera** la patología más habitual de este tipo son las bursitis.

En la **rodilla** la tendinitis rotuliana.

En el **tobillo y pie** la inflamación tendinosa más frecuente es la que afecta al tendón de Aquiles, situado detrás del tobillo y la fascitis plantar y el espolón calcáneo.

Muchas de estas lesiones vienen recogidas en el **Real decreto 1299/2006**, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de **enfermedades profesionales**:

Cuadro de enfermedades profesionales (codificación)

Según RD 1299/2006

C Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades de las bolsas serosas debida a la presión, celulitis subcutáneas:

01 Bursitis crónica de las sinoviales ó de los tejidos subcutáneos de las zonas de apoyo de las rodillas.

01 2C0101 Trabajos que requieran habitualmente de una posición de rodillas mantenidas como son trabajos en minas, en la construcción, servicio doméstico, colocadores de parquet y baldosas, jardineros, talladores y pulidores de piedras, trabajadores agrícolas y similares.

02 Bursitis glútea, retrocalcánea, y de la apófisis espinosa de C7 y subacromio-deltaideas.

01 2C0201 Trabajos en la minería y aquellos que requieran presión mantenida en las zonas anatómicas referidas.

03 Bursitis de la fascia anterior del muslo.

01 2C0301 Zapateros y trabajos que requieran presión mantenida en cara anterior del muslo.

04 Bursitis maleolar externa.

01 2C0401 Sastrería y trabajos que requieran presión mantenida en región maleolar externa.

05 Bursitis preesternal.

01 2C0501 Carpintero y trabajos que requieran presión mantenida en región preesternal.

06 Higroma crónico del codo.

01 2C0601 Trabajos que requieren de un apoyo prolongado sobre la cara posterior del codo.

D Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas:

01 Hombro: patología tendinosa crónica del manguito de los rotadores.

01 2D0101 Trabajos que se realicen con los codos en posición elevada o que tensen los tendones o bolsa subacromial, asociándose a acciones de levantar y alcanzar; uso continuado del brazo en abducción o flexión, como son pintores, escayolistas, montadores de estructuras.

02 Codo y antebrazo: epicondilitis y epitrocleitis.

01 2D0201 Trabajos que requieran movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos de flexoextensión forzada de la muñeca, como pueden ser: carniceros, pescaderos, curtidores, deportistas, mecánicos, chapistas, caldereros, albañiles.

03 Muñeca y mano: tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar (T. De Quervain), tenosinovitis estenosante digital (dedo en resorte), tenosinovitis del extensor largo del primer dedo.

01 2D0301 Trabajos que exijan aprehensión fuerte con giros o desviaciones cubitales y radiales repetidas de la mano así como movimientos repetidos o mantenidos de extensión de la muñeca.

E Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo:

01 Arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosa.

01 2E0101 Trabajos de apaleo o de manipulación de cargas pesadas.

F Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: parálisis de los nervios debidos a la presión:

01 Síndrome del canal epitrocleo-olecraniano por compresión del nervio cubital en el codo.

01 2F0101 Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran apoyo prolongado en el codo.

(continúa)

6. TENDINITIS, SINOVITIS Y TENOSINOVITIS

02 Síndrome del túnel carpiano por compresión del nervio mediano en la muñeca.

01 2F0201 Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran movimientos repetidos o mantenidos de hiperextensión e hiperflexión de la muñeca, de aprehensión de la mano como lavaderos, cortadores de tejidos y material plástico y similares, trabajos de montaje (electrónica, mecánica), industria textil, mataderos (carniceros, matarifes), hostelería (camareros, cocineros), soldadores, carpinteros, pulidores, pintores.

03 Síndrome del canal de Guyon por compresión del nervio cubital en la muñeca.

01 2F0301 Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que entrañen compresión prolongada en la muñeca o de una presión mantenida o repetida sobre el talón de la mano, como ordeño de vacas, grabado, talla y pulido de vidrio, burilado, trabajo de zapatería, leñadores, herreros, peleteros, lanzadores de martillo, disco y jabalina.

04 Síndrome de compresión del ciático popliteo externo por compresión del mismo a nivel del cuello del peroné.

01 2F0401 Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran posición prolongada en cuclillas, como empedradores, soladores, colocadores de parqué, jardineros y similares.

05 Parálisis de los nervios del serrato mayor, angular, romboides, circunflejo.

01 2F0501 Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran carga repetida sobre la espalda de objetos pesados y rígidos, como mozos de mudanzas, empleados de carga y descarga y similares.

06 Parálisis del nervio radial por compresión del mismo.

01 2F0601 Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que entrañen contracción repetida del músculo supinador largo, como conductores de automóviles, presión crónica por uso de tijera.

G Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo:

01 Lesiones del menisco por mecanismos de arrancamiento y compresión asociadas, dando lugar a fisuras o roturas completas.

01 2G0101 Trabajos que requieran posturas en hiperflexión de la rodilla en posición mantenida en cuclillas de manera prolongada como son:

Trabajos en minas subterráneas, electricistas, soldadores, instaladores de suelos de madera, fontaneros.

Síndromes clínicos más frecuentes

A. Hombro doloroso

La articulación del hombro es una de las más complejas de nuestra anatomía, está formada a su vez por cuatro articulaciones (glenohumeral, acromioclavicular, esternoclavicular y escapulo-torácica o escapulo-humeral).

La patología relacionada con el hombro ha ido adquiriendo cada vez más importancia.

En los últimos años, el envejecimiento de la población la generalización de las prácticas deportivas, así como la incorporación de nuevas pruebas complementarias que facilitan el diagnóstico son algunas de las razones del incremento de esta patología.

Existen **causas articulares** como son: síndrome del manguito de los rotadores, tendinitis calcificante del hombro, capsulitis adhesiva, bursitis subacromial, tendinitis bicipital. y otras de **origen extraarticular** que pueden plantear problemas de diagnóstico diferencial. Entre estas otras causas están: las de origen neurológico (siringomielia, gliomas), cervicoartrosis, discopatías, traumatismos, tumores, neuropatías aisladas, síndrome del desfiladero torácico, neuritis del plexo braquial tumor de Pancoast absceso subfrénico coleciopatías, pancreatitis, etc.

En cualquiera de las patologías del hombro es necesario hacer una valoración de la movilidad: activa, pasiva y contra resistencia. Para la activa existen las siguientes maniobras:

Maniobra de Apley superior: se le pide al paciente que pase la mano por detrás de la cabeza y que se toque el omoplato opuesto. Combina abducción y rotación externa.

Maniobra de Apley inferior: se le pide al paciente que se toque el hombro opuesto, o bien que se toque con la punta de los dedos el ángulo inferior del omoplato opuesto. Combina aducción y rotación interna.

6. TENDINITIS, SINOVITIS Y TENOSINOVITIS

Patrón de arco doloroso medio: dolor aproximadamente entre los 60°-100° del arco doloroso. Nos orienta hacia tendinitis del supraespinoso o bursitis subacromial. Si la abducción activa es dolorosa y la pasiva no sugiere tendinitis. En la bursitis subacromial el movimiento pasivo y activo es doloroso por la compresión de la bursa, pero no así el movimiento contra resistencia.

Patrón de arco doloroso superior: dolor en los 20-30° finales. Nos orienta hacia patología de la articulación acromioclavicular.

El *diagnóstico* es **fundamentalmente clínico**. El cuadro sintomático está dominado por el **dolor y la impotencia funcional**. Suele ser difícil distinguir por la anamnesis y la exploración si el dolor de hombro se debe a calcificaciones, tendinitis, artritis u otro tipo de patología, por lo que pueden estar indicadas pruebas complementarias en algunos casos. En ocasiones hay patología simultánea en hombro y cuello (artrosis cervical) y la diferenciación puede resultar difícil.

Pruebas complementarias

Radiología simple	Proyección AP. Proyección axilar (valora el perfil glenoideo). Lateral en Y (valora la articulación acromioclavicular y esternoclavicular). Normalmente no se ven datos patológicos. Calcificaciones más clínica corresponde a tendinitis calcificada.
Ecografía	Valora estado del manguito de los rotadores y partes blandas y detecta derrame articular.
RM	En caso de sospecha de rotura parcial/completa del manguito de los rotadores. La prueba más sensible y específica para esa patología.
Gammagrafía	Si se sospecha osteonecrosis u osteomielitis.

Existen escasas evidencias sobre el beneficio de la mayoría de los tratamientos usados en el hombro doloroso habitualmente el problema se resuelve solo en pocas semanas o meses. Los más usados:

1. Antiinflamatorios no esteroideos (AINES): aunque los estudios existentes son muy heterogéneos (incluyen diferentes tipos de patología en el mismo estudio, diferentes fármacos antiinflamatorios y diferentes formas de medir el beneficio) y muestran escaso efecto sobre la movilidad a corto plazo (4 semanas), se recomiendan como base del tratamiento farmacológico para el control del dolor.

- 2. Infiltraciones con corticoides:** Existen pocos estudios y con pocos pacientes sobre la eficacia de las inyecciones locales de corticoides. No parece que tengan efecto sobre la duración del dolor, aunque sí parece que mejoran la movilidad (4-12 semanas).
- 3. Tratamiento quirúrgico.** Indicada en algunas situaciones, especialmente en casos de rotura del manguito de los rotadores.

A.1 Causas articulares

A.1.1 Tendinitis del manguito de los rotadores

Suele ocurrir en adultos de mediana edad que hacen movimientos repetidos con el hombro, la movilidad pasiva suele ser normal (excepto en casos crónicos con capsulitis adhesiva).

En 1972, Neer describió el síndrome de roce o *impingement*, antes conocido como *síndrome subacromial*, enumerando tres estadios:

Estadio 1: edema e inflamación del tendón supraespinoso. Se trata de una lesión reversible que cursa con dolor en la cara anterior y/o lateral del hombro de agudización nocturna. Existe dolor a la palpación sobre el troquíter y tendón del supraespinoso y sobre el acromion. En el movimiento de abducción esta presente un arco doloroso entre los 70-120 grados.

Estadio 2: fibrosis y engrosamiento. En este estadio la bolsa serosa subacromiodeltoidea esta engrosada aumentando la compresión del manguito de los rotadores. En la exploración encontramos crepitación y limitación de la movilidad activa y pasiva.

Estadio 3: rotura del manguito.

Maniobras especiales de valoración de esta patología:

Test de Patte (infraespinoso): con el hombro en abducción de 90° con la palma de la mano mirando hacia nosotros, pedimos a paciente que intente Tocarse la nuca mientras oponemos resistencia.

Test de Jobe (supraespinoso): con el brazo extendido en abducción de 90° y pulgar de la mano mirando hacia el suelo, pedimos al paciente que intente elevar el pulgar hacia arriba contra resistencia.

Prueba de la caída del brazo: descubre si hay algún desgarro en el manguito de los rotadores. Colocamos el brazo en abducción total y decimos al paciente que baje el brazo lentamente. Si existe desgarro en el manguito de los rotadores el brazo caerá rápido.

6. TENDINITIS, SINOVITIS Y TENOSINOVITIS

El *tratamiento* es generalmente conservador con AINES e infiltraciones locales en caso de no mejoría. La rotura es a menudo la secuela del proceso degenerativo de estos tendones, la más frecuente es la del supraespinoso. El paciente es incapaz de mantener el hombro en abducción de 90°. En las roturas recientes la reinsertación del tendón da muy buenos resultados, en las roturas antiguas el resultado es más aleatorio.

A.1.2 Tendinitis/rotura del tendón largo del bíceps

De origen traumático o por sobrecarga. Las maniobras de valoración de esta patología son:

Maniobra de Yergason: presenta dolor cara anterior de hombro y brazo. Aumenta por la noche y con flexo supinación del codo contra resistencia. Verifica la estabilidad del tendón de la cabeza largo del bíceps en el surco bicipital.

Maniobra de Speed: resistencia a la flexión del hombro desde posición de extensión y supinación. Nos orienta hacia tendinitis del bíceps. Aparece dolor en la corredera bicipital.

Requiere reposo en la fase aguda con movilización precoz para evitar secuelas funcionales. El tratamiento es el mismo que en el caso anterior. AINES o infiltración intraarticular (corticoide+ anestésico) y en caso de rotura, cirugía.

A.1.3 Tendinitis calcificante

Depósito de Calcio en los tendones del manguito rotador a 1-2 cm de la inserción ósea, visible en radiología simple. Afecta preferentemente al supraespinoso. Puede ser bilateral en un tercio de los casos. Predomina en mujeres en la cuarta década de la vida.

El tratamiento es el mismo que en los anteriores.

A.1.4 Capsulitis retráctil/hombro congelado

Pérdida de movilidad activa-pasiva del hombro por contractura de partes blandas. Afecta con más frecuencia a mujeres en torno a los 50 años. El hombro más afectado suele ser el dominante.

Etiología desconocida.

Progresiva y gradual limitación dolorosa de la movilidad de evolución autolimitada con posterior recuperación subtotal de la misma (1-3 años de duración total). Pueden llegar a ser incapacitantes.

B. Codo doloroso

El codo es una articulación intermedia, capaz de realizar esfuerzos como también realizar actividades que requieren de gran destreza manual. Sus lesiones generalmente van asociadas a exceso de trabajo o sobreuso de los músculos que mueven la mano.

El dolor o la tendinitis por lo general está concentrado en el lado interno o externo del codo y puede diseminarse en dirección ascendente o descendente por el brazo, dependiendo de cuál tendón esté inflamado. A menudo el dolor sólo ocurre con ciertos movimientos, como al levantar objetos de ciertas maneras, girar la mano, o asir o apretar algo en el puño.

Entre las lesiones más frecuentes que afectan al codo están las lesiones de partes blandas, entre ellas: *el codo del tenista, o epicondilitis y la epitrocleitis o codo del golfista.*

Son dos síndromes de similares características que se identifican por la afectación de las inserciones musculares al nivel de epicóndilo y epitroclea humerales. Ambos cuadros se enmarcan en lo que genéricamente se denomina "tendinitis" de inserción. Se trata de una patología propia de determinados deportes (tenis, frontón...) o trabajos (carniceros, fontaneros, etc).

B.1 Codo del tenista o epicondilitis

Se aprecia *dolor* a la palpación distal y ligeramente anterior al epicóndilo, lo cual corresponde a las *inserciones de los músculos primero y segundo o radial*. El dolor se hace más intenso cuando se extiende el codo manteniendo la palpación en la zona dolorosa y en la extensión de la muñeca contra resistencia. Es una de las lesiones más frecuentes del brazo, generalmente más frecuente en el lado dominante. Su prevalencia en la población general es del 1 al 3 %, la mayoría en edades comprendidas entre los 40 y 60 años.

La palpación demuestra el nivel de la lesión según la intensidad del dolor evocado: inserción tendinosa (epicóndilo), tendón del músculo (cabeza radial) y vientre muscular (cuello radial).

El control de la inflamación se realizará mediante reposo y AINES. Si no sigue una evolución favorable, puede recurrirse a las infiltraciones de la inserción epicondilea de los músculos extensores. De fracasar éstas, puede recurrirse a la desinserción del origen de estos músculos. Si se acompaña de una neuralgia del radial puede liberarse la arcada de Fröshe en el supinador corto.

6. TENDINITIS, SINOVITIS Y TENOSINOVITIS

B.2 Epitrocleitis

Se denomina epitrocleitis o epicondilitis medial a la inflamación de la zona de inserción en el codo de los tendones flexores de la mano y dedos. La inflamación a menudo es consecuencia de movimientos repetitivos, tensión o tracción mantenida sobre los tendones, trauma directo o sobreesfuerzo realizado al hacer movimientos de flexión y pronación forzada de la muñeca.

Cursa con dolor a la palpación en epitróclea y con la flexión resistida de la muñeca. El control de la inflamación se realizará reposo, AINES, infiltraciones locales en casos excepcionales y muy severos puede ser necesario el tratamiento quirúrgico.

B.3 Bursitis de codo o bursitis olecraniana

Afecta principalmente a la bolsa olecraniana. Debido a su posición superficial sobre el olécranon puede verse afectada con facilidad por fricción o golpes. Frecuentemente aparece tumefacción que es fácilmente visible.

El dolor se localiza típicamente en la punta del olécranon (inserción distal del tríceps). Se exacerba con la extensión del codo contra resistencia.

Los tratamientos son los mismos que los anteriores.

C. Entesopatía de muñeca y carpo

La muñeca y la mano están compuestas de veintinueve huesos, diecinueve en la mano y los dedos, ocho en la muñeca, y dos en el antebrazo. tienen la capacidad de hacer una gran variedad de movimientos. Sin embargo, la mayor parte del movimiento y la fuerza de la mano y los dedos en realidad depende de los músculos del antebrazo. La más frecuente es la *tendinitis de De Quervain*.

C.1 Tendinitis de De Quervain

El síntoma central es dolor sobre el lado del pulgar en la muñeca. Este puede aparecer gradualmente o de forma brusca. Se siente en la muñeca pero puede irradiarse hacia el antebrazo. Normalmente el dolor empeora con el uso de la mano y el pulgar, especialmente al tomar objetos con fuerza o al girar la muñeca. Es posible evidenciar inflamación sobre el lado del pulgar de la muñeca, también puede haber un quiste en esta zona.

En cuanto al diagnóstico la maniobra específica es la maniobra de **Finkelstein**: el paciente debe cerrar su mano haciendo un puño con los dedos sobre el pulgar.

A continuación la muñeca es doblada en dirección al dedo meñique. Esta prueba puede ser dolorosa para la persona con tendinitis de De Quervain. El dolor a la palpación directa sobre los tendones del lado pulgar de la muñeca es, sin embargo, el hallazgo más frecuente.

En algunos casos, simplemente el no realizar las actividades que causan dolor e inflamación, puede aliviar la sintomatología. Cuando los síntomas son severos o no mejoran, la cirugía puede estar recomendada. La cirugía consiste en abrir el compartimiento para generar más espacio a los tendones irritados.

D. Entesopatía de cadera

La cadera es una zona especialmente rica en bolsas serosas. De las cuatro bolsas que, generalmente, existen alrededor del trocánter mayor, tres son constantes: dos mayores y una menor. La menor se sitúa entre el trocánter mayor y el glúteo menor; la segunda, entre el glúteo medio y el trocánter mayor y, por último, la más grande e importante, se localiza entre el glúteo mayor y el tendón del glúteo medio. Por consiguiente, cualquier proceso inflamatorio de esta bolsa dará como resultado la clínica de una bursitis trocantérea.

D.1 Bursitis trocantérea, o trocanteritis

Es la causa más frecuente de dolor procedente de las estructuras periarticulares de la cadera.

La trocanteritis, como tal, es la inflamación de las bolsas serosas, rellenas de líquido sinovial, que se sitúan en la extremidad proximal del fémur y que sufren procesos inflamatorios.

El *diagnóstico* como en todos estos cuadros es eminentemente clínico:

- Dolor en la cara externa de la cadera.
- Aumento de dolor a la presión del trocánter mayor.
- Dolor en la rotación extrema, abducción, aducción y test de Patrick-Fabere positivo (flexión, abducción, rotación externa y extensión de la pierna).
- Dolor en la abducción extrema.

Las pruebas complementarias no son de mucha utilidad.

Desde los años 60, la infiltración ha sido el tratamiento de elección de las bursitis trocantéreas.

E. Entesopatía de rodilla

E.1 Bursitis rotuliana

Aparece sobre la rótula y es muy frecuente. Se produce en actividades que obliguen a permanecer arrodillado largos periodos de tiempo –como los soldadores–, de ahí el sobrenombre popular de "rodilla de beata"; pero también tras una caída de rodillas o un golpe sobre la zona. El síntoma fundamental es la hinchazón delimitada sobre la cara anterior de la rodilla, que puede llegar a ser muy llamativa, siendo sorprendente el escaso dolor que suele provocar, no impidiendo en ningún caso el caminar ni originando dolor al mover la rodilla. Solo es molesta o dolorosa al apoyarse sobre las rodillas. En los casos relacionados con la actividad laboral pueden ser bilaterales. A veces se pueden infectar a través de pequeñas heridas en la piel convirtiéndose en estos casos en un problema más importante.

E.2 Bursitis de la pata de ganso

A este nivel también se pueden producir bursitis, sobre todo en relación con artrosis, obesidad y alteración de la alineación de las rodillas como en el genu varo. Se caracteriza por la aparición de un dolor intenso en la cara interna de la rodilla, que produce cojera al andar y que suele durar meses sin ceder con el reposo y los antiinflamatorios, aunque las infiltraciones suelen ser muy eficaces.

E.3 Tendinitis rotuliana

La aparición es generalmente insidiosa, y un dolor espontáneo e intenso se presenta antes de la actividad física en la región del tendón y usualmente en la zona más baja del mismo o en el polo inferior de la patela. La impotencia funcional por dolor, y la inflamación, y al aumento de la temperatura local, localizados sobre la zona de la lesión, son progresivos.

Los estadios clínicos, y la interpretación subjetiva del profesional tratante son actualmente los parámetros que orientan el tratamiento de esta frecuente patología. Los tratamientos varían desde un reposo deportivo al inicio, hasta el tratamiento quirúrgico en los casos rebeldes al tratamiento conservador. Los estudios complementarios para evaluar de esta lesión son poco representativos, por lo que el manejo depende del profesional actuante.

F. Entesopatía de tobillo y tarso

F.1 Tendinitis del tendón de Aquiles

Se produce dolor sobre el tendón de Aquiles que aumenta a la presión y al caminar o realizar deporte.

La *causa* más frecuente es la práctica de deportes donde se realizan cambios bruscos del ritmo de la carrera, lo que produce pequeñas roturas en su interior que ocasionan una inflamación de la vaina (envoltura del tendón). El tendón en sí no se inflama. Las pequeñas roturas se regeneran formando nódulos que se pueden palpar.

El *tratamiento* inicial se suele realizar con antiinflamatorios y plantillas que elevan ligeramente el talón para descargarlo. Algunos profesionales optan por realizar infiltraciones con corticoides en el interior de la vaina intentando evitar la inyección en el interior del tendón. En raras ocasiones de tendinitis persistentes con el tendón muy lesionado se puede recurrir a la cirugía realizando pequeños cortes longitudinales en el tendón que deberían favorecer la regeneración. En caso de rotura se puede realizar un tratamiento mediante férulas de inmovilización o mediante cirugía reconstructiva con interposición de injertos.

F.2 Fascitis plantar/espólón calcáneo

El *síntoma* primario de la fascitis plantar es el dolor localizado específicamente en el área de carga de peso del talón. Es más severo al levantarse de la cama, disminuye en cierta medida con la actividad por la distensión de la fascia, y reaparece de nuevo tras un periodo de descanso.

Rara vez hay inflamación visible, enrojecimiento, u otros cambios aparentes en la piel.

Es frecuente entre personas que practican deportes, individuos con sobrepeso y personas con arco elevado o pie plano. La región inferior del calcáneo tiende a ser dolorosa durante el inicio del desarrollo de un espólón, debido a la tracción de la fascia plantar sobre el periostio, incluso con signos radiográficos muy sutiles o sin ellos. Al aumentar de tamaño el espólón, suele mejorar el dolor, probablemente por los cambios adaptativos del pie.

El espólón se puede hacer doloroso de forma súbita después de ser asintomático, con frecuencia tras un traumatismo local. En ocasiones, se desarrolla una bolsa sinovial que se puede inflamar (bursitis calcánea inferior), produciendo aumento de temperatura en la planta del talón, con dolor pulsátil.

Los ejercicios de estiramiento de la pantorrilla y las férulas nocturnas suelen ser efectivas para eliminar o disminuir el dolor. También se deben usar AINES y/o infiltraciones. La cirugía rara vez está indicada. Sin embargo, tras 6 a 12 meses de tratamiento conservador, una liberación quirúrgica parcial de la fascia plantar puede ser efectiva. La recuperación tras la intervención generalmente es lenta, a menudo no produce una curación completa y tiene algunas complicaciones potenciales.

TORCEDURAS Y ESGUINCES DE TOBILLO Y PIE

7



Patologías a las que se aplica

Las patologías seleccionadas responden a los siguientes **códigos del CIE-9**:

845.0. Tobillo.

845.1. Pie.

Según la localización se clasifican en:

1. Esguince de tobillo.

- Sitio no especificado.
- Ligamento deltoideo, tobillo.
- Ligamento calcaneoperoneo.
- Ligamento tibioperoneal.

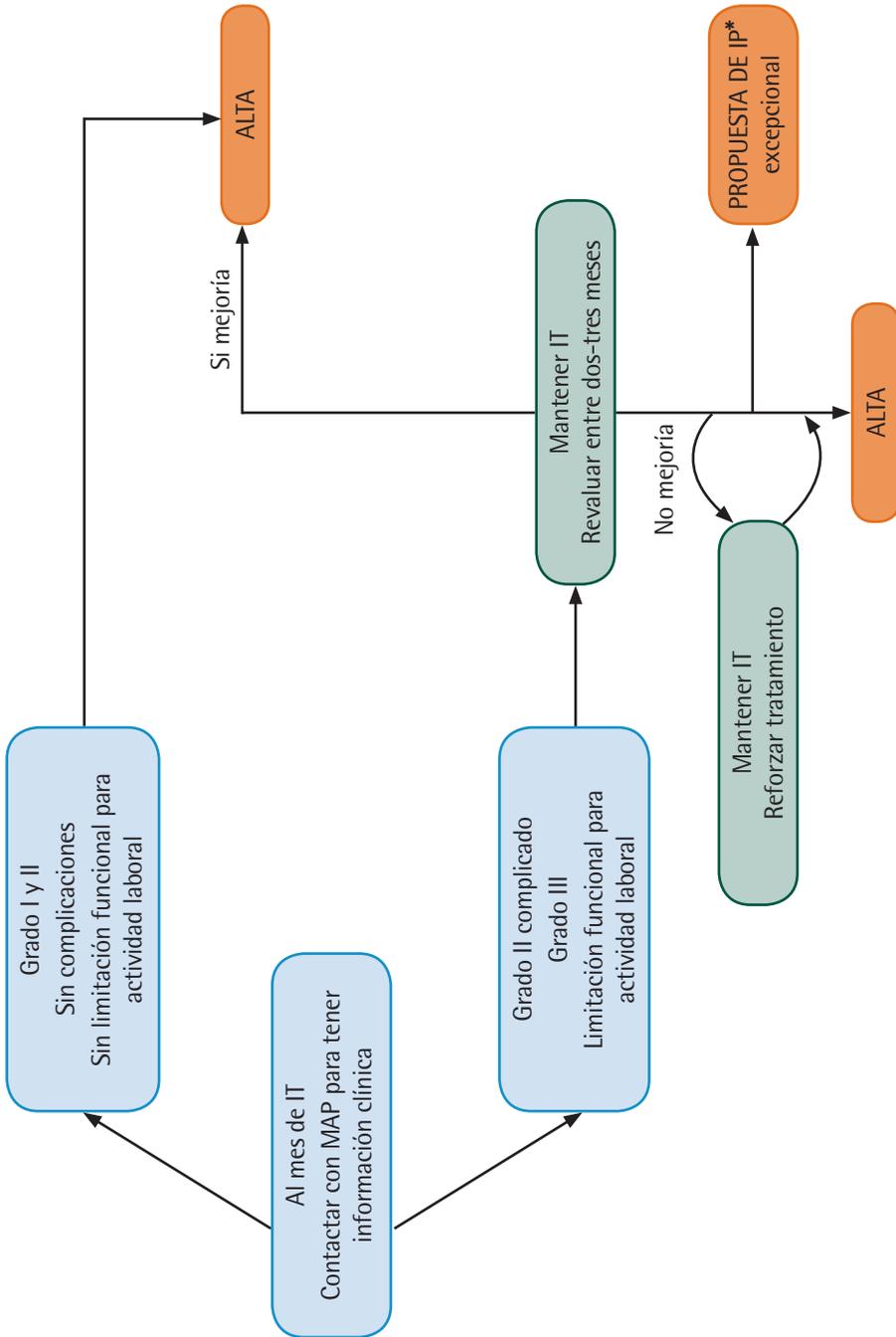
2. Esguince de pie.

- Sitio no especificado.
- Articulación, ligamento tarsometatarsiano.
- Articulación metatarso falángico.
- Articulación interfalángico, dedo del pie.

El esguince de tobillo implica una lesión que puede ser completa o incompleta en el aparato capsulo-ligamentario, ocasionada por un movimiento forzado más allá de sus límites normales o en un sentido no propio de la articulación.

Esta lesión activa una reacción inflamatoria con ruptura en mayor o menor grado de vasos capilares y de la inervación local que puede determinar por vía refleja fenómenos **vasomotores**, amiotróficos y sensitivos (Sd. Südeck), que pueden alargar la **evolución** de esta patología aun después de la cicatrización.

Algoritmo de actuación en esguince de tobillo en relación con IT



*Según requerimiento del puesto de trabajo.

Puntos clave para la valoración de la IT en los esguinces y torceduras de tobillo y pie

- 1) Profesión del paciente.
- 2) Tratamiento recibido e incapacidad.

Evaluación clínica de la IT

1. Anamnesis

1.1 Antecedentes personales

- Esguinces anteriores y fechas.
- Existencia de tobillo inestable.
- Enfermedades reumatológicas u otras que padezca.
- Tratamientos realizados: médico, rehabilitador (reflejando el inicio y finalización así como la mejoría resultante) y quirúrgico (fecha de la cirugía).

1.2 Tipo de trabajo y actitud con el trabajo

Puesto de trabajo y requerimientos físicos del mismo.

Entorno donde se realiza, necesidad de calzado especial, etc.

1.3 Inicio del proceso y contingencia

La forma de inicio puede ser **aguda** o **crónica**.

La contingencia es siempre accidente, bien de trabajo (**AT**) o accidente no laboral (**ANL**).

Podría aparecer como resultado de una lesión deportiva (recreativa o de competición).

El mecanismo de producción es la **inversión** o bien la **eversión** forzada del pie.

1.4 Síntomas y signos

Edema.

Equimosis.

Impotencia funcional.

Dolor.

2. Exploración

Al explorar al paciente habrá que considerar:

Observación: tipo de calzado que lleva y sus características.

La **inspección**, la **palpación** y la **movilización activa/pasiva** permiten apreciar los signos de la inflamación y, además, deformaciones, crepitaciones y limitación de la movilidad:

- Impotencia funcional y alteraciones de la marcha: apoyo parcial, deambulación con ayuda –muletas–, subir o bajar escaleras. Ver si es posible deambulación en condiciones en las que no se sienta observado el interesado.
- Pruebas de estabilidad del LLE y LLI añadir (ver Apéndice final).

2.1 Pruebas complementarias

En general no es necesaria ninguna prueba complementaria para el diagnóstico. Aunque pueden ser útiles:

Radiología: se podrán valorar radiografías realizadas en proyección anteroposterior y lateral de tobillo (reglas de tobillo de Ottawa).

En caso de sospecha se realizarán radiografías en stress para confirmar la laxitud, tanto del tobillo como de la articulación subastragalina.

RM, TAC: no se utilizan habitualmente salvo si la evolución es lenta o existen dudas sobre el diagnóstico.

3. Clasificación según gravedad

Leve (Grado o Tipo I): distensión y elongación del ligamento afectado, sin existir laxitud articular asociada, que provoca ligero edema, dolor leve con escasa impotencia funcional. Se produce la rotura de menos del 5% de las fibras. El paciente puede comenzar su actividad aproximadamente en dos o tres semanas.

7. TORCEDURAS Y ESGUINCES DE TOBILLO Y PIE

Moderado (Grado o Tipo II): desgarro parcial del ligamento originando edema y dolor moderado. Inestabilidad articular leve. Dificultad para caminar (la deambulación es posible pero dolorosa). Se ha producido la rotura del 40-50% de las fibras. La exploración puede revelar un cajón anterior y/o una inversión forzada positivos. Generalmente precisan de un periodo de reposo de tres a seis semanas antes de volver a la actividad normal.

Grave (Grado o Tipo III): desgarro completo o rotura ligamentosa que produce importante edema, dolor intenso e impotencia funcional. Laxitud articular manifiesta. Las maniobras exploratorias son positivas. Son los más graves pero rara vez precisan cirugía. El periodo de recuperación preciso para que los ligamentos cicatricen es de ocho semanas o más.

4. Complicaciones

Entre las complicaciones se encuentran:

- Inestabilidad crónica del tobillo.
- Fracturas (osteocondrales, de la base 5º metatarsiano, del Os trigonum).
- *Impingement* sinovial.
- Síndrome del túnel tarsiano.
- Distrofia simpática refleja o atrofia de Südeck.
- Tenosinovitis peroneal.
- Rotura del retináculo de los perineos.
- Nódulo en alguno de los ligamentos del tobillo.

5. Tratamiento

El tratamiento es médico y ortopédico; muy raramente quirúrgico.

Valoración de la IT en esguince de tobillo desde el punto de vista de la inspección médica

Se realiza en función de:

- 1) Detección de los casos que generan incapacidad temporal por esguince de tobillo con duración mayor de treinta días.
- 2) Solicitar Informe Médico de Control al facultativo para valorar situación actual o citar al paciente y explorarle, de cara a conocer la existencia de complicaciones, mala evolución, inicio de otros procesos concomitantes, problemas laborales, etc.

Es de destacar que esta patología da lugar a procesos de incapacidad temporal de no más de treinta días, y en la mayoría de los casos no llegan a ser valorados por la Inspección Médica.

En el caso de necesitar citación se realiza la valoración en función de la situación que justifica la procedencia de incapacidad temporal:

Es muy excepcional una situación que derive en una incapacidad permanente por esta causa, salvo cuando existen otras patologías osteomusculares asociadas.



Anexo VII: Esguince de tobillo

	Grado I leve	Grado II moderado	Grado III grave
Criterios	Inflamación leve Mecanismo de producción no intenso No crujido Limitación funcional escasa Dolor ligamentario sin signos inflamatorios locales, ni laxitud clínica o radiológica	Gran edema Mecanismo intenso Crujido Impotencia funcional Estiramiento y rotura ligamentaria limitada. Edema/hematoma externo. Ligera laxitud clínica, pero sin alteraciones radiológicas. Afectación de dos o más haces ligamentarios	Impotencia funcional Sensación de desgarrro Tumefacción inmediata Hematoma Laxitud clínica y radiológica Afectación de dos o más haces ligamentarios Hematoma bimalleolar Esguince de ligamento lateral interno Precisa rehabilitación Puede ser quirúrgico
Tratamiento ortopédico y médico	Reposo Elevación Frio Analgésicos Antiinflamatorios Vendaje elástico Apoyo progresivo: a los 3-4 días durante dos semanas	Reposo Elevación Frio Analgésicos Antiinflamatorios 1º Férula enyesada - hasta cesión del edema- 2º strapping (tensoplast) durante 3 semanas Deambulacion con ayuda de muletas en función del dolor	Reposo Elevación Frio Analgésicos Antiinflamatorios Botin de yeso durante 4 semanas Apoyo con muletas permitido tras al menos 10 días.
Tratamiento quirúrgico	-	-	Indicado en deportistas de alta competición
Duración	De 0 a 21 días	De 21 a 40 días	De 40 a 100 días

HERNIA INGUINAL

8



Patologías a las que se aplica

Las patologías seleccionadas responden al **código 550 de la CIE-9MC:**

La hernia inguinal es una evaginación del peritoneo parietal a través de un defecto músculo-aponeurótico de la pared abdominal.

Según su localización se clasifican en:

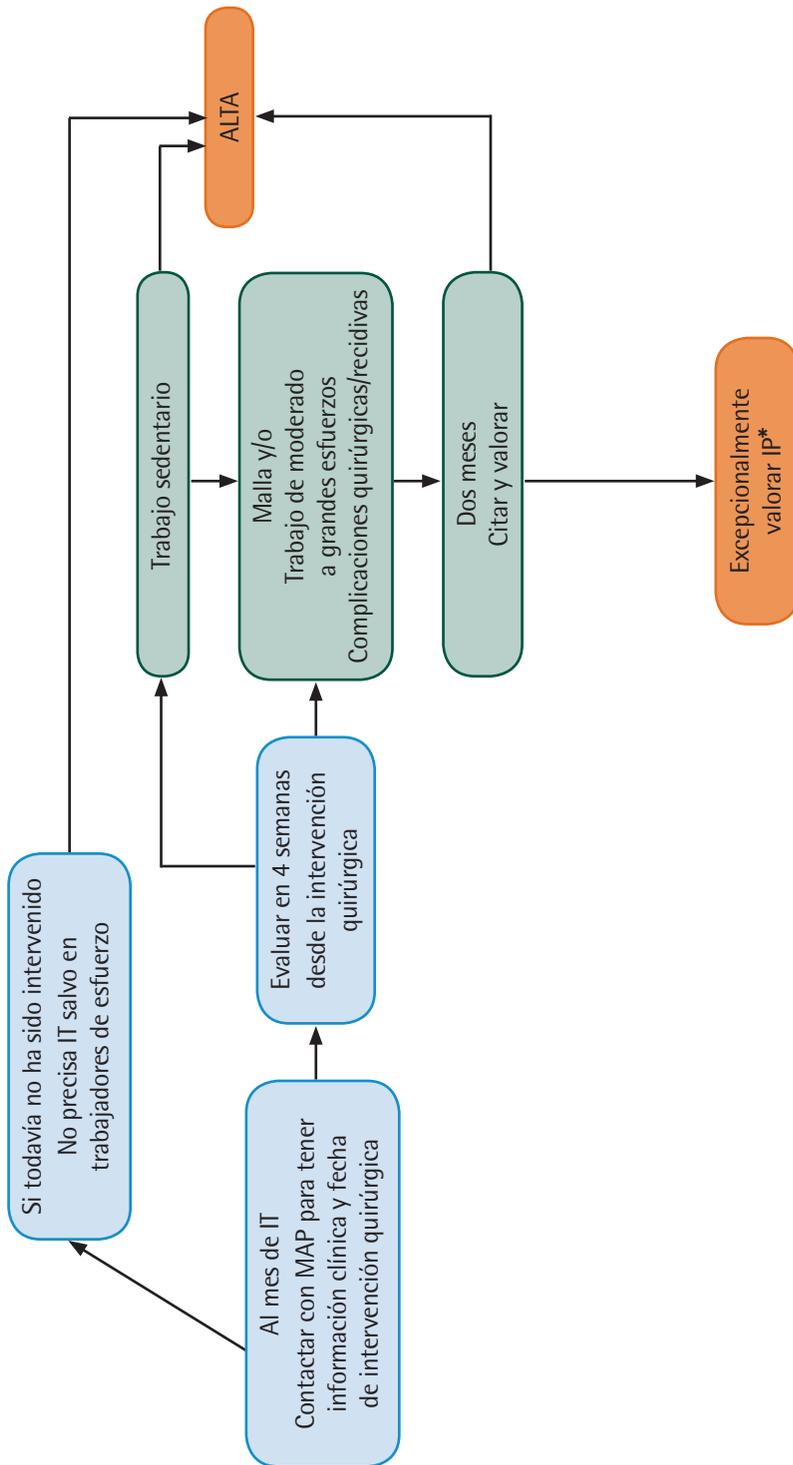
Inguinales:

1. **Indirectas** el 99% de los casos. El saco peritoneal pasa por el anillo inguinal interno hasta el escroto.
2. **Directas** alrededor del 5%. Es una profusión hacia el suelo de la ingle. Por lo general, no recorren el conducto inguinal, sino que protruyen hacia delante, sobre el ligamento inguinal. Es la que se produce tras esfuerzos en una zona débil.

Crural o femoral: (0,5%) la protusión ocurre en una zona débil por debajo del ligamento inguinal hacia el muslo.



Algoritmo de actuación en hernia inguinal



*Según requerimiento del puesto de trabajo.

Puntos clave para la valoración de la IT en la hernia inguinal

- 1) Evolución de la clínica (progresión y desarrollo de la enfermedad).
- 2) Indicación quirúrgica y antecedentes previos.
- 3) Profesión del paciente.
- 4) Tiempo de recuperación y capacidad para enfrentarse a sus actividades laborales.

Evaluación clínica de la IT

1. Anamnesis

1.1 Antecedentes personales

- Sucesos traumáticos importantes.
- Tratamientos o procesos previos.
- Ambiente socio-familiar.
- Patologías concomitantes.

1.2 Tipo de trabajo y actitud con el trabajo

Tipo de trabajo que realiza, especial atención a trabajos con prensa abdominal y valsas repetidos.

1.3 Forma de inicio del proceso y contingencia

Fecha (en el caso de presentación aguda tras sobreesfuerzos).

Suceso desencadenante (puede ser considerado de origen laboral).

Tratamientos previos.

Episodios de dolor o asistencia a urgencias por complicaciones.

1.4 Síntomas clínicos

Dolor en la región inguinal.

Cambio de ritmo intestinal.

Cambio de coloración.

Aumento de tamaño.

Pueden ser uni o bilaterales, cuando esto último ocurra se deben intervenir en tiempos separados ya que la intervención de ambas hernias aumenta el riesgo de recidiva.

1.5 Evolución

Según la evolución se clasifican en:

Incarceradas: hernia irreducible no permite tránsito intestinal ni vascular.

Estranguladas: cuando hay necrosis o gangrena de la pared, necesidad de intervención quirúrgica urgente con extirpación de intestino.

Recidivantes: reaparecen tras la cirugía. La primera reparación tiene más éxito.

1.6 Tratamiento

El tratamiento es quirúrgico, con colocación de malla en prácticamente la totalidad de los casos.

Puede ser abierta o por laparoscopia, en este caso la recuperación es más rápida. No hay ningún estudio que indique superioridad clara de ninguna de las opciones. La laparoscopia es mejor en hernias bilaterales y recidivadas.

1.7 Complicaciones de la cirugía

Recidiva herniaria. Las indirectas tienen menor tasa de recidiva que las directas o las crurales. Las que se producen por dehiscencia o infección tienen un número elevado de recidivas.

Infección herida quirúrgica.

Dehiscencia herida quirúrgica con colección serohemática.

Neuromas nervios de la región con hipoestesia locoregional.

Rechazo o intolerancia de malla quirúrgica.

2. Exploración

Desde el punto de vista clínico valoramos los puntos fundamentales:

Exploración del orificio herniario, tamaño del mismo, si hay criterios de irreductibilidad o compromiso vascular con necesidad de intervención quirúrgica urgente. Estos aspectos generalmente no se van a diagnosticar en la Inspección Médica, son criterios e indicaciones ya tomadas por su médico de familia o su cirujano.

2.1 Exploraciones complementarias

ECO abdominal, Rx abdomen, pero no son imprescindibles.

TAC y RM en caso de complicaciones posteriores o rechazo de malla.

Valoración de la IT en la hernia inguinal desde el punto de vista de la inspección médica

En general la recuperación quirúrgica es de **unos dos meses**, pero varía entre 1 mes si no hay complicaciones o 3 meses si hay altos requerimientos físicos, o son hernias recidivadas o en pacientes muy obesos.

En general la hernia inguinal no llega a Inspección Médica puesto que el tiempo de duración de la baja está muy ajustado, sólo en los casos en que se prolonguen estos tiempos se solicitará información al Médico de Atención Primaria.

¿Cuándo proponer el alta y en que momento hay que hacer un informe propuesta?

Muy importante valorar el profesigrama, puesto que en muchos casos no es necesaria una IT antes de la cirugía.

Según la Clasificación Internacional de Discapacidad de la OMS:

Grado 0: ninguna limitación laboral. Antes de la cirugía no es necesaria la IT salvo en casos de profesiones con aumentos importantes de la presión abdominal.

Grado 1: Pacientes intervenidos de hernia con resultados satisfactorios sin recidivas ni síntomas. Limitados para altos requerimientos físicos.

Grado 2: Hernias de pared abdominal recidivante con resultados insatisfactorios del tratamiento quirúrgico en repetidas ocasiones. Limitados para moderados-grandes esfuerzos.

Grado 3: Grandes hernias de pared incoercibles con fracaso repetido del tratamiento quirúrgico. Limitados para cualquier esfuerzo físico.

Grado 4: limitados para toda actividad laboral y las AVD. Esta es una situación excepcional en las hernias.

APÉNDICE FINAL
GRADOS DE
MOVILIDAD,
MANIOBRAS
Y EXPLORACIONES
DE LAS PRINCIPALES
ARTICULACIONES

9



Grados de movilidad

Grados de movilidad de hombro

	Grados	Músculos que intervienen
Abducción	0°-180°	Deltoides/Supraespinoso Serrato anterior Trapecio
Aducción	0°-45°/60°	Redondo Mayor y Pectoral Mayor
Flexión	0°-180°	Deltoides, Pectoral Mayor, Coracobraquial, Bíceps
Extensión	0°-60°	Dorsal Ancho, Deltoides, Redondo Mayor
Rotación externa	0°-45°/60°	Infraespinoso, Redondo Menor, Deltoides
Rotación interna	0°-55°/70°	Subescapular, Pectoral Mayor, Redondo Mayor, Dorsal Ancho

Grados de movilidad de codo

	Grados
Flexión	0 a 140°
Extensión	0°
Prono/supinación	160° a 180°

Grados de movilidad de muñeca

	Grados
Abducción	0 a 60°
Aducción	0 a 30°
Extensión/flexión	0 a 60°/ 0a 80°

Grados de movilidad dedos mano

	Pulgar	Dedos
Abducción	70-90°	
Aducción	70-90°	
Extensión/flexión	Flexión MCF 0-50° Flexión IF 0-80°	Flexión IF 0-100° Flexión MCF 90° Extensión MCF 10-30°

Grados de movilidad de rodilla y cadera

	Rodilla	Cadera
Flexión	0-130°	110-130°
Extensión	130-0°	10-15°
Abducción	-	30-50°
Adducción	-	30°
Rotación externa	30-40°	40-60°
Rotación interna	20-30°	30-40°

Grados de movilidad tobillo y pie

	Tobillo	Pie
Flexión	20-30° (dorsiflexión)	30°-40° (dedos)
Extensión	30°-50° (flexión plantar)	50°-60° (dedos)
Abducción		15°-20° (art. mediotarsiana)
Adducción	-	15°-20° (art. mediotarsiana)
Rotación interna	-	-
Rotación externa	-	-
Pronación eversión	-	25°-30° (subastragalina)
Supinación/inversión	-	52° (subastragalina)

Grados de movilidad de columna

	C. Cervical	C. Dorsal	C. Lumbar
Flexión	70-90°	20-45°	40-60°
Extensión	70°	25-45°	20-35°
Rotación	80-90°	35-40°	15-20°
Lateralización	45°	20-40°	5-18°

Afectación neurológica

Niveles de afectación discal a nivel lumbar				
Disco	Dolor	Sensibilidad	Motor	Reflejos
L5-S1 (raíz S1)	Nalga posterior del muslo Pantorrilla Talón Dedos laterales	Como el dolor	Debilidad a la flexión plantar	Aquiles
L4-L5 (raíz L5)	Posterior del muslo Pantorrilla externa Dorso del pie Primer dedo	Pantorrilla externa Dorso del pie 1º espacio interdigital	Debilidad en la extensión tobillo y extensor 1º dedo	No específico
L3-L4 (raíz L4)	Muslo (anterior-exterior) Pared medial de rodilla	Muslo (anterior-exterior)	Debilidad extensores de rodilla	Rotuliano

Niveles de afectación discal a nivel cervical			
Disco	Sensibilidad	Motor	Reflejos
C5	Anterior del hombro Anteroexterno del brazo	Bíceps Deltoides	Bicipital
C6	Externo antebrazo Pulgar Índice	Bíceps Extensores de muñeca	Bicipital Estilorradiar
C7	Medio	Flexores de muñeca Extensores dedos	Tricipital
C8	Cara interna de antebrazo Anular y meñique	Flexores dedos Interóseos	No tiene
D1	Zona media brazo-antebrazo (zona medial codo)	Interóseos	No tiene

Clasificación radiológica de la artrosis (Kellgren y Lawrence):

Grado	Clasificación	Descripción
0	Ausencia de artrosis	Sin datos de artrosis
1	Artrosis dudosa	Pequeños osteofitos
2	Artrosis mínima	Osteofitos evidentes, posible estrechamiento del espacio articular
3	Artrosis moderada	Moderada disminución del espacio articular Leve esclerosis
4	Artrosis severa	Afectación severa del espacio articular con esclerosis subcondral. Deformidades

Maniobras exploratorias principales

Columna vertebral

Entre las **maniobras generales** de exploración de la columna destacan las siguientes:

Prueba de distancia dedos-suelo (DDS): medida de la movilidad global de la columna vertebral en flexión anterior (DDS en cm). El paciente se encuentra en bipedestación. Con las rodillas en extensión, se deben llevar las manos/brazos mediante la flexión anterior de la columna hacia los dedos de los pies. Debe medirse a continuación, la distancia entre la punta de los dedos y la altura de los dedos. Esta prueba consiste en un movimiento combinado en el que tanto la columna vertebral como la articulación de la cadera tienen un papel importante. La movilidad de la cadera puede compensar rigideces de la columna vertebral. Paralelamente permite valorar el perfil de la flexión de la columna. La observación de una gran distancia DDS constituye un signo inespecífico que depende de: la movilidad de la propia columna vertebral, del acortamiento de la musculatura isquiocrural, de la presencia del signo de Lasègue y de la funcionalidad de la cadera. La DDS adquiere significación clínica en el control del efecto terapéutico.

Signo de Schober: mide el grado de flexibilidad de la columna vertebro-lumbar. El paciente se encuentra en bipedestación. Se efectúa una marca sobre la piel en la zona correspondiente a la apófisis espinosa de la vértebra S1, así como 10 cm más arriba. En flexión anterior la distancia entre las dos marcas cutáneas se amplía hasta 15 cm, mientras que en flexión posterior se acorta hasta 8-9 cm.

Maniobras específicas de columna cervical:

Pruebas de rotación: el paciente se encuentra en sedestación. Con ambas manos, el clínico sujeta la cabeza del enfermo por la región parietal y, desde la posición neutral, provoca una rotación hacia la derecha y otra hacia la izquierda. Se determina la amplitud del movimiento en cada lado. Las limitaciones de la movilidad por dolor constituyen la expresión de una disfunción (artrosis, bloqueo, acortamiento muscular). La limitación de la rotación con detención brusca y dolor al final del movimiento es indicativa de trastornos degenerativos y particularmente de la columna cervical media (espondiloartrosis).

La amplitud del movimiento pasivo siempre es mayor que el activo, con aumento del dolor, si el al revés sugiere agravación del trastorno. Una variación de esta prueba es hacerlo en extensión máxima sujetando la cabeza del enfermo con una mano en la nuca y la otra en el mentón y efectuar un movimiento de extensión pasiva hacia atrás y un movimiento lateral hacia cada lado, esto bloquea la región cervical alta

y los movimientos se hacen por las articulaciones cervicotorácicas. La limitación en la extensión máxima indican lesiones degenerativas de columna cervical media e inferior. Si aparecen mareos debe sospecharse una alteración vascular. En flexión máxima se hacen los mismos movimientos rotatorios, pero aquí se bloquean las articulaciones cervicales inferiores a C2, así las limitaciones del movimiento y presencia de dolor sugieren inestabilidad y cambios inflamatorios a este nivel.

Maniobra de Valsalva: el paciente está en sedestación y debe intentar expulsar de la boca el dedo pulgar que retiene frunciendo los labios soplando hacia fuera. Con la presión se genera un aumento de presión que produce una contracción intraespinal. De este modo se pueden detectar formaciones que ocupan volumen como prolapsos ligamentosos, tumores, estenosis osteofitarias e inflamaciones de tejidos blandos. Todo ello provoca síntomas radiculares en el dermatoma correspondiente.

Prueba de Spurling: valora el dolor de una carilla articular vertebral y la irritación radicular. El paciente se encuentra en sedestación e inclina y rota la cabeza hacia cada lado. El clínico que se encuentra detrás del enfermo coloca una mano encima de la cabeza de éste y con la otra golpe ligeramente sobre ella. Si el paciente tolera el golpe inicial, se procede a repetir la prueba con la columna cervical en extensión. Esta prueba ayuda a detectar síndromes facetarios y compresiones radiculares. Si existe una irritación de las carillas articulares o una compresión de las raíces nerviosas, la exploración resulta muy dolorosa. Durante la extensión de la columna cervical se produce un estrechamiento del agujero intervertebral de 20-30%. Con este movimiento se acentúa el dolor radicular.

Prueba de Tracción: diferencia dolores radiculares y ligamentosos/musculares de los dolores de nuca/hombros/brazos. El paciente se encuentra en sedestación. El clínico toma al enfermo por la mandíbula y el occipucio y efectúa una tracción axial en dirección craneal. La tracción de la columna implica una descarga de los cartílagos intervertebrales o de las raíces nerviosas. La disminución de las molestias radiculares, también en los movimientos pasivos de rotación, indica causa intervertebral, si empeora debe pensarse en alteración de tipo muscular-ligamentosa o articular degenerativa.

Pruebas específicas columna lumbar:

Signo del psoas: detecta presencia de dolor lumbar. El paciente se encuentra en decúbito supino y levante una pierna. El clínico efectúa a continuación una presión sobre la zona anterior del muslo. Esto provoca una contracción refleja del músculo psoas ilíaco junto a la tracción consiguiente de las apófisis transversas de las vértebras lumbares. Aparece en alteraciones artrósicas de la columna lumbar o hernia discal y de la articulación sacroilíaca.

9. APÉNDICE FINAL

Prueba de Lasègue de "caída de la pierna": detecta la presencia de dolor lumbar. El paciente se encuentra en decúbito supino. Se efectúa la maniobra de La segué hasta que aparezca el dolor. Durante esta posición se deja caer la pierna del enfermo de forma que retoma su posición inicial. Al soltar la pierna de forma inesperada se produce una contracción refleja de la musculatura dorsal y glútea. Esto produce dolor si hay alteración vertebral lumbar o articulación sacroilíaca.

Maniobra de Bragard: igual al signo de Lasègue pero se dorsiflexiona el pie al elevar la extremidad lo que aumenta el dolor lumbociático.

Prueba de hiperextensión: indicativa de síndrome lumbar. Con el paciente en decúbito prono el clínico le sujeta las piernas y le dice que levante el tronco. El clínico puede pasivamente aumentar la flexión y darle una ligera rotación. La hiperextensión de la columna produce mucho dolor en disfunciones segmentarias. En el movimiento pasivo detectamos si hay una detección brusca del movimiento que indica trastornos degenerativos o leve que indican trastornos ligamentosos.

Prueba de Hoover o de simulación: el paciente se encuentra en decúbito supino y debe levantar la pierna dolorosa mientras el clínico sujeta por debajo el talón de la otra pierna. En caso de isquialgia real es imposible para el paciente elevar la pierna y presiona fuertemente el talón de la otra pierna contra la camilla. En caso de simulación el paciente no apoya la pierna contralateral sobre la camilla y con frecuencia refiere no poder elevar la pierna de ningún modo.

Hombro

En cualquiera de las patologías del hombro es necesario hacer una valoración de la movilidad: activa, pasiva y contra resistencia. Para la activa existen las siguientes maniobras:

Maniobra de Apley superior: se le pide al paciente que pase la mano por detrás de la cabeza y que se toque el omoplato opuesto. Combina abducción y rotación externa.

Maniobra de Apley inferior: se le pide al paciente que se toque el hombro opuesto, o bien que se toque con la punta de los dedos el ángulo inferior del omoplato opuesto. Combina aducción y rotación interna.

Patrón de arco doloroso medio: dolor aproximadamente entre los 60°-100° del arco doloroso. Nos orienta hacia tendinitis del supraespinoso o bursitis subacromial. Si la abducción activa es dolorosa y la pasiva no sugiere tendinitis. En la bursitis subacromial el movimiento pasivo y activo es doloroso por la compresión de la bursa, pero no así el movimiento contra resistencia.

Patrón de arco doloroso superior: dolor en los 20–30° finales. Nos orienta hacia patología de la articulación acromioclavicular.

Maniobra de Yergason: presenta dolor cara anterior de hombro y brazo. Aumenta por la noche y con flexosupinación del codo contra resistencia. Verifica la estabilidad del tendón de la cabeza largo del bíceps en el surco bicipital.

Maniobra de Speed: resistencia a la flexión del hombro desde posición de extensión y supinación. Nos orienta hacia tendinitis del bíceps. Aparece dolor en la corredera bicipital.

Cadera

Con el paciente en decúbito supino se deben identificar:

- a) El dolor capsular o articular en una zona localizada por debajo del ligamento inguinal y por fuera del latido de la art. femoral.
- b) Las zonas de inserción proximal del recto anterior en la espina ilíaca anteroinferior de abductores y peptíneo en anillo pelviano.

Prueba de Fabere–Patrick: indica Enf. De Perthes. En decúbito supino con una pierna en extensión y la otra flexionada por la articulación de la rodilla. El maléolo externo de la pierna flexionada se sitúa sobre la rótula de la otra pierna. A continuación se deja caer la pierna sobre la mesa de exploración. Se mide la distancia que queda entre la rodilla y la mesa y se compara con el lado opuesto. Cuando la abducción es limitada el signo es positivo. Es dolorosa la abducción y se extiende el dolor a la zona inguinal. Los músculos adductores están contraídos.

Prueba de Erichsen: compresión con ambas manos en cresta provoca dolor sacroilíaco si existe proceso inflamatorio en esta articulación.

En decúbito lateral: sobre el lado sano la palpación del trocánter mayor es dolorosa en presencia de una inflamación y calcificación de su bolsa serosa. En esta posición la abducción del muslo acentúa el dolor ya que la fascia lata presiona sobre la misma.

En caso de retracción de la fascia lata la flexo–extensión del muslo en aproximación reproduce de manera palpable y visible el resalte característica de la cadera en resorte. En esta posición se puede valorar la potencia de la musculatura pelvicotrocantéreos.

En decúbito prono: la palpación y la presión en las regiones lumbosacra y sacroilíacas permitirá despertar dolor en caso de afectación local. Debe también valorarse el dolor en la escotadura ciática y en la tuberosidad isquiática (inserción de los isquiotibiales).

La exploración en el lado interno: permite detectar dolor puntual en los tendones aductores o más profundamente en las inserciones musculares.

Signo de Drehmann: indica afectación articular de la cadera. El paciente está en decúbito supino. El clínico le sujeta la perina por el pie y por la parte dorsal de la rodilla y efectúa una flexión de esta articulación. El aumento de la rotación externa de la articulación coxofemoral durante este movimiento indica un trastorno de la articulación. El movimiento suele ser doloroso.

Prueba de Anvil: indica un trastorno de la articulación de la cadera. El paciente se encuentra en decúbito supino y mantiene las piernas en extensión. El clínico levanta ligeramente una pierna con una mano mientras golpea con el puño la planta del pie en dirección axial. La fuerza del golpe se propaga hasta la articulación coxofemoral y aparece dolor en la ingle o zona del muslo próxima a la articulación indican una alteración de la cadera (coxartrosis o coxitis). En pacientes portadores de prótesis indica un aflojamiento del implante.

Signo de Trendelenburg–Duchenne: prueba funcional de la musculatura pelvitrocantérea. El clínico se coloca detrás del paciente que permanece en bipedestación. Se le pide que levante una pierna, flexionándola por las articulaciones de la rodilla y de la cadera. Manteniéndose sobre una pierna se observa la musculatura pélvica y trocantérea del hemicuerpo que actúa de apoyo y se produce una elevación de la pelvis contralateral (la que no apoya) para mantener la posición horizontal. Si hay debilidad muscular por luxación de la cadera, parálisis o múltiples intervenciones, se produce una caída de la pelvis del lado contralateral y la imposibilidad de estar apoyado sobre una pierna.

Rodilla

1. Maniobras especiales para reproducir el dolor si existe patología meniscal:

Test McMurray: para explorar el menisco interno se efectúa una flexión máxima de la cadera con el pie rotado externamente y se realiza una extensión gradual de la rodilla hasta los 90° mientras se mantiene la rotación externa. La exploración del menisco externo se realiza de la misma forma pero con la tibia en rotación interna.

Test de Apley: se utiliza para diferenciar las lesiones meniscales de las lesiones capsulares y ligamentosas. Paciente en decúbito prono y la rodilla flexionada 90°. Consta de 2 fases:

- Fase de compresión: se aplica presión hacia abajo sobre el pie y se rota la pierna hacia fuera y hacia dentro, comprimiendo ligeramente las superficies articulares. La aparición de dolor y un chasquido en la rodilla indican lesión meniscal.

- Fase de distracción: se repite la maniobra pero mediante una distracción de la rodilla, ejerciendo presión hacia arriba del pie mientras se mantiene el muslo fijo sobre la mesa. La aparición de dolor en rodilla indica lesión de la cápsula y de los ligamentos.

Maniobra combinada de Moragas-Cabot: se aplica una mano sobre la rodilla, ejerciendo presión con el dedo pulgar sobre la interlínea correspondiente al menisco que se está explorando; con la otra mano se toma el pie del enfermo para poder maniobrar con él. Se realiza flexo-extensión de la rodilla en todo su recorrido. Se recomienda repetir la maniobra dos ó tres veces para confirmar el diagnóstico. Exploración del menisco interno: Se imprime rotación externa y varo de la pierna. Se empieza con una flexión.

- Máxima de la rodilla (exploración de cuerno posterior) hasta llegar a la extensión completa (exploración de la porción anterior).
- Exploración del menisco externo. Se realiza de la misma manera pero imprimiendo a la pierna una rotación interna y valgo.

2. Maniobras exploradoras en patología ligamentosa de rodilla:

Test de estrés en valgo o abducción: paciente en decúbito supino, se coloca mano en cara externa de la rodilla, mientras se coge el tobillo con la otra mano. Un bostezo interno patológico leve indica una rotura de LLI, si el bostezo es grave significa que están afectadas también lastras estructuras del complejo interno, LCA y LCP.

Test de estrés en adducción o varo: la posición para dicha prueba es igual que en la prueba anterior pero una mano se coloca en la cara interna de la rodilla y se coge el tobillo con la otra. Un bostezo leve indica lesión de LLE y si es muy severo indicaría lesión de cápsula media.

Test de cajón anterior: con el paciente en decúbito supino, la cadera a 45°, la rodilla flexionada 90° y el pie fijo sobre la mesa, con el examinador sentado sobre él. se toma la tibia proximal entre el pulgar y los demás dedos de la mano, palpando con estos últimos los músculos isquiotibiales para asegurarse de su estado de relajación. Se efectúa una tracción firme en dirección anterior para determinar visualmente y por palpación si existe una laxitud. Se utiliza para diagnóstico de lesión de LCA.

Test de cajón posterior: la exploración es igual que en test de cajón anterior pero se ejerce una presión adicional en dirección posterior sobre la parte anterior de la tibia proximal. Se utiliza para diagnóstico de lesión de LCP.

Test de Lachman: esta prueba evalúa la competencia de LCA. Con el paciente en decúbito supino, se sostiene firmemente el fémur con una mano, mientras con la otra se tracciona hacia delante sobre la cara posterior de la tibia, con la rodilla en 20° de flexión. Cuando existe rotura de LCA, desaparece la depresión del tendón rotuliano que se aprecia normalmente en la silueta del perfil de la rodilla.

3. Maniobras exploradoras en síndrome rotuliano:

Signo de cepillo: en la palpación de la rótula durante los movimientos de flexo-extensión se aprecia la presencia de una crepitación.

El desplazamiento media y lateral de la rótula fuera de los cóndilos permite palpar sus carillas articulares que son dolorosas.

Signo de Zöhlen: la presión sobre el borde superior de la rótula simultánea a la contracción del cuádriceps, la percusión sobre la rótula y la presión sobre la misma durante los movimientos de flexo-extensión despiertan el mismo dolor que describe el enfermo.

La extensión de la rodilla contra resistencia despierta también el dolor, limitado al arco de movimiento en el que la rótula choca con los cóndilos femorales.

Tobillo

Entre las maniobras dinámicas más frecuentemente utilizadas para la valoración del tobillo, destacamos:

Prueba del cajón anterior: exploración de la estabilidad de la parte superior de la articulación del tobillo. El paciente se encuentra en decúbito supino. El clínico fija con una mano la tibia dorsalmente y con la otra sujeta la parte media del pie. A continuación lo mueve por la parte superior de la articulación en dirección dorsal y mantiene fija la tibia con la otra mano. En un segundo movimiento sujeta la tibia por la cara ventral y el pie desde atrás por el hueso calcáneo. Mientras mantiene fija la tibia con la mano, mueve el pie en dirección ventral. La exploración se debe realizar comparativamente con el pie contralateral. Si existe rotura del ligamento lateral por la parte superior de la articulación del tobillo se observa mayor movilidad del pie por esta articulación (hacia delante si existe rotura del ligamento lateral anterior y hacia atrás si existe rotura de los ligamentos laterales posteriores. Esta maniobra es explorador dependiente, requiriendo entrenamiento previo a su correcta valoración.

Prueba de la inversión forzada: con el pie en flexión de 20° y la rodilla flexionada 90°, realizaremos muy lentamente la inversión del tobillo, sujetando el medio pie por la región plantar, y fijando el tercio distal de la tibia. Observaremos la existencia o no de "tope" al movimiento y la posible aparición de un surco bajo el talón, como

si la piel quedase succionada por la región infraperonea ("prueba de la succión"); la existencia de estos signos sugieren una lesión en el ligamento peroneo-astragalino anterior y en el peroneo-calcáneo. Si la supinación está aumentada debe sospecharse una lesión de los ligamentos peroneoastragalino anterior y peroneo-calcáneo. Si la pronación está aumentada puede tratarse de una alteración del ligamento deltoideo o tibiales internos.

Clunk Test o prueba de la rotación externa forzada: explora la sindesmosis. Con la rodilla flexionada 90° y la tibia fija en su tercio distal, el mediopié se mueve en sentido medial y lateral, evitando cualquier movimiento de inversión o de eversión. La aparición de dolor en la sindesmosis sugiere lesión de la misma, con el consiguiente riesgo de apertura de la mortaja.

Signo de Hoffa: indica rotura antigua del tendón de Aquiles. El paciente se encuentra en decúbito prono con los pies colgando de un extremo de la mesa de exploración. El clínico realiza una extensión dorsal de ambos pies. Si existe una rotura antigua del tendón de Aquiles, éste muestra una tensión reducida y el pie puede continuar extendiéndose dorsalmente en comparación con el contralateral. Una prueba complementaria en andar de puntillas, si el tendón de Aquiles está roto, no puede adoptar esta posición.

Pie

Entre las maniobras más destacadas para la valoración del pie se encuentran las siguientes:

Prueba Grifka: valora los síntomas del pie plano. Tras una extensión dorsal pasiva de los dedos del pie, el clínico realiza una presión plantar distal en dirección longitudinal de las cabezas de los metatarsianos. Esta carga corresponde a la presión sobre las cabezas metatarsianas en la fase de despegue de la marcha. En el pie plano se provoca dolor, mientras la presión plantar es indolora.

Signo de Strunsky: prueba de provocación de metatarsalgia. El paciente se encuentra en decúbito supino con los pies colgando de la mesa de exploración. El clínico sujeta los dedos gordos de cada pie y efectúa una flexión plantar de la articulación de la base de los dedos. Otra variedad consiste en hiperextender los dedos y con la otra golpea con un martillo de reflejos las cabezas metatarsianas.

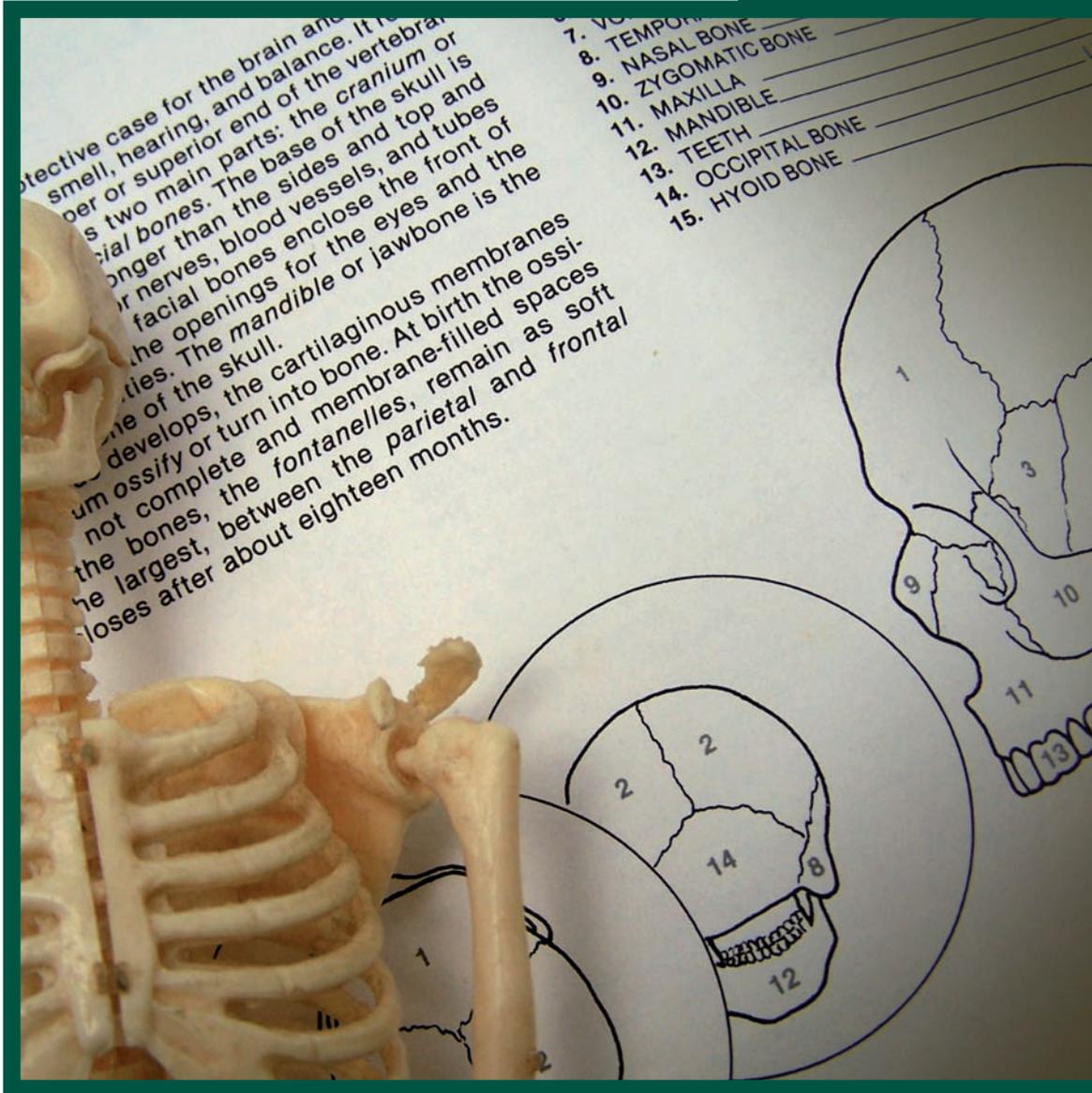
Test del Crujido: indica *hallux rigidus*. Con el pie relajado y colgando se sujeta el dedo gordo del pie por la articulación proximal, colocando el pulgar encima del dedo gordo y el resto de los dedos en la cara inferior del pie. Con la otra mano se fija el pie por su cara externa situando el pulgar por debajo de los dedos del pie y

se efectúan movimientos de su articulación proximal y si existe un *hallux rigidus* todos los movimientos son dolorosos y se oyen crujidos en la articulación por los cambios artrósicos.

Prueba del "Clic" de Mulder: signo indicativa de neuralgia interdigital o de Morton. El clínico sujeta en pinza el antepié del enfermo por los laterales y efectúa una presión de manera que los metatarsianos se mueven unos contra otros. Si existe neuralgia interdigital, cuando el clínico ejerce presión sobre las partes laterales del pie, desplazando los metatarsianos unos contra los otros aparecen parestesias y dolor irradiadas a los dedos adyacentes. De manera adicional, se pueden palpar entre los dedos pequeñas induraciones fibrosas que se desplazan durante la presión ejercida. La neuralgia de Morton, consiste en en engrosamiento fusiforme de un nervio plantar. Los neuomas interdigitales se encuentran generalmente en el segundo y tercer pliegues interdigitales. Raro observarles en el primero y cuarto.

BIBLIOGRAFÍA

10



10. BIBLIOGRAFÍA

1. ACEBES, J.C., LLANOS, L.F. *Monografías médico-quirúrgicas del aparato locomotor: El pie*. SECOT/SER. 2003.
2. AGUILAR, I.C. *Traumatismos y tendinitis de las extremidades superiores Offarm*. 2001.
3. ALEGRE DE MIQUEL, C., ASENSI ROLDÓS, E. & OBACH BENACH, J. *"Diagnóstico del Dolor Osteomuscular: Columna Vertebral"*. Monografías Almirall. Barcelona, 1990.
4. ATS STATEMENT. *Guidelines for The Six-minute Walk-test*. ATS Committee on Proficiency Standards for clinical pulmonary function laboratories. Am J Respir Crit Care Med. 2002 (166).
5. BACKUP, K. *Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular (Exploraciones – Signos – Síntomas)*. Barcelona. Editorial Masson, S.A. 2001.
6. KLAUS, BUCKUP. *Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Exploraciones-signos-síntomas*. 2ª edición. Editorial Masson S.A. 2002.
7. BAERY, J. *Manual de Reumatología y trastornos ortopédicos ambulatorios. Diagnóstico y terapéutica*. Ed Salvat.
8. BERDEJO DEL FRESNO, D., SÁNCHEZ PÉREZ, S., GONZÁLEZ CONTRERAS. *"Protocolo de recuperación funcional de una lesión de rodilla en baloncesto"*. Rev. int. med. cienc.act. fis. deporte - vol. 7-número 28-diciembre 2007.
9. BOROBIA FERNÁNDEZ, ANA, DE LA PUEBLA PINILLA, JESÚS, MERCADER UGUINA, R. *Valoración médica y jurídica de la incapacidad laboral*. Ed. La Ley, 2007.
10. BUCKHARDT, C.S., GOLDENBERG, D., CROFFORD, L. & AL. *Guideline form the management of fibromialgia syndrome pain in adults and children*. Glenview: American Pain Society, 2005.
11. FERNÁNDEZ PORTAL, L. *Actualizaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatología*. SECOT. Editorial Masson, S.A. 2005.
12. HANDOLL, H.H.G., ROWE BH, QUINN KM, DE BIE R. *Intervenciones para la prevención de lesiones de los ligamentos del tobillo (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 nº 4. Oxford: Update software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2008, Issue, Chichester, UK: John Wiley & sons, Ltd.).
13. HISLOP, H. & MONTGOMERY, J. *"Técnicas de Balance Muscular: Daniels & Worthingam"*. Elsevier. Barcelona, 2003.

14. KAPPLAN, H. I., SADOCK, B.I. *Tratado de Psiquiatría*. 6ª Edición. 1997, Intermédica Editorial.
15. MAS GARRIGA, M.E., BARRAQUER, FEU. *Hombro doloroso*. Jano. 2006.
16. PETTY, NICOLA J. & MOORE, ANN P. *"Exploración y Evaluación Musculoesquelética"*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 2003.
17. ROHEN, J.W., YOKOCHI, C. *"Atlas de Anatomía Humana"* Ed. Elsevier Science. 5ª Edición. Madrid 2003.
18. SALCEDO JOVEN, A., SÁNCHEZ GONZÁLEZ, B., CARRETERO, M. & AL. *Esguince de tobillo. Valoración en Atención Primaria*. Medicina Integral, 2000; 36 (2).
19. SALIDO & AL. *Factores relacionados con la incapacidad temporal en pacientes con fibromialgia*. Reumatol Clin. 2007.
20. SF CARVILLE & AL. *Evidence-based recommendations for the management of FM syndrome*. Annals of the Rheumatic diseases, 2008.
21. VAN DER WINDT, D., VAN DER HEIJDEN, GJMG., VAN DER BERG, SGM., TER RIET, G., DE WINTER, A.F., BOUTER, L.M. *Tratamiento con ultrasonido para el esguince agudo de tobillo (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 nº 4 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducido de The Cochrane Library ,2008, Issue 3, Chichester, UK: John Wiley & sons, Ltd.).
22. VIDAL FERNÁNDEZ, C. & LÓPEZ LONGO, F.J. *"Exploración de Lesiones Osteoarticulares: Dolor e Inflamación"*. Luzán 5 Ediciones. Madrid, 2001.

Otros documentos

CIE -10 (Organización Mundial de la Salud).

DSM- IV (Asociación Americana de Psiquiatría).

Manual de valoración de la incapacidad laboral en las enfermedades psiquiátricas. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el trabajo. 2001.

10. BIBLIOGRAFÍA

Valoración de la incapacidad laboral en traumatología. Guía del menoscabo permanente. Tomo I. 2002. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.

Documento Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. Reumatol. Clin. 2006;(2).

Manual de Actuación para médicos del INSS. Madrid. INSS. 2003.

Manual de Gestión de la Incapacidad Temporal. 3ª edición. INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.

Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en Atención Primaria y Especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión. Revista OMC, agosto 2001. Aprobado el 26-5-2001.

MANUAL para la VALORACIÓN de la INCAPACIDAD TEMPORAL en las PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES



Dirección General
de Ordenación e Inspección

 Comunidad de Madrid