

Manual de gestión de la Incapacidad Temporal

3ª edición



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



**Manual de
gestión de la
Incapacidad
Temporal**

3ª edición



*Edita: Instituto Nacional de la Salud
Subdirección General Coordinación Administrativa
Servicio de Documentación y Publicaciones
C/ Alcalá, 56
28014 Madrid*

*Depósito Legal: M-17.045-2001
I.S.B.N.: 84-351-0350-1
N.I.P.O.: 352-01-004-X
N.º Publicación INSALUD: 1.790*

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Inspección Sanitaria

Manual de gestión de la Incapacidad Temporal

3^a edición

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Madrid, 2001

ÍNDICE

| | <u>Pág.</u> |
|---|-------------|
| PRESENTACIÓN | 13 |
| INTRODUCCIÓN | 17 |
| I. RECOMENDACIONES PARA LA TRAMITACIÓN DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL | 21 |
| I. CLASIFICACIÓN DE LAS INCAPACIDADES | 23 |
| II. REGULACIÓN LEGAL DE LA I.T. | 23 |
| ¿Que entendemos por incapacidad temporal? | 23 |
| Contingencias que motivan la I.T. | 24 |
| Prestaciones que se generan en los procesos de I.T. | 26 |
| Requisitos para tener derecho al subsidio | 27 |
| Nacimiento del derecho al subsidio | 28 |
| Duración máxima de los procesos de I.T. | 28 |
| Finalización de los procesos de I.T. | 29 |
| III. CERTIFICACIÓN Y TRAMITACIÓN DE PROCESOS DE I.T. | 29 |
| Baja laboral | 30 |
| Confirmación de la baja laboral | 33 |
| Prórroga y control de la I.T. | 34 |
| Alta laboral | 36 |
| I. T. de trabajadores por cuenta propia incluidos en los regímenes especiales agrario y de trabajadores del mar | 38 |
| Utilización de partes de incapacidad temporal por el sistema TAIR | 39 |
| Resumen: médicos que pueden intervenir en la tramitación de un proceso de I.T. y funciones de cada uno de ellos | 39 |
| IV. RECOMENDACIONES GENERALES | 42 |
| V. TRAMITACIÓN DE LA INVALIDEZ PERMANENTE | 43 |
| ¿Cuándo solicitarla? | 43 |
| ¿Quién puede solicitar una invalidez permanente? | 43 |
| VI. MATERNIDAD | 44 |

| | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| VII. INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS | 46 |
| ANEXOS | 47 |
| Anexo I: Partes de baja y alta laboral por contingencias comunes | 49 |
| Anexo I.a.: Partes de baja y alta laboral por contingencias comunes. (Modelo del INSALUD para utilización mediante sistema TAIR de etiqueta identificativa) | 51 |
| Anexo II: Partes de confirmación por contingencias comunes | 53 |
| Anexo II.a.: Partes de confirmación por contingencias comunes | 55 |
| Anexo III: Informe médico trimestral de control | 57 |
| Anexo IV: Propuesta de alta médica | 58 |
| Anexo V: Informe propuesta clínico laboral modelo P.47/1 ... | 59 |
| Anexo VI: Informe clínico del enfermo pendiente de calificación de invalidez | 60 |
| Anexo VII: Partes de baja y alta laboral por contingencias profesionales | 61 |
| Anexo VIII: Partes de confirmación por contingencias profesionales | 63 |
| Anexo IX: Comunicación de la intención del facultativo del INSS de expedir el parte de alta por contingencias comunes | 65 |
| Anexo X: Parte de alta por contingencias comunes (a expedir por los facultativos del INSS) | 66 |
| Anexo XI: Comunicación de la intención del facultativo del INSS de expedir el parte de alta por contingencias profesionales | 69 |
| Anexo XII: Informe clínico laboral modelo p.47 | 72 |
| Anexo XIII: Modelo 3-AT-19-B, parte de asistencia sanitaria por accidente | 73 |
| Anexo XIV: Informe maternidad | 74 |
| Anexo XV: Cuadro de Enfermedades Profesionales en el Sistema de Seguridad Social (R.D. 1995/78 de 12 de mayo) | 75 |
| DIAGRAMAS | 77 |
| Diagrama I: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, parte de baja médica y alta ... | 79 |
| Diagrama II: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, parte de confirmación | 80 |

| | <u>Pág.</u> |
|---|-------------|
| Diagrama III: Instrucciones de cumplimentación de parte de baja/alta por contingencias comunes mediante el sistema TAIR | 81 |
| Diagrama IV: Instrucciones de cumplimentación de parte de confirmación por contingencias comunes mediante el sistema TAIR | 83 |
| Diagrama V: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, agotamiento por transcurso del tiempo máximo | 85 |
| Diagrama VI: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, propuestas de alta | 86 |
| Diagrama VII: Alta a efectos económicos de los facultativos del INSS, contingencias comunes | 87 |
| Diagrama VIII: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, informe médico trimestral de control | 88 |
| Diagrama IX: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, prórroga efectos de I.T. (L.G.S.S. art. 131 bis, 2 2º párrafo) | 89 |
| Diagrama X: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, parte de baja médica y alta | 90 |
| Diagrama XI: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, parte de confirmación | 91 |
| Diagrama XII: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, agotamiento por transcurso del tiempo máximo | 92 |
| Diagrama XIII: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, propuestas de alta | 93 |
| Diagrama XIV: Alta a efectos económicos de los facultativos del INSS, contingencias profesionales | 94 |
| Diagrama XV: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, informe médico trimestral de control | 95 |
| Diagrama XVI: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, prórroga efectos de I.T. (L.G.S.S. art. 131 bis, 2 2º párrafo) | 96 |
| II. GUÍA PRÁCTICA DE ESTÁNDARES DE DURACIÓN DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL | 97 |
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (001-139) | 103 |

| | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| 1. Gastroenteritis aguda | 103 |
| 2. Tuberculosis pulmonar | 104 |
| 3. Erisipela | 107 |
| 4. Varicela | 109 |
| 5. Herpes zoster | 110 |
| 6. Hepatitis virales agudas | 113 |
| NEOPLASIAS (140-239) | 117 |
| 7. Cáncer de mama | 117 |
| ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICIÓN Y META- BÓLICAS Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD (240-279) | 125 |
| 8. Hipertiroidismo no controlado | 125 |
| 9. Hipotiroidismo de reciente diagnóstico | 127 |
| 10. Diabetes mellitus de reciente diagnóstico | 129 |
| 11. Diabetes mellitus inestable | 131 |
| 12. Neuropatía sensitiva diabética | 132 |
| 13. Úlcera del pie diabético | 134 |
| TRASTORNOS MENTALES (290-319) | 137 |
| 14. Trastornos de ansiedad fóbica | 137 |
| 15. Otros trastornos de ansiedad | 139 |
| 16. Trastorno obsesivo compulsivo | 141 |
| 17. Reacción a estres agudo | 142 |
| 18. Trastorno de estres postraumático | 143 |
| 19. Trastornos de adaptación | 145 |
| 20. Trastornos disociativos | 147 |
| 21. Trastornos somatomorfos y neurastenia | 150 |
| ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGA- NOS SENSORIALES (320-389) | 155 |
| 22. Síndrome del tunel carpiano | 155 |
| 23. Desprendimiento de retina | 158 |
| 24. Glaucoma | 160 |
| 25. Catarata | 164 |
| 26. Queratitis | 166 |
| 27. Conjuntivitis | 170 |
| 28. Pterigion | 173 |
| 29. Otitis media aguda simple | 174 |

| | <u>Pág.</u> |
|---|-------------|
| 30. Síndrome vertiginoso periférico | 176 |
| 31. Factores condicionantes de I.T. en enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales | 178 |
| ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO (390-459) . | 181 |
| 32. Hipertension arterial | 181 |
| 33. Angina de pecho | 183 |
| 34. Infarto agudo de miocardio | 187 |
| 35. Revascularización miocárdica | 192 |
| 36. Hemorroides | 194 |
| 37. Varicocele | 198 |
| ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (460-519) . | 203 |
| 38. Infeccion respiratoria aguda | 203 |
| 39. Amigdalitis aguda | 205 |
| 40. Bronquitis aguda | 206 |
| 41. Sinusitis | 208 |
| 42. Neumonía | 210 |
| 43. Gripe | 214 |
| 44. Asma | 217 |
| 45. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 220 |
| 46. Pleuresía | 224 |
| 47. Neumotórax | 228 |
| 48. Factores condicionantes de incapacidad temporal en neumología . | 230 |
| ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (520-579) | 233 |
| 49. Úlcera gastroduodenal | 233 |
| 50. Gastritis | 236 |
| 51. Apendicitis aguda | 238 |
| 52. Hernia inguinal o crural | 240 |
| 53. Fisura anal | 243 |
| 54. Fístula anorrectal | 246 |
| 55. Absceso anorrectal | 248 |
| 56. Hepatopatía crónica y cirrosis | 250 |
| 57. Colelitiasis quirúrgica | 254 |
| 58. Enfermedades pancreáticas | 257 |
| 59. Hemorragia gastrointestinal | 260 |
| 60. Factores condicionantes de la incapacidad temporal en digestivo | 263 |

| | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO (580-629) . | 265 |
| 61. Pielonefritis aguda | 265 |
| 62. Litiasis renal | 268 |
| 63. Cistitis | 276 |
| 64. Uretritis | 280 |
| 65. Hiperplasia benigna prostática | 284 |
| 66. Prostatitis bacteriana | 289 |
| 67. Hidrocele | 292 |
| 68. Orquiepididimitis | 294 |
| ENFERMEDADES DE LA GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO (630-676) | 299 |
| 69. Dismenorrea | 299 |
| 70. Alteraciones menopausicas y postmenopausicas | 302 |
| 71. Amenaza de parto pretérmino | 307 |
| ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (680-709) | 311 |
| 72. Sinus o seno pilonidal | 311 |
| 73. Dermatitis aguda | 313 |
| 74. Urticaria | 316 |
| 75. Cirugía menor cutánea | 318 |
| ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO-MIOARTICULAR Y TE- JIDO CONECTIVO (710-739) | 321 |
| 76. Artropatía gotosa aguda | 321 |
| 77. Artrosis | 323 |
| 78. Alteraciones meniscales | 326 |
| 79. Condromalacia de rótula | 330 |
| 80. Otros trastornos internos de la rodilla | 335 |
| 81. Cervicalgia | 339 |
| 82. Lumbalgia | 344 |
| 83. Capsulitis adhesiva | 349 |
| 84. Enfermedad del manguito de los rotadores | 355 |
| 85. Entesopatías del codo | 358 |
| 86. Entesopatía de rodilla | 362 |
| 87. Contractura de la aponeurosis palmar de Dupuytren | 362 |
| 88. Factores condicionantes de la I.T. en enfermedades del sis- tema osteo-miioarticular y tejido conectivo | 364 |

| | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| LESIONES Y ENVENENAMIENTOS (800-999) | 367 |
| 89. Fracturas de miembro superior | 367 |
| 89.1. Fractura de clavícula | 368 |
| 89.2. Fractura de Colles | 368 |
| 89.3. Fractura de escafoides | 368 |
| 89.4. Fractura de metacarpianos | 369 |
| 89.5. Fractura de falanges | 370 |
| 90. Fractura de extremidad inferior | 370 |
| 90.1. Fractura de tobillo | 371 |
| 90.2. Fracturas del pie | 372 |
| 91. Fracturas de tibia y peroné | 373 |
| 92. Luxacion de hombro | 376 |
| 93. Esguince de tobillo | 381 |
| 94. Herida en mano | 384 |
| 95. Contusiones y golpes | 386 |
| III. REFERENCIAS LEGALES RELACIONADAS CON LA INCAPACIDAD TEMPORAL | 389 |
| Referencias legales | 391 |
| IV. LISTADO CIE-9-MC COMENTADO PARA SU UTILIZACIÓN EN LA GESTIÓN DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL | 393 |
| Listado CIE-9-MC para su utilización en gestión de procesos de I.T. ordenado según grupos diagnósticos | 395 |

PRESENTACIÓN

La Incapacidad Temporal constituye la expresión legal y administrativa de una situación médica y social indeseable; la enfermedad agravada por la circunstancia de la incapacidad para desempeñar la actividad laboral propia del trabajador. De esta incapacidad se derivan múltiples consecuencias de carácter económico, psicológico, social, laboral, etc... que siguen agravando la situación de quien en ella incurre. La Incapacidad Temporal es además la antesala de otra situación más penosa si cabe, la invalidez permanente.

Una parte de Incapacidad Temporal constituye una prescripción de reposo para el paciente al tiempo que genera el derecho para el mismo para percibir la prestación económica que nuestro sistema de Seguridad Social le reserva.

Esta cobertura tanto sanitaria como económica de una situación de infortunio de un trabajador, y por tanto, de sus beneficiarios, constituye una prestación demasiado preciosa como para permitirnos ponerla en peligro. Es en beneficio de todos por lo que debemos mimar las prestaciones que nuestro sistema de Seguridad Social nos ofrece.

Asegurar el derecho de los trabajadores a una protección económica suficiente y a una situación de descanso como pacientes con unos recursos cuyo desembolso pueda ser asumido por la Sociedad, es un objetivo difícil para cuya consecución los Servicios de Salud, a través de sus facultativos y la Inspección de Servicios Sanitarios, están llamados a ejercer su mejor saber hacer en pro del beneficio común.

Es preciso para ello, conocer las normas reguladoras de la prestación, los requerimientos operativos para su tramitación, además de los principios médicos propios del tratamiento de la enfermedad.

Estos tres aspectos intentaron ser recogidos en el Manual de Ayuda al Médico para la Gestión de la Incapacidad Temporal a través tres capítulos fun-

damentales; Recomendaciones para la Gestión y Tramitación de Procesos de Incapacidad Temporal, Guía Práctica de Estándares de Duración de Procesos de Incapacidad Temporal, y el Listado CIE-9-MC Comentado para su Utilización en la codificación de Procesos de Incapacidad Temporal.

Hoy recogemos el testigo dejado por aquella iniciativa para corregirla, ampliarla y adaptarla a los cambios normativos ocurridos desde entonces.

Los protocolos técnicos de actuación reducen la variabilidad de actuación sin restringir el libre ejercicio profesional de los facultativos, toda vez que son la plasmación de estándares pactados de actuación cuyo seguimiento es una garantía y protección tanto para el profesional como para el paciente al hacer operativo un criterio que marca la frontera entre lo que se considera normal de lo anormal.

La Inspección de Servicios Sanitarios vuelve a hacer suya la responsabilidad de gestionar y controlar esta prestación de Seguridad Social desde un punto de vista sanitario y en colaboración esta vez con la Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Española de Dermatología, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Española de Urología que se suman a la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología y Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física que participaron en la anterior edición, además de un grupo nutrido de colaboradores que ha llevado a cabo la necesaria revisión, ampliación y puesta al día del anterior manual para ajustar los aspectos de consenso a los nuevos tiempos, ofrecer un mayor número de patologías con duraciones estandarizadas y una revisión normativa y de procedimientos administrativos.

Conocer cuál es la duración adecuada de los procesos de Incapacidad Temporal, y como debemos ajustarnos a las normas que regulan su contenido y tramitación, es el objetivo de este manual para la gestión que día a día hacemos de esta prestación desde la sanidad pública.

La participación de distintas sociedades científicas, médicos especialistas en medicina de familia, generalistas e inspectores garantiza el consenso y enfoque multidisciplinar del contenido de esta guía, si bien, siempre se ha considerado que la atención personalizada a cada paciente y cada proceso es

tarea incuestionable de cada profesional, a lo que se une la gran varibilidad clínica existente, y por tanto la determinación última de la duración de cada proceso corresponde al facultativo que le atiende.

Está en mi ánimo que esta obra sea de utilidad y facilite el quehacer diario de los facultativos implicados en la prescripción de la prestación, y espero que se le dispense la buena acogida que en su momento tuvo la primera edición.

Angel Luis Guirao García
Subdirector General de Inspección Sanitaria

INTRODUCCIÓN

La *Guía práctica de estándares de duración de procesos de Incapacidad Temporal* que se incluía en el Manual de Ayuda al Médico para la Gestión de la Incapacidad Temporal en su primera edición, intentó ser un protocolo técnico de gestión de esta importante prestación de la Seguridad Social que trataba de responder a la pregunta, no siempre considerada en los manuales clásicos de medicina, sobre cuando procede y cuanto debe durar una prescripción de reposo.

La selección de procesos a estudiar se realizó sobre las tablas de incidencia elaboradas por la Subdirección General de Inspección Sanitaria con el ánimo de cubrir la mayor parte posible del espectro patológico que ocasiona esta prestación. Hoy, con este manual presentamos la revisión y ampliación de aquella guía siguiendo la misma metodología de trabajo en su confección.

Para facilitar la identificación y localización de los estándares de duración de las patologías causantes de los procesos de Incapacidad Temporal hemos seguido el orden específico en que estos aparecen relacionados en la clasificación CIE-9-MC salvo en el caso de los trastornos psiquiátricos que aparecen clasificados y descritos según la clasificación CIE-10, no obstante, hemos señalado la correlación de cada trastorno con la clasificación CIE-9-MC con el fin de mantener la estructura general del manual y permitir mantener la homogeneidad de registros que el Sistema de Información de la Inspección de Servicios Sanitarios del INSALUD, precisa para el correcto control de la prestación de Incapacidad Temporal en su ámbito de actuación.

Los estándares de duración y los criterios de encuadramiento de cada patología en el referido estándar fueron elaborados de manera consensuada por todos los participantes en la Comisión Elaboradora que realizó así mismo una revisión de aquellos establecidos en la primera edición de este manual.

Posteriormente se adaptó un texto que viniera a servir de introducción y a resolver de manera simplificada, las principales dudas a las que se pudieran enfrentar los facultativos prescriptores a la hora de prestar la atención sanitaria debida al trabajador en Incapacidad Temporal. En este sentido se hizo especial hincapié en el apartado pronóstico y allí donde fue preciso se realizó una estratificación del riesgo y una serie de consideraciones laborales.

Los estándares se definieron para cada uno de los niveles de riesgo especificados señalándose los criterios de inclusión en dicho nivel de riesgo y para los que dicho estándar de duración puede ser considerado.

Las *Recomendaciones para la tramitación de procesos de Incapacidad Temporal* incluidas en la primera edición del Manual de Ayuda la Médico para la Gestión de la Incapacidad Temporal han quedado incompletas con la nueva regulación que de la prestación se ha hecho desde su publicación.

Por esta razón se ha reformado el texto de la primera edición del manual y se han introducido las novedades normativas surgidas últimamente y que han supuesto un cambio sustancial en la tramitación médico-administrativa de los partes de Incapacidad Temporal. De esta forma, los médicos del Sistema Público de Salud han incrementado su participación en los mecanismos de control, a la vez que se ha implementado el sistema de gestión con las funciones de los facultativos de los Equipos de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de las mutuas de accidente de trabajo y enfermedad profesional de la Seguridad Social.

Se ha tratado de señalar de forma sencilla y resumida aquellos aspectos de interés para la labor del día a día del profesional que expide documentos justificantes de la situación de incapacidad en la Seguridad Social y se han incluido los anexos y diagramas que se han considerado para la comprensión de los procedimientos de tramitación de procesos.

En el mismo sentido de facilitar la tarea del profesional y favorecer la posibilidad de desarrollo personal en materia de Incapacidad Temporal, se ha incluido un capítulo con la *Bibliografía y referencias legales relacionadas con la Incapacidad Temporal* durante los últimos años.

La implantación en el Sistema Nacional de Salud de la codificación CIE-9-MC, que forma parte del conjunto mínimo/básico de datos (CMBD), fue aprobada por el Consejo Interterritorial de Salud. Con ella se da luz a la actividad desarrollada en nuestras instituciones.

La Circular INSALUD 1/97 de 1 de enero sobre el control de la Incapacidad Temporal por enfermedad común y accidente no laboral establece la Clasificación CIE-9-MC como sistema de codificación diagnóstica de los procesos de generadores de bajas laborales. Su extensión a este ámbito de la Incapacidad Temporal, nos permitirá un mejor conocimiento epidemiológico de la prestación.

La fiabilidad de estos registros administrativos se asegura, en gran medida, en cuanto a incidencia y duración de la misma. La cumplimentación de un trámite administrativo por parte del médico se convierte en este caso en un magnífico sistema de registro epidemiológico.

Por lo anterior y con el ánimo de facilitar la tarea de cumplimentación de partes de baja y alta, facilitar la referencia a los distintos cuadros clínicos, a modo de índice y buscando procurando la recogida de datos epidemiológicos de las patologías ocasionantes de la Incapacidad Temporal se ha incluido como primer capítulo de este manual la *Clasificación CIE-9-MC comentada para la gestión de procesos de Incapacidad Temporal* ordenada por códigos diagnósticos, lo que supone un ordenamiento lógico por aparatos y entidades etiológicas de las distintas patologías.

Entendemos que la versión de esta clasificación CIE-9-MC reducida a tres dígitos es suficiente a efectos operativos de la gestión de la Incapacidad Temporal. Por necesidades específicas de esta prestación, se ha hecho preciso añadirle ocho códigos más a partir del número 1.000 con el fin de permitir la codificación de ciertas causas de baja laboral que frecuentemente aparecen reflejadas en los partes P9 de baja/alta laboral como causa de procesos de Incapacidad Temporal por tener que emitir un diagnóstico al principio del proceso. No consignar estas causas de baja supondría ignorar una realidad.

Se han añadido, en ciertos casos, entidades a cinco dígitos cuando se puede hallar una referencia específica a ellas en algunos capítulos dedicados a los estándares de duración. En estos casos además se ha resaltado el diag-

nóstico en cuestión y se hace una referencia al capítulo donde se puede encontrar información mediante una llamada en nota a pie de página.

Lo anterior se completa con otras de notas al pie de página destinadas a ofrecer información de ayuda para la tramitación de partes de Incapacidad Temporal en diagnósticos con peculiaridades especiales.

I. Recomendaciones para la tramitación de procesos de I.T.

**Dr. Jesús Hernández Manso
Dr. Félix Robledo Muga
Dra. Ana Lanza Barrena
Dr. José Fco. Jiménez Galindo
Dr. Alberto Pardo Hernández**

I. CLASIFICACIÓN DE LAS INCAPACIDADES

En relación con su duración las podemos dividir en:

1. **Temporales o transitorias:** son aquellas en las que cabe esperar su recuperación en un período de tiempo determinado. Estas situaciones están recogidas en la normativa anterior al 1 de enero de 1995 como Incapacidad Laboral Transitoria o Invalidez Provisional y a partir de esa fecha como Incapacidad Temporal.
2. **Permanentes:** son aquellas que presentan una alteración de la capacidad laboral, previsiblemente definitiva.

CLASIFICACIÓN DE LAS INCAPACIDADES

A. Temporales o transitorias.

B. Permanentes: A su vez se clasifican en:

- Incapacidad Permanente Parcial
- Incapacidad Permanente Total para la Profesión Habitual
- Incapacidad Permanente Absoluta
- Gran Invalidez

II. REGULACIÓN LEGAL DE LA I.T.

¿QUE ENTENDEMOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL?

Entendemos por I. T. aquella situación en la que se encuentra un trabajador que por causa de una enfermedad o accidente se encuentra incapacitado para el desempeño de su trabajo.

Tendrán consideración de situaciones determinantes de I.T.:

1. **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 (SS) y esté impedido para el trabajo.
2. **Los períodos de observación por enfermedad profesional** durante los cuales prescriba la baja en el trabajo.

CONCEPTOS QUE DEFINEN LA I.T.

- A. **Incapacidad para el trabajo por causa sanitaria:** salvo durante los períodos de observación con baja en caso de enfermedad profesional.
- B. **Carácter temporal de dicha incapacidad:** en función del pronóstico de la lesión padecida.

CONTINGENCIAS QUE MOTIVAN LA I.T.

A las "causas" determinantes de la I.T. las llamamos contingencias en función de si se trata de enfermedades o de accidentes y de si tienen relación o no con el trabajo. De esta forma tenemos contingencias profesionales y comunes (no profesionales).

ENFERMEDAD PROFESIONAL (E.P.)

Se entiende por enfermedad profesional aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro aprobado de enfermedades profesionales (R.D. 1.995/78 de 12 de mayo. Ver Anexo XV) y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen.

ACCIDENTE DE TRABAJO (A.T.)

Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

En principio se considerarán accidentes de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo.

También se considerarán accidentes de trabajo:

- Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo. (**accidentes in itinere**).
- Los que sufra el trabajador por causa de desempeñar **puestos electivos de carácter sindical** y los que ocurran al ir y volver del lugar donde se desempeñen funciones propias de dichos cargos.
- Los que ocurran al desempeñar tareas que sin ser propias de la profesión del trabajador, se ejecuten en cumplimiento de **órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa**.
- Los acaecidos en **actos de salvamento** cuando tengan conexión con el trabajo.
- Las **enfermedades**, no incluidas en el concepto de enfermedad profesional, **que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo**, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.
- Las **enfermedades o defectos padecidos con anterioridad** por el trabajador que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.
- Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación por **enfermedades intercurrentes** que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado al paciente para su curación.
- **No impedirán la calificación como accidente de trabajo** la imprudencia profesional del trabajador por causa del ejercicio habitual del trabajo, ni la concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo, o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

ENFERMEDAD COMÚN (E.C.)

Las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales.

ACCIDENTE NO LABORAL (A.N.L.)

Las lesiones corporales que no cumplen criterios de accidente laboral.

| CONTINGENCIAS QUE MOTIVAN LA I.T. | | |
|-----------------------------------|------------------------|--|
| Contingencias profesionales | Enfermedad Profesional | Solamente aquellas enfermedades que se contemplan en la tabla de enfermedades profesionales. |
| | Accidente de Trabajo | En principio se considerarán las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo. |
| Contingencias comunes | Enfermedad Común | Las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales. |
| | Accidente no Laboral | Las lesiones corporales que no cumplen criterios de accidente laboral. |

PRESTACIONES QUE SE GENERAN EN LOS PROCESOS DE I.T.

PRESTACIONES SANITARIAS

Dependiendo de la contingencia causante, su prestación compete a:

- **Enfermedad Común y Accidente no laboral:** Su prestación corresponde al INSALUD, Servicios de Salud de las CC.AA. o Empresas Colaboradoras.
- **Enfermedad Profesional y Accidente Laboral:** Mutuas de Accidentes de Trabajo y Empresas Colaboradoras. INSALUD y Servicios de Salud de las CC.AA. en los casos en que esta contingencia se halle asegurada por el INSS.

PRESTACIONES ECONÓMICAS

Podrán correr a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, o Empresas Colaboradoras.

Para calcular la prestación económica se tienen en cuenta dos componentes:

- **Base reguladora:** Es el resultado de dividir las bases de cotización del mes anterior a la fecha de la baja, entre los días del mes.
- **Porcentaje sobre la base reguladora:** Depende de la contingencia ocasionante.

CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA (Porcentaje sobre la Base Reguladora)

| | |
|--|--|
| A. Accidente de trabajo y enfermedad profesional | <ul style="list-style-type: none">• 75% de la B.R. desde el día en que nace el derecho.• 60% de la B.R. desde el día 4 al 20 ambos inclusive.• 75% a partir del día 21 hasta la finalización de la prestación. |
| B. Enfermedad común y accidente no laboral | En este caso corre a cargo del empresario el abono de la prestación al trabajador desde el día 4º al 15º de baja ambos inclusive. |

REQUISITOS PARA TENER DERECHO AL SUBSIDIO

Los requisitos para tener derecho al subsidio son:

1. **Estar afiliado a la Seguridad Social.**
2. **Estar en alta o en situación asimilada al alta en Seguridad Social.**
3. **Tener cubierto un período mínimo de cotización** que dependiendo de la contingencia ocasionante será:
 - **Enfermedad Común:** 180 días dentro de los 5 últimos años.
 - **Accidente, sea o no de trabajo, y enfermedad profesional:** No se requiere periodo de cotización previa.

NACIMIENTO DEL DERECHO AL SUBSIDIO

Dependiendo de la contingencia ocasionante del proceso:

1. **Accidente de trabajo o enfermedad profesional:** desde el día siguiente al de la baja. En este caso el día de la baja laboral corre a cargo del empresario.
2. **Enfermedad común o accidente no laboral:** desde el cuarto día de la baja.

DURACIÓN MÁXIMA DE LOS PROCESOS DE I.T.

Al contabilizar la duración de un proceso de I.T. se computarán los períodos de recaída y de observación en caso de enfermedad profesional.

| DURACIÓN MÁXIMA DE LOS PROCESOS DE I.T. | |
|--|---|
| A. <ul style="list-style-type: none">• Enfermedad común• Enfermedad profesional• Accidente de trabajo• Accidente no laboral | Doce meses prorrogables por otros seis cuando se presuma que durante ellos pueda el trabajador ser dado de alta médica por curación. Se han de computar los períodos de recaída y de observación. |
| B. Período de observación por enfermedad profesional | Seis meses prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad. |

Se ha de entender que las duraciones anteriores son duraciones máximas. La duración de cada proceso estará limitada exclusivamente al período en que el paciente se halle incapacitado clínicamente para el desempeño de su trabajo.

Para el cómputo de la duración máxima, se ha de tener en cuenta que serán acumulables los períodos de baja laboral que comiencen antes de transcurrir 6 meses desde el alta del proceso anterior, siempre y cuando tengan el mismo diagnóstico.

FINALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE I.T.

| FINALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE I.T. | |
|--|---|
| Causas de extinción del proceso de I.T. <ul style="list-style-type: none"> • Transcurso del plazo máximo establecido (12 meses sin prórroga o 18 en caso de concederse la prórroga). • Alta médica sin declaración de Invalidez Permanente. • Alta médica con declaración de Invalidez Permanente. • Por reconocérsele al beneficiario el derecho al percibo de la pensión de jubilación. • Fallecimiento. | Causas de denegación, anulación o suspensión del subsidio económico <ul style="list-style-type: none"> • Actuación fraudulenta para obtener o conservar la prestación. • Rechazo o abandono del tratamiento sin causas razonables (suspensión). • Trabajar por cuenta propia o ajena. |

Una vez transcurrido el período máximo de duración, sin concurrir otras causas de extinción, se examinará necesariamente al paciente en el plazo de tres meses, a efectos de calificación como inválido permanente en el grado que le corresponda.

No obstante, cuando la situación clínica hiciera aconsejable demorar la citada calificación, está podrá ser retrasada durante el tiempo preciso, que en ningún caso superará los 30 meses desde el momento de inicio de la I.T. Durante este último período no subsiste la obligación de cotizar a la S.S. si bien se halla prorrogada la I.T.

III. CERTIFICACIÓN Y TRAMITACIÓN DE PROCESOS DE I.T.

En los **DIAGRAMAS I y II** se describe el **procedimiento de tramitación** de los partes por contingencias comunes y profesionales, indicándose de forma resumida todas las instrucciones escritas a continuación.

Asimismo se especifican los **cometidos de los diversos facultativos** que intervienen en la gestión de la Incapacidad Temporal: Inspección de Servicios Sanitarios, facultativos de las Entidades Gestoras (médicos de los Equipos de Valoración de Incapacidades del INSS y médicos del Instituto Social de la Marina -ISM-), facultativos de los servicios médicos de las MATEPSS, y fundamentalmente los facultativos del Sistema Público de Salud prescriptores de las bajas.

BAJA LABORAL

El único documento oficial con validez reglamentaria para justificar un proceso de baja por causa médica es el parte médico de baja de Incapacidad Temporal.

ENFERMEDAD COMÚN Y ACCIDENTE NO LABORAL

En los procesos de I.T. por estas contingencias la asistencia sanitaria corresponde al INSALUD (o al Servicio de Salud correspondiente) pero la prestación económica puede corresponder a una Entidad Gestora de la Seguridad Social (el INSS o el ISM en el caso de trabajadores del mar) o bien a una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), según la entidad con quien la empresa, o el propio trabajador en el caso de los encuadrados en el Régimen Especial de los Trabajadores Autónomos, asegure dichos riesgos.

Excepción a lo anterior son las empresas autoaseguradoras, que proporcionan a su cargo tanto la asistencia sanitaria como la prestación económica.

El modelo oficialmente válido es el "**Parte Médico de Baja/Alta de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes**", modelo P.9 (Ver Anexo I). Dicho parte, lo debe extender el médico inmediatamente tras el reconocimiento del enfermo.

El modelo P.9 consta de cuatro ejemplares:

1. **Original**, destinado al Servicio Público de Salud (INSALUD), a remitir a la Inspección Médica en el plazo de tres días.
2. **Copia para remitir, desde el INSALUD, al INSS, Instituto Social de la Marina (ISM) o MATEPSS**, según corresponda, en el plazo de cinco días. Si el médico que expide la baja no pudiese determinar la entidad a la que debe remitirse, la entregará, en sobre cerrado, al trabajador, para que éste la haga llegar a su destino.

En estos dos ejemplares debe constar necesariamente el diagnóstico, la descripción de la limitación de la capacidad funcional que motiva el proceso de I.T. y la duración probable de éste.

3. **Copia para el paciente.**
4. **Copia para la empresa**, que lo remitirá a la Entidad Gestora o a la MATEPSS correspondiente, salvo en el caso de ser autoaseguradora.

Este ejemplar se entregará también al interesado para su presentación en la empresa dentro del plazo de tres días.

ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Las contingencias profesionales (A.T. y E.P.) están previstas para todos los trabajadores salvo para los pertenecientes a los regímenes especiales de autónomos y empleadas de hogar. Por esta razón, para estos últimos, aunque se conozca la relación directa de la patología con el desarrollo de su tarea profesional, la documentación a utilizar será la misma que en el caso de enfermedad común y accidente no laboral.

Las contingencias profesionales pueden estar aseguradas con el INSS (o el ISM en el caso de los trabajadores del mar), con las MATEPSS o bien por la propia empresa directamente (empresas autoaseguradoras). La asistencia sanitaria solo es competencia del INSALUD (o el Servicio de Salud correspondiente) cuando están aseguradas con el INSS.

Si la contingencia está amparada por el INSS, los trabajadores, en caso de sufrir una lesión o enfermedad de origen laboral, deberán aportar al médico un "Parte de Asistencia Sanitaria por Accidente" (modelo 3-AT-19-B, Anexo XIII) entregado por su empresa, mediante el cual ésta reconoce las lesiones como derivadas de contingencia profesional y acredita tenerlas cubiertas con el INSS. Recibido éste e inmediatamente después de explorar al paciente, el médico deberá emitir, si considera necesaria la baja laboral, un "Parte Médico de Baja/Alta de Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales", **modelo P.9/11** (Anexo VII).

El modelo P.9/11 consta de cuatro ejemplares:

1. **Original**, destinado a la Inspección Médica del INSALUD (u órgano equivalente en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas), que debe hacerse llegar a ella en el plazo de tres días.

2. **Copia para remitir desde el INSALUD al INSS** en el plazo de cinco días. Estos dos ejemplares deben contener, necesariamente, el diagnóstico, la descripción de la limitación de la capacidad funcional que motiva la I.T. y la duración probable del proceso.
3. **Copia para el interesado.**
4. **Copia para la empresa**, que posteriormente la remitirá al INSS. Esta debe entregarse también al trabajador para su presentación en la empresa dentro del plazo de tres días.

Si la contingencia está protegida por una MATEPSS, los certificados de baja por contingencias profesionales, que son propios de cada una de ellas, serán cumplimentados por los facultativos al servicio de las mismas.

ACTUACIÓN ANTE DETERMINADOS SUPUESTOS

Asegurado cuya asistencia sanitaria por contingencias profesionales está amparada por una MATEPSS y acude a un centro de salud.

Se prestará asistencia al asegurado por parte del facultativo del INSALUD, quién comunicará a la correspondiente unidad de cargos dichas actuaciones.

En caso de que el trabajador precise baja laboral, se remitirá a la MATEPSS. No se expedirá parte de baja alguno por el facultativo del INSALUD remitiendo al trabajador a su MATEPSS correspondiente.

Determinación de contingencias.

Las contingencias que originan la baja laboral de un trabajador pueden provocar problemas de interpretación y de competencias de la entidad aseguradora que en la practica se concretan, entre otros, en los siguientes **supuestos:**

1. Asegurado que es dado de alta por una MATEPSS tras una I.T. por contingencia profesional y solicita la baja por contingencia común en el INSALUD.
2. Asegurado en I.T. por contingencia común en INSALUD y que se sospeche que debería estarlo por contingencia profesional en una MATEPSS.

3. Asegurado que acude a nuestros Servicios refiriendo haber sufrido un accidente de trabajo que no ha sido reconocido como tal por su Empresa o por la MATEPSS correspondiente.

En tales situaciones se consultará a la Inspección Médica de Área quién determinará el procedimiento a seguir comunicando la resolución al facultativo para la emisión de los partes pertinentes.

CONFIRMACIÓN DE LA BAJA LABORAL

Es preceptivo que con carácter previo a la emisión de cada parte de confirmación se reconozca al paciente.

Si durante el proceso de I.T. cambiase la consideración de la contingencia que lo ocasionó, el médico deberá comunicar dicha circunstancia a la Inspección Médica de Área, procediendo a anular la baja original y tramitar una nueva por la contingencia pertinente.

ENFERMEDAD COMÚN Y ACCIDENTE NO LABORAL

La situación de I.T. se confirmará mediante la cumplimentación por parte del médico del "**Parte Médico de Confirmación de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes**", modelo P.9/1 (Anexo II) al cuarto día del inicio de la I.T. y, sucesivamente, cada siete días, contados a partir del primer parte de confirmación (igual para todos los regímenes).

El parte de confirmación P.9/1 tiene el mismo número de ejemplares que el parte de baja P.9 y con iguales destinos y plazos. Son también aplicables a él los preceptos respecto a constancia de tratamiento médico previsto, pruebas diagnósticas, duración prevista para tratamiento y/o pruebas y duración probable del proceso desde esta fecha en los ejemplares destinados a la Inspección Médica y a la entidad responsable de las prestaciones económicas.

En el momento de la expedición del tercer parte de confirmación, así como en los sucesivos partes, cada cuatro semanas a partir del anterior, el facultativo deberá cumplimentar los apartados correspondientes al **informe complementario** que figura en el propio parte.

ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

La confirmación de la baja se realizará mediante la cumplimentación por parte del facultativo del **"Parte Médico de Confirmación de Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales"**, modelo P.9/5 (Anexo VIII), a los siete días naturales siguientes al inicio de la incapacidad y, sucesivamente, cada siete días a partir del primero.

El parte de confirmación modelo P.9/5 tiene el mismo número de ejemplares que el de baja P.9/11 y con iguales destinos y plazos. Son también aplicables a él los preceptos respecto a constancia de tratamiento médico previsto, pruebas diagnósticas, duración prevista para tratamiento y/o pruebas y duración probable del proceso desde esta fecha en los ejemplares destinados a la Inspección Médica y a la Entidad Gestora.

En el momento de la expedición del tercer parte de confirmación, así como en los partes sucesivos, cada cuatro semanas a partir del anterior, el facultativo deberá cumplimentar los apartados correspondientes al **informe complementario** que figura en el propio parte.

PRÓRROGA Y CONTROL DE LA I.T.

PRÓRROGA DE LA I.T.

Para que, una vez alcanzados los doce meses, la situación de I.T. pueda prorrogarse, es necesario que en el parte de confirmación inmediatamente anterior al que coincida con los doce meses de permanencia del interesado en Incapacidad Temporal (parte nº51 en caso de I.T. por contingencias comunes y nº50 en caso de I.T. por contingencias profesionales), el médico cumplimente el apartado correspondiente, describiendo las dolencias que sufre el paciente y las limitaciones de su capacidad funcional y haciendo constar su presunción de que podrá ser dado de alta por curación en los seis meses siguientes.

CONTROL DE LOS PROCESOS DE I.T. POR LA INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

La Inspección de Servicios Sanitarios tiene atribuidas las funciones de seguimiento, control y evaluación de los procesos de I.T. y es la máxima autoridad en lo referente a estas situaciones. Por ello, el médico inspector está

facultado para asesorar al médico asistencial sobre incapacidad temporal, emitir partes de baja y confirmación cuando lo considere oportuno, decretar altas por cualquiera de sus posibles causas, incluida el alta por Inspección (ver epígrafe correspondiente, pág. 36) y decidir sobre las propuestas de alta, y las altas a extender por los facultativos del INSS (ver más adelante). Igualmente, corresponde a la Inspección Médica realizar trimestralmente, desde el inicio de cada uno de los procesos de incapacidad temporal y hasta su fin, un informe médico de control que justifique el mantenimiento de la situación de I.T., para remitirlo a la entidad responsable de las prestaciones económicas (Anexo III).

CONTROL DE LOS PROCESOS DE I.T. POR PARTE DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS. PROPUESTAS DE ALTA

La entidad gestora (INSS o ISM) o la MATEPSS, esta última respecto de los procesos derivados de contingencias comunes, podrán citar a reconocimiento por sus propios servicios médicos a los trabajadores en situación de I.T. cuyas prestaciones económicas estén bajo su responsabilidad.

El trabajador deberá acudir a estas citaciones provisto de la información clínica relativa al proceso de que disponga. En caso de que ésta no sea suficiente, dichos servicios médicos podrán solicitar una ampliación sobre los aspectos concretos relacionados con el proceso que genera la incapacidad.

Cuando la entidad gestora o la MATEPSS, como consecuencia de los reconocimientos practicados y/o del resto de la información sobre el proceso de que dispongan, consideren que el trabajador pudiera no estar incapacitado para el trabajo, podrán formular, a través de sus correspondientes servicios médicos, propuestas motivadas de alta laboral (Anexo IV).

Cada propuesta se dirigirá a la Inspección Médica de Área, que la transmitirá al médico responsable de la baja, quien deberá responder en 10 días desde que la propuesta se recibió en la Inspección, bien argumentando confirmación de la baja o bien procediendo a extender el alta.

Cuando el facultativo no se pronuncie o la Inspección Médica discrepe de su criterio, ésta tomará la decisión oportuna, informando de ella al facultativo.

El INSS utiliza habitualmente para formular sus propuestas de alta el modelo que se adjunta como Anexo IV.

ALTA LABORAL

El alta laboral puede ser emitida por el facultativo del INSALUD (habitualmente el médico asistencial responsable de la baja y, de forma excepcional, el médico inspector) o bien por los facultativos adscritos al INSS. El procedimiento y los modelos a utilizar en uno y otro caso es diferente.

ALTA EXTENDIDA POR EL FACULTATIVO DEL INSALUD

El médico debe decretar el alta laboral, mediante la emisión del correspondiente "Parte Médico de Baja/Alta de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes" o bien "Parte Médico de Baja/Alta de Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales" (modelos P.9 o P.9/11) según el caso, en el momento en que se produzca una de las circunstancias que se señalan a continuación como causas de alta. Por tanto, no se debe esperar a la fecha en que correspondiese emitir el siguiente parte de confirmación.

CAUSAS DE ALTA LABORAL

Las causas de alta laboral pueden ser las siguientes:

- a) **Curación.**
- b) **Fallecimiento:** el alta debe cursarse con fecha de la defunción.
- c) **Inspección Médica:** Sólo es "Alta por Inspección" la que, como tal, decreta personalmente y firma un Inspector Médico. Tienen la particularidad de que, tras un alta por este concepto y durante un período que determinará la propia Inspección pero no inferior a seis meses, las posibles nuevas bajas del trabajador en cuestión corresponden a la Inspección Médica.
- d) **Propuesta de invalidez:** En caso de que las lesiones del paciente le incapaciten para el desarrollo de su trabajo de forma previsiblemente definitiva, el médico emitirá un Informe Clínico-Laboral (modelo P.47, Anexo XII) que se remitirá a la Inspección Médica de Área por la misma vía que el resto de los partes. Si la Inspección ratifica el criterio manifes-

tado por el médico, se tramitará una propuesta de invalidez permanente a la Entidad Gestora, lo que requiere la emisión previa del alta laboral.

- e) **Agotamiento de plazo:** Se emitirá también parte de alta en caso de agotar la I.T. su plazo máximo. Tras ello, y en tanto se resuelve el expediente de invalidez por el órgano correspondiente, el médico cumplimentará el "Informe clínico del enfermo pendiente de calificación de invalidez" (Anexo VI) con periodicidad trimestral, empezando a los tres meses del agotamiento del plazo máximo de la IT, es decir, cuando se cumplan 21 meses y hasta la calificación de la invalidez o, como máximo, hasta que se cumplan 30 meses desde el inicio de la IT.
- f) **Mejoría que permite realizar el trabajo habitual:** Debe emitirse también parte de alta en aquellos casos en que, aun no pudiendo hablarse de "curación" de la enfermedad, se ha producido una mejoría clínica que permite al paciente incorporarse a su actividad habitual, aunque pueda ser necesario continuar el tratamiento.
- g) **Incomparecencia:** Es motivo de alta también que el asegurado no acuda al médico en la fecha en que corresponde un parte de confirmación. Sin embargo, es conveniente esperar un plazo razonable (hasta que falte por segunda vez a recoger el parte de confirmación, por ejemplo) antes de extender el parte de alta, por si existiese una causa justificada que se lo hubiera impedido. En caso contrario, se emitirá parte de alta con fecha del primer parte de confirmación no emitido.

ALTA EXTENDIDA POR FACULTATIVOS DEL INSS

Los médicos del INSS cuando, tras el reconocimiento del trabajador, consideren que corresponde emitir el alta laboral, pueden decretarla ellos mismos. Para ello, en ese mismo momento, cumplimentarán un parte de alta ("**Parte Médico de Alta de I.T. por contingencias comunes, a expedir por los facultativos adscritos al INSS**", modelo P. 9/2, Anexo X o bien, "**Parte Médico de Alta de I.T. por contingencias profesionales, a expedir por los facultativos adscritos al INSS**", modelo P. 9/3) Anexo XI, en el que harán constar tanto la fecha de dicha cumplimentación como la fecha de efectos del alta (el quinto día hábil siguiente), entregarán dos copias del mismo al trabajador (una para el interesado y otra para su empresa) y comunicarán a la Inspección Médica su intención de extender el alta, remitiéndole

inmediatamente una copia del parte emitido. La Inspección dispone de un plazo de tres días para, en su caso, manifestar su disconformidad. De no hacerlo en ese plazo, el alta será efectiva en la fecha señalada, determinando la extinción de la prestación económica por incapacidad temporal. A partir de ese momento, el trabajador tiene derecho a reincorporarse a su puesto de trabajo y debe entregar el ejemplar correspondiente a la empresa dentro de las veinticuatro horas siguientes. El INSS, por su parte, remitirá al Servicio Público (INSALUD) el ejemplar del parte a él destinado.

ALTA EXTENDIDA POR FACULTATIVOS DEL INSS A INSTANCIA DE UNA MUTUA

Cuando los servicios médicos de una Mutua remitan a la Inspección Médica una propuesta de alta respecto de un trabajador de cuya prestación económica de IT por contingencias comunes sea responsable dicha Mutua y tal propuesta no sea respondida en plazo, podrán optar entre reiterarla o bien plantear la iniciativa de alta ante el INSS. El facultativo del INSS reconocerá al trabajador y, si considera que corresponde la emisión del parte de alta, seguirá el procedimiento antes descrito, con la única diferencia de que, transcurrido el plazo establecido sin que la Inspección haya manifestado su disconformidad, el INSS enviará a la Mutua que formuló la iniciativa, dentro de los cinco días siguientes, dos ejemplares del parte: uno destinado a dicha entidad y otro para que desde ésta se remita al Servicio Público de Salud (INSALUD).

En los casos en que el alta médica haya sido expedida por los servicios médicos del INSS, durante los seis meses siguientes, sólo la Inspección de Servicios Sanitarios podrá emitir un nuevo parte de baja relacionado con el proceso patológico que originó el alta.

I. T. DE TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA INCLUIDOS EN LOS REGÍMENES ESPECIALES AGRARIO Y DE TRABAJADORES DEL MAR

Al no tener empresa, corresponde a los interesados remitir a la entidad gestora la copia destinada a la empresa de los partes de baja, confirmación y alta en el plazo de cinco días.

En caso de entender que un paciente incurre en alguna de las causas previstas como causa de denegación, anulación o suspensión del subsidio económico, se comunicará a la Inspección Médica de Área correspondiente.

UTILIZACIÓN DE PARTES DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR EL SISTEMA TAIR

El INSALUD con el fin de facilitar la cumplimentación de diversos documentos de uso diario por los facultativos asistenciales, ha equipado a éstos con material que permite la introducción de determinados datos con medios mecanizados. De esta forma la expedición de partes de Incapacidad Temporal ha sido contemplada como un programa básico dentro de las actividades emprendidas por las Gerencias de Atención Primaria en el ámbito del INSALUD.

Estos programas han impulsado el diseño de partes de incapacidad que conteniendo los datos exigibles por la normativa, no se ajustan formalmente a los modelos oficiales de cumplimentación manual.

En los Anexos I.a y II.a, se reproducen los modelos de partes de baja/alta y de confirmación que se utilizan con etiqueta identificativa. La descripción del contenido de los partes y su forma de cumplimentación se especifican en los diagramas III y IV.

RESUMEN: MÉDICOS QUE PUEDEN INTERVENIR EN LA TRAMITACIÓN DE UN PROCESO DE I.T. Y FUNCIONES DE CADA UNO DE ELLOS**

1. BAJA LABORAL

Contingencias comunes:

Médico asistencial S.P.S. (excepcionalmente **Médico Inspector**), tras reconocer al trabajador, extiende P.9.

Contingencias profesionales:

Asegurado amparado por el INSS:

Médico asistencial S.P.S. (excepcionalmente **Médico Inspector**), tras reconocer al trabajador, extiende P.9/11 (sólo si ha recibido 3-AT-19-B).

** El art.44 del RD 6/2000 de 23 de junio establece que los médicos de las mutuas tendrán similares funciones a los médicos adscritos al INSS en materia de expedición de altas médicas en los procesos de incapacidad temporal. Sin embargo en la fecha en que se elabora este manual no ha sido desarrollada reglamentariamente esta disposición.

Asegurado amparado por una Mutua:

Tanto la asistencia sanitaria como los trámites de la I.T. son competencia de la Mutua.

2. CONFIRMACIÓN DE LA BAJA

Contingencias comunes:

Médico asistencial S.P.S. (excepcionalmente **Médico Inspector**), tras reconocer trabajador, extiende P.9/1 el 4º día de la I.T. y, sucesivamente cada 7 días.

Contingencias profesionales (asegurados amparados por INSS):

Médico asistencial S.P.S. (excepcionalmente **Médico Inspector**), tras reconocer al trabajador, extiende P.9/5 el 7º día de la I.T. y, sucesivamente cada 7 días.

En ambos casos (contingencias comunes y profesionales), en el tercer parte y los sucesivos cada cuatro semanas, cumplimentará el "informe complementario".

3. PRÓRROGA DE LA I.T.

Médico asistencial S.P.S. (excepcionalmente **Médico Inspector**) debe cumplimentar el apartado correspondiente a la prórroga en el parte de confirmación nº 51 (contingencias comunes) o nº 50 (contingencias profesionales).

4. CONTROL DE LA I.T.

Médico Inspector efectúa seguimiento y control del proceso y realiza informe médico de control trimestralmente, desde inicio de la I.T., para su remisión al INSS o Mutua.

Médico Mutua y Médico INSS pueden citar a reconocimiento a los trabajadores en I.T. atendidos sanitariamente por el S.P.S. (INSALUD) cuya prestación económica corresponda a su entidad.

Médico Mutua y Médico INSS, cuando consideren que trabajadores cuya prestación económica corresponda a su entidad pudieran no estar impedi-

dos para el trabajo, pueden dirigir propuestas de alta de dichos trabajadores a la Inspección de Servicios Sanitarios.

Médico Inspector remitirá la propuesta al **Médico asistencial S.P.S.**, que debe contestar, confirmando la baja o bien emitiendo el alta. **Médico Inspector** resuelve si no hay respuesta en plazo o bien si discrepa de ella, debiendo contestar en el plazo de 15 días desde la recepción de la propuesta.

5. ALTA LABORAL

Asegurados en I.T.

Médico asistencial S.P.S. emite P.9 o bien P.9/11, según se trate de una contingencia común o profesional, cuando se da alguna de las siguientes causas:

- a) Curación
- b) Mejoría que permite realizar el trabajo habitual
- c) Fallecimiento
- d) Propuesta de invalidez
- e) Agotamiento de plazo
- f) Incomparecencia
- g) Jubilación

Médico Inspector excepcionalmente extiende parte de alta (P.9 o P.9/11) por cualquiera de las causas anteriores y además por Inspección.

Médico INSS cuando, tras reconocer a un trabajador cuya prestación económica de I.T. corresponde al INSS, considere que debe ser dado de alta, emite P.9/2 o P.9/3, según se trate de una contingencia común o profesional.

Médico INSS puede también recibir la iniciativa de alta de un trabajador cuya prestación económica de I.T. corresponda a una Mutua, planteada por **Médico Mutua** cuando, tras haber realizado una propuesta de alta al Servicio Público de Salud, ésta no haya sido respondida en plazo. En este caso, **Médico INSS** si, habiendo reconocido al trabajador, considera que debe ser dado de alta, emite P.9/2.

En ambos casos, **Médico INSS** comunica su intención de dar alta mediante la remisión inmediata copia del parte al **Médico Inspector**, que tiene tres días hábiles para manifestar su desacuerdo. De no hacerlo así, el alta surtirá efectos a partir del 5º día hábil tras el de la emisión del parte.

IV. RECOMENDACIONES GENERALES

Al cumplimentar los correspondiente modelos oficiales de la prestación, deberá tener en cuenta los siguientes puntos:

1. **Se han de cumplimentar los modelos oficiales en todos sus apartados**, de una forma legible y cuidando de la fiabilidad de los datos reflejados. De no ser así podrá ser motivo de devolución del correspondiente parte, dada la trascendencia personal y económica que tiene dicho documento.
2. **El diagnóstico que se registre como causa de baja laboral**, contiene un valor estratégico fundamental para el análisis, estudio y control de la prestación. Con el fin de incrementar la fiabilidad de los registros, es conveniente que dicho dato se codifique mediante el sistema CIE9-MC. En este mismo manual encontrará la versión reducida del mismo ordenada por grupos diagnósticos.
3. **Si un trabajador estuviese empleado en más de una empresa**, se expedirá la documentación administrativa pertinente para cada una de las mismas.
4. **No olvide anotar la baja laboral, partes de confirmación y parte de alta, en la historia del paciente o en su cuaderno o ficha de bajas laborales**. Es conveniente anotar el diagnóstico ocasionante de la baja, la fecha de expedición de los sucesivos partes de confirmación así como el medio de localización más rápido del paciente en caso de necesidad. De este modo podrá conocer en todo momento las fechas en que la corresponde emitir los sucesivos partes, aquellos pendientes de recoger, el diagnóstico que motivó la baja, localizar al paciente en caso de citación, etc....

V. TRAMITACIÓN DE LA INVALIDEZ PERMANENTE

¿CUÁNDO SOLICITARLA?

Para solicitar una Invalidez Permanente no es preciso esperar a que se agoten los plazos máximos de la I.T. Si la situación del enfermo así lo aconseja, se debe solicitar la invalidez permanente tan pronto como se pueda.

De forma genérica se puede solicitar cuando:

1. Cuando se produzca la curación con secuelas que le incapaciten para el trabajo.
2. **Cuando no se prevea la curación del proceso**, sea incierta o a muy largo plazo.

¿QUIÉN PUEDE SOLICITAR UNA INVALIDEZ PERMANENTE?

La invalidez permanente puede ser solicitada por:

1. **El Facultativo que asiste al enfermo:** emitiendo un parte **modelo P.47** (Anexo XII). En dicho P47 se evitará hacer referencia alguna al grado de invalidez permanente.

Este modelo se enviará a la Inspección Médica de Área, la cuál si está conforme con la propuesta actuará de la forma que se indica en el siguiente punto b), emitiendo el modelo P.47/1 (Anexo V) dirigido al Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) del INSS.

El modelo P47 debe ser cumplimentado en sus apartados de forma detallada, recopilando toda la información clínica relativa al caso de que se disponga, y acompañándola de aquellos informes clínicos que la refrenden. Si se hace de esta forma se evitará duplicar pruebas diagnósticas y se agilizará el proceso de tramitación.

2. **La Inspección Médica de Área:** de oficio, también puede tramitar una Invalidez Permanente, mediante la cumplimentación del modelo de Informe Propuesta Clínico-Laboral P.47/1 (Anexo V).

3. **El propio paciente:** a instancia de parte cumplimentando por sí mismo la documentación que se suministra en las oficinas del INSS.

VI. MATERNIDAD

Las prestaciones económicas por maternidad y riesgo durante el embarazo constituyen situaciones protegidas por la Seguridad Social que se han desviado de la incapacidad temporal, y tienen su base legal, fundamentalmente en la ley 39/1999 que promueve la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Sin embargo es posible contemplar supuestos en los que estas situaciones tengan conexión con la prestación de la incapacidad temporal. Con el fin de diferenciar las posibles situaciones consideramos lo siguiente:

1. Maternidad y riesgo durante el embarazo.

Ante una situación de maternidad o riesgo durante el embarazo, se cumplimentará el modelo que se adjunta como anexo XIV, que contiene apartados distintos para ambas situaciones:

1.1. Descanso por maternidad u opción a favor del padre. Contiene los siguientes apartados:

- a) Fecha inicio del descanso maternal
- b) Fecha probable del parto
- c) Fecha del parto
- d) ¿La incorporación de la madre al trabajo supone algún riesgo para su salud?

El período de descanso por maternidad u opción a favor del padre, es el período de descanso en el trabajo a que tiene derecho la trabajadora y/o, en su caso, el trabajador, con motivo del nacimiento, adopción o acogimiento previo de cada hijo. Será necesario cumplimentar este informe a toda trabajadora próxima a la maternidad, o recién producida está, que lo solicite. En el primer caso se rellenará el apartado b), en el segundo el apartado c). El apartado d) habrá que cumplimentarlo, en el caso de que la madre haya adoptado – sin perjuicio de las seis semanas inmediatas posteriores

al parto de descanso obligatorio para la madre – porque el padre disfrute de hasta diez de las últimas semanas del descanso, antes de iniciarse las mismas.

1.2. Informe sobre riesgo durante el embarazo.

Será necesario cumplimentar este informe a toda embarazada que desempeñe un puesto de trabajo cuyas condiciones puedan influir negativamente en su salud y/o en la del feto, expresando dicha circunstancia en el mencionado informe. Para ello, si se trata de una trabajadora por cuenta ajena, deberá aportar la declaración sobre situación de riesgo durante el embarazo que le proporcione su empresa. En caso de tratarse de una trabajadora autónoma, será ella misma quién deberá informar al facultativo sobre sus condiciones de trabajo.

1.3. El modelo consta de cuatro ejemplares, de los cuales tres se entregan a la trabajadora que a su vez una copia la remite al INSS y otra a la empresa, y el cuarto ejemplar quedará para el facultativo.

2. Maternidad e incapacidad temporal.

- a) **Los procesos de I.T. tendrán un período discontinuo en su evolución cuando se hallen interferidos por el descanso maternal**, de tal modo que se expedirá alta laboral en el momento de iniciar el descanso y nueva baja, si persistieran las circunstancias de incapacidad al concluir el subsidio de maternidad.
- b) **Los procesos de I.T. iniciados antes del parto** y sin que la interesada hubiera optado por el descanso maternal, se mantendrán en sus propios términos hasta el momento del parto, dejando siempre a salvo la posibilidad de opción de la interesada por dicho descanso.
- c) **A partir de la fecha del parto, deberá comenzar el disfrute del descanso por maternidad** que se mantendrá ininterrumpidamente. Si transcurrido éste, la anterior situación de I.T. persistiera, se reanudará el cómputo interrumpido.
- d) **Durante el descanso maternal no procederá el reconocimiento de una situación administrativa de I.T.** Agotado dicho período, si la be-

neficiaria necesitase asistencia sanitaria y se encontrase impedida para el trabajo, se iniciará la nueva situación de I.T.

Estas reglas se observarán con independencia de que los procesos de I.T. referidos, sean o no consecuencia del embarazo.

VII. INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

El control del absentismo laboral en el ámbito de actuación del INSALUD se halla encomendado a la Inspección de Servicios Sanitarios que a través de sus Inspecciones de Área tramita y controla los procesos que se certifican en su demarcación.

Las Inspecciones Médicas de Área, constituyen el núcleo donde se centra la gestión administrativa de los procesos. En ellas se puede encontrar información relativa a procesos en curso e históricos de un paciente en lo que tradicionalmente se conoce como ficha P-14.

Dichas fichas P-14, de gestión informatizada en la mayoría de las Áreas de Inspección mediante el Sistema de Información para la Gestión de la Incapacidad Temporal, junto con las observaciones clínico-administrativas que la Inspección puede haber realizado a lo largo del tiempo puede considerarse como una auténtica historia Clínico-Laboral del paciente. Su contenido se halla a disposición de cuantos facultativos del Sistema Público de Salud relacionados con la atención a la salud del paciente se interesen por ella.

Así mismo se puede encontrar en las Inspecciones Médicas de Área indicadores referidos a la prestación de I.T. por claves médicas tanto en lo que se refiere a procesos actuales como históricos. Los mismos pueden servir como control de la gestión que desde cada Zona Básica de Salud o facultativo se está realizando aparte del innegable valor epidemiológico que contienen.

En cualquier caso las Áreas de Inspección están a disposición de los facultativos médicos del INSALUD para cualquier duda relacionada con procesos de baja laboral.

Anexos

Anexo I: Partes de baja y alta laboral por contingencias comunes (Ejemplar para el S.P.S. –original– y Trabajador)

| PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES | | SEGURIDAD SOCIAL | |
|---|--|--|-------------------------------------|
| RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/> AGR. CP/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/ AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> E. HOGAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/> | | SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> | |
| DATOS DEL TRABAJADOR NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____ | | | |
| Domicilio | | Localidad | Provincia |
| | | Código postal | Teléfono |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | |
| Nombre de la Empresa | | Domicilio | Localidad |
| | | Provincia | Código postal |
| Entidad pagadora / OC | | Mutua | Actividad Empresa |
| Emp. Colaboradora <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | | Código CHAE | Puesto de trabajo |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta) | | | |
| DIAGNÓSTICO | | Código CIE-9 MC | DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA/ MESES |
| | | Duración estándar | De _____ días |
| PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/> | Fecha de la BAJA <input type="text"/> Fecha del ALTA (*) <input type="text"/> | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Firma, Fecha y Sello Número de colegado <input type="text"/> | |
| RECAÍDA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | ENFERMEDAD COMUN <input type="checkbox"/> ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/> | |
| CAUSA DEL ALTA Curación <input type="checkbox"/> Faltamiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Ajustamiento plazo <input type="checkbox"/> Mayoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incompetencia <input type="checkbox"/> | | | |
| R. 9 (*) En las partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD | | | |

| PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES | | SEGURIDAD SOCIAL | |
|---|--|--|-------------------------------------|
| RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/> AGR. CP/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/ AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> E. HOGAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/> | | SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> | |
| DATOS DEL TRABAJADOR NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____ | | | |
| Domicilio | | Localidad | Provincia |
| | | Código postal | Teléfono |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | |
| Nombre de la Empresa | | Domicilio | Localidad |
| | | Provincia | Código postal |
| Entidad pagadora / OC | | Mutua | Actividad Empresa |
| Emp. Colaboradora <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | | Código CHAE | Puesto de trabajo |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta) | | | |
| DIAGNÓSTICO | | Código CIE-9 MC | DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA/ MESES |
| | | Duración estándar | De _____ días |
| PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/> | Fecha de la BAJA <input type="text"/> Fecha del ALTA (*) <input type="text"/> | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Firma, Fecha y Sello Número de colegado <input type="text"/> | |
| RECAÍDA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | ENFERMEDAD COMUN <input type="checkbox"/> ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/> | |
| CAUSA DEL ALTA Curación <input type="checkbox"/> Faltamiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Ajustamiento plazo <input type="checkbox"/> Mayoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incompetencia <input type="checkbox"/> | | | |
| R. 9 (*) En las partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. Ejemplar para el TRABAJADOR | | | |

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo I

(Ejemplares para remitir al INSS, ISM ó MATEPSS y ejemplar para la empresa para remitirlo a su vez al INSS, ISM o MATEPSS)

| PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | |
|--|--|---|-----------|-----------------------------|-----------|--|-----------|---|---------------|--|--|
| RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> E. HOGAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/> | | SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> | | DATOS DEL TRABAJADOR | | | | | | | |
| NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____ | | | | | | | | | | | |
| Domicilio | | Localidad | | Provincia | | Código postal | | Teléfono | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Empresa | | | Domicilio | | Localidad | | Provincia | | Código postal | | |
| Entidad pago IT / CC | | Enpr. Colaboradora <input type="checkbox"/> | | Mutua | | Actividad Empresa | | Código CNIE | | Puesto de trabajo | |
| MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta) | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | | | Código CE-8 M: | | Duración estándar De _____ a _____ días | | DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS _____ MESES _____ | |
| PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> Fecha de la BAJA _____ PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/> Fecha del ALTA (?) _____ | | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS | | | | CAUSA DEL ALTA | | | | | |
| RECAÍDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/> ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/> | | | | Curación <input type="checkbox"/> Falta de curación <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparación <input type="checkbox"/> | |
| R.9 (*) En las partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. Ejemplar para remitir al INSS, ISM ó MUTUA | | | | | | | | | | | |

| PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | |
|--|--|---|-----------|-----------------------------|-----------|--|-----------|-------------|---------------|--|
| RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> E. HOGAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/> | | SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> | | DATOS DEL TRABAJADOR | | | | | | |
| NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____ | | | | | | | | | | |
| Domicilio | | Localidad | | Provincia | | Código postal | | Teléfono | | |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Empresa | | | Domicilio | | Localidad | | Provincia | | Código postal | |
| Entidad pago IT / CC | | Enpr. Colaboradora <input type="checkbox"/> | | Mutua | | Actividad Empresa | | Código CNIE | | Puesto de trabajo |
| MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| (DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | DÍAS _____ | | MESES _____ | | |
| PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> Fecha de la BAJA _____ PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/> Fecha del ALTA (?) _____ | | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS | | | | CAUSA DEL ALTA | | | | |
| RECAÍDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/> ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/> | | | | Curación <input type="checkbox"/> Falta de curación <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparación <input type="checkbox"/> |
| R.9 (*) En las partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS, ISM ó MUTUA) | | | | | | | | | | |

Continuación del anexo I.a

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL
POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DEL TRABAJADOR. 1.- Datos de cumplimentación MANUAL.

Num. Afiliación Seguridad Social: D/I:

Dirección: Localidad:

Provincia: C.P.:

SITUACIÓN LABORAL: ACTIVO: DESEMPLEADO:

DATOS DE LA EMPRESA.

Nombre Empresa: Dirección:

Localidad: C.P.: Provincia:

Actividad: Código CNAE: Puesto trabajo:

MUTUA:

Libretilas probables de la BAJA: DÍAS MESES Duración estimada: Días Meses

DATOS DEL FACULTATIVO.

Nombre y apellidos:

Núm. de colegiado:

Núm. de CIAS:

Firma y sello:

RF (*) En los partes de ALTA, cumplimentar también la fecha de la BAJA. Ejemplar para el TRABAJADOR.

DATOS DEL TRABAJADOR. 2.- Datos MECANIZADOS (*)

NUMEROS DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

SEGUIMIENTO:

APellidos:

TRÁMITE:

GENERAL: NAB:

AUTONÓMICO: E. NOGAR:

AGR. CONV. EN: DE CONDÓN:

AGR. COMEN.:

PARTE DE BAJA: Fecha de BAJA:

PARTE DE ALTA: Fecha de ALTA (**):

ENFERMEDAD: SI Enfermedad COMUN:

NO SI Accidente NO LABORAL:

CAUSAS DE ALTA:

CUACCIÓN: AGOTAMIENTO DE BAJA:

FALLECIMIENTO: MEJORA QUE PERMITE REALIZAR SU TRABAJO HABITUAL:

INSPECCIÓN MÉDICA:

PROPUESTA DE INVALIDEZ: INCOMPARACIÓN:

Forma de pago ITCC:

INTEGRA: D/S:

MUTUA: D/S:

(*) NO RELENAR estos datos en caso de utilizar SISTEMA MECANIZADO, Rellene la ETIQUETA IDENTIFICATIVA en el recuadro en SOMBRADO.

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL
POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DEL TRABAJADOR. 1.- Datos de cumplimentación MANUAL.

Num. Afiliación Seguridad Social: D/I:

Dirección: Localidad:

Provincia: C.P.:

SITUACIÓN LABORAL: ACTIVO: DESEMPLEADO:

DATOS DE LA EMPRESA.

Nombre Empresa: Dirección:

Localidad: C.P.: Provincia:

Actividad: Código CNAE: Puesto trabajo:

MUTUA:

Libretilas probables de la BAJA: DÍAS MESES Duración estimada: Días Meses

DATOS DEL FACULTATIVO.

Nombre y apellidos:

Núm. de colegiado:

Núm. de CIAS:

Firma y sello:

RF (*) En los partes de ALTA, cumplimentar también la fecha de la BAJA. Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al I.N.S.S. o MUTUA).

DATOS DEL TRABAJADOR. 2.- Datos MECANIZADOS (*)

NUMEROS DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

SEGUIMIENTO:

APellidos:

TRÁMITE:

GENERAL: NAB:

AUTONÓMICO: E. NOGAR:

AGR. CONV. EN: DE CONDÓN:

AGR. COMEN.:

PARTE DE BAJA: Fecha de BAJA:

PARTE DE ALTA: Fecha de ALTA (**):

ENFERMEDAD: SI Enfermedad COMUN:

NO SI Accidente NO LABORAL:

CAUSAS DE ALTA:

CUACCIÓN: AGOTAMIENTO DE PLAZO:

FALLECIMIENTO: MEJORA QUE PERMITE REALIZAR SU TRABAJO HABITUAL:

INSPECCIÓN MÉDICA:

PROPUESTA DE INVALIDEZ: INCOMPARACIÓN:

Forma de pago ITCC:

INTEGRA: D/S:

MUTUA: D/S:

(*) NO RELENAR estos datos en caso de utilizar SISTEMA MECANIZADO, Rellene la ETIQUETA IDENTIFICATIVA en el recuadro en SOMBRADO.

Anexo II: Partes de confirmación por contingencias comunes

| PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| DATOS DE LA EMPRESA | | DATOS DEL TRABAJADOR | | | | | | | | | |
| Nombre de la Empresa _____ | | NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ | | | | | | | | | |
| Entidad pago IT / CC _____ | | NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ | | | | | | | | | |
| Emp. Colaborador <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | | NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ | | | | | | | | | |
| Mutua _____ | | NOMBRE Y APELLIDOS _____ | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL _____ | | Código CE 9 MC | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE BAJA _____ | | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN _____ | | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA _____ | | | | | | | | | | | |
| INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 2º PARTE (día 18 de la Baja) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES | | | | | | | | | | | |
| TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO _____ | | | | | | | | | | | |
| PRUEBAS DIAGNÓSTICAS _____ | | | | | | | | | | | |
| DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA _____ | | Duración probable del proceso desde esta fecha | | | | | | | | | |
| | | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte 51) | | | | | | | | | | | |
| DOLENCIAS PRECEDIDAS _____ | | | | | | | | | | | |
| ¿SE PREVÉ CURACIÓN DENTRO DE LOS 6 MESES SIGUIENTES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Fecha <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Firma, Fecha y Selo Número de colegiado <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| R 9/1 Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD | | | | | | | | | | | |

| PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| DATOS DE LA EMPRESA | | DATOS DEL TRABAJADOR | | | | | | | | | |
| Nombre de la Empresa _____ | | NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ | | | | | | | | | |
| Entidad pago IT / CC _____ | | NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ | | | | | | | | | |
| Emp. Colaborador <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | | NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ | | | | | | | | | |
| Mutua _____ | | NOMBRE Y APELLIDOS _____ | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL _____ | | Código CE 9 MC | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE BAJA _____ | | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN _____ | | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA _____ | | | | | | | | | | | |
| INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 2º PARTE (día 18 de la Baja) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES | | | | | | | | | | | |
| TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO _____ | | | | | | | | | | | |
| PRUEBAS DIAGNÓSTICAS _____ | | | | | | | | | | | |
| DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA _____ | | Duración probable del proceso desde esta fecha | | | | | | | | | |
| | | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte 51) | | | | | | | | | | | |
| DOLENCIAS PRECEDIDAS _____ | | | | | | | | | | | |
| ¿SE PREVÉ CURACIÓN DENTRO DE LOS 6 MESES SIGUIENTES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Fecha <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Firma, Fecha y Selo Número de colegiado <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| R 9/1 Ejemplar para remitir al INSS, ISM o MUTUA | | | | | | | | | | | |

* Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo II

| PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES | | SEGURIDAD SOCIAL |
|---|---|--|
| DATOS DE LA EMPRESA | | DATOS DEL TRABAJADOR |
| Nombre de la Empresa _____ | | NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ |
| Entidad pago IT / CC _____ | | NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ |
| Empl. Colaboradora <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | | NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ |
| Mutua _____ | | NOMBRE Y APELLIDOS: _____ |
| DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL _____ | | Código CE # MC _____ |
| DIAGNÓSTICO DE BAJA _____ | | _____ |
| DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN _____ | | _____ |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA _____ | | _____ |
| INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3º PARTE, (de la 1ª de la Sección) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES: | | |
| TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO _____ | | |
| PRUEBAS DIAGNÓSTICAS _____ | | |
| DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA _____ | | DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA: Meses _____ Días _____ |
| INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte SI) | | |
| DOLENCIAS PRECEDIDAS _____ | | |
| ¿SE PREVÉ CURACIÓN DENTRO DE LOS 6 MESES SIGUIENTES? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Fecha _____ | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Firma, Fecha y Sello Número de colegado _____ | |
| PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO _____ | | |
| R 9/1 Ejemplar para el TRABAJADOR | | |

| PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES | | SEGURIDAD SOCIAL |
|---|---|--|
| DATOS DE LA EMPRESA | | DATOS DEL TRABAJADOR |
| Nombre de la Empresa _____ | | NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ |
| Entidad pago IT / CC _____ | | NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ |
| Empl. Colaboradora <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | | NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ |
| Mutua _____ | | NOMBRE Y APELLIDOS: _____ |
| DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL _____ | | Código CE # MC _____ |
| DIAGNÓSTICO DE BAJA _____ | | _____ |
| DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN _____ | | _____ |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA _____ | | _____ |
| INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3º PARTE, (de la 1ª de la Sección) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES: | | |
| TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO _____ | | |
| PRUEBAS DIAGNÓSTICAS _____ | | |
| DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA _____ | | DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA: Meses _____ Días _____ |
| INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte SI) | | |
| DOLENCIAS PRECEDIDAS _____ | | |
| ¿SE PREVÉ CURACIÓN DENTRO DE LOS 6 MESES SIGUIENTES? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Fecha _____ | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Firma, Fecha y Sello Número de colegado _____ | |
| PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO _____ | | |
| R 9/1 Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS, ISM o MUTUA) | | |

Anexo II.a.: Partes de confirmación por contingencias comunes.
 (Modelo del INSALUD para utilización mediante sistema TAIR de etiqueta identificativa)*

| PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES | SEGURIDAD SOCIAL | |
|---|---|--|
| DATOS DEL TRABAJADOR. 1.- Datos de confirmación de INSS/MSM. | DATOS DEL TRABAJADOR. 2.- Datos MECANIZADOS (*) | |
| Núm. Afiliación Seguridad Social: <input type="text"/> D.N.I.: <input type="text"/> | NOMBRE: <input type="text"/> APELLIDOS: <input type="text"/> Categoría de pago IT/CC: <input type="text"/> INSS: <input type="checkbox"/> MUTUA: <input type="checkbox"/> ESA: <input type="checkbox"/> NÚMERO DE CONFIRMACIÓN N.º: <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100px; text-align: center; margin: 10px 0;">ETIQUETA IDENTIFICATIVA</div> DATOS DEL FACULTATIVO: Nombre y apellidos: <input type="text"/> Núm. colegiado: <input type="text"/> Núm. CIAS: <input type="text"/> Firma y sello: (firmar siempre) | |
| DATOS DE LA EMPRESA: | | |
| Nombre de la Empresa: <input type="text"/> | | |
| Mutua: <input type="text"/> | | |
| DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL. Código CIE-9-IC: <input type="text"/> . <input type="text"/> | | |
| DIAGNÓSTICO DE BAJA: <input type="text"/> . <input type="text"/> | | |
| DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN: <input type="text"/> . <input type="text"/> | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA: <input type="text"/> | | |
| DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL: | | |
| TREATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO: | | |
| PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: | | |
| DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA: Meses: <input type="text"/> Días: <input type="text"/> | | |
| DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA: Meses: <input type="text"/> Días: <input type="text"/> | | |
| INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (A CUMPLIMENTAR en el PARTE S1) | | |
| DOLENCIAS PADECIDAS: | | |
| ¿SE PREVÉ CURACIÓN DENTRO DE LOS SEIS MESES SIGUIENTES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| B 971 Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD. | (*) NO Rellenar estos datos en caso de utilizar SISTEMA MECANIZADO. Segúnda la ETIQUETA IDENTIFICATIVA en el recibo. | |

| PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES | SEGURIDAD SOCIAL | |
|---|---|--|
| DATOS DEL TRABAJADOR. 1.- Datos de confirmación de INSS/MSM. | DATOS DEL TRABAJADOR. 2.- Datos MECANIZADOS (*) | |
| Núm. Afiliación Seguridad Social: <input type="text"/> D.N.I.: <input type="text"/> | NOMBRE: <input type="text"/> APELLIDOS: <input type="text"/> Categoría de pago IT/CC: <input type="text"/> INSS: <input type="checkbox"/> MUTUA: <input type="checkbox"/> ESA: <input type="checkbox"/> NÚMERO DE CONFIRMACIÓN N.º: <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100px; text-align: center; margin: 10px 0;">ETIQUETA IDENTIFICATIVA</div> DATOS DEL FACULTATIVO: Nombre y apellidos: <input type="text"/> Núm. colegiado: <input type="text"/> Núm. CIAS: <input type="text"/> Firma y sello: (firmar siempre) | |
| DATOS DE LA EMPRESA: | | |
| Nombre de la Empresa: <input type="text"/> | | |
| Mutua: <input type="text"/> | | |
| DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL. Código CIE-9-IC: <input type="text"/> . <input type="text"/> | | |
| DIAGNÓSTICO DE BAJA: <input type="text"/> . <input type="text"/> | | |
| DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN: <input type="text"/> . <input type="text"/> | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA: <input type="text"/> | | |
| DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL: | | |
| TREATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO: | | |
| PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: | | |
| DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA: Meses: <input type="text"/> Días: <input type="text"/> | | |
| DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA: Meses: <input type="text"/> Días: <input type="text"/> | | |
| INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (A CUMPLIMENTAR en el PARTE S1) | | |
| DOLENCIAS PADECIDAS: | | |
| ¿SE PREVÉ CURACIÓN DENTRO DE LOS SEIS MESES SIGUIENTES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| B 971 Ejemplar para remitir a los Servicios Médicos del I.N.S.A.L.U.D. o MUTUA. | (*) NO Rellenar estos datos en caso de utilizar SISTEMA MECANIZADO. Segúnda la ETIQUETA IDENTIFICATIVA en el recibo. | |

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo II.a

**PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL
POR CONTINGENCIAS COMUNES**

| | | | |
|-----------------------------------|---------|---|--|
| DATOS DEL TRABAJADOR | | 1.- Datos de contingencias COMUNES | |
| Núm. Afiliación Seguridad Social: | D.N.I.: | | |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | |
| Nombre de la Empresa: | | | |
| Módulo: | | | |

8 971
Reemplazar para el TRABAJADOR.

SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|----------------------------------|--|---|--|
| DATOS DEL TRABAJADOR | | 2.- Datos MECANIZADOS (*) | |
| PLUMA, TAPI, SANTURA: | | | |
| PROCESO: | | | |
| PRELIDOS: | | | |
| Efectividad de pago IVCC: | | INSS: <input type="checkbox"/> | |
| | | MUTUAL: <input type="checkbox"/> ICAJ: <input type="checkbox"/> | |
| FECHA: | | [][][][][][] | |
| PARTE DE CONFIRMACIÓN N.º: | | [][][][][][] | |
| ETIQUETA IDENTIFICATIVA | | | |
| DATOS DEL FACULTATIVO | | | |
| Nombre y apellidos: | | | |
| Núm. colegiado: | | | |
| Núm. CIAS: | | | |
| Firma y sello. (Remover siempre) | | | |

(*) NO RELLENAR estos datos en caso de utilizar SISTEMA MECANIZADO, Reemplazar la ETIQUETA IDENTIFICATIVA en el momento.

**PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL
POR CONTINGENCIAS COMUNES**

| | | | |
|-----------------------------------|---------|---|--|
| DATOS DEL TRABAJADOR | | 1.- Datos de contingencias COMUNES | |
| Núm. Afiliación Seguridad Social: | D.N.I.: | | |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | |
| Nombre de la Empresa: | | | |
| Módulo: | | | |

8 971
Reemplazar para la EMPRESA (para remitir al I.M.S.S. o MUTUAL).

SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|----------------------------------|--|---|--|
| DATOS DEL TRABAJADOR | | 2.- Datos MECANIZADOS (*) | |
| PLUMA, TAPI, SANTURA: | | | |
| PROCESO: | | | |
| PRELIDOS: | | | |
| Efectividad de pago IVCC: | | INSS: <input type="checkbox"/> | |
| | | MUTUAL: <input type="checkbox"/> ICAJ: <input type="checkbox"/> | |
| FECHA: | | [][][][][][] | |
| PARTE DE CONFIRMACIÓN N.º: | | [][][][][][] | |
| ETIQUETA IDENTIFICATIVA | | | |
| DATOS DEL FACULTATIVO | | | |
| Nombre y apellidos: | | | |
| Núm. colegiado: | | | |
| Núm. CIAS: | | | |
| Firma y sello. (Remover siempre) | | | |

(*) NO RELLENAR estos datos en caso de utilizar SISTEMA MECANIZADO, Reemplazar la ETIQUETA IDENTIFICATIVA en el momento.

Anexo III: Informe médico trimestral de control

INFORME MÉDICO TRIMESTRAL de CONTROL DE I.T.

Núm. Afiliación a la Seguridad Social.

Núm. Documento Nacional de Identidad.

Etiqueta identificativa.

Fecha de la BAJA:

Núm. de Parte Trimestral:

Datos del enfermo. *(Rellenar solo en caso de no utilizar la etiqueta identificativa)*

Nombre y apellidos:

INFORME:

Datos de Inspección:

Médico Inspector:

Área de Inspección:

Firma, Fecha y Sello.

Anexo IV: Propuesta de alta médica

INSTITUTO NACIONAL DE
SEGURIDAD SOCIAL

PROPUESTA DE ALTA MÉDICA

INSPECCIÓN Nº

DATOS DEL TRABAJADOR

- Núm. de tarjeta sanitaria.....
- Núm. de afiliación.....
- Núm. de DNI.....
- Nombre y apellidos.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN

- Fecha de la baja.....
- Diagnóstico o código diagnóstico de la baja.....
- Contingencia.....
- Puesto de trabajo.....

CAUSA QUE MOTIVA LA PROPUESTA DE ALTA

- Curación.
- Faltamiento.
- Propuesta de Invalidez.
- Mejoría que permite realizar el trabajo habitual.
- Incomparecencia.

JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Se acompaña documentación complementaria:

- SÍ
- NO

Por todo lo cual, se concluye que el trabajador no está impedido para el trabajo y se propone el alta médica, según lo dispuesto en el artículo 14 de la Orden Ministerial de 18 de junio del 87, por la que se desampla el Real Decreto 575/91, de 18 de abril, que regula determinadas aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

EL FACULTATIVO.

Fecha, firma y número de colegiado

Se remite la propuesta de alta médica efectuada por el facultativo del INSS, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8 del Real Decreto 578/87, de 18 de abril.

EL INSPECTOR MÉDICO.

Fecha, firma y nº de colegiado.

Estoy de acuerdo con la propuesta de alta médica y emito el alta con fecha

No estoy de acuerdo con la propuesta de alta médica por las siguientes razones:

EL FACULTATIVO.

Fecha, firma y nº de colegiado.

Estoy de acuerdo con el pronunciamiento del facultativo.

No hay pronunciamiento expreso del facultativo, en el plazo previsto.

Discrepancia con el pronunciamiento del facultativo.

Por este motivo, esta Inspección médica informa lo siguiente:

EL INSPECTOR MÉDICO.

Fecha, firma y nº de colegiado.

Anexo V: Informe propuesta clínico laboral modelo P.47/1



INFORME - PROPUESTA CLÍNICO - LABORAL

DATOS DEL FACULTATIVO Y DE LA ENTIDAD GESTORA

| | | | | | |
|--|--|---------------|--|-----------|--|
| Nombre y apellidos | | C. Empresa | | Profesión | |
| Domicilio: calle y número s/n | | Código postal | | Municipio | |
| ¿ES MEDICO ESPECIALISTA? <input type="checkbox"/> ¿ES ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL? <input type="checkbox"/> ¿ES MEDICO ENFERMERA O PSICÓLOGA? <input type="checkbox"/> ¿ES FISIÓLOGO O FISIOTERAPEUTA? <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Domicilio: calle y número s/n | | Laboral | | | |
| Número Padrón de Vecindad: número | | | | | |
| Domicilio: calle y número s/n | | Laboral | | | |

DATOS PERSONALES Y LABORALES DEL ENFERMO

| Nombre y apellidos | | C. de nacimiento y N.º B | | | | | | | | | |
|---|----------------|--------------------------|----------------|----------------|----------------|---|---|---|---|--|--|
| Domicilio: calle y número s/n | | Laboral | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento: <input type="text"/> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | | | | | | | | | |
| Número y número del expediente | | | | | | | | | | | |
| Número y nombre actual de la empresa | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: calle y número s/n | | Laboral | | | | | | | | | |
| Profesión actual (nombre y código de profesión) | | | | | | | | | | | |
| Profesión anterior (nombre y código de profesión) | | | | | | | | | | | |
| Otra profesión anterior | | | | | | | | | | | |
| Programa de E. G. <table border="1"> <tr> <th>Clase de E. G.</th> <th>Clase de E. G.</th> <th>Clase de E. G.</th> <th>Clase de E. G.</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> | | Clase de E. G. | Clase de E. G. | Clase de E. G. | Clase de E. G. | 1 | 2 | 3 | 4 | Descripción de la actividad: Ocupación anterior <input type="checkbox"/> Retiro de la labor <input type="checkbox"/> Retiro de la labor <input type="checkbox"/> Ocupación posterior <input type="checkbox"/> | |
| Clase de E. G. | Clase de E. G. | Clase de E. G. | Clase de E. G. | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | | |
| Profesión anterior de la clase de E. G. | | | | | | | | | | | |
| Número de la licencia de | | | | | | | | | | | |

DATOS CLÍNICO - LABORALES

| |
|--|
| Historia clínica |
| Examen físico |
| Examen de laboratorio |
| Examen de imagen |
| Piel: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Mucosas: <input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Anormales <input type="checkbox"/> Signos vitales: <input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Anormales <input type="checkbox"/> |
| Descripción del cuadro clínico por episodios o sucesos (síntomas, signos y pruebas) |
| Examen diagnóstico y laboratorio |
| Examen funcional |
| Examen |

| |
|---|
| Descripción de los síntomas y signos |
| Síntomas y signos que se relacionan con el cuadro clínico (síntomas, signos) |
| Descripción de los síntomas y signos que se relacionan con el cuadro clínico (síntomas, signos) |
| Descripción de los síntomas y signos que se relacionan con el cuadro clínico (síntomas, signos) |
| Descripción de los síntomas y signos que se relacionan con el cuadro clínico (síntomas, signos) |
| Descripción de los síntomas y signos que se relacionan con el cuadro clínico (síntomas, signos) |
| Descripción de los síntomas y signos que se relacionan con el cuadro clínico (síntomas, signos) |
| Descripción de los síntomas y signos que se relacionan con el cuadro clínico (síntomas, signos) |

PROPUESTA PROFESIONAL

| |
|--|
| Descripción de la propuesta profesional (síntomas, signos y pruebas) |
| Descripción de la propuesta profesional (síntomas, signos y pruebas) |
| Descripción de la propuesta profesional (síntomas, signos y pruebas) |
| Descripción de la propuesta profesional (síntomas, signos y pruebas) |

Fecha: _____
 Firma: _____

NOTAS

- 1. Este informe tiene el carácter de documento médico que sirve para la gestión de la incapacidad temporal y el alta.
- 2. En caso de incapacidad temporal por enfermedad profesional, se debe adjuntar a este informe el informe de la empresa.
- 3. Este informe debe cumplimentarse en el momento de la propuesta de alta o de la propuesta de baja.
- 4. Este informe debe cumplimentarse en el momento de la propuesta de alta o de la propuesta de baja.
- 5. Este informe debe cumplimentarse en el momento de la propuesta de alta o de la propuesta de baja.

Anexo VI: Informe clínico del enfermo pendiente de calificación de invalidez



| INFORME CLÍNICO DEL ENFERMO PENDIENTE DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ | | 1.- Datos de cumplimiento MANUAL |
|--|--|-----------------------------------|
| DATOS DEL ENFERMO | | |
| Numero de Afiliación a la Seguridad Social: | D.N.I. | |
| Domicilio: | | |
| Localidad: | C.P. | |
| Teléfono: | Estado Civil (1): | |
| Profesión habitual: | Puesto de trabajo: | |
| DATOS DE LA EMPRESA | | |
| Nombre de la Empresa: | | |
| Domicilio: | | |
| Localidad: | C.P. | |
| DATOS ADMINISTRATIVOS | | |
| Fecha de la baja: | Día: <input type="text"/> | Mes: <input type="text"/> |
| | Año: <input type="text"/> | |
| Fecha del alta por agotamiento de plaza: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Contingencia causante de la L.T. (2) | Régimen de la Seguridad Social: | |
| Área de Inspección (3) | | |
| SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL | | |
| 1.- Persistencia: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2.- Cambio por: | Curación: <input type="checkbox"/> | Mejoría: <input type="checkbox"/> |
| | Agravamiento: <input type="checkbox"/> | |
| Si ha señalado el apartado 2 (cambio de situación clínica), deberá cumplimentar este informe, explicando los motivos de dicho cambio: | | |
| | | |
| 2.- Datos MECANIZADOS (4) | | |
| DATOS DEL ENFERMO | | |
| NÚMERO DE TARJETA SANITARIA: | | |
| NOMBRE: | | |
| APELLIDOS: | | |
| DATOS DEL FACULTATIVO | | ETIQUETA IDENTIFICATIVA |
| Nombre y apellidos: | | |
| Número de colegiado: | | |
| Número de CIAS: | | |
| FECHA, FIRMA Y SELLO FIRMAR MEDICINA | | |
| <p>(1) Estado civil: C. casado/a, S. soltero/a, V. viudo/a, O. otros.</p> <p>(2) Contingencia: EC. enfermedad común, ANL. accidente no laboral, AT. accidente de trabajo, EP. enfermedad profesional.</p> <p>(3) INDICAR EL Nº DE ÁREA DE INSPECCIÓN o la ubicación de la INSPECCIÓN en el CENTRO SANITARIO.</p> <p>(4) NO RELLENAR estos datos en caso de utilizar SISTEMA MECANIZADO, siendo la ETIQUETA IDENTIFICATIVA en el resultado.</p> <p>EJEMPLAR para el Facultativo de Atención Primaria</p> | | |

Anexo VII: Partes de baja y alta laboral por contingencias profesionales*

| PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|--|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|---|--|--|--|
| RÉGIMEN | | SITUACIÓN | | DATOS DEL TRABAJADOR | | | |
| GENERAL | <input type="checkbox"/> | ACTIVO | <input type="checkbox"/> | NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ | | | |
| AGR. C/PROPIA | <input type="checkbox"/> | DESEMPLEADO | <input type="checkbox"/> | NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ | | | |
| AGR. CAJAJENA | <input type="checkbox"/> | | | NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ | | | |
| MAR | <input type="checkbox"/> | | | NOMBRE Y APELLIDOS: _____ | | | |
| M. CARBÓN | <input type="checkbox"/> | | | Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | | | | | |
| Nombre de la Empresa | | Domicilio | | Localidad | | Provincia | |
| Entidad pago IT / CP | | Actividad Empresa | | Código CNAE | | Puesto de trabajo | |
| INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta) | | | | DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS _____ MESES _____ | | | |
| DIAGNÓSTICO _____ | | | | Código CE-4 HC _____ | | Duración estándar De _____ a _____ días | |
| PARTE DE BAJA | <input type="checkbox"/> | Fecha del AT o EP | <input type="text"/> | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS | | CAUSA DEL ALTA | |
| PARTE DE ALTA | <input type="checkbox"/> | Fecha de la BAJA | <input type="text"/> | | | | |
| Les | <input type="checkbox"/> | Fecha del ALTA (*) | <input type="text"/> | | | | |
| Quem | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Muy grave | <input type="checkbox"/> | Accidente de Trabajo | <input type="checkbox"/> | Firma, Fecha y Sello | | Curación <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> | |
| RECORRER | <input type="checkbox"/> | Ente Profesional | <input type="checkbox"/> | | | | |
| SI | <input type="checkbox"/> | Períodos de Observación por E.P. | <input type="checkbox"/> | Número de colegiado _____ | | | |
| NO | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| R 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD | | | | | | | |

| PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|--|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|---|--|--|--|
| RÉGIMEN | | SITUACIÓN | | DATOS DEL TRABAJADOR | | | |
| GENERAL | <input type="checkbox"/> | ACTIVO | <input type="checkbox"/> | NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ | | | |
| AGR. C/PROPIA | <input type="checkbox"/> | DESEMPLEADO | <input type="checkbox"/> | NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ | | | |
| AGR. CAJAJENA | <input type="checkbox"/> | | | NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ | | | |
| MAR | <input type="checkbox"/> | | | NOMBRE Y APELLIDOS: _____ | | | |
| M. CARBÓN | <input type="checkbox"/> | | | Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | | | | | |
| Nombre de la Empresa | | Domicilio | | Localidad | | Provincia | |
| Entidad pago IT / CP | | Actividad Empresa | | Código CNAE | | Puesto de trabajo | |
| INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta) | | | | DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS _____ MESES _____ | | | |
| DIAGNÓSTICO _____ | | | | Código CE-4 HC _____ | | Duración estándar De _____ a _____ días | |
| PARTE DE BAJA | <input type="checkbox"/> | Fecha del AT o EP | <input type="text"/> | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS | | CAUSA DEL ALTA | |
| PARTE DE ALTA | <input type="checkbox"/> | Fecha de la BAJA | <input type="text"/> | | | | |
| Les | <input type="checkbox"/> | Fecha del ALTA (*) | <input type="text"/> | | | | |
| Quem | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Muy grave | <input type="checkbox"/> | Accidente de Trabajo | <input type="checkbox"/> | Firma, Fecha y Sello | | Curación <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> | |
| RECORRER | <input type="checkbox"/> | Ente Profesional | <input type="checkbox"/> | | | | |
| SI | <input type="checkbox"/> | Períodos de Observación por E.P. | <input type="checkbox"/> | Número de colegiado _____ | | | |
| NO | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| R 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. Ejemplar para su remisión al INSS o al ISM | | | | | | | |

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo VII

| PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES | | SEGURIDAD SOCIAL | |
|---|--|---|--|
| RÉGIMEN | | SITUACIÓN | |
| GENERAL <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/> | | ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> | |
| NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____ | | | |
| Domicilio: _____ | | Localidad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ | |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | |
| Nombre de la Empresa: _____ | | Domicilio: _____ | |
| Localidad: _____ | | Provincia: _____ | |
| Código postal: _____ | | | |
| Entidad pago IT / CP: _____ | | Actividad Empresa: _____ | |
| NSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | | Código CNAE: _____ | |
| Puesto de trabajo: _____ | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta) | | | |
| DIAGNÓSTICO: _____ | | DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS: _____ | |
| Código CE-9 MC: _____ | | MESES: _____ | |
| Duración estándar: De _____ a _____ días | | | |
| PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> Fecha del AT o EP: _____ PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/> Fecha de la BAJA: _____ Leve <input type="checkbox"/> Fecha del ALTA (*) _____ Grave <input type="checkbox"/> Muy grave <input type="checkbox"/> | | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Período de Observación por E.P. <input type="checkbox"/> Firma, Fecha y Sello: _____ Número de colegiado: _____ | |
| RECAIDA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | CAUSA DEL ALTA Curación <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mayoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparecencia <input type="checkbox"/> | |
| R 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimenta también la fecha de la baja. Ejemplar para el TRABAJADOR | | | |

| PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES | | SEGURIDAD SOCIAL | |
|---|--|---|--|
| RÉGIMEN | | SITUACIÓN | |
| GENERAL <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/> | | ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> | |
| NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____ | | | |
| Domicilio: _____ | | Localidad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ | |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | |
| Nombre de la Empresa: _____ | | Domicilio: _____ | |
| Localidad: _____ | | Provincia: _____ | |
| Código postal: _____ | | | |
| Entidad pago IT / CP: _____ | | Actividad Empresa: _____ | |
| NSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | | Código CNAE: _____ | |
| Puesto de trabajo: _____ | | | |
| DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS: _____ | | | |
| MESES: _____ | | | |
| PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/> Fecha del AT o EP: _____ PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/> Fecha de la BAJA: _____ Leve <input type="checkbox"/> Fecha del ALTA (*) _____ Grave <input type="checkbox"/> Muy grave <input type="checkbox"/> | | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Período de Observación por E.P. <input type="checkbox"/> Firma, Fecha y Sello: _____ Número de colegiado: _____ | |
| RECAIDA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | CAUSA DEL ALTA Curación <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Inspección Médica <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad <input type="checkbox"/> Agotamiento plazo <input type="checkbox"/> Mayoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/> Incomparecencia <input type="checkbox"/> | |
| R 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimenta también la fecha de la baja. Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS o ISM) | | | |

Anexo VIII: Partes de confirmación por contingencias profesionales

| PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DATOS DE LA EMPRESA | | DATOS DEL TRABAJADOR | | | | | | | | |
| Nombre de la Empresa | NÚM. DUEÑA SANITARIA: | | | | | | | | | |
| Entidad pagadora IT / CP | NÚM. AFINCIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: | | | | | | | | | |
| INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL | | Código CE-9 MC | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE BAJA | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA | | | | | | | | | | |
| INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3º PARTE (día 21 de la Baja) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES | | | | | | | | | | |
| TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO | | | | | | | | | | |
| PRUEBAS DIAGNÓSTICAS | | | | | | | | | | |
| DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA | | Duración probable del proceso desde esta fecha | | | | | | | | |
| | | Meses <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte 59) | | | | | | | | | | |
| DOLENCIAS PREDECIDAS | | | | | | | | | | |
| ¿SE PREVÉ CURACIÓN DENTRO DE LOS 8 MESES SIGUIENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | |
| Fecha | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS | | | | | | | | | |
| PARTES DE CONFIRMACIÓN NÚMERO | Firma, Fecha y Sello | | | | | | | | | |
| R 9/5 Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD | Número de catalogado | | | | | | | | | |

| PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DATOS DE LA EMPRESA | | DATOS DEL TRABAJADOR | | | | | | | | |
| Nombre de la Empresa | NÚM. DUEÑA SANITARIA: | | | | | | | | | |
| Entidad pagadora IT / CP | NÚM. AFINCIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: | | | | | | | | | |
| INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL | | Código CE-9 MC | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE BAJA | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA | | | | | | | | | | |
| INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3º PARTE (día 21 de la Baja) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES | | | | | | | | | | |
| TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO | | | | | | | | | | |
| PRUEBAS DIAGNÓSTICAS | | | | | | | | | | |
| DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA | | Duración probable del proceso desde esta fecha | | | | | | | | |
| | | Meses <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte 59) | | | | | | | | | | |
| DOLENCIAS PREDECIDAS | | | | | | | | | | |
| ¿SE PREVÉ CURACIÓN DENTRO DE LOS 8 MESES SIGUIENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | |
| Fecha | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS | | | | | | | | | |
| PARTES DE CONFIRMACIÓN NÚMERO | Firma, Fecha y Sello | | | | | | | | | |
| R 9/5 Ejemplar para su remisión al INSS o al ISM | Número de catalogado | | | | | | | | | |

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo VIII

| PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------|------------------------------|--|--|--|----------------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| DATOS DE LA EMPRESA | | DATOS DEL TRABAJADOR | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Empresa | NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entidad pago IT / CP | NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL | | NOMBRE Y APELLIDOS: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE BAJA | Código CIE-10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3º PARTE (día 21 de la Baja) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRUEBAS DIAGNÓSTICAS | Meses <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Días <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA | DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte 50) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOLENCIAS PRECEDIDAS _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿SE PREVEE CURACIÓN DENTRO DE LOS 8 MESES SIGUIENTES? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R 9/5 Ejemplar para el TRABAJADOR | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS</td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Firma, Fecha y Sello</td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Número de colegiado</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS | | | | Firma, Fecha y Sello | | | | Número de colegiado | | | | | | | |
| DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma, Fecha y Sello | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de colegiado | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------|------------------------------|--|--|--|----------------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| DATOS DE LA EMPRESA | | DATOS DEL TRABAJADOR | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Empresa | NÚM. TARJETA SANITARIA: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entidad pago IT / CP | NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> | NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL | | NOMBRE Y APELLIDOS: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE BAJA | Código CIE-10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORME COMPLEMENTARIO A CUMPLIMENTAR CON EL 3º PARTE (día 21 de la Baja) Y SUCESIVAMENTE CADA 4 PARTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRUEBAS DIAGNÓSTICAS | Meses <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Días <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DURACIÓN PREVISTA PARA TRATAMIENTO y/o PRUEBA | DURACIÓN PROBABLE DEL PROCESO DESDE ESTA FECHA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORME A EFECTOS DE PRÓRROGA A LOS 12 MESES (a cumplimentar en el Parte 50) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOLENCIAS PRECEDIDAS _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿SE PREVEE CURACIÓN DENTRO DE LOS 8 MESES SIGUIENTES? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PARTE DE CONFIRMACIÓN NÚMERO | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R 9/5 Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS o ISM) | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS</td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Firma, Fecha y Sello</td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Número de colegiado</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS | | | | Firma, Fecha y Sello | | | | Número de colegiado | | | | | | | |
| DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma, Fecha y Sello | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de colegiado | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo IX: Comunicación de la intención del facultativo del INSS de expedir el parte de alta por contingencias comunes

| COMUNICACIÓN DE LA INTENCIÓN DEL FACULTATIVO DEL INSS DE EXPEDIR EL PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES | | SEGURIDAD SOCIAL | |
|--|---|---|-----------|
| RÉGIMEN | SITUACIÓN | DATOS DEL TRABAJADOR | |
| GENERAL <input type="checkbox"/> | ACTIVO <input type="checkbox"/> | NOM. TARJETA SANITARIA | |
| AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/> | DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> | NOM. APLICACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL | |
| AGR. OJOPDA <input type="checkbox"/> | | NOM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD | |
| AGR. OJAJDA <input type="checkbox"/> | | NOMBRE Y APELLIDOS | |
| MAR <input type="checkbox"/> | | | |
| E. HDGAR <input type="checkbox"/> | | | |
| M. CARBÓN <input type="checkbox"/> | | | |
| Dirección | | Localidad | Provincia |
| | | Código Postal | Teléfono |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | |
| Nombre de la Empresa | | Puesto de trabajo | |
| "Entidad pago ITCC" | | Módulo | |
| E. COLAB. <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | |
| RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO | | | |
| Código CIE-9 MC | | | |
| Fecha de la BAJA | | CAUSA DEL ALTA | |
| Fecha de reconocimiento médico | | Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/> | |
| Fecha de efectos del ALTA | | Incapacidad (Certific. Inspección) <input type="checkbox"/> | |
| R 9/2 | ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/> | PARTE ENTREGA A NEGATIVA DE MUTUA <input type="checkbox"/> | |
| | ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/> | | |

Este documento contiene los mismos datos que la copia del parte médico de alta destruida al Servicio Público de Salud.

Ejemplar para la INSPECCIÓN MÉDICA u Órgano competente del Servicio Público de Salud

Anexo X: Parte de alta por contingencias comunes (a expedir por los facultativos del INSS)

| PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES (A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS) | | SEGURIDAD SOCIAL | |
|--|---|---|-----------|
| NOMBRE | | DATOS DEL TRABAJADOR | |
| GENERAL <input type="checkbox"/> | ACTIVO <input type="checkbox"/> | NÚM. TARJETA SANEADA | |
| AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/> | DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> | NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL | |
| AGR. PROPIA <input type="checkbox"/> | | NÚM. DOCUMENTO SOCIAL DE IDENTIDAD | |
| AGR. AJENA <input type="checkbox"/> | | NOMBRE Y APELLIDOS | |
| MAR <input type="checkbox"/> | | | |
| E. HOGAR <input type="checkbox"/> | | | |
| M. CARBÓN <input type="checkbox"/> | | | |
| Domicilio | | Localidad | Provincia |
| | | Código Postal | Teléfono |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | |
| Nombre de la Empresa | | Puesto de trabajo | |
| "Entidad pago ITCC" | | Mujer <input type="checkbox"/> | |
| E. COLAB. <input type="checkbox"/> | | MUTUA <input type="checkbox"/> | |
| | | INSS <input type="checkbox"/> | |
| DIAGNÓSTICO | | | |
| RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO | | | |
| Código CIE-9 MC | | | |
| Fecha de la BAJA | | DATOS DEL FACULTATIVO | |
| Fecha de reconocimiento médico | | CAUSA DEL ALTA | |
| Fecha de efectos del ALTA | | Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/> | |
| | | Incapacidad (Control de Inactividad) <input type="checkbox"/> | |
| | | PARTE ENTREGA A INICIATIVA DE MUTUA <input type="checkbox"/> | |
| R 9/2 | ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/> | Mujer, Puesto | |
| | ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/> | Módulo de entrega | |

durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la Inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Bamplar para el INSS

| PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES (A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS) | | SEGURIDAD SOCIAL | |
|--|---|---|-----------|
| NOMBRE | | DATOS DEL TRABAJADOR | |
| GENERAL <input type="checkbox"/> | ACTIVO <input type="checkbox"/> | NÚM. TARJETA SANEADA | |
| AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/> | DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> | NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL | |
| AGR. PROPIA <input type="checkbox"/> | | NÚM. DOCUMENTO SOCIAL DE IDENTIDAD | |
| AGR. AJENA <input type="checkbox"/> | | NOMBRE Y APELLIDOS | |
| MAR <input type="checkbox"/> | | | |
| E. HOGAR <input type="checkbox"/> | | | |
| M. CARBÓN <input type="checkbox"/> | | | |
| Domicilio | | Localidad | Provincia |
| | | Código Postal | Teléfono |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | |
| Nombre de la Empresa | | Puesto de trabajo | |
| "Entidad pago ITCC" | | Mujer <input type="checkbox"/> | |
| E. COLAB. <input type="checkbox"/> | | MUTUA <input type="checkbox"/> | |
| | | INSS <input type="checkbox"/> | |
| DIAGNÓSTICO | | | |
| RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO | | | |
| Código CIE-9 MC | | | |
| Fecha de la BAJA | | DATOS DEL FACULTATIVO | |
| Fecha de reconocimiento médico | | CAUSA DEL ALTA | |
| Fecha de efectos del ALTA | | Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/> | |
| | | Incapacidad (Control de Inactividad) <input type="checkbox"/> | |
| | | PARTE ENTREGA A INICIATIVA DE MUTUA <input type="checkbox"/> | |
| R 9/2 | ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/> | Mujer, Puesto | |
| | ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/> | Módulo de entrega | |

durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la Inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Bamplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo X

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES
(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS) **SEGURIDAD SOCIAL**

RÉGIMEN: GENERAL AUTÓNOMOS AGR. C/PROPIA AGR. CAJAJENA MAR E. HOGAR M. CARBÓN

SITUACIÓN: ACTIVO DESEMPLEADO

DATOS DEL TRABAJADOR: NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN: LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

DATOS DE LA EMPRESA: NOMBRE DE LA EMPRESA: _____ PUESTO DE TRABAJO: _____

ENTIDAD PAGO IT/CC: _____ MUTUA: _____
E. COLAB. MUTUA INSS

DIAGNÓSTICO: _____

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO: _____

Código CIE-9 MC: _____

Fecha de la BAJA: _____
Fecha de reconocimiento médico: _____
Fecha de efectos del ALTA: _____

CAUSA DEL ALTA: Recuperación de la capacidad profesional Incapacidad Curativa (formación)

PARTE EMITIDA A INICIATIVA DE MUTUA

ENFERMEDAD COMÚN ACCIDENTE NO LABORAL

PLAZA, PUESTO: _____

NUMERO DE CATEGORÍA: _____

Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de esta alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la Inspección médica u oficina similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Ejemplar para la MUTUA

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES
(A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS) **SEGURIDAD SOCIAL**

RÉGIMEN: GENERAL AUTÓNOMOS AGR. C/PROPIA AGR. CAJAJENA MAR E. HOGAR M. CARBÓN

SITUACIÓN: ACTIVO DESEMPLEADO

DATOS DEL TRABAJADOR: NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN: LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

DATOS DE LA EMPRESA: NOMBRE DE LA EMPRESA: _____ PUESTO DE TRABAJO: _____

ENTIDAD PAGO IT/CC: _____ MUTUA: _____
E. COLAB. MUTUA INSS

DIAGNÓSTICO: _____

RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO: _____

Código CIE-9 MC: _____

Fecha de la BAJA: _____
Fecha de reconocimiento médico: _____
Fecha de efectos del ALTA: _____

CAUSA DEL ALTA: Recuperación de la capacidad profesional Incapacidad Curativa (formación)

PARTE EMITIDA A INICIATIVA DE MUTUA

ENFERMEDAD COMÚN ACCIDENTE NO LABORAL

PLAZA, PUESTO: _____

NUMERO DE CATEGORÍA: _____

Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de esta alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la Inspección médica u oficina similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Ejemplar para el TRABAJADOR

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo X

| PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES (A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS) | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | |
|---|--------------------------|-------------|--------------------------------|---|-------------------------------|----------|
| RÉGIMEN | | SITUACIÓN | | DATOS DEL TRABAJADOR | | |
| GENERAL | <input type="checkbox"/> | ACTIVO | <input type="checkbox"/> | NOM (AJUSTA SI APARECE) | | |
| AUTÓNOMOS | <input type="checkbox"/> | DESEMPLEADO | <input type="checkbox"/> | Nº DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL | | |
| AGR. C/PROPIA | <input type="checkbox"/> | | | Nº DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD | | |
| AGR. C/AJENA | <input type="checkbox"/> | | | NOMBRE Y APELLIDOS | | |
| MAR | <input type="checkbox"/> | | | Domicilio | | |
| E. HOGAR | <input type="checkbox"/> | | | Localidad | | |
| M. CARBÓN | <input type="checkbox"/> | | | Provincia | | |
| | | | | Código Postal | | Teléfono |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | | | | |
| Nombre de la Empresa | | | | Puesto de trabajo | | |
| Entidad pago IT/CC* | | | Mutua | | | |
| E. COLAB. <input type="checkbox"/> | | | MUTUA <input type="checkbox"/> | | INSS <input type="checkbox"/> | |
| Fecha de la BAJA [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Fecha de reconocimiento médico [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Fecha de efectos del ALTA [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] B. 9/2 <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/> ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| DATOS DEL FACULTATIVO Puesto, Fecha Número de colegiado [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | CAUSA DEL ALTA Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/> Incomparecencia (Contratos formación) <input type="checkbox"/> PARTE EMITIDO A INICIATIVA DE MUTUA <input type="checkbox"/> | | |
| Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la Inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente. | | | | | | |

Ejemplar para la EMPRESA

Anexo XI: Comunicación de la intención del facultativo del INSS de expedir el parte de alta por contingencias profesionales

| COMUNICACIÓN DE LA INTENCIÓN DEL FACULTATIVO DEL INSS DE EXPEDIR EL PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES | | | SEGURIDAD SOCIAL | |
|--|--|---------------------------------------|------------------|---|
| RÉGIMEN | SITUACIÓN | DATOS DEL TRABAJADOR | | |
| GENERAL <input type="checkbox"/> | ACTIVO <input type="checkbox"/> | NÚM. TARJETA SANEATA | | |
| AGR. PROPIA <input type="checkbox"/> | DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> | NÚM. APLICACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL | | |
| AGR. AJENA <input type="checkbox"/> | | NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD | | |
| MAR <input type="checkbox"/> | | NOMBRE Y APELLIDOS | | |
| M. CARBÓN <input type="checkbox"/> | | | | |
| Domicilio | | Localidad | Provincia | Código Postal |
| Teléfono | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | | |
| Nombre de la Empresa | | Puesto de trabajo | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | |
| RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO | | | | Código CE-9 MC |
| Fecha de la BAJA | | | | |
| Fecha de reconocimiento médico | | | | |
| Fecha de efectos del ALTA | | | | |
| Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> | | DATOS DEL FACULTATIVO | | CAUSA DEL ALTA |
| Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> | | | | |
| Períodos de Observación por E. P. <input type="checkbox"/> | | Plaza, Fecha | | Incapacidad (Comisión formativa) <input type="checkbox"/> |
| R 9/3 | | Número de colegiado | | |

Este documento contiene los mismos datos que la copia del parte médico de alta destinada al Servicio Público de Salud

Ejemplar para la INSPECCIÓN MÉDICA u Órgano competente del Servicio Público de Salud

| PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES | | | SEGURIDAD SOCIAL | |
|--|--|---------------------------------------|------------------|---|
| (A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS) | | | | |
| RÉGIMEN | SITUACIÓN | DATOS DEL TRABAJADOR | | |
| GENERAL <input type="checkbox"/> | ACTIVO <input type="checkbox"/> | NÚM. TARJETA SANEATA | | |
| AGR. PROPIA <input type="checkbox"/> | DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> | NÚM. APLICACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL | | |
| AGR. AJENA <input type="checkbox"/> | | NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD | | |
| MAR <input type="checkbox"/> | | NOMBRE Y APELLIDOS | | |
| M. CARBÓN <input type="checkbox"/> | | | | |
| Domicilio | | Localidad | Provincia | Código Postal |
| Teléfono | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | | |
| Nombre de la Empresa | | Puesto de trabajo | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | |
| RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO | | | | Código CE-9 MC |
| Fecha de la BAJA | | | | |
| Fecha de reconocimiento médico | | | | |
| Fecha de efectos del ALTA | | | | |
| Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> | | DATOS DEL FACULTATIVO | | CAUSA DEL ALTA |
| Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> | | | | |
| Períodos de Observación por E. P. <input type="checkbox"/> | | Plaza, Fecha | | Incapacidad (Comisión formativa) <input type="checkbox"/> |
| R 9/3 | | Número de colegiado | | |

Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médico por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la Inspección Médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Ejemplar para el INSS

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo XI

| PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES (A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS) | | SEGURIDAD SOCIAL |
|--|--|--|
| RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/> | SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> | DATOS DEL TRABAJADOR N.º TARJETA IDENTARIA _____ N.º APLICACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL _____ N.º DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD _____ NOMBRE Y APELLIDOS _____ |
| Domicilio _____ | | Localidad _____ |
| Provincia _____ | | Código Postal _____ Teléfono _____ |
| DATOS DE LA EMPRESA Nombre de la Empresa _____ Puesto de trabajo _____ | | |
| DIAGNÓSTICO _____ | | |
| RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO _____ Código CIE-9 MC _____ | | |
| Fecha de la BAJA _____ Fecha de reconocimiento médico _____ Fecha de efectos del ALTA _____ | DATOS DEL FACULTATIVO Firma, Fecha _____ Número de colegiado _____ | CAUSA DEL ALTA Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/> Incompetencia (Conatos formativa) <input type="checkbox"/> |
| Asistente de Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Periodos de Observación por E. P. <input type="checkbox"/> | R 9/3 | |

Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Reemplazar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

| PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES (A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS) | | SEGURIDAD SOCIAL |
|--|--|--|
| RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> M. CARBÓN <input type="checkbox"/> | SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> | DATOS DEL TRABAJADOR N.º TARJETA IDENTARIA _____ N.º APLICACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL _____ N.º DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD _____ NOMBRE Y APELLIDOS _____ |
| Domicilio _____ | | Localidad _____ |
| Provincia _____ | | Código Postal _____ Teléfono _____ |
| DATOS DE LA EMPRESA Nombre de la Empresa _____ Puesto de trabajo _____ | | |
| DIAGNÓSTICO _____ | | |
| RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO _____ Código CIE-9 MC _____ | | |
| Fecha de la BAJA _____ Fecha de reconocimiento médico _____ Fecha de efectos del ALTA _____ | DATOS DEL FACULTATIVO Firma, Fecha _____ Número de colegiado _____ | CAUSA DEL ALTA Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/> Incompetencia (Conatos formativa) <input type="checkbox"/> |
| Asistente de Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Periodos de Observación por E. P. <input type="checkbox"/> | R 9/3 | |

Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de este alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Reemplazar para el TRABAJADOR

Continúa en la página siguiente.

Continuación del anexo XI

| PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | |
|--|---|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|
| (A EXPEDIR POR LOS FACULTATIVOS ADSCRITOS AL INSS) | | | | | | | | | | | |
| RÉGIMEN | SITUACIÓN | DATOS DEL TRABAJADOR | | | | | | | | | |
| GENERAL..... <input type="checkbox"/> | ACTIVO <input type="checkbox"/> | NÚM. TARJETA SANITARIA..... | | | | | | | | | |
| AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/> | DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> | NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL..... | | | | | | | | | |
| AGR. C/AFIENA <input type="checkbox"/> | | NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD..... | | | | | | | | | |
| MAR <input type="checkbox"/> | | NOMBRE Y APELLIDOS..... | | | | | | | | | |
| M. CARBÓN <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Domicilio..... | | Localidad..... | Provincia..... | | | | | | | | |
| | | | Código Postal..... Teléfono..... | | | | | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Empresa..... | | Puesto de trabajo..... | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Fecha de la BAJA..... | <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | DATOS DEL FACULTATIVO | CAUSA DEL ALTA |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Fecha de reconocimiento médico..... | <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | Recuperación de la capacidad profesional <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Fecha de efectos del ALTA..... | <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | Incomparecencia (Contratos formación) <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> | | Firma, Fecha..... | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> R 9/3 | Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> | Número de colegiado..... | | | | | | | | | |
| | Períodos de Observación por E. P. <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |

Durante los seis meses siguientes a la fecha de efectos de esta alta, un nuevo parte de baja médica por las mismas dolencias solo podrá ser expedido por la Inspección médica u órgano similar de la comunidad autónoma correspondiente.

Ejemplar para la EMPRESA

Anexo XII: Informe clínico laboral modelo p.47



Ministerio de Sanidad y Consumo
CENTRO NACIONAL DE LA SALUD

INFORME CLÍNICO-LABORAL

| | | | |
|-----------------------------------|-----------|-------------|-----------|
| DADOS DEL FACILITADOR FAMILIAR | Nombre | Callejón nº | |
| | Dirección | Localidad | Provincia |

| | | | | |
|----------------------|--|------------------|-------|-----------------------|
| DADOS DEL TRABAJADOR | Apellidos y nombre | Fecha nacimiento | | afiliación a la S. S. |
| | Dirección | Localidad | B. P. | S. N. I. nº |
| | Profesión preferentemente ejercida durante su vida laboral | | | |

| | | |
|--|--|-----------------------|
| DADOS DE LA EMPRESA EMPRESA | Nombre o razón social | afiliación a la S. S. |
| | Dirección | |
| | Entidad Gestora o Arriba Patronal de A. T. | |
| | Letras o razón social | afiliación a la S. S. |
| | Dirección | |
| Entidad Gestora o Arriba Patronal de A. T. | | |

| | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|------------------|---------------------------------|
| DADOS SOBRE LA INCAPACIDAD LABORAL TRANSMISIÓN | Causa de la Incapacidad (Solo en el caso de que sea enfermedad) | | Enfermedad | Com. Profesional | Accidente de Trabajo de Laboral |
| | Profesión que ejerce en el momento de la baja | | | | |
| | Fecha de la baja | Fecha de la iniciación de la I. L. T. | Fecha de la iniciación de nivel. Prev. | | |

| | | |
|--------------------------|-----------------------------------|-----|
| DADOS SOBRE EL ACCIDENTE | Fecha en que se produjo la lesión | / / |
| | Letras o razón social | |

| | |
|--|--|
| DIRECCION REINO Y CÍRCULO CLÍNICO | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| TUJAMENTO N. DE IN ESTADO SOCIOS TEMPORAL | |
|---|--|

| | |
|-----------------------------|---|
| SITUACION REPO ACTUAL | ¿ Están aplicados los períodos de suspensión retribuida? ¿ Se está dando de alta médicamente? ¿ En que fecha? / / |
|-----------------------------|---|

Fecha _____
(Firma del Facilitador)

Anexo XIII: Modelo 3-AT-19-B, parte de asistencia sanitaria por accidente

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

Mod. 3-AT-19-B 2/3 UNE A-4, (148 e 140)

Anexo XV: Cuadro de Enfermedades Profesionales en el Sistema de Seguridad Social (R.D. 1995/78 de 12 de mayo)*

- A) E.P. producidas por agentes químicos:
- 1 Plomo y sus compuestos
 - 2 Mercurio y sus compuestos
 - 3 Cadmio y sus compuestos
 - 4 Manganeso y sus compuestos
 - 5 Cromo y sus compuestos
 - 6 Níquel y sus compuestos
 - 7 Berilio (glucinio) y sus compuestos
 - 8 Talio y sus compuestos
 - 9 Vanadio y sus compuestos
 - 10 Fósforo y sus compuestos
 - 11 Arsénico y sus compuestos
 - 12 Cloro y sus compuestos inorgánicos
 - 13 Bromo y sus compuestos inorgánicos
 - 14 Yodo y sus compuestos inorgánicos
 - 15 Flúor y sus compuestos
 - 16 Acido nítrico
 - 17 Oxidos de azufre
 - 18 Amoníaco
 - 19 Anhídrido sulfuroso
 - 20 Acido sulfúrico
 - 21 Acido sulfhídrico
 - 22 Sulfuro de carbono
 - 23 Oxido de carbono
 - 24 Oxicloruro de carbono
 - 25 Acido cianhídrico, cianuros y compuestos de cianógeno
 - 26 Hidrocarburos alifáticos saturados o no; cíclicos o no, constituyentes del éter, del petróleo y de la gasolina.
 - 27 Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos, saturados o no, cíclicos o no.
 - 28 Alcoholes.
 - 29 Glicoles
 - 30 Eteres y sus derivados.
 - 31 Cetonas.
 - 32 Esteres orgánicos y sus derivados halogenados
 - 33 Acidos orgánicos
 - 34 Aldehídos
 - 35 Nitroderivados alifáticos
 - 36 Esteres del ácido nítrico
 - 37 Benceno, tolueno, xileno y otros homólogos del benceno
 - 38 Naftaleno y sus homólogos
 - 39 Derivados halogenados de los hidrocarburos aromáticos
 - 40 Fenoles, homólogos y sus derivados halogenados
- 41 Aminas (primarias, secundarias, terciarias, eterocíclicas) e hidracinas aromáticas y sus derivados halógenos, fenólicos, nitrosados, nitrados y sulfonados
- 42 Poliuretanos (isocianatos)
- 43 Nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos y de los fenoles
- B) E.P. de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados:
- 1 Cáncer cutáneo y lesiones cutáneas precancerosas debidas al hollín, alquitrán, betún, brea, antraceno, aceites minerales, parafina bruta y a los compuestos, productos, y residuos de estas sustancias y a otros factores carcinógenos.
 - 2 Afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias no consideradas en otros apartados.
- C) E.P. provocadas por la inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados:
- 1 Neumoconiosis
 - a) Silicosis, asociada o no a tuberculosis pulmonar.
 - b) Asbestosis, asociada o no a la tuberculosis pulmonar o al cáncer de pulmón.
 - c) Neumoconiosis debida a los polvos de silicatos.
 - d) Cannabosis y bagazosis.
 - 2 Afecciones broncopulmonares debidas a los polvos o humos de aluminio o de sus compuestos.
 - 3 Afecciones broncopulmonares debidas a los polvos de los metales duros, taico, etc.
 - 4 Afecciones broncopulmonares causadas por los polvos de escorias Thomas.
 - 5 Asma provocado en el medio profesional por las sustancias no Incluidas en otros apartados.
 - 6 Enfermedades causadas por irritación de las vías aéreas superiores por inhalación o ingestión de polvos, líquidos, gases o vapores.

* Continua en la página siguiente.

D) E.P. infecciosas y parasitarias:

- 1 Helmintiasis, anquilostomiasis duodenal, anguillulosis.
- 2 Paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre papataci, fiebre recurrente, fiebre amarilla, peste, leishmaniosis, pian, tífus exantemático y otras rickettsiosis.
- 3 Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos y cadáveres (para el tétanos se incluirán también los trabajos con excretas humanas o animales).
- 4 Enfermedades infecciosas o parasitarias del personal que se ocupa de la prevención, asistencia y cuidado de enfermos y en la investigación.

E) E.P. producidas por agentes físicos:

- 1 Enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes.
- 2 Catarata producida por la energía radiante.
- 3 Hipoacusia o sordera provocada por el ruido.
- 4 Enfermedades provocadas por trabajos con aire comprimido.
- 5 Enfermedades osteoarticulares o angineuróticas provocadas por las vibraciones mecánicas.
- 6
 - a) Enfermedades de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas.
 - b) Enfermedades por fatiga de las vainas tendinosas, de los tejidos peritendinosos,

de las inserciones musculares y tendinosas.

- c) Lesiones del menisco en las minas y trabajos subterráneos.
- d) Arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosa.
- e) Parálisis de los nervios debidas a la presión.
- 7 Nistagmus de los mineros.

F) Enfermedades sistemáticas:

- 1 Distrofia incluyendo la ulceración de la córnea por gases, vapores, polvos y líquidos.
- 2 Carcinoma primitivo de bronquio o pulmón por asbesto. Mesotelioma pleural y mesotelioma peritoneal debidos a la misma causa.
- 3 Carcinoma de la membrana mucosa de la nariz, senos nasales, bronquio o pulmón adquirido en industrias donde se fabrica o manipula níquel.
- 4 Angiosarcoma hepático causado por el cloruro de vinilo.
- 5 Cáncer del sistema hematopoyético causado por el benceno.
- 6 Carcinoma de piel, bronquio, pulmón o hígado causado por el arsénico.
- 7 Neoplasia primaria del tejido epitelial de la vejiga urinaria, pelvis renal o uréter.
- 8 Cáncer de piel, pulmón, hueso y médula ósea por radiaciones ionizantes.
- 9 Carcinoma de la mucosa nasal, senos nasales, laringe, bronquio o pulmón causado por el cromo.

Diagramas

Diagrama II: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, parte de confirmación

PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS COMUNES PARTE DE CONFIRMACIÓN DE I.T.

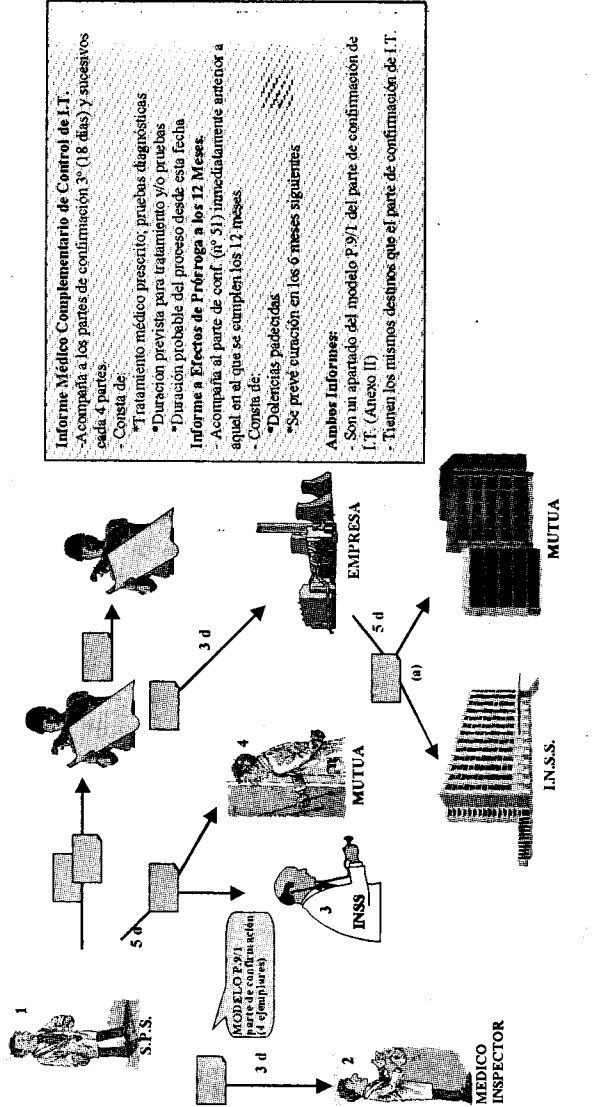


Diagrama III: Instrucciones de cumplimentación de parte de baja/alta por contingencias comunes mediante el sistema TAIR

Zona sin sombrear
CUMPLIMENTACIÓN MANUAL EN TODOS LOS CASOS

Zona sombreada: DATOS MECANIZADOS: No rellenar estos datos si se utiliza el Sistema TAIR. En caso contrario, consignar los datos personales del trabajador en las tres primeras líneas y señalar con una "X" o con la correspondiente fecha - los recuadros establecidos al efecto.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

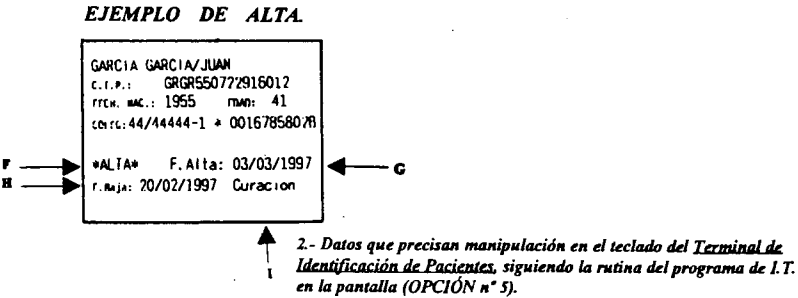
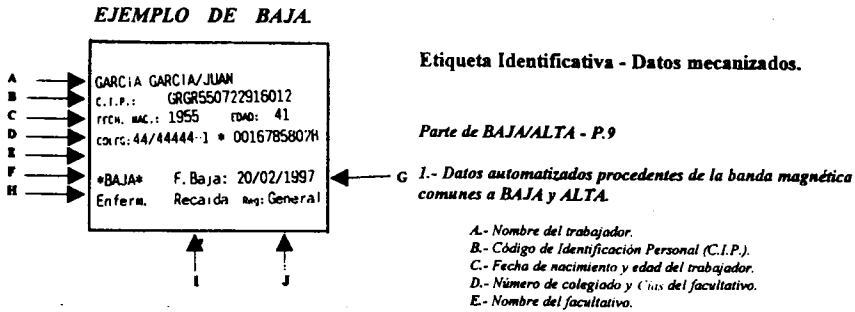
| PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES | SEGURIDAD SOCIAL |
|---|---|
| <p>IDENTIFICACIÓN</p> <p>Nº de identificación: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Apellidos: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Código postal: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>ACTIVO O DESEMPLEADO</p> <p>Actividad: _____</p> <p>Código de actividades empresariales: _____</p> <p>Código de puesto de trabajo: _____</p> <p>Entidad que paga la LT: _____</p> <p>DIAGNÓSTICO</p> <p>Descripción de la limitación de la capacidad funcional: _____</p> <p>Duración probable de la BAJA en días y/o meses: _____</p> <p>ETIQUETA IDENTIFICATIVA</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Apellido: _____</p> | <p>IDENTIFICACIÓN</p> <p>Nº de identificación: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Apellidos: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Código postal: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>ACTIVO O DESEMPLEADO</p> <p>Actividad: _____</p> <p>Código de actividades empresariales: _____</p> <p>Código de puesto de trabajo: _____</p> <p>Entidad que paga la LT: _____</p> <p>DIAGNÓSTICO</p> <p>Descripción de la limitación de la capacidad funcional: _____</p> <p>Duración probable de la BAJA en días y/o meses: _____</p> <p>ETIQUETA IDENTIFICATIVA</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Apellido: _____</p> |

- A. Nº de la Seguridad Social y del DNI. No omitir, ambos, en ningún caso.
- B. Domicilio del trabajador completo. Consignar también el distrito postal. Indicar el nº de teléfono.
- C. Marcar con una "X" el recuadro correspondiente - ACTIVO o DESEMPLEADO.
- D. Empresa en la que trabaja, dirección de la misma. Localidad, C.P. y provincia.
- E. Actividad de la empresa - Código de actividades empresariales - CNAE. Puesto de trabajo (Actividad concreta que realiza)
- F. Entidad que paga la LT, por contingencia COMÚN. CONSIGNAR EL NOMBRE (INSS, ISM o MUTUA de AT. y EP.).
- G. DIAGNÓSTICO: Consignar. Sin olvidar el CÓDIGO CIE 9 MC.
- H. Descripción de la limitación de la capacidad funcional (BAJA) - Resultado del reconocimiento (ALTA)
- I. Duración probable de la BAJA en días y/o meses.- Duración estándar, si existe. Consignar la duración estimada de la BAJA de acuerdo con la establecida en el Manual del INSALUD. En caso de que el diagnóstico no figure en dicho Manual poner el que se ajuste con más propiedad al caso, de acuerdo con el criterio del facultativo.
- J. En caso de no utilizar ETIQUETA IDENTIFICATIVA, consignar aquí los datos personales del facultativo. No olvidar firmar la parte siempre.

(*) Continúa en la página siguiente.

Continúa en la página siguiente.

Continuación Diagrama III



2.1.- En caso de BAJA.

- F.- BAJA (opciones: 1 Baja, 2 Confirmación, 3 Alta) + enter.
- G.- Fecha correspondiente a la BAJA (por defecto la del día, en caso contrario presionar la tecla "clear" y teclear teniendo en cuenta que no admite más de 30 días antes o 3 días después de la fecha de expedición) + enter.
- H.- Tipo de BAJA (1 enfermedad, 2 accidente no laboral) + enter.
- I.- Si es o no Recaida (1 si, 2 no) + enter.
- J.- Régimen de afiliación del trabajador (1 general, 2 autónomo, 3 agrario cuenta propia, 4 agrario cuenta ajena, 5 reg. del mar, 6 emp. del hogar, 7 otro) + enter.

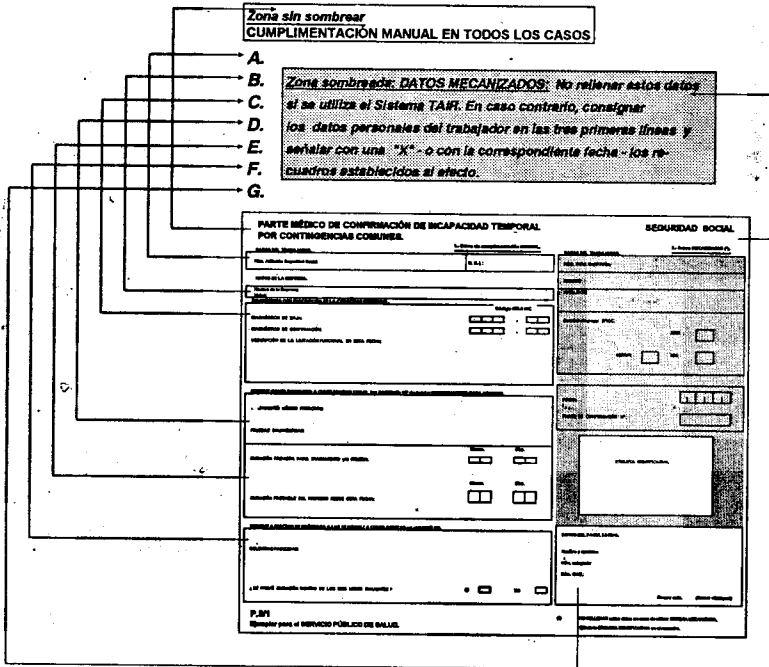
2.2.- En caso de ALTA.

- F.- ALTA (opciones: 1 Baja, 2 Confirmación, 3 Alta) + enter.
- G.- Fecha correspondiente al ALTA (por defecto la del día, en caso contrario presionar la tecla "clear" y teclear teniendo en cuenta que no admite más de 3 días después y que ésta fecha no podrá ser anterior a la de la BAJA) + enter.
- H.- Teclear la fecha de la BAJA + enter.
- I.- Seleccionar el dígito adecuado (1 curación, 2 fallecimiento, 3 insp. médica 4 propuesta de invalidez, 5 agotamiento, 6 mejoría, 7 incomparecencia (*)) + enter.

(*) No está previsto en el programa.

3.- En caso de baja por MATERNIDAD utilizar el impreso correspondiente.

Diagrama IV: Instrucciones de cumplimentación de parte de confirmación por contingencias comunes mediante el sistema TAIR*



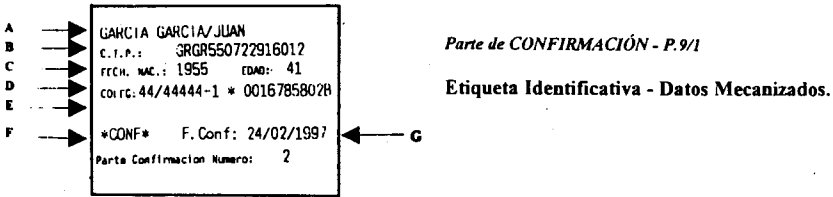
- A. Nº de la Seguridad Social y del DNI. No omitir, ambos, en ningún caso.
- B. Nombre de la empresa en la que trabaja. Entidad que paga la LT por contingencias COMÚN. Consignar el nombre (INSS, ISM, o MUTUA de AT, y EP)
- C. Diagnóstico de la BAJA y nº de CIE 9 MC. Diagnóstico de CONFIRMACIÓN y nº de CIE 9 MC. Descripción de la limitación funcional en esta fecha.
- D. Informe complementario, efectuar junto con el tercer parte (día 15 de la BAJA) y sucesivamente cada 4 partes
Tratamiento médico prescrito: Indicar el propuesto hasta la fecha. Pruebas diagnósticas: Las solicitadas.
Si no se hubiera propuesto tratamiento médico o solicitado pruebas diagnósticas- hasta la fecha - consignarlo también.
- E. Duración prevista para el tratamiento y/o prueba: En caso de no haberse realizado.
Duración probable del proceso en esta fecha: En días y/o meses.
- F. Informe a efectos de prórroga a los 12 meses (a cumplimentar en el parte nº 51)
Dolencias padecidas: Resumen de la evolución del proceso. ¿Se prevé curación dentro de los 6 meses siguientes? Marcar con una "X"
- G. En caso de no utilizar ETIQUETA IDENTIFICATIVA, consignar aquí los datos personales del facultativo que realiza el parte.
No olvidar firmar el parte siempre.

(*) Continúa en la página siguiente.

Continúa en la página siguiente.

Continuación Diagrama IV

EJEMPLO DE CONFIRMACIÓN



Parte de CONFIRMACIÓN - P.9/1

Etiqueta Identificativa - Datos Mecanizados.

H 1.- Datos automatizados procedentes de la banda magnética, comunes a BAJA y ALTA.

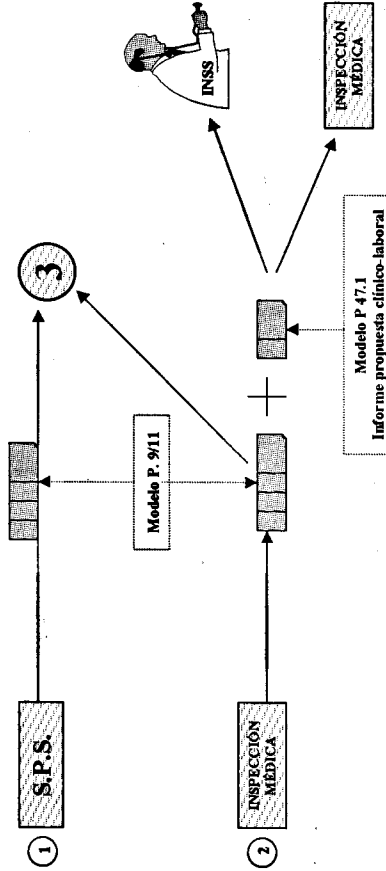
- A.- Nombre del trabajador.
- B.- Código de Identificación Presonal (C.I.P.)
- C.- Fecha de nacimiento y edad del trabajador.
- D.- Número de colegiado y cias. del facultativo.
- E.- Nombre del facultativo.

2.- Datos que precisan manipulación en el teclado del Terminal de Identificación de Pacientes, siguiendo la rutina del programa de I.T. en la pantalla (OPCIÓN n° 3).

- F.- CONFIRMACIÓN (opciones: 1 Baja, 2 Confirmación, 3 Alta) + enter.
- G.- Fecha correspondiente al parte de Confirmación (por defecto la del día, en caso contrario presionar la tecla "clear" y teclear teniendo en cuenta que no admite más que 1 días después y que ésta fecha no podrá ser anterior a la de la BAJA). + enter
- H.- Teclear el número del parte + enter

Diagrama V: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, agotamiento por transcurso del tiempo máximo

PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS PROFESIONALES AGOTAMIENTO DE LA I.T. POR TRANSCURSO DEL TIEMPO MÁXIMO

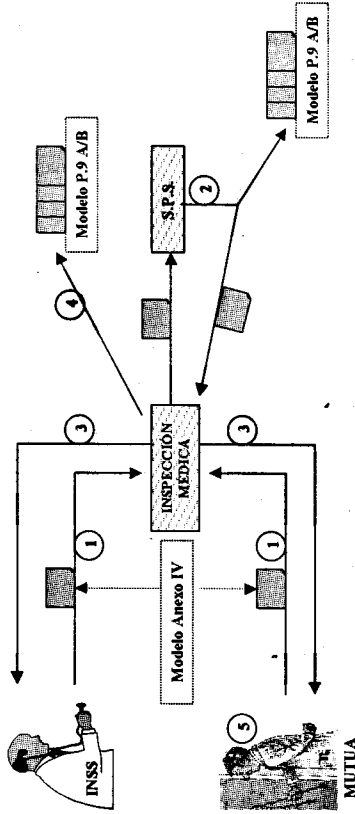


Posibilidades:

- 1 Facultativo del Servicio Público de Salud emite alta por curación
- 2 La Inspección Médica emite alta por agotamiento. Se emite parte de alta y se añade el P.47.1 que puede contener dos propuestas:
 - Secuelas / reducciones anatómicas o funcionales que justifiquen una invalidez permanente.
 - Necesidad de continuar el tratamiento médico prescrito.
- 3 Trámite similar al descrito para partes de alta

Diagrama VI: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, propuestas de alta

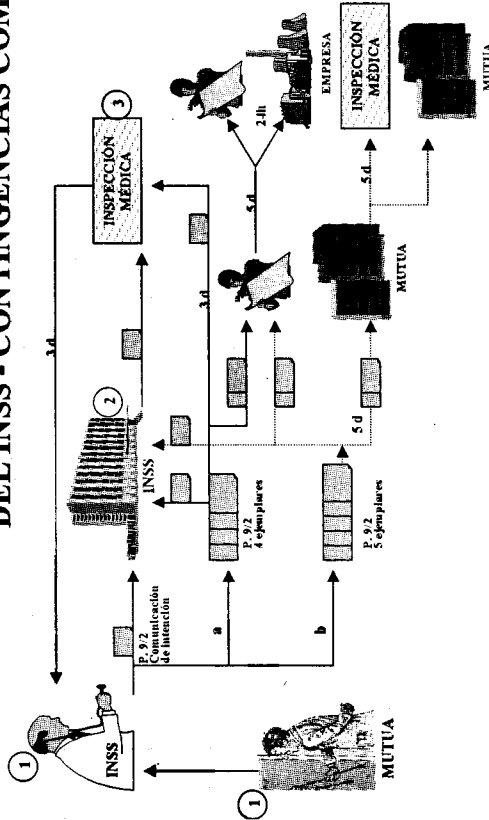
PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS COMUNES PROPUESTAS DE ALTA



- 1 Propuesta motivada de alta médica: es un modelo con apartados distintos que se cumplimentan por todos los facultativos de la cadena.
- 2 Los facultativos pueden:
 - Confirmar la baja (haciendo constar las atenciones y los controles médicos necesarios).
 - Admitir la propuesta de alta (expide-alta por cuadruplicado ejemplar)
- 3 Si el facultativo del Servicio Público de Salud no se pronuncia en 10 días, o en su caso la I.M. discrepa, ésta en los 5 días siguientes, emitirá o no el alta.
- 4 La Inspección Médica puede acordar el alta habiendo meditado o no propuestas de los Servicios Médicos del INSS/Mutua.
- 5 Los facultativos de las Mutuas pueden si INSSALUD no contesta en plazo su propuesta de alta, plantear iniciativa de alta ante los médicos del INSS.

Diagrama VII: Alta a efectos económicos de los facultativos del INSS, contingencias comunes

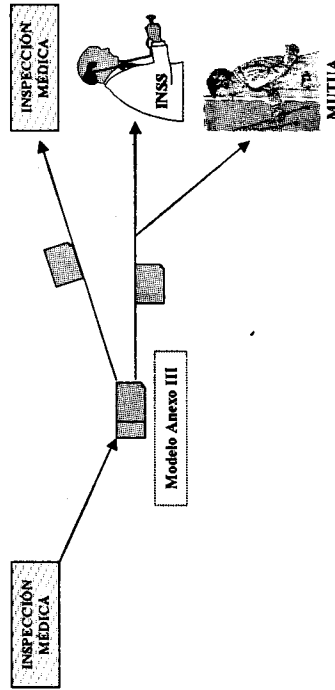
ALTA A EFECTOS ECONÓMICOS DE LOS FACULTATIVOS DEL INSS - CONTINGENCIAS COMUNES



- 1) Intención del procedimiento: puede formularse la intención del facultativo del INSS de expedir el parte de alta por propia iniciativa o a propuesta del facultativo de la Mutua (ver propuestas de alta)
- 2) Tras el reconocimiento comunica a I.M. la intención de extender alta: envía a través de D.P.INSS el modelo P.9/2 de comunicación de intención. Al mismo tiempo envía el parte de alta entregando 2 ejemplares al trabajador con fecha de efectos 5º día hábil (modelo P.9/2). En caso de inicio de la Mutua, envía 5 ejemplares. El trabajador se queda uno para él y el otro destinado a la empresa, lo hace llegar en las 24 h. siguientes a la fecha de efecto si no ha habido comunicación sobre la existencia de discapacidad expresa de la M.I.
- 3) La Inspección Médica, debe formular discapacidad en 3 días hábiles. Si no la formula, el INSS, envía los partes restantes, quedándose con una copia. Si discapacidad, comunica al trabajador y no surte efectos.
Si transcurre el plazo de 3 días sin que I.M. manifieste expresamente su discapacidad, INSS remite parte de Alta:
a) Alta por iniciativa INSS: se envía 5 ejemplares de alta a S.P.S.
b) Alta por iniciativa Mutua: se envían 2 ejemplares y la Mutua remite uno de ellos en 5 días a S.P.S., el otro se lo queda.

Diagrama VIII: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, informe médico trimestral de control

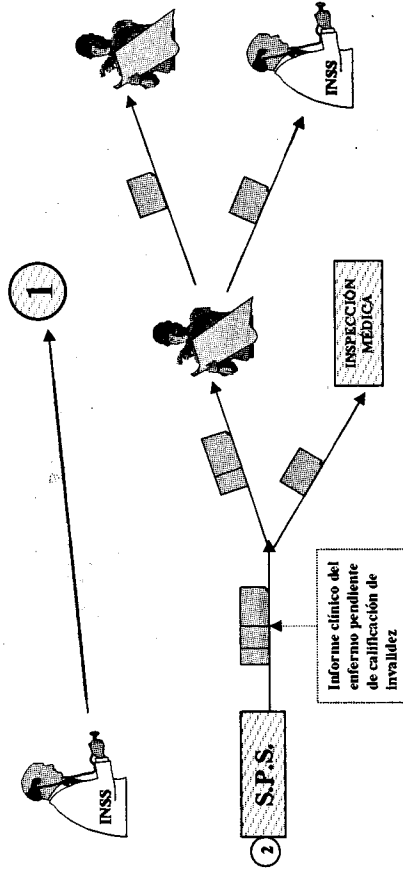
PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS COMUNES INFORME MÉDICO TRIMESTRAL DE CONTROL



- ① Duplicado ejemplar: Original Entidad Gestora / Mutua
- ② Contenido: justifica la necesidad de mantener el proceso de I.T.

Diagrama IX: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias comunes, prórroga efectos de I.T. (L.G.S.S. art. 131 bis, 2º párrafo)

PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS PROFESIONALES PRÓRROGA EFECTOS DE I.T. (L.G.S.S. art. 131 bis, 2º párrafo)

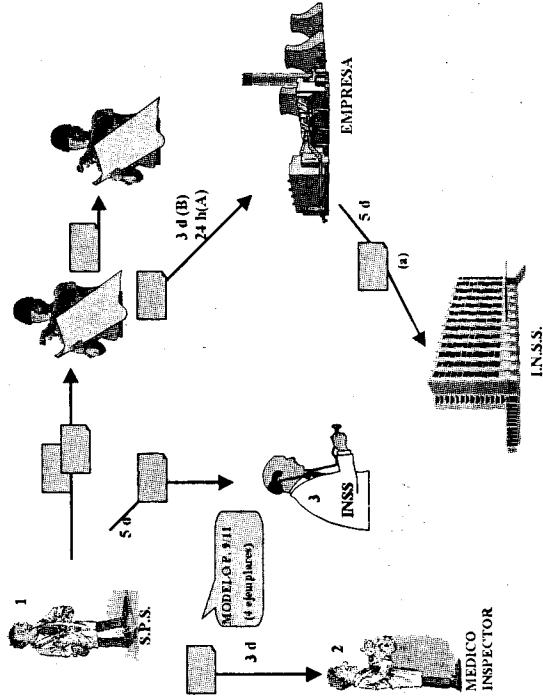


1 Dictamen emitido por los servicios médicos del INSS (EVT). No procede calificación de Invalidez Permanente por situación clínica y necesidad de continuar el tratamiento prescrito.

2 En tanto permanece en esta situación (de los 18 meses a los 30 posibles) el facultativo del Servicio Público de Salud a instancia del trabajador, emite el modelo referenciado por triplicado (original y copia para el trabajador) (Anexo VI)

Diagrama X: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, parte de baja médica y alta

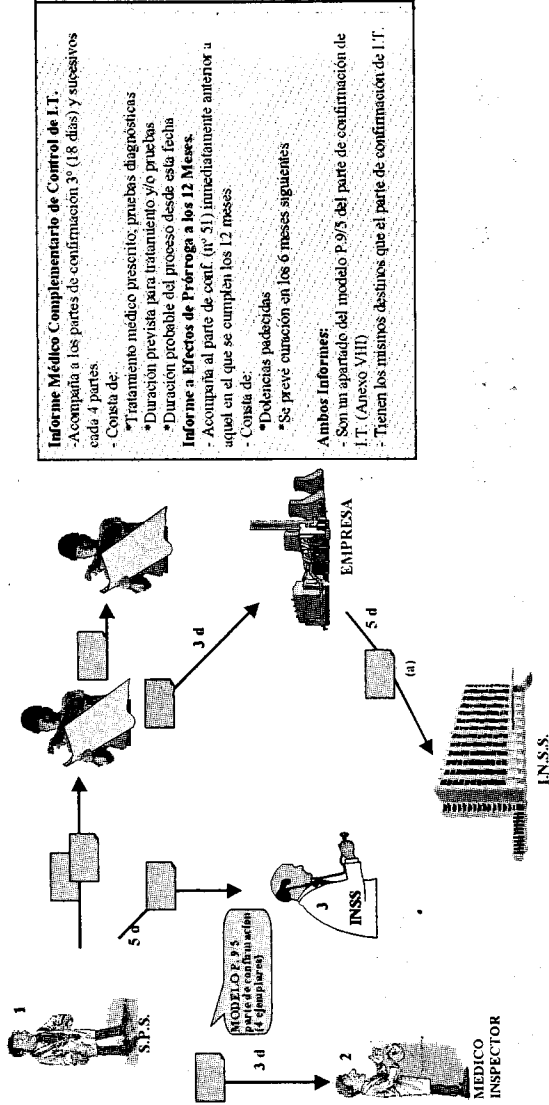
PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS PROFESIONALES PARTE DE BAJA MÉDICA Y ALTA



PARTES EXPEDIDOS INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RECONOCIMIENTO EN PARTE DE BAJA DESTINADO A MÉDICOS (2, 3, 4): DIAGNÓSTICO EN PARTE DE ALTA, DESTINADO A MÉDICOS (2, 3, 4): RESULTADO Y MOTIVO DE ALTA (6) NO SE ENVÍA EN CASO DE SER ENTIDAD AUTOASEGURADORA

Diagrama XI: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, parte de confirmación

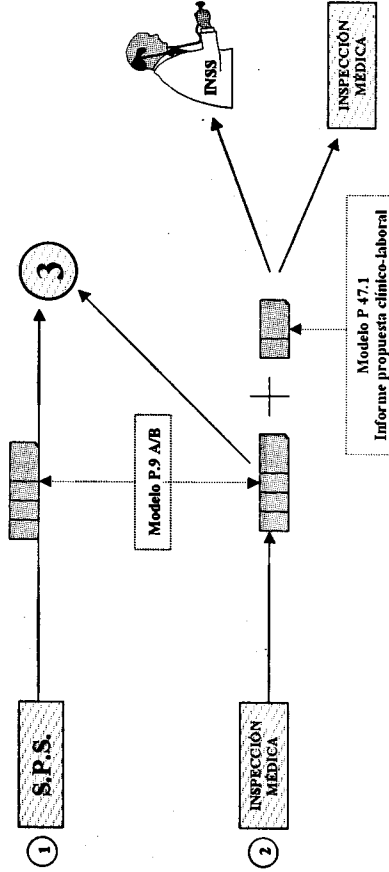
PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS PROFESIONALES PARTE DE CONFIRMACIÓN DE I.T.



MODELO PARTE F.9/5: CONFIRMACIÓN (ANEXO VIII).
 PARTE EXPEDIDO INMEDIATAMENTE DESPUES DEL RECONOCIMIENTO
 EL PRIMER PARTE DE C AL SEPTIMO DIA. SIGUIENTES CADA 7 DIAS
 EN PARTE C DESTINADO A 2.3: DIAGNÓSTICO, LIMITACION CAPACIDAD FUNCIONAL, DURACIÓN PROBABLE
 (a) NO SE ENVÍA EN CASO DE SER ENTIDAD AUTOSEGURADORA

Diagrama XII: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, agotamiento por transcurso del tiempo máximo

**PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS COMUNES
AGOTAMIENTO DE LA I.T. POR TRANSCURSO DEL TIEMPO MÁXIMO**

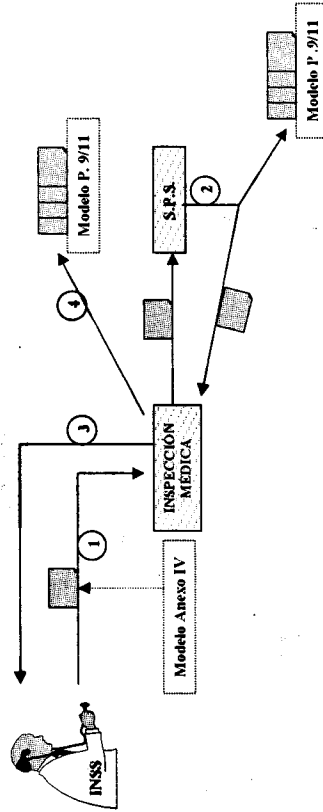


Dos posibilidades:

- 1 Facultativo del Servicio Público de Salud emite alta por curación
- 2 La Inspección Médica emite alta por agotamiento. Se emite parte de alta y se añade el P.47.1 que puede contener dos propuestas:
 - Secuelas / reducciones anatómicas o funcionales que justifiquen una invalidez permanente.
 - Necesidad de continuar el tratamiento médico prescrito.
- 3 Trámite similar al descrito para partes de alta

Diagrama XIII: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, propuestas de alta

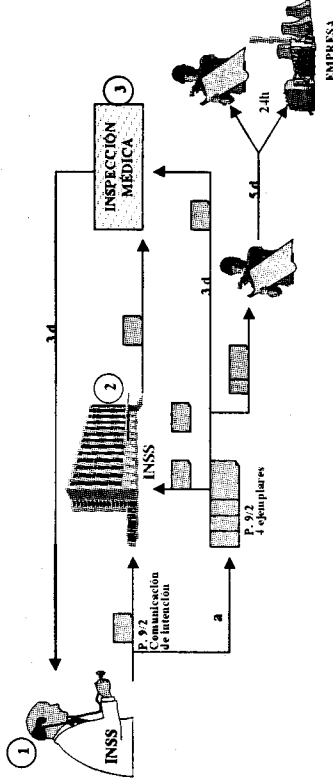
**PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS PROFESIONALES
PROPUESTAS DE ALTA**



- 1 Propuesta motivada de alta médica: es un modelo con apartados distintos que se cumplimentan por todos los facultativos de la cadena.
- 2 Los facultativos pueden:
 - Confirmar la baja (haciendo constar las atenciones y los controles médicos necesarios).
 - Admitir la propuesta de alta (expide alta por cuadruplicado ejemplar)
- 3 Si el facultativo del Servicio Público de Salud no se pronuncia en 10 días, o en su caso la I.M. discrepa, ésta en los 5 días siguientes, emite o no el alta.
- 4 La Inspección Médica puede acordar el alta habiendo meditado o no propuestas de los Servicios Médicos del INSS.

Diagrama XIV: Alta a efectos económicos de los facultativos del INSS, contingencias profesionales

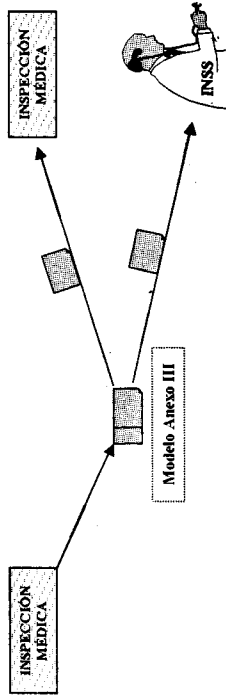
ALTA A EFECTOS ECONÓMICOS DE LOS FACULTATIVOS DE LOS FACULTATIVOS DEL INSS - CONTINGENCIAS PROFESIONALES



- 1 Inicialmente el procedimiento, puede formularse la intención del facultativo del INSS de expedir el parte de alta.
- 2 Tras el reconocimiento comunica a I.M. la intención de extender alta; envía a través de D.P. INSS el modelo P.9/2 de comunicación de intención. Al mismo tiempo emite el parte de alta entregando 2 ejemplares al trabajador con fecha de efectos 5º día hábil (modelo P.9/2). El trabajador se queda uno para él y el otro destinado a la empresa, lo hace llegar en las 24 h. siguientes a la fecha de efecto si no ha habido comunicación sobre la existencia de disconformidad expresa de la I.M.
- 3 La Inspección Médica, debe formular disconformidad en 3 días hábiles. Si no la formula, el INSS, envía los partes restantes, quedándose con una copia. Si disconformidad, comunica al trabajador y no surte efectos. Si transcurre el plazo de 3 días sin que I.M. manifieste expresamente su disconformidad, INSS remite parte de alta al S.P.S.

Diagrama XV: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, informe médico trimestral de control

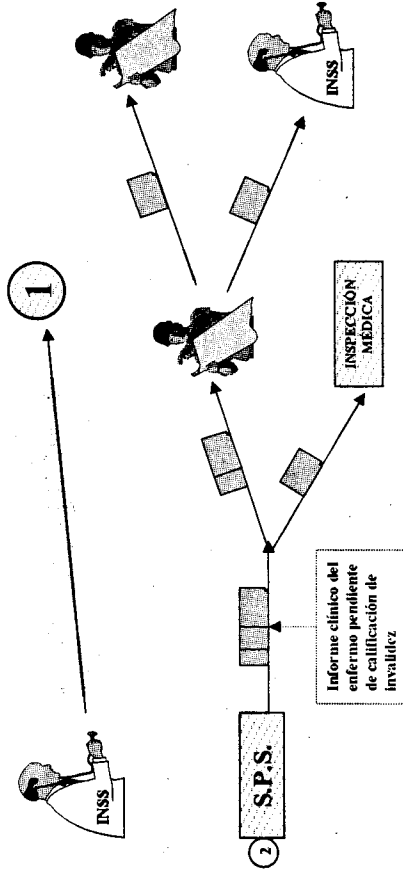
PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS PROFESIONALES INFORME MÉDICO TRIMESTRAL DE CONTROL



- ① Duplicado ejemplar: Original Entidad Gestora.
- ② Contenido: justifica la necesidad de mantener el proceso de I.T.

Diagrama XVI: Procedimiento de tramitación de los partes por contingencias profesionales, prórroga efectos de I.T. (L.G.S.S. art. 131 bis, 2º párrafo)

**PROCEDIMIENTO TRAMITACIÓN I.T. CONTINGENCIAS COMUNES
PRÓRROGA EFECTOS DE I.T. (L.G.S.S. art. 131 bis, 2º párrafo)**



① Dictamen emitido por los servicios médicos del INSS (EVI). No procede calificación de Invalidez Permanente por situación clínica y necesidad de continuar el tratamiento prescrito.

② En tanto permanece en esta situación (de los 18 meses a los 30 posibles) el facultativo del Servicio Público de Salud a instancia del trabajador, emite el modelo referenciado por triplicado (original y copia para el trabajador) (Anexo VI)

II. Guía práctica de estándares de duración de procesos de I.T.

**PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LAS SUCESIVAS
EDICIONES DE LA GUÍA DE ESTÁNDARES DE DURACIÓN DE PROCESOS
DE INCAPACIDAD TEMPORAL DEL INSALUD**

Presidente:

Angel Luis Guirao García. Subdirector General de la Inspección Sanitaria del INSALUD.

Coordinación:

Dr. D. Isidro Alvarez Martín. Equipo Territorial de Inspección. Madrid.

Dr. D. Jesús Hernández Manso. Subdir. General de Inspección Sanitaria del INSALUD

*Dr. D. José Francisco Jiménez Galindo. Equipo Valoración de Incapacidades D.P. INSS
Madrid.*

Dr. D. Alberto Pardo Hernández. Subdir. General de Inspección Sanitaria del INSALUD.

Dr. D. Nicolás Retana Iza. Equipo Territorial de Inspección. Madrid.

Dr. D. Felix Robledo Muga. Subdirección General de Inspección Sanitaria del INSALUD.

Por la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria:

Dr. D. Ramón Caldas Blanco. Dirección Gerencia del Area I. Centro Federica Montseny.

Dra. Dña. Emma Charques Velasco. Coordinadora de Equipos del Distrito de Moratalaz-Retiro.

Dra. Dña. Julia Cecilia Navazo. Coordinadora de Equipo de Atención Primaria.

Por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición:

Dr. D. Manuel Gargallo Fernández. H. Virgen de la Torre. H. Gregorio Marañón. Madrid.

Dra. Dña. Purificación Martínez de Icaya. Hospital Severo Ochoa. Leganés.

Por la Sociedad Española de Oftalmología:

*Profesor Dr. D. Alfredo Domínguez Collazo. Instituto de Desarrollo Investigaciones
Oftalmológicas. Madrid.*

Por la Sociedad Española de Cardiología:

Dr. D. Manuel de los Reyes López. Instituto de Cardiología de Madrid.

Dr. D. Antonio Goicolea de Oro. Centro de ECG Dinámica. Madrid.

Dr. D. Lorenzo López Bescós. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Dr. D. José Luis Palma Gámiz. *Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*
Dr. D. Luis Sánchez Harguindey. *Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

Por la Sociedad Madrileña de Neumología:

Dr. D. Carlos Jiménez Ruiz.

Por la Sociedad Española de Aparato Digestivo:

Dr. D. Manuel Castro Fernández. *Hospital de Valme. Sevilla.*
Dr. D. Juan Manuel Herrerías Gutiérrez.

Por la Asociación Española de Urología:

Dr. D. Marceliano García Pérez. *Hospital Universitario de Valme. Sevilla.*
Dra. Dña. Pilar Laguna Pes. *Complejo Hospitalario Mancha-Centro. Ciudad Real.*
Dr. D. José de Vicente Rodríguez. *Fundación Puigvert. Barcelona.*

Por la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología:

Dr. D. José Manuel Hernández García. *Hospital Doce de Octubre. Madrid.*
Dr. D. Fernando Izquierdo González. *Hospital Sta. Cristina. Madrid.*
Dr. D. Javier Monleón Alegre. *Hospital La Fé. Valencia.*

Por la Sociedad Española de Dermatología:

Dr. D. Luis Conde-Salazar Gómez. *Inst. Nnal. de Medicina y Seguridad del Trab. Madrid*
Dr. D. Pablo Lázaro Ochaita. *Hospital Gregorio Marañón. Madrid.*
Dr. D. Angel Simón Merchán. *Hospital Puerta de Hierro. Madrid.*

Por la Sociedad Española de Traumatología:

Profesor Dr. D. Luis Ferrandez Portal.

Por la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología:

Dr. D. Enrique Gil Garay. *Jefe de Sección Traumatología. Hospital La Paz.*
Dr. D. Pedro Guillén García. *Traumatólogo. Director Médico FREMAP.*

Por la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física:

Dr. D. Alberto Hidalgo de Caviedes Görtz. *Jefe Servicio Rehabilitación H, Gral Guadalajara.*
Dr. D. Enrique Robles Gómez. *Jefe del Servicio Rehabilitación Hospital Doce de Octubre.*

COLABORADORES:

Inspección de Servicios Sanitarios:

- Dña. Gloria Alvarez Pinto. *Servicios Centrales de Inspección. Madrid.*
Dra. Dña. Marta Caloto Goyanes.
Dra. Dña. M^a Jesús Carenas Fernández. *Servicios Centrales de Inspección. Madrid.*
Dra. Dña. M^a Lourdes Espíldora García.
Dr. D. José María Fernández Fernández.
Dr. D. Joaquín Arcadio Fernández Martínez.
Dra. Dña. Paloma García Alcalde. *Servicios Centrales de Inspección. Madrid.*
Dra. Dña. Carmen Hernández García. *Servicios Centrales de Inspección. Madrid.*
Dra. Dña. Ana Lanza Barrera. *Servicios Centrales de Inspección. Madrid.*
Dr. D. Luis Martínez Hervás. *Servicios Centrales de Inspección. Madrid.*
Dra. Dña. María Jesús Merayo Vidal. *Servicios Centrales de Inspección. Madrid.*
Dra. Dña. M^a de las Mercedes del Valle Soto.

Medicina de Familia:

- Dr. D. Vicente Albert Cuñat. *C.S. Guadalajara Periférico. Guadalajara.*
Dr. D. José Alcubierre Cura. *C.S. Molina de Aragón. Guadalajara.*
Dra. D^a Nieves Cano Linares. *Centros de Salud Casa de Campo. Madrid.*
Dr. D. Agustín Cañizares Ruiz. *C.S. Tomelloso. Ciudad Real.*
Dr. D. Roberto Carracosa Calvo. *C.S. Carmen Calzado. Alcalá de Henares. Madrid.*
Dr. D. Felipe Chavida García. *C.S. Brihuega. Guadalajara.*
Dra. Dña. Rocío Díaz Morán. *C.S. Yunquera de Henares. Guadalajara.*
Dr. D. Anacleto Fernández Benito. *C.S. Brihuega. Guadalajara.*
Dr. D. Enrique Gallego Huescar. *C.S. de Tomelloso. Ciudad Real.*
Dra. Dña. Almudena García Ortego. *C.S. Cervantes. Guadalajara.*
Dr. D. Tomás Golderos Recuero. *C.S. Balconcillo. Guadalajara.*
Dr. D. Miguel Trallero Gómez. *C.S. Guadalajara Periférico. Guadalajara.*
Dr. D. Fernando Gutiérrez Galán. *C.S. Brihuega. Guadalajara.*
Dra. Dña. Celia López García. *C.S. Juan de Austria. Alcalá de Henares. Madrid.*
Dra. D^a. M^a de los Angeles López Orive. *Centro de Salud Aranjuez. Madrid.*
Dr. D. José Antonio Martínez Pérez. *C.S. Guadalajara Sur. Guadalajara.*
Dr. D. Manuel Millán Catalán. *C.S. Mondejar. Guadalajara.*
Dr. D. Carlos Miranda Fernández-Santos. *Centro de Salud Palomarejos. Toledo.*
Dr. D. Juan José Palacios Rojo. *C.S. Guadalajara Sur. Guadalajara.*
Dr. D. Miguel Angel Pérez Gómez. *C.S. Azuqueca de Henares. Guadalajara.*
Dr. D. Rafael Rodríguez Merlo. *C.S. Tomelloso. Ciudad Real.*
Dr. D. Isidro Rodríguez Salceda. *C.S. San Sebastián de los Reyes. Madrid.*
Dr. D. Oscar Rojas Díaz. *C.S. Sigüenza. Guadalajara.*
Dr. D. Pablo Romero López. *C.S. Guadalajara Sur. Guadalajara.*
Dr. D. Jose M^a Vizcaíno. *Centro de Salud Fuentelarreina. Madrid.*

Medicina del Trabajo:

Dra. Dña. Clara Guillén Subirán. *Medicina del Trabajo Departamento Médico Ibermutua. Madrid.*

Especialistas de Psiquiatría:

Dr. D. Pablo del Pino Cuadrado. *Psiquiatría Ambulatorio Montes de Barbanza. Madrid.*

Especialistas de Oftalmología:

Dr. D. Nicolás El-Haddad. *MIR 3º. Hospital de la Princesa. Madrid.*
Dra. Dª Susana García Marcet. *Hospital General Básico de Melilla.*
Dra Dª Elvira Martín Hernández. *ONCE.*

Especialistas de Neumología:

Dr. D. Julián Para Cabello. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*
Dra. Dª Carmen Paredes García. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Especialistas de Aparato Digestivo:

Dr. D. José María Milicua Salamero. *Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*
Dr. D. Juan José Sánchez Ruano. *Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*
Dra. Dª. Susana Soto Fernández. *MIR 3º. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*
Dr. D. Francisco Tordera Bocanegra. *Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

Especialistas de Cirugía:

Dr. D. Carlos Moreno Sanz. *Sº Cirugía Complejo Hospitalario Mancha-Centro. Ciudad Real.*
Dr. D. Jesús Torres Jiménez. *Sº. Cirugía Ciudad Sanitaria La Paz. Madrid.*
Dr. D. José Seoane González. *Sº. Cirugía Complejo Hospitalario Mancha-Centro. Ciudad Real.*

Especialistas de Reumatología:

Dra. Dña. Gloria Candelas Rodríguez. *Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*
Dr. D. Juan Angel Jover Jover. *Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

Especialistas de Traumatología:

Dr. D. José Manuel Rodríguez Soto. *Hospital Alvarez-Buylla. Mieres (Asturias).*

Especialistas de Rehabilitación:

Dr. D. Alejandro Arteaga Domínguez. *Hospital de Cabueñes. Gijón. (Asturias).*

I. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (001-139)

1. GASTROENTERITIS AGUDA

CIE-9-MC 009 Infecciones intestinales mal definidas

Concepto

Proceso mórbido que cursa con un aumento de frecuencia, cantidad o fluidez de la emisión de deposiciones diarias.

Etiología

Su presentación depende de la etiología causante:

Causas: Estrés emocional, intolerancia alimentaria, infecciones virales, bacterianas o parasitarias, venenos inorgánicos (nitrito sódico, metales pesados), venenos orgánicos, alimentos contaminados (mariscos, huevos, etc.), fármacos (antimicrobianos, digital), postoperatoria intestinal, etc...

Susceptibilidad:

1. **Factores debidos al huésped:** edad, higiene personal, acidez gástrica, integridad del epitelio intestinal, motilidad intestinal, microflora entérica normal, inmunidad intestinal específica, receptores intestinales...
2. **Factores del microorganismo:** toxinas, adherencia, enteroinvasividad y factores de virulencia. Valorar siempre la presencia de portadores sanos contaminantes.

Epidemiología

En países en desarrollo es la causa más importante de morbi-mortalidad, sobre todo infantil. En Atención Primaria es una de las causas de consulta más frecuentes.

Clínica

La diarrea puede presentarse asociada con vómitos, fiebre, tenesmo, sangre, moco y pus en heces o no encontrarse ningún síntoma acompañante que es lo más frecuente.

Pronóstico

Duración del cuadro muy variable, dependiente del agente causante y de las lesiones producidas. En nuestro medio no suelen ser merecedoras de I.T. ni de internamientos hospitalarios, salvo que presenten importante quebranto general.

Duración de la Incapacidad Temporal

| GASTROENTERITIS AGUDA | |
|--|---------------------|
| Criterios | Duración |
| A. Casos leves. | No es causa de I.T. |
| B. Enfermo febril. Con afectación del estado general. | De 0 a 3 días |

Bibliografía

- Bourée P. Manual de Medicina Tropical. Masson, 1989.
- Dunagan WC. Manual de Terapéutica Médica. Barcelona: Salvat, 1990.
- Genent C. Manual Beechan de Atención Primaria. Madrid: Beechan, 1990.
- Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Salvat, 1988.

2. TUBERCULOSIS PULMONAR

| | | |
|----------|-----|--------------------------------|
| CIE-9-MC | 010 | Infección tuberculosa primaria |
| | 011 | Tuberculosis pulmonar |

| | |
|-------|----------------------------------|
| 011.2 | Tuberculosis pulmonar cavitada |
| 011.4 | Fibrosis tuberculosa del pulmón |
| 012 | Otras tuberculosis respiratorias |
| 012.0 | Pleuresía tuberculosa |

Concepto

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica producida fundamentalmente por *Mycobacterium Tuberculosis*, y en muy raras ocasiones por *M. Bovis*, representando las formas pulmonares el 90% de las formas de presentación.

Epidemiología

Más de un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo de la tuberculosis. En España la prevalencia global de infección tuberculosa es del 25% y la cifra de enfermos estimada es de 40-45 / 100.000 habitantes. Afecta sobre todo a varones y a individuos jóvenes (el 57% entre 20 y 44 años).

El bacilo se transmite por vía aérea en forma de aerosoles al toser o expectorar los enfermos con tuberculosis pulmonar activa, dependiendo la capacidad infectante de la cantidad y virulencia de los bacilos de las lesiones abiertas. Desde la puerta de entrada habitual que es el pulmón se extiende por diseminación hematógena o por vía linfática a todo el organismo.

Favorecen el contagio el hacinamiento y la falta de ventilación. El HIV se ha convertido en el principal factor de riesgo de progresión de infección a enfermedad tuberculosa.

Clínica

La primoinfección tuberculosa suele ser asintomática aunque en un porcentaje de casos puede cursar con síntomas (*Tuberculosis Primaria*): astenia, anorexia, pérdida de peso, febrícula y tos.

La *Tuberculosis Posprimaria* o pulmonar de tipo adulto, se debe a reactivación de la forma hematógena producida en el período primario y en ella predominan los síntomas respiratorios (tos, expectoración y hemoptisis); la fiebre y el síndrome tóxico pueden estar ausentes. La evolución es hacia la

fibrosis como forma de limitación de la infección, que si es extensa conduce a una insuficiencia respiratoria progresiva.

Diagnóstico

La prueba de la tuberculina constituye el único método aceptado para el diagnóstico de infección tuberculosa. El diagnóstico de certeza de enfermedad viene dado por el cultivo en medio de Löwenstein.

En la práctica, dada la demora con que se dispone del cultivo, es suficiente con disponer de una baciloscopia (tinción de Ziehl-Nielsen) si se acompaña de clínica y/o radiología indicativas.

Pronóstico

Generalmente cursa con pocas complicaciones y resolución total si es correcta la adherencia al tratamiento y dependiendo de la edad, estado inmunológico y patologías asociadas.

Tratamiento

1. *Médico*: Las pautas terapéuticas cortas de 6 y 9 meses se consideran actualmente de elección.
 - Pauta de 6 meses: 2 primeros meses Isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida; los 4 meses restantes Isoniacida y Rifampicina.
 - Pauta de 9 meses: 2 primeros meses Isoniacida, Rifampicina y Etambutol o Estreptomina; los 7 meses restantes Isoniacida y Rifampicina.
2. *Quirúrgico*: segmentectomías de la porción pulmonar afectada, con indicaciones específicas como hemoptisis masivas o recurrentes, fístulas broncopulmonares y cultivos persistentes tras tratamiento pulmonar correcto.

Duración de la Incapacidad Temporal

Teniendo en cuenta que una vez instaurado el tratamiento adecuado, a los 15 días aproximadamente de iniciado éste, el paciente deja de constituir fuente de infección, parecería aconsejable un período de incapacidad tem-

poral de entre 15 y 30 días, según la existencia o no de lesiones abiertas pulmonares como cavernas.

La afectación de estado general condicionará la duración de la I.T. Si para el tratamiento de la enfermedad se requiere algún tipo de actuación quirúrgica, la duración de esta situación dependerá del tipo de intervención realizada.

| TUBERCULOSIS PULMONAR | |
|--|--|
| Criterios | Duración |
| TBC pulmonar no cavitada | De 15 a 21 días |
| TBC pulmonar cavitada | De 30 a 40 días |
| Otras consideraciones (VIH, factores de riesgo, resistentes al tto., etc.) | Supeditada a la negatividad de la baciloscopia |

Bibliografía:

- Farreras Rozman. Medicina Interna. 12^a ed. Barcelona. Doyma 1992.
- Harrison. Principios de Medicina Interna. 14^a ed. New York. McGraw-Hill-Interamericana. 1998.
- Martínez Navarro, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Maset P y Navarro V. Salud Pública. 1^a ed. McGraw-Hill-Interamericana de España. SAU 1998.
- Vidal Quadras I. Temas actuales en Aparato Respiratorio. Espaxs S.A. 1991.
- Fishmans Pulmonary Diseases and Disorders. 3^a ed. Volumen 1. McGraw-Hill-Interamericana 1998.
- Murray Nadel. Textbook of Respiratory Medicine. 2^a ed. Volumen 2 .1994.
- Recomendaciones SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica). Ediciones Doyma S. A. 1998

3. ERISIPELA

CIE-9- MC 035 Erisipela

Concepto

Infección bacteriana de la dermis y del tejido celular subcutáneo superficial con marcado compromiso de los vasos linfáticos.

Etiología

Casi siempre está producido por el Streptococo -hemolítico grupo A (Streptococo Pyogenes), aunque en ocasiones en pacientes con anomalías inmunológicas pueden encontrarse otros Streptococos (grupos B, C y G) e incluso Staphylococo Aureus como sobreinfectante.

Clínica

Tras un período de incubación de 2-5 días, aparece fiebre, escalofríos y malestar general que se acompañan de una erupción rojo brillante, bien delimitada con o sin vesículas o ampollas en el centro. La puerta de entrada suele ser una herida, la mayoría de las veces trivial, o en ocasiones la herida quirúrgica.

Las localizaciones más frecuentes aparecen en miembros inferiores, cara y pabellón auricular.

Diagnóstico

Fundamentalmente clínico.

En ocasiones puede cultivarse el Streptococo en la propia lesión, aunque puede encontrarse también en garganta, nariz y ojo, lo que dificulta la interpretación de la técnica.

La determinación del ASLO no es de utilidad.

En el laboratorio suele aparecer leucocitosis con neutrofilia.

Duración de la Incapacidad Temporal

| ERISPELA | |
|--|---------------|
| Criterios | Duración |
| A. Formas no complicadas | Hasta 7 días |
| B. Por su localización y afectación del estado general | Hasta 10 días |
| Consideraciones Duración en función de la localización y de la gravedad del proceso. | |

Bibliografía

- Ashton R, Leppard B. Diagnóstico Diferencial en Dermatología. Barcelona: Latros-Grass Ediciones, 1994.
- Dermatología en Medicina General. Madrid: Panamericana, 1987: 2330-1
- Fitzpatric T, Eisen A, Wolff K, Freedberg I, Austen K, Rook A, Wilkinson D, Ebling G, Champion RH, Burton JL. Tratado de Dermatología, 4 th Edición. Madrid: Doyma, 1988: 96-7.
- Iglesias Diez L, Guerra Tapia A, Ortiz Romero P. Tratado de Dermatología. Madrid: Luzon, 1994: 96-7.

4. VARICELA

CIE-9-MC 052 Varicela

Concepto

La varicela es una enfermedad infecto-contagiosa producida por el virus Varicela-Zoster, perteneciente al grupo de los herpes virus.

Etiología-epidemiología

El hombre es el único huésped. Es la más contagiosa de las enfermedades exantemáticas, produciéndose el contagio por contacto directo o por gotitas respiratorias, aunque también está descrito el contagio por vía aérea en hospitales.

La contagiosidad es posible entre 4-5 días antes de la aparición del exantema, hasta que todas las lesiones se encuentren en fase de costra seca.

La varicela resulta de la primoinfección por el virus Varicela-Zoster, aunque existan primoinfecciones subclínicas. Después, el virus queda acantonado en los ganglios nerviosos normalmente sensitivos. El Herpes Zoster es el resultado de la reactivación de estos virus latentes.

Normalmente se producen epidemias a intervalos irregulares, parece que más frecuentemente en primavera y en otoño. Suele afectar a niños entre 2 y 10 años, aunque es posible la aparición en el adulto.

Clínica

El período de incubación es de 2-3 semanas. Después de 1-2 días de fiebre y malestar, puede existir un exantema escarlatiniforme o morbiliforme, seguido del desarrollo de pápulas con eritema alrededor. En 2-4 días aparece la costra.

Las vesículas siguen apareciendo durante 2-4 días, siendo de distribución centrípeta y coexistiendo lesiones en todos los estadios evolutivos.

Las complicaciones tienen mayor incidencia en neonatos y adultos siendo las más frecuentes: encefalitis, neumonía, hepatitis, infección secundaria y artritis.

Duración de la Incapacidad Temporal

| VARICELA | |
|--|-----------------|
| Criterios | Duración |
| <ul style="list-style-type: none">Desde el momento del diagnóstico hasta que todas las lesiones se hallen en fase de costra seca.No complicada | De 7 a 14 días. |
| Consideraciones Por término medio la duración será de 8 días. (4 días de aparición de lesiones y otro 4 días hasta la fase de costra). En adultos tramitar siempre Incapacidad Temporal. Considerar el periodo de contagiosidad cuando se trate de trabajadores en contacto con la comunidad (maestros, educadores, etc.). | |

Bibliografía

- Rey-Joly C. Infección Herpética. Barcelona:Doyma, 1991: 19-20.
- García Hortelano J, García Miguel MJ. La infección herpética: Varicela. Monografías Wellcome.

5. HERPES ZOSTER

| | | |
|----------|--------|---|
| CIE-9-MC | 053 | Herpes Zoster |
| | 053.10 | Herpes Zoster con complicación del sistema nervioso no especificada |
| | 053.11 | Herpes Zoster geniculado |
| | 053.12 | Neuralgia del trigémino postherpética |

| | |
|--------|--|
| 053.13 | Polineuropatía postherpética |
| 053.2 | Herpes Zoster con complicaciones oftálmicas |
| 053.20 | Dermatitis por Herpes Zoster del párpado |
| 053.21 | Queratoconjuntivitis por Herpes Zoster |
| 053.29 | Otras complicaciones oftálmicas por Herpes Zoster |
| 053.7 | Otras complicaciones específicas del Herpes Zoster |
| 053.71 | Otitis externa por Herpes Zoster |
| 053.79 | Otras complicaciones específicas por Herpes Zoster |
| 053.8 | Herpes Zoster con complicación no especificada |
| 053.9 | Herpes Zoster sin complicación |

Concepto

Es una infección aguda localizada de la piel y nervios, causada por el virus Varicela-Zoster. Se caracteriza por la presencia de una erupción vesículo-ampollosa delimitada a uno o varios dermatomas. Habitualmente se asocia a dolor en la zona inervada por el ganglio espinal correspondiente.

Etiología

El agente causal es el virus Varicela-Zoster. Durante el curso de la varicela (normalmente en la infancia) el virus pasa de la piel a las terminaciones nerviosas sensitivas y a través de éstas se traslada hasta el ganglio espinal donde queda latente.

La infección inicial por varicela induce una inmunidad primaria de carácter parcial frente al virus. Esta inmunidad persiste a niveles bajos y cuando aparece alguna circunstancia que motiva una inmunodepresión, el virus inicia una replicación en el ganglio nervioso, trasladándose a través de los nervios sensitivos hacia la piel donde inicia las lesiones cutáneas.

Clínica

Afecta predominantemente a personas mayores de 50 años e inmunodeprimidos, aunque puede aparecer en personas más jóvenes, incluso en adolescentes que padecieron una varicela precozmente. El cuadro clínico, frecuentemente se inicia con molestias de tipo neurológico en la metámera afecta. Aparece dolor, prurito, escozor, sensación de quemazón que precede en 3 ó 4 días al inicio de la erupción cutánea. Estas molestias persisten en mayor o menor grado durante toda la evolución de la infección.

Las lesiones cutáneas consisten en la aparición de vesículas agrupadas en ramilletes siguiendo una distribución metamérica unilateral, sobre una base eritematosa, localizándose por orden de frecuencia a nivel torácico (50% de los casos), trigeminal (10-20%), lumbosacra y cervical (10-20%). En aproximadamente una semana las vesículas se desecan dando lugar a una costra que se desprende en 10 ó 15 días.

Diagnóstico

Se realiza fácilmente en base a las lesiones cutáneas.

El diagnóstico diferencial se hace con el impétigo ampolloso, erupciones lineales extrafaciales del herpes simple, dermatitis de contacto. En caso necesario puede recurrirse a tinción de Tzanck, biopsia cutánea o serología.

El período de neuralgia que precede a las lesiones se confunde frecuentemente con dolores pleurales, osteomusculares e incluso abdomen agudo.

Pronóstico

En algunos pacientes puede quedar como secuela un dolor neurítico en el dermatoma afectada, lo cual es más frecuente cuanto mayor es el paciente.

Duración de la Incapacidad Temporal

| HERPES ZOSTER | |
|---|---------------|
| Criterios | Duración |
| A. Formas no complicadas | Hasta 15 días |
| B. Por su localización y estado general del enfermo y evolución | Hasta 30 días |

Bibliografía

- Alonso Sacristán P, García Lázaro I. Patología infecciosa cutánea. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica en Atención Primaria. 1996:1022.
- Guillen Barona C, Botella Estrada R, Sanmartin Jiménez O. Manual de enfermedades de la piel. Jansen Pharmaceutica, 1993: II: 175-8.
- Heide-Marie Heinz. Dermatología. Madrid: Roche, 1987: 205-6,

6. HEPATITIS VIRALES AGUDAS

CIE-9-MC 070 Hepatitis viral

Concepto

Cuadro hepático inflamatorio producido por virus y caracterizado por necrosis hepatocelular.

Etiología

1. **Virus hepatotropos:** HAV, HBV, HBV-TIPO 2, V. DELTA, HCV y VNANB.
2. **Otros virus:** Coxackie, Epstein-Barr, Citomegalovirus, Herpes-Virus, Adenovirus, Sarampión, Rubeola, etc.

Clínica

La expresión clínica de las hepatitis virales agudas no depende fundamentalmente del virus causal. Sí existen diferencias en cuanto al período de incubación, evolución y marcadores serológicos.

Se distinguen los siguientes **períodos clínicos:**

1. **Síntomas prodrómicos:** son sistémicos, variables y suelen proceder a la ictericia en 1-2 semanas: Cefalea, rinitis, anorexia, vómitos... Suelen durar de 3 a 8 días.
2. **Período de ictericia-clínica:** los síntomas remiten, hepatomegalia dolorosa y a veces cuadro colestático. Suele durar de 2 a 6 semanas con un promedio de 3 semanas.
3. **Período de convalecencia:** la afectación general suele desaparecer totalmente aunque persista la hepatomegalia y las alteraciones bioquímicas. Suele durar de 2 a 6 semanas con un promedio de 3 semanas.

Hepatitis virales agudas. Marcadores antigénicos y estadios clínicos

| | Hep. A | Hep. B | Hep. Delta | Hep. C | Hep. E |
|---------------------------|------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
| Antígenos | HA Ag. | HBs Ag. HBc Ag. HBe Ag. | HBD Ag. HBs Ag. | Desconocido | Desconocido |
| Período incubación (días) | 15 - 45 | 40 - 180 | 30 - 140 | 15 - 160 | 14 - 180 |
| Transmisión | Fecal-oral | Parenteral Contacto íntimo | Parenteral Contacto íntimo | Parenteral Seguramente sexual | Fecal-oral |
| Cronicidad | | | De 3 a 8 días | | |
| Período de estado | | | De 14 a 42 días. Promedio 3 semanas | | |
| Período convalecencia | | | Promedio 6 semanas | | |

Diagnóstico

Basado en la clínica y pruebas de laboratorio:

- Hipertransaminasemia (SGOT, SGPT). (Habitualmente alcanzan como mínimo valores 10 veces superiores a la normalidad).
- Hiperbilirrubinemia variable.
- Discreta elevación de la fosfatasa alcalina.
- Discreta elevación de la gamma-GT.
- Leucopenia con linfocitos atípicos.
- La VSG, hemograma, proteinograma y coagulación suelen ser normales.

Se puede considerar, de manera simplificada, el siguiente enfoque diagnóstico:

| Hbs Ag | Anti-VHA IgM | Anti-HBc IgM | CONCLUSION DIAGNOSTICA |
|--------|--------------|--------------|--|
| + | - | + | Hep. Aguda B. |
| + | - | - | Hep. Crónica B. |
| + | + | - | Hep. Aguda A sobreañadida a Hep. crónica B. |
| + | + | + | Hep. Aguda A y B. |
| - | + | - | Hep. Aguda A. |
| - | + | + | Hep. Aguda A y B (HBsAg menor de niveles detectables) |
| - | - | + | Hep. Aguda B (HbsAg por debajo de niveles detectables) |
| - | - | - | Compatible con Hep. no-A no-B. (*) |

(*) Debe confirmarse posteriormente con determinaciones de anticuerpos contra el virus de la hepatitis no-A no-B.

Pronóstico

La hepatitis A se suele curar en 3 semanas no cronificándose en ningún caso.

La hepatitis B suele curar en 9-12 semanas.

Duración de la Incapacidad Temporal

| HEPATITIS VÍRICAS | |
|---|-----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Hepatitis aguda tipo A | De 15 a 21 días |
| B. Otras hepatitis agudas | De 42 a 84 días |
| C. Reagudizaciones clínicas de hepatitis crónicas | De 14 a 42 días |

Consideraciones
Se consideran criterios de curación:

- Buen estado general.
- Transaminasas no mayores del doble de lo normal.
- Bilirrubina total menor de 1,5.
- Bilirrubina directa menor de 0,40

En las hepatitis pueden existir elevaciones transitorias de las transaminasas durante el primer año sin significación clínica.

Bibliografía

- Guardia J. Hepatitis víricas. Patología infecciosa básica. IDEPSA, 1983: 178-85.
Farreras Rozmán Medicina Interna.. 12nd edition.Barcelona: Doyma, 1992.
Harrison Principios de Medicina Interna. 12 nd edition. Interamericana de España - Mc Graw-Hill.
Robert KO. Hepatitis virales agudas. Cecil, 1991; I :910-919.

II. NEOPLASIAS (140-239)

7. CANCER DE MAMA

| | | |
|-----------|-------|----------------------------|
| CIE-9- MC | 174 | Carcinoma primario de mama |
| | 233.0 | Carcinoma in situ de mama |
| | 238.3 | Carcinoma de mama incierto |

| | Maligna | | | Benigna | Evolución incierto | Sin especificar |
|---|----------|------------|---------|---------|-----------------------|--------------------|
| | Primaria | Secundaria | In situ | | | |
| Mama(femenina)(partes blandas) (tejido conjuntivo)(tejido glandular) | 174.9 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Areola | 174.0 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Masculina | 175.0 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Cuadrante externo inferior | 174.5 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Cuadrante externo superior | 174.4 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Cuadrante interno inferior | 174.3 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Cuadrante interno superior | 174.2 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Externa | 174.8 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Inferior | 174.8 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Interna | 174.8 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Línea media | 174.8 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Masculina | 175.9 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Areola | 175.0 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Pezón | 175.0 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Tejido ectópico | 175.9 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Pezón | 174.0 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Masculino | 175.0 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Piel | 173.5 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Porción central | 174.6 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Prolongación (axilar) | 174.6 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Sitio de mastectomía (piel) | 173.5 | 198.82 | — | — | — | — |
| Especificada como tej. mamario | 174.8 | 198.81 | — | — | — | — |
| Localización en contigüidad | 174.8 | — | — | — | — | — |
| Sitios ectópicos | 174.8 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |
| Superior | 174.8 | 198.81 | 233.0 | 217 | 238.3 | 239.3 |

Concepto

Entidad anatomoclínica que se desarrolla a partir de la proliferación neoplásica del tejido mamario. Desde el punto de vista clínico y terapéutico es imprescindible distinguir dos niveles de actuación:

- A. **Enfermedad locorregional:** La extensión de la enfermedad afecta exclusivamente a la mama implicada y a las cadenas de drenaje linfático, especialmente a los ganglios axilares homolaterales.
- B. **Enfermedad diseminada:** Afecta a otros órganos y sistemas fuera de los anteriormente dichos.

Epidemiología

El cáncer de mama es, junto con el cáncer de pulmón, la neoplasia maligna más frecuente entre las mujeres.

Según las últimas encuestas publicadas por la OMS la posibilidad de contraer cáncer de mama se sitúa en la raza blanca en un 6%.

Los factores que aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama son los siguientes:

1. **Historia anterior de cáncer de mama o de hiperplasia ductal atípica.** Es, sin duda, el mayor factor de riesgo para que se desarrolle un nuevo proceso maligno.
2. **Edad.** La incidencia del cáncer de mama aumenta progresivamente con la edad. Es muy poco frecuente antes de los 35 años, siendo entre los 55 y 65 años la edad de máximo riesgo.
3. **Antecedentes familiares de cáncer de mama.** Especialmente si ocurren antes de la menopausia en parientes de primer grado (madre o hermanas). Sin embargo, hay que señalar que en el 85% de los casos, el cáncer aparece en mujeres que no tienen estos antecedentes familiares de cáncer de mama.
4. **Factores reproductivos y hormonales.** La menarquia temprana así como la menopausia tardía y la primiparidad añosa aumentan el riesgo para cáncer de mama. La terapia sustitutiva estrogénica puede favorecer la proliferación de un cáncer de mama pre-existente.

5. **Factores dietéticos.** Las mujeres con dietas bajas en grasas saturadas tienen menos riesgo de padecer un cáncer de mama, aunque no se acepta por todos.
6. **Antecedentes de radiación en el tórax.**
7. **Antecedentes de cáncer ovárico o endometrial.**

Clínica

Los síntomas más frecuentes de la enfermedad son:

1. Tumoración.
2. Derrame por el pezón.
3. Lesión sangrante o eczematosa en areola-pezón.
4. En la enfermedad diseminada, la sintomatología va a depender del tamaño y la localización de las metástasis, que son los dos factores que afectan más intensamente al funcionalismo del órgano afectado.

Diagnóstico

A. Tumoración

1. **Exploración:** Debe basarse en los datos recogidos por la inspección-palpación (asimetrías, retracción, ulceración, edema, “piel de naranja”, forma, tamaño, consistencia y movilidad de la tumoración, etc.). Igualmente, deben palparse la zona axilar y fosas supraclaviculares para consignar el número y características de las adenopatías.
2. **Pruebas Complementarias:** Deben considerarse entre otras:
 - **Mamografía:** en dos proyecciones, craneocaudal y lateral de ambas mamas. Evidencia las características radiológicas de malignidad de la tumoración: contornos espiculados, heterodensidad, microcalcificaciones, retracciones peritumorales, etc.
 - **Ecografía:** suele completar el estudio mamográfico, ya que es muy sensible para la diferenciación de tumoraciones sólidas o líquidas, así como para localizar las lesiones.

- **Punción Aspiración con Aguja Fina (P.A.A.F.):** método imprescindible para tipificar citológicamente la lesión.
- **Estudio histológico:** es imprescindible para afirmar el diagnóstico de malignidad de una lesión, puede realizarse con o sin localización radiológica previa.

B. Derrame por el pezón

Debe recoger las características de la secreción, color, número de galactóforos afectados, espontánea o provocada, etc. Se completará con un estudio citológico de la misma.

C. Lesión de la zona areola-pezón

Además de la exploración básica, debe completarse con una citología por raspado de la lesión con bisturí.

D. Enfermedad diseminada

- Hígado: Ecografía hepática, transaminasas, gammagrafías, etc.
- Pulmón: Rx anteroposterior y lateral y, si es preciso, TAC.
- Esqueleto: en presencia de sintomatología, practicar rastreo óseo.
- S.N.C.: TAC cerebral.
- Marcadores: CA 15.3, M.C.A. y C.E.A.

Tratamiento

El cáncer de mama se considera hoy como una enfermedad sistémica desde las primeras fases de su desarrollo y por tanto, es necesario, en casos de riesgo seleccionado, complementar la acción quirúrgica con la radio y quimioterapia.

El principal objetivo de esta estrategia es conseguir el máximo control locorreional y sistémico de la enfermedad neoplásica, garantizando la mayor supervivencia con la mínima mutilación y una limitada agresividad terapéutica.

- A. **Tratamiento Quirúrgico.** Aplicable en los casos en que el tumor mamario es abordable mediante cirugía y que en líneas generales, comprende tumores de hasta 5 cm. de diámetro con o sin adenopatías axilares homolaterales. Dos son las posibilidades:



1. **Conservador:** el objetivo es la extirpación del tumor asegurando unos bordes quirúrgicos libres de neoplasia (1 ó 2 cms.), completando posteriormente el acto quirúrgico con la disección de los ganglios linfáticos axilares. Es necesario señalar que debe complementarse posteriormente con radioterapia, que puede iniciarse a partir de las dos semanas del acto quirúrgico. En determinados casos será necesario además, indicar quimioterapia coadyuvante. La actitud conservadora obtiene los mejores resultados en tumores de hasta 3 cm de diámetro.
2. **Radical:** consiste en la extirpación completa de la glándula mamaria con la fascia del pectoral mayor y la disección completa de la axila. En general, hoy se conservan ambos músculos pectorales. En casos seleccionados habrá que aplicar posteriormente, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia.

B. **Quimioterapia.** Existe hoy consenso universal en aceptar que el tratamiento sistémico complementario prolonga el intervalo libre de enfermedad y la supervivencia global en los casos de cáncer de mama operable con ganglios positivos. Por tanto, es muy frecuente el uso de fármacos citotóxicos y/o terapia endocrina después de haber realizado el tratamiento quirúrgico locorregional.

Aunque la duración óptima de la quimioterapia está aún por definir, no hay evidencia de que tratamientos superiores a los 6 meses sean más efectivos.

La terapia endocrina puede alargarse hasta los 5 años.

Cuando por circunstancias especiales (carcinoma inflamatorio) no es posible el abordaje quirúrgico de entrada, se recurre a la quimioterapia que puede mejorar las circunstancias locales y permitir posteriormente un abordaje quirúrgico.

C. **Radioterapia.** Es obligada después de la cirugía conservadora. En los casos que no sea posible la intervención quirúrgica y no se haya obtenido respuesta al tratamiento poliquimioterápico, la radioterapia, a veces, permite el abordaje quirúrgico de la tumoración.

Duración de la Incapacidad Temporal

Es muy variable y va a depender del tratamiento empleado.

Cirugía: cuando solamente se utiliza esta técnica, 4 a 12 semanas desde la intervención.

Radioterapia: si se utiliza aisladamente como terapia coadyuvante, 8-16 semanas desde su inicio.

Quimioterapia: de 7 a 8 meses desde su inicio (1 mes después de la cirugía) cuando se utiliza como terapia coadyuvante postquirúrgica. En los casos cuya indicación es prequirúrgica, la duración dependerá de la respuesta del tumor. Normalmente se esperan 3-4 ciclos y si es posible, se extirpa quirúrgicamente. Después de esta cirugía se completan hasta un total de 8 ciclos añadiéndose radioterapia sobre la pared torácica y cadenas ganglionares.

En estos casos el estándar oscilará entre 1 año y 14 meses.

| CANCER DE MAMA | |
|--|---|
| Criterios | Duración |
| A. <i>Tratamiento quirúrgico:</i> | De 28 a 84 días desde la intervención |
| 1. Cirugía aislada. | |
| 2. Cirugía mas terapia endocrina postquirúrgica exclusivamente | |
| B. <i>Radioterapia</i> utilizada aisladamente como terapia coadyuvante | De 60 a 120 días desde su inicio |
| C. <i>Quimioterapia</i> utilizada como terapia coadyuvante postquirúrgica | De 210 a 240 días desde su inicio (1 mes después de la cirugía) |
| D. <i>Quimioterapia</i> indicada prequirúrgicamente | Entre 365 y 420 días según la respuesta del tumor |
| E. <i>Sintomas clínicos de enfermedad metastásica</i> | Solicitar invalidez permanente. |
| Consideraciones | |
| En los casos de indicarse quimioterapia prequirúrgica se suelen esperar 3 ó 4 ciclos y, si es posible, se extirpa quirúrgicamente el tumor. Después se completa hasta un total de 8 ciclos añadiéndose radioterapia sobre pared torácica y cadenas ganglionares. | |

Bibliografía

- Balagueró Lladó. Cáncer de mama. In: Balagueró L, editor. Oncología Ginecológica Barcelona: Toray, 1993: 335-430.

- Beahrs OH, Heuson DE, Hutter RV., Myers MH. Manual for Stating of Cancer. 3rd.edition. Philadelphia: Lippincott,1988: 145-50.
- Bonadonna G, Valagussa P. Current status of adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Semin Oncol* 1987; 14: 8-22.
- Cady B, Sears HF. Usefulness and technique of axillary dissection in primary breast cancer. *J.Clin Oncol* 1986; 4; 623-4.
- Denwar JA, Benhamou E, Benhamou R. Cosmetic results following lumpectomy, axillary dissection and radiotherapy for small breast cancers. *Radiother Oncol* 1988; 12: 273-80.
- Fisher B. Experiences in the evolution, technique and results of breast conservation for the treatment of mammary cancer. In Bohmert HH, Leis HP, Jackson IT, editors. *Breast Cancer. Conservative and Reconstructive Surgery*. New York: Thieme Medical Pun Ind, 1989: 40-57.
- Implications of accurate pathologic margine in the treatment of primary breast cancer. *N Engl J Mod* 1989; 320: 822-8.
- Harris JH, Hellman S, Henderson IC, Kinne DW. *Breast Diseases*. Philadelphia: Lippincott, 1987.
- Lippman ME, Sorace RA, Bagley CS. Treatment of locally advanced breast cancer using primary inducción chemoherapy with hormonal synchronization followed by radiación therapy with or without debulking surgery. *Natl Cancer Inst Monogr* 1986; 1:153-9.
- Margolese GR. Surgery and adjuvant therapy of brest cancer. In: Bothmert HH, Leis HP, Jackson IT, editors. *Breast Cancer. Conservative and Reconstructive Surgery* New York: Thieme Medical Pun Ind, 1989: 64-70.
- *Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Tomo segundo. Ginecología: Ginecología General. Endocrinología reproductiva y esterilidad. Oncología ginecológica.* Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- De la Rosa Aguilar. Programa de detección precoz de cáncer de mama. Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 1995.

III. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICIÓN Y METABÓLICAS Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD (240-279)

8. HIPERTIROIDISMO NO CONTROLADO

| | | |
|----------|-------|--|
| CIE-9-MC | 242 | Tirotoxicosis con o sin bocio |
| | 242.0 | Bocio tóxico difuso |
| | 242.1 | Bocio uninodular tóxico |
| | 242.2 | Bocio multinodular tóxico |
| | 242.3 | Bocio nodular tóxico, no especificado |
| | 242.4 | Tirotoxicosis por nódulo tiroideo ectópico |
| | 242.8 | Tirotoxicosis de otro origen especificado |
| | 242.9 | Tirotoxicosis sin mención de bocio o de otra causa |

Concepto

Situación de hiperfunción tiroidea en la que las medidas terapéuticas todavía no han logrado la normalización de dicha función, por no haber transcurrido tiempo suficiente.

Etiología-epidemiología

Habitualmente de causa autoinmune (Enfermedad de Basedow) y con una menor frecuencia secundario a un Bocio Nodular o Multinodular.

De presentación predominante en mujeres, cursa con una elevada incidencia (alrededor de un 0.4% de la población general).

Clínica

Se suele manifestar por taquicardia, sudoración, pérdida de peso, astenia, nerviosismo y otros síntomas adrenérgicos, ocasionalmente acompañados de bocio.

Diagnóstico

Incremento de los niveles de hormonas tiroideas (fundamentalmente T4 libre) con disminución de TSH.

Pronóstico

Durante los primeros días la situación clínica del enfermo es muy incapacitante para cualquier actividad tanto física como intelectual. Con un adecuado diagnóstico y siguiendo el tratamiento habitual, se consigue el control de la enfermedad en breve espacio de tiempo.

Consideraciones laborales

Independientemente de la actividad laboral a realizar, la recuperación es plena.

Duración de la Incapacidad Temporal

| HIPERTIROIDISMO NO CONTROLADO | |
|---|--------------|
| Crterios | Duración |
| • Adecuado diagnóstico y tratamiento médico | 15 a 30 días |
| • Responde a tratamiento médico habitual | |

Bibliografía

- Casnueva F, Vazquez JA. Endocrinología clínica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1995.
- Felig P, Baxter JD, Frohman LA. Endocrinology and metabolism 3rd edition New York: Mc Graw-Hill, 1995.
- Moreno B, Gargallo M, López de la Torre M. Diagnóstico y tratamiento en enfermedades metabólicas. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1997.

9. HIPOTIROIDISMO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

| | | |
|----------|-------|--|
| CIE-9-MC | 244 | Hipotiroidismo adquirido |
| | 244.0 | Hipotiroidismo postquirúrgico |
| | 244.1 | Otros hipotiroidismos posablativos |
| | 244.2 | Hipotiroidismo yódico |
| | 244.3 | Otros hipotiroidismos iatrogénicos |
| | 244.8 | Otros hipotiroidismos adquiridos especificados |
| | 244.9 | Hipotiroidismo no especificado |

Concepto

Situación de hipofunción tiroidea pendiente de alcanzar una adecuada dosis de suplencia hormonal que normalice el déficit.

Etiología

Más de la mitad de los casos se deben a causas autoinmunes, siendo también muy frecuentes, en segundo lugar, la etiología yatrogénica (postquirúrgicos o post I¹³¹).

Epidemiología

Tiene una elevada incidencia, sobre todo en mujeres, encontrándose en el 1% de las mujeres y en el 0.1% de los varones adultos; en sujetos mayores de 65 años es al menos dos veces más frecuente.

Clínica

Intolerancia al frío, adormecimiento, falta de concentración, pérdida de memoria, estreñimiento, apatía y astenia generalizada.

Diagnóstico

Disminución de los niveles de hormonas tiroideas (fundamentalmente T4 libre) con aumento de TSH.

Pronóstico

Estratificación del riesgo

1. En función de la profesión y actividad laboral.

2. En función de antecedentes del paciente.

La edad avanzada o la presencia de patología cardiovascular obliga a una introducción del tratamiento más paulatina de lo habitual, lo que retrasa la recuperación completa.

Consideraciones laborales.

El cuadro supone una gran minusvalía tanto física como, fundamentalmente, psíquica, por lo que la incapacidad generada por esta patología será especialmente relevante en actividades laborales que requieran un alto grado de concentración, bien por la realización de actividades peligrosas (conducción de vehículos, manejo de maquinaria, trabajo en alturas, etc...), como por el desempeño de tareas intelectuales (administrativos,...).

Duración de la Incapacidad Temporal

| HIPOTIROIDISMO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO | |
|--|-----------------|
| Criterios | Duración |
| A. | |
| • No complicaciones | De 15 a 28 días |
| • Actividad laboral manual sin riesgo | |
| • Instauración de tratamiento según pauta habitual | |
| B. | |
| • No complicaciones | De 21 a 28 días |
| • Actividad laboral intelectual o de riesgo | |
| • Instauración de tratamiento según pauta habitual | |
| C. | |
| • No complicaciones | De 21 a 28 días |
| • Actividad laboral manual sin riesgo | |
| • Instauración de tratamiento retrasada | |
| D. | |
| • No complicaciones | De 28 a 35 días |
| • Actividad laboral intelectual o de riesgo | |
| • Instauración de tratamiento retrasada | |
| E. | |
| • Hipotiroidismo crónico. | No precisa baja |

Consideraciones:
Si existieran complicaciones, la duración dependerá de las mismas.

Bibliografía

- Casnueva F, Vazquez JA. Endocrinología clínica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1995.
- Felig P, Baxter JD, Frohman LA. Endocrinology and metabolism 3rd edition New York: Mc Graw-Hill, 1995.
- Moreno B, Gargallo M, López de la Torre M. Diagnóstico y tratamiento en enfermedades metabólicas. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1997.

10. DIABETES MELLITUS DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

| | | |
|----------|-------|---|
| CIE-9-MC | 250 | Diabetes Mellitus |
| | 250.0 | Diabetes Mellitus de reciente diagnóstico |

Concepto

Se considera diabetes de reciente diagnóstico a aquellos casos de Diabetes Mellitus que, sin haber requerido ingreso hospitalario, todavía no han alcanzado una situación de control metabólico aceptable por no haber transcurrido tiempo suficiente desde el diagnóstico al inicio del tratamiento (dieta, medicación oral y/o insulina).

Etiología

1. **Diabetes Mellitus Tipo I:** Fundamentalmente de causa autoinmune.
2. **Diabetes Mellitus Tipo II:** De origen multifactorial.

Epidemiología

La incidencia de diabetes tipo I se halla en torno a 11-12 casos nuevos al año por cada 100.000 habitantes menores de 15 años. La prevalencia de diabetes conocida en nuestro país se estima en un 2-3% del total de población. Aproximadamente el 90% corresponde a personas con tipo II y el 10% a diabetes tipo I.

Clínica

El cuadro clínico puede variar desde pacientes asintomáticos con moderada afectación visual, dolor en miembros inferiores, infección urinaria o genital,

obesidad, dislipémicos, hasta síntomas de pérdida de peso y astenia acompañados de polidipsia, poliuria y en ocasiones polifagia.

Diagnóstico

El diagnóstico clínico de la Diabetes Mellitus exige confirmación mediante análisis biológico según datos del National Diabetes Data Group 1979 y de la OMS 1980 y 85. Todos los valores de glucemia son en plasma venoso.

Pronóstico

Estratificación del riesgo

El tratamiento adecuado de esta situación consigue la resolución sin secuelas en los plazos más abajo expresados, siempre que la enfermedad se presente sin complicaciones, independientemente de la actividad laboral del paciente.

Consideraciones laborales

Aquellos enfermos cuya profesión conlleve un riesgo para ellos o para otras personas precisarán un control más estricto antes de reincorporarse a su trabajo habitual.

Duración de la Incapacidad Temporal

| DIABETES MELLITUS DE RECIENTE DIAGNÓSTICO | |
|---|----------------|
| Criterios | Duración |
| A. | |
| • No complicaciones | 10 a 15 días |
| • Actividad laboral sin riesgo | |
| B. | |
| • No complicaciones | 15 a 21 días |
| • Actividad laboral de riesgo | |
| C. | |
| • Casos crónicos | No precisa I.T |

Bibliografía

- American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1996; 19 (Supl 1): S8-S15.
- Insalud. Conferencia Nacional de la Diabetes Mellitus. Madrid 1994.
- Krans HMJ, Porta M, Keen H. Diabetes care and research in Europe: the St Vincent Declaration action programme. Implementation document. WHO Regional Office for Europe. 1992.
- Panel de Expertos. Ordenación de recursos para la atención sanitaria de las personas con diabetes. *Av Diábetol* 1996; 12: 49-60.
- Rifkins H, Porte D. *Diabetes Mellitus. Theory and practice*. Nueva York, Amsterdam, Londres: Elsevier, 1990.
- Sociedad Española de Diabetes y otros. Consenso para la atención a las personas con diabetes en España (Informe del Ministerio de Sanidad y Consumo). *Av Diábetol* 1996; 12: 81-97.

11. DIABETES MELLITUS INESTABLE

CIE-9-MC 250.02 Diabetes mellitus descompensada

Concepto

Diabetes Mellitus, ya diagnosticada y tratada previamente, en situación actual de mal control por la alternancia de hiperglucemias con cuadros y cifras de hipoglucemia, de forma absolutamente irregular, y con una frecuencia de varias veces por semana.

Etiología-epidemiología ¹

Clínica

Se combinan cuadros de mareo, sudoración, palpitaciones, temblor e irritabilidad con polidipsia, poliuria y nicturia.

Diagnóstico

Se realiza con los datos clínicos junto con grandes oscilaciones en los valores de glucemia capilar que oscilan desde la hipoglucemia a elevadas hiperglucemias, sin un patrón claro.

¹ Ver tema 9 (Diabetes mellitus de reciente diagnóstico).

Pronóstico

La resolución de esta situación de forma ambulatoria exige el control y la educación diabetológica en una Unidad especializada, no siendo siempre posible alcanzar una situación clínica estable.

Consideraciones laborales

Dado el alto riesgo de hipoglucemias graves que esta situación conlleva, la duración del tiempo estimado de la Incapacidad Temporal dependerá del riesgo de la actividad laboral a desempeñar.

Duración de la Incapacidad Temporal

| DIABETES MELLITUS INESTABLE | |
|---------------------------------|--------------|
| Criterios | Duración |
| A. Actividad laboral sin riesgo | 10 - 30 días |
| B. Actividad laboral de riesgo | 21 - 45 días |

Bibliografía

- Grupo de Estudio de la Diabetes en la Atención Primaria de Salud. Guía para el tratamiento de la diabetes tipo II en la Atención Primaria 1995.
- INSALUD. Conferencia Nacional de la Diabetes Mellitus. Madrid 1994.
- Lebovitz H. Tratamiento de la diabetes mellitus y sus complicaciones. Barcelona: Cayfo-sa industria gráfica, 1994.
- Schade DS. Brittle Diabetes: Pathogenesis and therapy. In: Rifkins H, Porte D. Diabetes Mellitus, editors. Theory and practice. Nueva York, Amsterdam, Londres: Elsevier, 1990.
- Sociedad Española de Diabetes y otros. Consenso para la atención a las personas con diabetes en España (Informe del Ministerio de Sanidad y Consumo). Av Diábetol 1996; 12: 81-97.

12. NEUROPATÍA SENSITIVA DIABÉTICA

| | | |
|----------|-------|---|
| CIE-9-MC | 250.6 | Diabetes con manifestaciones neurológicas |
| | 357.2 | Polineuropatía en diabetes |

Concepto

Cuadro de dolor, habitualmente en miembros inferiores, que aparece en diabéticos con neuropatía periférica diabética. Surge de forma espontánea, preferentemente en reposo, o tras el roce de la piel. Puede alcanzar una gran intensidad y ser muy incapacitante para el enfermo.

Etiología-epidemiología

Guarda relación con el grado de control y con el tiempo de evolución de la diabetes.

Aproximadamente el 40% de las personas con diabetes, tienen algún tipo de alteración neuropática.

Clínica

La referida en el concepto.

Diagnóstico

Se establece con la exploración física (ausencia de ROT y de sensibilidad profunda) y los datos clínicos (disestesias y/o parestesias).

Pronóstico

Es un cuadro de muy lenta y tórpida evolución con gran resistencia a los analgésicos habituales. Con frecuencia son enfermos que han de ser remitidos a una Unidad del Dolor para su tratamiento sintomático.

Consideraciones laborales

Independientemente de la actividad laboral, la minusvalía es en todos los casos muy severa.

Duración de la Incapacidad Temporal

| NEUROPATÍA SENSITIVA DIABÉTICA | |
|--|--------------|
| Criterios | Duración |
| <ul style="list-style-type: none">• Dolor neuropático en miembros inferiores | 14 a 28 días |
| <ul style="list-style-type: none">• Respuesta aceptable a tratamiento habitual | |
| <ul style="list-style-type: none">• Diabetes Mellitus de larga evolución | |

Bibliografía

- American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes Care 1996; 19 (Supl 1): S8-S15.
- INSALUD. Conferencia Nacional de la Diabetes Mellitus. Madrid 1994.
- Krans HMJ, Porta M, Keen H. Diabetes care and research in Europe: the St Vincent Declaration action programme. Implementation document. WHO Regional Office for Europe. 1992.
- Lebovitz H. Tratamiento de la diabetes mellitus y sus complicaciones. Barcelona: Cayfo-sa industria gráfica, 1994.
- Moreno B, Gargallo M, López de la Torre M. Diagnóstico y tratamiento en enfermedades metabólicas. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1997.
- Sociedad Española de Diabetes y otros. Consenso para la atención a las personas con diabetes en España (Informe del Ministerio de Sanidad y Consumo). Av Diabetol 1996; 12: 81-97.

13. ÚLCERA DEL PIE DIABÉTICO

- CIE-9-MC 250.7 Diabetes con trastornos circulatorios periféricos
443.81 Angiopatía periférica en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos
707.1 Úlcera de miembros inferiores, excepto en decúbito

Concepto

Aquella que aparece en miembros inferiores de enfermos diabéticos, habitualmente asociada a neuropatía periférica sensitiva y arteriopatía periférica.

Etiología-epidemiología

El pie diabético es la causa más frecuente de amputación no traumática. La incidencia de amputación en personas con diabetes de más de 45 años está

en torno a los 10 casos/100.000. Según algunas series, más del 2% de los diabéticos presentan en el pie una úlcera activa.

En su patogenia influyen factores neuropáticos, vasculares y, en tercer lugar, infecciosos. **Son factores de riesgo:**

- Diabetes de más de 10 años de evolución
- Tabaquismo
- Neuropatía y/o vasculopatía
- Alteraciones ortopédicas
- Higiene deficiente
- Lesiones previas en los pies

Clínica

Con predominio del componente neuropático: pie caliente, pulsos presentes, dolor nocturno y/o en reposo, pie insensible, edema neuropático (fóvea a la presión).

Con predominio del componente vascular: pie frío y pálido, pulsos ausentes o disminuidos, dolor a la deambulación, dolor a la elevación, úlcera isquémica.

Se puede catalogar de acuerdo a la **clasificación de Boulton:**

- Grado 0: Pie sin úlcera con hiperqueratosis, callos, fisuras, ampollas
- Grado 1: Úlcera superficial no infectada (cabeza del primer metatarsiano)
- Grado 2: Úlcera más profunda, infectada sin afectación ósea
- Grado 3: Absceso y osteítis
- Grado 4: Gangrena localizada
- Grado 5: Gangrena completa

Diagnóstico

La observación y exploración periódica de los pies de las personas diabéticas es fundamental para el diagnóstico precoz de esta complicación, dada la alteración en la sensibilidad que tienen estos pacientes.

Pronóstico

El tratamiento de la úlcera del pie diabético, además de otras medidas, exige curas locales y vigilancia quirúrgica con reposo del miembro afecto hasta la resolución total. Dada la patología vascular y neurológica sobre la que asienta, suelen tener una evolución muy tórpida.

Duración de la Incapacidad Temporal

| ÚLCERA DEL PIE DIABÉTICO | |
|-------------------------------|--|
| Criterios | Duración |
| A. Grado 1 de Boulton | De 4 a 8 días |
| B. Grado 2 de Boulton | De 7 a 14 días |
| C. Grados 3, 4 y 5 de Boulton | Dependiendo de secuelas tras alta hospitalaria |

Bibliografía

- American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes Care 1996; 19 (Supl 1): S8-S15.
- INSALUD. Conferencia Nacional de la Diabetes Mellitus. Madrid 1994.
- Krans HMJ, Porta M, Keen H. Diabetes care and research in Europe: the St Vincent Declaration action programme. Implementation document. WHO Regional Office for Europe. 1992.
- Moreno B, Gargallo M, López de la Torre M. Diagnóstico y tratamiento en enfermedades metabólicas. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1997.
- Rojas E. El pie del diabético. Barcelona: Ingoprint, 1990.
- Sociedad Española de Diabetes y otros. Consenso para la atención a las personas con diabetes en España (Informe del Ministerio de Sanidad y Consumo). Av Diabetol 1996; 12: 81-97.

V. TRASTORNOS MENTALES (290-319)

14. TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA²

| CIE-9-MC | | CIE-10 |
|----------|-------------------------------------|--------|
| 300.2 | Trastornos de ansiedad fóbica | F40 |
| 300.21 | Agorafobia con ataques de pánico | F40.0 |
| 300.22 | Agorafobia sin ataques de pánico | F40.0 |
| 300.23 | Fobia social | F40.1 |
| 300.29 | Fobias específicas | F40.2 |
| 300.20 | Otros trastornos de ansiedad fóbica | F40.8 |

Clínica

Trastornos de ansiedad fóbica

La ansiedad es generada por situaciones u objetos no peligrosos en si mismos. La intensidad varía desde la intranquilidad al pánico. Las crisis de pánico (F 41.0) que tienen lugar en una situación fóbica son consideradas como expresión de la gravedad de la fobia.

² Los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (CIE-9 MC 300-316 CIE-10 F40-49) constituyen un grupo de trastornos diferenciado de los trastornos del comportamiento y de la personalidad (F 50-59 y F 60-69) y de los trastornos del humor "afectivos" (F 40-48). Aunque la CIE-10 mantiene la distinción tradicional entre neurosis y psicosis, la mayoría de los trastornos considerados como neurosis se incluyen en esta sección (y en F 50-69) excepto las neurosis depresivas.

Su común denominador y síntoma predominante es la ansiedad. Los síntomas depresivos coexisten frecuentemente aunque las manifestaciones depresivas de ansiedad deben ser primarias o predominantes.

Agorafobia

Temores a los lugares abiertos, a las multitudes, a salir del hogar (o lugar seguro), a entrar en tiendas y almacenes, a lugares públicos, a viajar solo, en trenes, autobuses o aviones. La ansiedad fóbica debe ser una manifestación primaria y no secundaria a síntomas depresivos, ideas delirantes u obsesiones con los que puede acompañarse. Es característico la evitación de la situación fóbica.

Aunque de intensidad variable, es el más incapacitante entre los trastornos fóbicos.

La mayor parte de los afectados son mujeres y el trastorno comienza en general al principio de la vida adulta.

En ausencia de tratamiento efectivo la agorafobia suele cronificarse, aunque su intensidad puede ser fluctuante. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico (agorafobia con trastorno de pánico).

Fobia social

Ansiedad relacionada con el miedo a ser enjuiciado por otras personas de un grupo, que suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Frecuentemente se acompañan de baja autoestima y miedo a las críticas.

Suelen empezar en la adolescencia. Prevalencia similar en ambos sexos.

La conducta de evitación en casos extremos llega a producir un aislamiento social casi absoluto.

Fobias específicas

Fobias restringidas a situaciones muy específicas y concretas: animales, alturas, oscuridad, espacios cerrados...etc.

Suelen presentarse en la infancia o al comienzo de la vida adulta.

El grado de discapacidad depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica.

No suelen producir incapacidad laboral si no ha existido una modificación de las circunstancias de trabajo que coincida o sea asociada con las circunstancias que específicamente producen la aparición de ansiedad y/o evitación en el paciente.

*Otros trastornos de ansiedad fóbica***Duración de la Incapacidad Temporal**

| TRASTORNOS NEURÓTICOS | |
|-----------------------|-------------------------|
| Criterios | Duración |
| A. Leve | No suelen requerir I.T. |
| B. Moderado/grave | De 0 a 45 días. |

Consideraciones
Se valorará siempre la repercusión que tenga la enfermedad sobre la actividad laboral del paciente y criterios de ansiedad-evitación como pueda ser que impida utilizar el medio de transporte para acudir al lugar de trabajo, que imposibilite la permanencia en el puesto de trabajo, que llegue a confinar al paciente en su casa, etc...

Si a pesar del tratamiento el paciente continúa incapacitado a los 45 días los criterios que decidan el mantenimiento del paciente en Incapacidad Temporal serán específicamente definidos de manera individualizada por el psiquiatra.

15. OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

| | | |
|-----------------|--|-------------------|
| CIE-9-MC | | CIE-10 F41 |
| 300.012 | Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica) | F41.0 |
| 300.2 | Trastorno de ansiedad generalizada | F41.1 |
| 300.4 | Trastorno mixto ansioso-depresivo | F41.2 |

Concepto

Presencia de ansiedad que no se limita a ninguna situación ambiental en particular.

Clínica*Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)*

Crisis recurrentes de ansiedad grave, imprevisibles, no relacionadas con alguna circunstancia en particular, ni peligro objetivo.

Aunque con gran variabilidad sintomatológica, frecuentemente aparecen: palpitaciones, sensación de asfixia, dolor precordial, mareo, temor a morir, a perder el control o a enloquecer.

Deben presentarse varias crisis, durante un mes.

En los períodos intercrisis el grado de ansiedad es leve.

Es más frecuente en mujeres. El curso y pronóstico son muy variables.

Si aparece en el curso de un trastorno fóbico o depresivo éstos serán los diagnósticos principales.

Trastorno de ansiedad generalizada

Ansiedad generalizada persistente la mayor parte de los días durante varias semanas no relacionada con alguna circunstancia en particular.

Gran variabilidad sintomatológica con preocupación sobre su estado de salud, con quejas de constante nerviosismo, tensión muscular, cefaleas e hiperreactividad neurovegetativa (mareos, sudoración, taquicardia, molestias gástricas).

Más frecuente en mujeres. Curso variable que tiende a ser fluctuante y crónico.

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Presencia de síntomas de ansiedad y de depresión sin la intensidad suficiente para justificar un diagnóstico por separado.

Si se cumplen criterios, con la severidad suficiente, de algún trastorno de ansiedad o depresivo, debe recogerse cada trastorno específicamente.

Si la aparición del trastorno se relaciona con acontecimientos vitales significativos debe encuadrarse en la categoría de Trastorno Adaptativo.

La escasa intensidad de los síntomas no suele implicar Incapacidad Laboral.

Duración de la Incapacidad Temporal

| OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD | |
|---|----------------|
| Criterios | Duración |
| Ansiedad generalizada con sintomatología neurovegetativa que impide el desarrollo de la actividad laboral | De 0 a 30 días |
| Consideraciones Si a pesar del tratamiento el paciente continua incapacitado a los 45 días los criterios que decidan el mantenimiento del paciente en Incapacidad Temporal serán específicamente definidos de manera individualizada por el psiquiatra. | |

16. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

| | | |
|----------|--|--------|
| CIE-9-MC | | CIE-10 |
| 300.3 | Trastorno obsesivo-compulsivo de predominio de pensamientos obsesivos | F42.0 |
| 300.3 | Trastorno obsesivo-compulsivo con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos) | F42.1 |

Concepto

Presencia de síntomas obsesivos, actos compulsivos, o ambos, la mayoría de los días durante al menos 2 semanas sucesivas.

Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes, impulsos mentales recurrentes, reconocidos como propios aunque involuntarios, repulsivos que irrumpen en la actividad mental y contra los que se presenta una resistencia ineficaz.

Los actos o rituales compulsivos son conductas estereotipadas, reiteradas, con frecuencia para prevenir o conjurar un supuesto peligro. La mayoría se relacionan con la limpieza, la pulcritud o el orden.

El diagnóstico presupone una fuente importante de angustia o incapacidad.

Epidemiología

De prevalencia similar en ambos sexos. El comienzo es habitualmente durante la infancia o al principio de la vida adulta con personalidad premórbida.

Pronóstico

Curso variable con tendencia a evolución crónica.

Duración de la Incapacidad Temporal

| TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO | |
|---|---|
| Criterios | Duración |
| A. Leves/moderadas | De 15 a 90 días |
| <ul style="list-style-type: none">• Pensamientos obsesivos-ansiedad que impiden la actividad mental normal• Actos rituales que ocupan gran parte de la actividad cotidiana o entretencimiento pertinaz | |
| B. Severas | Pueden llegar a ser causa de invalidez permanente |
| <ul style="list-style-type: none">• Los mismos criterios que las leves moderadas pero con mayor intensidad | |

Consideraciones:
Si a pesar del tratamiento el paciente continua incapacitado a los 90 días los criterios que decidan el mantenimiento del paciente en Incapacidad Temporal serán específicamente definidos de manera individualizada por el psiquiatra.

17. REACCIÓN A ESTRES AGUDO

CIE-9-MC
309.3

Reacción a estrés agudo

CIE-10
F43.0

Concepto

Trastorno grave o transitorio como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional, una experiencia traumática que amenaza la seguridad-integridad del individuo o allegados (catástrofes, accidentes, atracos, violaciones...) o cambios bruscos biográficos (pérdida de varios seres queridos, incendio devastador...).

Aparece a los pocos minutos del impacto traumático y se resuelve en pocas horas, a lo sumo 2 ó 3 días.

Clínica

Síntomas mezclados y cambiantes con período inicial de embotamiento, con desorientación, alteración de la atención y reducción del campo de la conciencia; puede llegar a “estupor disociativo” o estados de agitación-hiperactividad.

Frecuentemente síntomas neurovegetativos acompañantes con ansiedad, ira, desesperación etc.

Duración de la Incapacidad Temporal

| REACCIÓN A ESTRÉS AGUDO | |
|--|---------------|
| Criterios | Duración |
| A. Estado de “embotamiento” con alteraciones cognitivas. Ansiedad - Depresión - Estados disociativos - Ira - Hiperactividad - Agitación. | De 0 a 3 días |
| B. Casos graves | De 0 a 7 días |
| Consideraciones Las diferentes situaciones clínicas y curso aconsejan diferenciar los criterios y duración de I.T. en cada caso. | |

18. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

CIE-9-MC 309.31 Trastorno de estrés post-traumático CIE-10 F43.1

Concepto

Respuesta tardía o diferida a un hecho traumático o situación catastrófica, que aparece dentro de los seis meses posteriores (catástrofes, accidentes graves, muertes violentas, tortura, terrorismo, etc.).

Los rasgos de personalidad compulsivos, asténicos o antecedentes de trastorno neurótico son factores predisponentes para la aparición del trastorno o agravamiento de su curso.

Clínica

Curso fluctuante aunque mayoritariamente reversible. En cursos crónicos, de años de evolución o cuando los síntomas se manifiestan incluso décadas después de la exposición estresante se consideran como F 62.0: "Transformación persistente de la personalidad".

El síntoma central: evocaciones, recuerdos reiterados en forma de reviviscencias del trauma en sueños.

Suelen estar presentes, aunque no imprescindibles para el diagnóstico, embotamiento afectivo y desapego emocional anhedónico, falta de capacidad de respuesta al medio, evitación de situaciones evocadoras del trauma; con síntomas de hiperactividad vegetativa, insomnio, hipervigilancia incluso alteraciones del comportamiento, episodios de agresividad o crisis de pánico desencadenados por estímulos evocadores del trauma.

Según la sintomatología descrita y la alteración de la vida cotidiana del paciente varían en curso e intensidad leve, moderada o grave.

Duración de la Incapacidad Temporal

| TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO | |
|---|----------------|
| Criterios | Duración |
| Ansiedad-Insomnio, síntomas neurovegetativos, alteraciones de los afectos, trastorno del comportamiento | De 0 a 90 días |
| Consideraciones Si a pesar del tratamiento el paciente continua incapacitado a los 90 días los criterios que decidan el mantenimiento del paciente en Incapacidad Temporal serán específicamente definidos de manera individualizada por el psiquiatra. Las diferentes situaciones clínicas y curso aconsejan diferenciar los criterios y duración de I.T. en cada caso. | |

19. TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

| CIE-9-MC | | CIE-10 |
|----------|--|--------|
| 309.0 | Reacción depresiva breve | F43.20 |
| 309.1 | Reacción depresiva prolongada | F43.21 |
| 309.29 | Trastorno de ansiedad, con predominio de alteraciones de otras emociones | F43.23 |
| 309.3 | Trastorno de ansiedad con predominio de alteraciones detectadas | F43.24 |
| 309.4 | Trastorno de ansiedad, con alteración mixta de emociones y alteraciones disociales | F43.25 |

Concepto

Trastorno que aparece como reacción maladaptativa a un acontecimiento estresante o cambio biográfico significativo (experiencias de duelo, separación, emigración etc.).

Suele comenzar en el mes posterior al hecho desencadenante con el que debe haber una relación clara y desaparecer antes de seis meses (excepto en su modalidad de reacción depresiva prolongada).

Etiología

La aparición del trastorno y gravedad clínica están en relación con la vulnerabilidad o predisposición individual (antecedentes, personalidad premórbida). Siempre ha de existir un factor desencadenante ya sea un cambio biográfico o acontecimiento estresante.

Diagnóstico

Las reacciones de duelo normales (menores de 6 meses) no están incluidos en este trastorno. Las reacciones de duelo anormales según su contenido se clasificarán en las diferentes formas clínicas del trastorno y los mayores de 6 meses como reacción depresiva prolongada.

Clínica

Clínica variable incluyendo humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimientos de incapacidad, a veces con explosiones violentas. El comporta-

miento agresivo-antisocial es característico en adolescentes y los fenómenos regresivos en niños.

Según las formas clínicas, se diferencia:

Reacción depresiva breve

Reacción depresiva de menos de un mes de duración desde la circunstancia desencadenante

Reacción depresiva prolongada

Reacción depresiva de mas de un 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.

Duración de la Incapacidad Temporal

| TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN | |
|--|--|
| Criterios | Duración |
| A. Síntomas de ansiedad depresión, alteración de otras emociones o alteraciones del comportamiento que interfieren la actividad social y laboral | De 0 a 180 días |
| B. En caso de reacción depresiva prolongada | Podría agotar el tiempo máximo de I.T. y su prórroga, 18 meses, aunque su duración es menor a 2 años |

Consideraciones
Si la sintomatología depresiva se mantuviera mas de 2 años, valorar diagnóstico de distimia (CIE-10 F34.1)

20. TRASTORNOS DISOCIATIVOS

| CIE-9-MC | | CIE-10 F44 |
|----------|--|------------|
| 300.12 | Amnesia disociativa | F44.0 |
| 300.13 | Fuga disociada | F44.1 |
| 308.2 | Estupor disociativo | F44.2 |
| 308.1 | Trastornos de trance y de posesión | F44.3 |
| 308.1 | Trastorno disociativo de la motilidad | F44.4 |
| 300.11 | Convulsiones disociativas | F44.5 |
| 300.1 | Anestias y pérdidas sensoriales disociativas | F44.6 |
| 300.19 | Trastorno disociativo mixto | F44.7 |
| | Otros trastornos disociativos | F44.8 |

Concepto

Conjunto de trastornos cuyo rasgo común es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre recuerdos, las sensaciones inmediatas, la conciencia de la propia identidad y el control de movimientos.

Presentan una incapacidad para ejercer un control consciente y selectivo, excluyéndose las alteraciones voluntarias o simulación consciente.

Presupone la ausencia de trastorno somático que pudiera explicar los síntomas, tras el examen médico y exploraciones complementarias precisas.

Requiere la evidencia de génesis psicógena, en forma de una clara relación temporal con acontecimientos biográficos estresantes y problemas o relaciones personales alteradas.

Los síntomas representan, generalmente, el concepto que tiene el paciente de cómo es la enfermedad que desea manifestar. Se incluyen las alteraciones de las funciones físicas, bajo control voluntario, y de la sensibilidad; se excluyen las alteraciones del dolor y neurovegetativas, así como los síndromes de despersonalización- desrealización.

Todos los tipos de estados disociativos tienden a remitir al cabo de unas semanas o meses, siendo el comienzo y terminación de los síntomas frecuentemente repentino.

Clínica

Amnesia disociativa

Pérdida de memoria parcial o completa para hechos recientes importantes, de naturaleza traumática o estresante (accidentes, duelos inesperados...). La amnesia suele ser parcial y selectiva y anterógrada a la circunstancia detonante. Se acompaña de alteraciones afectivas leves con ansiedad, perplejidad y conductas de búsqueda de atención.

Deben estar ausente la posibilidad de trastorno cerebral orgánico, alteraciones por tóxicos (en especial alcohol) o estados de fatiga excesiva.

Fuga disociada

Desplazamiento intencionado más allá del ámbito cotidiano con las características de una amnesia disociativa.

El comportamiento del paciente y cuidado personal puede ser aparentemente normal durante la fuga, que suele realizarse a lugares previamente conocidos.

Diferente de la fuga poscrítica característica de la epilepsia del lóbulo temporal.

Estupor disociativo

Disminución profunda o ausencia de la motilidad voluntaria y de respuesta normal a estímulos externos. El enfermo permanece acostado o sentado considerablemente inmóvil durante largos períodos de tiempo. Aunque puede presentarse perturbación del nivel de consciencia, resulta obvio que el paciente no está dormido ni inconsciente.

El examen médico debe excluir un trastorno somático o psiquiátrico (estupor catatónico, maniaco-depresivo), que explique el estupor, con evidencia de acontecimientos estresantes recientes o problemas sociales- interpersonales importantes.

Trastornos de trance y de posesión

Pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena consciencia del entorno. Se incluyen sólo los estados de trance involuntario y al mar-

gen de ceremonias religiosas o ciertas situaciones culturales. Debe ser excluido la posibilidad de alteración somática, intoxicación o trastornos psiquiátricos específicos (procesos esquizofrénicos, trastornos de ideas delirantes o trastornos de personalidad múltiple).

Trastorno disociativo de la motilidad

Pérdida de la capacidad de movimiento de la totalidad o de una parte de un miembro o miembros.

Puede haber un parecido muy cercano a cualquier tipo de ataxia, acinesia, afonía, disartria o discinesia, paresia o parálisis, a veces acompañándose de temblor o sacudidas de extremidades o de todo el cuerpo.

Convulsiones disociativas

Movimientos convulsivos que imitan crisis epilépticas, aunque la mordedura de lengua, contusiones por caídas e incontinencia urinaria son raras y no hay pérdida de conciencia.

Anestias y pérdidas sensoriales disociativas

La anestesia de la piel suele cubrir un área más relacionada con las ideas del paciente sobre las funciones corporales que con las áreas afectadas por trastornos neurológicos.

Suele acompañarse de parestesias.

La pérdida o alteración de la visión y sordera disociativas son raras.

Trastorno disociativo mixto

Mezcla de síntomas de varios trastornos disociativos.

Otros trastornos disociativos

Síndrome de Ganser. Trastorno de personalidad múltiple. Confusión psicógena. Estado crepuscular psicógeno.

Pronóstico

Consideraciones laborales

La gran variabilidad sintomatológica y diferencias en cuanto a su integridad hace necesario una detallada valoración individual considerando la alteración de la vida cotidiana y laboral.

Duración de la Incapacidad Temporal

| TRASTORNOS DISOCIATIVOS | |
|---|----------------|
| Criterios | Duración |
| Síntomas disociativos que alteren significativamente la vida cotidiana y laboral | De 0 a 30 días |
| Consideraciones: Los síntomas disociativos suelen desaparecer en pocas semanas, a veces meses. No es raro que lo hagan de forma repentina. Si al cabo de 30 días el paciente sigue incapacitado a pesar del tratamiento, los criterios de mantenimiento de la Incapacidad Temporal serán específicamente señalados, de manera individualizada por el psiquiatra. | |

TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y NEURASTENIA

| CIE-9-MC | | CIE-10 |
|----------|------------------------------------|--------|
| 300.81 | Trastorno de somatización | F45.0 |
| 300.89 | Trastorno somatomorfo diferenciado | F45.1 |
| 300.7 | Trastorno hipocondriaco | F45.2 |
| 306 | Disfunción vegetativa somatomorfa | F45.3 |
| 300.1 | Trastorno somatomorfo persistente | F45.4 |
| 300.5 | Neurastenia | F48 |

Concepto

Conjunto de trastornos que presentan síntomas somáticos y demandas pendientes de exploraciones clínicas o pruebas diagnósticas, a pesar de que sus resultados son respectivamente negativos.

Clínica

Trastornos de somatización

Síntomas somáticos múltiples, recurrentes y variables, presentes durante al menos dos años, sin explicación somática adecuada. La sintomatología más frecuente es la intestinal, dérmica y quejas sexuales y menstruales.

A pesar de las garantías por parte de los médicos de la inexistencia de un cuadro orgánico, persiste la negativa del paciente a aceptar estas explicaciones. Muchas veces se presentan síntomas depresivos que requieren tratamiento específico. El cuadro clínico condiciona un cierto grado de deterioro del comportamiento social y familiar.

Es más frecuente en mujeres y suele comenzar al principio de la edad adulta siendo su curso crónico y fluctuante.

Trastornos somatomorfo indiferenciado

Equiparable a un trastorno de somatización que no cumple todos los criterios. Están presentes quejas somáticas múltiples, variables y persistentes aunque no está presente el cuadro clínico completo.

Trastorno hipocondríaco

Preocupación persistente de padecer al menos alguna enfermedad grave, que subyace a la presencia de síntomas o preocupaciones sobre el aspecto físico.

El paciente pone el énfasis en la presencia de la enfermedad y sus consecuencias, que centra sobre uno o dos órganos, a diferencia del trastorno de somatización que expresa múltiple y variable sintomatología, considerando muchas posibilidades diagnósticas.

Como en otros trastornos de este grupo, es típica la negativa del paciente a aceptar las explicaciones y garantías de los médicos.

Prevalencia similar en ambos sexos. Suelen estar presentes ansiedad y depresión intensas lo que justifica diagnósticos específicos adicionales.

El curso de los síntomas y la incapacidad consiguiente suelen ser:

Disfunción vegetativa somatomorfa

Presentan sintomatología referida a alteraciones de órganos y sistemas que se encuentran bajo control e inervación del sistema nervioso vegetativo.

Los síntomas mas frecuentes están referidos a los sistemas: cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y genitourinario.

Aquejan síntomas acompañados de signos objetivos de hiperactividad neurovegetativa como palpitaciones, rubor, sudoración, etc... y síntomas subjetivos no específicos, referidos a un órgano concreto, expresando dolor, malestar, opresión, quemazón, etc... Siempre con gran preocupación sobre la posibilidad de padecer una afección grave, en ausencia de alteración significativa de la función o estructura de los sistemas afectados.

Trastorno de dolor somatomorfo persistente

Quejas persistentes de dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o trastorno somático. El dolor se presenta frecuentemente en relación con conflictos o problemas psicosociales.

Neurastenia

Presencia de quejas continuas de cansancio progresivo tras un esfuerzo mental o de debilidad y agotamiento tras esfuerzos físicos mínimos. Las quejas se acompañan de dolores y molestias musculares, mareos, cefaleas, incapacidad para relajarse, vértigo, alteraciones del sueño, etc...

Es característico el énfasis del paciente sobre la fatigabilidad o debilidad y su preocupación por la disminución del rendimiento mental o físico.

Pueden existir síntomas vegetativos, depresivos o ansiosos, sin la gravedad suficiente para cumplir los criterios del correspondiente trastorno específico.

Duración de la Incapacidad Temporal

En el caso de los trastornos somatomorfos la remisión al psiquiatra debe hacerse precozmente y los criterios de mantenimiento de la Incapacidad Temporal serán específicamente individualizados por éste.

Pueden cursar con ansiedad y/o depresión intensas en cuyo caso se considerarán como tales a efectos de duración de la Incapacidad Temporal.

El trastorno de neurastenia no implica por sí solo incapacidad laboral. Si existiesen síntomas de ansiedad o depresión suficientemente intensas que justificasen una Incapacidad Temporal, deben describirse con su diagnóstico específico correspondiente.

| TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y NEURASTENIA | |
|---|--|
| Criterios | Duración |
| A. Ansiedad y/o depresión intensas | Considerar duración estándar de estos diagnósticos |
| B. Trastornos Somatomorfos siguiendo los criterios específicamente individualizados por el psiquiatra | De 0 a 90 días |
| C. Neurastenia sin ansiedad ni depresión severas | No es causa de Incapacidad Temporal |

VI. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGANOS SENSORIALES (320-389)

22. SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO

CIE-9-MC

354.0

Síndrome del túnel carpiano

Concepto

Compresión del nervio mediano en el túnel carpiano de la muñeca.

Epidemiología

Es la neuropatía por compresión más frecuente de todo el organismo. Los estudios epidemiológicos arrojan una prevalencia global de la enfermedad muy alta, del orden del 5,8 % en mujeres y del 0,6 % en varones. En determinadas actividades profesionales que impliquen movimientos repetitivos de las manos (costureras, carniceros...), la prevalencia es más elevada.

Etiología

Atribuida en muchas ocasiones a una compresión extrínseca sobre el nervio, motivada por patologías que disminuyen el calibre del túnel carpiano entre las que destacan:

1. **Traumáticas:** tras fracturas de Colles; microtraumatismos profesionales.

2. **Reumáticas:** tenosinovitis inflamatorias reumatoideas, gotosas...
3. **Infecciosas:** artritis infecciosas.
4. **Anomalías congénitas** óseas o ligamentosas.

Un porcentaje elevado de casos, no se atribuye a causa específica. El **hipotiroidismo** y la **diabetes** se suelen asociar con esta entidad, que también es más frecuente durante el **embarazo**.

Clínica

El cuadro clínico está dominado por la presencia de **parestias** (sensación de hormigueos, pinchazos y tumefacción) que asientan en el territorio del mediano (1º, 2º, 3º dedo y la mitad radial del 4º) o en toda la mano aunque respetando el 5º dedo.

Se asocia sensación subjetiva de dolor en muñeca, mano e irradiado a la raíz del miembro superior. Inicialmente, los síntomas son de predominio nocturno.

Diagnóstico

1. **Anamnesis.**
2. **Exploración clínica**, en la que se puede constatar debilidad motora del abductor y oponente del pulgar, así como atrofia de la eminencia tenar. Entre los tests válidos para reproducir la sintomatología se encuentra:
 - *Maniobras de Phalen:* se realizan manteniendo una flexión ó extensión máxima de la muñeca durante 1 minuto; serán positivas si se reproducen las parestias e hipoestesia en el territorio del mediano.
 - *Signo de Tinnel:* La percusión de la muñeca en la zona proximal del túnel carpiano provoca en caso de positividad parestias y hormigueos en el territorio del mediano.
3. **Pruebas complementarias:**
 - *Electromiografía*, que detectará disminución de la velocidad de conducción nerviosa.

Radiología, que permite comprobar si existe un conflicto de espacio de origen óseo y descartar lesiones asociadas.

Tratamiento

Conservador con modificación de actividades, férula protectora de muñeca en posición neutra durante el sueño, reposo, AINE e infiltración local con corticoides.

Quirúrgico: descompresión del túnel mediante sección del ligamento transversal anterior del carpo.

Debe tenerse en cuenta, que, si el proceso es secundario (hipotiroidismo, Colles) al **tratar la etiología** mejorará el cuadro.

Pronóstico

La cirugía es muy eficaz sobre los síntomas dolorosos. La recuperación de la sensibilidad suele alcanzar el 80-90 % de los pacientes a los 6 meses de la intervención. La recuperación motora es menos buena, siendo un tanto por ciento elevado los pacientes portadores de una atrofia tenar.

Duración de la Incapacidad Temporal

| SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO | |
|-----------------------------|------------------|
| Criterios | Duración de I.T. |
| Cuadros leves | De 5 a 10 días |
| Cuadros graves (cirugía) | De 30 a 45 días |

Bibliografía

- Dolz Jordi C, Muset Lara A, Ruiz Martín JM. Síndrome del túnel carpiano. Jano 1997; 52 (1212): 37-44.
- Durán Sacristán H, Arcellus Imaz I, García -Sancho Martín L, Gonzalo Hermoso S, Alvarez Fernández-Represa J, Fernández Portal L, Menéndez Martín J. Tratado de Patología y Clínicas Quirúrgicas. 2ª ed. Madrid: Mc-Graw-Hill Interamericana; 1996. p.4301-5.
- Munuera L. Introducción a la Traumatología y Cirugía Ortopédica. 1ª ed. Madrid: Mc-Graw-Hill Interamericana; 1996.p.214-15.
- Prieto Martínez J.M. Exploración del aparato locomotor. Sanofi Wintrop, Barcelona; 1996.

23. DESPRENDIMIENTO DE RETINA

| | | |
|----------|--------|---|
| CIE-9-MC | 361 | Desprendimientos y defectos de la retina |
| | 361.0 | Desprendimiento de retina regmatógeno (con defecto retiniano) |
| | 361.2 | Desprendimiento seroso de la retina |
| | 361.3 | Defectos retinianos sin desprendimiento |
| | 361.8 | Otras formas de desprendimiento de retina |
| | 361.81 | Desprendimiento de retina por tracción |

Concepto

El desprendimiento de retina es un proceso en el que la retina sensorial se separa del epitelio pigmentario retiniano.

Etiología

- El desprendimiento **regmatógeno** se produce por una rotura en la retina, se acumula líquido subretiniano y termina despegando la retina.
- El desprendimiento **exudativo o seroso** aparece cuando la retina se proyecta hacia el vítreo por procesos exudativos de los vasos coroideos de tipo inflamatorio, vascular o neoplásico.
- El desprendimiento **por tracción** ocurre por la formación de tractos fibrosos en el vítreo, estos traccionan la retina y la desprenden.

Epidemiología

Se consideran factores de riesgo de desprendimiento de retina: la miopía elevada, la senilidad, los traumatismos oculares, la afaquia, la coroiditis previa y la degeneración periférica de la retina.

Clínica

En general se caracteriza por la presencia de **miodesopsias** (moscas volantes), **fosfenos** (destellos luminosos) y **pérdida de visión**, brusca en los campos superiores y más lenta en los inferiores.

Se pueden distinguir peculiaridades en la presentación clínica:

Desprendimiento regmatógeno:

En el 60% de los casos aparecen los síntomas premonitorios clásicos que son los fosfenos y los cuerpos flotantes vítreos. Tras un periodo variable,

aparece la pérdida del campo visual: Otro 40% cursa directamente con la aparición de una sombra negra en el campo visual.

Desprendimiento exudativo:

No hay fotopsias y el defecto del campo visual progresa con rapidez.

Desprendimiento por tracción:

En general no hay fotopsias ni cuerpos flotantes. El defecto del campo visual suele progresar con lentitud.

El **cuadrante temporal superior** del campo visual es el afectado con mayor frecuencia.

Diagnóstico

Se establece por la **historia clínica** y fundamentalmente por la exploración del **fondo de ojo**.

Pronóstico

Si no se trata, el desprendimiento se generaliza y posteriormente da lugar a catarata secundaria, uveítis crónica y ptisis del globo ocular.

El pronóstico visual va a depender de la existencia de patología acompañante, tiempo en que se tarde en tratar, tamaño de los desgarros y zona de la retina afectada.

Tratamiento

Preventivo:

De las soluciones de continuidad sin que haya desprendimiento de retina. Va a consistir en cerrar la solución de continuidad produciendo una coriorretinitis exudativa por medio de criocoagulación o de lasercoagulación. Además, va a ser necesario realizar una profilaxis con lasercoagulación de las zonas degeneradas para evitar nuevos desprendimientos.

Curativo:

Una vez producido el desprendimiento de retina es necesario aproximar la retina a la pared del ojo, mediante implantes externos o taponamiento interno (sin o con vitrectomía) con reoperaciones frecuentes.

Duración de la Incapacidad Temporal

| DESPRENDIMIENTO DE RETINA | |
|--|------------------------|
| Criterios | Duración |
| En función de tratamiento: | |
| • Preventivo | De 0 a 10 días |
| • Curativo. En función de: | |
| – Tamaño del desgarro | De 2 semanas a 4 meses |
| – Cuadrante afectado | |
| – Tiempo de instauración del tratamiento | |

Bibliografía

- Alió y Sanz J, García Sánchez J, Miralles de Imperial J, Pastor Jimeno JC, Zato Gómez de Liaño MA. Guiones de Oftalmología. 7ª ed. Barcelona: Masson S.A.; 1998.
- Kanski JJ. Oftalmología clínica. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma libros S.A.; 1996.

24. GLAUCOMA

| | | |
|----------|-------|--|
| CIE-9-MC | 365 | Glaucoma |
| | 365.1 | Glaucoma de ángulo abierto |
| | 365.2 | Glaucoma de ángulo cerrado primario |
| | 365.3 | Glaucoma inducido por corticosteroides |

Concepto

El glaucoma es un síndrome ocular que engloba distintos procesos patológicos caracterizados por aumento de la presión intraocular (PIO), neuropatía óptica progresiva y alteración del campo visual.

Etiología

Se puede clasificar el glaucoma según la forma en que se altere el drenaje del humor acuoso en:

- Glaucoma de **ángulo abierto**: parece deberse a un defecto u obstáculo en la salida del humor acuoso.
- Glaucoma de **ángulo cerrado** se origina por el bloqueo del ángulo de la cámara anterior, por la raíz del iris.

La **PIO** es un concepto estadístico. La PIO media es de 15-16 mmHg con una desviación estándar de 2,5 mmHg. En principio se considera que una PIO por encima de 25 mmHg es patológica, pero existe una gran variabilidad individual.

Una clasificación adicional permite diferenciar entre:

- Glaucoma **primario** cuando la elevación de la PIO no se asocia a ningún otro trastorno ocular.
- Glaucoma **secundario** cuando existen factores asociados, oculares o no, que alteran el drenaje del humor acuoso.

Epidemiología

El glaucoma de ángulo **abierto** es el más frecuente. La prevalencia aumenta con la edad. Se consideran factores de riesgo: aumento de la PIO, raza negra, antecedentes familiares, diabetes y miopía elevada.

El glaucoma de ángulo **cerrado** supone un 10% del total. Se consideran factores de riesgo: edad superior a 50 años, historia familiar positiva e hipermetropía.

Clínica

El glaucoma de **ángulo abierto** es un enfermedad crónica, bilateral, generalmente asimétrica y asintomática hasta que se produce una pérdida severa del campo visual o se pierde la visión central.

El glaucoma de **ángulo cerrado** es una urgencia oftalmológica. Se trata de una enfermedad aguda y sintomática que puede progresar a una severa pérdida de visión en horas o días. Cursa con dolor ocular intenso, cefalea, náuseas, ojo rojo y visión disminuida con pupila arreactiva y en midriasis media.

Diagnóstico

Se consideran pruebas básicas para el diagnóstico de glaucoma las siguientes:

- **Historia clínica.**
- **Biomicroscopía con lámpara de hendidura.**
- **Tonometría** para medir la PIO.
- **Exámen de la papila** observando los cambios en el disco óptico.
- **Campimetría** para establecer las pérdidas del campo visual.
- **Gonioscopia** para determinar la amplitud del ángulo camerular.

1. Son hallazgos del glaucoma de **ángulo abierto**:

- Un aumento de la PIO por encima de 25 mmHg es patológico, (zona de sospecha entre 21-25 mmHg).
- El cociente entre la excavación papilar y la depresión papilar mayor de 0,6 se considera patológico y entre 0,4-0,5 sospechoso.
- La alteración del campo visual más precoz y significativa es la aparición de escotomas paracentrales. Al final, un campo reducido a un islote central y a uno temporal.

2. Son hallazgos del glaucoma de **ángulo cerrado**:

- Edema corneal.
- Pupila en midriasis media arreactiva.
- Aumento de la PIO por encima de 50 mmHg.
- Al desaparecer el edema corneal, se aprecia la cabeza del nervio óptico edematosa e hiperémica.

Pronóstico

El glaucoma de ángulo abierto dejado a su evolución acaba en ceguera irreversible. En el glaucoma de ángulo cerrado, el pronóstico visual dependerá de la rapidez con que se instaure el tratamiento. La fase final de cualquier forma de glaucoma no controlado es el **glaucoma absoluto**.

Tratamiento

En el **glaucoma de ángulo abierto** los pilares del tratamiento son los fármacos (beta-bloqueantes, alfa-2 agonistas, inhibidores de la anhidrasa carbónica y derivados de prostaglandinas), la trabeculoplastia láser y la trabeculectomía. La elección dependerá de la fase evolutiva en la que se encuentre.

En el **glaucoma de ángulo cerrado** se instaura un tratamiento médico inicial, sistémico y tópico, con agentes osmóticos e inhibidores de la anhidrasa carbónica, colirios mióticos, antiinflamatorios y beta-bloqueantes. Posteriormente se realiza una iridotomía láser en el ojo afectado y en el contralateral para evitar un nuevo episodio.

Duración de la Incapacidad Temporal

| GLAUCOMA | |
|---|--------------------------------------|
| Criterios | Duración |
| Glaucoma de ángulo abierto <ul style="list-style-type: none"> • Trabeculoplastia láser • Trabeculectomía | De 0 a 1 día De 15 días a 2 meses |
| Glaucoma de ángulo cerrado <ul style="list-style-type: none"> • Ataque agudo • Iridotomía | De 1 día a 1 mes De 1 a 3 días |
| Glaucoma absoluto | Valorar I. Permanente. |

Bibliografía

- Alió y Sanz J, García Sánchez J, Miralles de Imperial J, Pastor Jimeno JC, Zato Gómez de Liaño MA. Guiones de Oftalmología. 7ª ed. Barcelona:Masson S.A.; 1998.
- Fernández Vila PC, Jiménez-Alfaro Morote I. Glaucoma. Medicine 1991; 91:3558-68.
- Fernández Vila PC. Glaucoma. Medicine 1998;102:4770-7.
- Fontela JR, Grau M, Simón G, Pita D. Glaucoma agudo. JANO 1998; 54(1249):68-74.
- Fontela JR, Grau M, Martín C, Pita D. Dolor ocular agudo. JANO 1998;55(1275): 46-52.
- Kanski JJ. Oftalmología clínica. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma libros S.A.; 1996.
- Kylstra JA. Glaucoma. En: Dornbrand L, Hoole AJ, Pickard CG. Manual of clinical problems in adult ambulatory care. 2ª ed. Boston/Toronto/London: A little Brown and Company; 1992. p.36-40.

25. CATARATA

| | | |
|----------|--------|---|
| CIE-9-MC | 366 | Catarata |
| | 366.1 | Catarata senil |
| | 366.2 | Catarata traumática |
| | 366.3 | Catarata asociada con otros trastornos |
| | 366.41 | Catarata diabética |
| | 366.45 | Catarata tóxica |
| | 366.46 | Catarata asociada con radiación y otras influencias físicas |

Concepto

La catarata es una opacificación o pérdida de transparencia del cristalino.

Etiología

La mayoría forman parte del proceso de envejecimiento del organismo.

El resto se asocia a otros procesos oculares como iridociclitis, tumores de coroides, desprendimiento de retina, glaucoma absoluto, ... Pueden producirse también por traumatismos físicos y ambientales, por trastornos metabólicos como diabetes, hipoparatiroidismo y por tóxicos como metales y fármacos (corticoesteroides).

Epidemiología

La prevalencia aumenta con la edad. Se calcula que a partir de los 60 años, un 50% de la población presenta cierto grado de opacidad en el cristalino, lo cual no se asocia siempre a deterioro visual ni a ceguera.

Clínica

Depende de la evolución y de la localización en el cristalino.

La catarata es siempre bilateral aunque en un ojo puede estar más avanzada que en el otro.

Si la opacidad es **central** puede provocar deslumbramiento y distorsión de imágenes desde el principio.

Si la opacidad es **periférica** puede ser asintomática hasta fases avanzadas de la enfermedad.

Al evolucionar el proceso, la agudeza visual va disminuyendo y puede limitar la actividad del paciente.

Pronóstico

Si la catarata se deja evolucionar terminará produciendo un déficit visual severo.

En el caso de que no se extraiga, pueden aparecer complicaciones como iridociclitis, glaucoma secundario, glaucoma facolítico y luxación del cristalino.

Diagnóstico

Se realiza por la **historia clínica** y la **exploración** ocular.

Con el **oftalmoscopio** en fases avanzadas, con iluminación directa, se ve la pupila de un color gris blanquecino.

La **lámpara de hendidura** diferencia la localización, grado de opacificación y madurez de la catarata.

Tratamiento

El tratamiento siempre es **quirúrgico** y no es necesario esperar hasta fases avanzadas de la enfermedad para extraer el cristalino, pudiendo hacerlo cuando la catarata afecte a la actividad normal del paciente.

Las dos técnicas más utilizadas para la extracción de la catarata en el adulto son la **extracción extracapsular** y la **facuemsulficación** con colocación de una lente intraocular (LIO).

Las **complicaciones** que pueden presentarse son:

- **quirúrgicas:** rotura de la cápsula posterior del cristalino y hemorragia.
- **postquirúrgicas:** elevación de la presión intraocular, prolapso del iris, problemas de la sutura, posición anormal de la LIO, síndrome del sol poniente...

Una situación especial es aquella en que no sea posible implantar una LIO al paciente; en este caso el paciente afáquico necesita unas lentes positivas o convexas de 10-12 dioptrías que producen una magnificación de tamaño de la imagen de un 25-33% y una reducción del campo visual, por lo que requerirá rehabilitación.

Duración de la Incapacidad Temporal

| CATARATA | |
|------------------------------|----------------|
| Criterios | Duración |
| Cirugía no complicada | |
| • con colocación de LIO | 1 mes |
| — Extracción extracapsular | 15 días |
| — Facoemulsificación | 2 meses |
| • sin colocación de LIO | De 1 a 6 meses |
| Cirugía complicada | |

Bibliografía

- Alió y Sanz J, García Sánchez J, Miralles de Imperial J, Pastor Jimeno JC, Zato Gómez de Liaño MA. Guiones de Oftalmología. 7ª ed. Barcelona:Masson S.A.; 1998.
- Bueno Álvarez-Arenas J, Fortes Álvarez JL. Catarata en atención primaria. JANO 1998; 55(1265):33-5.
- Organización Mundial de la Salud. Tratamiento de la catarata en los servicios de atención primaria de salud. Ginebra;1991.
- Stokes JR. Catarata. En:Dornbrand L, Hoole AJ, Pickard CG. Manual of clinical problems in adult ambulatory care. 2ª ed. Boston/Toronto/London:A little Brown and Company; 1992. p.32-6.
- Triviño Casado A, Ramírez Sebastián JM. Cataratas. Medicine 1991; 91:3569-74.

26. QUERATITIS

| | | |
|----------|--------|--|
| CIE-9-MC | 370 | Queratitis |
| | 370.0 | Úlcera corneana |
| | 370.2 | Queratitis superficial sin conjuntivitis |
| | 370.3 | Queratoconjuntivitis no especificadas |
| | 054.42 | Queratitis dendrítica (herpes simple) |

Concepto

La queratitis es la inflamación de la córnea por causas infecciosas o no infecciosas.

Como consecuencia de la inflamación se produce edema corneal, opacidades locales y a más largo plazo vascularización corneal.

Etiología y epidemiología

Queratitis bacteriana:

Suele ser ulcerativa. Los microorganismos pueden afectar directamente la córnea estando el epitelio intacto (*N. gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphteriae*, *Listeria sp.* y *Haemophilus sp.*) o favorecidos por factores que alteran la integridad del epitelio (fundamentalmente *Pseudomona aeruginosa*).

Queratitis micótica:

Fundamentalmente por *Fusarium*, *Aspergillus* y *Candida*.

Queratitis viral:

Más frecuentemente por virus herpes simple, virus varicela zoster y virus de Ebstein-Barr.

Fotoqueratitis:

Por exposición a rayos ultravioletas generados en arcos de soldadura y lámparas solares, entre otros.

Queratitis seca:

En el síndrome de Sjögren y en la queratoconjuntivitis seca pura.

Queratopatía por exposición:

En la parálisis del nervio facial, proptosis grave y trastornos cicatriciales palpebrales.

Queratopatía neurotrófica:

Aparece en una córnea anestesiada por causas adquiridas como la sección del V par, queratitis por herpes simple y herpes zoster, diabetes y lepra.

Clínica

- Se caracteriza por dolor lancinante, irradiado al territorio del trigémino, con fotofobia, lagrimeo, secreción y visión borrosa.
- La agudeza visual se encuentra disminuida.
- A nivel corneal se observan ulceraciones, adelgazamiento corneal y opacidades localizadas.
- El resto del segmento ocular anterior presenta tumefacción palpebral, hiperemia ciliar, miosis, y células en la cámara anterior.

En caso de ulceración, la perforación puede ser central o periférica.

El hipopion por lo general acompaña a la úlcera.

Diagnóstico

Se realiza por:

- **Historia clínica.**
- **Estudio microbiológico.**
- **Biomicroscopía con lámpara de hendidura:** se puede apreciar el grosor y la profundidad de las lesiones corneales, opacidades, edema, y vasos sanguíneos.
- **Tinción con fluoresceína:** permite distinguir las formas que adoptan las úlceras.

Pronóstico

Se trata de una afección grave que supone una amenaza para la visión al alterar la transparencia y curvatura corneal. En casos evolucionados aparece neovascularización corneal.

Como complicaciones intraoculares destacan la endoftalmitis, la catarata y finalmente la ptisis bulbi.

Tratamiento

De forma generalizada los principios terapéuticos de la enfermedad corneal son:

1. **Agentes antimicrobianos** que deben administrarse en infecciones corneales.
2. **Corticoides** que pueden ser útiles en determinadas patologías corneales aunque su empleo inapropiado puede facilitar la ulceración y la perforación.
3. **Estimulación de la reepitelización** por medio de lágrimas artificiales, ungüentos, oclusión palpebral o lentes de contacto blandas.
4. **Prevención de la perforación** utilizando adhesivos hísticos, colgajos conjuntivales e inmunosupresores (en conectivopatías).
5. **Injerto corneal** que puede ser necesario para restaurar la transparencia corneal.

Duración de la Incapacidad Temporal

| QUERATITIS | |
|-----------------------|----------------|
| Criterios | Duración |
| Queratitis | |
| • superficial | De 7 a 10 días |
| • complicada | De 1 a 2 meses |
| Úlcera corneal | |
| • superficial | 2 días |
| • complicada | 2 meses |
| Transplante de córnea | 4 meses |

Bibliografía

- Fontela JR, Grau M, Martín C, Pila D. Dolor ocular agudo. JANO 1998; 55(1275):46-55.
- Kanski. JJ. Oftalmología clínica. 3ª ed. Mosby/ Doyma libros S.A.; 1996.
- Quiroga Fernández P, Domínguez Collozo A. Protocolo diagnóstico diferencial del ojo rojo. Medicine 1998;102:4799-4801.
- Rodríguez Agirretxe I, Castellanos Relloso MA, Durán de la Colina JA. Queratitis infecciosa. Medicine 1998; 102:4785-90.
- Vaughan D, Ausbury T. Oftalmología general. 8ª ed México D.C.:El manual moderno; 1987.

27. CONJUNTIVITIS

| | | |
|----------|--------|--|
| CIE-9-MC | 372 | Trastornos de la conjuntiva |
| | 372.0 | Conjuntivitis aguda |
| | 372.03 | Conjuntivitis catarral |
| | 372.04 | Conjuntivitis membranosa |
| | 372.05 | Conjuntivitis atípica aguda (medicamentosa, alérgica, por líquidos limpiadores de lentes de contacto). |
| | 372.1 | Conjuntivitis crónica |
| | 372.2 | Blefarconjuntivitis |

Concepto

La conjuntivitis es la inflamación, aguda o crónica, de la membrana mucosa que tapiza los párpados. Si se acompaña de afectación del borde palpebral se denomina blefarconjuntivitis.

Etiología

Las causas de conjuntivitis más frecuentes son infecciosas y alérgicas. Otras menos frecuentes son químicas y autoinmunes.

1. Las conjuntivitis *infecciosas* son causadas en su mayoría por:
 - Bacterias: más frecuentemente por *Staphylococcus aureus* y *epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*.
 - Virus: fundamentalmente adenovirus y también los virus herpes, aunque suelen asociar queratitis.
 - Clamidas.
2. La conjuntivitis **alérgica** puede ser causada por agentes ambientales, medicamentos tópicos o sistémicos, cosméticos, líquidos limpiadores de lentillas y lentes de contacto.
3. La conjuntivitis en enfermedades **autoinmunes** aparece en el síndrome de Stevens - Johnson y en la enfermedad de Reiter, entre otras.
4. La conjuntivitis **química** puede ser causada por ácidos y álcalis.

Clínica

Los síntomas comunes a todas las conjuntivitis son ojo rojo, escozor ocular, lagrimeo, fotofobia y secreción y sensación de cuerpo extraño que puede ser muy molesta. La visión permanece normal.

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza por:

1. **Clínica.**
2. **Exploración general:** hiperemia conjuntival, lagrimeo, secreciones y pupila reactiva.
3. **Exploración instrumental:**
 - **Lámpara de hendidura** se pueden apreciar folículos y papilas.
 - **Tonómetro:** presión intraocular normal.

Puede resultar útil para el **diagnóstico diferencial** de las conjuntivitis los parámetros que se exponen a continuación:

- **Tipo de secreción:**
 - Acuosa: víricas, alérgicas e irritativas.
 - Mucopurulentas: infecciones bacterianas y por clamidias.
 - Mucosa: vernal.
- **Tipo de reacción conjuntival:**
 - Papilar: vernal, infección bacteriana, lentes de contacto.
 - Folicular: virus, clamidias.
- **Presencia de pseudomembranas o membranas:**
 - Pseudomembranas: infección grave por adenovirus, conjuntivitis gonocócica y autoinmune.
 - Membranas: streptococcus hemolítico y difteria.
- **Presencia o ausencia de linfadenopatias:**
 - La aparición de linfadenopatía sugiere infección vírica, infección por clamidias y conjuntivitis gonocócica grave.

La realización de **pruebas complementarias** está indicada en casos graves, cuando no sea posible un diagnóstico etiológico de presunción o la evolución sea subaguda o crónica.

Pronóstico

El pronóstico es bueno en general en las conjuntivitis agudas de tipo infeccioso. En algunos casos pueden ser más graves como en la conjuntivitis gonocócica del adulto.

Las conjuntivitis alérgicas suelen ser banales aunque se pueden formar papilas gigantes que terminan rompiendo el tabique de tejido conjuntivo.

Si la conjuntivitis ha sido provocada por álcalis es grave, con complicaciones como catarata, uveitis y glaucoma. Las provocadas por ácidos tienen mejor pronóstico.

Tratamiento

Depende del agente etiológico. Es fundamental, en todos los casos, mantener una buena higiene conjuntival aplicando instilaciones de suero fisiológico.

- La conjuntivitis **bacteriana** se trata con antibióticos tópicos de amplio espectro y colirios de antiinflamatorios no esteroideos.
- La conjuntivitis **viral** no tiene un tratamiento eficaz, remite en 1 a 3 semanas sin tratamiento y puede aplicarse un tratamiento profiláctico antibiótico. En aquellos casos que por las condiciones de trabajo sea conveniente apartar al trabajador de su puesto de trabajo, debido a la gran contagiosidad del cuadro, es posible que la duración de la incapacidad temporal sea de un mes.
- La conjuntivitis por **clamidias** con antibióticos tópicos y sistémicos.
- La conjuntivitis **autoinmune** con corticoides, agentes favorecedores de la queratinización y suplementos lagrimales.
- La conjuntivitis **alérgica** con antihistamínicos y en ocasiones con corticoides.
- La conjuntivitis **química** con irrigación copiosa con un líquido estéril suave y posteriormente con corticoides tópicos, vitamina C, citratos e inhibidores de la colagenasa.

Duración de la Incapacidad Temporal

| CONJUNTIVITIS | |
|---|----------------|
| Criterios | Duración |
| Conjuntivitis aguda (En los supuestos de intensa fotofobia, secrecciones, sensación de cuerpo extraño y dolor) | De 0 a 2 días |
| Conjuntivitis crónica (En casos de agudización y con los mismos criterios de la aguda) | De 0 a 12 días |

Bibliografía

- Alió y Sanz J, García Sánchez J, Miralles de Imperial J, Pastor Jimeno JC, Zato Gómez de Liaño MA. Guiones de Oftalmología. 7ª ed. Barcelona:Masson; 1998.
- Vaughan D, Ausbury T. Oftalmología general. 8ª ed México D.C.:El manual moderno; 1987.
- Rizo Martínez S, Rodríguez Pata N, Jiménez Guerra V, Arribas Blanco JM. Ojo rojo. Manejo por el médico de familia. JANO 1998; 54(1251):40-5.
- Ramírez Sebastián JM, Triviño Casado A. Diagnóstico diferencial del ojo rojo. Medicine 1991; 91:23-8.

28. PTERIGION

| | | |
|----------|--------|-----------------------------------|
| CIE-9-MC | 372.4 | Pterigion |
| | 372.41 | Pterigion periférico estacionario |
| | 372.42 | Pterigion periférico progresivo |
| | 372.43 | Pterigion central |

Concepto

Se trata de un pliegue triangular de la conjuntiva bulbar que avanza por la córnea, generalmente en el lado nasal, hasta el área pupilar. Suele ser bilateral.

Etiología

No es bien conocida. Tiene un componente hereditario y relación con irritantes crónicos como la exposición al sol.

Clínica

Produce un defecto de refracción progresivo: astigmatismo.

Cuando alcanza el área pupilar disminuye la visión y asocia conjuntivitis crónica con gran frecuencia.

Pronóstico

Es bueno, pero suele recidivar con mucha frecuencia tras la exéresis.

Tratamiento

El tratamiento quirúrgico se indica por motivos estéticos o si afecta al eje visual.

Debe ser lo más precoz posible, antes de que afecte a la parte central de la córnea.

Duración de la Incapacidad Temporal

| PTERIGION | | |
|-----------|-----------|----------|
| | Criterios | Duración |
| Cirugía | | 2 días |

Bibliografía

— Kansky JJ. Oftalmología clínica. 3ªed. Madrid: Mosby/ Doyma libros S.A.; 1996.

29. OTITIS MEDIA AGUDA SIMPLE

CIE-9- MC

382.9 Otitis media no especificada

Concepto

Es una inflamación aguda, con o sin supuración, de la mucosa que reviste la cavidad del oído medio, producida por una agresión bacteriana o viral o de la asociación de ambas.

Etiología

La otitis es preferentemente una infección monomicrobiana; la flora mixta sólo se encuentra en el 5-10% de los casos.

Los gérmenes implicados más comunmente son: *S. Neumoniae* (33%), *H. Influenzae* (21%), *B. Catarralis* (3-20%), virus, y gérmenes gram negativos en inmunodeprimidos y recién nacidos.

Clínica

Síntomas subjetivos: La fase inicial se caracteriza por dolor intenso, sobre todo nocturno, de tipo pulsátil, que se irradia a región mastoidea y hemicara. Ocasionalmente se presenta vértigo acompañado de vómitos que corresponden a un cierto grado de meningismo. También pueden existir acúfenos.

Síntomas generales: Son poco acusados en los adultos y son los de cualquier infección: hipertermia, taquicardia, inapetencia, etc.

Síntomas funcionales: Existe una hipoacusia de transmisión con Rinne negativo.

Síntomas objetivos: Dolor a la presión en la región antral. Por otoscopia se aprecia el conducto auditivo externo enrojecido, y el timpano rojo y abombado en su totalidad o en su parte posteroinferior. La perforación es puntiforme y se reconoce por la presencia de una gota. La sintomatología disminuye de manera muy acusada.

Diagnóstico

Como se refiere en el apartado anterior.

Pronóstico

Las otitis medias agudas curan generalmente sin secuelas.

En la actualidad y con el arsenal terapéutico existente las complicaciones tardías son excepcionales, por lo que tan sólo debemos tener en cuenta las complicaciones inmediatas (también muy frecuentes), como las mastoiditis, laberintitis, hipoacusia neurosensorial, absceso extradural, absceso subdural, meningitis, hidrocefalia otítica, etc.

Duración de la Incapacidad Temporal

| OTITIS MEDIA AGUDA SIMPLE | |
|--|----------------|
| Criterios | Duración |
| <ul style="list-style-type: none">• Dolor intenso• Fiebre• Malestar general | De 3 a 10 días |
| Consideraciones: En caso de complicación la duración de la Incapacidad Temporal dependerá de la misma. | |

Bibliografía

- Muñoz B, Villa LF; Manual de Medicina Clínica, diagnóstico y tratamiento, 2ª edición. Díaz de Santos, 1993.
- El Manual Merck. 8th edition. Merck, 1989; 2409-10.
- Gil González M. Pathos: Monografías de patología general. Ed. Jarpyo Editores. 1983.
- Portmann M. Manual de Otorrinolaringología. 5th edition. Toray-Masson, 1980.
- Comunicaciones personales de miembros del Servicio de ORL del Hospital de Getafe.

30. SINDROME VERTIGINOSO PERIFÉRICO

CIE-9-MC 386 Síndrome de vértigo y otros trastornos del aparato vestibular

Concepto

Sensación subjetiva de desplazamiento, generalmente giro del cuerpo o de los objetos que le rodean y cuyo origen es una alteración del laberinto o del nervio vestibular.

Etiología

La más habitual es el Vértigo Posicional Benigno (VPB), que con la Neuro-
nitis Vestibular suponen el 80% de los vértigos que se ven en consulta; se-
guidos del Síndrome Menière (15%) y en menor frecuencia de las
laberintitis, patologías del oído medio, y vértigos de origen farmacológico y
postraumático.

Epidemiología

En Atención Primaria son muy frecuentes las consultas por este motivo. Incluyendo todos los vértigos, se calcula un promedio de 37 casos por médico y año.

Afecta más a mujeres que a hombres (relación 2/1), siendo a partir de los 40 años cuando aumenta su incidencia, y luego progresivamente conforme se eleva la edad de los pacientes.

El VPB se presenta por lo general entre los 50-60 años, en episodios de breve duración. Entre el 6 y 10% de la población lo sufren alguna vez en su vida.

La Neuronitis Vestibular es el vértigo más frecuente en individuos jóvenes.

El Síndrome de Menière suele afectar a partir de los 40 años, con una incidencia entre 50 y 150 casos por 100.000 habitantes. Es el vértigo crónico más frecuente en la edad adulta.

Clínica

Cursa como **síndrome vestibular**, con:

1. Vértigo
2. Síntomas vegetativos
3. Ataxia con trastornos del equilibrio y de la marcha.
4. Nistagmo.

En ocasiones hay afectación coclear (hipoacusia y acúfenos).

Pronóstico

Las manifestaciones residuales y el deterioro auditivo del Síndrome de Menière pueden afectar más seriamente al individuo, desde un punto de vista social y funcional que clínico.

Duración de la Incapacidad Temporal

| SÍNDROME VERTIGINOSO PERIFÉRICO | |
|---|-------------|
| Criterios | Duración |
| • Sensación de giro de objetos | 3 a 15 días |
| • Otros criterios de vértigo periférico | |
| • Respuesta al tratamiento sintomático | |

Bibliografía

- Avila Rivera A. Vértigo. ¿Se ha avanzado en su diagnóstico?. Medicina Clínica, 1993; 100: 174-6.
- Avila Rivera A.; Rey Pérez A.: El Vértigo de Urgencias. Medicina Integrral 1993; XXII (8): 339-47.
- Balcells Riba M. Síndrome Vertiginoso. Información Médica y Estadística. IMS Ibérica, 1982: 9.
- Cobeta Marco I. El Vértigo. Síndromes periféricos y centrales. Medicine 1987; 95: 83-95.
- Martí JF. Mareos, Vértigos. Neurología Práctica General. MCR, 1992: 21-36.
- Rodríguez Almagro P. Vértigo y mareo. En: 131 Motivos de consulta. Luzán, 1990: 175-8.
- Roquer González J, Escudero Rubí D. Patología Neurológica. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editors. Manual de Atención Primaria. 2nd edition.. Barcelona: Doyma, 1989: 472-6.
- Vértigo. In: Fry, editor. Manual Beechan de Medicina Familiar. Madrid: Lab. Beecham, 1991: 173-4.

31. FACTORES CONDICIONANTES DE I.T. EN ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGANOS SENSORIALES

Los factores que pueden influir en la Incapacidad Temporal determinada por procesos oftalmológicos son.

1. Edad del paciente.
2. Clínica.
3. Necesidad de hospitalización.
4. Tratamiento quirúrgico.
5. Actividad laboral.

En principio, pueden presentarse mayor índice de complicaciones en pacientes de edad más avanzada porque exista una patología ocular o sistémica previa.

Determinados síntomas pueden llegar a ser incompatibles con la actividad laboral, como el **dolor**, la **fotofobia**, la sensación de **cuerpo extraño** y las **secreciones**.

El dolor es muy intenso en las queratitis y en el ataque agudo de glaucoma de ángulo cerrado.

La fotofobia y la sensación de cuerpo extraño limitan en determinados casos la actividad en las conjuntivitis, que en principio son banales. Las secreciones purulentas o la presencia de membranas o pseudomembranas determinan problemas por el riesgo de contagio o de contaminación en determinadas profesiones (relación personal, hostelería, sanidad...)

El **deslumbramiento**, la distorsión de imágenes y la **disminución de la agudeza visual** que aparecen en las cataratas centrales afectan para trabajos con requerimientos visuales específicos (conductores, pilotos, ...)

En ocasiones es necesaria la **hospitalización** por intervención quirúrgica, infección ocular grave o ataque agudo de glaucoma.

La **técnica quirúrgica** empleada y las complicaciones derivadas de ella son determinantes para la duración de la baja laboral. La restricción temporal de la actividad en el periodo postoperatorio inmediato es fundamental para evitar traumatismos oculares y elevación de la PIO. No podrán desarrollarse trabajos que requieran esfuerzo físico importante, tengan riesgo de traumatismo intraocular o de contaminación.

VII. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO (390-459)

32. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

| | | |
|----------|-----|----------------------------------|
| CIE-9-MC | 401 | Hipertensión arterial esencial |
| | 402 | Cardiopatía hipertensiva |
| | 403 | Nefropatía hipertensiva |
| | 405 | Hipertensión arterial secundaria |

Concepto

La hipertensión arterial (HTA) viene definida -en una persona adulta de edad igual o mayor de 18 años- por el hallazgo de cifras de presión iguales o superiores a 140/90 mm. Hg. Según los niveles elevados de presión arterial, se clasifica en:

- **Ligera** (estadio 1): 140-159/90-99 mm. Hg
- **Moderada** (estadio 2): 160-179/100-109 mm. Hg
- **Grave** (estadio 3): 180-209/110-119 mm. Hg
- **Muy grave** (estadio 4): igual o más de 210/120 mm. Hg

Epidemiología

Según diversos estudios epidemiológicos españoles, se estima que la **prevalencia** de la HTA en España está en torno a los seis millones de personas. Antes de los 40 años es infrecuente su aparición, mientras que a partir de esa edad la prevalencia está alrededor del 20% de la población general.

Se calcula en nuestro país una tasa de **hipertensos conocidos** del 67%, tratados alrededor del 49% y controlados en torno al 10%, si bien esta última algunos la cifran entre el 13 y el 26% del total.

Las formas graves y muy graves de HTA son las menos frecuentes. Las formas ligeras y moderadas, al provocar también daño orgánico, tienen un importante impacto sociosanitario a medio y largo plazo, que las convierte en un problema sociológico, económico y laboral de primera magnitud.

Las **complicaciones orgánicas** de la HTA afectan preferentemente al corazón y a los grandes vasos, al cerebro y a los riñones. Pero además, la HTA produce afectación sistémica generalizada con pérdida progresiva de las funciones físicas y cognitivas.

Pronóstico

Estratificación del riesgo e implicaciones laborales

1. **La HTA severa o moderada en la que se sospeche un origen secundario** (coartación de aorta, enfermedad de Cushing, tumor cromafín, alteración vasculorrenal, enfermedad renal parenquimatosa, acromegalia, hiperparatiroidismo, drogas, etc.) deberían acogerse a la baja laboral, observando reposo bajo vigilancia médica hasta que la causa de la HTA fuese eliminada y las cifras tensionales normalizadas.

Si no fuera posible suprimir la causa que produce la HTA, quedaría al criterio médico la posible reincorporación laboral del paciente; ahora bien, nunca debería permitirse la reintegración a su trabajo habitual sin que previamente se normalicen las cifras de TA mediante la acción farmacológica.

2. **La HTA esencial de grado moderado o severo**, siempre debe ser motivo de baja laboral hasta la normalización de los valores tensionales; tanto más, si entre los antecedentes del enfermo existe enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio o angina de pecho), accidente cerebrovascular agudo (ACVA) o fallo renal.

La disfunción ventricular izquierda en clase funcional III o IV de la N.Y.H.A., el ACVA con secuelas psicomotoras graves, la encefalopatía hipertensiva con afectación psicomotriz, los aneurismas de los grandes vasos y la insuficiencia renal crónica progresiva irreversible, pueden ser motivo de invalidez permanente.

Duración de la Incapacidad Temporal

| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | |
|--|---|
| Criterios | Duración |
| A. HTA secundaria (estadio 2, 3 ó 4) | Hasta normalizar la TA y, si es posible, la eliminación del factor causal |
| B. HTA esencial (estadio 2, 3 ó 4) | Hasta normalizar y estabilizar las cifras tensionales |
| C. HTA complicada con: <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardíaca (grado III o IV) • Encefalopatía con secuelas psicomotoras • Insuficiencia renal crónica grave | Valorar Invalidez Permanente |

Bibliografía

Control de la hipertensión arterial en España, 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo y Sociedad-Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial. Madrid: MSC, 1996.

Hipertensión y cardiopatía hipertensiva. Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial. Sociedad Española de Cardiología. (Dir.: E. Asín, J. Cosín, A. del Río). Madrid: S.E.C, 1996.

33. ANGINA DE PECHO

| | | |
|----------|-----|---|
| CIE-9-MC | 413 | Angina de esfuerzo estable ³ |
| | 411 | Angina inestable ⁴ |

³ En caso de revascularización miocárdica consultar tema 26 (Revascularización miocárdica).

⁴ En caso de revascularización miocárdica consultar tema 26 (Revascularización miocárdica).

Concepto

Se define como "dolor, opresión o malestar, generalmente torácico, atribuible a isquemia miocárdica transitoria".

Etiología

La angina de pecho es un síntoma que traduce la existencia de isquemia miocárdica y, consecuentemente, de enfermedad, funcional u orgánica, en las arterias coronarias.

Clínica

Se distinguen dos grandes grupos atendiendo a la forma de presentación clínica: Angina de pecho estable y la inestable.

La angina de pecho estable, dependiendo de su severidad, se clasifica en cuatro grados:

1. **Grado I:** la actividad física ordinaria no produce angina.
2. **Grado II:** limitación ligera de la actividad ordinaria.
3. **Grado III:** limitaciones importantes en la actividad física ordinaria.
4. **Grado IV:** el paciente es incapaz de llevar a cabo, sin angina, ningún tipo de actividad física.

Las formas reconocidas de angina inestable son:

1. Angina de esfuerzo de reciente comienzo, en grado funcional III o IV.
2. Angina progresiva.
3. Angina en reposo.
4. Angina postinfarto.
5. Angina variante.

Epidemiología

La prevalencia de enfermedad coronaria (EC) es muy diferente según se trate de un grupo de individuos asintomáticos (aunque con factores de riesgo), con dolor torácico inespecífico, con dolor torácico atípico o con angina típica. La prevalencia se hace mayor a medida que las características del dolor torácico se parecen más a las del dolor anginoso típico.

A igualdad de expresión clínica, las mujeres tienen menor probabilidad de presentar EC que los varones de su misma edad, hasta la séptima década de la vida en que prácticamente se superponen las curvas de prevalencia.

A medida que aumenta la edad la probabilidad de presentar EC es mayor, ya sean varones o mujeres y se trate de pacientes con angina típica o dolor torácico atípico.

En España los datos disponibles sobre prevalencia de la angina son escasos, y su evidencia científica no está todavía suficientemente contrastada.

Pronóstico

La angina de pecho tiene importante repercusión en la calidad de vida y supervivencia de los miembros de la comunidad.

Tanto desde el punto de vista pronóstico como terapéutico, hay que diferenciar la angina de pecho estable de aquellas otras formas inestables de ángor.

El concepto de inestabilidad lleva aparejado el de porvenir incierto; es decir, indica que la evolución del paciente es difícilmente previsible aunque no necesariamente desfavorable.

Estratificación del riesgo

La anamnesis y las correspondientes pruebas adicionales —electrocardiograma, ergometría, estudios isotópicos y coronariografía— permiten precisar el diagnóstico y la severidad de la angina, orientar un pronóstico y establecer la terapéutica racional adecuada en cada caso.

La estratificación del riesgo, según diversas categorías, es bastante similar a la descrita para el caso del infarto de miocardio, y a ella remitimos. No obstante, el pronóstico de la angina inestable es peor que el de la angina estable.

Es fundamental el **seguimiento del curso de la enfermedad anginosa**:

1. Controlando el cumplimiento correcto de la terapéutica farmacológica instaurada.
2. Realizando prevención secundaria para modificar el curso evolutivo de los factores de riesgo cardiovascular.
3. Detectando variaciones en las características de la angina que hagan sospechar inestabilización de la misma y aconsejen el envío al cardiólogo.

Implicaciones laborales

Es muy útil especificar el entorno en el que aparece la angina, pues son diferentes las peculiaridades pronósticas y terapéuticas.

En la angina estable:

1. Los grados III y IV siempre implican baja laboral.
2. En el grado II según sean las características específicas de la actividad laboral que desempeñe el paciente.

La angina inestable:

1. Siempre constituirá motivo de baja laboral.
2. Una vez estabilizada, se seguirán las pautas recomendadas para la angina estable.

Duración de la incapacidad laboral

| ANGINA DE PECHO | |
|--|---|
| Criterios | Duración |
| A. Angina estable grado I ó asintomáticos: • con tratamiento médico • tras revascularización miocárdica. | No precisan Incapacidad Temporal |
| B. Angina estable grado II | Según las características específicas de la actividad laboral que realice |
| C. Angina estable grados III ó IV | Siempre precisa I.T. |
| D. Angina inestable en todas sus formas | Hasta su estabilización, y según sea el riesgo |

Consideraciones:
En caso de anginas de gran severidad se podrá valorar la solicitud de invalidez permanente.
En caso de tratamiento mediante revascularización, consultar tema correspondiente.

Bibliografía

Angina de pecho. Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias. Sociedad Española de Cardiología. (Eds.: C. Fernández, A. Cabadés, L. López-Bescás). S.E.C., Madrid, 1995.

Guía para el tratamiento del paciente coronario. Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias. Sociedad Española de Cardiología. (Coord.: A. Pajarón). S.E.C., Madrid, 1992.

Normas de actuación clínica en Cardiología. Sociedad Española de Cardiología. (Dir.: E. Asín, J. Cosín, A. del Río). S.E.C., Madrid, 1996.

34. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

| | | |
|----------|-----|---|
| CIE-9-MC | 410 | Infarto agudo de miocardio |
| | 412 | Infarto antiguo de miocardio ⁵ |

⁵ En caso de revascularización miocárdica consultar tema 26 (Revascularización miocárdica).

Concepto

Necrosis aguda de un territorio del músculo cardíaco, provocada por la oclusión de una arteria coronaria.

Epidemiología

En España, en el conjunto de todas las edades y ambos sexos, durante el año 1992 las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyeron la **primera causa de muerte** con el 40% de defunciones. Del total de fallecimientos por ECV una cuarta parte lo fueron por cardiopatía isquémica (CI): el 33,9% en el caso de los varones y un 20,5% en las mujeres, siendo atribuible a infarto agudo de miocardio (IAM) el 76% de los primeros y el 63% de los segundos. Desde 1968 se aprecia una disminución del riesgo de muerte por ECV del 1,5% anual en los varones y del 1,7% en las mujeres.

Las **tasas de mortalidad** son siempre mayores en los grupos más añosos, por tanto deben ser estandarizadas por edad para corregir el efecto de confusión debido al progresivo envejecimiento de la población. Así, en 1992, la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes debida a CI, ajustada por edad, fue de 106 en los varones y 47 en las mujeres. Hay diferencias, a veces notables, entre las Comunidades Autónomas de nuestro país, situándose las tasas de mortalidad más altas en las regiones insulares, el sur y el Levante español, las más bajas en las mesetas central y norte, y las intermedias en la zona norte peninsular.

En 1989 la **probabilidad de morir por CI** antes de los 65 años, si previamente no se produjo la muerte por otra causa, era del 1,5 % para el conjunto de ambos sexos (2,6% para el varón y 0,5% para la mujer). En ese mismo año se produjeron 61.800 años potenciales de vida perdidos (APVP) antes de los 65 años por dicha causa (52.600 en los varones y 9.200 en las mujeres).

Los Servicios de Cardiología y las Unidades Coronarias reciben alrededor del 80% de los pacientes que sufren un IAM en un área sanitaria, falleciendo el resto antes de ser asistidos en los hospitales.

Con gran cautela, basados en los datos de varios estudios, podría estimarse que en España el número de pacientes anuales con IAM que son hospitalizados ronda ya los 25.000. Interesa destacar también, que de cada 1.000 casos atendidos hospitalariamente por IAM, o CI en general, la mitad ocu-

rrieron en personas mayores de 65 años, con tendencia a seguir aumentando esta proporción en los próximos años. La **mortalidad hospitalaria** de los pacientes ingresados con IAM, considerando el conjunto de centros españoles, está en torno al 11%.

Pronóstico

Estratificación del riesgo

El paciente coronario es un enfermo crónico que, una vez diagnosticado, requiere cuidados, tratamiento, orientación y consejos médicos a lo largo de toda su vida.

Antes del alta hospitalaria de un paciente con infarto de miocardio, deberá efectuarse una estimación del riesgo. Para ello, en función de los datos clínicos, electrocardiográficos, ecocardiográficos, ergométricos e isotópicos, **se hará la siguiente valoración:**

1. Bajo riesgo:

- Curso clínico sin complicaciones
- Ausencia de signos de isquemia miocárdica residual
- Capacidad funcional > 7 METS
- Fracción de eyección > 50%
- Ausencia de arritmias ventriculares severas

2. Riesgo medio:

- Presencia de angina de esfuerzo o isquemia a cargas mayores de 5 METS
- Fracción de eyección 35-49%
- Defectos reversibles con talio de esfuerzo

3. Alto riesgo:

- Infarto previo
- Insuficiencia cardíaca hospitalaria
- Arritmias ventriculares malignas
- Fracción de eyección < 35% en reposo
- Capacidad funcional < 5 METS con respuesta hipotensiva o depresión del ST > 1mm.

- Depresión del ST > 2 mm a frecuencia cardíaca inferior a 135 latidos/minuto
- Respuesta hipotensiva al esfuerzo

Implicaciones laborales

La mayor parte de los pacientes coronarios de riesgo bajo y medio podrían incorporarse a su actividad sociolaboral habitual pasadas 10-12 semanas del episodio agudo. Los enfermos de alto riesgo requieren una evaluación para determinar la existencia o no, y el grado si lo hubiere, de incapacidad laboral permanente. No obstante hay que tener en cuenta diversos **factores determinantes para la vuelta al trabajo**, a saber:

1. Factores favorables

- Buena capacidad física y psicológica
- Consejos médicos que apoyen los deseos del paciente
- Realización de programas de rehabilitación cardíaca
- Respaldo familiar y de allegados

2. Factores desfavorables

- Clase funcional avanzada de la N.Y.H.A.
- Antecedentes de infarto de miocardio
- Actividad laboral que requiere esfuerzos físicos importantes
- Revascularización miocárdica previa

Además de considerar cada individuo en particular y cada situación concreta, ciertas profesiones u oficios necesitarán una evaluación más específica para determinar si existe algún grado de incapacidad laboral.

Son útiles y orientativas las tablas que especifican los gastos energéticos, tanto de actividades laborales como de tiempo libre.

Cuando se tabula una jornada laboral de ocho horas, los gastos energéticos calculados para el mismo no deben exceder del 40% de los alcanzados en la prueba de esfuerzo; este dato debe de ser conocido antes de proceder al alta laboral.

GASTOS ENERGÉTICOS, DE ACTIVIDADES LABORALES, ATLÉTICAS Y DE OCIO

| METS | ACTIVIDAD LABORAL | ACTIVIDADES DE OCIO |
|-------------|--|--|
| 1-2 | Oficina, trabajos manuales ligeros, conducir un automóvil, médico, profesor, delineante, impresor, peluquero, barrer suelos, planchar | Coser y hacer punto, permanecer de pie, marchas a 1,5 km/h, conducir una moto por terreno llano |
| 2,5-3 | Portero de inmuebles, cerrajero, electricista, panadero, empapelador, cirujano, conducir autobuses, grúas e instrumentos agrícolas, guisar, lavar platos, quitar el polvo, sacudir alfombras, tender la ropa | Marchas a 3 km/h (terreno llano), montar a caballo (al paso) billar, bolos, petanca, golf, pesca con sedal. Tocar instrumentos musicales |
| 3,5-4 | Conducir un camión, picapedrero, soldador, albañil (levantar paredes), mecánico (automóviles), instalación eléctrica, empujar carretillas (35 kg). Limpiar cristales, abrillantar suelos. | Marchas a 4 km/h., bicicleta a 10 km/h., tiro con arco, tenis de mesa, montar a caballo (trote), pescar con mosca y botas de agua |
| 4,5-5 | Pintar con brocha, albañilería, carpintería y tapicería, peletería, barnizar, fregar suelos | Marchas a 5 km/h., bicicleta a 13 km/h., bailar, tenis (dobles), recoger hojas |
| 5,5-6 | Transportar objetos (30 kg), cavar en el jardín, mover tierra suelta con una pala, trabajo industrial | Marchas a 7 km./h., bicicleta a 16 km/h., patinaje sobre ruedas o hielo, esquí náutico, caza, levantamiento de pesas 5 kgs. (10/min.) |
| 6,5-7 | Transportar objetos (35 kg.) partir leña, trabajar con pala de 4,5 kg. | Carreras (8 km.), tenis individual, badminton, canoa (7 km/h) |
| 7,5-8 | Transportar 40 kg., cavar zanjas, serrar madera dura, colocar vías férreas, trabajos en zonas de gran calor o elevado nivel de vapor de agua | Montañismo, esquí de fondo, motocros, árbitro (baloncesto, fútbol) |
| 8,5-9 | Trabajo en minas y fundición, transportar objetos de más de 45 kg. | Correr (9 km/h), ciclismo (23 km/h), natación (35m/minuto), levantamiento de pesas (8 kgs. 10 /min.) |
| Más de 9 | Trabajar con pala de más de 7,5 kg. Durante periodos de 10 minutos | Esgrima y rugby (10 METS), baloncesto, fútbol, judo, lucha y pelota vasca (12 METS). Levantamiento de pesas (más de 13 kg. 10/min.) |

Tabla de consumos energéticos calculados para un individuo de 70 kg. de peso.

1 MET (consumo de oxígeno en reposo) 3,5 cc O₂/kg/min.

Duración de la Incapacidad Temporal

| INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO | |
|--|---|
| Criterios | Duración |
| A. Pacientes con riesgo bajo y medio Sin complicaciones | De 70 a 84 días tras episodio agudo |
| B. Enfermos de alto riesgo | Valoración individualizada según actividad laboral. Posible invalidez permanente |

Consideraciones:
En caso de tratamiento mediante revascularización, consultar tema correspondiente.

Bibliografía

Guía para el tratamiento del paciente coronario. Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias, Sociedad Española de Cardiología (Coord. A. Pajarón) S.E.C. Madrid 1992.

Infarto agudo de miocardio. Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias. Sociedad Española de Cardiología (Eds.: A. Cabadés, M. de los Reyes, M. Abeytua, C. Fernández).S.E.C., Madrid, 1994.

Normas de actuación clínica en Cardiología Sociedad Española de Cardiología (Dir.: E. Asín, J. Cosín A. del Río). S.E.C. Madrid 1996.

35. REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

Concepto

La revascularización miocárdica pretende mejorar el aporte de flujo sanguíneo al miocardio isquémico. En la actualidad puede realizarse mediante **dos tipos de procedimientos**:

1. Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP).
2. Cirugía de derivación coronaria (CC).

Los **objetivos** del tratamiento revascularizador pueden resumirse en:

1. Mejorar la calidad de vida, el alivio de la angina.
2. Prolongar la esperanza de vida.

Ambas técnicas de revascularización están indicadas en las situaciones clínicas de isquemia miocárdica que no responden satisfactoriamente al tratamiento médico y cuando existe disfunción ventricular izquierda.

Pronóstico

Implicaciones laborales

La calidad de vida del paciente cardiópata **dependerá de los resultados obtenidos con el procedimiento terapéutico elegido.**

Si se ha logrado una revascularización funcionalmente adecuada, bien mediante angioplastia o con cirugía, el enfermo podrá estar en condiciones de desarrollar su vida con normalidad. No obstante, es preceptivo estratificar su riesgo tal como se indica en los apartados referentes al infarto de miocardio y a la angina de pecho, con arreglo a las categorías allí establecidas.

En el supuesto de que la revascularización sea funcionalmente inadecuada, debido a problemas anatómicos o técnicos, se valorará la situación clínica y general del paciente coronario de modo similar a lo expuesto en los apartados de la angina de pecho y del infarto de miocardio.

Duración de la Incapacidad Temporal

| REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA | |
|---|--|
| Criterios | Duración |
| A. Angioplastia coronaria sin complicaciones. | De 14-21 días. Previa estratificación del riesgo |
| B. Cirugía coronaria sin complicaciones | De 60 a 90 días. Previa estratificación del riesgo |

Bibliografía

- Angina de pecho. Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias. Sociedad Española de Cardiología. (Eds.: C. Fernández, A. Cabadés, L.López-Bescós). S.E.C., Madrid, 1995.
- Guía para el tratamiento del paciente coronario. Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias. Sociedad Española de Cardiología (Coord.: A. Pajarón). S.E.C. Madrid, 1992.
- Infarto agudo de miocardio. Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias. Sociedad Española de Cardiología. (Eds.: A. Cabadés, M. de los Reyes, M. Abeytua, C. Fernández). S.E.C., Madrid, 1994.
- Normas de actuación clínica en Cardiología. Sociedad Española de Cardiología. (Dir.: E. Asín, J. Cosín, A. del Río). S.E.C., Madrid, 1996.

36. HEMORROIDES

| | | |
|----------|-------|--|
| CIE-9-MC | 455 | Hemorroides |
| | 455.0 | Hemorroides internas sin complicación |
| | 455.1 | Hemorroides internas trombosadas |
| | 455.2 | Hemorroides internas con otra complicación |
| | 455.3 | Hemorroides externas sin mención de complicación |
| | 455.4 | Hemorroides externas trombosadas |
| | 455.5 | Hemorroides con otra complicación |
| | 455.6 | Hemorroides no especificadas sin mención de complicación |
| | 455.8 | Hemorroides no especificadas con otra complicación |
| | 455.9 | Colgajos cutaneos hemorroidales residuales |
| | 671.8 | Otras complicaciones venosas en embarazo y puerperio |

Concepto

Son dilataciones venosas de los plexos o paquetes hemorroidales del conducto anal, se pueden considerar como un proceso varicoso anorrectal.

Etiología

Los plexos hemorroidales están delimitados anatómicamente por la línea dentada o pectínea; el plexo superior es tributario del sistema porta a través de la vena hemorroidal superior y la vena mesentérica inferior. El plexo inferior es tributario del sistema cava a través de la vena hemorroidal

inferior o externa, que a través de las venas pudendas e ilíacas desemboca en la cava.

Las hemorroides derivadas del plexo hemorroidal superior se denominan Internas y se originan por encima de la línea dentada y están cubiertas de mucosa con epitelio cilíndrico.

Las hemorroides derivadas del plexo hemorroidal inferior se denominan externas y se originan por debajo de la línea dentada y están cubiertas de mucosa con epitelio escamoso.

En relación con su tamaño se subdividen en grados, del I al IV y ocasionalmente se acompañan de otras patologías anorrectales o de prolapsos de la mucosa. En estadios avanzados, pueden existir hemorroides de ambos tipos, denominándose hemorroides mixtas o interno-externas.

Anatómicamente se diferencian tres paquetes primarios, denominados: lateral izquierdo, anterior derecho y posterior derecho; y dos paquetes accesorios por encima y debajo del paquete lateral izquierdo.

Las hemorroides responden a una serie de **factores predisponentes y/o desencadenantes** que describiremos someramente:

1. Factor congénito o hereditario.
2. Factor mecánico:
 - Ausencia de válvulas del sistema venoso portal.
 - Dificultades de retorno venoso portal.
 - Embarazo.
 - Bipedestación.
 - Hiperpresiones abdominales.
3. Factores endocrinos y metabólicos.
4. Factores inflamatorios.
5. Factores anatómicos esfinterianos.
6. Alteraciones del tránsito intestinal.

Epidemiología

Su frecuencia es muy difícil de determinar, pueden aparecer en la infancia o en la senectud, con una mayor incidencia entre los 30 y 60 años, con clara incidencia en los embarazos y con una relación varón/mujer, 2/1. El número de pacientes con hemorroides es indeterminado. Un importante porcentaje permanecen asintomáticos.

Clínica

El síntoma más habitual es la **hemorragia** al final de la deposición, en "gotas" o acompañando al bolo fecal, o a los esfuerzos. Ocasionalmente se manifiestan con sangrado de comportamiento anárquico derivado del roce continuado con la ropa interior; se pueden acompañar de anemia crónica secundaria y de prolapso mucoso. Es frecuente la secreción mucosa con prurito y escozor anal.

Raramente presentan **dolor anal intenso**, salvo que se asocien con fisuras, abscesos perianales o abscesos interesfinterianos. Cuando las hemorroides aisladas presentan dolor intenso, se debe pensar en una complicación como la trombosis en la hemorroides externas o la trombosis, erosión, ulceración hemorroidal e infección que afectan a las hemorroides internas.

Diagnóstico

Clínico, mediante anamnesis y exploración física sobre todo con la inspección y tacto rectal pudiendo requerir pruebas instrumentales como la **anuscopia** y/o la **rectosigmoidoscopia**. La **manometría anal** es recomendable en pacientes seleccionados.

Es preciso hacer el **diagnóstico diferencial** con los procesos tumorales benignos y malignos, especialmente los melanomas.

Tratamiento

Depende del grado de afectación hemorroidal y de la experiencia y preferencias del cirujano. **Se pueden resumir en las siguientes técnicas:**

1. Medidas generales como dietas, reposo, baños de asiento, laxantes, analgesia, corticoides locales, etc.

2. Escleroterapia.
3. Coagulación con infrarrojos.
4. Ligaduras mediante bandas elásticas (Técnica de Barron).
5. Criocirugía (Nitrógeno líquido a -180°C).
6. Dilatación anal (Técnica de Lord).
7. Esfinterotomía lateral interna (Patología demostrada del esfínter interno con hiperpresión en reposo asociado a fisura anal).
8. Hemorroidectomía:
 - Técnica de Milligan y Morgan.
 - Técnica de Ferguson.
 - Técnica submucosa de Parks.

Pronóstico

En general bueno salvo complicaciones infecciosas, estenosis del canal anorrectal, incontinencias y recidivas. Además es importante hacer una valoración individual según el tipo de actividad laboral desempeñada (ambientes con condiciones de higiene escasas, altas temperaturas, actividades que requieran sedestación prolongada, etc.).

Duración de la Incapacidad Temporal

| HEMORROIDES | |
|-------------------------|----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Técnicas de exéresis | De 7 a 15 días |
| B. Otras técnicas | De 1 a 15 días |

Consideraciones:
Los márgenes previstos oscilarán en función de la actividad laboral y de las medidas de higiene.

Bibliografía

- F.J. Cerdán. Hemorroides. En: Tratado de Cirugía. Tomo II. J. L. Balibrea Cantero. Editorial Toray S.A.. 1ª Edición. Enero de 1989. 2338-2343.
- Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S. Fisura Anal. En: Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S, ed. Fundamentos de Cirugía Anorrectal. Mexico: Editorial Limusa; 1992: 103- 122.
- Goliger J.C. Cirugía del Ano, Recto y Colon. 3ª Edición Bailli&re Tindall. Londres. Edición Española Salvat Editores S.A. 1979. 97140.
- Hemorroides. En: Tratado de Técnica Quirúrgica. Jean Patel y Lucien Leger. Tomo XI.
- Intestino Delgado, Colon, Recto y Ano. 1ª Edición Español. Editorial Toray-Masson. Enero 1972. 565-574.
- J. Lamy, R. Louis, G. Michotey, R.Bricot, J.C. Sarles, B. Duhamel. Cirugía de las
- Peter. F. Jones. Urgencias Rectales. En: Cirugía Abdominal de Urgencias. Editorial Blackwell Scientific Publications de Oxford. Edición Española. Salvat Editores S.A. 1978. 382-383.
- W Patrick Mazier. Hemorroides, Fisuras, y Prurito anal. En: Cirugía anorrectal. Ed David H. Levien. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 6/1994. Edición Española. 1339-1346.

37. VARICOCELE

| | | |
|----------|-------|--|
| CIE-9-MC | 456.4 | Varices escrotales |
| | 606 | Esterilidad masculina (por varicocele) |

Concepto

Dilatación varicosa de las venas espermáticas y/o del plexo pampiniforme testicular secundario a un reflujo venoso.

Etiología

En la génesis del varicocele cabe distinguir entre el varicocele primario y el secundario.

- **Varicocele primario:** Numerosas teorías. Displasia de la pared venosa, la desembocadura de la vena espermática izquierda en angulo recto en la vena renal izquierda, la ausencia o incompetencia de las válvulas venosas a nivel ostial (en la desembocadura de la vena espermática izquierda en la renal), la existencia de reflujo venoso desde la vena renal a la espermática izquierda, la compresión de la vena renal y espermática

izquierdas por el colon descendente e incluso la existencia de efecto cascanueces o pinzamiento creado por la aorta y la arteria mesentérica superior sobre la vena renal izquierda.

- **Varicocele secundario:** es el provocado por la compresión extrínseca de un proceso retroperitoneal sobre las venas espermática y renal, o por la trombosis tumoral de la cava o vena renal.

Epidemiología

El varicocele aparece en el 8 a 15% de los varones normales y en el 20-40% de aquellos que consultan por esterilidad. La mayoría, 78-93%, de los varicoceles se localizan en el lado izquierdo y relacionados con diferencias anatómicas que condicionan un mejor drenaje de la vena espermática derecha (desembocadura en vena cava y menor longitud que la vena espermática izquierda). Es la causa más frecuentemente identificada en la infertilidad masculina.

Clínica

El varicocele puede ser desde asintomático hasta causar sensación de peso escrotal, ardor y dolor a la bipedestación. Generalmente se diagnostica por sus complicaciones, la más frecuente de las cuales es la infertilidad. Mucho más raras son la tromboflebitis escrotal y la rotura espontánea o traumática.

Los motivos por los que el varón acude a la consulta son:

- Aumento de volumen del contenido escrotal.
- Pesadez y dolor que aumentan en bipedestación.
- Infertilidad.

Su relación con la infertilidad todavía se cuestiona en la actualidad pues, si bien parece innegable, es inconstante, existiendo numerosos estudios al respecto. En estudio de la OMS cuyo objetivo era relacionar esta patología con la infertilidad, se detectó varicocele en el 25% de los varones que presentaban anomalías en el seminograma mientras que solo el 12% de los varones con semen normal presentaban varicocele. El efecto nocivo sobre la espermatogénesis se explicaría por alteraciones hormonales, por el aumento de la temperatura escrotal y por una posible afectación epididimaria.

Existen diversas clasificaciones histopatológicas, anatómicas y clínicas.

Clínicamente es operativo el dividirlo en 3 grados:

- **Grado I:** varicocele leve solo detectable a la maniobra de Valsalva y menor de 1 cm. de diametro.
- **Grado II:** varicocele moderado, palpable sin ningun tipo de maniobra y midiendo entre 1 y 2 cms. de diametro.
- **Grado III:** visible por inspección y mayor de 2 cms. de diametro.

Diagnóstico

Exploración física, que debe realizarse siempre de pie y en decúbito. Existe diferencia de tamaño entre ambas bolsas escrotales pudiendo existir enrojecimiento del lado escrotal afecto. A la palpación se aprecia una tumoración escrotal blanda e irregular que se aísla perfectamente de la glándula testicular y que causa sensación de "saco de gusanos".

Pruebas diagnósticas aquellas a las que se recurre habitualmente, especialmente para detectar la presencia de un varicocele subclínico, son:

1. **Eco-Doppler:** presenta una alta sensibilidad pero muy poca especificidad.
2. **Termografía escrotal:** basada en la diferencia de temperaturas corporal y escrotal (2,2º C).
3. **Gammagrafía escrotal:** útil en el diagnóstico del varicocele grado II y III pero cuyo papel es discutible en el varicocele grado I. Presenta un porcentaje no despreciable de falsos negativos.
4. **Flebografía espermática:** confirma de manera concluyente no solo la existencia sino la extensión del varicocele. Es capaz de detectar el varicocele subclínico y ayuda a la elección del tratamiento. Sus mayores inconvenientes son: la invasividad aún con baja morbilidad (0,5 a 1%) y la presencia de falsos positivos.

Tratamiento

El tratamiento del varicocele es siempre invasivo pero solo en caso de que exista dolor importante o infertilidad. En el adolescente es tributario de tratamiento quirúrgico cuando exista disminución del tamaño de la gónada ipsilateral.

Puede ser tratado quirúrgicamente o mediante esclerosis percutánea en el curso de una flebografía.

En ambos casos el procedimiento es de corta duración y puede incluso realizarse bajo anestesia local si bien la norma es el empleo de anestesia general cuando el paciente es intervenido quirúrgicamente.

Pronóstico

La recuperación del estado general es rápida en ausencia de complicaciones y se aconseja no realizar esfuerzos físicos violentos durante los primeros días.

La tasa de complicaciones inherente al procedimiento es muy baja.

Duración de la Incapacidad Temporal

| VARICOCELE | |
|--|----------------|
| Criterios | Duración |
| A. No tributario de tratamiento quirúrgico | De 0 a 5 días |
| B. Tratamiento quirúrgico | De 5 a 10 días |

Bibliografía

- Álvarez González E. Infertilidad masculina. Incidencia, etiología, diagnóstico y clasificación. In: Tratado de Urología, Eds. JF Jiménez Cruz JF, Rioja Sanz JR Prous Ed., Barcelona: editorial, 1993: 847-73.
- Ahlberg N, Bartley O, Chidikel N. Right and left gonadal veins: An anatomical and statistical study. Acta Radiol (Diagn), 4, 1966, 593.
- Álvarez González E. Varicocele y fertilidad. En: Andrología. Teoría y práctica. Ed. E. Álvarez González, ediciones Díaz de Santos S.A., Madrid, 1989, 102-127.
- Cimadevila Covelo A, Cimadevila García A. El varicocele: unas varices singulares. Cuadernos de Urología, 5, 1995, 3-7.
- Dubin L, Amelar RD. Etiologic factors in 1294 consecutive cases of male infertility. Fertil Steril, 22, 1971, 469.
- Nagler HM, Zippe CD. Varicocele: Current Concepts and Treatment. Infertility in the male, 15, 1991, 313-336.

VIII. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (460-519)

38. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

| | | |
|----------|-------|---|
| CIE-9-MC | 460 | Nasofaringitis aguda (Resfriado común) |
| | 462 | Faringitis aguda |
| | 465.9 | Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de localización no especificada |

Concepto

Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de localización múltiple o no especificada. Su exponente más característico es la rinofaringitis aguda (resfriado común). Es un síndrome clínico caracterizado por un catarro nasal sin apenas afectación del estado general. Las complicaciones son raras.

Etiología

Producidas por rinovirus en el 10-40% de los casos y coronavirus en el 10-20%; le siguen en importancia los virus parainfluenza y respiratorio sincitial y, con menor frecuencia, los adenovirus, virus gripales y distintos enterovirus.

Epidemiología

El reservorio es el hombre enfermo, en especial los escolares que introducen la infección en el medio familiar. El período de contagiosidad abarca el tiempo de incubación y la fase aguda de la enfermedad. Entre 1-3% de los

adultos son portadores sanos presentando rinovirus en sus secreciones nasales.

Los rinovirus producen resfriados durante todo el año especialmente en primavera y otoño.

Es la enfermedad más frecuente. Ella y sus complicaciones son, para algunos autores, responsables de más del 50% de las bajas laborales.

Clínica

Tras un período de incubación de 1-4 días aparece el síndrome, caracterizado por estornudos, cefalalgia, malestar general, rinorrea acuosa con obstrucción nasal, dolor de garganta y tos, generalmente sin fiebre o con febrícula. Tiene una duración de entre 4-6 días. En muchos casos los síntomas tan sólo duran 1-2 días, recuperándose totalmente el paciente a la semana.

Duración de la Incapacidad Temporal

| INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA | |
|---------------------------------|------------|
| Criterios | Duración |
| • Afectación del estado general | 0 a 3 días |
| • Fiebre | |
| • Complicación | |
| • Puesto de trabajo | |

Consideraciones:
El aislamiento y las prácticas de desinfección no son eficaces. Es conveniente en salas de pediatría y prematuros evitar la exposición y valorar la exclusión temporal del servicio.

Bibliografía

- Ferreras-Rozman: Medicina Interna, Ed Doyma. Barcelona. XI Edición.
- Harrison.: Principios de Medicina Interna. Ed. Doyma. XI Edición.
- Infecciones del Aparato Respiratorio. En: Plan de Formación en Enfermedades Infecciosas. Modulo IV. 1990.
- Perea, E. J.: Enfermedades Infecciosas. Ediciones Doyma. 1991.
- Piédrola Gil et al: Medicina Preventiva y Salud Pública. Ed. Salvat Editores S.A. Barcelona. 1988.

39. AMIGDALITIS AGUDA

CIE-9-MC 463 Amigdalitis aguda

Concepto

Inflamación aguda de las amígdalas palatinas de naturaleza infecciosa que frecuentemente forma parte de una infección respiratoria alta.

Etiología

Los virus como el adenovirus, virus sincitial respiratorio, rinovirus, etc... son responsables del 50% de los casos; el estreptococo grupo A del 15-30%. Menos frecuentes son los casos por Mycoplasma y Clamidas. Hasta en un 30% de las amigdalitis no se conoce la etiología.

Epidemiología

La enfermedad se trasmite de persona a persona a partir de enfermos agudos. En algún caso se han descrito brotes por vía alimentaria.

Clínica

La consideración etiológica de la enfermedad influye en la presentación clínica y secundariamente en el período de afectación aguda. Las amigdalitis víricas típicamente tiene afectación de vías respiratorias altas con conjuntivitis, rinitis y afonía.

Casos particulares lo constituyen la herpangina, por el virus Coxackie con lesiones aftosas incluso en el paladar blando, así como la producida por el virus de Epstein-Barr que produce la mononucleosis infecciosa con afectación hepatoesplenomegálica.

La amigdalitis estreptocócica provoca fiebre alta durante 4-6 días, adenopatías cervicales dolorosas, gran postración, dolor a la deglución y mialgias.

Pronóstico

Las complicaciones más frecuentes son la sinusitis, otitis medias, celulitis o absceso peritonsilar. Las secuelas tardías no supurativas son la fiebre reumática aguda (FRA) o la glomerulonefritis aguda (GNA).

Duración de la Incapacidad Temporal

| AMIGDALITIS AGUDA | |
|---|---------------------|
| Criterios | Duración |
| A. Casos leves | No es causa de I.T. |
| B. Enfermo febril Afectación importante del estado general | De 0 a 3 días |

Bibliografía

- Actualizaciones Médicas Uriach. Núm. 9. 1993: 5.
- Harrison: Principios de Medicina interna, compendio. Ed. McGraw-Hill Interamericana-España. 1992: 201-202.
- Manual Merck de diagnóstico y terapéutica. Ed. Doyma. 1.989: 2429.
- Ruíz de Aldana, R.: Manual de diagnóstico y terapéutica médica en Atención Primaria. Ed. Díaz de Santos. 1989: 9-13.
- Zöllner, F.: Otorrinolaringología. Ed. Salvat. 1983: 234-240.

40. BRONQUITIS AGUDA

CIE-9-MC 466 Bronquitis y bronquiolitis aguda

Concepto

El término bronquitis aguda hace referencia a un proceso inflamatorio auto-limitado que afecta principalmente a tráquea y bronquios, en individuos no afectados de bronconeumopatía crónica.

Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, presentan a menudo exacerbaciones en forma de aumento de la tos habitual, del volumen y/o purulencia del esputo y deterioro funcional. Muchos de estos episodios representan agudizaciones de inflamación crónica de base.

Etiología

En individuos con vías respiratorias normales, los agentes más frecuentes son virus como gripe, rinovirus, adenovirus, coronavirus, Virus Respiratorio Sincitial y enterovirus. Entre las bacterias las dos más importantes son el *Mycoplasma Pneumonie* y la *Bordetella Pertusis*.

Epidemiología

Los microorganismos responsables del cuadro se transmiten de persona a persona por varios mecanismos según el agente. Los aerosoles formados por pequeñas partículas son el mecanismo de transmisión del principal agente, los virus. También parece importante la transmisión por las manos y fómites con autoinoculación posterior de las mucosas, así como la inhalación en contactos más estrechos.

Las infecciones bacterianas secundarias son una complicación conocida y se debe tener en cuenta en relación a las bajas laborales.

El 50% de pacientes con bronconeumopatía crónica tienen colonizadas las vías respiratorias a partir de la tráquea con alguna de las tres bacterias responsables del mayor número de reagudizaciones, *H. influenzae*, *S. pneumoniae* o *B. catharralis*.

Clínica

Habitualmente el cuadro coincide o sigue a una insuficiencia respiratoria aguda 3-4 días después. Consiste en tos que inicialmente suele ser seca y productiva posteriormente. Aproximadamente el 50% de los casos presentan expectoración mucopurulenta. Los pacientes con afección traqueal importante refieren con frecuencia sensación de arañazo o dolor retroesternal con la tos o simplemente con la respiración. Puede aparecer cefalea, mialgias y fiebre, cuya intensidad depende del agente causal.

La auscultación pulmonar puede ser normal o mostrar roncus y sibilancias.

La duración del cuadro suele ser inferior a 2 semanas. A veces puede persistir tos seca o signos de hiperreactividad bronquial hasta 4 semanas después de la curación clínica. En pacientes con broncopatías de base puede prolongarse más allá de las 3 semanas.

Duración de la Incapacidad Temporal

| BRONQUITIS AGUDA | |
|--|----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Enfermo febril Sin EPOC Afectación del estado general | De 0 a 7 días |
| B. Con EPOC | De 7 a 21 días |

Bibliografía

Farreras - Rozman: Medicina Interna. XI Edición. Ed. Doyma, S.A. 1988
Harrison: Principios de Medicina Interna. XI Edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1989.

41. SINUSITIS

CIE-9-MC 461.9 Sinusitis aguda
 473.9 Sinusitis crónica

Concepto

Es la inflamación de los senos paranasales. Presenta características diferentes en función del número y localización de los senos afectados y de su evolución, bien aguda o crónica.

La sinusitis crónica resultaría de la persistencia de una inflamación aguda, o bien de la aparición de episodios repetidos de sinusitis aguda.

Etiología

Los gérmenes aislados con mas frecuencia son:

1. **Aerobios:** Neumococo, H. Influenzae, S. Betahemolítico y M. Catarrhalis.
2. **Anaerobios:** Muy poco frecuentes en las sinusitis agudas, predominan en las crónicas: Peptostreptococo, bacteroides y fusobacterias.

Epidemiología

Es una patología muy frecuente, al ser una complicación habitual de los catarros comunes. En los adultos el seno más afectado es el maxilar, seguido por el etmoidal, frontal y el esfenoidal. En los niños la mayoría de las sinusitis son etmoidales.

Clínica

Síntomas subjetivos: El dolor es un síntoma constante y puede ser de diferentes tipos según la localización del seno afectado, es de tipo gravitatorio. También existe sensación de plenitud facial, y con cierta frecuencia cacosmia.

Síntomas funcionales: Obstrucción nasal y anosmia. Se deben a la rinitis que generalmente acompaña a la sinusitis.

Síntomas objetivos: Rinorrea unilateral mucopurulenta, amarillenta y fétida si existen gérmenes anaerobios o procesos necrosantes.

En la exploración por rinoscopia se aprecia un exudado localizado según el seno afectado. A la palpación-percusión dolor del seno afectado.

Diagnóstico

Clínica con radiología compatible.

En la radiología podemos observar veladura del seno, niveles líquidos y engrosamiento mucoso.

Duración de la Incapacidad Temporal

| SINUSITIS AGUDA | |
|---|----------------|
| Criterios | Duración |
| Triada clínica (dolor, rinorrea, obstrucción nasal) | De 3 a 15 días |
| Radiología compatible | |

Bibliografía

- Alexander C.Chester,M.D., Georgetown University School of Medicine, Whashington, D.C.Sinusitis Crónica. American Family Physician. Volumen 4 nº 1 1997, 18-20.
- Cabezudo. Las sinusitis Agudas y crónicas. Otorrinolaringología básica, 19??; 195-205.
- J.I. Alós. M. Casanova. M. Fernández J.A. García A. Jimeno. A.C. Gómez A. Hernández-C. López J.Prieto. M.a. Ripoll. Antimicrobianos en atención primaria, 1997; 33-34.
- Michel Portmann: Manual de Otorrinolaringología. 5ª edición. Ed.Toray.Masson 1980. Servicio de ORL del Hospital de Getafe.

42. NEUMONÍA

| | | |
|----------|--------|---|
| CIE-9-MC | 486 | Neumonía por organismo no especificado |
| | 078.88 | Neumonía por Chlamydia |
| | 480 | Neumonía viral |
| | 480.0 | Neumonía por adenovirus |
| | 480.1 | Neumonía por Virus Sincitial Respiratorio |
| | 480.2 | Neumonía por virus de Parainfluenza |
| | 483.0 | Neumonía por micoplasma |
| | 482.2 | Neumonía por Haemophilus Influenzae |
| | 482.3 | Neumonía por Streptococos |
| | 480.8 | Neumonía por otro virus no clasificado |
| | 480.9 | Neumonía viral no especificada |

Concepto

Es una infección del parenquima pulmonar distal a los bronquiolos terminales. Puede ser causada por diversas bacterias, virus, micoplasmas, clamidias, rickettsias, hongos y parásitos. Generalmente estos microorganismos acceden al parénquima pulmonar a través del árbol bronquial. Por tanto la

neumonía no es una enfermedad única, sino un grupo de infecciones, cada una con una epidemiología, patogenia y clínica diferentes.

Etiología

Las neumonías se producen por diferentes gérmenes, cuya frecuencia varía dependiendo del lugar de adquisición de la enfermedad, edad del paciente, enfermedades previas, estación del año, ocupación del paciente, etc.

Considerando estos parámetros los **gérmenes más frecuentes** implicados en el enfermo adulto, con expresión de su código CIE-9-MC, son:

1. **Neumonía extrahospitalaria:** *Mycoplasma Pneumoniae* (483.0); *Streptococcus Pneumoniae* (482.3); *Haemophilus Influenzae* (482.2); *Chlamydia Pneumoniae* (078.88); *Legionella Pneumófila* (483.8); *Virus* (480.9) y otros.
2. **Neumonía hospitalaria:** Bacilos entéricos gramnegativos (482.83); *Pseudomonas Aeruginosa* (482.1); *Stafilococo Aureus* (482.4) y *Anaerobios orales* (482.81).
3. **Neumonías en EPOC:** *Haemophilus Influenzae* (482.2); *Streptococo Pneumoniae* (482.39); *Bramanella Catarralis* y otros gérmenes gramnegativos.
4. **Neumonías en alcohólicos:** *Streptococo Pneumoniae* (482.39); *Klebsiella Pneumoniae* (482.0); *Haemophilus Influenzae* (482.2) y *Estafilococo* (482.4).
5. **Neumonías en niños:**
 - Lactantes menores de 6 meses: *Chlamydia Trachomatis* y *Virus Sin-citial Respiratorio*.
 - Niños de 6 meses-5 años: *H. Influenzae*
 - Niños mayores de 5 años y adultos jóvenes: *Mycoplasma Pneumoniae* y *Chlamydia Pneumoniae* (078.88)

6. **Brotos en instituciones cerradas** (cuarteles, colegios, etc...): Mycoplasma Pneumoniae (483.0).
7. **Brotos en hoteles y hospitales:** Legionella Pneumophila (483.8)
8. **Neumonía en VIH+:** Pneumocystis Carinii (136.3) y M.Tuberculosis (011.60)

Epidemiología

La importancia de la neumonía en nuestro medio viene dada por:

1. **La frecuencia**, aproximadamente el 1% de las infecciones respiratorias se complican con neumonía. Entre un 12.5% y un 15% de las personas de cualquier edad que solicitan atención médica por enfermedad aguda, padecen una infección del tracto respiratorio inferior.
2. **Los ingresos y prolongaciones de estancias hospitalarias** que inducen: entre un 7% y un 10% de los ingresos hospitalarios presentan una infección respiratoria, 2/3 de adquisición extrahospitalaria y 1/3 de origen hospitalario.

En España ingresan por neumonía unos 77 pacientes por 100.000 habitantes y año.

3. **La mortalidad** que provocan ya que es la 5ª causa de muerte y la 1ª entre las enfermedades infecciosas. La mortalidad oscila en pacientes de la comunidad ingresados con neumonía entre el 5.7% y el 24%, llegando al 54% cuando precisan asistencia en cuidados intensivos.

Clínica

Nos referiremos exclusivamente a las neumonías adquiridas en la comunidad, en adultos y sin enfermedades de base graves.

Existen básicamente dos síndromes diferentes, la presentación típica y la atípica, aunque actualmente se está observando que estas presentaciones no son tan puras como se creía.

La presentación "típica", se caracteriza por aparición brusca de fiebre, tos productiva con esputo purulento y dolor torácico pleurítico; en la exploración

física se encuentran signos de condensación pulmonar. Los gérmenes más frecuentes en esta presentación son el *S. Neumoniae*, *H. Influenzae* y aerobios y anaerobios orales mixtos.

La presentación "atípica" presenta un comienzo más gradual, tos seca y predominan los síntomas extrapulmonares (cefaleas, mialgias, fatiga, dolor de garganta, náuseas, vómitos y diarrea). En la exploración física los signos de afectación pulmonar son mínimos. Está producida fundamentalmente por *Legionella Pneumophila*, *Chlamidia Pneumoniae*, anaerobios orales, *S. Pneumoniae* y virus.

Diagnóstico

Basado en la clínica con radiología y otras pruebas complementarias compatibles.

Radiológicamente aparecen imágenes de infiltración pulmonar, con o sin afectación pleural, cavitación o adenopatías hiliares en ambas presentaciones clínicas.

Las radiografías de tórax pueden ser normales al principio del proceso o en pacientes incapaces de organizar una respuesta inflamatoria.

Tratamiento

Serán **criterios de hospitalización:**

1. Edad > 65 años.
2. Enfermedades concomitantes importantes.
3. Leucopenia.
4. Sospecha de que el germen causante sea: Estafilococo, Bacilos gram (-), o anaerobios.
5. Complicaciones supurativas.
6. Fracaso del tratamiento ambulatorio.
7. Imposibilidad de tratamiento oral.

8. Taquipnea (Mas de 30 respiraciones/min.), taquicardia (Mas de 140 pulsaciones/min.), hipotensión (Mas de 90 mm Hg sistólica), hipoxemia, alteración aguda del estado mental.

Duración de la Incapacidad Temporal

| NEUMONÍA | |
|--|-----------------|
| Criterios | Duración |
| <ul style="list-style-type: none">• Adquirida en la comunidad• Paciente adulto• Sin complicaciones• Fiebre alta• Mal estado general• Tos con o sin expectoración purulenta• Dolor pleurítico• Signos de afectación pulmonar• Radiología compatible | De 14 a 28 días |

Bibliografía

- Guenter Welch; Pulmón: Fisiología, diagnóstico y tratamiento de sus enfermedades. Ed. Panamericana. 1979.
- Harrison: Principios de M.Interna. 13ª edición. Ed.McGraw-Hill Interamericana.1994. Farreras-Rozman: M.Interna. 11ª edición. Ed.Doyma,S.A. 1988.

43. GRIPE

CIE-9-MC 487 Gripe

Concepto

Enfermedad transmisible con elevado poder de difusión, presentación invernal y recurrencia epidémica periódica. Producida por ortomixovirus, con afectación fundamental de las vías aéreas superiores y predominio de los síntomas generales. Benigna y autolimitada salvo en las poblaciones de alto riesgo.

Epidemiología

1. **Reservorio:** Humano, otros mamíferos, aves en interepidemias.
2. **Fuente de Infección:** Enfermos, sobre todo formas clínicas menores, ambulatorias, inaparentes.
3. **Mecanismo de transmisión:** Directo, por gotitas al hablar, toser, estornudar... Fácil y rápida transmisión que se explica por su elevada concentración en secreciones, la baja dosis infecciosa y la tos que provocan.
4. **Período de incubación:** 1 - 4 días.
5. **Período de transmisibilidad:** 1 día antes, hasta 7 días después del inicio de los síntomas.
6. **Susceptibilidad:** Universal.
7. **Inmunidad:** Sólo se adquiere frente a la cepa infectante.

Clínica

1. **Síndrome Gripal:**
 - Inicio brusco (menor a 12 horas), con síntomas generales.
 - Escalofríos.
 - Fiebre 38º (puede faltar en personas mayores).
 - Mialgias.
 - Quebrantamiento del estado general.
 - Manifestaciones catarrales de vías respiratorias: tos, dolor de garganta, dolor subesternal, obstrucción nasal.

La curación suele ser rápida, en 2-5- días.

2. **Formas menores:** Hasta 9 formas inaparentes por cada forma clínica.
3. **Formas graves:** Por complicaciones, tanto debidas al propio virus como de tipo bacteriano secundario, ya sean pulmonares como extra-pulmonares.

Diagnóstico

Se realizará en el siguiente contexto:

1. Epidemia de gripe.
2. Contacto con enfermo de gripe.
3. Cuatro de los seis criterios enumerados en el síndrome gripal.

Recordar que otros agentes infecciones: virus Parainfluenza, Coxsackie, ECHO, Adenovirus, VSR, Mycoplasma Pneumoniae, pueden causar un cuadro similar. Pero con mayor predominio de los síntomas locales. Se debe evitar el diagnóstico de gripe salvo en contexto epidémico.

Tratamiento

Las medidas de profilaxis de exposición, en general no tienen utilidad, debido al corto período de incubación, la rápida difusión del virus y la falta de tratamiento. Además la mayoría de los contactos se producen a partir de las formas inaparentes. No es práctico el aislamiento y no requiere medidas de desinfección concurrente.

Duración de la Incapacidad Temporal

| GRIPE | |
|--|------------|
| Criterios | Duración |
| a) Epidemia de gripe más cuatro criterios de b). | 0 a 7 días |
| b) Seis de los criterios siguientes: | |
| 1. Aparición súbita (12 horas). | |
| 2. Tos. | |
| 3. Escalofríos. | |
| 4. Fiebre (38°C). | |
| 5. Debilidad y postración. | |
| 6. Mialgias, dolores generalizados. | |
| 7. Mucosa nasal y faringe enrojecida, sin otros signos físicos respiratorios relevantes. | |
| 8. Contacto con enfermo de gripe | |

Bibliografía

- Anónimo. Influenza. En: El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. O.P.S. Publicación nº 441. Washington. 1984: 232-236.
- Gestal Otero, J.J.: Infecciones respiratorias Agudas. Gripe. En: Medicina Preventiva y Salud Pública. Piédrola Gil et. al. Barcelona. Ed. Salvat. 1989: 478-502.
- Hope, R.A.; Longmore, J.M.; Moss, P.A.H.; Warrens, A.N.: Gripe. En: Manual Oxford de Medicina General. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Ed. Díez de Santos S.A. Madrid. 1990: 206.
- Pumarola Busquets, A.: Gripe. En: Patología Infecciosa Básica. Enfermedades Víricas. Gudiol Munté, F. Ed. IDEPSA. Madrid. 1983: 91-102.
- Verdejo Morillo, C.; Fernández Guerrero, M.: Infecciones por virus de la gripe. En: Infecciones del Aparato Respiratorio. Cisterna Cáncer, J.R. Ed. Médica Internacional. Madrid. 1990: 43-50.
- Verger, G.: Gripe. En: Enfermedades Infecciosas. Verger Garau G. Ed. Doyma. Barcelona. 1988: 283-286.

44. ASMA

| | | |
|----------|-------|----------------------|
| CIE-9-MC | 493 | Asma |
| | 493.0 | Asma extrínseca |
| | 493.1 | Asma intrínseca |
| | 493.9 | Asma no especificada |

Concepto

Enfermedad respiratoria crónica caracterizada por inflamación de las vías aéreas, respuesta aumentada frente a una amplia variedad de estímulos y obstrucción bronquial reversible, de manera espontánea o por la acción terapéutica.

Epidemiología

En España la prevalencia es alrededor del 5,6% (10% en los niños y 3-6% en los adultos). La relación varón/mujer es de 2:1 en la infancia, igualándose alrededor de los 30 años.

Etiología

En el asma alérgica el agente etiológico es el *alergeno* aunque en un 20% de los asmáticos no existe agente conocido.

El asma tiene un componente *genético* claro (cromosomas 5 y 11) pero los factores ambientales pueden ser importantes para explicar la agregación familiar.

La asociación entre *atopia* y asma es evidente, relacionándose con la gravedad y la hiperreactividad bronquial.

Los factores desencadenantes más importantes son los *neumoalergenos* (ácaros, pólenes, hongos, pelos de animales) y las *infecciones víricas*. Otros son los medicamentos, aditivos, alimentos, condiciones meteorológicas adversas y el esfuerzo físico.

Clínica

Los síntomas principales son la disnea, tos, sibilancias y opresión torácica.

Según niveles de gravedad podemos clasificar el asma en:

- *Intermitente leve*: síntomas breves de menos de 1 vez por semana. Síntomas nocturnos de menos de 2 veces al mes. Función pulmonar normal.
- *Persistente leve*: más de 1 vez a la semana pero no diarios. Síntomas nocturnos más de 2 veces al mes y menos de 1 vez por semana. Función pulmonar normal.
- *Persistente moderado*: síntomas diarios. Exacerbaciones que afectan la actividad normal. Necesidad diaria de beta₂ – adrenérgicos inhalados. FEV₁ > 60%.
- *Persistente grave*: síntomas continuos. Actividad física limitada. FEV₁ > 60%.

Diagnóstico

1. **Historia clínica y exploración física.**
2. **Pruebas funcionales respiratorias:** prueba broncodilatadora, variabilidad del flujo espiratorio máximo, prueba de broncoprovocación.

3. **Exploraciones complementarias:** elevaciones de Ig E y eosinofilia, demostración de Ig E específicas en el suero (RAST), pruebas cutáneas de sensibilización (técnica del prick), gasometría y radiología.

Pronóstico

La información sobre evolución crónica del asma sugiere un buen pronóstico en el 50-80% de los afectados, sobre todo en aquellos casos en que el proceso es de carácter leve y se manifiesta en la niñez.

Tratamiento

1. **Medidas generales de evitación:** Aconsejar no fumar y evitar la exposición a factores desencadenantes.
2. **Tratamiento farmacológico:** broncodilatadores (β_2 – adrenérgicos de vida media corta y larga, anticolinérgicos, metilxantinas), antiinflamatorios (corticoides, cromoglicato y nedocromil sódico), antileucotrienos.

Duración de la Incapacidad Temporal

| ASMA | |
|---|---------------------------|
| Criterios | Duración |
| Asma intermitente leve | De 1 a 3 días |
| Ataque asmático - Asma moderado <ul style="list-style-type: none"> • Situación previa • Duración del episodio | De 8 a 15 días |
| Estatus asmático <ul style="list-style-type: none"> • Parámetros funcionales | De 15 a 30 días |
| Asma grave <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad ventilatoria alterada • Tto broncodilatador diario • Situación clínica persistente | Valoración I. Permanente. |

Bibliografía

Harrison. Principios de Medicina Interna. 14^a ed. New York. McGraw-Hill Interamericana. 1998.

- Martínez Navarro, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Maset P y Navarro V. Salud Pública .1ª ed. McGraw-Hill Interamericana de España. 1998.
- Farreras Rozman. Medicina Interna. 12ª ed. Barcelona. Doyma 1992.
- Agustí A, Antó JM, Ferrer A, García A, Morrell F, Rodrigo M, Segura C y Sunyer J. Las Epidemias de Asma en Barcelona. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona 1990.
- Vidal Quadras I. Temas actuales en Aparato Respiratorio. Espaxs S.A. 1991.
- Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. 3ª ed. Volumen 1. McGraw-Hill-Interamericana 1998.
- Murray Madel. Textbook of Respiratory Medicine. 2ª ed. Volumen 2. 1994.
- Recomendaciones SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica). Ediciones Doyma S.A. 1998 .

45. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

| | | |
|----------|-----|---|
| CIE-9-MC | 490 | Bronquitis no especificada como aguda ni como crónica |
| | 491 | Bronquitis crónica |
| | 492 | Enfisema |
| | 496 | Otras OCFA no clasificables en otros conceptos |

Concepto

Proceso caracterizado por la presencia de una obstrucción crónica al flujo aéreo debido a bronquitis crónica y/o enfisema pulmonar. Se produce un descenso de los flujos espiratorios que no cambian de manera notable durante períodos de varios meses de tratamiento.

- Bronquitis crónica: concepto clínico que se define por la sobreproducción crónica de esputo y tos que ocurre más de 3 meses al año durante dos o más años sucesivos.
- Enfisema: se define por criterios anatomopatológicos y se define como una distensión de los espacios aéreos en los bronquiolos terminales, con destrucción de las paredes alveolares.

Epidemiología

La prevalencia de EPOC en España es del 9% en sujetos entre 40 y 69 años de edad y del 23% en varones entre 60 y 69 años.

Etiología

Los principales factores de riesgo en la etiología de la EPOC son:

- **Hábito tabáquico:** el más importante.
- **Tabaquismo pasivo:** es importante proteger en especial a los niños.
- **Polución atmosférica:** influye en las reagudizaciones.
- **Factores ocupacionales:** trabajadores expuestos a polvos orgánicos o inorgánicos y gases nocivos.
- **Déficit de alfa-1-antitripsina:** única alteración genética conocida que puede producir EPOC.

Clínica

Los síntomas más comunes son tos, producción de esputo, disnea y a menudo sibilancias.

Los pacientes con predominio de enfisema suelen presentar disnea de esfuerzo sin producción de esputo.

Características clínicas

| | ENFISEMA | BRONQUITIS CRÓNICA |
|-----------------|--------------------|----------------------|
| Comienzo | Disnea de esfuerzo | Tos / expectoración |
| Expectoración | No / escasa | Abundante |
| Disnea | Invalidante | Moderada |
| Aspecto general | Delgadez | Obesidad |
| Cianosis | No | Si |
| Cor pulmonale | Solo al final | Si |
| Poliglobulia | No | Si |
| Curso clínico | Irreversible | Reagudizaciones |
| Radiología | Hiperinsuflación | Opacificación difusa |

Características funcionales

| | ENFISEMA | BRONQUITIS CRONICA |
|--------------------------|---------------|--------------------|
| Capacidad pulmonar | Aumentada | Normal |
| Volumen residual | Muy aumentada | Aumentada |
| Retraccion elastica | Disminuida | Normal |
| Transferencia gases | Disminuida | Si |
| Hipoxemia | No | Si |
| Hipercapnia | No | Si |
| Presion arteria pulmonar | Normal | Aumentada |
| Desaturacion nocturna | Infrecuentes | Frecuentes |

Diagnóstico

El diagnóstico de sospecha se realiza por la **anamnesis** y la **exploración física**, y el de confirmación se lleva a cabo mediante **estudio de la función pulmonar**.

La **radiografía de tórax** es imprescindible en la valoración inicial, sirve para realizar una valoración de la forma del tórax y poder descartar otras enfermedades pulmonares, pero no como prueba diagnóstica.

La **gasometría arterial** es fundamental para valorar la gravedad de la persona con EPOC.

Pronóstico

Los factores pronósticos fundamentales son el **FEV₁** (volumen máximo espirado en el primer segundo), el **hábito tabáquico** y la **edad**.

Los síntomas graves se presentan en la mayoría de los pacientes con FEV₁ inferior a 1,5 litros. A los 5 años sobrevive el 50% de los pacientes con FEV₁ inferior a 1 litro.

Otros factores son la hiperreactividad bronquial, la hipoxemia, frecuencia cardiaca elevada en reposo, el cor pulmonale, la malnutrición y la obesidad.

Tratamiento

- Dejar de fumar.

Medidas generales: ejercicio físico, hidratación adecuada, consejos sobre utilización de fármacos que empeoren obstrucción bronquial (benzodiazepinas, beta-bloqueantes), recomendación sobre vacunación antigripal y antineumocócica.

Tratamiento farmacológico: broncodilatadores, corticoides.

Oxigenoterapia domiciliaria.

Fisioterapia respiratoria.

Duración de la Incapacidad Temporal

| E.P.O.C. | |
|--|---|
| Criterios | Duración |
| EPOC leve, salvo reagudización infecciosa: <ul style="list-style-type: none">• VEMS > 65 %• buena adhesión régimen terapéutico. | No requiere situación de I.T. |
| EPOC leve con infección: | De 7 a 21 días |
| EPOC descompensado: <ul style="list-style-type: none">• VEMS 40 - 60 %• hasta recuperación parámetros funcionales respiratorios previos. | De 21 a 28 días, pudiendo llegar hasta los 60 días. |
| EPOC severo: <ul style="list-style-type: none">• Oxigenoterapia domiciliaria VEMS < 40 % | Valoración I. Permanente. |

Bibliografía:

- Ferreras Rozman. Medicina Interna. 12^a ed. Barcelona. Doyma 1992.
- Harrison. Principios de Medicina Interna. 14^a ed. New York. McGraw-Hill Interamericana .1998.
- Martínez Navarro, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P y Navarro V. Salud Pública. 1^a ed. McGraw-Hill-Interamericana de España 1998.
- Vidal Quadras I. Temas actuales en Aparato Respiratorio. Espaxs S.A. 1991.
- Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. 3^a ed. Volumen 1. McGraw-Hill. 1998.
- Murray Nadel. Textbook of Respiratory Medicine. 2^a ed. Volumen 2. 1994.
- Recomendaciones SEPAR. Ediciones Doyma S. A. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. 1998.

46. PLEURESÍA

| | | |
|----------|-------|---|
| CIE-9-MC | 511 | Pleuresía |
| | 511.0 | Sin mención de derrame o de tuberculosis actual |
| | 511.1 | Con derrame, con mención de causa bacteriana que no sea tuberculosis |
| | 511.8 | Otras formas especificadas de derrame, salvo las tuberculosas: hemotórax, hidrotórax, hidroneumotórax, pleuresía enquistada |
| | 511.9 | Derrame pleural no especificado |

Concepto

Las pleuresías son enfermedades caracterizadas por la inflamación de la serosa pleural, con acúmulo de líquido entre ambas hojas.

Distinguimos:

- **Pleuritis secas** (fibrinosas): producidas por afecciones inflamatorias localizadas en la pleura, que habitualmente cursan sin derrame, cuya característica clínica principal consiste en dolor pleurítico, manifestado sobre todo con los movimientos respiratorios y/o la tos.
- **Derrames pleurales serofibrinosos**: clasificados en *trasudados* y *exudados* según su composición y mecanismo de producción.

Etiología

- **Pleuritis secas**: sus causas más frecuentes son las infecciones broncopulmonares sobre todo bronquiectasias, tromboembolismos pulmonares, infecciones víricas, como la pleurodinia epidémica, producida por el virus Coxsackie tipo B.
- **Derrame pleural serofibrinoso**: producido por un acúmulo de líquido en el espacio pleural, debido a exceso en la formación (procedente de pleura parietal, espacios intersticiales del pulmón o de la cavidad peritoneal) o cuando está reducido su drenaje por los linfáticos pleurales.

Epidemiología

La insuficiencia cardíaca congestiva es la causa más frecuente de trasudados, desarrollándose en el 60% de los pacientes afectos de fallo ventricular izquierdo.

Un 15-20% de los pacientes con cirrosis hepática y ascitis, desarrollan un derrame pleural, generalmente del lado derecho hasta en un 70% de los casos.

Un 25% de los pacientes afectos de síndrome nefrótico desarrollan derrames pleurales y alrededor del 40% de procesos neumónicos bacterianos se acompañan de derrame pleural.

Clínica

Los síntomas que relata el paciente, aunque estén en relación con el proceso que origina la aparición del derrame (insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome nefrótico, hepatopatía crónica, derrames paraneumónicos) son fundamentalmente dolor torácico, disnea y tos. Aunque no hay que olvidar, que en ocasiones se producen derrames masivos en pacientes asintomáticos.

Diagnóstico

El diagnóstico de un derrame pleural, se establece por :

1. **Historia clínica:** disnea, tos, dolor torácico.
2. **Exploración física:** matidez a la percusión torácica, disminución de vibraciones vocales y de murmullo vesicular a la auscultación, en derrames superiores a 300 c.c.
3. **Exploración radiológica:** en la proyecciones habituales confirman con seguridad el diagnóstico de presunción.
4. **Toracocentesis:** indicado en todos los derrames pleurales con determinación de una serie de parámetros, como proteínas, LDH, glucosa y pH que permitirán determinar el tipo de derrame y nos orientará acerca de la etiología del mismo.

Diagnóstico diferencial de los derrames pleurales

| DERRAMES TRASUDATIVOS | DERRAMES EXUDATIVOS |
|-----------------------------------|---|
| Insuficiencia cardíaca congestiva | Enfermedad neoplásica |
| Cirrosis hepática | Patología infecciosa: <ul style="list-style-type: none">- bacteriana- fúngica- viral- parasitaria |
| Síndrome nefrótico | Patología digestiva: <ul style="list-style-type: none">- perforación gástrica- pancreatopatías- abscesos intraabdominales |
| Tromboembolismo pulmonar | Patología tromboembólica pulmonar. Enfermedades del colágeno y vasculares Pleuritis reumatoide LES S. Sjogren Enfermedad de Wegener Enfermedad de Churg Strauss |

Tratamiento

Orientado en función de la entidad que produzca el derrame:

1. **Pleuritis fibrinosas:** dependiendo de su etiología, tratamiento antibiótico en el caso de infección pulmonar y sintomático en caso de etiología vírica con reposo y analgesia.
2. **Pleuresía serofibrinosa:**
 - **Derrame trasudativo:** en caso de insuficiencia cardíaca descompensada tratamiento de ésta y toracocentesis evacuatoria si derrame pleural masivo. En el supuesto de hidrotórax de etiología hepática, tratamiento propio de la ascitis estando desaconsejado en principio la práctica de toracocentesis, aunque en pacientes refractarios al tratamiento, se podría intentar sínfisis de ambas hojas pleurales a través del tubo.

Derrame exudativo:

- *Tuberculosis pulmonar*: tratamiento específico del proceso con pauta de 9 meses y toracocentesis evacuatoria lo más amplia posible.
- *Derrame paraneumónico*: tratamiento antibiótico adecuado tras lo cual se suelen resolver la mayor parte de estos, sólo en caso de mala evolución estaría indicado punción evacuatoria y colocación de tubo de drenaje.
- *Derrame metastásico*: tratamiento puramente sintomático en la mayor parte de los casos.

Pronóstico

Ligado a la causa productora del derrame, bueno en pleuritis secas y condicionado a la evolución del proceso desencadenante del derrame.

Duración de la Incapacidad Temporal

| PLEURESÍAS | |
|---------------------------------|---------------------------|
| Criterios | Duración |
| Pleuritis secas: | De 3 a 8 días |
| • Etiología vírica. | De 15 a 30 día. |
| • Etiología infecciosa | De 30 a 45 días |
| • Etiología tromboembólica | |
| Derrames serofibrinosos. | |
| • Empiema. | Nunca de 30 días. |
| • Según evolución. | |
| • Etiología neoplásica. | Valoración I. Permanente. |

Bibliografía

- Farreras Rozman. Medicina Interna. 12ª ed. Barcelona Doyma 1992.
- Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª ed. New York. McGraw-Hill Interamericana 1998.
- Murray Nadel. Textbook of Respiratory Medicine. 2ª ed. Volumen 2. 1994.
- Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders . 3ª ed. Volumen 1. McGraw-Hill 1998.
- Vidal Quadras I. Temas actuales en Aparato Respiratorio. Espaxs S.A. 1991.

47. NEUMOTÓRAX

| | | |
|----------|-------|---|
| CIE-9-MC | 512.0 | Neumotórax espontáneo por tensión |
| | 512.1 | Neumotórax iatrogénico (postoperatorio) |
| | 512.2 | Otros neumotórax espontáneos |

Concepto

Presencia de aire en la cavidad pleural. La cantidad retenida determina el grado de colapso pulmonar.

Epidemiología

Predomina en el sexo masculino y en edades comprendidas entre los 20 y 40 años.

Etiología

Distinguimos dos tipos:

1. **Neumotórax espontáneo:** el más frecuente. Aparece de forma súbita, sin causa externa desencadenante.
 - Primario: por rotura de pequeñas bullas subpleurales de las porciones apicales de uno de los dos lóbulos superiores pulmonares. Parece estar implicado el tabaco que produciría enfermedad pulmonar subclínica.
 - Secundario: en el seno de patología neumológica como EPOC, asma, tuberculosis, silicosis, fibrosis pulmonar.
2. **Neumotórax traumático:** por traumatismos torácicos penetrantes o no, aunque la mayoría son de etiología iatrogénica por punciones parietales para la colocación de catéteres, biopsias transbronquiales o en el curso de ventilación mecánica.

Clínica

Dolor torácico brusco en punta de costado que se intensifica con la respiración y los movimientos, disnea, palidez, sudoración, taquicardia y ansiedad. Puede existir tos y enfisema subcutáneo. En la exploración encontramos movimientos torácicos asimétricos, timpanismo, disminución del murmullo vesicular y de las vibraciones vocales.

Diagnóstico

Clínica y exploración física.

Radiografía de tórax: aire sin trama pulmonar periférica, desplazamiento mediastínico. Pequeños neumotórax pueden ponerse de manifiesto mediante placa en espiración forzada.

Tratamiento

Tratamiento **conservador** en pacientes sin patología previa, con escasa repercusión funcional y si el tamaño no supera el 20%.

Colocación de **tubo de drenaje** en 2º ó 3º espacio intercostal en la línea medioclavicular, conectado a cierre hidráulico o bajas presiones de aspiración.

Realización de **toracotomía** en caso de neumotórax recurrente o fracaso del tubo de drenaje a la semana de su colocación.

Pleurodesis o fusión de ambas hojas pleurales mediante introducción de sustancias esclerosantes como bleomicina o tetraciclinas, cuando la toracotomía está contraindicada.

Pronóstico

En general el pronóstico es bueno excepto en casos de patología pulmonar previa de gravedad o existencia de complicaciones (neumotórax a tensión, neumomediastino, edema pulmonar de reexpansión tras la aspiración).

Duración de la Incapacidad Temporal

| NEUMOTÓRAX | |
|--|--|
| Criterios | Duración |
| Neumotórax no complicados: <ul style="list-style-type: none"> • Reexpansión pulmonar completa • Drenaje pleural | De 7 a 14 días De 15 a 45 días ⁶ |
| Neumotórax complicado: <ul style="list-style-type: none"> • Reexpansión pulmonar • Tipo de tratamiento | De 30 a 60 días |

⁶ Pudiendo llegar a 60 días, en función de la evolución de las pruebas funcionales (parámetros gasométricos y espirométricos así como verificación de reexpansión).

Bibliografía

- Ferreras Rozman. Medicina Interna. 12ª ed. Barcelona Doyma 1992 .
- Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª ed. New York. McGraw-Hill Interamericana. 1998 .
- Vidal Quadras I. Temas Actuales en Aparato Respiratorio. Espax S.A. 1991.
- Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. 3ª ed. Volumen 1. McGraw-Hill 1998.
- Murray Nadel . Textbook of Respiratory Medicine . 2ª edición . Volumen 2.1994.
- Recomendaciones SEPAR . Ediciones Doyma S. A . Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. 1998.

48. FACTORES CONDICIONANTES DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN NEUMOLOGÍA

Los factores que condicionan la declaración y el mantenimiento de una situación de incapacidad temporal en los procesos neumológicos objeto del presente estudio tienen diferente peso específico según el tipo de proceso, pero en general se podrían agrupar en los siguientes epígrafes:

1. Cuadro Clínico.
2. Tratamiento.
3. Pruebas diagnósticas.
4. Edad del paciente.
5. Situación sociolaboral.

Con referencia al *cuadro clínico* producido por las neumopatías el síntoma más incapacitante y que motivaría una declaración en incapacidad temporal, sería la **disnea** como manifestación subjetiva de la alteración de los parámetros funcionales respiratorios producidos tanto en la crisis asmáticas, como en neumotórax, pleuresías y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

También el **dolor** producido en neumotórax y pleuresías, durante el período de recuperación justificarían la declaración de esta situación. Otras manifestaciones clínicas que hacen necesaria la incapacidad temporal, en los cuadros tuberculosos pulmonares lo constituyen el **síndrome tóxico** con fiebre, astenia y adelgazamiento acompañante.

El **tratamiento**, justifica la necesidad de incapacidad temporal hasta la anulación de la capacidad infectante en procesos tuberculosos, por motivos de salud pública, circunstancia que según todas las fuentes consultadas podría establecerse en un máximo de 30 días en I.T. La **práctica de drenajes pleurales** para el tratamiento tanto de neumotórax como de pleuresía y derrames pleurales requieren que el paciente permanezca en régimen de ingreso hospitalario para la realización de estas técnicas motivando por tanto situación de incapacidad temporal desde 7 días a 60, pudiendo llegar en algunas patologías a la declaración de incapacidad permanente, como en derrames pleurales motivados por patología pulmonar de etiología neoplásica. Si para el tratamiento de estos procesos se requiere algún tipo de **actuación quirúrgica**, como toracostomías o abrasiones pleurales en caso tanto de derrames pleurales como neumotórax con persistencia de fugas de aire a pesar de los drenajes, sería necesario esta declaración hasta la recuperación.

Las pruebas diagnósticas en principio no parece que deban motivar esta declaración excepto en punciones pleurales diagnósticas, que sí que lo justificarían en el caso de derrames pleurales serofibrinosos.

Con respecto a la **edad** del paciente, es un factor a tener en cuenta ya que la tolerancia del mismo a un proceso de este tipo varía, motivando procesos de corta duración en el caso de neumotórax, pudiendo llegar a la declaración de incapacidad permanente en pacientes de edad más avanzada.

La **situación sociolaboral** es un factor condicionante a la hora de justificar esta situación, el trabajo en ambientes con alto grado de contaminación, así como el desempeño de actividad laboral a la intemperie con bajas temperaturas pueden descompensar un proceso crónico broncopulmonar hasta el momento estable produciendo una situación de incapacidad temporal.

IX. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (520-579)

49. ÚLCERA GASTRODUODENAL

| | | |
|----------|-------|---|
| CIE-9-MC | 531 | Úlcera gástrica |
| | 531.0 | Aguda con hemorragia |
| | 531.1 | Aguda con perforación |
| | 531.3 | Aguda sin mención de hemorragia o perforación |
| | 531.4 | Crónica o no especificada con hemorragia |
| | 531.5 | Crónica o no especificada con perforación |
| | 531.6 | Crónica sin mención de hemorragia o perforación |
| | 531.9 | Úlcera gástrica no especificada |
| | 532 | Úlcera duodenal: igual clasificación |
| | 533 | Úlcera péptica de sitio no especificado |

Concepto

La úlcera péptica gastroduodenal (UGD), consiste en una pérdida de sustancia de la mucosa del estómago o del duodeno, permanente, localizada y en general solitaria, que se extiende como mínimo hasta la *muscularis mucosae*.

La hemorragia por UGD, complicación frecuente de esta patología, es tratada en otro capítulo.

Etiología

1. Es fundamental la implicación del *Helicobacter pylori* (95-100% en UD y 75-85% en UG).

2. AINES, el ácido acetil salicílico y otros fármacos gastrolesivos, como causa de lesiones agudas.
3. No existe una personalidad típica ulcerosa, pero la ansiedad y el estrés psicológico pueden influir en la exacerbación sintomatológica.

Epidemiología

La úlcera péptica se estima que afecta al 6-15% de la población occidental en algún momento de su vida, presentando mayor incidencia la UD, más frecuente en el sexo masculino. La incidencia de la UG es similar en ambos sexos.

Clínica

El síntoma ulceroso más frecuente es el **dolor epigástrico**, agudo, quemante, posprandial, que se alivia con alimentos o antiácidos.

En la UG es más frecuente la aparición de síntomas colaterales (anorexia, náuseas, vómitos).

Diagnóstico

El método fundamental de diagnóstico es la endoscopia.

Detección del *H.pylori*: **examen histológico**⁷, **cultivo** y detección de la **ureasa**⁸. **La prueba del aliento**⁹ marcado con ¹³C o ¹⁴C, puede emplearse para controlar la eficacia del tratamiento.

Tratamiento

Es fundamentalmente **médico**: antiácidos, antagonistas de los receptores H₂ e inhibidores de la bomba de protones.

Para la erradicación del *H. Pylori*: compuestos de bismuto, metronidazol o claritomicina y tetraciclina o amoxicilina, que junto con el omeprazol ha ma-

⁷ En cortes de tejidos teñidos, *H. pylori* se tiñe con Giemsa y Warthin-Starry, y toma débilmente la hematoxilina.

⁸ El resultado positivo de la prueba es por aumento del pH, y el indicador de rojo fenol vira desde el naranja caro al rojo. La prueba es barata. Su sensibilidad se aproxima al 90% y su especificidad al 100%.

⁹ La prueba se basa en la producción de ureasa por el *H. pylori* con liberación de Co marcado. Tiene una sensibilidad del 90-95% y la especificidad es del 98-99%.

nifestado, según algunos autores, una erradicación del 80 al 100% en 7-14 días de tratamiento.

Pronóstico

Hay que tener en cuenta que la UGD es una enfermedad crónica con **tendencia a las recidivas**, que serán las épocas necesitadas de una incapacidad temporal. El tratamiento erradicador del *H. pylori*, disminuye de manera drástica las recurrencias anuales.

Las **complicaciones** más frecuentes de la UGD, son (aparte de la hemorragia): la perforación (6-10%), y la estenosis pilórica (2%).

Duración de la incapacidad temporal

| ÚLCERA GASTRODUODENAL | |
|--|-----------------|
| Criterios | Duración |
| Brote ulceroso con control médico de los síntomas. | De 1 a 7 días |
| Complicaciones ¹⁰ | De 21 a 30 días |

Bibliografía

- Arenas Miravé JI, Bujanda Fernández de Piérola L. La úlcera gastroduodenal, 25 años después. JANO 1996; 51 (1186): 25-6.
- Bozymski EM, Garret JW. Peptic Ulcer Disease. In: Dornbrand L, Hoole AX, Glenn C, editors. Manual of Clinical Problems in Adult Ambulatory Care. 2ª ed. Boston/Toronto/London: A little Brown and Company; 1992. p. 200-5.
- Friedmann LS, Peterson WL. Úlcera péptica y trastornos relacionados. En: Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª ed. Nueva York: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 1815-25.
- Monés Xiol J. Infección por *Helicobacter pylori*. Epidemiología, patogenia, diagnóstico y tratamiento. JANO 1995; 49 (1147): 71-6.
- Pérez Ayuso RM. Úlcera gastroduodenal. En: Farreras Rozman. Medicina Interna. 12ª ed. Barcelona: Doyma; 1992. p. 76-95.

¹⁰ Perforación, estenosis, etc. Consideración individualizada en las complicaciones post-cirugía.

- Pujol R, Padrós J, Martí C. Enfermedades del aparato digestivo. En: Martín Zurro, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria, Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1995. p. 722-5.
- Sanfélix Genovés J, Pereiró Berenguer I, Jimeno Bernard R, García Tell G, Navarro Pérez J, Bonet Pla A et al. *Helicobacter Pylori*: triple terapia de seis días en el úlcus duodenal. Atención Primaria 1998; 21 (8):517-20.

50. GASTRITIS

| | | |
|----------|-------|---|
| CIE-9-MC | 535 | Gastritis y duodenitis |
| | 535.0 | Gastritis agudas |
| | 535.3 | Gastritis alcohólica |
| | 535.5 | Gastritis y duodenitis no especificadas |

Concepto

Se define como un grupo de enfermedades que tienen en común la inflamación de la mucosa gástrica, tanto aguda como crónica, basándose, en sentido estricto, en las alteraciones observadas en el examen anatomopatológico.

Etiología

Atendemos a la clasificación de las gastritis, sin considerar las hemorrágicas, incluidas dentro del capítulo de Hemorragia Gastrointestinal.

Gastritis crónica no erosiva inespecífica

- **Gastritis tipo A** (cuerpo y fundus): fundamentalmente de etiología **autoinmune**.
- **Gastritis tipo B** (antro): El *H.pylori* es el agente responsable en un 90% de los casos.

Gastritis específicas

Son poco frecuentes. Entre éstas se encuentra la gastritis hipertrófica o enfermedad de Menetrier.

Epidemiología

La forma más común de gastritis crónica es la tipo B, cuya incidencia se incrementa con la edad.

Clínica

Desde **síntomas inespecíficos** como molestias epigástricas, sensación de plenitud posprandial, náuseas, meteorismo, hasta una dispepsia de características ulcerosas. La **anemia perniciosa** se presenta en la gastritis A:

Diagnóstico

La **biopsia** es el método más fiable de identificar la gastritis, así como de detectar el *H.pylori*¹¹.

Pronóstico

La gastritis crónica por *H.pylori*, puede conducir a gastritis atrófica multifocal, a atrofia gástrica, y a metaplasia gástrica.

Tratamiento

En general, no se requiere tratamiento específico para la gastritis crónica de tipo A o B. Sin embargo, la anemia perniciosa requiere la administración de vitamina B12 por vida.

Duración de la Incapacidad temporal

| GASTRITIS | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Criterios | Duración |
| Síntomas dispépticos intensos | De 0 a 3 días |
| Complicaciones | Evaluación individualizada |

Bibliografía

- Friedmann LS, Peterson WL. Gastritis. En: Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª ed. Nueva York: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 1828-31.
- Piqué JM. Gastritis. En: Farreras Rozman. Medicina Interna. 12ª ed. Barcelona: Doyma; 1992. p. 72-6.

¹¹ Ver tema de Úlcera Gastroduodenal para métodos de detección de *H. pylori*.

51. APENDICITIS AGUDA

| | | |
|----------|-------|--|
| CIE-9-MC | 540 | Apendicitis aguda |
| | 540.0 | Apendicitis aguda con peritonitis generalizada |
| | 540.1 | Apendicitis aguda con absceso peritoneal |

Concepto

Mediante este término se define la inflamación aguda del apéndice cecal. Su historia natural da lugar a un cuadro infeccioso intraabdominal local que puede evolucionar hacia una peritonitis difusa, en caso de no instaurar un tratamiento quirúrgico adecuado.

Etiología

La presencia de una obstrucción en la luz apendicular puede demostrarse en el 60-70% de los casos de apendicitis aguda. Esta alteración puede estar producida por múltiples causas entre las que destacan fecalitos, hiperplasia linfoide, parásitos y bandas fibrosas. La incapacidad para el tránsito a través de la luz produce un acúmulo de secreciones con distensión, inflamación de la pared apendicular y proliferación bacteriana. Si este proceso progresa, el aporte vascular parietal se ve comprometido dando lugar a gangrena y perforación del apéndice. Finalmente, el proceso de necrosis y perforación implica la producción de un absceso apendicular o una peritonitis difusa.

Epidemiología

La apendicitis es una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario. Aproximadamente el 7% de la población de los países occidentales desarrolla un cuadro de apendicitis aguda en algún momento de su vida. Es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, lo que convierte a este proceso en una causa extremadamente frecuente de Incapacidad Temporal.

Clínica

La clave diagnóstica esencial es la presencia de **dolor abdominal** localizado inicialmente en epi-mesogastrio y posterior evolución hacia la fosa ilíaca derecha. Es frecuente la presencia de náuseas y vómitos de poca importan-

cia, fundamentalmente al comienzo del cuadro. La presencia de anorexia es un dato prácticamente invariable y en la mayoría de los casos se desarrolla febrícula.

La **exploración abdominal** es fundamental a la hora del diagnóstico. La presencia de dolor a la palpación, defensa muscular y peritonismo (signo de Blumberg +) en la fosa ilíaca derecha son los signos típicos descritos para el diagnóstico de este proceso.

La presencia de **leucocitosis**, con predominio de formas jóvenes, es la característica más marcada dentro de los datos de laboratorio.

Radiológicamente, pueden encontrarse signos indirectos de apendicitis aguda como la presencia de fecalitos radiopacos, ileo intestinal o aumento de partes blandas a nivel de la fosa ilíaca derecha. Otras exploraciones radiológicas como la ecografía o la tomografía axial computarizada puede ser de utilidad en pacientes con cuadros clínicos atípicos.

En cualquier caso, la expresividad e importancia de los distintos aspectos clínicos expuestos dependerán del estadio evolutivo del cuadro.

Pronóstico

El tratamiento de un cuadro de apendicitis aguda es **siempre quirúrgico**, teniendo como objetivo la extirpación del apéndice cecal, el drenaje de las posibles colecciones y el lavado de la cavidad peritoneal. La realización de una apendicectomía es un procedimiento quirúrgico básico que se realiza clásicamente a través de una incisión típica (incisión de McBurney).

Las **complicaciones** más frecuentes son de carácter séptico, fundamentalmente infección de la herida quirúrgica y menos frecuentemente absceso intraabdominal.

El estadio evolutivo en el momento de la intervención quirúrgica, la presencia de complicaciones postoperatorias y la cicatrización de la herida son los factores de los que depende la recuperación del paciente.

La utilización de técnicas laparoscópicas parece disminuir la duración del período de ingreso hospitalario y hacen más rápida la incorporación al régimen de vida habitual.

Duración de la Incapacidad Temporal

| APENDICITIS AGUDA | |
|------------------------------------|----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Apendicitis aguda no complicada | De 7 a 15 días |
| B. Apendicitis aguda complicada | 30 días |

Bibliografía

- Erazee RC, Roberts JW, Symmonds RE, et al. A prospective randomized trial comparing open versus laparoscopic appendectomy. *Ann Surg* 1994; 219: 725-731.
- Hale D, Molloy M, Pearl R, Schutt DC, Jaques DP. Appendectomy: a contemporary appraisal. *Ann Surg* ; 1997: 252-261.
- Storer EH, Goldberg SM, Nivatvongs S. Apendicitis Aguda. En: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Storer EH, ed. *Principios de Cirugía*. Mexico: McGraw-Hill; 1987: 1243-1251.
- Way LW. Acute appendicitis. En: Way LW, ed. *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1994: 610-613.

52. HERNIA INGUINAL O CRURAL

| | | |
|----------|-------|--|
| CIE-9-MC | 550 | Hernia inguinal |
| | 550.0 | Hernia inguinal gangrenada |
| | 550.1 | Hernia inguinal obstructiva |
| | 550.9 | Hernia inguinal sin mención de obstrucción o gangrena |
| | 551 | Otra hernia abdominal gangrenada |
| | 552 | Hernia crural obstructiva |
| | 553 | Otra hernia abdominal sin mención de obstrucción ni gangrena |

Concepto

Es un defecto músculo-aponeurótico de la pared abdominal o más frecuentemente aumento de las dimensiones de un orificio fisiológico preexistente que se manifiesta por la exteriorización de estructuras internas que deberían estar contenidas por la propia pared, produciéndose una evaginación del peritoneo parietal.

Dependiendo de su localización recibe diferentes terminologías, las hernias más frecuentes son las inguinales, crurales o las umbilicales.

En las hernias inguinales las relaciones anatómicas del cuello herniario y de su saco, con las estructuras vecinas, sobre todo arteria epigástrica y elementos del cordón, permiten clasificarlas en:

- Hernia Inguinal indirecta u oblicua externa.
- Hernia Inguinal indirecta u oblicua interna.
- Hernia inguinal directa.

Las hernias crurales reciben diferentes nombres, dependiendo del criterio de clasificación y de los autores, su relación anatómica más importante son la arteria y vena femoral.

Existen otros tipos de hernias, denominadas umbilicales, obturatriz, de Spiegel, isquiáticas, etc.

Etiología

La etiología es siempre secundaria a hiperpresiones abdominales y/o pérdidas de resistencia de los tejidos de la pared abdominal.

Epidemiología

Las hernias inguinales son las más frecuentes, hasta un 70 %, seguidas de las umbilicales, 10 %.

Pueden ser congénitas o adquiridas y son más frecuentes en varones a razón de 3-5 a 1. En las hernias adquiridas la causa determinante es el esfuerzo con aumentos bruscos de presión intraabdominal. En las congénitas suelen ser secundarias a la persistencia del conducto peritoneo vaginal.

Clínica

Manifestación clínica más habitual: masa local no inflamatoria, que representa la exteriorización de un contenido intraabdominal. Normalmente se pone de manifiesto con maniobras de hiperpresión abdominal y/o bipedestación (Valsalva +).

Complicaciones: las más importantes derivan del grado de estenosis del anillo herniario y de la cantidad y cualidad de los tejidos herniados; este cuadro, en sus diferentes estadios se conoce como encarceración o estrangula-

miento, el primero no suele comprometer vísceras huecas abdominales y el segundo sí.

Diagnóstico

El método diagnóstico se basa en la **anamnesis** y la **exploración** física, raramente es necesario recurrir a pruebas de imagen excepto en hernias complejas como pueden ser las hernias obturatrices.

Tratamiento

Siempre quirúrgico, no responden a tratamientos médicos, esclerosis, ortopédicos etc. El tratamiento quirúrgico está basado en la reparación del defecto músculo-aponeurotico, utilizando tejidos propios del paciente (herniorrafia) o materiales protésicos (hernioplastia con malla).

Todas las técnicas de reparación sin prótesis, presuponen cambios de tensiones en los tejidos utilizados para reparar el defecto, las técnicas protésicas están diseñadas para evitar la tensión, este factor junto con la hiperpresión abdominal, interviene en el tiempo de recuperación postquirúrgico y en el índice de recidiva, ambos están claramente relacionados con la actividad laboral del paciente.

Es preciso recordar que las suturas reabsorbibles más habituales, tienen un período mínimo de resistencia útil de unos 20-24 días y unos períodos mínimos de reabsorción entre 60 y 90 días; estas cifras aumentan dependiendo de los materiales.

En general el índice de recidiva con suturas reabsorbibles es más alto que con material irreabsorbible. En la práctica habitual, la mayoría de los cirujanos utilizan materiales irreabsorbibles tipo polipropileno o poliésteres y técnicas protésicas para evitar la tensión. No existen criterios o técnicas de consenso.

Pronóstico

Depende del estadio clínico. En las hernias no complicadas, no es necesaria la cirugía preferente; las hernias complicadas deben tratarse con criterios preferentes o urgentes y su evolución dependerá del tipo de hernia y de la técnica quirúrgica empleada.

Además, es importante hacer una valoración individualizada según el tipo de actividad laboral desempeñada (tareas que requieran esfuerzo físico importante o prolongado fundamentalmente a nivel de la pared abdominal).

Duración de la Incapacidad Temporal

| HERNIA INGUINAL O CRURAL | |
|--------------------------|----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Sin prótesis | 30 días |
| B. Con prótesis | De 7 a 15 días |

Consideraciones:
Estas duraciones se entienden tanto para cirugía programada como urgente y siempre sin infección.
Dentro de los márgenes previstos se considerará la actividad laboral.

Bibliografía

- A. Gómez Alonso, J.L. del Villar, A. Pérez García. Hernias. En: Tratado de Cirugía. Tomo II. J.L. Balibrea Cantero. Ediciones Toray S.A.. 1ª Edición. Enero 1989. 1854-1878.
- Deveney KE. Hernias and other lesions of the Abdominal Wall. En: Way LW, ed. Current Surgical Diagnosis and Treatment. Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1994: 712-724
- Morton JH. HS. Hernias de pared abdominal. En: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Storer EH, ed. Principios de Cirugía. Mexico: McGraw-Hill; 1987: 1448-1465.
- PH Detrie. Hernias y Eversiones. En: Tratado de Técnica Quirúrgica. Jean Patel y Lucien Leger. Tomo IX. Pared Abdominal y Suturas Digestivas. 1ª Edición Español. Editorial Toray-Masson. Enero 1972. 53-117.

53. FISURA ANAL

CIE-9-MC 565.0 Fisura anal

Concepto

Bajo el término fisura anal se engloban lesiones anales caracterizadas por la presencia de una denudación del epitelio del canal anal a nivel de la línea dentada hasta el margen del ano.

Etiología

No se han determinado de forma clara todos los factores que intervienen en la génesis de una fisura anal. Sin embargo, hay un consenso general en el sentido de que el factor inicial en el desarrollo de una fisura es un **traumatismo en el canal anal**, por lo general debido al paso de un bolo fecal aumentado de consistencia. Así, es frecuente encontrar este tipo de lesiones asociadas a estreñimiento crónico. Además, existen otros muchos factores predisponentes tales como la diarrea crónica por su efecto irritante, cualquier tipo de traumatismo anorrectal y frecuentemente se asocia con patología neurológica. No obstante, es relativamente frecuente no encontrar ningún factor predisponente asociado.

Epidemiología

La presencia de algún tipo de fisura anal, ya sea aguda o crónica, es un problema muy frecuente. Junto con la patología hemorroidal es la causa más frecuente de consulta proctológica.

Clínica

Síntomas fundamentales: dolor local y sangrado relacionados con la defecación.

La **exploración anal** demostrará la existencia de una ulceración anal, anterior o posterior, asociada generalmente a una papila hipertrófica a nivel interno y a una hemorroide centinela en el exterior.

Es necesario realizar un **examen mediante anoscopio** para descartar la presencia de proctitis o hemorroides y, en caso de sangrado, descartar la presencia de una neoplasia colorrectal.

Con respecto al **diagnóstico diferencial** es esencial conocer que la presencia de una fisura localizada fuera de la línea media obliga a descartar la presencia de enfermedades específicas tales como una enfermedad inflamatoria intestinal, sífilis, tuberculosis, leucemia e infección por VIH.

Además, cualquier fisura que no cure con un tratamiento adecuado debe ser biopsiada para descartar una enfermedad neoplásica.

Pronóstico

El tratamiento inicial de una fisura aguda debe ser conservador. El uso de laxantes hidrófilos, la higiene local estricta, los baños de asiento, la analgesia y la aplicación de corticoides tópicos son los principios básicos de su manejo médico. La existencia de dolor intolerable o la resistencia al tratamiento médico tras un mes de terapia supervisada deben hacer pensar en la necesidad de cirugía.

El tratamiento quirúrgico está basado en evitar el espasmo del esfínter interno, lo cual se consigue por medio de una dilatación anal forzada o más eficazmente, mediante la escisión quirúrgica del esfínter interno del ano (esfinterotomía lateral interna). Estos procedimientos, en ocasiones, pueden hacerse en régimen ambulatorio. Las complicaciones son poco frecuentes y de poca importancia.

La **recuperación del paciente** depende de la cicatrización de la herida quirúrgica y de la curación de la fisura. El tipo de actividad profesional (actividades que requieren períodos prolongados en sedestación) pueden condicionar la incorporación laboral. Además, es importante hacer una valoración individual según el tipo de actividad laboral desempeñada (ambientes con condiciones de higiene escasa, altas temperaturas, actividades que requieran sedestación prolongada, etc.).

Duración de la Incapacidad Temporal

| FISURA ANAL | |
|----------------------------|----------|
| Criterios | Duración |
| Cicatrización de la herida | 7 días |

Bibliografía

- Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S. Fisura Anal. En: Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S, ed. Fundamentos de Cirugía Anorrectal. Mexico: Editorial Limusa; 1992: 123-137.
- Rusell TR. Anal fissure. En: Way LW, ed. Current Surgical Diagnosis and Treatment. Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1994: 698-699.
- Storer EH, Goldberg SM, Nivatvongs S. Colon, recto y ano. En: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Storer EH, ed. Principios de Cirugía. Mexico: McGraw-Hill; 1987: 1222-1223.

- Timmcke AE. Pruritis Ani and Fissure in Ano. En Beck DE. Handbook of Colorectal Surgery. St Louis, Miss: QMP; 1997: 330-349.

54. FÍSTULA ANORRECTAL

CIE-9-MC 565.1 Fístula anal

Concepto

Son trayectos que comunican la piel perianal con distintos niveles del canal anorrectal.

Etiología

El origen más frecuente es un absceso anorrectal abierto quirúrgica o espontáneamente. En ocasiones, puede existir asociada una enfermedad inflamatoria del colon como una diverticulitis, tuberculosis o enfermedad de Crohn.

Epidemiología

Su incidencia discurre paralela a la del absceso anorrectal.

Clínica

Síntoma fundamental: presencia de exudado perianal de manera ocasional o constante. Es frecuente el antecedente de absceso anorrectal.

Exploración: suele ser evidente un orificio cutáneo sobreelevado y discretamente eritematoso o cubierto de tejido cicatricial hipertrófico. El trayecto fistuloso debe ser explorado cuidadosamente mediante una sonda, aunque esta maniobra se pospondrá hasta la cirugía en caso de resultar demasiado dolorosa. En ocasiones, es posible visualizar el otro orificio fistuloso en el canal anal adyacente a una cripta. Como en el caso del absceso perianal, es necesario realizar una exploración anorrectal completa.

Diagnóstico diferencial: Es importante conocer una serie de enfermedades que pueden asociarse con procesos inflamatorios a nivel perianal y simular una fístula. Los procesos más frecuentes son la hidradenitis supurativa, el sinus pilonidal y distintos procesos inflamatorios cutáneos. Además, existen enfermedades, que son problemas diagnósticos y terapéuticos especiales, que pueden

presentarse con fístulas tales como la enfermedad de Crohn, las fístulas colo y rectoperineales tumorales o inflamatorias, y las fístulas uretroperineales.

Tratamiento

El tratamiento de una fístula anal es su exéresis ya que puede dar lugar a cuadros infecciosos recurrentes e incluso puede desarrollarse una neoplasia sobre su epitelio.

Puede esperarse una curación espontánea de las fístulas pequeñas en fase aguda pero en los demás casos, se requiere un procedimiento quirúrgico de fistulectomía.

La complejidad del procedimiento dependerá del trayecto y fundamentalmente, de sus relaciones con el aparato esfinteriano. Así, ocasionalmente es necesario dejar instalados dispositivos que faciliten el cierre de las fístulas complejas sin lesión del aparato esfinteriano. (Setón)

Pronóstico

El pronóstico suele ser excelente, si bien pueden producirse recidivas de la enfermedad y en casos excepcionales distintos grados de incontinencia.

El período de recuperación del paciente depende de la cicatrización de la herida quirúrgica que se encuentra condicionado por la complejidad de ésta y la necesidad de revisiones quirúrgicas.

Como en el caso de la fisura anal se debe valorar el tipo de actividad laboral. Actividades que requieren períodos prolongados en sedestación pueden condicionar el momento de reincorporación laboral.

Duración de la Incapacidad Temporal

| FÍSTULA ANORRECTAL | |
|---|--------------|
| Criterios | Duración |
| A. Fístula simple | 7 días |
| B. Fístula compleja (con afectación de esfínter) | 15 - 30 días |

Consideraciones:
Los márgenes previstos oscilarán en función de la actividad laboral y de las medidas de higiene

Bibliografía

- Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S. Fistula Anorrectal. En: Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S, ed. Fundamentos de Cirugía Anorrectal. Mexico: Editorial Limusa; 1992: 149-161.
- Rusell TR. Anorrectal Fistula. En: Way LW, ed. Current Surgical Diagnosis and Treatment. Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1994: 701-703.
- Storer EH, Goldberg SM, Nivatvongs S. Colon, recto y ano. En: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Storer EH, ed. Principios de Cirugía. Mexico: McGraw-Hill; 1987: 1225-1227.
- Vasilevsky CA. Anorrectal Abscess and Fistula in Ano. En Beck DE. Handbook of Colorectal Surgery. St Louis, Miss: QMP; 1997: 312-329.

55. ABSCESO ANORRECTAL

CIE-9-MC 566 Absceso de las regiones anal y rectal

Concepto

Se trata de una colonización y proliferación de microorganismos patógenos, con evolución hacia una colección, que se localiza en los espacios pararrectales.

Etiología

El origen más frecuente es una cripta anal infectada, menos frecuentemente, un folículo piloso infectado, traumatismo local, erosión mucosa, hematoma, hemorroide trombosada o como consecuencia de una enfermedad inflamatoria intestinal.

Los gérmenes suelen ser múltiples predominando la flora intestinal y especialmente los anaerobios.

Epidemiología

El absceso anorrectal es una patología muy frecuente, siendo su incidencia mucho más acusada en el caso de los pacientes varones.

Clínica

Los **síntomas** de un absceso anorrectal son típicos. Los abscesos situados más externamente producen cuadros de intenso dolor local, incrementado

con los movimientos que aumentan la presión sobre esa zona. La exploración evidenciará los signos clásicos de edema, eritema, induración e intenso dolor a la palpación. En ocasiones, puede existir drenaje espontáneo de material purulento. **A nivel sistémico** puede existir un estado de sepsis más o menos acusado, desde fiebre hasta una afectación importante del estado general.

Diagnóstico

Es imprescindible la realización de un **examen digital del recto** durante la valoración de cualquier tipo de absceso anorrectal. Además, es necesario tener en cuenta que los signos clínicos descritos pueden no ser evidentes en caso de colecciones localizadas a nivel profundo, pudiendo ser necesario para su diagnóstico la utilización de pruebas de imagen y en ocasiones una cuidadosa exploración bajo anestesia.

Tratamiento

Incisión y drenaje precoz. En general, este procedimiento puede realizarse bajo anestesia local y en régimen ambulatorio. En casos de localización profunda, diagnóstico dudoso o pacientes con enfermedades sistémicas puede ser necesario la realización del drenaje mediante otro tipo de anestesia.

A pesar de la ausencia de fluctuación, la sospecha de un absceso anorrectal obliga a realizar una exploración y drenaje quirúrgicos adecuados. La instauración de antibióticos es solo adecuada en el caso de afectación sistémica y no sustituye nunca al drenaje de la colección. Su utilización antes del drenaje puede enmascarar el cuadro y propiciar la proliferación de organismos resistentes.

Tras la realización del drenaje, la herida debe ser frecuentemente explorada con el fin de acelerar su curación y evitar la formación de abscesos recurrentes.

Pronóstico

La localización de los abscesos con respecto a las distintas estructuras anatómicas anorrectales condiciona su clasificación, la cual tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas. Así, las colecciones formadas profundamente en el espacio isquiorrectal o por encima de los músculos elevadores del ano, tienen dificultades para encontrar un drenaje espontáneo, pudiendo produ-

cirse grandes colecciones e incluso extensión al espacio pélvico (absceso pelvirrectal), como en el caso de los abscesos del espacio supraelevador.

Es necesario advertir al paciente que tras la cicatrización de la herida puede producirse una fístula perianal que requerirá tratamiento quirúrgico posteriormente. Además, es importante hacer una valoración individual según el tipo de actividad laboral desempeñada (ambientes con condiciones de higiene escasa, altas temperaturas, actividades que requieran sedestación prolongada, etc.).

Duración de la Incapacidad Temporal

| ABSCESO ANORRECTAL | |
|---|----------------|
| Criterios | Duración |
| Cicatrización de la herida | De 7 a 15 días |
| Consideraciones: Los márgenes previstos oscilarán en función de la actividad laboral. | |

Bibliografía

- Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S. Absceso Anorrectal. En: Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S, ed. Fundamentos de Cirugía Anorrectal. Mexico: Editorial Limusa; 1992: 145-149.
- Rusell TR. Anorectal Abscess. En: Way LW, ed. Current Surgical Diagnosis and Treatment. Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1994: 700-701.
- Storer EH, Goldberg SM, Nivatvongs S. Colon, recto y ano. En: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Storer EH, ed. Principios de Cirugía. Mexico: McGraw-Hill; 1987: 1222-1223.
- Vasilevsky CA. Anorectal Abscess and Fistula in Ano. En Beck DE. Handbook of Colorectal Surgery. St Louis, Miss: QMP; 1997: 312-329.

56. HEPATOPATÍA CRÓNICA Y CIRROSIS

| | | |
|----------|-------|--|
| CIE-9-MC | 070.0 | Hepatitis viral aguda |
| | 070.9 | Hepatitis viral crónica |
| | 571 | Enfermedad hepática y cirrosis crónicas |
| | 571.0 | Hígado adiposo alcohólico |
| | 571.2 | Cirrosis hepática alcohólica |
| | 571.4 | Hepatitis crónica |
| | 571.5 | Cirrosis hepática sin mención de alcohol |
| | 571.6 | Cirrosis biliar |

Concepto

Hepatopatía crónica

Inflamación y necrosis hepáticas de más de seis meses de evolución.

Cirrosis hepática

Enfermedad crónica, difusa e *irreversible* del hígado, caracterizada por la existencia de fibrosis y nódulos de regeneración. Es el estadio evolutivo final de la hepatopatía crónica. La **cirrosis biliar**, se debe a la lesión o a la obstrucción prolongada del sistema biliar.

Hepatopatía alcohólica

Lesiones hepáticas producidas por el consumo crónico de alcohol. Entidades evolutivas con características morfológicas definidas: *esteatosis hepática, hepatitis alcohólica, y cirrosis hepática alcohólica*.

Etiología

Hepatopatía crónica

- Hepatitis **crónica viral** (VHB, sólo o asociado a VHD, y VHC, fundamentalmente).
- Hepatitis **autoinmunitaria**
- Hepatitis **criptogénica**
- Hepatitis crónica **secundaria a fármacos** (oxifenisatina, alfametildopa, nitrofurantoína, dantroleno)

Cirrosis

En nuestro medio, las causas más frecuentes son el **alcohol** (60-70%), VHB, VHC, y la criptogénica.

La **cirrosis biliar primaria** (CBP), parece tener etiología autoinmunitaria; la secundaria se debe, sobre todo, a la obstrucción de los conductos por estenosis postoperatorias o cálculos biliares.

Epidemiología

- La HC viral es más frecuente en varones, en homosexuales y drogadictos.

- La **cirrosis hepática** afecta a los dos sexos, pero más frecuentemente a los varones.
- Es más elevado el riesgo de padecer **cirrosis hepática alcohólica** en varones que consumen más de 40 gr. de etanol al día durante muchos años; y en las mujeres, más de 20 gr.
- Con respecto a la **cirrosis biliar primaria**, el 90% de los pacientes con enfermedad sintomática son mujeres entre 35 y 60 años.

Clínica

La mayoría de los pacientes con **HC** están prácticamente *asintomáticos*. Posteriormente, aparece anorexia, náuseas, vómitos, malestar general, pérdida de peso, molestias abdominales, ictericia, fiebre y otras manifestaciones.

La **cirrosis**, bien se puede presentar con *sintomatología inespecífica*, o bien con la relacionada con sus *complicaciones* (ascitis, síndrome hepatorenal, encefalopatía hepática, peritonitis bacteriana espontánea, o hemorragia digestiva por varices esofágicas).

El *prurito* es una manifestación muy frecuente de la **cirrosis biliar**.

Diagnóstico

1. **Anamnesis y exploración física.**
2. **Datos analíticos:** elevación de la bilirrubina, hipertransaminasemia (AST/ALT < 1 en HC, y AST/ALT > 2 en la alcohólica) elevación de la GGT y aumento del VCM en relación con el consumo de alcohol. En la cirrosis biliar, aparece de forma prácticamente constante la elevación de la fosfatasa alcalina y de la actividad 5-nucleotidasa. Los marcadores virales de HC viral son:
 - **VHC:** anti-HC, RNA del virus
 - **VHB:** HBsAg, DNA-polimerasa, DNA-VHB, HBeAg, durante la replicación del virus. Negativización del HBeAg y aparición del anti-HBe en la fase no replicativa.
3. **Técnicas de imagen:** ecografía abdominal, TAC, gammagrafía con Tc99, colangiografía retrógrada endoscópica en la cirrosis biliar.
4. **La laparoscopia y la biopsia.**

Tratamiento

Hepatitis crónica autoinmune: corticoides asociados o no a la azatioprina.

Hepatitis crónica viral: interferón alfa, más otros antivirales (lamivudina).

Cirrosis: Puede ser eficaz la administración de vitaminas B y C y vitamina K.

Pronóstico

Conviene conocer los factores pronósticos de la HC, para su evaluación y control (clasificación de *Child Pugh*).

Clasificación de Child-Pugh

| VARIABLES | 1 PUNTO | 2 PUNTOS | 3 PUNTOS |
|---------------------|---------|----------|-----------|
| Bilirrubina (mg/dl) | < 2 | 2-3 | > 3 |
| Albúmina (gr/l) | < 35 | 30-35 | < 30 |
| Ascitis | NO | moderada | abundante |
| Encefalopatía | 0 | I-II | II-IV |
| T. de protrombina | < 50% | 30-35% | < 30% |

Child A: 5 - 6 Supervivencia media 4 años

Child B: 7 - 9 Supervivencia media 2 años

Child C: 10-15 Supervivencia media 6 meses

En la hepatopatía alcohólica, la evolución es más favorable con la abstinencia de alcohol.

Duración de la incapacidad temporal

| HEPATOPATÍA CRÓNICA Y CIRROSIS | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Criterios | Duración |
| Compensada | No precisa I.T. |
| Descompensada | De 7 a 30 días |
| • Child A ó B | Valorar I. Permanente |
| • Child C | |

Consideraciones:

En la valoración de la incapacidad, incluimos la cirrosis como un estadio evolutivo de la HC.

En el caso de la HC viral, el tratamiento con interferón suele ser causa de IT al comienzo del tratamiento.

Bibliografía

- Andreu V. Pronóstico de la cirrosis hepática. JANO 1998; 53 (1237): 32-8.
- Arroyo V, Ginés P. Cirrosis Hepática. En: Farreras Rozman. Medicina Interna. 12ª ed. Barcelona: Doyma; 1992. p. 305-8.
- Caballería J, Parés A. Hepatopatías alcohólicas. En: Farreras Rozman. Medicina Interna. 12ª ed. Barcelona: Doyma; 1992. p. 329-33.
- Dienstag JL, Isselbacher KJ. Hepatopatía crónica. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª ed. Nueva York: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 927-43.
- Gili Miner M. Epidemiología y prevención de los problemas relacionados con el alcohol. En: Salud Pública. 1ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España. SAU; 1998. p. 659-75.
- Pujol R, Padrós J, Martí C. Enfermedades del aparato digestivo. En: Martín Zurro, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria, Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1995. p. 745-7.
- Sánchez- Tapias JM. Hepatitis Crónica. En: Farreras Rozman. Medicina Interna. 12ª ed. Barcelona: Doyma; 1992. p. 302-5.

57. COLELITIASIS QUIRÚRGICA

| | | |
|----------|--------|--|
| CIE-9-MC | 574 | Colelitiasis |
| | 574.0 | Cálculo de vesícula biliar con colecistitis aguda |
| | 574.1 | Cálculo de vesícula biliar con otra colecistitis |
| | 574.20 | Cálculo de vesícula biliar sin mención de colecistitis |

Concepto

La indicación más frecuente para la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar es la presencia de colelitiasis, frecuentemente asociada con alguna sintomatología.

La presencia de litiasis biliar "per se" no es indicación para la realización de una colecistectomía, ya que únicamente el 2% de estos pacientes desarro-

llan síntomas, generalmente cólico biliar. No obstante, existen dos circunstancias en las que está indicada la colecistectomía "profiláctica". La existencia de cálculos mayores de 2 cm ya que se asocian con una mayor frecuencia de colecistitis aguda y la presencia de una vesícula calcificada, por su frecuente asociación con el carcinoma de vesícula.

Finalmente, es importante conocer, que la tendencia actual es tratar quirúrgicamente a los pacientes jóvenes y contemporizar con los más mayores con patología asociada.

Etiología

La presencia de cálculos en la vesícula biliar puede dar lugar a una obstrucción del conducto cístico, con producción de episodios de cólico biliar. Estos episodios contribuyen a producir una inflamación y subsecuente cicatrización de la pared vesicular, lo que finalmente dará lugar a una colecistitis crónica.

Una obstrucción mantenida del cístico con proliferación bacteriana puede producir un cuadro más severo denominado colecistitis aguda, pudiendo evolucionar hacia distintos tipos de complicación en ausencia de tratamiento médico apropiado. En general, la existencia de una colecistitis aguda implica un proceso infeccioso local. Su evolución hacia una complicación supone una generalización del proceso con mayor o menor afectación sistémica, ya sea a través de un absceso vesicular (empiema), gangrena de la pared o perforación vesicular con la producción de una peritonitis difusa.

El paso de contenido sólido (barro o microlitiasis biliar) al árbol biliar puede dar lugar a una agresión de la ampolla de Vater que desencadene un episodio de pancreatitis aguda. Si la litiasis es de suficiente tamaño puede llegarse a obstruir por completo el drenaje biliar dando lugar a cuadros de ictericia obstructiva y de colangitis.

Epidemiología

La incidencia de colelitiasis se incrementa con la edad de manera que entre los 50 y 65 años, el 20% de las mujeres y el 5% de los varones presentan una colelitiasis. A pesar de su frecuencia, únicamente el 30% de los pacientes son intervenidos quirúrgicamente.

La incidencia de colecistitis aguda es difícil de estimar ya que muchos episodios pueden permanecer sin detectar en caso de tener poca severidad.

Es importante conocer que pese a que el 15% de los pacientes con colelitiasis tienen una coledocolitiasis, el 50% de éstas permanecen sin producir sintomatología.

Clínica

Las claves diagnósticas en el caso de un cólico biliar simple son la presencia de **dolor abdominal** episódico localizado en el hipocondrio derecho, dispepsia no ulcerosa y presencia de contenido vesicular evidenciado a través de un estudio ecográfico.

La presencia de ictericia, colestasis extrahepática bioquímica y dilatación de la vía biliar detectada a través de una exploración ecográfica, son suficientes para sospechar la presencia de una coledocolitiasis.

El desarrollo de un cuadro de colecistitis aguda se encuentra marcado por la presencia de dolor intenso, signo de Murphy, síndrome séptico (fiebre y leucocitosis) y signos ecográficos de colecistitis. La intensificación de los signos descritos, junto con una afectación sistémica importante, debe hacernos pensar en la presencia de una colecistitis complicada.

La existencia de un cuadro de pancreatitis aguda debe descartarse en todos estos pacientes por medio de una determinación de amilasa en suero.

Tratamiento

El tratamiento definitivo de cualquiera de los cuadros descritos es la realización de una **colecistectomía** con exploración radiológica intraoperatoria de la vía biliar y asociación de alguna técnica quirúrgica de instrumentación de la vía biliar en caso necesario (coledocolitiasis).

Pronóstico

Con fines prácticos es necesario distinguir entre los procedimientos de **colecistectomía simple** en los cuales únicamente se realiza la extirpación de la vesícula, sin instrumentar la vía biliar y sin necesidad de drenajes. En estos casos, en ausencia de complicaciones, los períodos de recuperación postoperatoria son cortos y en general, dependen de la cicatrización de la herida

quirúrgica. Por esto, la utilización de técnicas de minilaparotomía o laparoscopia reducen en 4 días el período postoperatorio hospitalario y en varias semanas la incorporación al régimen de vida habitual.

El **resto de procedimientos** tales como la instalación de drenajes o la utilización de técnicas quirúrgicas complejas hace muy variable el período de recuperación del paciente.

Duración de la Incapacidad Temporal

| COLELITIASIS | |
|--------------------------------------|---------------|
| Criterios | Duración |
| A. Colectomía simple por laparotomía | 15 días |
| B. Colectomía simple laparoscópica | De 4 a 7 días |

Bibliografía

- Kelley JE, Burrus RG, Burns RP, et al. Safety, efficacy cost and morbidity of laparoscopic versus open cholecystectomy: a prospective analysis of 228 consecutive patients. *Am Surg* 1993; 59: 23-27.
- Schwartz SI. Vesícula biliar y sistema biliar extrahepático. En: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Storer EH, ed. *Principios de Cirugía*. Mexico: McGraw-Hill; 1987: 1303-1339.
- The Southern Surgeons Club. A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. *N Engl J Medicina* 1991; 324: 1073-1078.
- Way LW. Acute Cholecystitis. En: Way LW, ed. *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1994: 549-553.
- Way LW. Asymptomatic gallstones. En: Way LW, ed. *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1994: 546-547.
- Way LW. Choledocholithiasis. En: Way LW, ed. *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1994: 554-557.
- Way LW. Gallstones and chronic cholecystitis. En: Way LW, ed. *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1994: 547-549.

58. ENFERMEDADES PANCREATICAS

| | | |
|----------|-------|-----------------------------------|
| CIE-9-MC | 577 | Enfermedades pancreáticas |
| | 577.0 | Pancreatitis aguda |
| | 577.1 | Pancreatitis crónica |
| | 577.2 | Quiste y pseudoquiste pancreático |

Concepto

Pancreatitis aguda

Se define como la inflamación súbita que se desarrolla sobre una glándula pancreática supuestamente sana y que, si el paciente sobrevive, va seguida en la mayoría de los casos de una curación sin secuelas.

Pancreatitis crónica

Es un proceso inflamatorio crónico, que conduce a la destrucción progresiva del tejido glandular pancreático y a su sustitución por tejido fibroso.

Etiología

- **Pancreatitis aguda (PA):** *litiasis biliar* (50-75%) y *alcohol* (15-20%).
- **Pancreatitis crónica (PC):** *alcohol*, factores *dietéticos*, y *genéticos*.
- En las **recidivantes** representa un papel fundamental el alcohol.

Epidemiología

No existe unanimidad respecto al predominio de un sexo sobre otro. La edad de máxima incidencia se observa entre la cuarta y sexta década de la vida.

Clínica

El síntoma más relevante es el dolor, iniciado en epigastrio e irradiado a ambos hipocondrios, incluso a espalda; en ocasiones relacionado con una importante ingesta previa de alimentos o alcohol. Pueden aparecer síntomas colaterales.

Diagnóstico

1. **Anamnesis y exploración física**, con la palpación abdominal. La **esteatorrea** es un signo de deterioro funcional del páncreas. En estadios menos evolucionados se emplean métodos indirectos (prueba de BT-PABA¹²), o la estimulación con colecistoquinina.

¹² Se administra dicho péptido, que es hidrolizado por la quimioterapia pancreática, liberando PABA, que se absorbe y excreta por la orina, reflejando la funcionalidad exocrina del páncreas.

2. Entre los **datos de laboratorio** se encuentran la amilasa y/o lipasa.
3. **Técnicas de imagen:** radiografías simples de tórax y abdomen, ecografía, TAC, y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Tratamiento

Conservador:

En pancreatitis agudas leves

En pancreatitis crónicas para analgesia y recuperación de las funciones deterioradas.

Quirúrgico.

Pronóstico

La **PA** se suele presentar como abdomen agudo, precisando siempre ingreso hospitalario, por lo que será causa de baja laboral. En una pequeña proporción existe indicación de tratamiento quirúrgico, recuperándose la funcionalidad pancreática con normalidad.

El pronóstico de la **PC** es siempre incierto.

Duración de la Incapacidad Temporal

| ENFERMEDADES PANCREÁTICAS | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| Criterios | Duración de I.T: |
| Pancreatitis aguda | |
| • Sin cirugía | De 15 a 60 días |
| • Con cirugía | De 21 a 90 días |
| Pancreatitis crónica | |
| • Controlada | No I.T. |
| • Con dolor incapacitante | De 7 a 60 días/Valorar I. Permanente |

Bibliografía

- Carballo F. Pancreatitis Aguda: un complejo y persistente desafío. JANO 1997; 52 (1207): 37-45.

- Greenberger NJ, Toskes PP, Isselbacher KJ. Pancreatitis aguda y crónica. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª ed. Nueva York: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p.1977-90.
- Navarro Colás S, Guarner Aguilar L. Enfermedades del páncreas. En: Farreras Rozman. Medicina Interna. 12ª ed. Barcelona: Doyma; 1992. p. 203-15.
- Navarro S. Pancreatitis aguda. JANO 1997; 52 (1202): 37-8.
- Navarro S. Manejo del paciente con pancreatitis crónica. JANO 1998; 54 (1239): 37-40.

59. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL

| | | |
|----------|--------|--|
| CIE-9-MC | 578 | Hemorragia gastrointestinal |
| | 578.0 | Hematemesis |
| | 578.1 | Sangre en heces |
| | 531.0 | Úlcera gástrica aguda con hemorragia |
| | 531.4 | Úlcera gástrica crónica o no especificada con hemorragia |
| | 532.0 | Úlcera duodenal aguda con hemorragia |
| | 532.4 | Úlcera duodenal crónica o no especificada con hemorragia |
| | 535.01 | Gastritis con mención de hemorragia |
| | 562.12 | Diverticulosis de colon con hemorragia |
| | 569.85 | Angiodisplasia intestinal con hemorragia |
| | 792.1 | Sangre oculta |

Concepto

Hemorragia digestiva alta (HDA)

Es toda pérdida hemática originada en el tubo digestivo entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz.

Hemorragia digestiva baja (HDB)

Es la que se produce a partir de lesiones situadas por debajo del ángulo de Treitz.

No consideraremos aquí las hemorroides y la patología anorrectal, tratadas ya en otro capítulo.

Etiología

HDA

1. Úlcera duodenal

2. Úlcera gástrica
3. Lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal (situación de estrés, sepsis, grandes quemados, AINES, glucocorticoides, alcohol)
4. Varices gastroesofágicas (por hipertensión portal)
5. Síndrome de Mallory-Weiss (del 10 al 15% de las HDA, frecuente tras el abuso alcohólico)
6. Esofagitis

HDB

1. Diverticulosis cólica
2. Angiodisplasia intestinal (sobre todo de ciego, colon ascendente e íleon distal)
3. Tumores de colon
4. Divertículo de Meckel

Epidemiología

La incidencia de la hemorragia gastrointestinal (HGI), está condicionada por factores como el consumo de AINES y otros fármacos gastrolesivos. La HDB es más frecuente en mayores de 60 años.

Clínica

En el caso de hemorragia aguda, encontraremos signos clínicos de pérdida hemática. La HDB se suele presentar como pérdida crónica o intermitente, con síntomas de anemia ferropénica.

Diagnóstico

1. **Historia clínica y exploración física** con búsqueda de signos de pérdida hemática, y realización de tacto rectal en caso de HDB.
2. **Métodos diagnósticos de imagen:** la endoscopia es la técnica de elección. Otras técnicas son: angiografía, radioisótopos con hematies marcados y laparotomía.
3. **Detección de sangre oculta** en heces.

Tratamiento

- **Conservador.**

Inyección intrarterial o intravenosa de **vasopresina**.

Tratamiento **transendoscópico hemostático**, o **embolización arterial** si el diagnóstico es angiográfico.

Quirúrgico.

Pronóstico

Son factores de mal pronóstico en la HDA:

Edad mayor de 60 años.

Tipo de lesión sangrante: peor pronóstico el sangrado por varices esofágicas.

Enfermedades graves coexistentes.

Persistencia, recidiva de la lesión o características endoscópicas con posibilidades de recidiva.

Intensidad del sangrado inicial.

Duración de la Incapacidad Temporal

| HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Criterios | Duración |
| HGI Aguda | De 15 a 90 días ¹³ |
| HGI Crónica | Variable ¹⁴ |

Bibliografía

- Epstein A, Isselbacher KJ. Hemorragia Digestiva. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª ed. Nueva York: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 281-5.
- Piqué JM, Terés J. Hemorragia gastrointestinal. En: Farreras Rozman. Medicina Interna. 12ª ed. Barcelona: Doyma; 1992. p. 230-9.

¹³ La gran variación en la duración de la IT dependerá de la etiología en cada caso, el grado de afectación y el tratamiento.

¹⁴ Valorar en caso de aparición de síntomas o complicaciones de la patología causante.

- Pujol R, Padrós J, Martí C. Enfermedades del aparato digestivo. En: Martín Zurro, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria, Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1995. p. 741-4.
- Stern S, Altkorn D, Levinson W. Detección de los cánceres de próstata y colon. JAMA 1999; 8 (2): 88-90.

60. FACTORES CONDICIONANTES DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN DIGESTIVO

Se pueden considerar factores condicionantes en la incidencia y prevalencia de la IT para las enfermedades del aparato digestivo, los siguientes:

1. La sintomatología clínica.
2. Los procedimientos diagnósticos, más o menos invasivos.
3. Necesidad de ingreso hospitalario.
4. Factores terapéuticos, tanto médicos como quirúrgicos.
5. Complicaciones de la patología y del tratamiento.
6. Hábitos de vida.

En la patología digestiva, el factor fundamental que determina el inicio de una baja laboral, es la **sintomatología dolorosa**. En la hepatopatía crónica, serán sobre todo la **astenia** y el **deterioro funcional**, y respecto a la gastritis, existen datos que inducen a pensar que suele ser una **sintomatología dispéptica inespecífica**.

Por otra parte, puede prolongar la situación de IT la necesidad de **ingreso hospitalario** que se precisa, por ejemplo, en la pancreatitis aguda, en la hemorragia gastrointestinal aguda, o en las complicaciones de la úlcera péptica. En caso de requerir **intervención quirúrgica**, el trabajador puede presentar limitaciones para actividades que precisen un esfuerzo físico intenso, o trabajos que no sean compatibles con un ritmo intestinal aumentado, o con una bolsa de colostomía. Dentro de los factores terapéuticos el tratamiento con interferón suele requerir IT durante los primeros días de tratamiento, compatibilizándolo luego con su actividad laboral. No obstante,

hay que tener en cuenta la posible aparición de depresión o alteraciones hematológicas a largo plazo lo que refuerza el carácter individualizado de dicha prestación.

Queremos destacar la gran implicación que presenta el **estilo de vida**, y determinadas **conductas** y **factores dietéticos** (alcohol, grasa, etc) en la evolución de las patologías, y por tanto en la incidencia y tiempo de duración de la baja laboral.

X. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO (580-629)

61. PIELONEFRITIS AGUDA

CIE-9-MC 590.1 Pielonefritis aguda

Concepto

Infección aguda de la vía excretora intrarrenal y del parenquima de uno o ambos riñones. Aunque en teoría la infección puede afectar solamente a la vía excretora renal en la práctica casi siempre se extiende al parenquima renal.

Etiología

Los gérmenes responsables son en la mayoría de los casos Enterobacterias. El más frecuente es *Escherichia Coli* (80%), siguiéndole *Proteus*, *Klebsiella* y *Pseudomonas* y con menor frecuencia *Serratia*, *Enterobacter* y *Citrobacter*. Mucho más raro es que el germen causal sea gram positivo (*Estafilococo Aureo* y *Streptococo Fecalis*).

Los microorganismos infectantes proceden de cualquier segmento del aparato urinario y son especialmente sensibles aquellos individuos en que existe obstrucción o anomalías del mismo.

Las dos vías principales de infección del aparato urinario superior son: la canalicular ascendente a partir de los gérmenes que colonizan el periné y la hematógena, siendo la primera la más frecuente (90% de los casos).

Epidemiología

Generalmente es unilateral y más frecuente en la mujer que en el hombre.

La *Escherichia Coli* productora de pielonefritis es más virulenta que la productora de infecciones del trato urinario inferior. Mal tratada o no diagnosticada puede evolucionar a pielonefritis crónica (concepto radiológico) que es la causa más frecuente de insuficiencia renal crónica.

Clínica

Dolor constante e intenso en la zona lumbar, fiebre alta y escalofríos, cefaleas, sudoración y sensación de malestar general e incluso postración.

Pueden asociarse náuseas y vómitos cuando existe un componente obstructivo litiasico e incluso diarrea.

Existen antecedentes al menos en la mitad de los casos de síndrome miccional de 2-3 días de evolución.

A la exploración, que dada la intensidad del cuadro debe ser efectuada de manera delicada podemos encontrar: dolor a la palpación en fosa renal correspondiente y muy selectivamente en los puntos de intersección costolumbar; en ocasiones extremas y en cuadros evolucionados puede apreciarse incluso contractura abdominal.

Generalmente el paciente presenta diuresis normales y raramente cursa con insuficiencia renal, aunque en casos de monorrenia funcional u orgánica puede cursar con oliguria y alteración discreta de la función renal.

No tratada o en pacientes inmunodeprimidos, obstruidos o diabéticos puede evolucionar hacia cuadros de piodonefrosis y sepsis. En su forma crónica y repetitiva representa aún hoy en día la principal causa de insuficiencia renal crónica.

Diagnóstico

En orina existe piuria, hematuria microscópica y bacteriuria salvo que el riñón infectado este obstruido. En el hemograma existe un aumento de la velocidad de sedimentación globular y leucocitosis con neutrofilia especialmente a partir del 2º día de evolución

Previamente al tratamiento se tomará una muestra de orina para urocultivo tras lo cual puede ya iniciarse un tratamiento empírico.

La radiología convencional mostrará, si acaso, un borramiento de la línea del psoas cuando exista importante componente edematoso, pero en general no contribuirá al diagnóstico.

En la actualidad, la exploración de elección es la ecografía que mostrará un discreto aumento del volumen renal y disminución global de la ecogenicidad. Servirá asimismo para descartar dilatación de las cavidades renales que debiera orientarnos hacia una causa obstructiva.

La urografía intravenosa no se realiza de manera rutinaria dado que aporta poco al diagnóstico en caso de pielonefritis no complicadas y el contraste puede, en casos extremos, inducir toxicidad sobre un parenquima renal infectado.

En aquellos casos en que se sospeche un proceso sobreañadido o que evolucionen tórpidamente, la exploración de elección es la tomografía axial computerizada.

Pronóstico

La gravedad del cuadro puede oscilar entre el síndrome miccional banal y la sepsis urinaria que comporta una mortalidad no despreciable. Las infecciones urinarias son en términos globales la causa del 15-20% de los casos de insuficiencia renal crónica.

El grado de severidad de una pielonefritis puede subdividirse en:

- 1. Infección asociada a hospitalización, instrumentación urológica o anomalías de la vía urinaria:** suele tratarse de pacientes con enfermedades de base, crónicas y debilitantes, sometidos a manipulaciones instrumentales o portadores de anomalías congénitas de la vía urinaria.
- 2. Infección con manifestaciones generales graves que justifican hospitalización:** deberá prolongarse el tratamiento medicamentoso tras el alta, estableciéndose los controles pertinentes al objeto de constatar la curación clínica y analítica de la enfermedad.

3. Infección susceptible de ser tratada ambulatoriamente.

La capacidad laboral de estos individuos dependerá en su mayor parte de la enfermedad de base.

Generalmente y tras el alta hospitalaria el paciente deberá someterse a un periodo de convalecencia domiciliaria hasta la reincorporación a la vida laboral.

Duración de la incapacidad laboral temporal

| PIELONEFRITIS AGUDA | |
|--|-------------------------|
| Criterios | Duración |
| A. Infección nosocomial, iatrogénica o asociada a malformación congénita | Según patología de base |
| B. Hospitalización | De 15 a 30 días |
| C. Tratamiento ambulatorio | De 10 a 15 días |

Bibliografía

- Gelabert Mas A. Infecciones urinarias sintomáticas. En: Tratado de Urología, Eds. JF Jiménez Cruz y LA. Rioja. Ed JR Prous, Barcelona, 1993. pp: 447-469.
- Roberts JA. Virulence factors in Escherichia coli pyelonephritis. Current opinion in Urology, 5, 1995, 41-44.
- Schaeffer AJ. Infections of the urinary tract. En :Campbells Urology, 6ª edición, eds. Walsh, retik, Stamey, Vaughan, Philadelphia, 1992, pp: 729-822.
- Domínguez Bravo C. Infecciones inespecíficas del aparato urinario. En: Urología. Vesalio. Eds. O. Leiva Galvis y L. Résel Estevez. ENE ediciones, Madrid, 1992, pp: 229-277.
- Morera Martínez JF, Jiménez Cruz JF. Infecciones urinarias en urgencias. Crónica Antiinfecciosa, 4, 1996, 7-8.

62. LITIASIS RENAL

| | | |
|----------|-------|----------------------------------|
| CIE-9-MC | 592 | Cálculo de riñon y ureter |
| | 592.0 | Cálculo de riñon |
| | 592.1 | Cálculo de ureter |
| | 592.9 | Cálculo urinario no especificado |

Concepto

La litiasis renal cursa como un cólico nefrítico con dolor lumbar que irradia a abdomen o genitales producido por la distensión brusca de la vía urinaria.

Cuando la litiasis urinaria no es expulsable espontáneamente y es tributaria de tratamiento invasivo, maniobras endoscópicas auxiliares o aquella que sobrevenga en el contexto de una malformación urológica congénita, nos hallaremos ante un cuadro de litiasis renal compleja.

Etiología

La causa más frecuente de cólico nefrítico es la presencia de un cálculo en la vía urinaria pero puede también originarse por cualquier causa que obstaculice el libre flujo de la orina desde las cavidades renales hacia la vejiga, por ejemplo: coágulos, tumor ureteral o piélico, cruce vascular y compresiones extrínsecas.

En la vía urinaria existen cinco zonas de impactación calculosa: el infundíbulo calicial, la unión pieloureteral, el cruce con los vasos iliacos, el cruce del ureter pelviano con la arteria uterina, el infundíbulo pélvico en la mujer, y con el deferente en el hombre y la zona del ureter intramural y meato ureteral.

Existen distintas **teorías litogénicas** entre las que cabe destacar la sobresaturación de distintas sales en orina resultando en cristalización, la nucleación matricial, ausencia de inhibidores de la cristalización o de sustancias estabilizadoras, inducción y la teoría litogénica renal.

Factores favorecedores:

1. **Químicos:** iones, material orgánico, etc.
2. **Físicos:** pH urinario, infección, sobresaturación urinaria, etc.
3. **Anatómicos:** éstasis urinario.
4. **Etiopatogénicos prerrenales:** deshidratación, hiperparatiroidismo etc.
5. **Renales:** acidosis tubular e hipercalciuria renal.
6. **Postrenales:** obstrucción y cuerpos extraños.

Principales factores inhibidores:

1. **Orgánicos:** macromoléculas del tipo de los glicosaminoglicanos, urea, proteína de Tamm-Horsfall, ácidos como el citrato y el tartrato, aminoácidos como el ácido aspártico, el glutámico y la alanina.
2. **Inorgánicos:** magnesio, pirofosfato y algunos oligoelementos.

La composición más frecuente es la de oxalato cálcico monohidratado, siguiéndole en orden de frecuencia el oxalato cálcico dihidratado, el fosfato cálcico, el ácido úrico, el urato amónico y el fosfato amónico-magnesico y la cistina. No es infrecuente la combinación de diferentes minerales en el mismo cálculo.

Las infecciones agudas de la vía urinaria alta pueden en ocasiones cursar con dolores semejantes al cólico nefrítico.

Epidemiología

Más frecuente en el varón en proporción de 2-3 a 1; el mayor pico de incidencia se sitúa entre los 30 y 50 años y la tendencia a la recidiva es del 40% a cinco años y 60% a nueve años.

En España afecta al 15% de las familias y la prevalencia es de un 4.16%, variando la distribución en las diferentes regiones. Entre un 5 y un 10% de la población puede presentar episodios de cólico nefrítico a lo largo de la vida.

En Europa es mucho más frecuente la litiasis ureteral que la renal existiendo una tendencia al aumento de frecuencia.

Factores que inciden en la aparición de litiasis, (la mayoría de las veces interrelacionados):

1. **Edad:** tendencia similar en niños de ambos sexos.
2. **Sexo:** los estrógenos aumentan la citraturia protegiendo de la litiasis oxalocálcica, mientras que son más frecuentes en el sexo femenino las litiasis infecciosas o las resultantes de defectos metabólicos como hiperparatiroidismo o cistinuria.

3. **Herencia:** implicada en las litiasis úricas, xantínicas, cistínicas y en las secundarias a acidosis tubular.
4. **Predisposición genética:** en las alteraciones del metabolismo fosfo-cálcico de las purinas y del ácido oxálico.
5. **Hábitos dietéticos y de vida:** La litiasis oxalocálcica y de localización ureteral es más frecuente en las áreas industrializadas.
6. **Profesión y nivel socioeconómico:** más frecuente en individuos con nivel sociocultural alto.

Aproximadamente la mitad de las litiasis clínicas son tributarias de maniobras instrumentales o de tratamiento mínimamente invasivo mediante litotricia extracorporea por ondas de choque (LEOC). La incidencia disminuye a medida que aumenta la complejidad de la litiasis (tamaño y situación), así es mucho más frecuente la litiasis ureteral que la litiasis coraliforme.

Clínica

El cólico nefrítico cursa como un dolor de aparición súbita y tipo cólico que suele iniciarse en la fosa lumbar o en el flanco e irradia al trayecto ureteral, en consecuencia hacia la fosa ilíaca ipsilateral y genitales. El dolor es paroxístico y agitante, de intensidad creciente y muy variado en lo que respecta a aparición, evolución e intensidad.

Suele cursar con inquietud intensa y a menudo se acompaña de un síndrome vagal, náuseas y vómitos. Si se asocia a infección urinaria o la litiasis se localiza en el trayecto ureteral yuxtavesical puede acompañarse de síndrome miccional intenso. Aunque puede presentarse a cualquier hora del día, en algunos textos lo presentan como de debut frecuente en la noche o madrugada. Puede acompañarse de hematuria.

Ocasionalmente el dolor puede ser sordo y continuo e incluso acompañarse de íleo intestinal reflejo y defensa abdominal.

La litiasis renal compleja y aunque la mayoría de las litiasis no expulsables debutan con un episodio de cólico nefrítico de intensidad variable acompañado o no de hematuria, no es infrecuente que el curso del coraliforme sea

silente, descubriéndose su existencia durante el estudio de una infección urinaria persistente.

Las grandes litiasis renales y la litiasis ureteral impactada pueden en casos extremos debutar como sepsis urológica y/o pionefrosis.

Diagnóstico

En caso de cólico nefrítico, si bien es clínico, el facultativo no debe limitarse a instaurar un tratamiento antiálgico adecuado sino que debe valorar los siguientes parámetros:

1. Existencia de una litiasis urinaria, su tamaño y su localización, mediante radiología simple renovesical.
2. Estado de las cavidades renales mediante ultrasonidos, descartando la existencia de ectasia renal o hidronefrosis y la presencia de litiasis radiotransparentes.
3. Presencia de infección urinaria (sedimento y cultivo de orina) y de alteraciones de la fórmula hemática.

Si se sospecha afectación severa de la vía y el parenquima renal o no es posible determinar la existencia de un obstáculo litiásico, esta indicada la práctica de una urografía endovenosa.

En caso de litiasis renal compleja, en el momento del diagnóstico, para la elección del tratamiento y la emisión de un juicio pronóstico se valorarán, mediante urografía endovenosa:

1. Características de la litiasis.
2. Estado funcional del riñón afecto y del contralateral.
3. Morfología de la vía urinaria (posibles anomalías congénitas).

Sedimento y cultivo de orina nos informarán de la presencia de infección urinaria asociada y el hemograma de la presencia de estados sépticos ante la sospecha clínica de pionefrosis.

En algunos casos y al objeto de valorar el pronóstico funcional de la unidad renal correspondiente o de preservar su función, puede ser necesaria la

práctica de otras exploraciones complementarias e incluso de procedimientos diagnóstico/terapéuticos invasivos (Punción, nefrostomía, gammagrafía renal...).

Tratamiento

En caso de cólico nefrítico por litiasis expulsable podrá iniciarse una terapia antiálgica considerando los aspectos referidos en el apartado de diagnóstico.

En caso de litiasis renal compleja, la elección de la opción terapéutica dependerá de las características de la litiasis (localización, tamaño y dureza) de la morfología de la vía urinaria, de la función renal de la unidad correspondiente y de las condiciones generales del paciente.

La elección del tratamiento de la litiasis compleja es individualizada y aunque priman los criterios de preservación de la función y de mínima lesividad, los esquemas de tratamiento están sometidos a variaciones según los diversos centros y países.

En caso de que técnicas distintas oferten resultados similares, la elección del tratamiento vendrá modulada por la disponibilidad del material quirúrgico y la destreza del especialista.

En general la LEOC consigue un 80-90% de resultados satisfactorios en el tratamiento de las litiasis ureterales y renales, aunque en ocasiones son necesarias varias sesiones de tratamiento, distanciadas en el tiempo.

En la litiasis coraliforme los mejores resultados se consiguen asociándola a la nefrolitotomía percutánea (PCN). En los casos de litiasis ureterales pelvianas los resultados de la LEOC son superponibles a los obtenidos mediante ureterorenoscopia (URS) aunque en algunos estudios esta última ofrece mejor relación coste/beneficio.

En última instancia y ya sea por ineficacia de los anteriores tratamientos, por la aparición de complicaciones o porque las características de la litiasis (grandes masas, gran dureza, situación diverticular) lo conviertan en el tratamiento de elección, hasta un 10 % de las litiasis complejas serán tributarias de tratamiento quirúrgico a cielo abierto.

Un somero esquema de tratamiento sería:

- Litiasis renal coraliforme PCN - LEOC
- Litiasis renal simple LEOC
- Litiasis ureteral lumbar LEOC
- Litiasis ureteral pelviana LEOC / URS

Pronóstico

El cólico nefrítico es solamente un cuadro álgico que cederá en el momento en que el cálculo rebase la zona de impactación o se solucione la causa obstructiva subyacente. Es más frecuente la repetición del cuadro cuanto más proximal sea la situación del calculo en el aparato urinario.

No es posible predecir con exactitud la duración del periodo expulsivo natural, pero en virtud del estado de la unidad renal correspondiente y de la morfología del cálculo e incluso si el periodo de sintomatología se alarga anormalmente, se adoptaran estrategias terapéuticas distintas al simple tratamiento del dolor catalogándose la litiasis como de compleja.

Del mismo modo, el cólico nefrítico producido por una litiasis teóricamente expulsable pero en la que se asocian obstrucción e infección urinaria es tributario de un tratamiento más enérgico y de un control más estricto por la posibilidad de desarrollo de un cuadro de sepsis urinaria.

Estratificación del riesgo

Se debe valorar:

1. **La modalidad de tratamiento empleado.**
2. **El método menos agresivo es la LEOC**, aunque no esta exenta de complicaciones especialmente en pacientes hipertensos, diabéticos o con grandes masas litiasicas. Los métodos endourológicos son menos agresivos y el tiempo de convalecencia es menor que en la cirugía a cielo abierto.

3. **La presencia de complicaciones**, que obliguen a la práctica de maniobras auxiliares posteriores al tratamiento como la sepsis urológica, o complicaciones derivadas de la herida a cielo abierto.
4. **El periodo expulsivo**, que puede tras LEOC y en casos de grandes masas litiasicas prolongarse hasta tres meses.
5. **La presencia de litiasis residual** que condicione la clínica.

En general el periodo de incapacidad aumenta a medida que aumenta la masa litiasica y la complejidad del tratamiento efectuado.

Uno de los objetivos de la instauración de protocolos de tratamiento de la litiasis compleja es, al margen de unificar criterios, conseguir una rápida reincorporación del paciente al mundo laboral.

Duración de la Incapacidad Temporal

| CÓLICO NEFRÍTICO (LITIASIS EXPULSABLE) | |
|---|---|
| Criterios | Duración |
| Litiasis expulsable | De 1 a 7 días (Dependiendo de la localización del cálculo) |
| Otras causas | Según etiología |
| LITIASIS RENAL COMPLEJA | |
| Criterios | Duración |
| A. Litiasis coraliforme | De 15 a 60 días (*) |
| B. Litiasis renal simple | De 7 a 30 días (*) |
| C. Litiasis ureteral | De 2 a 15 días (*) |
| Consideraciones: (*) En ausencia de complicaciones y dependiendo del número de tratamientos necesarios para fragmentar la litiasis. | |

Bibliografía

Drach GW. Urinary Lithiasis: Etiology, Diagnosis and Medical Management. En Campbells Urology, 6ª edición, Eds. Walsh, Retik, Stamey, Vaughan, WB Saunders Company, Philadelphia, 1992, pp: 2085- 2156 .

- García Pérez M, Arrabal Martín M, Campoy Martínez P. Litiasis: epidemiología, litogénesis y clasificación. En Tratado de urología, Eds JF Jiménez Cruz y la Rioja Sanz, JR Prous Ed., Barcelona, 1993, 723-740.
- Hernández Fernández C, Tratamiento quirúrgico de la litiasis. En: Tratado de urología, Eds. JF Jiménez Cruz y la Rioja Sanz, JR Prous ed, Barcelona, 1993, pp: 819-844.
- Ibarz Navarro JM, Lázaro Castillo J y Rioja Sanz LA. Litiasis: sintomatología, En: Tratado de urología, Eds JF Jiménez Cruz y la Rioja Sanz, JR Prous editores, Barcelona, 1993. pp: 741-781.
- Ponce Socorro J, Martínez Lagares F, Betancort de León R. tratamiento endourológico de la litiasis. En: Tratado de urología, Eds. JF Jiménez Cruz y LA Rioja Sanz, JR Prous Ed. b Barcelona, 1993, pp: 793-806.
- Ruiz Marcellan J. Litotricia extracorporea por ondas de choque. En: Tratado de Urología, Eds. JF Jiménez Cruz y la Rioja Sanz, JR Prous Ed, Barcelona, 1993, pp: 807-818.
- Vicente J., Litiasis urinaria, En Pautas de actuación y protocolos asistenciales, Ed. Pulso, Sant Cugat del Vallés, 1995, pp: 209-218.
- Wainstein MA, Resnick MI. Technical and experimental innovations in the treatment of urinary calculi, Current Opinion in Urology, 4, 1994, 217-222.
- Zuloaga Gómez A. Litiasis urinaria, En: Urología. Vesalio, Eds. O. Ieiva galvis y L. Réssel estevez, ENE ediciones, Madrid, 1992, pp: 323-348.

63. CISTITIS

CIE-9-MC 595.0 Cistitis

Concepto

Colonización bacteriana del tracto urinario inferior que comporta bacteriuria significativa (más de 100.000 colonias por mm.), asociada a signos y síntomas de inflamación del aparato urinario inferior.

Etiología

Los **gémenes más frecuentes** son gram negativos y comunes al resto de infecciones del aparato urinario: Escherichia Coli. Proteus Mirabilis y Klebsiella. Menos frecuentes son el Enterococo y el Staphylococcus.

En los últimos tiempos, dos bacterias de crecimiento lento: Corynebacterium urealyticum y Gardnerella vaginalis están siendo aisladas con mayor frecuencia en portadores de litiasis y en la mujer, siendo responsables de cistitis e incluso de infección urinaria alta.

En su **patogenia** intervienen factores anatómicos del huésped, como puede ser en la mujer la proximidad de uretra, vagina y ano, y fallo de los mecanismos de defensa, y factores de virulencia del microorganismo infectante, como la adherencia bacteriana y el desarrollo de resistencias bacterianas.

Desde el punto de vista etiopatogénico cabe distinguir entre **cistitis recurrentes** y **cistitis recidivantes**. Las reinfecciones o recurrencias están causadas por un germen distinto al del primer episodio y suelen aparecer cuatro o más semanas tras el primer episodio. Las recidivas están causadas por el mismo germen apareciendo el cuadro clínico unas dos semanas o inmediatamente después del primer episodio.

Epidemiología

Es la más frecuente de las infecciones tras la de las vías respiratorias. La **prevalencia** es de 3 a 1 a favor de la mujer y en según que medios y edades la incidencia en la mujer es diez veces superior a la del varón. La mayor incidencia de cistitis se encuentra en la mujer en época fértil y en el varón prostático.

Se considera que entre el 10 y el 30 % de las mujeres tendrán uno o más episodios de cistitis a lo largo de su vida, alcanzando las recurrencias al 40% de los casos de cistitis. En el anciano la prevalencia oscila entre el 20 y el 50%.

La media anual de infecciones por paciente es de dos y el 94% de las mismas se asocia a sintomatología. El 73% de los episodios sintomáticos están producidos por uropatógenos convencionales. Existe una clara influencia estacional, siendo más frecuentes en los meses calurosos.

La mujer embarazada es tres veces más susceptible que la no embarazada derivando la cistitis en pielonefritis en aproximadamente el 28% de los casos.

Clínica

La cistitis se caracteriza por un **intenso síndrome miccional**: disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, urgencia miccional y dolor o molestias suprapúbicas. Puede existir malestar general y escalofríos o sensación distérmica. En casos extremos pueden cursar con hematuria y fiebre alta.

La constipación crónica es común en las mujeres afectas de cistitis de repetición y en ocasiones existen también molestias coitales durante el episodio agudo o entre los antecedentes.

La **exploración física** suele ser anodina pudiendo únicamente constatarse la presencia de un cistocele o de prolapso genital.

Clínicamente se entiende por **cistitis complicada** aquella que aparece en el marco de una diabetes, durante el embarazo, en estados de inmunodepresión, las asociadas a litiasis, nefropatía e insuficiencia renal crónica, en ambiente hospitalario y las que coexisten con anomalías anatómicas u obstructivas de la vía urinaria.

Diagnóstico

Es necesaria la **apropiada recogida de orina para cultivo** sin el cual es imposible etiquetar el cuadro como infeccioso.

En cuanto al **diagnóstico diferencial** hay que destacar que existen otras patologías vesicales, especialmente en la mujer que cursan con un síndrome miccional indistinguible desde el punto de vista sintomatológico de una cistitis; el cultivo de orina es la prueba diagnóstica que permitirá orientar el cuadro.

Especial mención requiere en este apartado el "carcinoma in situ vesical" lesión maligna de la vejiga cuya única manifestación es en ocasiones un síndrome miccional intenso y cuyas implicaciones pronósticas son en todo diferentes de la cistitis.

Es también necesario ante cuadros de repetición descartar la presencia de un reservorio vaginal de gérmenes.

Ante un primer episodio de cistitis no es estrictamente necesaria la práctica de otras exploraciones complementarias aunque es aconsejable descartar de entrada cualquier anomalía del tracto urinario o la presencia de litiasis mediante una radiografía simple renovesical y una ecografía del aparato urinario.

En el caso de las cistitis recidivantes y en las complicadas es en ocasiones necesaria la practica de urografia endovenosa y/o cistoscopia.

Tratamiento

En el tratamiento de la **cistitis simple** son válidas diversas pautas de anti-bioterapia: desde la administración de quinolonas durante tres días o una dosis única hasta un tratamiento convencional de 7-10 días con diversos antimicrobianos.

En el caso de pautas de tratamiento cortas, se impone la práctica de un urocultivo de control a las 48-72 horas para verificar la ausencia de bacteriuria. Si persiste la colonización del tracto urinario o existe una reinfección el tratamiento debe prolongarse durante 7-10 días.

El tratamiento es más complejo y en ocasiones extremadamente largo en el caso de las **cistitis recidivantes**. La mayoría de los autores aconsejan, tras descartar la presencia de anomalías urinarias y de reservorios del germen, iniciar pautas de tratamiento intermitente y de larga duración acompañadas de medidas dietéticas e higiénicas (abundante ingesta hídrica, solución de la constipación pertinaz e higiene postcoital).

En las **cistitis complicadas**, el tratamiento incluye no solo pautas de 7-10 días sino también la solución o tratamiento de la causa que subyace, aunque en la mujer gestante, la dosis única se ha empleado con resultados aceptables.

Pronóstico

Evolución y tratamiento diferirán según se trate de cistitis recidivante o recurrente y según estemos ante una cistitis simple o complicada.

Las cistitis recidivantes, y lógicamente las complicadas, plantean mayores problemas de control y seguimiento que estará condicionado por la naturaleza del proceso acompañante.

La sintomatología de la cistitis suele ser invalidante durante los primeros días y hasta que el tratamiento surte efectos.

Duración de la Incapacidad Temporal

| CISTITIS | |
|------------------------|---------------------|
| Criterios | Duración |
| A. Cistitis simple: | De 0 a 5 días |
| B. Cistitis complicada | De 10 a 15 días (*) |

Consideraciones:
(*) Duración supeditada a la naturaleza del proceso de base.

Bibliografía

- Asuar Aydillo S, Murillo Mirat J, Torrubia Romero JF. Infecciones urinarias de repetición en la mujer. Tratado de urología, eds. JF Jiménez Cruz y la Rioja Sanz, JR Prous editores, Barcelona, 1993, pp: 515-524.
- Buitrago F, Turabian JC. Problemas nefrourológicos. En Martín Zurro A, Cano Pérez JF Eds. Atención Primaria, 3ª edición, Doyma editores, Barcelona, 1994.
- Jiménez Cruz JF, Fuster Escrivá A. Infección urinaria: actualización de conceptos con implicaciones terapéuticas. Revista Clínica Española, 197, nº 3, 180-185, 1977.
- Johnson JR, Stamm EN. Urinary Tract Infections in Women: Diagnosis and Treatment. Am. Intern. med., 111, 1989, 906-917.
- Morera Martínez J.F, Jiménez Cruz JF. Infecciones urinarias en urgencias. Crónica Antiinfecciosa, 4, 1996, 7-8.
- Vela Navarrete R. Infecciones del aparato urinario. En: Urología. Vesalio, Eds. O. Leiva Galvis, L. Réselestevez, ENE ediciones, Madrid 1992, pp: 213-228.

64. URETRITIS

| | | |
|----------|-------|---|
| CIE-9-MC | 099.4 | Otras uretritis no gonocócicas |
| | 597 | Uretritis no transmitida sexualmente y síndrome uretral |
| | 597.8 | Otras uretritis |

Concepto

Inflamación aguda bacteriana, e incluso vírica de la mucosa uretral.

Etiología

La mayor parte de las uretritis son producidas por enfermedades de transmisión sexual (ETS), aunque también pueden ser secundarias a instrumentación urológica y presentarse en portadores de sondas ureterovesicales a permanencia.

Según el germen causante se dividen en gonocócicas (UG) cuando el agente causal es *Neisseria Gonorrhoeae* y no gonocócicas (UNG) o inespecíficas de las que son principales responsables el *Ureoplasma Ureolyticum* y la *Chlamydia Trachomatis*.

Sin embargo, no es infrecuente la asociación de *Neisseria Gonorrhoeae* con otros gérmenes, que solo se ponen de manifiesto tras haber tratado con éxito al primero. Son las llamadas uretritis postgonocócicas (UPG).

La *Chlamydia Trachomatis* es responsable del 30-50% de las UNG y de hasta el 50-80% de las UPG; sin embargo, no es posible identificar gérmenes hasta en el 30% de las UNG aumentando esta cifra al 50% cuando se trata de población homosexual.

Otros gérmenes que se aíslan en las UNG son: *Trichomonas Vaginalis*, *Herpes Simplex*, *Haemophilus* y *Cándida*.

Epidemiología

Es muy frecuente y por definición una enfermedad que afecta al varón. Su incidencia se ha incrementado extraordinariamente en los últimos años, a expensas de las de transmisión sexual y contribuyendo a este hecho, la promiscuidad y los hábitos homosexuales.

Hasta en el 60% de los pacientes, se asocia más de una enfermedad de transmisión sexual.

El periodo de incubación se cifra en dos a siete días para las gonocócicas y es de 1 a 5 semanas para las no gonocócicas.

Especialmente importante en las de transmisión sexual es identificar la fuente de contagio, puesto que ambos (contagante y contagiado) deben ser tratados adecuadamente.

Clínica

Se caracteriza por la emisión de un exudado mucoso de aspecto purulento "per uretram". En ocasiones y dependiendo del germen infectante la secreción puede ser acuosa y poco abundante. Se suele acompañar de escozor miccional referido a meato uretral y de disuria de intensidad variable.

Puede complicarse infectando al resto del tracto urinario, especialmente a la próstata y al epididimo.

Aproximadamente dos tercios de las uretritis pueden cursar con mínima o ninguna sintomatología, siendo descubiertas casualmente o por el estudio de la pareja.

El tratamiento, que puede ser incluso administrado en forma de unidosis, en el caso de las UG es altamente efectivo y debe encaminarse a eliminar los posibles focos de contagio con el tratamiento de la pareja y posibles contactos sexuales.

Diagnóstico

Se realiza por **anamnesis** y mediante **examen bacteriológico** de la secreción uretral cuando existe.

Hoy en día se acepta como criterio diagnóstico de uretritis la presencia de 4 a 15 polimorfonucleares por campo al examen por microscopia directa del exudado uretral. La tinción en fresco para gram ofrece una sensibilidad de casi el 100% para *Neisseria Gonorrhoeae* cuando el paciente es sintomático. En los asintomáticos, la sensibilidad desciende al 70%.

La detección de *Chlamydia Trachomatis* requiere de métodos de cultivo celular, ya que este germen coloniza el interior de las células epiteliales. Al contrario que para la detección de una UG, en este caso se emplean torundas de algodón para la toma celular. El método de cultivo celular tiene una sensibilidad del 80-90%. Para la detección de *Chlamydias* pueden también emplearse métodos de inmunofluorescencia directa mediante anticuerpos monoclonales o la técnica ELISA.

Tratamiento

La uretritis no complicada es una enfermedad leve, sin prácticamente implicaciones laborales y que únicamente requiere de un tratamiento adecuado y completo.

Sin embargo, **el profesional debe hacer especial hincapié en dos puntos:**

- 1 Identificación del germen causal al objeto de instaurar el tratamiento antibiótico adecuado.
2. Identificación y tratamiento del contagiante.

El tratamiento puede ser administrado en forma ambulante.

Pronóstico

La enfermedad suele curar sin complicaciones y hoy en día es excepcional la evolución hacia la estenosis uretral arrosariada típica de las UG no tratadas.

En casos excepcionales el germen puede afectar a la próstata con el consiguiente cuadro de prostatitis o al testículo y epididimo.

Duración de la Incapacidad Temporal

| URETRITIS | |
|--|--|
| Criterios | Duración |
| A. Sin afectación del resto del tracto urinario. | De 0 a 5 días |
| B. Con afectación testicular o prostática | Ver duraciones estándar correspondientes |

Bibliografía

- Berger RE. Sexually Transmitted Diseases. En: Campbells Urology, 6ª edición, Eds. Walsh, Retik, Stamey, Vaughan. Philadelphia, 1992, pp: 823- 846.
- Morera Martínez JF, Jiménez Cruz JF. Infecciones urinarias en urgencias, Crónica Antifecciosa, 4, 1996. 7-8.
- Domínguez Bravo C. Infecciones inespecíficas del aparato urinario. En: Urología. Vesalio. Eds. O. Leiva Galvis y L. Resel Estevez. ENE ediciones, Madrid, 1992, pp: 229-277.
- Perea EJ. Uretritis de transmisión sexual. En: Tratado de Urología. Eds. JF Jiménez Cruz y LA Rioja Sanz. JR Prous editores, Barcelona, 1993, pp: 539-552.

65. HIPERPLASIA BENIGNA PROSTÁTICA

CIE-9-MC 600 Hiperplasia prostática

Concepto

Crecimiento tumoral benigno de la glándula prostática. Es la más característica de las enfermedades que afectan a la próstata. Se entiende por prostatismo (Síndrome prostático), el conjunto de síntomas y signos derivados del crecimiento de la glándula.

Etiología

Se acepta que existen **dos factores esenciales** en el desarrollo de la hiperplasia:

1. la edad.
2. presencia de hormonas testiculares.

La influencia hormonal en el desarrollo de la HBP es mucho más evidente sobre el componente epitelial que sobre el estroma glandular. Está demostrado que en el tejido hiperplásico existe una mayor cantidad de receptores androgénicos que en la próstata normal. La hormona directamente implicada en el desarrollo de tejido hiperplásico es la testosterona y más específicamente su metabolito: la Dihidrotestosterona (DHT); este último parece ser el auténtico efector de la hiperplasia prostática. De hecho, el desarrollo de la HBP es un claro ejemplo de interacción de los dos componentes de la glándula, el estromal, donde se produce la DHT y el glandular, sobre el cual actúa la DHT.

Morfológicamente la hiperplasia asienta en la zona periuretral de la glándula, situada cefálicamente al veru-montanum; la zona prostática anterior y la periférica quedarían rechazadas por el crecimiento hiperplásico periuretral.

Epidemiología

La prevalencia de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) histológica se incrementa progresivamente con la edad, afectando a más del 50% en la sexta década y alcanzando al 90% de los varones a los 85 años. Sin embargo,

sólo la mitad de las HBP microscópicas desarrollarán HBP macroscópicas, presentando el 50% de éstas enfermedad clínicamente importante.

La alta prevalencia de la enfermedad dificulta la determinación de factores de riesgo o predisponentes.

La probabilidad de que un varón de 40 años sea intervenido quirúrgicamente por HBP a lo largo de su vida es de aproximadamente un 30%.

Globalmente el prostatismo representa algo más del 50% de las consultas en un servicio de urología y aproximadamente el 35% de las cirugías que se realizan en estos mismos servicios es para solucionar HBP clínica.

Clínica

Se desconoce la historia natural de la HBP clínica. **Se sabe que:**

1. El curso no es progresivo. La HBP clínica puede estabilizarse y mejorar espontáneamente.
2. La sintomatología clínica no se correlaciona forzosamente con el tamaño de la glándula.

Se imbrican **dos tipos de síntomas:**

1. **Irritativos** dependientes del componente dinámico.
2. **Obstructivos** atribuibles al componente mecánico.

Síntomas obstructivos:

- Dificultad para iniciar la micción
- Micción intermitente
- Tenesmo vesical
- Disminución de la potencia y calibre del chorro miccional
- Goteo terminal
- Retención de orina aguda o crónica

Síntomas irritativos:

- Aumento de la frecuencia miccional diurna y especialmente nocturna

- Imperiosidad y urgencia miccional

Es posible demostrar la existencia de una inestabilidad del músculo detrusor en aproximadamente 2/3 de los pacientes con obstrucción objetivada pero es imposible afirmar categóricamente que los llamados síntomas obstructivos sean debidos a la obstrucción mecánica y que de los llamados síntomas irritativos sean responsable la disfunción del musculo detrusor.

Se cree actualmente que los periodos clínicos de agravamiento son debidos a alteraciones del componente dinámico.

Puede también cursar con infección de las vías urinarias, con hematuria, con litiasis vesical y con retención de orina aguda o crónica, considerandose cualquiera de estos eventos como complicación de la HBP clínica. En su forma más severa puede evolucionar hacia la insuficiencia renal por uropatía obstructiva.

Diagnóstico

En el momento de recibir al paciente en la consulta **el facultativo debe intentar:**

1. Filiar la sintomatología como propia de HBP o como concomitante y descartar el crecimiento prostático maligno.
2. Valorar la necesidad de tratamiento y la idoneidad del mismo.

El primer paso en el diagnóstico es una correcta **anamnesis y exploración física** que incluya el imprescindible tacto rectal de la próstata.

Se solicitará **sedimento de orina y cultivo** en caso de sospecharse la existencia de infección urinaria y una determinación sanguínea de antígeno prostático específico (**PSA**). Algunos autores opinan que la creatinina sérica debe contemplarse en esta primera evaluación.

Ecografía reno-vésico-prostática abdomino-hipogástrica y la ecografía transrectal, la **flujometría** en condiciones fisiológicas y la **valoración del residuo postmiccional** tienen por objeto evaluar el tamaño prostático, la presencia de orina residual y descartar la uropatía obstructiva del tracto urinario superior.

La **biopsia** prostática sólo está indicada en caso de tacto rectal sospechoso, elevación del PSA o presencia de nódulo ecográfico sospechoso de cancer de próstata.

La **urografía** endovenosa no se practica rutinariamente en la evaluación del prostatismo aunque esta indicada cuando existe hematuria.

Tratamiento

Ante la HBP clínica el facultativo debe plantearse la toma de decisión terapéutica, pudiendo incluso adoptarse una actitud expectante.

La actitud terapéutica y el tipo de tratamiento dependerá del resultado de las exploraciones objetivas, de la presencia de complicaciones asociadas y en ocasiones de la intensidad de la sintomatología.

Indicaciones absolutas de cirugía (independientemente de la técnica) la presencia de:

- Litiasis vesical
- Repercusión en tracto urinario superior
- Sonda a permanencia
- Infección urinaria por residuo persistente
- Hematuria iterativa de origen prostático

No existe indicación absoluta de cirugía cuando:

- **La sintomatología es importante y la calidad de vida mala.** En este caso estaría indicado un tratamiento médico pasando al tratamiento quirúrgico (o sus alternativas mínimamente invasivas) en caso de no obtener respuesta.
- **El paciente ha presentado un primer episodio de retención aguda de orina (RAO).** En este caso es aconsejable iniciar un tratamiento médico e intentar retirada de sonda.

Ante escasa sintomatología y buena o aceptable calidad de vida el facultativo puede optar por tratamiento médico o abstención terapéutica.

Pronóstico

Al margen de las consideraciones pronósticas, la HBP clínica suele presentarse en la 7ª década de la vida y subsiguientes por lo que las implicaciones laborales son menores de lo que podría pensarse en una enfermedad de tan alta prevalencia.

Sin embargo, la demanda de atención por prostatismo es un fenómeno creciente que conduce a un aumento del número de varones diagnosticados, y en consecuencia tributarios de tratamiento, en edades más tempranas de la vida. Estos pacientes pueden presentar eventos que interfieran en su capacidad laboral o ser sometidos a intervención quirúrgica.

Duración de la Incapacidad Temporal

| HIPERPLASIA BENIGNA PROSTÁTICA | |
|---|---------------------|
| Criterios | Duración |
| A. No subsidiaria tratamiento quirúrgico (episodio reagudización sintomatológica) | De 0 a 7 días |
| B. Retención aguda de orina sin cirugía | De 0 a 10 días |
| C. Tratamiento quirúrgico endoscópico | De 10 a 20 días (*) |
| D. Tratamiento quirúrgico vía abierta | De 20 a 30 días (*) |

Consideraciones:
(*) En ausencia de complicaciones.

Bibliografía

- Vicente J, Litiasis urinaria, En Pautas de actuación y protocolos asistenciales, ed. Pulso, San Cugat del Vallés, 1995, pp: 209-218.
- Wainstein MA, Resnick MI. Technical and experimental innovations in the treatment of urinary calculi, Current Opinion in Urology, 4, 1994, 217-222.

66. PROSTATITIS BACTERIANA

| | | |
|----------|-------|--|
| CIE-9-MC | 601 | Enfermedades Inflamatorias prostáticas ¹⁵ |
| | 601.0 | Prostatitis aguda |
| | 601.1 | Prostatitis crónica |
| | 601.9 | Prostatitis no especificada |

Concepto

La prostatitis bacteriana aguda es un cuadro infeccioso agudo del parenquima prostático causado por la colonización bacteriana de la glándula prostática.

Etiología

El microorganismo causal es casi siempre **Escherichia Coli**, seguido de otros gérmenes gram negativos como Proteus, Klebsiella, Enterobacter y Pseudomonas.

En los últimos años y en menores de 35 años esta aumentando la incidencia de Ureoplasma Ureolyticum y de Chlamydia Trachomatis, gérmenes que frecuentemente son causa de recidiva y cronificación.

Epidemiología

Infrecuente antes de la adolescencia pero propia de varones jóvenes, con pico de incidencia entre los 30 y 50 años, aunque también puede aparecer en varones mayores y en el marco de un síndrome prostático.

Aproximadamente el 25% de los varones adultos que acuden a una consulta de urología lo hacen por molestias relacionadas con prostatitis en todas sus formas, bacteriana, abacteriana y crónica. La consulta por prostatitis representa el 14 % de todas las consultas urológicas.

Se diagnostica frecuentemente en los servicios de urgencia, donde el paciente acude por lo llamativo del cuadro clínico.

¹⁵ Los organismos causantes se especifican mediante código aparte Ex. Estafilococo (041.0).

Clínica

Suele ser muy llamativa, con intensas molestias miccionales y alteración del estado general. El paciente relata polaquiuria, disuria, tenesmo, chorro de menor calibre e incluso retención urinaria, puede existir emisión de un exudado purulento por el meato uretral y hemospermia.

Cursa con fiebre alta y escalofríos pudiendo existir dolor lumbosacro, hipogástrico y perineal. Puede evolucionar a cuadro franco de sepsis urinaria.

Diagnóstico

La **anamnesis** y la **exploración** física nos orientarán hacia el diagnóstico de sospecha de prostatitis bacteriana, pudiendose ya instaurar tratamiento antibiótico.

Suele existir **afectación de la fórmula sanguínea** con leucocitosis y neutrofilia y deben practicarse hemocultivos ante crisis febriles superiores a 38°C.

Al **tacto rectal** la próstata es muy dolorosa, congestiva y existe reflejo miccional intenso a la presión digital de la glándula. En casos extremos puede incluso apreciarse zonas fluctuantes por la formación de abscesos prostáticos.

Sedimento y cultivo de orina son pruebas de obligada realización.

El **diagnóstico de certeza** se basa en el cultivo del exudado uretral si lo hubiera y en el cultivo fraccionado de Meares-Stamey.

La prostatitis bacteriana se caracteriza por la presencia en la secreción prostática, en la orina postmasaje o en el semen de una o más bacterias que no crecen o presentan recuentos escasos en las fracciones inicial o media de la orina.

La **ecografía** suele objetivar un aumento difuso de la glándula y del plexo periprostático, poniendo de manifiesto la presencia de abscesos prostáticos si los hubiera.

Masaje prostático y ecografía transrectal no se recomiendan durante el episodio agudo de prostatitis bacteriana por la posibilidad de diseminación de la infección. Sin embargo, la presencia de un absceso prostático que no res-

ponde al tratamiento es tributaria de drenaje percutaneo bajo control ecográfico transrectal.

Tras la curación, si el cuadro se repite, o en presencia de antecedentes que sugieran la existencia de una patología uretral, debe iniciarse protocolo de estudio encaminado a descartar la existencia de patología uretral de base.

Tratamiento

En general y aun en los casos en que no exista afectación importante del estado general, el tratamiento debe iniciarse con antibioticos de amplio espectro, activos frente a gramm negativos y capaces de alcanzar altas concentraciones en suero. La mejor biodisponibilidad se obtiene siempre con la administración parenteral.

Si no existen factores de riesgo como afectación del estado general, de la fórmula sanguínea, presencia de abscesos prostáticos o patología uretral previamente diagnosticada el paciente puede ser tratado de forma ambulatoria.

En caso de presentarse los factores mencionados el cuadro es tributario de ingreso hospitalario y actitud terapéutica según evolución clínica.

En cualquiera de las dos situaciones el tratamiento debe prolongarse durante un mínimo de 14 días, pudiendo tras el tratamiento de choque administrarse antibioterapia por vía oral.

Tras la curación clínica y si es necesaria la práctica de otras exploraciones, estas pueden realizarse en régimen ambulatorio.

Pronóstico

Es en general un cuadro infeccioso grave con fácil tendencia a la diseminación bacteriana durante la micción o con la practica de un tacto rectal.

El estado general del paciente en el momento del diagnóstico y la respuesta al tratamiento van a determinar el pronóstico inicial de la enfermedad.

El cuadro agudo es invalidante al margen de su pronóstico debiendo el paciente permanecer en reposo durante al menos 7 días en las formas leves de presentación de la enfermedad.

Duración de la Incapacidad Temporal

| PROSTATITIS BACTERIANA | |
|---|-----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Con alteración severa del estado general | De 10 a 20 días |
| B. Sin alteración del estado general (síntomatología local invalidante) | De 7 a 15 días |

Bibliografía

- Jiménez Cruz JF, Broseta Rico E. Prostatitis agudas y crónicas. En: Tratado de Urología. Eds. Jiménez Cruz JF, Rioja Sanz LA, Prous editores, Barcelona, 1993, pp: 525-537.
- Meares E M. Prostatitis and Related Disorders. En: Campbells Urology. Eds. Walsh, Retik, Stamey, Vaughan, 6ª edición, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1992, pp: 807-822.
- Morera Martínez JF, Jiménez Cruz JF. Infecciones urinarias en urgencias. Crónica antiinfecciosa, 4, 1996, 7-8.

67. HIDROCELE

| | | |
|----------|-------|--|
| CIE-9-MC | 603 | Hidrocele |
| | 603.1 | Hidrocele infectado |
| | 603.8 | Otros tipos especificados de hidrocele |
| | 603.9 | Hidrocele no especificado |

Concepto

Colección de líquido en el interior de la túnica vaginal, sin afectación testicular.

Etiología

La mayoría son idiopáticos y crónicos. Más raramente pueden ser secundarios a procesos inflamatorios, neoplásicos o traumáticos.

Epidemiología

En el varón adulto y salvo que sea secundario suele presentarse a partir de los 40 años. Generalmente es unilateral.

Clínica

El varón consulta por aumento gradual e indoloro del tamaño del escroto.

A la **exploración** destaca la ausencia de signos inflamatorios escrotales y se palpa una masa elástica y blanda que ocupa el escroto sin poder delimitarse el testículo en los de mediano, y gran tamaño. A medida que aumenta el tamaño del hidrocele disminuye la elasticidad de la masa (hidrocele a tensión), y la tumoración se extiende hacia la zona inguinal siguiendo el trayecto del cordón espermático.

La **transiluminación** es positiva salvo que exista hematocele (sangre en el interior de la vaginal), circunstancia frecuente en los de larga evolución o en los traumáticos.

Diagnóstico

Clínico pero en el varón joven, ante la sospecha de tumoración testicular o con transiluminación negativa debe realizarse un **estudio ultrasonográfico** del escroto.

Tratamiento

El hidrocele no es tributario de tratamiento médico. El tratamiento definitivo del hidrocele es **quirúrgico** aunque también la escleroterapia percutanea consigue resultados aceptables.

La **indicación del tratamiento** dependerá del tamaño y de las molestias que produzca, que suelen ser leves salvo en los grandes hidroceles a tensión. Es perentoria ante la sospecha de tumoración intraescrotal.

Pronóstico

Las complicaciones de cualquiera de los dos procedimientos terapéuticos son escasas si bien pueden presentarse dolores escrotales durante los dos-tres primeros días tras escleroterapia y durante la primera semana tras la cirugía.

Duración de la Incapacidad Temporal

| HIDROCELE | |
|---------------------------|--|
| Criterios | Duración |
| A. No tratamiento | 0 días |
| B. Tratamiento quirúrgico | De 0 a 10 días (salvo complicaciones) |

Consideraciones:
La reincorporación laboral dependerá del estado de la herida quirúrgica y de la tumefacción escrotal, que en casos aislados puede prolongarse durante varias semanas. En aquellos casos en que se presente infección del contenido escrotal o de las cubiertas o piel escrotales, la capacidad laboral del individuo debe ser evaluada según curso clínico y aspecto del escroto.

Bibliografía

- Leiva Galvis O. Tumores de testículo. En: Urología .Vesalio, Eds. O. Leiva Galvis y L. Ré-sel Estevez, ENE ediciones, Madrid, 1992, pp: 495-519.
- Ruiz Marcellan J. Litotricia extracorporea por ondas de choque. En: Tratado de Urología, Eds. JF Jiménez Cruz y la Rioja Sanz, JR Prous Ed, Barcelona, 1993, pp: 807-818.

68. ORQUIEPIDIDIMITIS

| | | |
|----------|-------|---|
| CIE-9-MC | 604 | Orquitis y epididimitis |
| | 604.0 | Orquitis y epididimitis y orquiepididimitis con absceso |
| | 604.9 | Otra orquitis, epididimitis y orquiepididimitis, sin mención de absceso |

Concepto

Infección aguda del testículo y epididimo.

Etiología

El organismo causal varía según la edad del individuo.

En la infancia y en la 3ª edad, los gérmenes causantes suelen ser los mismos que causan el resto de las infecciones urinarias (*Echerichia Coli*, *Proteus*, *Serratia*...), asociándose en la infancia a malformaciones congénitas y en la tercera década a patología obstructiva o funcional del tracto urinario inferior.

En la juventud los agentes causales suelen ser los gérmenes productores de uretritis: *Neisseria Gonorrhoeae*, *Chlamydia*, *Ureoplasma* e incluso *Mycoplasmas*.

El organismo infectante alcanza los órganos intraescrotales principalmente por la vía canalicular ascendente a través de la uretra aunque también pueden llegar por vía hemática e incluso linfática, procedentes de focos sépticos extraurológicos como en el caso de la orquitis urliana.

Epidemiología

Puede presentarse desde las pocas semanas de vida hasta la senectud. Para algunos autores es extremadamente frecuente presentandose hasta en el 70% de los varones entre los 18 y 40 años. Un 9% de los casos son bilaterales y un 13% se presentan postcirugía urológica.

La prevalencia ha aumentado en la última década en los adultos jóvenes del mismo modo que ha aumentado la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual.

En la cuarta parte de los casos existen antecedentes de infección urinaria, pero en la mitad de los pacientes el examen de la orina no demuestra anomalía alguna.

Clínica

Aunque en la práctica el proceso suele afectar a epididimo y a testículo, en alguna ocasión afecta selectivamente al primero de ellos. El cuadro clínico se caracteriza por dolor escrotal intenso y de aparición brusca que se irradia hacia la zona inguinal. Se acompaña de rubor y tumefacción escrotales y de fiebre de intensidad variable. En algunos casos viene precedido de molestias miccionales discretas.

La exploración es muy dolorosa y demuestra el aumento de tamaño del testículo y del epidídimo aunque generalmente y en caso de afectación de los dos elementos no permite distinguir entre ambos. El dolor disminuye con la elevación del hemiescrotos afecto (signo de Prehn). Puede existir hidrocele reaccional.

Si el cuadro es secundario a una infección del tracto urinario, el sedimento pondrá de manifiesto leucocituria y mediante urocultivo se identificará al germen causal.

En casos evolucionados puede existir afectación del estado general y leucocitosis.

Diagnóstico

Generalmente el **cuadro clínico** no ofrece dudas.

En casos aislados es preciso establecer el **diagnóstico diferencial** con otras patologías que también condicionan un escrotos agudo (torsión de testículo o apéndices testiculares, traumatismo o tumor testicular), recurriendo en ese momento a exploraciones diagnósticas como la Eco-Doppler.

Tratamiento

La orquiepididimitis se trata generalmente en forma ambulatoria.

Se aconseja la utilización de suspensorio o slip apretado mientras duren las molestias.

Pronóstico

El dolor y el aumento de tamaño escrotales cursan con impotencia funcional. Aun con buena evolución clínica, la dificultad a la deambulacion y las molestias son intensas durante los primeros 5-10 días.

En ocasiones las molestias escrotales y el aumento de tamaño pueden persistir durante semanas, siendo muy difícil evaluar la capacidad laboral del individuo, especialmente cuando se trata de profesiones que requieren esfuerzos físicos o marcha prolongada.

Las **complicaciones** de la orquiepididimitis incluyen la formación de abscesos, el infarto testicular, la infertilidad y el dolor crónico. En los casos de mala evolución a pesar del tratamiento médico es preciso recurrir al drenaje quirúrgico del absceso e incluso a la orquiectomía.

En caso de evolución torpida y necesidad de drenaje quirúrgico se alarga el tiempo de convalecencia.

Duración de la Incapacidad Temporal

| ORQUIEPIDIDIMITIS | |
|---------------------------------|-----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Orquiepididimitis simple | De 10 a 15 días |
| B. Orquiepididimitis complicada | De 15 a 30 días |

Bibliografía

- Berger RE. Sexually transmitted diseases. En Campbells Urology, 6ª edición. Eds Walsh, Retik, Stamey, Vaughan, WB Saunders Company, Philadelphia, 1992, pp: 823-846.
- Domínguez Bravo C. Infecciones inespecíficas del aparato urinario. En: Urología .Vesalio, Eds. O. Leiva Galvis y L. Resel Estevez, ENE ediciones, Madrid, 1992, pp: 229-277,
- Gelabert Más A. Infecciones urinarias sintomáticas. En: Tratado de Urología. eds. JF Jiménez Cruz y la Rioja Sanz. JR Prous Ed. Barcelona, 1993, pp: 447-469.
- Morera Martínez JF, Jiménez Cruz JF. Infecciones urinarias en urgencias. Cronica antiinfecciosa, 4, 1996, 7-8

XI: ENFERMEDADES DE LA GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO (630-676)

69. DISMENORREA

| | | |
|----------|--------|-----------------------|
| CIE-9-MC | 625.3 | Dismenorrea |
| | 306.52 | Dismenorrea psicógena |

Concepto

Dolor pélvico o abdominal de cierta intensidad y en alguna medida incapacitante, que aparece inmediatamente antes de la menstruación o que coincide con ella. El concepto va más allá de las molestias habituales de la menstruación.

Constituye la causa más frecuente de absentismo laboral en la mujer trabajadora.

Etiología

1. Dismenorrea primaria.

Cuando no existe patología pélvica de origen orgánico que la justifique. La liberación de prostaglandinas juega un papel muy importante en la patogenia del cuadro, ya que inducen contracciones uterinas y otros síntomas como náuseas, vómitos, mareos, hipertensión, palidez, que están relacionados con la dismenorrea.

2. Dismenorrea secundaria.

Cuando el dolor se debe o, por lo menos, se asocia a un problema orgánico localizado en la pelvis femenina (leiomiomas, adenomiosis, esteno-

sis cervicales, infecciones de útero, malposición uterina, síndrome de congestión pélvica).

El dolor pélvico que aparece en éste tipo de dismenorrea se relaciona con las patologías a las que se asocia. En casos de miomas, endometriosis, o dispositivos intrauterinos se demuestra una elevación de los niveles de prostaglandinas que son responsables de un aumento del cuadro doloroso.

Clínica

En el cuadro se describen las diferencias entre la dismenorrea primaria y secundaria.

DIFERENCIAS ENTRE DISMENORREA PRIMARIA Y SECUNDARIA

| Características | Primaria | Secundaria |
|---------------------------------|---|--|
| Etiología | Probable medfación de las prostaglandinas en endometrio secretor | Enf. inflamatoria pélvica crónica, estenosis cervical funcional u orgánica, endometriosis |
| Momento de aparición | En menarquía o con primeras reglas | Después de menstruaciones indoloras |
| Relación con ovulación | Se presenta siempre que exista ovulación | Puede presentarse con o sin ovulación |
| Momento del ciclo | Premenstrual (días) Intramensual Postmenstrual (menos frecuente) | Depende de etiología: parametritis, pelviperitonitis crónica (premenstrual), estenosis de cuello (intramensual), endometriosis (pre o intramensual) |
| Características de dolor | Localizado principalmente en el "bajo vientre". Puede ser una molestia constante o de tipo cólico y/o espasmódico con irradiación a región lumbar y miembros inferiores, cefaleas, diarrea o estreñimiento, estado nauseoso, poliuria | Depende de su etiología. Puede presentarse: fiebre, sensación de pesadez pélvica, dolor espasmódico de origen uterino, distensión abdominal, dolor lumbar con irradiación a hipogastrio con propagación a genitales externos, tenesmo vesical y/o rectal, poliuria, estado nauseoso y cefaleas |
| Relación con el flujo menstrual | Mayor dolor el primer día de la regla. | No se relaciona con el primer día. |
| Evolución del dolor | No cambia con el paso de los años. | Empeora con el tiempo. |
| Edad de comienzo | Adolescencia (1-2 años postmenarquia). | Puede comenzar con la menarquia. Endometriosis:20-30 años; Adenomiosis:30-40 años. |

Diagnóstico

Es importante realizar precozmente el diagnóstico de sospecha de una dismenorrea secundaria con el fin de abordar cuanto antes el tratamiento de otras patologías subyacentes.

Tratamiento

1. Dismenorrea primaria

Dolor leve: La información a la paciente sobre los fenómenos fisiológicos de la menstruación, suele ser suficiente para mejorar el cuadro dismenorreico.

Dolor intenso: Los antiinflamatorios no esteroideos son muy eficaces. Los fenamatos y los derivados del ácido propiónico han demostrado desde hace tiempo su utilidad.

Se administran solamente durante los días de la menstruación.

2. Dismenorrea secundaria:

El tratamiento es el de la enfermedad subyacente.

Duración de la Incapacidad Temporal

| DISMENORREA | |
|--------------------|---------------|
| Criterios | Duración |
| A. Leve o moderada | Media jornada |
| B. Moderado | 1 día |
| C. Grave | De 1 a 5 días |

Bibliografía

- Dawood MY. Dysmenorrhea. Cii Obstet Gynecol 1983; 26: 719.
- Buster JE. Dismenorrea y síndrome premenstrual. In: Hacker NF, Moore JG. editors. Compendio de Ginecología y Obstetricia. Madrid: Panamericana Mc Graw-Hill, 1988: 291.
- Friedman EA. Toma de decisiones en Ginecología. 5th edition. Barcelona: Salvat, 1988.
- Arbues JL. Dismenorrea. Protocolos asistenciales en Ginecología y Obstetricia nº 56. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Tomo segundo 1993.

70. ALTERACIONES MENOPAUSICAS Y POSTMENOPAUSICAS

| | | |
|----------|-------|--|
| CIE-9-MC | 627 | Trastornos menopáusicos y postmenopáusicos |
| | 627.0 | Menorragia premenopáusica (Hemorragia excesiva asociada con el inicio de la menopausia) |
| | 627.1 | Hemorragia postmenopáusica |
| | 627.2 | Estados menopáusicos o del climaterio femenino. (Insomnio. Dolor de cabeza. Falta de concentración. Asociada con la menopausia) |
| | 627.4 | Estados asociados con menopausia artificial. (Síndrome menopáusico artificial. Cualquier estado clasificable bajo 627.0, 627.2 ó 627.3 que sigue a la menopausia inducida) |
| | 256.2 | Fallo ovárico postablatoivo |
| | 256.3 | Otros fallos ováricos |
| | 716.3 | Artritis climatérica |

Concepto

Menopausia: desaparición definitiva de las menstruaciones, resultado de la pérdida de actividad folicular. En lenguaje habitual, se entiende por menopausia la fecha de la última regla. Aunque no existe consenso unánime, clínicamente se acepta su instauración tras el cese de 12 ciclos menstruales consecutivos, descartando otra causa de amenorrea secundaria. En otras palabras, cuando ocurre esta circunstancia existe un 90% de probabilidades de que la menopausia se haya instaurado.

Perimenopausia o climaterio: período que precede a la menopausia, en el cual aparecen signos biológicos debidos al declinar de la función ovárica y que son previos a la desaparición definitiva de las reglas. Este período se extiende hasta un año después de la fecha de la menopausia.

Postmenopausia: sigue al climaterio y se prolonga hasta el final de la vida.

Aunque la edad en que se instaura la menopausia es muy variable, es entre los 40 y los 60 años cuando normalmente ocurre, siendo en el 90% de las mujeres entre los 45 y 55. La edad promedio es 51 años.

Etiología

Es el resultado del fracaso del ovario, que comporta la pérdida de la actividad folicular y una disminución muy importante de los niveles de estrógenos.

Clasificación

1. **Menopausia natural o espontánea:** se debe al fallo ovárico que acabamos de describir.
2. **Menopausia artificial:**
 - Postcirugía.
 - Postradioterapia.
 - Farmacológica, quimioterápica u otra. En algunos casos, la menopausia inducida de origen farmacológico puede ser reversible cuando cesa la administración del fármaco.

Clínica

Es de mucha utilidad para la valoración de la sintomatología climatérica el índice de Kupperman.

SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA SEGÚN EL ÍNDICE DE KUPPERMAN

| Síntoma | Cte | Intensidad | Valor asignado |
|------------------------------------|-----|------------|----------------|
| • Sofocación, sudoración | 4 | | |
| • Parestesias | 2 | • Severa | 3 |
| • Insomnio, alteraciones del sueño | 2 | | |
| • Irritabilidad, nerviosismo | 2 | • Moderada | 2 |
| • Humor depresivo, melancolía | 1 | | |
| • Vértigos, mareos | 1 | • Leve | 1 |
| • Fatiga, debilidad | 1 | | |
| • Artralgias, mialgias | 1 | • Ausente | 0 |
| • Cefaleas | 1 | | |
| • Palpitaciones | 1 | | |
| • Hormigueos | 1 | | |

La constante asignada a cada síntoma deberá multiplicarse por el valor asignado a su intensidad para obtener el total:

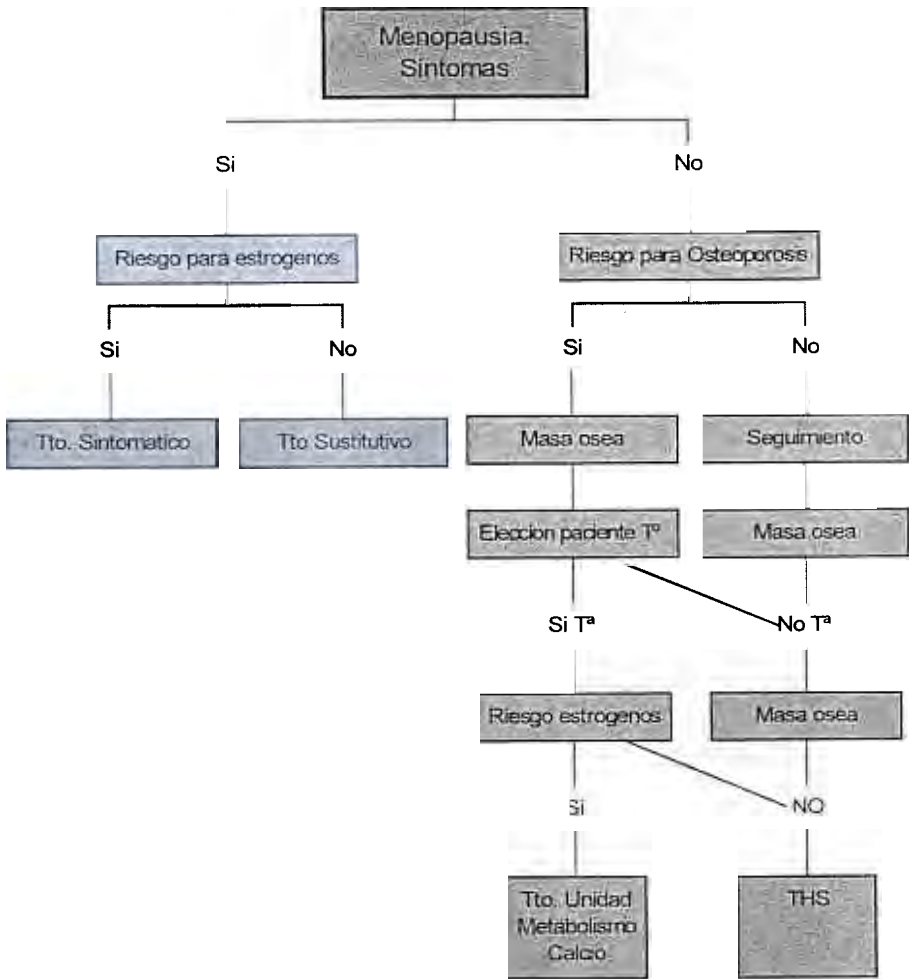
Existen además otros síntomas que van ligados a la disminución del nivel estrogénico circulante, por ejemplo la atrofia vaginal (dispareunia, coitalgia, sensación de sequedad), atrofia del tracto urinario (incontinencia urinaria, etc.).

Diagnóstico

En la mayoría de los casos, la presencia de una amenorrea y la edad de la paciente serán suficientes para confirmar el diagnóstico. En otros casos será necesario recurrir a la exploración de los niveles de FSH y estradiol y cuando la menopausia se produzca precozmente habrá que realizar cariotipo o incluso biopsia ovárica.

Tratamiento

La conducta terapéutica se resume en la figura siguiente:



La terapia hormonal sustitutiva es de elección en las pacientes menopáusicas que no presentan contraindicaciones. Con el THS disminuyen los efectos de la insuficiencia ovárica, existe una pérdida ósea significativamente menor y disminuye la incidencia de enfermedad coronaria. Hay que señalar también que existe un mayor riesgo en la aparición de cáncer de mama.

El tratamiento estará indicado en:

Pacientes con sintomatología climatérica.

- Pacientes con riesgo de osteoporosis.
- Menopausia quirúrgica.
- Fallo ovárico prematuro
- Riesgo cardiovascular.

Está contraindicado en:

- Neoplasia estrogendependiente
- Hemorragia uterina sin diagnosticar
- Antecedentes de trombosis venosa profunda
- Enfermedad hepática activa

Exploraciones previas y de control de tratamiento hormonal sustitutivo con THS:

- Mamografía antes y durante el tratamiento (imprescindible).
- Valoración endometrial en pacientes con factores de riesgo para adenocarcinoma de endometrio (imprescindible): examen pélvico bimanual, biopsia endometrial, citología con triple toma, ecografía (valoración grosor de endometrio).
- Pruebas hepáticas, glucemia, antitrombina 3 (aconsejable).
- Detección de factores de riesgo cardiovascular. Perfil lipídico, tensión arterial (aconsejable).

Duración de la Incapacidad Temporal

| ALTERACIONES MENOPAÚSICAS Y POSTMENOPAÚSICAS | |
|--|----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Índice Kupperman > 35 | De 0 a 28 días |
| B. Índice Kupperman = 20 - 25 | De 0 a 21 días |
| C. Índice Kupperman = 15 - 20 | De 0 a 15 días |

Consideraciones:
Estos criterios pueden aplicarse sin muchas dificultades en los trastornos neurovegetativos. Las alteraciones psicopáticas que pueden aparecer o agudizarse durante la menopausia tienen que ser valoradas por el Psiquiatra.

Bibliografía

- Fint M, Kronenberg F, Utian W. Multidisciplinary Perspectives on Menopause. Annals of New York Academy of Sciences, 1990.
- Taurelle R, Tamborini A. Manual de la menopausia. Masson, 1991.
- Palacios DE. Climaterio y menopausia. Mirpal, 1992.
- Studd JW, Whitehead M. Menopausia. Ancora, 1992.
- Riggs L, and Melton J. Sex steroids in the pathogenesis and prevention of osteoporosis, in: osteoporosis, etiology, diagnosis and management. Raven Press, 1988.
- Gambrell D. The menopause. Obstetrics and gynecology clinics of North America 1987; 14(1).
- Notelovitz M. Climaterio y osteoporosis. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 1987; 4.
- Utian W. Overview on Menopause. Am J Obstet Gynecol 1987; 156:1280.
- Barret-Connor E, Ush T. Strogen and coronary heart disease in women. Clinical Cardiology Jama 1991; 265 (14).
- Cano A. Fundamentos básicos y clínicos en menopausia. ELA, 1995.
- Sitruk Wore R, Utian WH. Menopausia y tratamiento hormonal sustitutivo. Ancora, 1993.

71. AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

| | | |
|----------|-------|--|
| CIE-9-MC | 640.0 | Amenaza de aborto |
| | 644.0 | Amenaza de parto prematuro |
| | 644.1 | Otra amenaza de parto después de 37 semanas completas de gestación sin expulsión fetal |
| | 644.2 | Inicio precoz de parto |

Concepto

Trabajo de parto que se produce después de la vigésimo octava semana de la gestación.

Etiología

En un porcentaje importante de casos, el nacimiento del niño antes de término se debe a la interrupción electiva del embarazo por indicaciones maternas y/o fetales. Este último grupo puede representar hasta el 25% del total de parto pretérmino.

FACTORES RELACIONADOS CON EL DESENCADENAMIENTO PRETÉRMINO DEL PARTO

| Factores maternos Complicaciones de embarazo y enfermedades de la gestación | Factores ovulares | Factores ambientales |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Infección urinaria• Vaginosis• Cardiopatía• Diabetes• Enfermedad hipertensiva• Anemia• Drogas• Malformaciones uterinas• Incompetencia ístmico-cervical• Otras | <p>Fetales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Malformaciones congénitas• Embarazo múltiple• Presentaciones anómalas <p>Ovulares:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rotura prematura de membranas• Polihidramnios• Insuficiencia placentaria• Inserción baja de placenta | <ul style="list-style-type: none">• Condiciones socioeconómicas bajas• Tipo de asistencia prenatal• Estado civil• Edad materna 20 y 35• Estado nutricional pregestacional• Incremento ponderal durante el embarazo• Hª de partos pretérmino• Tipo de trabajo• Otros |

Epidemiología

El parto pretérmino representa en la actualidad una causa importante de morbimortalidad perinatal. Aunque su frecuencia está por debajo del 10%, en la mayoría de las estadísticas, este tipo de parto está implicado en más del 50% de las muertes perinatales.

En algunas estadísticas, la frecuencia de parto pretérmino sin causa aparente se aproxima al 50%.

Diagnóstico

En primer lugar se valorará la presencia o no de los **signos premonitores de trabajo de parto pretérmino**, que con frecuencia aparecen en las gestantes días o semanas antes del desencadenamiento prematuro del parto. Ello nos permitirá buscar y tratar las posibles causas del mismo (infecciones

cérvico-vaginales y urinarias, anomalías del volumen del líquido amniótico o del crecimiento fetal, modificaciones del cuello uterino, etc...) y valorar las condiciones sociolaborales, psíquicas y sanitarias.

Cuando se sospecha una amenaza de parto pretérmino, se ingresará a la paciente para aplicar la metodología que permite confirmar o descartar el diagnóstico (registro cardiotocográfico, exploración genital cuidadosa y estudio ecográfico minucioso).

Tratamiento

Es necesario identificar a la población con riesgo de parto prematuro; hacer un tratamiento preventivo de las causas relacionadas con el desencadenamiento pretérmino del parto y, diagnosticar y tratar adecuadamente la amenaza de dicho tipo de parto.

1. **Identificación de la población de riesgo:** La gestante debe acudir precozmente a la consulta prenatal, donde entre otras medidas se le aplicará un test de riesgo. El test de Papiernik, modificado por Gonic y Creasy en 1986, tiene una especificidad del 90% y considera como población de alto riesgo de parto pretérmino, cuando la puntuación final es de 10 o más puntos.
2. **Tratamiento preventivo del parto pretérmino:** Una vez identificada a la gestante con riesgo, se deben corregir los factores o las patologías relacionadas con la etiología del citado parto.
3. **Tratamiento paliativo/curativo** Cuando se confirma el diagnóstico se inicia el tratamiento que básicamente incluye: reposo en decúbito-lateral, inhibición de las contracciones uterinas con tocolítics. (Beta- simpaticomiméticos, inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, bloqueadores de las vías del calcio, etc...) y control de la respuesta al mismo.

Pronóstico

La medida más eficaz para mejorar el pronóstico perinatal del parto pretérmino es la que tiene como objeto principal la prevención del mismo.

En algunas ocasiones será necesario aplicar determinadas medidas sanitarias y sociolaborales, como por ejemplo reducir el ejercicio físico e incluso, a veces, aconsejar reposo o modificar las condiciones del trabajo, sobre todo cuando éste es duro, requiere cargar con objetos pesados o la utilización de

máquinas vibratorias o condiciona estrés importante y continuado o precisa que la gestante esté durante mucho tiempo de pie sin libertad de movimientos o tiene jornadas de trabajo prolongadas, etc...

En estos casos se deberá utilizar el permiso de maternidad en la edad gestacional apropiada, para prevenir muchos de los factores que predisponen al parto pretérmino.

Hay que insistir en los factores negativos del consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como en la importancia de la concienciación de los médicos y demás personal sanitario sobre los problemas de este tipo de parto. Deben conocer e informar a la mujer sobre los signos premonitores del trabajo de parto pretérmino.

En algunas ocasiones habrá que hacer un tratamiento preventivo quirúrgico o médico (insuficiencia ístmico-cervical, mioma uterino, hipertensión inducida por el embarazo, placenta previa, diabetes, etc...).

Duración de la Incapacidad Temporal

| AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO | |
|---|---|
| Criterios | Duración |
| A. Gestantes con riesgo de parto pretérmino y condiciones laborales desfavorables | Iniciar baja maternal |
| B. Gestantes de patología médica o quirúrgica que obliga al ingreso hospitalario | El tiempo necesario para el tratamiento |
| C. Amenaza de parto pretérmino | Hasta que la gestación llegue a término tenga lugar el nacimiento |

Bibliografía

- Armer, TL, Duff P. Intramniotic infection in patients with intact membranes and preterm labor. *Obstet Gynecol Surv* 1991; 46:589-93.
- Baumgarten K. Results of tocolysis in threatened premature labour. In: Bromptani A, Cosmi EV, Fischetti B, Gasparri F y Romainini C, editors. *Recent Advances on Beta-Mimetic Drugs in Obstetrics*. Roma: Universo, 1977.
- Caritis SN, Darby MJ, Chan L. Tratamiento farmacológico del trabajo de parto pretérmino. *Clin Obstet Ginecol* 1988; 3: 613-28.
- Gonik B, Creasy RR. Preterm Labor: Its diagnosis an management. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 3-8.
- Papiernik E.. Propuestas para una política programada de prevención del parto pretérmino. *Clin Obstet Ginecol* 1984; 3:875-811.

XII: ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (680-709)

72. SINUS O SENO PILONIDAL

| | | |
|----------|-------|------------------------|
| CIE-9-MC | 685 | Quite pilonidal |
| | 685.0 | Con absceso |
| | 685.1 | Sin mención de absceso |

Concepto

Proceso infeccioso recidivante. Habitualmente consiste en uno o varios pequeños orificios situados en la línea media de la región sacra, a corta distancia del ano.

Etiología

La más habitual es atribuirla a patología dermoepidérmica adquirida, en relación con los pelos; aunque no todos los autores comparten esta tesis.

Existen cinco teorías patogénicas principales relacionadas con la presencia de glándula coccígea, vestigio del canal medular, teoría del dermoíde de inclusión y del seno pilonidal adquirido.

Epidemiología

Suele comenzar entre los 17 y 25 años, afecta más a varones (aproximadamente 70%), raza blanca, y personas vellosas y sedentarias.

Clínica

La historia típica es un paciente joven que desarrolla un absceso que cura y recidiva periódicamente.

A la exploración se observa en la línea media de la región sacra, uno o varios orificios, dispersos en una longitud de unos 3 cm., con sensación de que la piel penetra en ellos y ocasionalmente se observa como de los orificios se proyectan pelos; es posible observar generalmente lateralizados a la izquierda orificios secundarios con aspecto de fístula piógena, acompañada de una zona de induración que parece conectar con la línea media con o sin cavidad quística interpuesta.

Diagnóstico

A través de la anamnesis y exploración física, con historia de absceso recurrente en la región sacra.

Tratamiento

En general se basa en el concepto de estirpación "in toto", es decir en su totalidad, hasta llegar al sacro o cóccix.

La posterior reconstrucción es discutible y existen múltiples métodos, desde la sutura simple hasta varios tipos de plástias por rotación o deslizamiento (procedimientos plásticos).

Un porcentaje muy alto de cirujanos dejan la herida abierta, para granulación por segunda intención.

Pronóstico

En relación con los procesos infecciosos postoperatorios.

Es importante hacer una valoración individual según el tipo de actividad laboral desempeñada (ambientes con condiciones de higiene escasas, altas temperaturas, actividades que requieran sedestación prolongada, etc.).

Duración de la Incapacidad Temporal

| SINUS O SENO PILONIDAL | |
|---------------------------------|-----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Cierre por primera intención | De 0 a 15 días |
| B. Cierre por segunda intención | De 15 a 45 días |

Consideraciones:
La duración estará en relación con la actividad laboral y medidas de higiene.

Bibliografía

- Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S. Sinus Pilonidal. In: Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S, editors. Fundamentos de Cirugía Anorrectal. Mexico: Editorial Limusa, 1992: 169-174.
- Goliger JC. Cirugía del Ano, Recto y Colon. 3rd edition. Londres: Baillisre Tindall. Edición Española: Salvat Editores 1979. 212-27.
- James A. Enfermedad Pilonidal. In: David H, editors. Cirugía anorrectal. Leven: Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, 6/1994. Edición Española. 1369-74.
- Way LW. Pilonidal Disease. In: Way LW, editors. Current Surgical Diagnosis and Treatment. Norwalk: Appleton and Lange, 1994: 703-4.

73. DERMATITIS AGUDA

| | | |
|-------------------------------|-------|--|
| CIE-9-MC ¹⁶ | 692 | Dermatitis, eczema de contacto y otros eczemas |
| | 692.0 | Dermatitis por detergentes |
| | 692.1 | Dermatitis por aceites y grasas |
| | 693 | Dermatitis por sustancias ingeridas |
| | 693.0 | Por fármacos y drogas |

¹⁶ Se señalan aquí aquellos epígrafes de la clasificación CIE-9-MC que de forma más genérica encuadran el conjunto de las dermatitis. Otros epígrafes cuya duración estándar puede ser considerada de acuerdo con este tema pueden ser consultados en el capítulo de clasificación CIE-9-MC ordenado alfabéticamente.

Concepto

La dermatitis aguda es una respuesta inflamatoria de la piel a múltiples agentes endógenos y exógenos siendo con frecuencia su causa desconocida, aunque muchas veces se asocian con alteraciones inmunológicas, también pueden actuar factores inespecíficos uniéndose o reemplazando al desencadenante original como agente etiológico.

Etiología

Son múltiples los factores que pueden originar las dermatitis, pudiendo clasificarse en agentes exógenos, endógenos y dermatitis de etiología desconocida.

Agentes exógenos:

- Agentes químicos, físicos, plantas, madera, medicamentos, cosméticos, metales, (Dermatitis eczematosa alérgica de contacto).
- Lesiones ultravioletas en contacto con agentes químicos tópicos (jabones, perfumes, etc.). (Dermatitis eczematosa fotoalérgica de contacto).

Agentes endógenos:

- Medicamentos y drogas (Erupción eczematosa inducida por drogas).
- Productos micóticos (Dermatofitide).
- Productos epidérmicos o exógenos alterados (Autosensibilización).

Causas desconocidas:

- Predisposición hereditaria (Atopia).
- Traumatismo local repetido (Liquen simple crónico).
- Factores precipitantes, irritantes, contacto o xerosis (Eczema numular).
- Estrés emocional, y factores desconocidos (Dishidrosis).

Por lo general todos estos agentes originan cuadros crónicos, aunque en ocasiones por mayor concentración, exposición, etc., puede debutar con una forma aguda de dermatitis.

Clínica

Es variable, dependiendo del agente, localización, concentración, etc.

Generalmente se caracteriza por la aparición de lesiones vesiculoampollosas con eritema circundante muy intensas en la zona de contacto directo con el agente nocivo, que se acompañan de prurito intenso y sensación de malestar.

Las lesiones, si no son tratadas, se rompen con cierta facilidad exudando un líquido blanquecino con tendencia a la formación de costras.

Diagnóstico

Por lo general la clínica y el interrogatorio del enfermo nos indican los productos que pueden haber condicionado la aparición de las lesiones. Es conveniente en la mayoría de los casos, realizar pruebas alérgicas de contacto para intentar encontrar el agente causante.

Duración de la Incapacidad Temporal

| DERMATITIS AGUDA | |
|-----------------------------------|----------------|
| Criterios | Duración |
| Dependiendo del factor originante | De 0 a 20 días |

Bibliografía

- Fitzpatric, T; Eisen, A; Wolff, K; Freedberg, I; Austen, K.
- Griffith, Los cinco minutos clave en la consulta de Atención Primaria
- Iglesias Diez, L; Guerra Tapia, A; Ortiz Romero, P.
- Rook, A; Wilkinson, D; Ebling, G; Champion, RH; Burton, J.L.
- Tratado de Dermatología, 4 Edición, pag. 481-627
- Tratado de Dermatología, pag. 151-401
- Waverly Hispánica S.A., Buenos Aires, 1995.

74. URTICARIA

| | | |
|----------|-------|--|
| CIE-9-MC | 708 | Urticaria |
| | 698.2 | Prúrigo |
| | 708.0 | Urticaria alérgica |
| | 708.1 | Urticaria idiopática |
| | 708.2 | Urticaria por frío y calor |
| | 708.3 | Dermografismo |
| | 708.4 | Urticaria vibratoria |
| | 708.5 | Urticaria colinérgica |
| | 708.8 | Urticaria crónica, periódica recidivante o por ortigas |
| | 708.9 | Trastorno no especificado de la piel. Dermatitis |
| | 995.2 | Efecto adverso no especificado de fármaco, sustancia medicamentosa y sustancia biológica |
| | 995.3 | Alergia no especificada |
| | 999.5 | Urticaria por Suero |

Concepto

Es un fenómeno inflamatorio de la dermis superficial caracterizado por la aparición de lesiones papulosas (habones), de tamaño variable, eritematosas, intensamente pruriginosas, que van cambiando de localización.

La urticaria puede estar mediada por mecanismos inmunológicos (más frecuente) y no inmunológicos.

URTICARIAS. CLASIFICACIÓN

| Inmunológicas | Anafiláctoides | Físicas | Diversas |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Anafiláctica (tipo I) | <ul style="list-style-type: none">• Angioedema hereditario. | <ul style="list-style-type: none">• Dermografismo por frío | <ul style="list-style-type: none">• Urticaria numular• Urticaria papular• Urticaria pigmentosa |
| <ul style="list-style-type: none">• Citotóxica (tipo II) | <ul style="list-style-type: none">• Por agentes químicos liberadores de mediadores | <ul style="list-style-type: none">• Por calor• Solar | <ul style="list-style-type: none">• Mastocitosis sistémica• Infección• Vasculitis cutánea y colagenosis |
| <ul style="list-style-type: none">• Por inmunocomp. (tipo III) | <ul style="list-style-type: none">• Sensibilidad a la aspirina | <ul style="list-style-type: none">• Por presión• Vibratoria• Acuogénica | <ul style="list-style-type: none">• Enfermedades malignas• Endocrina• Psicológica• Amiloidosis• Idiopática (60-80%) |

Clínica

Se manifiesta clínicamente por una erupción repentina de lesiones papulosas eritematosas y edematosas, de carácter evanescente, bien aisladas o múltiples, que se acompañan de intenso prurito.

Urticaria aguda: Cuando la evolución es inferior a 6 semanas la urticaria se considera aguda. Suele darse más en niños y adultos jóvenes, extenderse en grandes superficies y algunas veces acompañarse de trastornos circulatorios.

Urticaria crónica: la que se mantiene más de 6 semanas. Se produce con mayor frecuencia en mujeres en la edad media de la vida. Suele ser de predominio nocturno y de causa desconocida.

Diagnóstico

La **urticaria aguda** no suele requerir estudio, puesto que es un proceso autolimitado que normalmente se resuelve sin producir secuelas.

En la **urticaria crónica** siempre se debe hacer anamnesis, exploración física detallada y pedir analítica de forma rutinaria (fórmula leucocitaria, recuento de las tres series, eosinófilos, VSG, bioquímica, espectro electroforético y orina elemental).

En función de los datos clínicos se realizarán **pruebas según la etiología de sospecha:**

- De sensibilización alérgica, de parásitos (heces, serología hidatídica, RAST para áscaris lumbricoides), de procesos infecciosos (urocultivos, exudado vaginal, serología de hepatitis B, radiografías), de conectivopatías (FR, ANA, inmunocomplejos circulantes).
- Si sospechamos que se debe al frío pediremos pruebas de serología luética, de hepatitis B, de mononucleosis infecciosa, crioglobulinas y criohemolisinas.
- Si al sol, ANA, uroporfirinas y coproporfirinas en orina de 24 horas.
- Si es de tipo colinérgica, prueba de esfuerzo.
- Si es un angioedema hereditario, C4, C2 y CH-50.

Pronóstico

La **aguda** es un proceso autolimitado que normalmente no produce secuelas.

El pronóstico de la urticaria crónica dependerá de la etiología causante.

Duración de la Incapacidad Temporal

| URTICARIA | |
|---|------------------------------|
| Criterios | Duración |
| A. Aguda | Según duración de la clínica |
| B. Crónica | |
| Consideraciones: Puede no ser causa de Incapacidad Temporal. | |

Bibliografía

- Dermatología en Medicina General, pag. 1436-1447.
- Edit. Doyma, Madrid 1988.
- Edit. Luzon, Madrid 1994.
- Edit. Panamericana, Madrid 1987.
- Fitzpatric, T; Eisen, A; Wolff, K; Freedberg, Y; Austen, K.
- Guillen Barona c/ Botella Estrada R; Sanmartin Jiménez O. Manual de enfermedades de la piel. Janssen Pharmaceutica. Vol III, pag. 427-433, 1993.
- Heide-Marie Henz. Dermatología (de esp). Roche. pg 107-114. 1987.
- Iglesias Diez, L; Guerra Tapia, A; Ortiz Romero, P.
- Miraflores Carpio JL y Rodríguez López. Urticaria y prurito. En: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica en Atención Primaria de R. Ruiz de Adana, 2ª de. Editorial Díaz de Santos pg.1052-1061 2ª De, Madrid 1996.
- Rook, A; Wilkinson, D; Ebling, G; Champion, RH; Burton, J.L.
- Tratado de Dermatología, 4 Edición, pag. 1201-1209
- Tratado de Dermatología, pag. 731-753

75. CIRUGÍA MENOR CUTÁNEA ¹⁷

CIE-9-MC Se utilizará el código correspondiente a la patología que origina la intervención quirúrgica.

¹⁷ Las especiales características y pronóstico diferenciado que esta terapia puede producir sobre las lesiones cutáneas que *per se* pueden no ser causa de Incapacidad Temporal, nos obliga a incluir este capítulo, si bien no responde a un epígrafe concreto de la clasificación de enfermedades CIE-9-MC.

Concepto

Se considera como tal, aquella cirugía que se realiza sobre procesos dermatológicos cutáneos y de mucosas que permiten el cierre directo y que no requiere internamiento del paciente por ser un procedimiento relativamente corto y necesitar poca asistencia post-operatoria.

Etiología

Comprenderá por tanto las siguientes actuaciones:

Biopsia de lesiones cutáneas y mucosas.

Electrocoagulación de quistes, verrugas, fibromas y tumores benignos.

Exéresis de nevus, quistes y tumores benignos.

Criocirugía de lesiones verrucosas.

Criocirugía y exéresis de uñas.

Clínica

Dependerá de cada uno de los procesos realizados y de la zona donde se realice la actuación dermatológica.

Diagnóstico

Vendrán dados por el dermatólogo o cirujano que ha realizado dicha cirugía.

Duración de la Incapacidad Temporal

| CIRUGÍA MENOR CUTÁNEA | |
|---|-----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Biopsia cutánea de cabeza, cuero cabelludo | De 0 a 7 días |
| B. Biopsia-exéresis de lesión de miembros superiores | De 7 a 14 días |
| C. Biopsia-exéresis de lesión de miembros inferiores | De 14 a 21 días |
| D. Tronco | De 12 a 14 días |
| E. Criocirugía o extirpación de verrugas palmares o plantares | 14 días |

Bibliografía

- Camacho, F; Dulanto, F.
- Cirugía Dermatológica.
- Edit. Aula Médica, Madrid 1995.
- Edit. Doyma, Madrid 1988.
- Rook, A; Wilkinson, D; Ebling, G; Champion, RH; Burton, J.L.
- Tratado de Dermatología, 4 Edición, pag. 2791-2818.

XIII: ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO-MIOARTICULAR Y TEJIDO CONECTIVO (710-739)

76. ARTROPATÍA GOTOSA AGUDA

CIE-9-MC 714 Artropatía gotosa aguda
 274 Gota

Concepto

Es una enfermedad directamente relacionada con el depósito de cristales de urato monosódico en la cavidad articular, y cuya manifestación más característica es la de presentar episodios de inflamación articular.

Epidemiología

Ataque inicial: se suele presentar en la cuarta o quinta décadas de la vida, y sobre todo en los varones.

Factores predisponentes: empleo de diuréticos, intervenciones quirúrgicas recientes, abuso del alcohol, enfermedades renales crónicas, pérdidas rápidas de peso e infecciones.

Clínica

Inflamación articular: intensa, generalmente en forma de monoartritis (aunque en un porcentaje significativo de los casos aparece como poliartrosis). Suele ser muy dolorosa. Suele acompañarse de una gran tumefacción de partes blandas. Algunos pacientes pueden tener fiebre y escalofríos.

Articulaciones afectadas más frecuentemente: primera metatarsfalán-gica (podagra), el dorso del pie, el tobillo, la rodilla y, ocasionalmente, las ar-ticulaciones de la extremidad superior.

Diagnóstico

Artrocentesis de la articulación afecta, obteniéndose en general un líquido articular de características inflamatorias. Este líquido se debe observar al microscopio de polarización contemplándose los cristales típicos de urato monosódico.

Tratamiento

AINES (el más usado es la indometacina), colchicina o infiltración de este-roides.

No se deben usar hipouricemiantes en un ataque agudo pues pueden pro-ducir un ataque agudo gotoso.

Pronóstico

Pacientes con artropatía gotosa crónica también pueden presentar ataques agudos de gota, en estos pacientes el tratamiento debe ser el mismo aun-que estén tomando hipouricemiantes.

Duración de la Incapacidad Temporal

| EPISODIO DE GOTA AGUDO | |
|--|----------------|
| Criterios | Duración |
| Artropatía gotosa aguda | De 0 a 14 días |
| Consideraciones: Solamente se incluye la artropatía gotosa aguda como posible subsidiaria de Incapacidad Temporal. | |

Bibliografía

Jonh F. Beary III, Charles L. Christian: Norman A. Johanson. Manual de Reumatología y de trastornos ortopédicos y ambulatorios, diagnóstico y terapéutica. 2nd edition española. Barcelona: Salvat, 1989.

Michael G. Cohen. Brian T. Emerson Gout. En. John H. Klippel. Paul A. Dieppe. Rheuma-tology. Section 7:12.1-16.

- Robert J. Wortmann. Gota y otros trastornos del metabolismo de las purinas. Kurt J. Isselbacher. Eugene Braunwald: Jean D. Wilson: Joseph B. Martin: Anthony S. Fauci: Dennis L. Kasper. Principios de Medicina Interna. Harrison 13ª Ed. New York: Interamericana-McGraw-Hill Healthcarr Group, 1994. 2395-2405

77. ARTROSIS

CIE-9-MC 715 Osteoartrosis y trastornos conexos

Concepto

La artrosis es una aropatía crónica degenerativa cuya lesión inicial y predominante es la degeneración del cartílago articular y que se acompaña de modificaciones del tejido óseo subcondral y de estructuras subyacentes.

Epidemiología

La **prevalencia** total de artrosis varía con los grupos de población. Un alto porcentaje de la población mayor de 50 años tiene una artrosis definida.

Es difícil conocer su verdadera **incidencia** por dos razones: primero porque es una enfermedad que aumenta con la edad y segundo porque no es lo mismo imagen radiológica que enfermedad artrósica, ya que existe un gran número de personas que presentan alteraciones radiológicas sin que a lo largo de su vida presenten sintomatología.

La diferencia en la prevalencia y distribución de las articulaciones afectadas está relacionada con diferencias en las ocupaciones, en el estilo de vida y en factores genéticos predisponentes.

Los **factores genéticos** desempeñan un papel en el desarrollo de la osteoartritis de las articulaciones interfalángicas distales de las manos. El papel patogénico de la obesidad sigue siendo controvertido.

Clínica

Varía en función de:

1. Localización de la lesión.
2. Severidad de la lesión.

El síntoma fundamental es el **dolor** que suele ser de características mecánicas (se produce con la movilización y cede en reposo) aunque en situaciones muy evolucionadas puede aparecer en reposo e interferir con el sueño.

Aparte del dolor estos enfermos suelen quejarse de **rigidez matutina** que en general suele ser de minutos de duración.

La **exploración** de una articulación artrósica se caracteriza por dolor a la presión, crepitación que se produce por la incongruencia de las superficies articulares al movilizar la articulación afectada, así como un aumento de tamaño de la articulación debido a diferentes factores como son el engrosamiento capsular, la proliferación ósea y cartilaginosa y el derrame articular.

Con la progresión de la enfermedad aparecen o se acentúan las alteraciones de los ejes articulares, subluxaciones e hipertrofia ósea. Cuando la enfermedad está evolucionada es constante la atrofia muscular por desuso.

Diagnóstico

Características radiológicas

1. Estrechamiento del espacio articular
2. Formación de osteofitos
3. Esclerosis ósea subcondral
4. Geodas subcondrales

Es importante destacar que muchas veces hay disparidad entre la severidad de las alteraciones radiológicas y la clínica del paciente. Así, alrededor del 90% de los mayores de 40 años presentan alteraciones radiológicas de artrosis y únicamente un 30% presenta sintomatología.

Pruebas de laboratorio

No existe ningún dato de laboratorio que sea específico de la artrosis. El líquido sinovial suele ser de características mecánicas (color claro, con un recuento linfocitario inferior a 2.000 células).

Tratamiento

El tratamiento se basa en el uso de **analgésia, ejercicio y medidas físicas**. Si no cede el dolor o si existe evidencia de inflamación se deben usar **AINES**.

El **tratamiento quirúrgico** se reserva para pacientes con enfermedad severa, dolor persistente e incapacidad significativa.

Pronóstico

Se basa en:

Intensidad del dolor.

2. Frecuencia y ritmo de uso de las articulaciones afectas en el tipo de trabajo realizado.
3. Presencia o no de inflamación asociada.
4. Nivel de carga soportado por las articulaciones afectas en el puesto de trabajo.
5. Afectación uni/bilateral.
6. Afectación del lado dominante (más para las localizaciones de miembros superiores).

Duración de la Incapacidad Temporal

| ARTROSIS | |
|--|----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Dolor mecánico importante Sin signos inflamatorios evidentes | De 0 a 7 días |
| B. Signos inflamatorios evidentes Bilateral o lado dominante Impotencia funcional | De 3 a 14 días |

Bibliografía

- Artrosis Jonh F. Beary III: Charles L. Christian: Norman A. Johanson. Manual de Reumatología y de trastornos ortopédicos y ambulatorios, diagnóstico y terapéutica 2ª edición. Barcelona: Salvat, 1989.:273-91.
- Osteoartritis.En: John H Klippel. Paul A. Dieppe. Rheumatology. Section 7:2. Ed. Mosby, 1-8.8.

78. ALTERACIONES MENISCALES

Incluye:

1. Degeneración.
2. Desgarro antiguo.
3. Ruptura antigua.

| | | |
|----------|-------|--|
| CIE-9-MC | 717.0 | Desgarro en asa de cubo menisco interno |
| | 717.1 | Alteración cuerno anterior menisco interno |
| | 717.2 | Alteración cuerno posterior menisco interno |
| | 717.3 | Otras alteraciones especificadas o no del menisco interno |
| | 717.4 | Alteraciones del menisco lateral |
| | 717.5 | Alteraciones del menisco, no clasificadas bajo otro concepto |

Concepto

Se incluyen las lesiones descritas, no considerándose en este apartado los procesos agudos.

Etiología.

Sobrecarga, añadida al proceso normal de degeneración tisular, que tiene lugar en pacientes de edad madura.

Antecedente traumático antiguo.

Epidemiología.

Son tres veces más frecuentes las lesiones del menisco interno.

En el menisco externo las lesiones traumáticas, representan el 70% de los casos, de los que el 20% tienen lugar sobre meniscos malformados.

Clínica.

La sintomatología se debe al desplazamiento de un trozo de fibrocartilago, que interfiere mecánicamente, el movimiento articular. Trillat, hablaba de cuatro signos cardinales: Bloqueo, inestabilidad, hidrartros o derrames y dolor. Otros signos pueden ser: chasquidos articulares y sensación de fallo.

Diagnóstico

1. **Antecedente traumático.**
2. **Exploración física:** amiotrofia de cuádriceps (típica en lesiones de larga evolución). Búsqueda de choque rotuliano que traduzca la existencia de derrame. La marcha y la flexo-extensión completa suelen ser dolorosas, pero la amplitud de movimientos es normal, salvo que exista bloqueo.

Maniobras de exploración clásicas:

- **Signos funcionales:**
 - Steinmann I ¹
 - Steinmann II ²
 - Signo de Bohler ³
 - Signo de Bragard ⁴
 - Signo de Apley o “grinding test” ⁵

¹ Al efectuar R.E. en flexión de 160º se provoca dolor en cara interna si el menisco lesionado es el interno. Si la lesión es del menisco externo, el dolor se produce en la cara externa al realizar R.I.

² Se dobla la rodilla a 90º de flexión y se busca el punto de máximo dolor en la interlínea. Al ir flexionando, el dolor se desplaza hacia adelante. Es un signo reactivo y no indicativo de rotura.

³ Dolor al realizar sucesivos valgos y varos con la rodilla en extensión completa. El dolor se produce por la compresión de la zona más periférica del menisco correspondiente.

⁴ Rodilla en flexión y realizar sucesivas rotaciones interna y externa. Cuando aparece dolor, éste aumentará al realizar una flexoextensión.

⁵ Busca el dolor, combinando la rotación con la presión. El paciente está en decúbito prono y la rodilla flexionada a 90º. Se coloca la mano del explorador sobre el talón y se imprimen

- **Signos mecánicos:**

- Signo del puente ⁶
- Signo del resalte espontáneo o provocado ⁷
- Signo de McMurray ⁸
- Signo de Finochietto ⁹

En general se puede afirmar que los signos funcionales indican una parameniscitis, mientras que los signos mecánicos, revelan una rotura meniscal.

3. Métodos complementarios.

- a) **Radiología simple** confirma la integridad ósea.
- b) **Neumoartrografía**, artrografía opaca o a doble contraste (actualmente se la denomina “la artroscopia del pobre”).
- c) **RNM** (teniendo en cuenta que sólo alcanzan clara correlación las que alcanzan la superficie meniscal, es decir las lesiones grado III).
- d) **Artroscopia**. (Su fiabilidad es del 85%). Es el método de elección ya que permite:
 - Descubrir alteraciones meniscales parciales mal apreciadas por otros métodos. Es difícil de valorar el tercio posterior del menisco interno.
 - Evaluar la gravedad de las lesiones meniscales.
 - Confirmar el diagnóstico o completarlo distinguiendo las lesiones cartilaginosas, ligamentosas o sinoviales.

fuertes movimientos de rotación interna y externa. El dolor en R.E. es típico del menisco interno y en R.I. típica del menisco externo.

⁶ Es consecuencia del defecto de extensión completa de la rodilla. El paciente está en decúbito supino. Se comprueba que la rodilla no está extendida totalmente y se puede pasar la mano por debajo del hueso poplíteo.

⁷ Aparecen resaltes o saltos al realizar movimientos de flexoextensión de la rodilla.

⁸ Se coloca el pulgar sobre la interlínea y se buscan resaltes o chasquidos al realizar, con la pierna en flexión, movimientos asociados de rotación y lateralidad.

⁹ El paciente está en decúbito supino y la rodilla flexionada 90°. Se realizan movimientos de cajón anterior y posterior, apreciándose resaltes en caso de rotura meniscal.

Tratamiento

Según el tipo de lesión de que se trate el tratamiento de elección será:

1. **Tratamiento conservador:** Lesión parcial, rotura vertical, rotura oblicua menor de 5 mm.
2. **Meniscectomía¹⁹ parcial y regularización de los bordes:** Lesiones inestables (mayor de 10 mm, o en ocasiones de 5-10 mm). Son la mayoría de los casos.
3. **Sutura del fragmento al borde por artrotomía o artroscopia:** Lesiones inestables en zona vascular:

La **artroscopia** presenta ventajas como son una estancia más corta, un menor periodo de recuperación, un menor absentismo laboral, la reanudación de la actividad deportiva de manera precoz y una reducción de la morbilidad.

La **rehabilitación** será variable en cuanto a su necesidad y duración:

- Innecesaria si se trata de una lesión aislada, tratada mediante resección parcial bajo artroscopia.
- Indispensable si hay inmovilización y si existe lesión del LCA²⁰.

Pronóstico

Bueno en el 80% de los casos si no hay lesión asociada.

Mal pronóstico, las que dejan laxitud ligamentosa residual y las que provocan lesión de las estructuras en el acto operatorio.

Son elementos condicionantes del pronóstico: la técnica empleada, la lesión previa existente y la edad del sujeto.

¹⁹ Tras una meniscectomía, la secuencia cronológica de recuperación sería:

Al día siguiente, reeducación: contracciones isométricas.

5º día: se puede autorizar el apoyo.

3ª semana: movimientos de flexión.

45-60 días: reincorporación laboral.

²⁰ Ligamento cruzado anterior.

Duración de la Incapacidad Temporal

En función de la gravedad y complicaciones del cuadro ²¹:

| MENISGOPATÍAS | |
|---------------|----------|
| Criterios | Duración |
| Leve | 21 días |
| Moderada | 45 días |
| Grave | 90 días |

Bibliografía

- Munuera L. Introducción a la traumatología y cirugía ortopédica. 1ª Ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996:374-377.
- Barsotti J, Dujardin C. Guía práctica de traumatología. 1ª Ed. Barcelona: Masson; Año:188-191.
- Durán Sacristán H, Arcellus Imaz I, García-Sancho Martín L, Gonzalo Hermoso S, Alvarez Fdez-Represa J, Fernández Portal L, Menéndez Martín J. Tratado de patología clínica y quirúrgicas. 2ª Ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996: 4545-4552.
- Beary III John F, Christian Charles; Johanson Norman. Manual de reumatología y de trastornos ortopédicos ambulatorios. Ed. Ciudad: Salvat Editores, SA; 1990: 163-164.
- Klaus Buckup. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Barcelona: Masson, SA; 1997: 150-163.

79. CONDROMALACIA DE RÓTULA

CIE-9-MC 717.7 Condromalacia de rótula

²¹ Para las meniscectomías por artroscopia, la hospitalización va de 0 a 48 horas. El inicio de la actividad normal a los 15 días aproximadamente y de 30 días para la actividad deportiva. En caso de sutura meniscal, 45 días de inmovilización crurópédica. En caso de complicaciones descritas, según la evolución del caso.

Concepto

Aparición de reblandecimiento, fisuración o ulceración que llegan a dejar el hueso subcondral al descubierto y que con frecuencia evoluciona hacia la artrosis femoropatelar.

Cuando se da concomitantemente el proceso de afectación cartilaginosa y ósea, se habla de artrosis femoropatelar.

Etiología

En general todos los autores coinciden en tres factores como responsables de la condropatía rotuliana: defectos de alineamiento de la rótula, hiperpresión rotuliana y microtraumatismos por sobrecarga.

Según Ficat se distinguen formas primarias y secundarias.

1. **Formas primarias**, también llamadas idiopáticas, estarían relacionadas con la nutrición del cartílago o bien con trastornos mecánicos.
2. **Formas secundarias**, a su vez podrían ser:
 - De origen **traumático**: Esguinces de rodilla, o por acción directa (fractura de rótula, contusión directa, etc.). Suponen el 75% de condromalacias. Microtraumatismos por cuerpos libres.
 - De origen **estático**: Hiperpresión externa, luxaciones y subluxaciones recidivantes, subluxación permanente, alteraciones del eje femorotibial en el plano frontal, sagital u horizontal, rótulas altas.
 - De origen **displásico**: Displasia rotuliana, displasia de la tróclea femoral.

Otras: AR, hemartros, sinovitis, iatrogenia, etc.

Epidemiología

Segunda-tercera década de la vida.

Clínica

Las condropatías rotulianas, son asintomáticas en un 60-70% de los casos.

Cuando se manifiestan, lo hacen con un complejo sintomático que se ha dado en llamar “**síndrome rotuliano**”, caracterizado por un dolor ²² sordo en la parte anterior de la rodilla, sobre todo tras la sedestación y que se incrementa al bajar (más que al subir) escaleras, planos inclinados, etc.

Los defectos de deslizamiento, van a provocar otros síntomas: crepitación, enganches, roces y crujidos.

Otras manifestaciones clínicas del cuadro son hidrartros de repetición, atrofia de cuádriceps (sobre todo vasto interno) y fallos a la marcha.

Diagnóstico

1. **Anamnesis:** características del dolor.
2. **Exploración**, mediante pruebas de provocación del dolor como: palpación de facetas rotulianas, percusión de la rótula y maniobra de Zohlen ²³.
3. **Radiología**
 - Simple. Se deben realizar proyecciones AP, Lateral y Axial a 30º, 60º y 90º de flexión, buscando el pinzamiento de la interlínea.
 - Axial opaca (“desfiladero opaco”)
4. **Otros métodos diagnósticos**
 - Artroscopia ²⁵
 - Resonancia nuclear magnética.

²² El dolor tiene su origen en la sinovial y en el hueso subcondral, por fragmentos desprendidos que ocasionan una “sinovitis irritativa”.

²³ La maniobra de Zohlen, consiste en oponer resistencia comprimiendo la rótula contra la tróclea femoral, mientras el paciente realiza extensión de la pierna o contracción del cuádriceps.

²⁴ Se introduce contraste yodado y se realizan proyecciones a 30º, 60º, 90º y 45º. Una variante de esta técnica es el doble contraste, en el que además se introduce aire.

²⁵ Se distinguen 4 grados de condromalacia desde un punto de vista artroscópico: **Grado I:** Cambios mínimos. Reblandecimiento de cartílago, que se hunde a la presión con un objeto romo. **Grado II:** Irregularidades en la superficie del cartílago. **Grado III:** Fibrilación ostensible con fisuras que se extienden hasta el hueso subcondral (“aspecto en carne de cangrejo”).

Tratamiento

1. Conservador ²⁶:

- Reposo.
- Analgésicos y AINES.
- Fisioterapia para RHB de cuádriceps: isométricos evitando la flexión y extensión contra resistencia en los últimos 30º.

2. Cirugía: El tratamiento quirúrgico de la condropatía, está indicado fundamentalmente en las formas secundarias con dolor crónico. Las técnicas pueden ser aisladas o combinadas.

Corrección de las desalineaciones del aparato extensor de la rodilla:

- Cirugía descompresora.
- Actuación directa sobre el cartílago patológico.
- Tratamiento mediante técnicas artroscópicas, actuando mediante raspado (afeitado) sobre el sector condromalácico y liberación del retináculo lateral.

Todas las técnicas descritas se pueden reunir en tres grupos de tratamiento:

- a) Afeitado resección de cartílago + perforación de hueso subcondral + espongiolización.
- b) Corregir defectos de alineación (liberación retinacular) o mejorar la eficacia mecánica del aparato extensor (Maquet).
- c) Si la lesión es muy avanzada y no caben los tratamientos anteriores, se puede realizar una patelectomía y/o prótesis.

Pronóstico

El pronóstico de la condromalacia rotuliana, va a estar en función del grado de la misma, del momento del diagnóstico, tratamiento elegido y de los requerimientos a que se someta la rodilla una vez tratado el cuadro.

Grado IV: Ha desaparecido el cartílago articular en el sector afectado, lo que permite la exposición y erosión del hueso subcondral.

²⁶ El tratamiento conservador, está especialmente indicado en condromalacias en jóvenes, condromalacias edematosas cerradas y en las forma idiopáticas.

La evolución natural del cuadro es hacia la artrosis femoropatelar.

Duración de la Incapacidad Temporal

La duración de la incapacidad temporal va a estar condicionada por:

- Grado de afectación.
- Grado de actividad física.
- Tratamiento elegido.

En los casos leves y de escaso requerimiento físico, no precisará IT.

En los supuestos de cirugía, la duración de la incapacidad temporal, podría prolongarse 2-3 meses.

| CONDROMALACIA DE RÓTULA | |
|-------------------------|------------------------------|
| Criterios | Duración |
| Casos leves | No precisa I.T. |
| Estadio I ²⁷ | De 2 a 4 semanas |
| Estadio II-III | De 1 a 4 meses ²⁸ |

Bibliografía

Munuera L. Introducción a la traumatología y cirugía ortopédica. 1ª Ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996: 384-385.

Durán Sacristán H, Arcellus Imaz I, García-Sancho Martín L, Gonzalo Hermoso S, Alvarez Fdez-Represa J, Fernández Portal L, Menéndez Martín J. Tratado de patología clínica y quirúrgicas. 2ª Ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996: 4569-4573.

Beary III John F, Christian Charles; Johanson Norman. Manual de reumatología y de trastornos ortopédicos ambulatorios. Ed. Ciudad: Salvat Editores, SA; 1990: 162-163.

Klaus Backup. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Barcelona: Masson, SA; 1997:144-150.

²⁷ En caso de condromalacia cerrada, y en el supuesto de requerimiento físico moderado a intenso.

²⁸ En función del tipo de cirugía y evolución de la misma.

80. OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA

| | | |
|----------|--------|---|
| CIE-9-MC | 717.81 | Antigua disrupción del ligamento colateral lateral |
| | 717.82 | Antigua disrupción del ligamento colateral medial |
| | 717.83 | Antigua disrupción del ligamento cruzado anterior |
| | 717.84 | Antigua disrupción del ligamento cruzado posterior |
| | 717.85 | Antigua disrupción de otros ligamentos de la rodilla (ligamento capsular de la rodilla) |
| | 717.89 | Otros |
| | | Antigua disrupción de ligamentos de la rodilla NEOM ²⁹ |
| | | Alteración recurrente de la rodilla |

Concepto

Las lesiones traumáticas del aparato ligamentoso se engloban bajo el término general de **esguinces**. Según la American Medical Association (1976), los esguinces se clasifican *según su intensidad* en:

1. *Leves o de primer grado*. No hay rotura ligamentosa y no producen inestabilidad.
2. *Moderados o de segundo grado*. Hay rotura parcial y la inestabilidad es mínima o puede no existir.
3. *Graves o de tercer grado*. Hay rotura total de uno o más ligamentos. Siempre hay inestabilidad, más o menos importante.

Etiología

Las **causas** fundamentales de inestabilidad crónica de la rodilla son:

- Curación incompleta de un esguince grave agudo.
- Consecuencia de una meniscectomía.

Existen dos **tipos** fundamentales de inestabilidad:

1. *Compensada*: Determinadas estructuras suplen el fallo mecánico de los ligamentos lesionados. (Ej. el cuádriceps, suple al LCA).

²⁹ No especificados de otra manera.

2. *Descompensada*: Pese a la potente musculatura, hay fallos, inseguridad o crisis de derrame en una rodilla.

Clínica

La clínica va a venir definida por la inestabilidad que conlleva la lesión.

1. Hay **dolor y derrame**, generalmente de tipo sinovial.
2. Puede haber hemartros.
3. La **musculatura está alterada**: atrofia de cuádriceps, tensor de fascia lata e incluso de los isquiotibiales.

Clasificación de las inestabilidades:

1. En un solo plano, **directas** o axiales: mediales, laterales, anteriores y posteriores.
2. **Rotatorias** (en dos o más planos): anterolaterales, anteromediales, posterolaterales y posteromediales.

Según su intensidad, se pueden clasificar de acuerdo con la tabla siguiente:

Inestabilidades de la rodilla

| | Inestabilidad directa | Inestabilidad rotatoria |
|-----------|-----------------------|-------------------------|
| Grado I | < 5mm. | Leve |
| Grado II | 5-10 mm. | Moderada |
| Grado III | > 10 mm. | Grave |

Diagnóstico

La clínica da el 80-90% del diagnóstico.

1. **Anamnesis**. Es importante para conocer el mecanismo lesional primitivo, la evolución del cuadro, el modo de presentación de los trastornos secundarios, la frecuencia de los mismos, la causa de aparición, etc.

2. **Exploración.** La exploración va dirigida a detectar movimientos anormales de lateralidad o cajón. Algunas maniobras para explorar la estabilidad de la rodilla son:

- Prueba del valgo y varo forzados o de las laxitudes laterales ³⁰.
- Prueba del cajón ³¹.
- Test de Lachmann ³².

Métodos complementarios:

- *Radiología*, para determinar el grado de afectación mediante Rx en varo y valgo forzados (proyección frontal) y el grado de deslizamiento (cajones) para lo que usaremos la proyección lateral. También se usa para determinar posibles lesiones asociadas.
- *Artrografía*. Tiene poca utilidad.
- *RNM*, que da gran seguridad de imágenes. Se llegan a obtener un 95% de resultados positivos, que luego se confirman por artroscopia.
- *Artroscopia diagnóstica*. Sólo permite ver estructuras intraarticulares, e incluso algunas de ellas se visualizan mal, como es el caso del ligamento cruzado posterior. Puede ser de gran utilidad para el diagnóstico de "factores de entretenimiento" ³³.

³⁰ Paciente en decúbito supino. Se sujeta la rodilla con ambas manos, palpando la interlínea. Se fija la parte distal de la pierna del paciente entre el antebrazo y la cintura del explorador y se efectúa una maniobra de valgo-varo. Los dedos en la interlínea, palpan el "bostezo" o abertura de la hendidura articular. La prueba debe realizarse a 20º de flexión y en extensión completa.

³¹ El cajón anterior se explora con el paciente en decúbito supino, cadera en flexión de 45º y rodilla en flexión de 80-90º con el pie apoyado sobre la mesa de exploración y se fija sentándose sobre él. Las manos del explorador, traccionan de la cabeza de la tibia. Se debe explorar en posición neutra, así como en rotación interna (de 15º) y rotación externa (de 30º), para verificar inestabilidades anterointerna y anteroexterna respectivamente.

El cajón posterior, se explora en la misma posición, traccionando hacia atrás la extremidad proximal de la tibia. Comparando ambas rodillas, se aprecia una muesca o "hachazo" en la rodilla afecta.

³² Busca un cajón en subextensión de la rodilla. Se coge con una mano la extremidad inferior del muslo y con la otra la parte superior de la pierna. Se busca la movilidad anteroposterior de la rodilla, que en condiciones normales no existe.

³³ Es decir aquellas lesiones no ligamentosas que son susceptibles de mantener una inestabilidad clínicamente florida y que una vez eliminadas dan lugar a una rodilla compensada. Estos factores son las roturas meniscales, las cicatrices hipertróficas, lesiones osteocondrales, franjas sinoviales, etc.

Tratamiento

Hay que tener en cuenta que son lesiones más complejas que las agudas y que la solución terapéutica es más difícil y de pobres resultados³⁴.

La indicación terapéutica, va a estar en función del grado de alteración funcional.

1. **Recuperación de la deficiencia muscular.**
2. **Cirugía**, en el caso de que fracase la reeducación muscular. La cirugía de las laxitudes crónicas es paliativa:
 - *Inestabilidad crónica de estructura medial.* (Operación de ODonoghue, operación de Slocum–Larsen, operación de Nicholas (cinco en una)...).
 - *Inestabilidad crónica de estructuras externas.* (Operación de Dejour, operación de Edwards, operación de McIntosh...)
 - *Reconstrucción del pivote central:*
 - LCA (Operación de Kenneth-Jones, operación de Lindeman I o anterior).
 - LCP (Operación de Lindeman II o posterior, operación de Hughston).

Elementos usados en la reconstrucción:

- Tejidos autólogos
- Tejidos alógenos (aloinjertos)

Materiales sintéticos: daxon, polipropileno (modelo LAD de Kennedy), carbono y poliéster (sistema ABC), prótesis de Gore Tex, etc.

Complicaciones

- **Síndrome de Pellegrini–Stieda.**
- **Síndrome de retracción secundaria.**

³⁴ Es más importante el momento en que se hace la reparación, que la gravedad de la lesión" (ODonoghue).

Duración de la Incapacidad Temporal

| LESIONES LIGAMENTOSAS DE LA RODILLA | |
|-------------------------------------|-----------------|
| Criterios | Duración |
| Esguince de rodilla | |
| • Leve | 12 días |
| • Moderado | De 35 a 45 días |
| • Grave | 110 días |
| Lesiones del pivote central | |
| • Grave | 120 días |
| • Muy grave | 240 días |

Bibliografía

- Munuera L. Introducción a la traumatología y cirugía ortopédica. 1ª Ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996: 363-374.
- Barsotti J, Dujardin C. Guía práctica de traumatología. 1ª Edición Barcelona: Masson; Año: 180-184.
- Durán Sacristán H, Arcellus Imaz I, García-Sancho Martín L, Gonzalo Hermoso S, Alvarez Fdez-Represa J, Fernández Portal L, Menéndez Martín J. Tratado de patología clínica y quirúrgicas. 2ª Ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996: 4525-4543.
- Beary III John F, Christian Charles; Johanson Norman. Manual de reumatología y de trastornos ortopédicos ambulatorios. 2ª Ed. Barcelona.: Salvat Editores, SA; 1990: 183-186.
- Klaus Buckup. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Barcelona: Masson, SA; 1997: 165-194.

81. CERVICALGIA

| | | |
|----------|-------|---|
| CIE-9-MC | 722.0 | Desplazamiento del disco intervertebral cervical sin mielopatía |
| | 722.4 | Degeneración de disco intervertebral cervical |
| | 723 | Otros trastornos de la región cervical |

Concepto

El dolor cervical es una entidad clínica caracterizada por dolor en región vertebral o paravertebral cervical.

Etiología

Etiología

La columna cervical es una estructura formada por siete vértebras articuladas entre sí por tres sistemas principales de articulaciones (intervertebrales o discovertebrales, interapofisarias y las uncovertebrales).

Estos tres sistemas articulares definen **tres zonas anatómicas** que cuando están alteradas pueden poner en compromiso a los distintos elementos vasculonerviosos que pasan a través de ellas, tales como el canal medular, la arteria y vena vertebral, las formaciones nerviosas simpáticas así como las raíces nerviosas.

En la columna cervical podemos distinguir un nivel superior formado por C1 y C2, que es responsable de los movimientos de rotación y un nivel inferior formado por C3 a C7 responsable de los movimientos de flexión y de extensión.

Epidemiología

La consulta por dolor cervical es una de las más frecuentes en reumatología.

El dolor en la columna cervical es menos frecuente que el dolor de la columna lumbar. Los hombres entre 36 y 45 años padecen más que el conjunto de la población de dolor cervical. Un 25-30% de personas activas entre 25-29 años han padecido en alguna ocasión un episodio de dolor cervical.

Existe una clara **relación entre dolor cervical y la ocupación**. La incidencia más baja se encuentra entre aquellos con trabajos sedentarios y la más alta en aquellos trabajos que exigen cargar objetos pesados.

Clínica

La evaluación clínica requiere una **historia clínica** detallada, una **exploración física** general y neurológica cuidadosa.

El dolor es la forma más frecuente de presentación en un paciente con alguna alteración de la columna cervical. Suele ser de características mecánicas (calma en reposo y se agrava con el movimiento), aunque existen determinadas patologías que pueden producir un dolor inflamatorio.

Su origen puede ser cualquiera de las estructuras que forman la columna cervical, como huesos, articulaciones, ligamentos o músculos.

Acompañando al dolor pueden existir otras manifestaciones clínicas tales como: parestesias y debilidad muscular en miembros superiores (si existe compromiso de alguna raíz nerviosa), síntomas autonómicos (calor o frío, taquicardia, dolor ocular...), cefaleas o neuralgias occipitales, y otros síntomas menos frecuentes como una pseudoangina pectoris, síntomas oculares, síntomas auditivos, disfagia.

La exploración de un paciente con dolor cervical debe consistir en una exploración general, con el fin de descubrir cualquier patología sistémica que pudiera ser la causa, y una exploración local más detallada. Se palparán las apófisis espinosas y transversas así como la musculatura en busca de puntos dolorosos y contracturas musculares. Si existen signos de déficit vascular, deben explorarse los pulsos carotídeos y la existencia de un soplo a la auscultación.

Los movimientos deben ser explorados de forma pasiva, activa y contra resistencia.

La afección radicular cursa con dolor, disminución de la sensibilidad, debilidad muscular con producción de amiotrofia y reflejos disminuidos o ausentes. La distribución de estos síntomas pueden ayudar a la localización de la raíz afectada.

RAICES NERVIOSAS QUE SE AFECTAN CON MAYOR FRECUENCIA EN LA COLUMNA CERVICAL

| Raíz | Disco | Debilidad motora | Reflejo disminuido | Deteriorio sensitivo |
|------|-------|-------------------------------------|------------------------|---|
| C6 | C5-C6 | Biceps | Bicipital Supinador | Cara lateral del antebrazo Dedos 1º y 2º |
| C7 | C6-C7 | Triceps Extensores del antebrazo | Tricipital | Cara posterior del antebrazo Dorso del 3º dedo |
| C8 | C7-D1 | Pulgar Extensor de los dedos | | Borde cubital del antebrazo Superficie de flexión de 4º y 5º dedos |

Las raíces por debajo de D1 raramente se afectan por patología mecánica, ya que parten de segmentos vertebrales menos móviles. Cuando existe afectación bilateral o de varias raíces debe sospecharse patología no mecánica, infiltración tumoral o infecciosa.

La patología cervical puede provocar compromiso del espacio medular con producción de mielopatía que se debe sospechar cuando aparecen síntomas de debilidad en las cuatro extremidades que a menudo empeora con la flexión cervical (signo de Lhermitte).

Diagnóstico

Las radiografías son las pruebas diagnósticas más frecuentemente utilizadas, aunque excepto en casos en los que existe historia previa de trauma, muy raramente descubren la causa del dolor cervical. Existen varios estudios que demuestran que los cambios degenerativos aparecen de forma tan frecuente en los pacientes sintomáticos como en los asintomáticos.

Se recomienda pedir radiografías:

1. En pacientes con historia previa de traumatismo o con síntomas de más de 6 meses de duración sin clara mejoría a pesar del tratamiento conservador.
2. En pacientes mayores de 50 años que presenten síntomas sistémicos tales como pérdida de peso, fiebre...
3. En pacientes con historia de neoplasias previas.
4. En pacientes con dolor severo y que aumenta claramente en reposo.

La necesidad de realizar más pruebas diagnósticas depende de la evolución clínica de la respuesta al tratamiento conservador y de la consideración o no de la indicación de tratamiento quirúrgico.

En el caso en que sea necesaria una intervención quirúrgica deben realizarse pruebas diagnósticas como el TC con contraste medular o una RMN. El EMG es útil para establecer el nivel de afectación neurológica.

Ante un paciente que viene con este cuadro habría que considerar, en virtud de su frecuencia o gravedad, y entre otros, un **diagnóstico diferencial** con los siguientes cuadros:

1. Artrosis cervical: de cualquiera de las articulaciones antes mencionadas.
2. Distensión muscular.
3. Síndrome cervicobraquiálgico secundario a la irritación de las raíces nerviosas, normalmente a nivel de los agujeros de conjunción.
4. Lesiones del cuerpo vertebral por un tumor (primario o metastásico) o una infección.
5. Artritis Reumatoide.
6. Espondilitis Anquilosante.
7. Polimialgia reumática.

Descartar que no sea un dolor referido derivado de un problema infra o supra diafragmático como por ejemplo un tumor de Pancoast. Es importante igualmente descartar que la causa del dolor cervical no provenga de patología referida del hombro.

Tratamiento

El tratamiento en la mayoría de estos pacientes debe ser con medidas conservadoras a base de analgésicos y ejercicio. El tratamiento quirúrgico solo está indicado en los casos con afectación neurológica grave y progresiva.

Duración de la Incapacidad Temporal

| CERVICALGIA | |
|---|-----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Cuadros leves Sin Radiculopatía asociada Episodio aislado Sin antecedente traumático Sin recaídas | No procede I.T. |
| B. Cuadros moderados Con antecedentes traumáticos Con recaídas Sin radiculopatía asociada | De 0 a 21 días |
| C. Cuadros graves Con radiculopatía asociada | De 7 a 28 días |

Bibliografía

- Padrino Martínez JM, Aragón Díez A. Dolor raquídeo. 5th edition. Medicine. Barcelona: IDEPSA, 1.991; 24: 39-41
- Sánchez Bursón JM, Marengo de la Fuente. Cervicalgia. Manual de las enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología 264-269. 1996.

82. LUMBALGIA

| | | |
|----------|-------|--------------------------------------|
| CIE-9-MC | 724.2 | Lumbalgia sin radiculopatía asociada |
| | 724.3 | Lumbalgia con radiculopatía asociada |

Concepto

El dolor lumbar es una entidad clínica caracterizada por dolor en región vertebral o paravertebral lumbar.

Epidemiología

Es actualmente un problema de salud prioritario en las sociedades occidentales por su elevada frecuencia y la repercusión social, laboral y económica que producen.

Su prevalencia a lo largo de la vida es de 60-80%. El pico de afectación ocurre en la edad laboral (25-45 años) y es una de las patologías que provoca mayor absentismo laboral, discapacidad y demanda asistencial tanto a nivel primario como hospitalario, con el coste económico que ello comporta.

Clínica

Clínicamente se puede clasificar al dolor lumbar en:

1. Mecánico.
2. Inflamatorio.

Según el tiempo de evolución la lumbalgia se puede clasificar en:

1. **Aguda:** 1-6 semanas.
2. **Subaguda:** 4-7 semanas.
3. **Crónica:** Mas de 7 semanas.

El dolor lumbar mecánico es el responsable de un **90%** de todas las lumbalgias.

Clínicamente se caracteriza por dolor lumbar que empeora con la movilización, que cede en reposo. Frecuentemente tiene un desencadenante, no suele asociarse a fiebre ni sintomatología sistémica.

La causa de este tipo de lumbalgia es una alteración estructural o sobrecarga funcional-postural de los elementos que forman la columna lumbar (arco anterior vertebral, arco posterior vertebral, disco intervetebral, ligamentos paravertebrales y la musculatura paravertebral). Normalmente no existe una correlación lineal entre la clínica y la alteración anatómica hallada por las técnicas de imagen, por lo que llegar a un diagnóstico etiológico o causal de certeza sólo es posible en un pequeño porcentaje de casos.

Las lumbalgias inflamatorias se caracterizan por dolor lumbar diurno y nocturno, de intensidad progresiva, que no cede o empeora en reposo, despierta a media noche, se acompaña de fiebre y/o síntomas generales.

Diagnóstico

En la **anamnesis** de un enfermo con lumbalgia debe incluirse una serie de datos que sirvan para excluir enfermedades severas que requieran tratamientos urgentes.

La exploración física debera ser detallada, comenzando con una exploración general cuidadosa en busca de cualquier patología sistémica que pueda ser la causa del dolor lumbar. La exploración del sistema locomotor debería incluir:

1. **Inspección:** Se debe valorar la actitud y la estática descartando la existencia de rectificación o hiperlordosis lumbar, escoliosis... Se deben buscar igualmente lesiones cutáneas como la psoriasis. Es importante realizar una inspección de la marcha del paciente así como una inspección tras realizar movimientos de extensión y flexión lumbares o flexión toracolumbar en busca de cualquier anomalía.
2. **Palpación:** Podemos encontrar contractura de la musculatura paravertebral con actitud antiálgica escoliótica al palpar sobre esta zona. Se de-

ben palpar igualmente las regiones de las articulaciones interapofisarias.

3. **Presión:** Mediante presión podemos encontrar "puntos gatillo" musculares típicos de algunos síndromes miofasciales.
4. **Movilidad:** Se debe realizar movimientos de flexo- extensión de la columna así como movimientos de lateralización. Es igualmente importante realizar una exploración de las articulaciones coxofemorales para descartar que cualquier dolor irradiado al muslo dependa de dicha articulación.
5. **Exploración neurológica:** Es una de las partes más importantes de la exploración de la columna pues con ella tratamos de descubrir cualquier afección radicular. Para ser completa debe incluir la siguiente exploración:
 - **Musculatura:** Es importante valorar la fuerza, hipertrofia o atrofia de las extremidades, así como la presencia de paresias o parálisis de algún grupo muscular.
 - **Sensibilidad:** Se deben localizar las posibles áreas de hipo-anestesia para así determinar su correlación con los dermatomas de la extremidad inferior.
 - **Reflejos osteotendinosos:** Así podremos objetivar normorreflexia, hipo-arreflexia o hiperreflexia. En extremidades inferiores los dos reflejos que se deben explorar son los patelares y los aquileos.

Existen otras maniobras exploratorias más específicas que se pueden aplicar a todo paciente que presenta dolor de distribución radicular. Existen muchas maniobras pero las dos más utilizadas son el Lasegue y el Bragard.

LUMBALGIA. SIGNOS Y SÍNTOMAS EN RELACIÓN AL NIVEL RADICULAR

| Lugar | Dolor | Hallazgos sensitivos | Debilidad motora | Reflejos |
|-------|--|--|--|-------------------------------------|
| L3-L4 | Parte anterolateral del muslo, parte interna de la rodilla | Parte anterolateral del muslo | Extensores de la rodilla | Rotuliano disminuido |
| L4-L5 | Parte posterior del muslo, parte lateral de la pantorrilla, dorso del pie, primer dedo | Parte posterolateral de la pantorrilla, dorso del pie, espacio interdigital del dedo gordo | Flexores dorsales del tobillo, extensor del dedo gordo | Sin cambios de reflejos específicos |
| L5-S1 | Nalga, parte posterior del muslo, pantorrilla, lateral del pie, dedos laterales | Nalga, parte posterior del muslo, pantorrilla, lateral del pie o dedos laterales | Normalidad o debilidad de los flexores plantares del tobillo | Disminución del reflejo aquileo |

Siempre se debe practicar una análisis completa, descartando cualquier patología responsable del dolor. En caso de descubrirse alguna, varía la actitud de tratamiento de estos pacientes. Se realizarán pruebas analíticas específicas según la sospecha de la causa y que nos puedan ayudar a establecer el diagnóstico etiológico del dolor lumbar.

La **radiología** sirve como ayuda para descartar otras patologías.

En general se recomienda realizar radiografías en los supuestos siguientes:

1. Historia previa de traumatismo o con síntomas de más de 6 meses de duración sin clara mejoría a pesar del tratamiento conservador.
2. Mayores de 50 años que presenten síntomas sistémicos tales como pérdida de peso, fiebre...
3. Historia de neoplasias previas.
4. Dolor severo y que aumenta claramente en reposo.

La realización de otras pruebas diagnósticas depende de la respuesta o no del paciente al tratamiento conservador bien realizado y durante un período

no superior a 3 meses, de la evolución clínica y de la consideración o no de tratamiento quirúrgico.

En caso de consideración quirúrgica las dos pruebas diagnósticas que se deben practicar son el TC y/o una RM. El EMG es útil en estos pacientes, sobre todo, si se sospecha una afección radicular.

Tratamiento

El tratamiento de toda lumbalgia, con radiculopatía o sin ella, **en principio debe ser conservador**, siempre y cuando la causa no sea infecciosa, neoplásica o inflamatoria.

El tratamiento consiste en **reposo** sólo en casos necesarios y siempre no superior a 2-3 días, aunque en el caso de las lumbociáticas está permitido un reposo de hasta 2 semanas.

Asociado al reposo se deben administrar medicamentos del tipo de **analgésicos** (paracetamol, paracetamol-codeína, etc.), antiinflamatorios y en caso necesario relajantes musculares.

Son útiles igualmente la aplicación de **calor** local seco o húmedo, **fisioterapia** o cualquier otro tipo de terapia física que muy lejos de curar sí ayudan a aliviar.

Una vez que la fase aguda haya terminado es importante inculcar al paciente la necesidad de hacer **ejercicio** (a ser posible aeróbico, como es la natación) así como la pérdida de peso en caso de que el paciente esté obeso y la modificación de diferentes **hábitos de vida** que son perjudiciales, tales como cargar pesos y una adecuada educación postural.

Pronóstico

El pronóstico de las **lumbalgias agudas o subagudas** con tratamiento adecuado es en general bastante satisfactorio, de forma que pueden realizar las actividades de su vida habitual en pocas semanas.

En el caso de las **lumbalgias crónicas**, la respuesta no suele ser tan satisfactoria al tratamiento pues suele existir un factor psicógeno bastante acusa-

do, por lo que estos pacientes a menudo requieren apoyo psicológico. En el caso de existir asociación con una radiculopatía severa o rápidamente progresiva, que en general son candidatas a tratamiento quirúrgico, la recuperación suele ser mucho más lenta que en los casos de radiculopatía menos severa.

Duración de la Incapacidad Temporal

| LUMBALGIA | |
|---|-----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Dolor lumbar no irradiado | |
| • Primer episodio | De 0 a 7 días |
| • Recaidas | De 0 a 14 días |
| B. Dolor lumbar con radiculopatía | |
| Cuadros leves | |
| • Primer episodio | De 0 a 7 días |
| • Sin lumbalgia previa | |
| • Sin alteración neurológica objetivable | |
| Cuadros moderados | De 0 a 20 días |
| • Con lumbalgia previa | |
| • Con metámera bien definida | |
| • Con moderada incapacidad | |
| Cuadros severos | De 10 a 90 días |
| • Alteración neurológica objetivable rápidamente progresiva o aguda | |
| • Invalidante | |

Bibliografía

- Forcht Dagi T. Beary III Jolui F. Dolor lumbar. Manual de Reumatología y de trastornos ortopédicos ambulatorios, diagnóstico y terapéutica. 2ª edición. Toronto: Salvat,; 14:143-52.
- Moyá Ferrer F. Lumbalgia. Manual de las enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. 270-283, 1996.
- Salazar Vallinas J.M. Álvarez Vega J.L. Ciática. Estenosis del canal raquídeo. Manual de las Enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. 564-573.1996.

83. CAPSULITIS ADHESIVA

CIE-9-MC 726.0 Capsulitis adhesiva del hombro

Concepto

Es un proceso en el que la cápsula glenohumeral se adhiere a sí misma y al cuello del húmero en el repliegue axial, como consecuencia de una inflamación crónica y degeneración secundaria de las estructuras capsulares.

Epidemiología

Incide con preferencia sobre el hombro no dominante y en mujeres entre 40-60 años.

Etiología

Cualquier entidad que provoque **inmovilización del hombro** puede originarla, como por ejemplo: cuadros dolorosos locales o a distancia, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, etc.

Puede estar asociada con **factores de riesgo**: diabetes, infarto agudo de miocardio, accidentes cardiovasculares, tuberculosis pulmonar, hipertiroidismo, etc.

La diabetes además de ser un factor contributivo frecuente significa peor pronóstico y mayor bilateralidad del proceso.

Clínica

Dolor de instauración progresiva acompañado de rigidez global del hombro. La limitación de la movilidad es tanto activa como pasiva, sobre todo de la ABD y rotaciones.

Diagnóstico

La anamnesis completada con la **exploración** sistemática incluyendo inspección, palpación, movilidad, fuerza, **tests especiales del hombro**, etc. debe conducir al diagnóstico, si no concreto, al menos encuadrarlo en un grupo lesional (capsulitis retráctil, patología del MR ³⁵, etc.)

³⁵ Manguito de los rotadores.

Sólo entonces debe recurrirse a las **pruebas complementarias** para concretar el diagnóstico, que se confirmará por artrografía. La RNM también puede demostrar las adherencias capsulares.

Tratamiento

El más importante es el tratamiento *preventivo*, evitando inmovilizaciones más prolongadas de lo estrictamente imprescindible.

Una vez diagnosticada debe establecerse un tratamiento **fisioterápico** enérgico pudiendo estar indicada la manipulación bajo anestesia en caso de evolución desfavorable.

En recidivas o aquellos casos en que la manipulación conlleve riesgo elevado de fracturas puede estar indicado el tratamiento quirúrgico.

Pronóstico

La capsulitis retráctil tiende a evolucionar favorablemente (con tratamiento fisioterápico adecuado), aunque de forma lenta, pudiendo llegar a durar este proceso hasta 2 años.

Duración de la Incapacidad Temporal

| CAPSULITIS ADHESIVA | |
|-----------------------------------|--------------|
| Criterios | Duración |
| Evolución favorable ³⁶ | 90 días |
| Evolución desfavorable | hasta 2 años |

Bibliografía

- Arteaga A, García C, González A, Ocaña C, Larraceleta C, Rodríguez-Vígil C. Valoración clínica de la enfermedad del manguito rotador. *Rehabilitación* 1998; 32:171-80.
- Durán Sacristán H, Arcellus Imaz I, García -Sancho Martín L, Gonzalo Hermoso S, Alvarez Fernández-Represa J, Fernández Portal L, Menéndez Martín J. *Tratado de Patología y Clínicas Quirúrgicas*. 2ª ed. Madrid: Mc-Graw-Hill Interamericana; 1996. p.4037-73.

³⁶ Buena respuesta al tratamiento fisioterápico y con antecedente de inmovilización corta.

- Munuera L. Introducción a la Traumatología y Cirugía Ortopédica. 1ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1996.p.219-23.
- Prieto Montaña JR, Gómez del Alamo G, Cerezal Pesquera L. Protocolo diagnóstico del hombro doloroso. En XXXV Congreso Nacional SECOT. Cursos de actualización. Fundación Mafre Medicina; 1998 : 63-77.

84. ENFERMEDAD DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES

| | | |
|----------|--------|---|
| CIE-9-MC | 726 | Tendinitis de las inserciones periféricas y síndromes conexos |
| | 726.1 | Síndrome del manguito de los músculos rotadores del hombro |
| | 726.11 | y trastornos conexos |
| | | Tendinitis calcificante del hombro |
| | 727.6 | Rotura de tendón no traumática |
| | 840 | Esguinces y torceduras de hombro y brazo superior |

Concepto

Se denomina, a menudo, con el término de síndrome compresivo del manguito rotador e incluye todos los síndromes en los que el dolor se localiza a ese nivel.

Se conoce con el término de manguito rotador a cuatro músculos escapulo-humerales cortos que se insertan en las tuberosidades del húmero y que contribuyen a la estabilización de la articulación glenohumeral y fuerza del hombro: **supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular.**

La enfermedad del manguito rotador agrupa un amplio espectro de cambios patológicos:

- síndromes dolorosos por compresión o rozamiento
- desgarros parciales y completos del manguito rotador
- tendinitis calcificante
- tendinitis bicipital ³⁷

³⁷ Esta entidad se incluye por asociación funcional, ya que el tendón del bíceps, atraviesa el manguito rotador.

Epidemiología

El dolor de hombro es un problema importante, con una prevalencia puntual en la población general del 3-20% siendo su causa más frecuente la enfermedad del manguito rotador.

La prevalencia es especialmente elevada en determinadas profesiones y actividades deportivas y aumenta con la edad, aspecto éste que tiene grandes implicaciones sociosanitarias, dado el actual envejecimiento poblacional.

Etiología

Existen una gran variedad de factores etiológicos asociados con la enfermedad del manguito rotador por lo que **no es probable que un solo factor juegue un papel exclusivo en su patogénesis.**

Los traumatismos agudos pueden causar rotura tendinosa, especialmente cuando existen cambios degenerativos asociados con la edad; los desgarrros parciales predominan en sujetos jóvenes, pues el manguito es muy resistente.

Las alteraciones anatómicas de las estructuras que rodean el manguito rotador (óseas, ligamentosas) constituyen otro factor etiológico importante, sobre todo en los síndromes dolorosos por compresión o rozamiento (por ejemplo, el síndrome subacromial).

Clínica

El cuadro consiste en **dolor**, localizado en las superficies anterior, superior y lateral del hombro y se exacerba con actividades que elevan el brazo por encima de la cabeza.

Otros síntomas pueden ser **debilidad, limitación de movilidad** y crepitación.

Diagnóstico

La **anamnesis, exploración y tests especiales de hombro** deben orientar al diagnóstico, que se completará con **técnicas de imagen**. Los hallazgos exploratorios son muy variables; la movilidad, tanto activa como pasiva pue-

de ser normal, estar mínimamente restringida o muy limitada. Un *arco doloroso positivo* entre 60 y 120° es indicativo de afección del manguito rotador.

Entre los **tests especiales del hombro**, existen signos cuya positividad durante el examen sugiere la presencia de un síndrome compresivo del manguito rotador e incluyen:

- Signo de comprensión de Neer ³⁸.
- Signo de comprensión modificado de Hawkins y Kennedy ³⁹.

La afectación del tendón de la cabeza larga del biceps se pone de manifiesto con el test de Yergason ⁴⁰.

Las técnicas avanzadas de imagen y la artroscopia no se deberían solicitar a menos que vayan a influir en el tratamiento del paciente.

Tratamiento

Conservador: incluye medicación oral (analgésicos/AINES), infiltraciones de corticoides y fisioterapia. Se asociará el cese de las actividades que supongan irritación repetida del manguito rotador.

La **indicación quirúrgica**, dependerá del tipo y grado de la afectación, evolución del cuadro, edad del paciente y actividad que realice.

- En general, se optará por la reparación quirúrgica precoz en pacientes jóvenes con rotura completa del manguito.
- En desgarros degenerativos, propios de edades más avanzadas, se optará por tratamiento quirúrgico tras evolución desfavorable con tratamiento conservador.

En todo caso seguirá un programa de **rehabilitación** prolongado y bien dirigido.

³⁸ Es la flexión forzada del hombro en ligera rotación interna. Se realiza con el paciente sentado y el examinador de pie. La rotación escapular se impide con una mano. Se considera positivo si el dolor de hombro es causado por esta maniobra.

³⁹ Es la flexión de 90° del hombro seguido de rotación interna forzada. Se considera positivo si el dolor de hombro es causado por esta maniobra.

⁴⁰ El paciente supina el antebrazo contra resistencia, con el codo flexionado 90° y el brazo pegado al cuerpo. Aparece dolor en la corredera bicipital cuando es positivo.

Duración de la Incapacidad Temporal

| ENFERMEDAD DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES | |
|--|------------------|
| Criterios | Duración |
| Cuadros leves o moderados ⁴¹ | De 10 a 35 días |
| Cuadros graves ⁴² | De 90 a 120 días |

Bibliografía

- Arteaga A, García C, González A , Ocaña C, Larraceleta C, y Rodríguez-Vigil C. Valoración clínica de la enfermedad del manguito rotador. *Rehabilitación* 1998; 32 :171-80.
- Baón Ramírez L , Mayo Belayos J , Guillén Subirán C. Tiempos de curación en Traumatología. Madrid: Praxis 2000; 1996 :257-61.
- Durán Sacristán H, Arcellus Imaz I, García -Sancho Martín L, Gonzalo Hermoso S, Alvarez Fernández-Represa J, Fernández Portal L, Menéndez Martín J. Tratado de Patología y Clínicas Quirúrgicas. 2ª ed. Madrid: Mc-Graw-Hill Interamericana; 1996. p.4037-73.
- Munuera L. Introducción a la Traumatología y Cirugía Ortopédica. 1ª ed. Madrid: Mc-Graw-Hill Interamericana; 1996.p.219-23.
- Prieto Montaña J.R , Gómez del Alamo G, Cerezal Pesquera L. Protocolo diagnóstico del hombro doloroso. En XXXV Congreso Nacional SECOT-1998. Cursos de actualización. Fundación Mafre Medicina, 1998 :63-77.
- Klaus Backup. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Barcelona: Masson, SA;1997.

85. ENTESOPATÍAS DEL CODO

| | | |
|----------|--------|-----------------------------------|
| CIE-9-MC | 726.3 | Entesopatía de la región del codo |
| | 726.31 | Epicondilitis medial |
| | 726.32 | Epicondilitis lateral |

⁴¹ Caracterizados por sintomatología consistente en limitación dolorosa a la movilidad del hombro y presencia de alteraciones en exploraciones por imagen (calcificaciones del tendón del supraespinoso, compromisos de espacio, etc.), sin alteración de la continuidad tendinosa.

⁴² Que cursen con impotencia funcional a la movilidad global del hombro y que asocien alteraciones en la continuidad tendinosa con técnicas de imagen.

Concepto

Lesión de la inserción tendinosa de los **músculos epicondíleos**: extensores de la muñeca o dedos (especialmente el segundo radial) o **epitrocleares**: flexores de la muñeca y pronadores palmares.

Epidemiología

Bastante frecuente. Se observa más a menudo en la edad media de la vida, tanto en el hombre como en la mujer y con predominio del lado derecho. Relacionadas con actividades deportivas y profesionales de sobrecarga.

Etiología

La tracción **repetida** de los músculos epicondíleos o epitrocleares, como consecuencia de un traumatismo a nivel del codo o más frecuentemente por microtraumatismos repetidos.

Antecedentes de **práctica deportiva** de intensidad variable como tenis, golf, así como determinadas **actividades profesionales** que exigen un esfuerzo prolongado y uniforme (albañiles, zapateros, mineros,...) favorecen su aparición.

Clínica

Dolor de aparición progresiva que asienta al nivel del epicóndilo, en el caso de la epicondilitis, y puede extenderse siguiendo el trayecto de los músculos epicondíleos hasta la parte media del antebrazo; se incrementa con la extensión forzada de la muñeca y supinación del antebrazo provocando **impotencia funcional**.

La epitrocleititis se presenta con dolor en la cara interna del codo, que irradia al borde interno del antebrazo y aumenta con los esfuerzos que supongan flexión y pronación forzada de la muñeca.

Diagnóstico

Se realiza fundamentalmente con la **anamnesis y exploración clínica**.

- La existencia de dolor selectivo en el epicóndilo que aumenta con la dorsiflexión resistida de la muñeca con el codo en extensión, es muy indicativo de **epicondilitis**.

El dolor selectivo de la **epitrocleitis** se reproduce con la flexión resistida de muñeca con el codo en extensión.

De las **pruebas complementarias** disponibles, la RX simple permite descartar otras patologías. La electromiografía, tomografías y excepcionalmente la artrografía completan el diagnóstico.

Tratamiento

El tratamiento debe ser inicialmente **conservador** en todos los casos con

antiinflamatorios

infiltraciones corticoideas

reposo de la zona lesionada con limitación de la actividad

ortesis de descarga y

rehabilitación.

Si fracasa el tratamiento conservador bien dirigido, puede optarse por alguna **intervención quirúrgica** de las descritas para estos cuadros; en el caso de la epicondilitis, alargamiento distal del tendón extensor corto radial del carpo, técnica descrita por Garden.

Pronóstico

Favorable: la mayor parte de los casos remiten con tratamientos médicos.

Sólo un pequeño porcentaje de casos necesitará un tratamiento quirúrgico. Son frecuentes, sin embargo, las recidivas.

Duración de la Incapacidad Temporal

| ENTESOPATÍAS DEL CODO | |
|------------------------------|-----------------|
| Criterios | Duración |
| Dolor mecánico ⁴³ | De 0 a 7 días |
| Dolor continuo | De 20 a 45 días |
| Tratamiento quirúrgico | De 45 a 60 días |

⁴³ Sin signos inflamatorios ni afectación articular importante.

Bibliografía

- Baón Ramírez L , Mayo Belayos J , Guillén Subirán C. Tiempos de curación en Traumatología. Madrid: Praxis 2000; 1996 :267.
- Durán Sacristán H, Arcellus Imaz I, García -Sancho Martín L, Gonzalo Hermoso S, Alvarez Fernández-Represa J, Fernández Portal L, Menéndez Martín J. Tratado de Patología y Clínicas Quirúrgicas. 2ª ed. Madrid: Mc-Graw-Hill Interamericana; 1996. P.4173-76.
- Munuera L. Introducción a la Traumatología y Cirugía Ortopédica. 1ª ed. Madrid: Mc-Graw-Hill Interamericana; 1996.p.273-75.
- Prieto Martínez J.M. . Exploración del aparato locomotor. Sanofi Wintrop, Barcelona; 1996.
- Klaus Backup. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Barcelona: Masson, SA;1997.

86. ENTESOPATÍA DE RODILLA

| | | |
|----------|--------|--|
| CIE-9-MC | 726.60 | Entesopatía de rodilla no especificada |
| | 726.61 | Tendinitis o bursitis de la pata de ganso |
| | 726.62 | Bursitis de ligamento colateral tibial |
| | 726.63 | Bursitis de ligamento colateral del peroné |
| | 726.64 | Tendinitis rotuliana |
| | 726.65 | Bursitis prerrotuliana |
| | 726.66 | Otra |
| | | Bursitis |
| | | Infrapatelar |
| | | Sub-rotular |

Concepto

La **tendinitis** es un término general usado para describir cualquier inflamación asociada a un tendón. La inflamación puede ocurrir en el interior del tendón (lesión intratendinosa), en la zona próxima a su inserción ósea (entesitis) o asociarse con la vaina sinovial (tenosinovitis).

Dado que las bolsas se localizan a menudo cerca de los tendones, los términos **tendinitis** y **bursitis**, se utilizan con frecuencia indistintamente para designar el mismo problema.

En conjunto, estas entidades, son la causa más frecuente de dolor en partes blandas.

Etiología

1. **Traumatismo directo** en la región de la bolsa o tendón.

2. **Irritación** o uso prolongado (microtraumatismos de repetición).
3. Manifestación de un **trastorno general** (AR, gota).
4. **Séptica**: secundaria a heridas puntiformes, celulitis circundantes, o tras inyección terapéutica local (los microorganismos más frecuentes son estafilococos y estreptococos).

Clínica

1. **Dolor local**. La localización del dolor, en las caras anterior, posterior, medial o lateral de la rodilla, orienta hacia una determinada patología, como veremos más adelante.
2. **Tumefacción**.
3. **Eritema**. Dependiendo de la profundidad de la estructura.

Según la localización, podemos encontrar, las siguientes entidades:

1. Cara anterior:

- **Bursitis prepatelar**. Frecuente en personas que trabajan de rodillas. También se aprecian en traumatismos en deportistas o en infecciones.
- **Bursitis infrapatelar**. Situada en el ángulo de inserción del tendón rotuliano. Provoca un cuadro de dolor y tumefacción local que responde al reposo y los AINES.
- **Inflamación del paquete adiposo infrapatelar** (grasa de Hoffa). Situado entre el tendón rotuliano, la superficie articular anterior de la tibia y la sinovial anterior. Es asiento de inflamación a consecuencia de traumatismos, así como en pacientes sometidos a artroscopia, ya que la vía de entrada se sitúa a ambos lados de esta estructura.

2. Cara posterior:

- **Bursitis semimembranosa**. Su inflamación provoca dolor en la cara posterior de la zona proximal de la tibia, cerca de la interlínea articular.

3. Cara medial:

- **Bursitis anserina.** Es la causa más frecuente de dolor en la cara medial de la rodilla ⁴⁴. El cuadro se presenta sobre todo en deportistas. Se debe realizar diagnóstico diferencial con lesiones meniscales, osteonecrosis y fracturas por estrés.
- **Bursitis del ligamento colateral medial.** Se produce por la inflamación de la bolsa situada profundamente respecto a él. La clínica se traduce por dolor que aumenta con la hiperextensión, el valgo y la rotación externa.

Cara lateral:

- **Síndrome de fricción de la bandeleta iliotibial** ⁴⁵. Determinadas actividades que requieren flexiones continuadas de rodilla, producen irritación de esta estructura. Aparecen crujidos y dolor que se localizan sobre el condilo femoral externo. La palpación de la zona a la vez que se extiende la rodilla, reproduce el dolor al llegar a los 30º de flexión.
- **Tendinitis del poplíteo.** Producida por actividades similares al anterior. El dolor se reproduce, presionando el tendón por delante del ligamento colateral lateral y por encima de la interlínea articular.
- **Tendinitis del bíceps.** La causa más frecuente de inflamación es la sobrecarga deportiva.

Diagnóstico

1. Exploración:

El signo clásico de la inflamación del tendón es el **dolor por el movimiento**, en particular por el estiramiento pasivo o la contracción de la unidad tendinosa motora afecta contra resistencia.

⁴⁴ La pata de ganso está formada por la inserción combinada del sartorio, el semitendinoso y el vasto interno.

⁴⁵ La bandeleta iliotibial, es un engrosamiento de la fascia lata que cruza la articulación de la rodilla

Existe habitualmente **tumefacción**, calor y dolor a la presión local que suele acusarse a lo largo del trayecto del tendón.

Puede existir **eritema** según la profundidad de la estructura y la agudeza del proceso. Debe realizarse diagnóstico diferencial con la artritis séptica o inflamatoria aguda (en este caso la amplitud de movimiento articular, suele estar más limitado).

2. Radiología:

En la que se pueden apreciar calcificaciones, siendo en muchos casos indiferenciables la bursitis cálcica de la tendinitis cálcica.

Tratamiento

Bursitis

- Reposo. Puede incluir la inmovilización y se aconseja suspender las actividades que provocan el cuadro por espacio de 1-2 semanas.
- *Compresas heladas*: Reducen la inflamación y alivian el dolor.
- *Medicación antiinflamatoria* ⁴⁶.
- *Infiltraciones locales* con anestésico y corticoide ⁴⁷.
- *Cirugía*. Únicamente se recurre a ella cuando han fracasado reiteradamente los procedimientos descritos anteriormente.

Tendinitis

- *Inmovilización*. Es el aspecto más relevante del tratamiento.
- *Fisioterapia* de carácter suave y dentro de los límites tolerados por el dolor. Su objeto es evitar la rigidez.
- *Calor local*: Útil para aliviar los espasmos musculares asociados a la tendinitis.

⁴⁶ Síntomas discretos: AAS (650 mgr. 4 veces al día). Síntomas moderados: Ibuprofén (400 mgr. 4 veces al día). Síntomas acentuados: Indometacina (25 mgr 4 veces al día); fenilbutazona (100 mgr. 4 veces al día). Ninguna de ellas por más de 5-7 días.

⁴⁷ Se inyectan 3 ml de lidocaina al 1% mezclados con 40 mg de acetato de metilprednisolona.

Antiinflamatorios: Desde la aspirina hasta los corticoides, tal y como se ha descrito.

Cirugía. Únicamente cuando ha fracasado la terapéutica incruenta.

Duración de la Incapacidad Temporal

| BURSITIS Y TENDINITIS | |
|---------------------------|-------------|
| Criterios | Duración |
| Leves | 0-7 días |
| Si precisa inmovilización | 1-3 semanas |
| Casos moderados-graves | 2-3 meses |

Bibliografía

- Munuera L. Introducción a la traumatología y cirugía ortopédica. 1ª Ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996: 378-387
- Barsotti J, Dujardin C. Guía práctica de traumatología. 1ª Ed. Barcelona: Masson; Año: 237-239.
- Durán Sacristán H, Arcellus Imaz I, García-Sancho Martín L, Gonzalo Hermoso S, Alvarez Fdez-Represa J, Fernández Portal L, Menéndez Martín J. Tratado de patología clínica y quirúrgicas. 2ª Ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996: 4555-4557.
- Beary III John F, Christian Charles; Johanson Norman. Manual de reumatología y de trastornos ortopédicos ambulatorios. 2ª Ed. Barcelona Salvat Editores, SA; 1990: 207-211.
- Klaus Backup. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Barcelona: Masson, SA; 1997.

87. CONTRACTURA DE LA APONEUROSIS PALMAR DE DUPUYTREN

CIE-9-MC 728.6 Contractura de fascia palmar

Concepto

Retracción y engrosamiento de la aponeurosis palmar media, situada entre la piel y los tendones flexores.

Epidemiología

Es más frecuente en la raza blanca, en los hombres que en las mujeres (6:1) y en los decenios quinto a séptimo de la vida. En el 65% de los casos es bilateral.

Estudios epidemiológicos han encontrado una cierta conexión familiar y genética. Con frecuencia se asocia a diabetes, alcoholismo, tabaquismo y epilepsia.

Etiología

Desconocida. Posiblemente las causas estén relacionadas con la isquemia de la aponeurosis con formación de radicales libres de oxígeno.

Clínica

La enfermedad se inicia con la aparición de nódulos palmares, a menudo dolorosos, en el territorio del 4º y 5º metacarpianos. Algún tiempo después, aparece la contractura, que tiende a flexionar la articulación metacarpofalángica de los dedos 4º y 5º que son los que se afectan con mayor frecuencia. Posteriormente la flexión afecta a la articulación interfalángica proximal, mientras que la distal se hiperextiende. En fases muy avanzadas, el pulpejo contacta con la palma siendo imposible la extensión, con la consiguiente limitación funcional.

Diagnóstico

Eminentemente clínico. La exploración física revela la posición fija en flexión del dedo, nódulos palpables y presencia de cordones longitudinales engrosados en la palma de la mano que se prolongan hasta los dedos.

Tratamiento

Las medidas no quirúrgicas no han demostrado eficacia alguna. Una vez instaurada la contractura en flexión debe plantearse el tratamiento quirúrgico con resección de la aponeurosis palmar media. Fisioterapia precoz.

Pronóstico

Impredecible, pero por lo general la enfermedad progresa lentamente. Los pacientes con historia familiar, comienzo precoz (menor de 45 años) y loca-

lizaciones ectópicas se incluyen el grupo de “**diátesis de Dupuytren**”, que presenta un pronóstico dudoso en cuanto a recidivas.

La **tasa de recaídas** postquirúrgicas es del 10-40%.

Duración de la Incapacidad Temporal

| ENFERMEDAD DE DUPUYTREN | |
|-------------------------------|-----------------|
| Crterios | Duración |
| Cuadros leves ⁴⁸ | No precisa I.T. |
| Cuadros severos ⁴⁹ | De 30 a 45 días |

Bibliografía:

- Durán Sacristán H, Arcellus Imaz I, García -Sancho Martín L, Gonzalo Hermoso S, Alvarez Fernández-Represa J, Fernández Portal L, Menéndez Martín J. Tratado de Patología y Clínicas Quirúrgicas. 2ª ed. Madrid: Mc-Graw-Hill Interamericana; 1996. p.4278-85.
- Munuera L. Introducción a la Traumatología y Cirugía Ortopédica. 1ª ed. Madrid: Mc-Graw-Hill Interamericana; 1996.p.285-6.
- Prieto Martínez J.M. Exploración del aparato locomotor. Sanofi Wintrop, Barcelona; 1996.

88. FACTORES CONDICIONANTES DE LA I.T. EN ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO-MIOARTICULAR Y TEJIDO CONECTIVO

En los procesos estudiados, se consideran una serie de factores que necesariamente han de ser tenidos en cuenta al tramitar y controlar los procesos de I.T., que, se podrían agrupar en epígrafes, aunque cada uno tenga diferente peso específico en cada proceso.

⁴⁸ Sin repercusión funcional.

⁴⁹ Subsidiarios de cirugía.

Dichos factores son:

- 1) **Edad del paciente.** Teniendo en cuenta que en general, evolucionan mejor cuanto más jóvenes son los pacientes, a consecuencia de una mejor masa muscular y la ausencia de lesiones degenerativas asociadas.
- 2) **Ocupación.** Tendrían una menor duración aquellos procesos que afecten a pacientes con ocupación sedentaria o de escaso requerimiento físico, con respecto a los de trabajo de esfuerzo o de sobrecarga mecánica de la zona afectada. Influyen también las condiciones administrativas del trabajo (tipo de contrato, trabajador fijo o temporal, tamaño de la empresa, autónomos, etc.)
- 3) **Tipo de lesión:** aguda o crónica. En general evolucionan mejor las lesiones agudas. Ello es debido a que el tratamiento se instaura más precozmente, sin dar tiempo a la aparición de fenómenos degenerativos asociados ni a la instauración de atrofiyas musculares regionales que suelen condicionar la evolución del proceso.
- 4) **Momento del diagnóstico.** Cuanto más precozmente se haga, más rápido permitirá instaurar la terapéutica adecuada.
- 5) **Tratamientos efectuados.** De manera que la cirugía en unos casos y la inmovilización en otros definen en principio un tiempo mínimo de permanencia en IT. La rehabilitación es, en determinados casos, compatible con la actividad laboral, siempre que el sistema asistencial lo permita.
- 6) **Personalidad del sujeto.** En el sentido de su predisposición a trabajar, así como a la forma de vivir sus procesos patológicos, necesidad de renta, etc.

Los tiempos establecidos, han sido determinados como un “promedio” de todos estos factores, sin tener en cuenta el peso específico que en un momento pueda tener uno de ellos, que le haga prevalecer sobre los demás, lo que deberá ser evaluado por el médico responsable del proceso asistencial.

XVII. LESIONES Y ENVENENAMIENTOS (800-999)

89. FRACTURAS DE MIEMBRO SUPERIOR

| | | |
|----------|-----|---|
| CIE-9-MC | 810 | Fractura de clavícula |
| | 812 | Fractura de húmero |
| | 813 | Fractura de radio y de cúbito |
| | 814 | Fractura de hueso(s) carpiano(s) |
| | 815 | Fractura de hueso(s) metacarpiano(s) |
| | 816 | Fractura de una o más falanges de la mano |
| | 817 | Fracturas múltiples de huesos de la mano |

Concepto

Fractura que afecta a cualquier hueso de la extremidad superior, incluida la clavícula.

Epidemiología

Principalmente se producen dos tipos de mecanismos:

1. **Caida sobre la mano extendida:** las más frecuentes y que no suelen presentar complicaciones asociadas. Se suelen producir en accidentes laborales, domésticos y deportivos.
2. **Traumatismos directos por contusiones o atrapamientos:** son lesiones naturalmente graves, por asociarse con frecuencia a complicaciones vasculares, neurológicas, aplastamientos, etc... Se suelen producir en accidentes laborales, de tráfico ⁵⁰.

⁵⁰ Este tipo de lesiones no se tratan en este capítulo.

En todo tipo de fractura no complicada que necesite cualquier sistema de inmovilización hay que vigilar el desarrollo posterior de complicaciones vasculares o neurológicas.

89.1. Fractura de Clavícula

Se suele tratar con vendaje en ocho posterior, durante 21 días.

Duración de la Incapacidad Temporal

| FRACTURA DE CLAVÍCULA | |
|---|-----------------|
| Criterios | Duración |
| <ul style="list-style-type: none">• No complicadas• Sin lesiones asociadas | De 42 a 56 días |

89.2. Fractura de Colles

Fractura de la extremidad distal del radio a una distancia máxima de 3 cm de la articulación de la muñeca. Se inmoviliza la muñeca mediante yeso durante 4-6 semanas. Unos 7 días de fisioterapia.

Duración de la Incapacidad Temporal

| FRACTURA DE COLLES | |
|---|-----------------|
| Criterios | Duración |
| <ul style="list-style-type: none">• No complicadas• Sin lesiones asociadas | De 56 a 70 días |

89.3. Fractura de Escafoides

Pronóstico

No complicada: inmovilización durante 6 a 10 semanas, y una vez comprobada la consolidación de la fractura, período de fisioterapia de una a dos semanas.

Evolución retardada: si en el examen a las 10 semanas no se objetiva la consolidación se inmoviliza de nuevo durante 4 semanas. Períodos más largos no han demostrado ninguna ventaja.

Si a las 14 semanas se ha producido la consolidación se realiza fisioterapia durante dos semanas y se cursa alta laboral.

Complicaciones: Si a las 14 semanas no se ha producido la consolidación se suele presentar un cuadro de pseudoartrosis o necrosis avascular del fragmento proximal, siendo frecuente el uso de la cirugía para mitigar estas complicaciones. El período de incapacidad laboral puede prolongarse entre 12 y 14 semanas.

Duración de la Incapacidad Temporal

| FRACTURA DE ESCAFOIDES | |
|---|-------------------|
| Criterios | Duración |
| A. No complicadas Sin lesiones asociadas | De 84 a 105 días |
| B. Complicadas o complejas | De 105 a 180 días |

89.4. Fractura de Metacarpianos

No suelen mostrar desplazamientos una vez consolidadas. Son inmovilizadas bien por los metacarpianos intactos y los interóseos. Si están desplazados puede recurrirse a fijación con aguja de Kirschner. Se inmoviliza la articulación metacarpofalángica afectada mediante férula enyesada hasta antebrazo durante 3 ó 4 semanas.

Duración de la Incapacidad Temporal

| FRACTURA DE METACARPANOS | |
|--|-----------------|
| Criterios | Duración |
| No complicadas Sin lesiones asociadas | De 21 a 42 días |

89.5. Fractura de Falanges

Sin afectación articular: si no está desviada se inmoviliza la fractura mediante cinta adhesiva al dedo próximo impidiendo la flexo-extensión. Si está desviada se puede inmovilizar mediante alambre de Kirschner. La incapacidad laboral puede comprender desde unos días hasta 4 semanas en función del puesto de trabajo.

Con lesión articular: requieren la reconstrucción de la articulación con elementos externos y posterior inmovilización de la flexo extensión. La incapacidad laboral oscila entre las 5 y 9 semanas.

Duración de la Incapacidad Temporal

| FRACTURA DE FALANGES | |
|-------------------------|-----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Sin lesión articular | De 28 a 42 días |
| B. Con lesión articular | De 42 a 84 días |

Bibliografía

Person JR, Austin RI. Manual de Traumatología y Ortopedia. Salvat.

90. FRACTURA DE EXTREMIDAD INFERIOR ⁵¹

| | | |
|----------|-----|--|
| CIE-9-MC | 824 | Fractura de tobillo |
| | 825 | Fractura de uno o más huesos tarsianos y metatarsianos |
| | 826 | Fractura de una o más falanges del pie |

Concepto

Fractura que afecta a cualquier hueso de la extremidad inferior, (salvo tibia y peroné, incluyendo fractura de maleolos y de pilón tibial por englobarlas en las fracturas de tobillo).

⁵¹ No está incluida la fractura de fémur.

90.1. Fractura de Tobillo

Etiología

Casi siempre por autotraumatismo (pronación pura, rotación externa de pie, supinación pura y aducción).

Weber las clasifica como:

1. **Transversal o infradesmal del peroné:** asociada o no a fractura de maleolo tibial. Supone el 37% y se encuentran por debajo de la sindés-mosis tibioperoneal.
2. **Transisdesmales:** se produce a través de la sindés-mosis tibioperoneal. El 50% de ellas cursa con rotura de sindesmosis, produciéndose un desplazamiento de maleolo, y el otro 50% no cursa con rotura siendo por tanto estable.
3. **Suprasindesmales:** siempre desviada.
4. **Fractura de pilón tibial:** infrecuentes. Tratamiento con tracción trans-calcánea o cirugía. No cargar antes de tres meses.

Epidemiología

La más frecuente, siendo incluso su incidencia porcentualmente superior a las de tibia y peroné.

Tratamiento

1. **Ortopédico:** en fracturas no desplazadas se utilizará un botín de yeso de tres a seis semanas para cargar. En fracturas desplazadas se reduce la fractura y se pone un botín de yeso procurando no cargar en diez se-manas.
2. **Quirúrgico:** variable según las escuelas, debiendo realizarse antes de las seis horas. Se realizará tratamiento quirúrgico en fracturas bimaleo-lares desplazadas con rotura de sindés-mosis o en fracturas transisdes-males con desplazamiento lateral del peroné. Hay que esperar diez semanas para cargar.

Duración de la Incapacidad Temporal

| FRACTURA DE TOBILLO | |
|--|-----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Fractura de tobillo que afecta a un maleolo, simple, sin desplazar | De 28 a 42 días |
| B. Fractura de tobillo que afecta a los dos maleolos o a uno desplazado. | De 42 a 84 días |

90.2. Fracturas del Pie

Fractura de Metatarsianos

Son muy frecuentes. Generalmente por autotraumatismo (pronación, supinación o flexión plantar forzada). Son más raras por traumatismo directo (conminutas, múltiples o abiertas).

1. De base, la más frecuente es la del 5^º metatarsiano asociada generalmente a esguinces de tobillo.
2. De diáfisis.
3. De cuello.

Se debe procurar la estimulación precoz en el movimiento de los dedos.

En aquellas sin desplazamiento se colocará un botín de yeso durante tres semanas. Si la fractura es con desplazamiento, pero la reducción es estable, se colocará un botín de yeso durante seis semanas. Si es desplazada, pero con reducción inestable, se colocará una aguja de Kirschner.

Fractura de dedos

Son muy frecuentes y habitualmente por traumatismo directo. Generalmente se puede conseguir una reducción incruenta colocando posteriormente una fijación durante tres semanas al dedo adyacente.

Fractura de calcáneo

Generalmente por caída. Poco frecuentes.

Fractura de astrágalo

Poco frecuente.

Duración de la Incapacidad Temporal

| FRACTURAS DEL PIE | |
|--|-----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Fractura de metatarsianos | De 42 a 56 días |
| B. Fractura de la primera falange | De 42 a 70 días |
| C. Fracturas del resto de las falanges | De 0 a 4 días |

Bibliografía

- López-Durán Stern L. Patología Quirúrgica. Lusan, 1987: 873-85.
- Rieunau G. Manual de Traumatología. Toray-Masson. 300-28.

91. FRACTURAS DE TIBIA Y PERONÉ

CIE-9-MC 823 Fractura de tibia y peroné

Concepto

Son las que afectan a estos dos huesos, excluyendo las maleolares⁵² y las del pilón tibial distal.

Clasificación

A. *Extremidad superior de la tibia*

60-80% por accidentes de tráfico.

Lineales: son longitudinales de metáfisis a platillo tibial.

Por hundimiento: del platillo tibial.

Mixtas: las más graves. Pueden afectar al platillo tibial interno o externo.

⁵² Tratadas en "Fracturas de Tobillo".

B. *Fracturas espino-tuberositarias*

Van de la espina tibial a la tuberosidad anterior de la tibia; son poco frecuentes.

El tratamiento se realizará según desplazamiento y lesiones ligamentarias, pudiendo ser:

- **Ortopédico:** en fracturas sin desplazar, con hundimiento inferior a 5 mm. o separación hasta 2 mm.
- **Quirúrgico:** en el resto.

C. *Fracturas de espinas tibiales*

- Muy poco frecuentes.
- Tratamiento ortopédico (si no desplazamiento) y quirúrgico en el resto.

D. *Diafisarias*

Son las más frecuente y se producen por mecanismos indirectos (autotraumatismo) o por golpe directo.

Pueden ser clasificadas según su forma, desplazamiento y según la integridad de la piel:

1. **Según su forma:**

- **Simple:** Espiroideas u oblicuas. Con tercer fragmento: en alas de mariposa o bifocales.
- **Conminutas:** las más graves.

2. **Según desplazamiento:**

- **Leves:** no desplazamiento.
- **Moderadas:** desplazamiento completo.
- **Graves:** con conminución.

3. **Según la piel:**

- **Cerradas:** 66%.

Abiertas: 33% (puntiformes), de más de 3 cm. pero que permiten el cierre de la herida.

Heridas contusas amplias: cuyo cierre no es posible.

El Tratamiento dependerá de si son cerradas o abiertas.

1. Cerradas:

Ortopédico: por medio de reducción incruenta o con tracción continua 2 ó 3 semanas, para pasar a continuación a un yeso inguinopédico. Las limitaciones aceptadas de deformidad, son, un acortamiento no mayor a 1 cm., una angulación en varo de no más de 5° ó una desviación en valgo de no más de 1°.

Quirúrgico: en las irreducibles o inestables.

2. Abiertas:

Leves: se tratan como las cerradas si se limpian y suturan antes de 8 horas.

Graves: mediante fijación externa.

E. Fracturas de Peroné aisladas:

Muy poco frecuentes.

Duración de la Incapacidad Temporal

| FRACTURAS DE TIBIA Y PERONÉ | |
|--|-------------------|
| Criterios | Duración |
| A. Cerradas (oblicuas o espiroideas) o de baja energía | De 90 a 180 días |
| B. Abiertas, de alta energía con lesiones graves de partes blandas | De 180 a 300 días |

Bibliografía

- López-Durán Stern L. Patología Quirúrgica. Lusan, 1987: 873-85.
Rieunau G. Manual de Traumatología. Toray Masson, 300-28.

92. LUXACION DE HOMBRO

| | | |
|----------|-------|--------------------|
| CIE-9-MC | 831 | Luxación de hombro |
| | 831.0 | Luxación cerrada |
| | 831.1 | Luxación abierta |

Introducción

La articulación escápulo-humeral es la de mayor amplitud de recorrido del organismo.

Su inestabilidad es debida a su peculiar anatomía:

- desproporción cabeza humeral/cavidad glenoidea ⁵³.
- cápsula y ligamentos muy laxos (con dos zonas de especial debilidad, una entre los ligamentos gleno-humerales medio e inferior y otra en la cápsula inferior).

Son por contra factores que la estabilizan:

- porción larga del bíceps.
- manguito de los rotadores ⁵⁴.

Epidemiología

La luxación de hombro predomina fundamentalmente en varones y jóvenes. La frecuencia de presentación es de 4-5/1 de varones a mujeres.

El 95% de las luxaciones de hombro, son luxaciones anteriores, siendo a su vez la variedad más frecuente la subcoracoidea.

Clasificación

1. Criterios:

- Según el **grado**: luxación, subluxación, aprensión (temor a la luxación).

⁵³ La cavidad glenoidea es más plana que la cabeza humeral (factor concavidad).

⁵⁴ Subescapular, supraespinoso, infraespinoso y redondo menor.

- Según los **factores que contribuyen**: atraumática, traumática, voluntaria.
 - Según la **cronología**: congénita, aguda, inveterada, recurrente.
2. Todas ellas, **según la localización** pueden ser:
- **Anterior** (75%): subcoracoidea (la más común), subglenoidea, subclavicular, intratorácica.
 - **Posterior**: acromial (la más frecuente de este grupo), subglenoidea, subespinosa.
 - **Inferior** (luxatio erecta).
 - **Superior** (muy rara y generalmente asociada a fracturas -de clavícula, acromion- o luxaciones acromioclaviculares).

Etiología. Mecanismo

Las luxaciones de hombro, según Rowe, tienen etiología traumática en el 96% de los casos y atraumática en el 4% restante.

El mecanismo de producción a su vez, puede ser:

1. **Indirecto.** Es la causa más frecuente.
 - *Luxación anterior*: Fuerza transmitida a través del brazo con el húmero en ABD $<90^\circ$ y en RE.
 - *Luxación posterior*: brazo adelante, en ADD y RI.
 - *Luxación inferior*: ABD de 90° , la cabeza choca con acromion y sale expulsada hacia abajo.
2. **Directo.**
 - Sobre la cara postero-externa del hombro, sobre todo si el húmero está en RE, provocará una *luxación antero-inferior*.
 - Sobre la cara antero-externa, provocará una luxación posterior.
3. **Contracciones musculares bruscas** (generalmente en luxación anterior): epilepsia, electroshock, etc.

Luxaciones atraumáticas. Ejercicios que fuerzan el hombro, sobre todo en ABD y RE ⁵⁵.

Diagnóstico

1. **Anamnesis:** Averiguar el mecanismo de la lesión. Hay mayor dolor en las agudas que en las recidivantes.
2. **Clínica:** La clínica general de las luxaciones de hombro viene definida por el **dolor** que suele ser considerable (en las crónicas puede ser una simple molestia), la **deformidad**, que será diferente según el tipo de luxación y la **actitud antiálgica** del paciente, que tiende a lateralizarse hacia el lado afecto ⁵⁶. En resumen se produce dolor, deformidad e impotencia funcional variables según el tipo de luxación.
3. **Radiología:** Confirma el tipo de luxación, existencia de fracturas asociadas o no evidencia lesiones típicas de luxación recidivante. Proyecciones: AP, Axilar (sobre todo en la luxación posterior) y Transtorácica.

Complicaciones y secuelas.

- **Lesiones ligamentosas:** Tras una luxación anterior, queda una zona de debilidad, que condiciona como secuela más frecuente la recidiva de la inestabilidad.
- **Lesiones óseas.**
 - Fractura de reborde glenoideo, de troquíter o de acromion.
 - Lesión de Hill-Sachs ⁵⁷.

⁵⁵ La natación, lanzamiento de objetos o levantamiento de pesas, provocan luxación anterior, en pacientes con hombros laxos.

⁵⁶ *Luxación anterior:* Deformidad en charretera. No hematoma (DD con fractura). Explorar sensibilidad de cara lateral del brazo y hombro (circunflejo).

Luxación posterior: Brazo en ADD y ligera RI Mínima deformidad (aplanamiento de la cara anterior del hombro). Es la que pasa desapercibida con mayor frecuencia.

Luxación inferior: Brazo en ABD de 30º; RI y acortado. Si se trata de una luxación erecta, ABD de 110º-160º y se palpa la cabeza en la cara lateral del tórax, impotencia funcional total y muy dolorosa.

Luxación superior. Muy rara.

⁵⁷ Lesión compresiva en cabeza humeral (zona postero-lateral) tras luxaciones repetidas.

- **Lesiones vasculares:** Son más frecuentes en ancianos causadas por paredes vasculares débiles. Lesiones de vena o arteria axilar, que se pueden producir por la propia luxación o por la maniobra de reducción.
- **Lesiones nerviosas:** La más frecuente es la lesión del circunflejo, sobre todo tras las maniobras de reducción. También pueden lesionarse musculocutáneo, radial y cubital. Los tipos de lesión son:
 - Neurapraxia, que es la más frecuente. Se recupera en 1-2 meses.
 - Lesión completa del plexo, que suele producirse por tracción en relación directa con el mecanismo causante de la lesión.
- **Lesiones del manguito de los rotadores:** Ocurren sobre todo tras luxación anterior o inferior. Se asocian a un 20-30% de luxaciones anteriores y en general en mayores de 40 años, alcanzando en los mayores de 60 años al 80% de los casos. Tras la reducción se debe investigar la ABD y RE activas:
 - débil: rotura parcial
 - imposible: rotura completaEn ambos casos la maniobra se realiza fácilmente de forma pasiva.
- **Recidiva:** Es la secuela más frecuente tras la luxación anterior.
 - 45-90% de casos en menores de 20 años
 - 4-15% en mayores de 40 años.

Tratamiento

1. **Reducción** lo más precoz posible. Transcurridas unas horas debe realizarse con anestesia general.
- **Luxación anterior.** Tras la reducción se realiza Rx de comprobación y posteriormente se coloca un Velpeau (en ADD y RI), durante 1-2 semanas en ancianos y 3 semanas en jóvenes
 - Método de Hipócrates⁵⁸

⁵⁸ Se coloca el pie en hueco axilar y se realiza tracción de la muñeca. Es un método útil y atraumático, pese a ser poco estético.

- Método de Stimson⁵⁹
 - Método de Kocher⁶⁰
 - Método de tracción-contratracción de Rockwood⁶¹
- **Luxación posterior.** Es la más dolorosa. Suele requerir analgesia y relajación muscular. La reducción se realiza realizando tracción del eje del brazo y RE. Se inmoviliza con 30º de ADD; rotación neutra y discreta extensión con un Velpeau (más almohadilla) o yeso. El tiempo es de tres semanas en jóvenes, 1-2 semanas en edad avanzada y 6-8 semanas si hay fractura asociada.
- **Luxación inferior (Luxatio erecta).** Se reduce realizando tracción del miembro, disminuyendo la ABD, hasta colocar el brazo pegado al cuerpo. Luego Velpeau, durante el mismo tiempo que en las anteriores.

2. Tratamiento rehabilitador

- Durante el período de inmovilización: Isométricos.
- Tras la retirada de la inmovilización: Ejercicios flexibilizantes y ejercicios de potenciación muscular, principalmente para los rotadores internos en la luxación anterior y para rotadores externos en la luxación posterior.

Duración de la Incapacidad Temporal

Si bien la duración de la IT, estará en función del tipo de luxación, la edad del paciente y las complicaciones que pueda presentar, se puede aceptar como criterio general:

⁵⁹ Tracción gradual con peso en la muñeca. El paciente se coloca en decúbito prono con el miembro afecto colgando.

⁶⁰ Paciente en decúbito supino. Codo en flexión de 90º. Progresivamente se realiza ADD, más tracción en el eje del húmero y RE suave. Luego ABD y RI.

⁶¹ Se coloca una sábana en la axila y se realiza tracción y ABD.

| LUXACIÓN DE HOMBRO | |
|----------------------------------|-------------------|
| Criterios | Duración |
| Luxación grave | De 50 a 60 días |
| Luxación muy grave ⁶² | De 100 a 120 días |

Bibliografía

- Melvin Post. El hombro, tratamiento quirúrgico y no quirúrgico. 1ª Ed. Barcelona: Ed.JIMS; 1987: 455-497.
- Munuera L. Introducción a la traumatología y cirugía ortopédica. 1ª Ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996:197-200.
- Durán Sacristán H, Arcellus Imaz I, García-Sancho Martín L, Gonzalo Hermoso S, Alvarez Fdez-Represa J, Fernández Portal L, Menéndez Martín J. Tratado de patología clínica y quirúrgicas. 2ª Ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996: 4082-4092.
- Barsotti J, Dujardin C. Guía práctica de traumatología. 1ªEd. Barcelona: Masson; Año: 29-34.
- Matsen III FD, Lippit SB, Sidles JD, Harryman II DT. Practical evaluation and management of the shoulder. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1994.

93. ESGUINCE DE TOBILLO

CIE-9-MC 845 Esguinces y torceduras de tobillo y pie

Concepto

Es una distensión ligamentosa del tobillo que cursa con dolor e impotencia funcional. Puede existir rotura parcial o total del ligamento. La afectación del ligamento lateral interno es poco frecuente pero casi siempre es subsidiaria de intervención quirúrgica.

Etiología

Pueden ser clasificadas según el mecanismo etiopatogénico.

⁶² Se entiende por luxación muy grave aquella que presenta los siguientes criterios: Irreducibilidad, complicaciones vasculo-nerviosas, arrancamiento del reborde glenoideo, fractura de troquíter, ruptura del tendón del supraespinoso.

- **Primer grado (Leve):** distensión ligamentosa aislada.
- **Segundo grado (Moderado):** desgarro parcial ligamentoso.
- **Tercer grado (Grave):** rotura total ligamentosa.

Clínica

Es difícil determinar por la exploración clínica el grado de afectación. En ocasiones se precisa exploración radiológica e incluso quirúrgica.

Diagnóstico

Los datos clínicos con apoyo de la radiología, en estrés y comparativa con el otro tobillo, cuando sea preciso.

Pronóstico

La duración de la incapacidad viene determinada por el tratamiento que es distinto según el grado de afectación.

1. Primer Grado o Leve:

- Inmovilización con vendaje blando 2 días en descarga.
- Reexploración:
 - Si signos inflamatorios locales, descargas hasta 10 días.
 - Si ausencia de inflamación, apoyo parcial progresivo.

2. Segundo Grado o Moderado:

- Inmovilización con férula 10 días.
- Reexploración:
 - Si inflamación y dolor, inmovilización con yeso hasta completar 4 semanas.
 - Rehabilitación posterior 2-3 semanas.
 - Si mejoría clara, inmovilización blanda con apoyo progresivo, hasta completar 3-4 semanas.

3. Tercer Grado o Grave:

Diversidad de criterios a la hora de instaurar el tratamiento quirúrgico o conservador.

Las complicaciones pueden alargar la duración de la incapacidad:

Tenosinovitis de los tendones peroneos.

Inestabilidad crónica del tobillo (laxitud).

Subluxación de los tendones peroneos.

Duración de la Incapacidad Temporal

| ESGUINCE DE TOBILLO | |
|--|---------------------|
| Criterios | Duración |
| A. Leve | De 0 a 10 días |
| Inflamación leve | |
| Mecanismo de producción no intenso | |
| No crujido | |
| Limitación funcional escasa | |
| B. Moderado | De 21 a 28 días (*) |
| Gran edema | |
| Mecanismo intenso | |
| Crujido | |
| Impotencia funcional | |
| Hematoma submaleolar externo | |
| C. Grave | De 45 a 56 días (*) |
| Impotencia funcional | |
| Hematoma bimaleolar | |
| Esguince del ligamento lateral interno Necesita rehabilitación | |
| Puede ser quirúrgico | |
| Consideraciones: | |
| (*) Incluye rehabilitación máximo 2 a 3 semanas. | |

Bibliografía

Brostrom L. Sprained Ankles V: Treatment and Prognosis in Recent Ligament Ruptures". Acta Chir. Scand 1966; 132: 537-650.

Vernet P, Kouvalchouk JF. Entorses de cheville. J. Traumatologia Sport 1986; 3: 161-9.

94. HERIDA EN MANO

| | | |
|----------|-----|---|
| CIE-9-MC | 882 | Herida abierta de mano, salvo dedo(s) de la mano exclusivamente |
| | 883 | Herida abierta de dedo(s) de la mano |

Concepto

Se define como solución de continuidad de las partes blandas de la mano.

Etiología

Su causa más frecuente son los accidentes laborales, domésticos o de tráfico y que comprenden, aproximadamente, un 30% del total de las lesiones.

En su cara dorsal, más superficial, las estructuras mio-neuro-vasculares están más expuestas, en cara palmar discurren más protegidas.

Según su topografía anatómica se pueden afectar distintas estructuras:

1. **Cara volar de la muñeca:** tendón del palmar menor y mayor. Nervio mediano tras ellos. Arteria y nervio cubital en profundidad. Arteria radial lateral al músculo palmar mayor. En plano más profundo los 4 tendones del músculo flexor común superficial y el tendón del músculo flexor largo del pulgar.
2. **Dorso de la muñeca:** Tendón del músculo abductor largo del pulgar, 1ª y 2ª radial externo, índice, extensor propio del meñique, tendón cubital posterior, tendones del extensor propio de los dedos (2 tendones extensores para el índice, otros 2 para el meñique, 1 para dedo medio y 1 para dedo anular), tendón para el extensor largo del pulgar y nervio radial superior.
3. **Palma de la mano:** Centro: túnel carpiano con ligamento carpiano transversal conteniendo los 4 tendones flexores superficiales, los 4 tendones flexores profundos y el flexor propio del pulgar, nervio y arteria cubital. La arteria y el nervio cubital, fundamentalmente motor, marchan supratendinosos. La arteria y el nervio radial, sensitivo, van subligamentosos.

4. **Dedos:** en espacio interdigital, el tendón flexor superficial se divide en 2 bandas que rodean al flexor común profundo y se inserta en articulación interfalángicas proximales. El flexor común profundo se inserta en articulación interfalángica distal. El tendón del extensor largo se inserta en base de falange proximal y media y se extiende a la articulación metacarpo falángica y articulaciones interfalángicas proximales.

Epidemiología

Importante por participar en todas las actividades de la vida diaria. Estudiando en concreto las lesiones producidas por accidente laboral se encuentra que se producen, por este orden de frecuencia: caída de objetos (piedras, cascotes...), producidas por herramientas y aparataje, atrapamientos, quemaduras por fuego y electricidad.

El 96,66% de los accidentados era de sexo masculino. Sólo el 3'33% eran de sexo femenino. El segmento de población más afectado oscila entre los 18 y 39 años.

Las lesiones más frecuentes, contusiones y después heridas y fracturas óseas. Las más importantes cursan con daño tendinoso (tratamiento quirúrgico, limitaciones de movilidad y precisan de rehabilitación posterior). Un 31'98% eran heridas contusas, un 21'21% contusiones de dedos y un 18'51% eran fracturas. La asociación de rotura tendinosa con fractura abierta ofrece el peor pronóstico en cuanto a duración de la I.T.

Las secuelas tendinosas se refieren en un 67% a los tendones extensores y el 33% a tendones flexores. Anquilosis en un 0'99%, artrodesis un 0'66%, amputaciones de dedos en un 3'36% y limitaciones de movilidad en un 2'02%.

Tratamiento

Se realizará por el médico de familia y es fundamental para la evolución posterior de la herida.

Será específico según las estructuras dañadas. Siempre: exploración, valorar posibilidad de reimplante, cohibir hemorragias, extraer cuerpos extraños, drenar hematomas ungueales, profilaxis antitetánica y fijar en posición funcional: muñeca en flexión dorsal de unos 30º, semiflexión de dedos de unos 20º y pulgar en separación y oposición.

Pronóstico

La mano está muy vascularizada y cicatriza bien. Las reparaciones tendinosas, musculares neurológicas consolidan en unas 3 semanas además de 1 ó 2 semanas de rehabilitación. La complejidad anatómica que contempla condiciona mucho más su pronóstico.

El pronóstico es muy variable y viene condicionado por conceptos como su lateralidad dominante, actividad laboral, lesiones y/o amputaciones previas, idoneidad de su primer tratamiento, etc. Pueden acarrear secuelas motoras, funcionales y sensitivas que comprometen la vida de relación ulterior. De la calidad de las primeras curas dependen las posibles limitaciones posteriores.

Se aceptan distintas valoraciones: para dedo pulgar 40%, 2º y 3º dedo con un 20%, anular 12% y meñique un 8%, siendo 100% la funcionalidad total de la mano.

Duración de la Incapacidad Temporal

| HERIDA EN MANO | |
|---|-----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Lesión cutánea sin gran pérdida de sustancia | De 0 a 14 días |
| B. Con afectación de tendón extensor | De 21 a 42 días |

Consideraciones:
No se incluyen lesiones complejas, ni las lesiones que afectan a los tendones flexores por ser de difícil valoración y dejar en muchos casos lesiones definitivas.

Bibliografía

- "Memoria de Actividades y Estadísticas de Accidentes Laborales en 1992". Dirección General de Recursos Humanos de RENFE. Madrid. 1993.
- Condom RE. Manual de Terapéutica Quirúrgica. Barcelona: Salvat, 1990.
- González GM. Lecciones de Patología Quirúrgica. Zaragoza: editorial, 1977.
- Hinojal Fonseca. Traumatismos de la mano en Accidentes Laborales. Medicina y Seguridad en el Trabajo. 1993.

95. CONTUSIONES Y GOLPES

| | | |
|----------|-----|--|
| CIE-9-MC | 920 | Contusión de cara, cuero cabelludo y cuello, salvo ojo(s) |
| | 924 | Contusión de miembro inferior y de otros sitios no especificados |

Concepto

Lesiones producidas por la acción de cuerpos duros de superficie obtusa o roma, que actúan sobre el organismo por intermedio de una fuerza viva ⁶³.

Clínica

Las contusiones se pueden clasificar en base a su presentación en:

1. **Simples:** Diferentes según su etiología:

- Con integridad de piel:
 - Equimosis.
 - Contusiones profundas (rotura muscular).
 - Derrames de serosidad.
 - Derrames cavitarios.
- Con lesión cutánea:
 - Erosiones-escoriaciones.
 - Heridas contusas.

2. **Complejas:** aplastamientos.

Pronóstico

Como norma general se puede considerar que, además de la intensidad, toda contusión sobre una extremidad en apoyo prejuzga gravedad ⁶⁴.

En términos generales se puede considerar que la gravedad de una contusión articular se relaciona con la presencia de hemartros. El traumatismo articular que evoluciona con derrame de instauración lenta es, en general, debido a líquido sinovial mientras que el de instauración rápida suele ser producido por un derrame hemático en el que hay que descartar una lesión ósea y/o ligamentosa acompañante.

⁶³ No están incluidas las que se acompañan de afectación ósea (fracturas), articulares, vasculares, nerviosas o viscerales.

⁶⁴ En relación con la localización tenemos que señalar que en esta publicación sólo se han tenido en cuenta, por su mayor frecuencia, las contusiones de extremidades y las que afectan al tórax.

La contusión torácica es una de las causas más frecuentes de accidente de trabajo afectándose especialmente la convexidad costal y caracterizándose por su intenso dolor.

Duración de la Incapacidad Temporal

En los casos leves no son causa de baja laboral.

| CONTUSIONES Y GOLPES DE EXTREMIDAD SUPERIOR | |
|---|----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Sin afectación articular Sin herida Sin afectar a su trabajo Sin afectación ósea o escasa | De 0 a 10 días |
| B. Si afecta a mano dominante | 0 a 12 días |
| C. Con contusión articular sin derrame | 14 días |
| D. Con contusión articular con derrame | 25 días |

| CONTUSIONES Y GOLPES DE EXTREMIDAD INFERIOR | |
|--|----------------|
| Criterios | Duración |
| A. Sin afectación articular Sin afectación ósea Sin afectar a su trabajo | De 0 a 10 días |
| B. Si afecta a pie | De 0 a 12 días |
| C. Con contusión articular sin derrame | 14 días |
| D. Con contusión articular sin derrame | 25 días |

| CONTUSIÓN TORÁCICA | |
|-------------------------|----------------|
| Criterios | Duración |
| Sin afectación visceral | De 0 a 21 días |

Consideraciones:
Incluye fracturas costales aisladas sin desplazar

Bibliografía

- El Manual Merck. Ediciones Doyma, 1989.
- Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. 3rd edition. Publicaciones Médicas y Científicas, 1985.
- Sönke M. Urgencias en Atención Primaria. Ediciones Grass, 1993.

III. Referencias legales relacionadas con la Incapacidad Temporal

REFERENCIAS LEGALES

- *Real Decreto-Ley 6/2000, de 23 de junio*, de Medidas Urgentes de Intensificación de la Competencia en Mercados de Bienes y Servicios. Artículo 44 (Capítulo VI), sobre Mutuas e Incapacidad Temporal.
- *Ley 54/1999, de 5 de noviembre*, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. (BOE 6-11-99).
- *Orden del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de 18 de septiembre de 1998*, por la que se modifica la de 19 de junio de 1997, que desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.
- *Real Decreto 1117 del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de 5 de junio de 1998* por el que se modifica el RD 575/1997 en desarrollo del apdo. 1, párr. segundo del art. 131 bis), de la Ley General de la Seguridad Social, sobre gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad laboral.
- *Orden del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de 19 de junio de 1997*. Desarrolla el Real Decreto 575/97 de 18 de abril que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal.
- *Real Decreto 575/1997, de 18 de abril*, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por I.T.
- *Real Decreto 576/1997 de 18 de abril* por el que se modifica el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales aprobado por Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre.
- *Circular INSALUD 1/97 de 1 de enero* sobre el control de la Incapacidad Temporal por enfermedad común y accidente no laboral.
- *Ley 13/96 de 30 de diciembre* de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social (artículo 78).
- *Orden ministerial de 18 de enero de 1996* que desarrolla el Real Decreto 1300/95 sobre incapacidades laborales del Sistema de Seguridad Social.
- *Real Decreto 1993/95 de 7 de septiembre* por el que se aprueba el reglamento sobre colaboración de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.
- *Real Decreto 1300/95 de 21 de julio*. Desarrolla en materia de incapacidades laborales del sistema de Seguridad Social la Ley 42/94.
- *Real Decreto Legislativo 1/95 de 24 de Marzo*. Texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- *Ley 42/94 de 30 de diciembre* de Medidas Fiscales Administrativas y de Orden Social. Instrucciones sobre el nuevo marco que regula la incapacidad.

- *Real Decreto Ley 1/94 de 20 de Junio*. Texto refundido de Ley General de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- *Real Decreto 853/93 de 4 de Junio*. Sobre el ejercicio de las funciones del médico de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud.
- *Orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social del 16 de Enero de 1991*. Baremo de indemnizaciones por lesiones permanentes no invalidantes.
- *Real Decreto 2609/82*. Sobre evaluación y declaración de la invalidez en la Seguridad Social.
- *Real Decreto 1995/78 de 12 de mayo*. Por el que se aprueba el cuadro de Enfermedades Profesionales en el sistema de Seguridad Social.
- *Orden del Ministerio de Trabajo del 21 de marzo de 1974*. Regula funciones Inspección en materia de altas médicas.

**IV. Listado CIE-9-MC
comentado para su
utilización en la gestión
de procesos de
Incapacidad Temporal**

LISTADO CIE-9-MC PARA SU UTILIZACIÓN EN GESTIÓN DE PROCESOS DE I.T. ORDENADO SEGÚN GRUPOS DIAGNÓSTICOS

I. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (001-139)

| | | | |
|-------|--|--------|--|
| 001 | Cólera | 014 | Tuberculosis intestino, peritoneo y glándulas mesentéricas |
| 002 | Fiebres tifoideas y paratifoideas | 015 | Tuberculosis ósea y articular |
| 003 | Otras infecciones de salmonella | 016 | Tuberculosis genitourinaria |
| 004 | Shigelosis | 017 | Tuberculosis otros órganos |
| 005 | Otras intoxicaciones alimenticias (bacterianas) | 018 | Tuberculosis miliaria |
| 006 | Amebiasis | 020 | Peste |
| 007 | Otras enfermedades intestinales protozoarias | 021 | Tularemia |
| 008 | Infecciones intestinales por otros organismos | 022 | Ántrax |
| 009 | Infecciones intestinales mal definidas ⁶⁵ | 023 | Brucelosis |
| 010 | Infección tuberculosa primaria ⁶⁶ | 023 | Fiebre Malta |
| 011 | Tuberculosis pulmonar ⁶⁷ | 024 | Muermo |
| 011.2 | Tuberculosis pulmonar cavitada ⁶⁸ | 025 | Melioidosis |
| 011.4 | Fibrosis tuberculosa del pulmón ⁶⁹ | 026 | Fiebre por mordedura de rata |
| 012 | Otras tuberculosis respiratorias ⁷⁰ | 027 | Otras zoonosis bacterianas |
| 012.0 | Pleuresía tuberculosa ⁷¹ | 030 | Lepra |
| 013 | Tuberculosis sistema nervioso central y meninges | 031 | Otras enfermedades micobacterianas |
| | | 032 | Difteria |
| | | 032.85 | Difteria cutánea ⁷² |
| | | 033 | Tosferina |
| | | 034 | Angina estreptocócica y fiebre escarlata |
| | | 035 | Erisipela ⁷³ |
| | | 036 | Infección meningocócica |
| | | 037 | Tétanos |
| | | 038 | Septicemia |
| | | 039 | Actinomicosis ⁷⁴ |
| | | 039.0 | Actinomicosis cutánea ⁷⁵ |

⁶⁵ Consultar tema 1. Gastroenteritis aguda.

⁶⁶ Para los efectos tardíos de una tuberculosis considere el código 137. Consultar tema 2. Tuberculosis pulmonar.

⁶⁷ Consultar tema 2. Tuberculosis pulmonar.

⁶⁸ Consultar tema 2. Tuberculosis pulmonar.

⁶⁹ Consultar tema 2. Tuberculosis pulmonar.

⁷⁰ Consultar tema 2. Tuberculosis pulmonar.

⁷¹ Consultar tema 2. Tuberculosis pulmonar.

⁷² Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

⁷³ Consultar tema 3. Erisipela.

⁷⁴ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

⁷⁵ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

| | |
|--------|--|
| 039.3 | Actinomicosis cervicofacial ⁷⁶ |
| 039.4 | Pie de Madura ⁷⁷ |
| 040 | Otras enfermedades bacterianas |
| 041 | Infección bacteriana en enfermedades clasificadas en otro concepto sitio no especificado |
| 042 | Infección por VIH con afecciones especificadas |
| 043 | Infección por VIH que produce otras afecciones específicas |
| 044 | Otra infección por el VIH |
| 045 | Poliomielitis aguda |
| 046 | Infección sistema nervioso central virus lento |
| 047 | Meningitis enterovírica |
| 048 | Otras enfermedades enterovíricas del sistema nervioso central |
| 049 | Enfermedades virales del sistema nervioso central no portadas por artrópodos |
| 050 | Viruela |
| 051 | Vacuna y paravaccinia |
| 051.1 | Seudovacuna. Nódulo de ordeñadores ⁷⁸ |
| 051.2 | Dermatitis pustular contagiosa ⁷⁹ |
| 052 | Varicela ⁸⁰ |
| 053 | Herpes Zoster ⁸¹ |
| 053.10 | Herpes Zoster con complicación del sistema nervioso no especificada ⁸² |
| 053.11 | Herpes Zoster geniculado ⁸³ Neuralgia del trigémino |
| 053.12 | postherpético ⁸⁴ |
| 053.13 | Polineuropatía postherpética ⁸⁵ |
| 053.2 | Herpes Zoster con complicaciones oftálmicas ⁸⁶ |

⁷⁶ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
⁷⁷ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
⁷⁸ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
⁷⁹ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
⁸⁰ Consultar tema 4. Varicela.
⁸¹ Consultar tema 5. Herpes Zoster.
⁸² Consultar tema 5. Herpes Zoster.
⁸³ Consultar tema 5. Herpes Zoster.
⁸⁴ Consultar tema 5. Herpes Zoster.
⁸⁵ Consultar tema 5. Herpes Zoster.
⁸⁶ Consultar tema 5. Herpes Zoster.

| | |
|--------|---|
| 053.20 | Dermatitis por Herpes Zoster del párpado ⁸⁷ |
| 053.21 | Queratoconjuntivitis por Herpes Zoster ⁸⁸ |
| 053.29 | Otras complicaciones oftálmicas por Herpes Zoster ⁸⁹ |
| 053.7 | Otras complicaciones específicas del Herpes Zoster ⁹⁰ |
| 053.71 | Otitis externa por Herpes Zoster ⁹¹ |
| 053.79 | Otras complicaciones específicas por Herpes Zoster distintas de la otitis externa ⁹² |
| 053.8 | Herpes Zoster con complicación no especificada ⁹³ |
| 053.9 | Herpes Zoster sin complicación ⁹⁴ |
| 054 | Herpes simple |
| 054.41 | Dermatitis por Herpes Simple del párpado ⁹⁵ |
| 054.42 | Queratitis dendrítica (herpes simple) ⁹⁶ |
| 055 | Sarampión |
| 056 | Rubeola |
| 057 | Otros exantemas virales |
| 060 | Fiebre amarilla |
| 061 | Dengue |
| 062 | Encefalitis viral portada por mosquito |
| 063 | Encefalitis viral portada por garrapata |
| 064 | Encefalitis viral portada por otros artrópodos sin especificar |
| 065 | Fiebre hemorrágica portada por artrópodos |
| 066 | Otras enfermedades virales portadas por artrópodos |

⁸⁷ Consultar tema 5. Herpes Zoster.
⁸⁸ Consultar tema 5. Herpes Zoster.
⁸⁹ Consultar tema 5. Herpes Zoster.
⁹⁰ Consultar tema 5. Herpes Zoster.
⁹¹ Consultar tema 5. Herpes Zoster.
⁹² Consultar tema 5. Herpes Zoster.
⁹³ Consultar tema 5. Herpes Zoster.
⁹⁴ Consultar tema 5. Herpes Zoster.
⁹⁵ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
⁹⁶ Consultar tema 26. Queratitis.

| | | | |
|--------|--|-------|--|
| 070 | Hepatitis viral ⁹⁷ | 099.4 | Otras uretritis no gonocócicas ¹⁰¹ |
| 070.0 | Hepatitis viral aguda ⁹⁸ | 100 | Leptospirosis |
| 070.9 | Hepatitis viral crónica ⁹⁹ | 101 | Angina de Vincent |
| 071 | Rabia | 102 | Pian = yaws = frambesia |
| 072 | Paperas | 103 | Mal de Pinto |
| 073 | Ornitosis | 104 | Otras infecciones espiroquetales |
| 074 | Enfermedades específicas del virus Coxsackie | 110 | Dermatofitosis |
| 075 | Mononucleosis infecciosa | 111 | Otras dermatomicosis y dermatomicosis sin especificar |
| 076 | Tracoma | 111.8 | Dermatofitosis de sitios especificados ¹⁰² |
| 077 | Conjuntivitis debidas a virus y a Chlamydiae | 111.9 | Dermatofitosis de sitio no especificado ¹⁰³ |
| 078 | Enfermedades debidas a virus y Chlamydiae | 112 | Candidiasis |
| 078.88 | Neumonía por Chlamydia ¹⁰⁰ | 114 | Coccidioidomicosis |
| 079 | Infección viral en enfermedades clasificadas en otro concepto y sitio no especificados de otra manera. | 115 | Histoplasmosis |
| 080 | Tifus (epidémico) portado por piojo | 116 | Infección blastomicótica |
| 081 | Otros tifus | 116.0 | Blastomicosis. (Dermatitis Blastomicótica) ¹⁰⁴ |
| 082 | Rickettsiosis portadas por garrapatas | 117 | Otras micosis |
| 083 | Otras rickettsiosis | 117.1 | Esporotricosis ¹⁰⁵ |
| 084 | Malaria | 117.2 | Cromoblastomicosis ¹⁰⁶ |
| 085 | Leishmaniasis | 117.3 | Aspergilosis ¹⁰⁷ |
| 086 | Tripanosomiasis | 117.4 | Micetomas micóticos ¹⁰⁸ |
| 087 | Fiebre intermitente | 117.5 | Criptococosis ¹⁰⁹ |
| 088 | Otras enfermedades portadas por artrópodos | 117.9 | Otras micosis y micosis no especificadas ¹¹⁰ |
| 090 | Sífilis congénita | 118 | Micosis oportunista |
| 091 | Sífilis precoz sintomática | 120 | Esquistosomiasis (bilharziasis) |
| 092 | Sífilis precoz latente | 120.3 | Esquistosomiasis Cutánea. (Dermatitis Cercárica. Dermatitis esquistosómica) ¹¹² |
| 093 | Sífilis cardiovascular | | |
| 094 | Neurosífilis | | |
| 095 | Otras formas de sífilis tardía con síntomas | | |
| 096 | Sífilis tardía latente | | |
| 097 | Otras sífilis y sífilis sin especificar | | |
| 098 | Infecciones gonocócicas | | |
| 099 | Otras enfermedades venéreas | | |

⁹⁷ Consultar tema 6. Hepatitis virales agudas.

⁹⁸ Consultar tema 56. Hepatopatía crónica y cirrosis.

⁹⁹ Consultar tema 56. Hepatopatía crónica y cirrosis.

¹⁰⁰ Consultar tema 42. Neumonía.

¹⁰¹ Consultar tema 64. Uretritis.

¹⁰² Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

¹⁰³ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

¹⁰⁴ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

¹⁰⁵ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

¹⁰⁶ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

¹⁰⁷ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

¹⁰⁸ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

¹⁰⁹ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

¹¹⁰ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

¹¹¹ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

| | | | |
|---------------------------------|---|-----|--|
| 121 | Otras infecciones por tremátodos | 144 | Neoplasia maligna del suelo de la boca |
| 122 | Equinococosis | 145 | Neoplasia maligna otras partes boca y partes sin especificar |
| 123 | Infecciones intestinales por tenia solitaria | 146 | Neoplasia maligna orofaringe |
| 124 | Triquinosis | 147 | Neoplasia maligna nasofaringe |
| 125 | Filariasis filárica y dracunculosis | 148 | Neoplasia maligna hipofaringe |
| 126 | Anquilostomiasis y necatoriasis | 149 | Neoplasia maligna otros sitios y mal definidos labio y orofaringe |
| 127 | Otras helmintiasis intestinales | 150 | Neoplasia maligna esófago |
| 128 | Otras helmintiasis y helmintiasis sin especificar | 151 | Neoplasia maligna estomago |
| 129 | Parasitismo intestinal sin especificar | 152 | Neoplasia maligna intestino delgado, incluyendo duodeno |
| 130 | Toxoplasmosis | 153 | Neoplasia maligna colon |
| 131 | Tricomoniasis | 154 | Neoplasia maligna recto, unión rectosigmoidal y ano |
| 132 | Pediculosis e infestación por piojos | 155 | Neoplasia maligna hígado y canales biliares intrahepáticos |
| 133 | Acariasis | 156 | Neoplasia maligna vesícula biliar y conductos biliares extrahepáticos |
| 133.8 | Otras acariasis. (Chinches <i>Demodex folliculorum</i> . <i>Trombicula</i>) ¹¹² | 157 | Neoplasia maligna páncreas |
| 134 | Otras infestaciones | 158 | Neoplasia maligna retroperitoneo y peritoneo |
| 135 | Sarcoidosis | 159 | Neoplasia maligna de otros sitios y de los mal definidos de los órganos digestivos y del peritoneo |
| 136 | Enfermedades infecciosas y parasitarias y otras sin especificar ¹¹³ | 160 | Neoplasia maligna fosas nasales, oído medio y senos paranasales |
| 137 | Efectos tardíos de tuberculosis | 161 | Neoplasia maligna laringe |
| 138 | Efecto tardío de poliomiелitis aguda | 162 | Neoplasia maligna traquea, bronquios y pulmón |
| 139 | Efecto tardío de otras enfermedades infecciosas y parasitarias | 163 | Neoplasia maligna pleura |
| II. NEOPLASIAS (140-239) | | 164 | Neoplasia maligna timo, corazón y mediastino |
| 140 | Neoplasia maligna de labio | 165 | Neoplasia maligna respiratorio/intratorácico otros sitios |
| 141 | Neoplasia maligna de lengua | 170 | Neoplasia maligna hueso y cartílago articular |
| 142 | Neoplasia maligna de glándulas salivares mayores | 171 | Neoplasia maligna tejidos conectivos y otros tejidos blandos |
| 143 | Neoplasia maligna encia | 172 | Melanoma maligno piel |
| | | 173 | Otras neoplasias malignas de la piel |
| | | 174 | Carcinoma primario de mama ¹¹⁴ |

¹¹² Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

¹¹³ Podrá utilizarse en los casos en que sospechándose una enfermedad infecciosa no se disponga del diagnóstico de certeza por hallarse el paciente aún en estudio. En el momento de tener el diagnóstico de certeza sería deseable que se comunicase a la Inspección Médica de Área correspondiente con el fin de que se registrase el diagnóstico auténtico.

¹¹⁴ Consultar tema 7. Cáncer de mama.

| | | | |
|-----|---|-----|--|
| 175 | Neoplasia maligna mama hombre | 205 | Leucemia mieloide |
| 176 | Sarcoma de Kaposi | 206 | Leucemia monocítica |
| 179 | Neoplasia maligna útero parte sin especificar | 207 | Otras leucemias especificadas |
| 180 | Neoplasia maligna cervix uterino | 208 | Leucemia sin especificación tipo de célula |
| 181 | Neoplasia maligna de placenta | 210 | Neoplasia benigna labio, cavidad oral y faringe |
| 182 | Neoplasia maligna cuerpo uterino | 211 | Neoplasia benigna otras partes aparato digestivo |
| 183 | Neoplasia maligna ovario y otros anexos uterinos | 212 | Neoplasia benigna órganos respiratorios e intratorácicos |
| 184 | Neoplasia maligna otros órganos genitales femeninos y sin especificar | 213 | Neoplasia benigna ósea y cartílagos articulares |
| 185 | Neoplasia maligna próstata | 214 | Lipoma |
| 186 | Neoplasia maligna testículos | 215 | Otras neoplasias benignas tejidos conectivos y otros blandos |
| 187 | Neoplasia maligna pene y otros órganos genitales masculinos | 216 | Neoplasia benigna de la piel |
| 188 | Neoplasia maligna de la vejiga | 217 | Neoplasia benigna mama |
| 189 | Neoplasia maligna riñón y otros órganos urinarios y órganos sin es | 218 | Leiomioma uterino |
| 190 | Neoplasia maligna ojo | 219 | Otras neoplasias benignas útero |
| 191 | Neoplasia maligna cerebro | 220 | Neoplasia benigna ovario |
| 192 | Neoplasia maligna otras partes o sin especificar del sistema nervioso | 221 | Neoplasia benigna otros órganos genitales femeninos |
| 193 | Neoplasia maligna tiroides | 222 | Neoplasia benigna órganos genitales masculinos |
| 194 | Neoplasia maligna otras glándulas endocrinas y estructuras relacionadas | 223 | Neoplasia benigna riñón y otros órganos urinarios |
| 195 | Neoplasia maligna otros sitios y sitios mal definidos | 224 | Neoplasia benigna ojo |
| 196 | Neoplasia maligna secundaria y no especificada de otra manera, de ganglios linfáticos | 225 | Neoplasia benigna cerebro y otras partes sistema nervioso |
| 197 | Neoplasia maligna sec aparato respiratorio y digestivo | 226 | Neoplasia benigna glándulas tiroideas |
| 198 | Neoplasia maligna secundaria de otros sitios especificados | 227 | Neoplasia benigna otras glándulas endocrinas y sus estructuras |
| 199 | Neoplasia maligna sin especificación del sitio | 228 | Hemangioma y linfangioma, cualquier sitio |
| 200 | Linfosarcoma y reticulosarcoma | 229 | Neoplasia benigna de otros sitios y sitios no especificados |
| 201 | Enfermedad de Hodgkin | 230 | Carcinoma in situ órganos digestivos |
| 202 | Otras neoplasias malignas tejidos linfoides e histiocíticos | 231 | Carcinoma in situ aparato respiratorio |
| 203 | Neoplasias inmunoproliferativas y mieloma múltiple | 232 | Carcinoma in situ piel |
| 204 | Leucemia linfoide | 233 | Carcinoma in situ mama y aparato genitourinario |

| | |
|-------|--|
| 233.0 | Carcinoma in situ de mama ¹¹⁵ |
| 234 | Carcinoma in situ de otros sitios y sitios no especificados Neoplasia comportamiento no determinado aparato digestivo y respiratorio Neoplasia comportamiento no determinado órganos genitourinarios |
| 237 | Neoplasias comportamiento no determinado glándulas endocrinas y sistema Nervioso |
| 238 | Neoplasia de evolución incierta de otros sitios y tejidos y de sitios y tejidos no especificados |
| 238.3 | Carcinoma de mama inclerto ¹¹⁶ |
| 239 | Neoplasia de naturaleza no especificada |

III. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICIÓN Y METABÓLICAS Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD (240-279)

| | |
|-------|---|
| 240 | Bocio simple y no especificado |
| 241 | Bocio nodular no tóxico |
| 242 | Tirotoxicosis con o sin bocio ¹¹⁷ |
| 242.0 | Bocio tóxico difuso ¹¹⁸ |
| 242.1 | Bocio uninodular tóxico ¹¹⁹ |
| 242.2 | Bocio multinodular tóxico ¹²⁰ |
| 242.3 | Bocio nodular tóxico, no especificado ¹²¹ |
| 242.4 | Tirotoxicosis por nódulo tiroideo ectópico ¹²² |

¹¹⁵ Consultar tema 7. Cáncer de mama.
¹¹⁶ Consultar tema 7. Cáncer de mama.
¹¹⁷ Consultar tema 8. Hipertiroidismo no controlado.
¹¹⁸ Consultar tema 8. Hipertiroidismo no controlado.
¹¹⁹ Consultar tema 8. Hipertiroidismo no controlado.
¹²⁰ Consultar tema 8. Hipertiroidismo no controlado.
¹²¹ Consultar tema 8. Hipertiroidismo no controlado.
¹²² Consultar tema 8. Hipertiroidismo no controlado.

| | |
|--------|---|
| 242.8 | Tirotoxicosis de otro origen especificado ¹²³ |
| 242.9 | Tirotoxicosis sin mención de bocio o de otra causa ¹²⁴ |
| 243 | Hipotiroidismo congénito |
| 244 | Hipotiroidismo adquirido ¹²⁵ |
| 244.0 | Hipotiroidismo postquirúrgico ¹²⁶ |
| 244.1 | Otros hipotiroidismos posablativos ¹²⁷ |
| 244.2 | Hipotiroidismo yódico ¹²⁸ |
| 244.3 | Otros hipotiroidismos iatrogénicos ¹²⁹ |
| 244.8 | Otros hipotiroidismos adquiridos especificados ¹³⁰ |
| 244.9 | Hipotiroidismo no especificado ¹³¹ |
| 245 | Tiroiditis |
| 246 | Otros trastornos de la tiroides |
| 250 | Diabetes Mellitus ¹³² |
| 250.0 | Diabetes Mellitus de reciente diagnóstico ¹³³ |
| 250.02 | Diabetes mellitus descompensada ¹³⁴ |

¹²³ Consultar tema 8. Hipertiroidismo no controlado.
¹²⁴ Consultar tema 8. Hipertiroidismo no controlado.
¹²⁵ Consultar tema 9. Hipotiroidismo de reciente diagnóstico.
¹²⁶ Consultar tema 9. Hipotiroidismo de reciente diagnóstico.
¹²⁷ Consultar tema 9. Hipotiroidismo de reciente diagnóstico.
¹²⁸ Consultar tema 9. Hipotiroidismo de reciente diagnóstico.
¹²⁹ Consultar tema 9. Hipotiroidismo de reciente diagnóstico.
¹³⁰ Consultar tema 9. Hipotiroidismo de reciente diagnóstico.
¹³¹ Consultar tema 9. Hipotiroidismo de reciente diagnóstico.
¹³² Consultar tema 10. Diabetes Mellitus de reciente diagnóstico.
¹³³ Consultar tema 10. Diabetes Mellitus de reciente diagnóstico.
¹³⁴ Consultar tema 11. Diabetes Mellitus inestable.

| | |
|-------|--|
| 250.6 | Diabetes con manifestaciones neurológicas ¹³⁵ |
| 250.7 | Diabetes con trastornos circulatorios periféricos ¹³⁶ |
| 251 | Otros trastornos de secreciones internas pancreáticas |
| 252 | Trastornos glándula paratiroidea |
| 253 | Trastornos glándula pituitaria y su control hipotalámico |
| 254 | Enfermedades de la glándula del timo |
| 255 | Trastorno glándulas adrenales |
| 256 | Disfunción ovárica |
| 256.2 | Fallo ovárico postablavio ¹³⁷ |
| 256.3 | Otros fallos ováricos ¹³⁸ |
| 257 | Disfunción testicular |
| 258 | Disfunción poliglandular y trastornos relacionados |
| 259 | Otros trastornos endocrinos |
| 260 | Kwashiorkor |
| 261 | Marasmo nutritivo |
| 262 | Otras desnutriciones protéico-calórica graves |
| 263 | Otras desnutrición protéico-calórica y no específicas |
| 264 | Carencia vitamina A |
| 265 | Estados de carencia de tiamina y niacina |
| 266 | Carencia de componentes del complejo B |
| 267 | Carencia de ácido ascórbico |
| 268 | Carencia de vitamina D |
| 269 | Otras carencia nutritivas |
| 270 | Trastorno transporte y metabolismo aminoácidos |
| 271 | Trastorno transporte y metabolismo de carbohidratos |

¹³⁵ Consultar tema 12. Neuropatía sensitiva diabética.

¹³⁶ Consultar tema 13. Úlcera del pie diabético.

¹³⁷ Consultar tema 70. Alteraciones menopausicas y postmenopausicas.

¹³⁸ Consultar tema 70. Alteraciones menopausicas y postmenopausicas.

| | |
|-----|--|
| 272 | Trastornos metabolismo de lípidos |
| 273 | Trastornos metabolismo de proteínas |
| 274 | Gota ¹³⁹ |
| 275 | Trastorno metabolismo mineral |
| 276 | Trastorno equilibrio osmótico/electrolítico/ácido-básico |
| 277 | Otros trastornos y trastornos metabólicos no especificados |
| 278 | Obesidad y otros tipos de hiperalimentación |
| 279 | Trastornos implican el mecanismo inmunitario |

IV. ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS (280-289)

| | |
|-----|---|
| 280 | Anemias por carencia de hierro |
| 281 | Otras anemias por carencia |
| 282 | Anemias hemolíticas hereditarias |
| 283 | Anemias hemolíticas adquiridas |
| 284 | Anemia aplástica |
| 285 | Otras anemias y anemias no especificadas |
| 286 | Defectos de coagulación |
| 287 | Púrpura y otras condiciones hemorrágicas |
| 288 | Enfermedades de glóbulos blancos |
| 289 | Otras enfermedades hemáticas y de los órganos hematopoyéticos |

V. TRASTORNOS MENTALES (290-319)

| | |
|-----|---|
| 290 | Psicosis orgánicas senil y presenil |
| 291 | Psicosis alcohólica |
| 292 | Psicosis por drogas |
| 293 | Psicosis orgánicas transitorias |
| 294 | Otros estados psicóticos orgánicos (crónicos) |

¹³⁹ Consultar tema 76. Artropatía gotosa aguda.

295 Trastornos esquizofrénicos
 296 Psicosis afectivas
 297 Estados paranoides
 298 Otras psicosis no orgánicas
 299 Psicosis peculiares de la niñez
 300 Trastornos neuróticos

300.01 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica) ¹⁴⁰
 300.1 Anestésias y pérdidas sensoriales disociativas ^{141,142}
 300.11 Trastorno disociativo de la motilidad ¹⁴³
 300.12 Amnesia disociativa ¹⁴⁴
 300.13 Fuga disociada ¹⁴⁵
 300.19 Trastorno disociativo mixto ¹⁴⁶
 300.2 Trastornos fóbicos ¹⁴⁷
 300.20 Otros trastornos de ansiedad fóbica ¹⁴⁸
 300.21 Agorafobia con ataques de pánico ¹⁴⁹
 300.22 Agorafobia sin ataques de pánico ¹⁵⁰
 300.23 Fobia social ¹⁵¹
 300.29 Fobias específicas ¹⁵²

300.3 Trastornos obsesivos-compulsivos ¹⁵³
 300.4 Depresión neurótica ¹⁵⁴
 300.5 Neurastenia ¹⁵⁵
 300.7 Trastorno hipocondríaco ¹⁵⁶
 300.89 Otros trastornos de somatización ¹⁵⁷

301 Trastornos de personalidad
 302 Desviaciones y trastornos sexuales
 303 Síndrome de dependencia del alcohol
 304 Dependencia de drogas
 305 Abuso de drogas sin dependencia
 306 Disfunciones fisiológicas con origen en factores mentales

306.52 Dismenorrea psicógena ¹⁵⁸
 307 Síntomas o síndromes especiales no clasificadas bajo otros conceptos
 308 Reacción aguda al estrés
 308.1 Perturbación predominante del conocimiento ¹⁵⁹
 308.2 Perturbación psicomotora predominante ¹⁶⁰
 309 Reacción de adaptación
 309.0 Reacción depresiva breve ¹⁶¹
 309.1 Reacción depresiva prolongada ¹⁶²

¹⁴⁰ Consultar tema 15. Otros trastornos de ansiedad.
¹⁴¹ Consultar tema 20. Trastornos disociativos.
¹⁴² Consultar tema 21. Trastornos somatomorfos y neurastenia.
¹⁴³ Consultar tema 20. Trastornos disociativos.
¹⁴⁴ Consultar tema 20. Trastornos disociativos.
¹⁴⁵ Consultar tema 20. Trastornos disociativos.
¹⁴⁶ Consultar tema 20. Trastornos disociativos.
¹⁴⁷ Consultar tema 14. Trastornos de ansiedad fóbica.
¹⁴⁸ Consultar tema 14. Trastornos de ansiedad fóbica.
¹⁴⁹ Consultar tema 14. Trastornos de ansiedad fóbica.
¹⁵⁰ Consultar tema 14. Trastornos de ansiedad fóbica.
¹⁵¹ Consultar tema 14. Trastornos de ansiedad fóbica.
¹⁵² Consultar tema 14. Trastornos de ansiedad fóbica.

¹⁵³ Consultar tema 16. Trastorno obsesivo compulsivo.
¹⁵⁴ Consultar tema 15. Otros trastornos de ansiedad.
¹⁵⁵ Consultar tema 21. Trastornos somatomorfos y neurastenia.
¹⁵⁶ Consultar tema 21. Trastornos somatomorfos y neurastenia.
¹⁵⁷ Consultar tema 21. Trastornos somatomorfos y neurastenia.
¹⁵⁸ Consultar tema 69. Dismenorrea.
¹⁵⁹ Consultar tema 20. Trastornos disociativos.
¹⁶⁰ Consultar tema 20. Trastornos disociativos.
¹⁶¹ Consultar tema 19. Trastornos de adaptación.
¹⁶² Consultar tema 19. Trastornos de adaptación.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 309.29 | Otras reacciones de adaptación con perturbación predominante de otras emociones ¹⁶³ | 324 | Abscesos intracraneales e intraespinales |
| 309.3 | Reacción a estrés agudo ¹⁶⁴ | 325 | Flebitis y tromboflebitis de senos venosos intracraneales |
| 309.3 | Reacción de adaptación con alteración predominante de la conducta ¹⁶⁵ | 326 | Efectos tardíos de absceso intracraneal o infección piogénica |
| 309.4 | Reacción de adaptación con alteración simultánea de las emociones y de la conducta ¹⁶⁶ | 330 | Degeneraciones cerebrales normalmente manifestadas en la infancia |
| 310 | Trastorno mental no psicótico por lesión cerebral orgánica | 331 | Otras degeneraciones cerebrales |
| 311 | Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos | 332 | Enfermedad de Parkinson |
| 312 | Perturbación del comportamiento no clasificada bajo otros conceptos | 333 | Otras enfermedades extrapiramidal y trastornos anormales de los movimientos |
| 313 | Perturbación emociones específicas de infancia / adolescencia | 334 | Enfermedad espinocerebelosa |
| 314 | Síndrome hiperquinésico de la infancia | 335 | Enfermedad de las células del asta anterior |
| 315 | Retardos específicos del desarrollo | 336 | Otras enfermedades de medula espinal |
| 316 | Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas otros conc | 337 | Trastornos del sistema nervioso autónomo |
| 317 | Retraso mental discreto | 340 | Esclerosis múltiple |
| 318 | Otro retraso mental especificado | 341 | Otras enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central |
| 319 | Retraso mental no especificado | 342 | Hemiplejía |
| VI. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS (320-389) | | | |
| 320 | Meningitis bacteriana | 343 | Parálisis cerebral infantil |
| 321 | Meningitis debida a otros organismos | 344 | Otros síndromes paralíticos |
| 322 | Meningitis de causa no especificada | 345 | Epilepsia |
| 323 | Encefalitis, mielitis y encefalomielitis | 346 | Migrañas |
| | | 347 | Cataplejía y narcolepsia |
| | | 348 | Otras enfermedades cerebrales |
| | | 349 | Otros trastornos y los no especificados del sistema nervioso |
| | | 350 | Trastornos del nervio trigémino |
| | | 351 | Trastornos del nervio facial |
| | | 352 | Trastornos de otros nervios craneales |
| | | 353 | Trastornos de las raíces y plexos nerviosos |
| | | 354 | Mononeuritis miembro superior y mononeuritis múltiple |
| | | 354.0 | Síndrome del túnel carpiano ¹⁶⁷ |
| ¹⁶³ | Consultar tema 19. Trastornos de adaptación. | | |
| ¹⁶⁴ | Consultar tema 17. Reacción a estrés agudo. | | |
| ¹⁶⁵ | Consultar tema 19. Trastornos de adaptación. | | |
| ¹⁶⁶ | Consultar tema 19. Trastornos de adaptación. | | |
| | ¹⁶⁷ | Consultar tema 22. Síndrome del túnel carpia- | |

| | |
|--------|--|
| 355 | Mononeuritis de miembro inferior |
| 356 | Neuropatía periférica hereditaria e idiopática |
| 357 | Neuropatía inflamatoria y tóxica |
| 357.2 | Polineuropatía en diabetes ¹⁶⁸ |
| 358 | Trastornos mioneurales tóxicos |
| 359 | Distrofias musculares y otras miopatías |
| 360 | Trastornos del globo ocular |
| 361 | Desprendimientos y defectos de la retina ¹⁶⁹ |
| 361.0 | Desprendimiento de retina regmatógeno (con defecto retiniano) ¹⁷⁰ |
| 361.2 | Desprendimiento seroso de la retina ¹⁷¹ |
| 361.3 | Defectos retinianos sin desprendimiento ¹⁷² |
| 361.8 | Otras formas de desprendimiento de retina ¹⁷³ |
| 361.81 | Desprendimiento de retina por tracción ¹⁷⁴ |
| 362 | Otros trastornos retinianos |
| 363 | Inflamaciones y cicatrices corioretinianas y otros trastornos de coroides |
| 364 | Trastornos del iris y del cuerpo ciliar |
| 365 | Glaucoma ¹⁷⁵ |
| 365.1 | Glaucoma de ángulo abierto ¹⁷⁶ |
| 365.2 | Glaucoma de ángulo cerrado primario ¹⁷⁷ |

| | |
|--------|--|
| 365.3 | Glaucoma inducido por corticosteroides ¹⁷⁸ |
| 366 | Catarata ¹⁷⁹ |
| 366.1 | Catarata senil ¹⁸⁰ |
| 366.2 | Catarata traumática ¹⁸¹ |
| 366.3 | Catarata asociada con otros trastornos ¹⁸² |
| 366.41 | Catarata diabética ¹⁸³ |
| 366.45 | Catarata tóxica ¹⁸⁴ |
| 366.46 | Catarata asociada con radiación y otras influencias físicas ¹⁸⁵ |
| 367 | Trastornos de refracción y de acomodación |
| 368 | Perturbaciones visuales |
| 369 | Ceguera y baja visión |
| 370 | Queratitis ¹⁸⁶ |
| 370.0 | Úlcera corneana ¹⁸⁷ |
| 370.2 | Queratitis superficial sin conjuntivitis ¹⁸⁸ |
| 370.3 | Queratoconjuntivitis no especificadas ¹⁸⁹ |
| 371 | Opacidad corneal y otros trastornos corneales |
| 372 | Trastornos de la conjuntiva ¹⁹⁰ |
| 372.0 | Conjuntivitis aguda ¹⁹¹ |
| 372.03 | Conjuntivitis catarral ¹⁹² |
| 372.04 | Conjuntivitis membranosa ¹⁹³ |

¹⁶⁸ Consultar tema 12. Neuropatía sensitiva diabética.
¹⁶⁹ Consultar tema 23. Desprendimiento de retina.
¹⁷⁰ Consultar tema 23. Desprendimiento de retina.
¹⁷¹ Consultar tema 23. Desprendimiento de retina.
¹⁷² Consultar tema 23. Desprendimiento de retina.
¹⁷³ Consultar tema 23. Desprendimiento de retina.
¹⁷⁴ Consultar tema 23. Desprendimiento de retina.
¹⁷⁵ Consultar tema 24. Glaucoma.
¹⁷⁶ Consultar tema 24. Glaucoma.
¹⁷⁷ Consultar tema 24. Glaucoma.

¹⁷⁸ Consultar tema 24. Glaucoma.
¹⁷⁹ Consultar tema 25. Catarata.
¹⁸⁰ Consultar tema 25. Catarata.
¹⁸¹ Consultar tema 25. Catarata.
¹⁸² Consultar tema 25. Catarata.
¹⁸³ Consultar tema 25. Catarata.
¹⁸⁴ Consultar tema 25. Catarata.
¹⁸⁵ Consultar tema 25. Catarata.
¹⁸⁶ Consultar tema 26. Queratitis.
¹⁸⁷ Consultar tema 26. Queratitis.
¹⁸⁸ Consultar tema 26. Queratitis.
¹⁸⁹ Consultar tema 26. Queratitis.
¹⁹⁰ Consultar tema 27. Conjuntivitis.
¹⁹¹ Consultar tema 27. Conjuntivitis.
¹⁹² Consultar tema 27. Conjuntivitis.
¹⁹³ Consultar tema 27. Conjuntivitis.

- 372.05 Conjuntivitis atípica aguda (medicamentosa, alérgica, por líquidos limpiadores de lentes de contacto) ¹⁹⁴
- 372.1 Conjuntivitis crónica ¹⁹⁵
- 372.2 Blefarconjuntivitis ¹⁹⁶
- 372.4 Pterigion ¹⁹⁷
- 372.41 Pterigion periférico estacionario ¹⁹⁸
- 372.42 Pterigion periférico progresivo ¹⁹⁹
- 372.43 Pterigion central ²⁰⁰
- 373 Inflamación de los párpados
- 373.31 Dermatitis eczematosa del párpado ²⁰¹
- 373.32 Dermatitis alérgica y por contacto del párpado ²⁰²
- 374 Otros trastornos de los párpados
- 375 Alteraciones del aparato lagrimal
- 376 Alteraciones de la órbita
- 377 Alteraciones del nervio óptico y vías ópticas
- 378 Estrabismo y otras alteraciones de movimientos binoculares
- 379 Otras alteraciones oculares
- 380 Alteraciones del oído externo
- 381 Otitis media no supurativa y alteración de trompa Eustaquio
- 382 Otitis media supurativa y no especificada de otra manera
- 382.9 Otitis media no especificada ²⁰³
- 383 Mastoiditis y enfermedades conexas
- 384 Otras alteraciones del tímpano
- 385 Otras alteraciones del oído medio y mastoides

- 386 Síndrome de vértigo y otros trastornos del aparato vestibular ²⁰⁴
- 387 Otosclerosis
- 388 Otras alteraciones del oído
- 389 Pérdida del oído

VII. ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO (390-459)

- 390 Fiebre reumática sin complicación cardíaca
- 391 Fiebre reumática con complicación cardíaca
- 392 Corea reumática
- 393 Pericarditis reumática crónica
- 394 Enfermedades de la válvula mitral
- 395 Enfermedades de la válvula aórtica
- 396 Enfermedades de la válvula mitral y aórtica
- 397 Enfermedades de otras estructuras endocárdicas
- 398 Otras enfermedades cardíacas reumáticas
- 401 Hipertensión arterial esencial ²⁰⁵
- 402 Cardiopatía hipertensiva ²⁰⁶
- 403 Nefropatía hipertensiva ²⁰⁷
- 404 Enfermedad cardíaca y renal hipertensiva
- 405 Hipertensión arterial secundaria ²⁰⁸
- 410 Infarto agudo de miocardio ²⁰⁹
- 411 Angina inestable ^{210,211}

194 Consultar tema 27. Conjuntivitis.
 195 Consultar tema 27. Conjuntivitis.
 196 Consultar tema 27. Conjuntivitis.
 197 Consultar tema 28. Pterigion.
 198 Consultar tema 28. Pterigion.
 199 Consultar tema 28. Pterigion.
 200 Consultar tema 28. Pterigion.
 201 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 202 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 203 Consultar tema 29. Otitis media aguda simple.

204 Consultar tema 30. Síndrome vertiginoso periférico.
 205 Consultar tema 32. Hipertensión arterial.
 206 Consultar tema 32. Hipertensión arterial.
 207 Consultar tema 32. Hipertensión arterial.
 208 Consultar tema 32. Hipertensión arterial.
 209 Consultar tema 34. Infarto agudo de miocardio.
 210 En caso de revascularización miocárdica consultar tema 35. Revascularización miocárdica.
 211 Consultar tema 33. Angina de pecho.

| | | | |
|-----|---|---------------|---|
| 412 | Infarto antiguo de miocardio ^{212,213} | 440 | Ateroesclerosis |
| 413 | Angina de esfuerzo estable ^{214,215} | 441 | Aneurisma aórtico |
| 414 | Otras formas de enfermedades cardíacas isquémicas crónicas | 442 | Otros aneurismas |
| 415 | Enfermedad cardiopulmonar aguda | 443 | Otra enfermedad vascular periférica |
| 416 | Enfermedad cardiopulmonar crónica | 443.81 | Angiopatía periférica en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos ²¹⁶ |
| 417 | Otras enfermedades de la circulación pulmonar | 444 | Embolia y trombosis arteriales |
| 420 | Pericarditis aguda | 446 | Poliarteritis nodosa y enfermedades conexas |
| 421 | Endocarditis aguda y subaguda | 447 | Otros trastornos de arterias y arteriolas |
| 422 | Miocarditis aguda | 448 | Enfermedad de capilares |
| 423 | Otras enfermedades del pericardio | 451 | Flebitis y tromboflebitis |
| 424 | Otras enfermedades de endocardio | 452 | Trombosis de vena porta |
| 425 | Miocardiopatía | 453 | Otra embolia o trombosis venosa |
| 426 | Alteraciones de conducción | 454 | Venas varicosas de las extremidades inferiores |
| 427 | Disritmias cardíacas | 454.1 | Venas varicosas de mmii con inflamación (Dermatitis por estasis) ²¹⁷ |
| 428 | Insuficiencia cardíaca | 455 | Hemorroides ²¹⁸ |
| 429 | Descripciones y complicaciones de enfermedades cardíaca mal definidas | 455.0 | Hemorroides internas sin complicación ²¹⁹ |
| 430 | Hemorragia subaracnoidea | 455.1 | Hemorroides internas trombosadas ²²⁰ |
| 431 | Hemorragia intracerebral | 455.2 | Hemorroides internas con otra complicación ²²¹ |
| 432 | Otra hemorragia intracraneal y hemorragia intracraneal no especificada de otra manera | 455.3 | Hemorroides externas sin mención de complicación ²²² |
| 433 | Oclusión y estenosis arterias precerebrales | 455.4 | Hemorroides externas trombosadas ²²³ |
| 434 | Oclusión de arterias cerebrales | 455.5 | Hemorroides con otra complicación ²²⁴ |
| 435 | Isquemia cerebral transitoria | | |
| 436 | Enfermedad cerebrovascular aguda mal definida | | |
| 437 | Otra enfermedad cerebrovascular y enfermedades cerebrovascular mal definida | | |
| 438 | Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular | | |

²¹² En caso de revascularización miocárdica consultar tema 35. Revascularización miocárdica.

²¹³ Consultar tema 34. Infarto agudo de miocardio.

²¹⁴ En caso de revascularización miocárdica consultar tema 35. Revascularización miocárdica.

²¹⁵ Consultar tema 33. Angina de pecho.

²¹⁶ Consultar tema 13. Úlcera del pie diabético.

²¹⁷ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

²¹⁸ Consultar tema 36. Hemorroides.

²¹⁹ Consultar tema 36. Hemorroides.

²²⁰ Consultar tema 36. Hemorroides.

²²¹ Consultar tema 36. Hemorroides.

²²² Consultar tema 36. Hemorroides.

²²³ Consultar tema 36. Hemorroides.

²²⁴ Consultar tema 36. Hemorroides.

| | |
|-------|---|
| 455.6 | Hemorroides no especificadas sin mención de complicación ²²⁵ |
| 455.8 | Hemorroides no especificadas con otra complicación ²²⁶ |
| 455.9 | Colgajos cutaneos hemorroidales residuales ²²⁷ |
| 456 | Venas varicosas de otros sitios |
| 456.4 | Varices escrotales ²²⁸ |
| 457 | Trastornos no infecciosos de canales linfáticos |
| 458 | Hipotensión |
| 459 | Otras alteraciones del aparato circulatorio |

VIII. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (460-519)

| | |
|-------|--|
| 460 | Nasofaringitis aguda. (Resfriado común) ²²⁹ |
| 461 | Sinusitis aguda |
| 461.9 | Sinusitis aguda ²³⁰ |
| 462 | Faringitis aguda ²³¹ |
| 463 | Amigdalitis aguda ²³² |
| 464 | Laringitis y traqueitis agudas |
| 465 | Infecciones agudas vías respiratorias superiores de localización múltiple o local no especificada ²³³ |
| 465.9 | Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de localización no especificada ²³⁴ |

- 225 Consultar tema 36. Hemorroides.
 226 Consultar tema 36. Hemorroides.
 217 Consultar tema 36. Hemorroides.
 228 Consultar tema 37. Varicocele.
 229 Consultar tema 38. Infección respiratoria aguda.
 230 Consultar tema 41. Sinusitis.
 231 Consultar tema 38. Infección respiratoria aguda.
 232 Consultar tema 39. Amigdalitis aguda.
 233 Consultar tema 38. Infección respiratoria aguda.
 234 Consultar tema 38. Infección respiratoria aguda.

| | |
|-------|--|
| 466 | Bronquitis y bronquiolitis aguda ²³⁵ |
| 470 | Tabique nasal desviado |
| 471 | Pólipos nasales |
| 472 | Faringitis y nasofaringitis crónica |
| 473 | Sinusitis crónica |
| 473.9 | Sinusitis crónica ²³⁶ |
| 474 | Enfermedad crónica de amígdalas y adenoides |
| 475 | Absceso peritonsilar |
| 476 | Laringitis y laringotraqueitis crónicas |
| 477 | Rinitis alérgica |
| 478 | Otras enfermedades de tracto respiratorio superior |
| 480 | Neumonía viral ²³⁷ |
| 480.0 | Neumonía por adenovirus ²³⁸ |
| 480.1 | Neumonía por virus sincitial respiratorio ²³⁹ |
| 480.2 | Neumonía por virus de parainfluenza ²⁴⁰ |
| 480.8 | Neumonía por otro virus no clasificado ²⁴¹ |
| 480.9 | Neumonía viral no especificada ²⁴² |
| 481 | Neumonía neumocócica |
| 482 | Otras neumonías bacterianas |
| 482.2 | Neumonía por haemophilus influenzae ²⁴³ |
| 482.3 | Neumonía por streptococos ²⁴⁴ |
| 483 | Neumonía por otro organismo especificado |
| 483.0 | Neumonía por micoplasma ²⁴⁵ |

- 235 Consultar tema 40. Bronquitis aguda.
 236 Consultar tema 41. Sinusitis.
 237 Consultar tema 42. Neumonía.
 238 Consultar tema 42. Neumonía.
 239 Consultar tema 42. Neumonía.
 240 Consultar tema 42. Neumonía.
 241 Consultar tema 42. Neumonía.
 242 Consultar tema 42. Neumonía.
 243 Consultar tema 42. Neumonía.
 244 Consultar tema 42. Neumonía.
 245 Consultar tema 42. Neumonía.

- | | | | |
|-------|---|-------|--|
| 484 | Neumonía en otras enfermedades infecciosas clasificadas bajo otro concepto | 508 | Enfermedades respiratorias por otros agentes externos y agentes externos no especificada de otra manera |
| 485 | Bronconeumonía organismo sin especificar | 510 | Empiema |
| 486 | Neumonía por organismo no especificado ²⁴⁶ | 511 | Pleuresia ²⁵⁶ |
| 487 | Gripe ²⁴⁷ | 511.0 | Sin mención de derrame o de tuberculosis actual ²⁵⁷ |
| 490 | Bronquitis no especificada como aguda ni como crónica ²⁴⁸ | 511.1 | Con derrame, con mención de causa bacteriana que no sea tuberculosis ²⁵⁸ |
| 491 | Bronquitis crónica ²⁴⁹ | 511.8 | Otras formas especificadas de derrame, salvo las tuberculosas: hemotórax, hidrotórax, hidroneumotórax, pleuresia enquistado ²⁵⁹ |
| 492 | Enfisema ²⁵⁰ | 511.9 | Derrame pleural no especificado ²⁶⁰ |
| 493 | Asma ²⁵¹ | 512 | Neumotorax |
| 493.0 | Asma extrínseca ²⁵² | 512.0 | Neumotórax espontáneo por tensión ²⁶¹ |
| 493.1 | Asma intrínseca ²⁵³ | 512.1 | Neumotórax yatrogénico (postoperatorio) ²⁶² |
| 493.9 | Asma no especificada ²⁵⁴ | 512.2 | Otros neumotórax espontáneos ²⁶³ |
| 494 | Bronquiectasias | 513 | Absceso de pulmón y mediastino |
| 495 | Alveolitis alérgica extrínseca | 514 | Congestión e hipostasis pulmonar |
| 496 | Otras obstrucciones crónicas vías respiratorias no clasificables en otro concepto ²⁵⁵ | 515 | Fibrosis pulmonar postinflamatoria |
| 500 | Neumoconiosis de los trabajadores del carbón | 516 | Otra neumopatía alveolar y parietoalveolar |
| 501 | Asbestosis | 517 | Neumopatía en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto |
| 502 | Neumoconiosis por otro sílice o silicatos | 518 | Otras enfermedades pulmonares |
| 503 | Neumoconiosis por otro polvo inorgánico | 519 | Otras enfermedades del aparato respiratorio |
| 504 | Neumonopatía por inhalación de otro tipo de polvo | | |
| 505 | Neumoconiosis no especificada | | |
| 506 | Enfermedades respiratoria por humos/vapores químicos | | |
| 507 | Neumonitis por sólidos y líquidos | | |
-
- | | | | |
|----------------|---|----------------|--------------------------------|
| ²⁴⁶ | Consultar tema 42. Neumonía. | ²⁵⁶ | Consultar tema 46. Pleuresia. |
| ²⁴⁷ | Consultar tema 43. Gripe. | ²⁵⁷ | Consultar tema 46. Pleuresia. |
| ²⁴⁸ | Consultar tema 45. Enfermedad pulmonar. | ²⁵⁸ | Consultar tema 46. Pleuresia. |
| ²⁴⁹ | Consultar tema 45. Enfermedad pulmonar. | ²⁵⁹ | Consultar tema 46. Pleuresia. |
| ²⁵⁰ | Consultar tema 45. Enfermedad pulmonar. | ²⁶⁰ | Consultar tema 46. Pleuresia. |
| ²⁵¹ | Consultar tema 44. Asma. | ²⁶¹ | Consultar tema 47. Neumotórax. |
| ²⁵² | Consultar tema 44. Asma. | ²⁶² | Consultar tema 47. Neumotórax. |
| ²⁵³ | Consultar tema 44. Asma. | ²⁶³ | Consultar tema 47. Neumotórax. |
| ²⁵⁴ | Consultar tema 44. Asma. | | |
| ²⁵⁵ | Consultar tema 45. Enfermedad pulmonar. | | |

IX. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (520-579)

| | | | |
|-------|---|--------|---|
| 520 | Trastornos del desarrollo y erupción de los dientes | 531.9 | Úlcera gástrica no especificada ²⁷¹ |
| 521 | Enfermedades de tejidos duros de los dientes | 532 | Úlcera duodenal ²⁷² |
| | Enfermedades de la pulpa y tejido periapical | 532.0 | Úlcera duodenal aguda con hemorragia ²⁷³ |
| | Enfermedades gingivales y periodontales | 532.4 | Úlcera duodenal crónica o no especificada con hemorragia ²⁷⁴ |
| | Anomalías dentofaciales, incluido maloclusión | 533 | Úlcera péptica, sitio no especificado ²⁷⁵ |
| | Otras enfermedades y alteraciones de dientes y estructuras de apoyo | 534 | Úlcera gastroyeyunal |
| 526 | Enfermedades de los maxilares | 535 | Gastritis y duodenitis ²⁷⁶ |
| 527 | Enfermedades de las glándulas salivares | 535.0 | Gastritis agudas ²⁷⁷ |
| 528 | Enfermedades de los tejidos blandos de boca, salvo encía y lengua | 535.01 | Gastritis con mención de hemorragia ²⁷⁸ |
| | Enfermedades y otros estados de la lengua | 535.3 | Gastritis alcohólica ²⁷⁹ |
| | | 535.5 | Gastritis y duodenitis no especificadas ²⁸⁰ |
| 530 | Enfermedades del esófago | 536 | Alteraciones funcionales del estómago |
| 531 | Úlcera gástrica ²⁶⁴ | 537 | Otras alteraciones gastroduodenales |
| 531.0 | Úlcera gástrica aguda con hemorragia ²⁶⁵ | 540 | Apendicitis aguda ²⁸¹ |
| 531.1 | Aguda con perforación ²⁶⁶ | 540.0 | Apendicitis aguda con peritonitis generalizada ²⁸² |
| 531.3 | Aguda sin mención de hemorragia o perforación ²⁶⁷ | 540.1 | Apendicitis aguda con absceso peritoneal ²⁸³ |
| 531.4 | Úlcera gástrica crónica o no especificada con hemorragia ²⁶⁸ | 541 | Apendicitis sin calificar |
| 531.5 | Crónica o no especificada con perforación ²⁶⁹ | 542 | Otra apendicitis |
| 531.6 | Crónica sin mención de hemorragia o perforación ²⁷⁰ | 543 | Otras enfermedades del apéndice |
| | | 550 | Hernia inguinal ²⁸⁴ |

264 Consultar tema 49. Úlcera gastroduodenal.
 265 Consultar tema 49 y 59.
 266 Consultar tema 49. Úlcera gastroduodenal.
 267 Consultar tema 49. Úlcera gastroduodenal.
 268 Consultar tema 49 y 59.
 269 Consultar tema 49. Úlcera gastroduodenal.
 270 Consultar tema 49. Úlcera gastroduodenal.

271 Consultar tema 49. Úlcera gastroduodenal.
 272 Consultar tema 49. Úlcera gastroduodenal.
 273 Consultar tema 59. Hemorragia gastrointestinal.
 274 Consultar tema 59. Hemorragia gastrointestinal.
 275 Consultar tema 49. Úlcera gastroduodenal.
 276 Consultar tema 50. Gastritis.
 277 Consultar tema 50. Gastritis.
 278 Consultar tema 59. Hemorragia gastrointestinal.
 279 Consultar tema 50. Gastritis.
 280 Consultar tema 50. Gastritis.
 281 Consultar tema 51. Apendicitis aguda.
 282 Consultar tema 51. Apendicitis aguda.
 283 Consultar tema 51. Apendicitis aguda.
 284 Consultar tema 52. Hernia inguinal o crural.

| | |
|--------|---|
| 550.0 | Hernia inguinal gangrenada ²⁸⁵ |
| 550.1 | Hernia inguinal obstructiva ²⁸⁶ |
| 550.9 | Hernia inguinal sin mención de obstrucción o gangrena ²⁸⁷ |
| 551 | Otra hernia abdominal gangrenada ²⁸⁸ |
| 552 | Hernia crural obstructiva ²⁸⁹ |
| 553 | Otra hernia abdominal sin mención de obstrucción ni gangrena ²⁹⁰ |
| 555 | Enteritis regional |
| 556 | Colitis ulcerosa |
| 556 | Proctocolitis idiopática |
| 557 | Insuficiencia vascular del intestino |
| 558 | Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas |
| 560 | Obstrucción intestinal sin hernia |
| 562 | Divertículo intestinal |
| 562.12 | Diverticulosis de colon con hemorragia ²⁹¹ |
| 564 | Alteraciones funcionales digestivas no clasificables en otro concepto |
| 565 | Fisura y fistula anales |
| 565.0 | Fisura anal ²⁹² |
| 565.1 | Fistula anal ²⁹³ |
| 566 | Absceso de las regiones anal y rectal ²⁹⁴ |
| 567 | Peritonitis |
| 568 | Otras alteraciones del peritoneo |
| 569 | Otras alteraciones intestinales |
| 569.85 | Angiodisplasia intestinal con hemorragia ²⁹⁵ |
| 570 | Necrosis hepática aguda y subaguda |

285 Consultar tema 52. Hernia inguinal o crural.
 286 Consultar tema 52. Hernia inguinal o crural.
 287 Consultar tema 52. Hernia inguinal o crural.
 288 Consultar tema 52. Hernia inguinal o crural.
 289 Consultar tema 52. Hernia inguinal o crural.
 290 Consultar tema 52. Hernia inguinal o crural.
 291 Consultar tema 59. Hemorragia gastrointestinal.
 292 Consultar tema 53. Fisura anal.
 293 Consultar tema 54. Fistula anorrectal.
 294 Consultar tema 55. Absceso anorrectal.
 295 Consultar tema 59. Hemorragia gastrointestinal.

| | |
|--------|---|
| 571 | Enfermedad hepática y cirrosis crónica ²⁹⁶ |
| 571.0 | Hígado adiposo alcohólico ²⁹⁷ |
| 571.2 | Cirrosis hepática alcohólica ²⁹⁸ |
| 571.4 | Hepatitis crónica ²⁹⁹ |
| 571.5 | Cirrosis hepática sin mención de alcohol ³⁰⁰ |
| 571.6 | Cirrosis biliar ³⁰¹ |
| 572 | Absceso hepático y secuelas de enfermedad hepática crónica |
| 573 | Otras alteraciones hepáticas |
| 574 | Colelitiasis ³⁰² |
| 74.0 | Cálculo de vesícula biliar con colecistitis aguda ³⁰³ |
| 574.1 | Cálculo de vesícula biliar con otra colecistitis ³⁰⁴ |
| 574.20 | Cálculo de vesícula biliar sin mención de colecistitis ³⁰⁵ |
| 575 | Otras alteraciones de la vesícula biliar |
| 576 | Otras alteraciones del tracto biliar |
| 577 | Enfermedades pancreáticas ³⁰⁶ |
| 577.0 | Pancreatitis aguda ³⁰⁷ |
| 577.1 | Pancreatitis crónica ³⁰⁸ |
| 577.2 | Quiste y pseudoquiste pancreático ³⁰⁹ |
| 578 | Hemorragia gastrointestinal ³¹⁰ |
| 578.0 | Hematemesis ³¹¹ |

296 Consultar tema 56. Hepatopatía crónica y cirrosis.
 297 Consultar tema 56. Hepatopatía crónica y cirrosis.
 298 Consultar tema 56. Hepatopatía crónica y cirrosis.
 299 Consultar tema 56. Hepatopatía crónica y cirrosis.
 300 Consultar tema 56. Hepatopatía crónica y cirrosis.
 301 Consultar tema 56. Hepatopatía crónica y cirrosis.
 302 Consultar tema 57. Colelitiasis quirúrgica.
 303 Consultar tema 57. Colelitiasis quirúrgica.
 304 Consultar tema 57. Colelitiasis quirúrgica.
 305 Consultar tema 57. Colelitiasis quirúrgica.
 306 Consultar tema 58. Enfermedades pancreáticas.
 307 Consultar tema 58. Enfermedades pancreáticas.
 308 Consultar tema 58. Enfermedades pancreáticas.
 309 Consultar tema 58. Enfermedades pancreáticas.
 310 Consultar tema 59. Hemorragia gastrointestinal.
 311 Consultar tema 59. Hemorragia gastrointesti-

578.1 Sangre en heces³¹²
 579 Malabsorción intestinal

X. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO (580-629)

580 Glomerulonefritis aguda
 581 Síndrome nefrótico
 582 Glomerulonefritis crónica
 583 Nefritis y nefropatía no especificada como aguda ni crónica
 584 Insuficiencia renal aguda
 585 Insuficiencia renal crónica
 586 Insuficiencia renal no especificada de otra manera
 587 Esclerosis renal no especificada de otra manera
 588 Trastornos por función renal deteriorada
 589 Riñón pequeño por causa desconocida
 590 Infecciones renales
 590.1 Pielonefritis aguda³¹³
 591 Hidronefrosis
 592 Cálculo de riñón y ureter³¹⁴
 592.0 Cálculo de riñón³¹⁵
 592.1 Cálculo de ureter³¹⁶
 592.9 Cálculo urinario no especificado³¹⁷
 593 Otras alteraciones de riñón y ureter
 594 Cálculo en vía urinaria inferior
 595 Cistitis
 595.0 Cistitis³¹⁸
 596 Otras alteraciones vesicales

³¹² Consultar tema 59. Hemorragia gastrointestinal.
³¹³ Consultar tema 61. Pielonefritis aguda.
³¹⁴ Consultar tema 62. Litiasis renal.
³¹⁵ Consultar tema 62. Litiasis renal.
³¹⁶ Consultar tema 62. Litiasis renal.
³¹⁷ Consultar tema 62. Litiasis renal.
³¹⁸ Consultar tema 63. Cistitis.

597 Uretritis no transmitida sexualmente y síndrome uretral³¹⁹
 597.8 Otras uretritis³²⁰
 598 Estenosis uretral
 599 Otras alteraciones de uretra y vías urinarias
 600 Hiperplasia prostática³²¹
 601 Enfermedades inflamatorias prostáticas³²²
 601.0 Prostatitis aguda³²³
 601.1 Prostatitis crónica³²⁴
 601.9 Prostatitis no especificada³²⁵
 602 Otras alteraciones prostáticas
 603 Hidrocele³²⁷
 603.1 Hidrocele infectado³²⁸
 603.8 Otros tipos especificados de hidrocele³²⁹
 603.9 Hidrocele no especificado³³⁰
 604 Orquitis y epididimitis³³¹
 604.0 Orquitis y epididimitis y orquiepididimitis con absceso³³²
 604.9 Otra orquitis, epididimitis y orquiepididimitis, sin mención de absceso³³³
 605 Prepucio redundante y fimosis

³¹⁹ Consultar tema 64. Uretritis.

³²⁰ Consultar tema 64. Uretritis.

³²¹ Consultar tema 65. Hiperplasia benigna de próstata.

³²² Los organismos causantes se especifican mediante código aparte Ex. Estafilococo (041.1) o Estreptococo (041.0). Consultar tema 66. Prostatitis bacteriana.

³²³ Consultar tema 66. Prostatitis bacteriana.

³²⁴ Consultar tema 66. Prostatitis bacteriana.

³²⁵ Consultar tema 66. Prostatitis bacteriana.

³²⁶ Consultar tema 66. Prostatitis bacteriana.

³²⁷ Consultar tema 67. Hidrocele.

³²⁸ Consultar tema 67. Hidrocele.

³²⁹ Consultar tema 67. Hidrocele.

³³⁰ Consultar tema 67. Hidrocele.

³³¹ Consultar tema 68. Orquiepididimitis.

³³² Consultar tema 68. Orquiepididimitis.

³³³ Consultar tema 68. Orquiepididimitis.

| | |
|-------|--|
| 606 | Esterilidad masculina (por varicocele) ³³⁴ |
| 607 | Alteraciones de pene |
| 608 | Otras alteraciones de genitales masculinos |
| 610 | Displasias mamarias benignas |
| 611 | Otras alteraciones mamarias |
| 614 | Inflamación de órganos y tejidos pélvicos |
| 615 | Inflamación de útero salvo cervix |
| 616 | Inflamación de cervix, vagina y vulva |
| 617 | Endometriosis |
| 618 | Prolapso genital |
| 619 | Fístula del tracto genital femenino |
| 620 | Alteraciones no inflamatorias de ovario/trompa/ligamento ancho |
| | Alteraciones de útero no clasificables en otro concepto |
| | Enfermedades no inflamatorias de cervix |
| 623 | Trastorno no inflamatorio de vagina |
| 624 | Trastornos no inflamatorios de vulva y perineo |
| | Dolor y otros síntomas de órganos genitales femeninos |
| 625.3 | Dismenorrea ³³⁵ |
| 626 | Alteraciones de menstruación y otras hemorragias anormales femeninas |
| 627 | Trastornos menopáusicos y postmenopáusicos ³³⁶ |
| 627.0 | Menorragia premenopáusica (Hemorragia excesiva asociada con el inicio de la menopausia) ³³⁷ |
| 627.1 | Hemorragia postmenopáusica ³³⁸ |

³³⁴ Consultar tema 37. Varicocele.

³³⁵ Consultar tema 69. Dismenorrea.

³³⁶ Consultar tema 70. Alteraciones menopausicas y postmenopausicas.

³³⁷ Consultar tema 70. Alteraciones menopausicas y postmenopausicas.

³³⁸ Consultar tema 70. Alteraciones menopausicas y postmenopausicas.

| | |
|-------|---|
| 627.2 | Estados menopáusicos o del climaterio femenino. (Insomnio. Dolor de cabeza. Falta de concentración. Asociada con la menopausia) ³³⁹ |
| 627.4 | Estados asociados con menopausia artificial. (Síndrome menopáusico artificial. Cualquier estado clasificable bajo 627.0, 627.2 ó 627.3 que sigue a la menopausia inducida) ³⁴⁰ |
| 628 | Esterilidad femenina |
| 629 | Otros trastornos de órganos genitales femeninos |

XI. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (630-676)

| | |
|-------|---|
| 630 | Mola hidatiforme |
| 631 | Otro producto anormal de concepción |
| 632 | Aborto fallido |
| 633 | Embarazo ectópico |
| 634 | Aborto espontáneo |
| 635 | Aborto legal inducido |
| 636 | Aborto ilegal inducido |
| 637 | Aborto no especificado |
| 638 | Intento fallido de aborto |
| 639 | Complicación postaborto y de embarazos ectópicos y molares |
| 640 | Hemorragia en fase temprana de embarazo |
| 640.0 | Amenaza de aborto ³⁴¹ |
| 641 | Hemorragia anteparto/placenta previa/desprendimiento placenta |
| 642 | Hipertensión que complica embarazo, parto y puerperio |

³³⁹ Consultar tema 70. Alteraciones menopausicas y postmenopausicas.

³⁴⁰ Consultar tema 70. Alteraciones menopausicas y postmenopausicas.

³⁴¹ Consultar tema 71. Amenaza de parto pretérmino.

- 643 Vómitos excesivos en el embarazo
- 644 Parto prematuro o amenaza de parto ^{342,343}
- 644.0 Amenaza de parto prematuro ³⁴⁴
- 644.1 Otra amenaza de parto después de 37 semanas completas de gestación sin expulsión fetal ³⁴⁵
- 644.2 Inicio precoz de parto ³⁴⁶
- 645 Embarazo prolongado
- 646 Otras complicaciones del embarazo no clasificables en otro concepto
- 647 Otras enfermedad infecciosas/parasitarias embarazo, parto, puerperio
- 648 Otras enfermedades que complican embarazo, parto o puerperio
- 650 Parto en un caso totalmente normal ³⁴⁷
- 651 Embarazo múltiple ³⁴⁸
- 652 Estática y presentación defectuosa del feto
- 653 Desproporción
- 654 Anormalidad de órganos y tejidos blandos de la pelvis
- 655 Anormalidad fetal comprobada/sospechada que afecta a la madre
- 656 Otros problemas fetales y de placenta que afectan madre
- 657 Polihidramnios
- 658 Otras alteraciones de la cavidad y membranas amnióticas
- 659 Otras indicaciones de asistencia al parto no clasificables en otro concepto
- 660 Parto obstruido ³⁴⁹
- 661 Anormalidad de las contracciones uterinas
- 662 Parto largo ³⁵⁰
- 663 Complicaciones del cordón umbilical
- 664 Trauma de perineo y vulva durante alumbramiento
- 665 Otro trauma obstétrico
- 666 Hemorragia postparto
- 667 Placenta o membranas retenidas, sin hemorragia
- 668 Complicaciones de anestesia en trabajo de parto y parto
- 669 Otras complicaciones de parto no clasificables en otro concepto
- 670 Infección puerperal grave
- 671 Complicaciones venosas en embarazo y puerperio
- 671.8 Otras complicaciones venosas en embarazo y puerperio ³⁵¹
- 672 Pirexia de origen desconocido durante el puerperio
- ³⁴² Consultar tema 71. Amenaza de parto pretérmino.
- ³⁴³ Se utilizará solamente en caso de amenaza de parto. Si el parto ha sido consumado prematuramente se tratará como prestación por maternidad.
- ³⁴⁴ Consultar tema 71. Amenaza de parto pretérmino.
- ³⁴⁵ Consultar tema 71. Amenaza de parto pretérmino.
- ³⁴⁶ Consultar tema 71. Amenaza de parto pretérmino.
- ³⁴⁷ Recuérdese que desde el 1 de enero de 1.995 las prestaciones por maternidad quedaron desligadas de las de Incapacidad Temporal por lo que la certificación de una maternidad se debe llevar a cabo en documento distinto del parte de baja. Las complicaciones del parto y puerperio serán motivo de baja laboral, solo si persisten después de finalizada la primera. Consultese el capítulo dedicado a la tramitación de la Incapacidad Temporal.
- ³⁴⁸ Solo será causa de Incapacidad Temporal en caso de suponer incapacidad para el trabajo durante el embarazo. El parto múltiple dará lugar a las prestaciones por maternidad (650) en el momento de producirse teniendo una duración incrementada en dos semanas sobre la duración normal.
- ³⁴⁹ Dará lugar a las prestaciones por maternidad en caso de originar un parto normal (650) o aborto (635), (637).
- ³⁵⁰ Dará lugar a la prestación normal por maternidad (650).
- ³⁵¹ Consultar tema 36. Hemorroides.

- 673 Embolia pulmonar obstétrica
- 674 Otras complicaciones y complicaciones no especificadas de otra manera del puerperio, no clasificables en otro concepto
- Infecciones de mama/pezón asociadas con embarazo/parto/puerperio
- Otras enfermedades de mama asociadas parto y trastornos lactancia

XII. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (680-709)

- 680 Carbunco y furúnculo
- 681 Celulitis y absceso de los dedos mano/pie
- 682 Otra celulitis y absceso
- 683 Linfadenitis aguda
- 684 Impétigo³⁵²
- 685 Quiste pilonidal³⁵³
- 685.0 Con absceso³⁵⁴
- 685.1 Sin mención de absceso³⁵⁵
- 686 Otras infecciones locales de la piel y tejidos subcutáneos
- 686.0 Piodermitis (Dermatitis: supurativa, séptica, purulenta)³⁵⁶
- 686.8 Otras infecciones locales especificadas de la piel y de los tejidos subcutáneos. (Pustulosa. Piodermitis vegetante. Ectima. Boqueras o perleche)³⁵⁷
- 690 Dermatitis eritematoescamosa

³⁵² Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁵³ Consultar tema 72. Sinus o seno pilonidal.
³⁵⁴ Consultar tema 72. Sinus o seno pilonidal.
³⁵⁵ Consultar tema 72. Sinus o seno pilonidal.
³⁵⁶ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁵⁷ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

- 690.10 Dermatitis seborréica no especificada³⁵⁸
- 690.11 Seborrea capitis³⁵⁹
- 690.8 Otras dermatitis eritemaescamosas. (Dermatitis atópica. Eczema intrínseco, atópico, flexural. Neurodermatitis atópica, difusa. Prurigo de Besnier)³⁶⁰

- 691 Dermatitis atópica y estados relacionados
- 691.0 Dermatitis del pañal³⁶¹
- 691.8 Dermatitis atópica y estados relacionados³⁶²
- 692 Dermatitis por contacto y otros eczemas³⁶³
- 692.0 Dermatitis por detergentes³⁶⁴
- 692.1 Dermatitis por aceites y grasas³⁶⁵
- 692.2 Dermatitis por disolventes³⁶⁶
- 692.3 Dermatitis por medicamentos en contacto con la piel³⁶⁷
- 692.4 Dermatitis por productos químicos³⁶⁸
- 692.5 Dermatitis por alimentos en contacto con la piel³⁶⁹
- 692.6 Dermatitis por plantas no alimenticias³⁷⁰
- 692.7 Dermatitis por radiación solar³⁷¹
- 692.70 Dermatitis solar no especificada. (Fotodermatitis)³⁷²

³⁵⁸ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁵⁹ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁶⁰ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁶¹ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁶² Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁶³ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁶⁴ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁶⁵ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁶⁶ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁶⁷ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁶⁸ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁶⁹ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁷⁰ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁷¹ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
³⁷² Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

| | |
|--------|--|
| 692.71 | Quemadura solar ³⁷³ |
| 692.72 | Dermatitis aguda por luz solar (Fotodermatitis aguda) ³⁷⁴ |
| 692.74 | Otra dermatitis crónica ³⁷⁵ |
| 692.79 | Otras Fotodermatosis ³⁷⁶ |
| 692.8 | Dermatitis por otros agentes no especificados ³⁷⁷ |
| 692.81 | Dermatitis por cosméticos ³⁷⁸ |
| 692.82 | Dermatitis por otras radiaciones ³⁷⁹ |
| 692.83 | Dermatitis por metales, joyas ³⁸⁰ |
| 692.89 | Otras dermatitis ³⁸¹ |
| 692.9 | Dermatitis de causa no especificada ³⁸² |
| 693 | Dermatitis por sustancias ingeridas ³⁸³ |
| 693.0 | Dermatitis por fármacos y drogas ³⁸⁴ |
| 693.1 | Por alimentos ³⁸⁵ |
| 693.8 | Por otras sustancias ingeridas especificadas ³⁸⁶ |
| 693.9 | Por otras sustancias ingeridas no especificadas ³⁸⁷ |
| 694 | Dermatosis ampollosas ³⁸⁸ |
| 694.0 | Dermatitis herpetiforme ³⁸⁹ |
| 694.2 | Dermatitis herpetiforme juvenil ³⁹⁰ |
| 694.5 | Péntigo penfigoide ³⁹¹ |

- 373 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 374 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 375 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 376 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 377 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 378 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 379 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 380 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 381 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 382 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 383 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 384 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 385 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 386 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 387 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 388 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 389 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 390 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 391 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

| | |
|--------|---|
| 694.60 | Péntigo penfigoide benigno sin mención de implicación ocular ³⁹² |
| 694.61 | Péntigo penfigoide benigno con implicación ocular ³⁹³ |
| 694.8 | Otras dermatosis ampollosas especificadas ³⁹⁴ |
| 694.9 | Dermatosis ampollosas no especificadas ³⁹⁵ |
| 695 | Enfermedades eritematosas |
| 695.2 | Eritema nudoso ³⁹⁶ |
| 695.3 | Rosácea ³⁹⁷ |
| 695.89 | Otros. Eritema intertrigo. Intertrigo. Pitiriasis rubra (De Hebra) ³⁹⁸ |
| 696 | Psoriasis y alteraciones similares |
| 696.1 | Acrodermatitis crónica. Dermatitis repens ³⁹⁹ |
| 697 | Liquen |
| 698 | Prurito y enfermedades afines |
| 698.2 | Prúrigo ⁴⁰⁰ |
| 698.3 | Neurodermatitis circunscrita ⁴⁰¹ |
| 698.4 | Dermatitis ficticia (artefacta) ⁴⁰² |
| 700 | Callos y callosidades |
| 701 | Otras enfermedades atróficas e hipertróficas de la piel |
| 701.8 | Otros procesos hipertróficos y atróficos de la piel: acrodermatitis crónica atrófica ⁴⁰³ |
| 702 | Otras dermatosis |

- 392 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 393 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 394 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 395 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 396 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 397 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 398 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 399 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 400 Consultar tema 74. Urticaria
 401 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 402 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
 403 Consultar tema 73. Dermatitis aguda.

- 703 Enfermedades de las uñas
 704 Enfermedad del pelo y los folículos pilosos
 704.8 Otras enfermedades del pelo y folículos pilosos: Foliculitis, perifoliculitis y sicosis⁴⁰⁴
 705 Alteraciones de las glándulas sudoríparas
 705.81 Dishidrosis⁴⁰⁵
 706 Enfermedades de glándulas sebáceas
 706.1 Otros acnés⁴⁰⁶
 707 Úlcera crónica de la piel
 707.1 Úlcera de miembros inferiores, excepto en decúbito⁴⁰⁷
 708 Urticaria⁴⁰⁸
 708.0 Urticaria alérgica⁴⁰⁹
 708.1 Urticaria idiopática⁴¹⁰
 708.2 Urticaria por frío y calor⁴¹¹
 708.3 Dermografismo⁴¹²
 708.4 Urticaria vibratoria⁴¹³
 708.5 Urticaria colinérgica⁴¹⁴
 708.8 Urticaria crónica, periódica recidivante o por ortigas⁴¹⁵
 708.9 Trastorno no especificado de la piel. Dermatitis⁴¹⁶
 709 Otras enfermedades de la piel y los tejidos subcutáneos

⁴⁰⁴ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
⁴⁰⁵ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
⁴⁰⁶ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
⁴⁰⁷ Consultar tema 13. Úlcera del pie diabético.
⁴⁰⁸ Consultar tema 74. Urticaria.
⁴⁰⁹ Consultar tema 74. Urticaria.
⁴¹⁰ Consultar tema 74. Urticaria.
⁴¹¹ Consultar tema 74. Urticaria.
⁴¹² Consultar tema 74. Urticaria.
⁴¹³ Consultar tema 74. Urticaria.
⁴¹⁴ Consultar tema 74. Urticaria.
⁴¹⁵ Consultar tema 74. Urticaria.
⁴¹⁶ Consultar tema 74. Urticaria.

XIII. ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO-MIOARTICULAR Y TEJIDO CONECTIVO (710-739)

- 710 Enfermedades difusas de los tejidos conectivos
 711 Artropatía asociada con infecciones
 712 Artropatías cristalinas
 713 Artropatía asociada otros trastornos clasificados bajo otros conc.
 714 Artropatía gotosa aguda⁴¹⁷
 715 Osteoartritis y trastornos conexos⁴¹⁸
 716 Otras artropatías y artropatías no especificadas
 716.3 Artritis climaterica⁴¹⁹
 717 Trastorno interno rodilla
 717.0 Desgarro en asa de cubo menisco interno⁴²⁰
 717.1 Alteración cuerno anterior menisco interno⁴²¹
 717.2 Alteración cuerno posterior menisco interno⁴²²
 717.3 Otras alteraciones especificadas o no del menisco interno⁴²³
 717.4 Alteraciones del menisco lateral⁴²⁴
 717.5 Alteraciones del menisco, no clasificadas bajo otro concepto⁴²⁵
 717.7 Condromalacia de rótula⁴²⁶

⁴¹⁷ Consultar tema 76. Artropatía gotosa aguda.
⁴¹⁸ Consultar tema 77. Artrosis.
⁴¹⁹ Consultar tema 70. Alteraciones menopausicas y postmenopausicas.
⁴²⁰ Consultar tema 78. Alteraciones meniscales.
⁴²¹ Consultar tema 78. Alteraciones meniscales.
⁴²² Consultar tema 78. Alteraciones meniscales.
⁴²³ Consultar tema 78. Alteraciones meniscales.
⁴²⁴ Consultar tema 78. Alteraciones meniscales.
⁴²⁵ Consultar tema 78. Alteraciones meniscales.
⁴²⁶ Consultar tema 79. Condromalacia de rótula.

| | | | |
|--------|--|--------|--|
| 717.81 | Antigua disrupción del ligamento colateral lateral ⁴²⁷ | 723 | Otros trastornos de la región cervical ⁴³⁷ |
| 717.82 | Antigua disrupción del ligamento colateral medial ⁴²⁸ | 724 | Otras alteraciones de la espalda no especificados ⁴³⁸ |
| 717.83 | Antigua disrupción del ligamento cruzado anterior ⁴²⁹ | 724.2 | Lumbalgia sin radiculopatía asociada ⁴³⁹ |
| 717.84 | Antigua disrupción del ligamento cruzado posterior ⁴³⁰ | 724.3 | Lumbalgia con radiculopatía asociada ⁴⁴⁰ |
| 717.85 | Antigua disrupción de otros ligamentos de la rodilla (ligamento capsular de la rodilla) ⁴³¹ | 725 | Polimialgia reumática |
| 717.89 | Otros ⁴³² | 726 | Tendinitis inserciones periféricas y síndromes conexos ⁴⁴¹ |
| | Antigua disrupción de ligamentos de la rodilla NEOM ⁴³³ | 726.0 | Capsulitis adhesiva del hombro ⁴⁴² |
| | Alteración recurrente de la rodilla | 726.1 | Síndrome del manguito de los músculos rotadores del hombro y trastornos conexos ⁴⁴³ |
| 718 | Otros desarreglos articulares | 726.11 | Tendinitis calcificante del hombro ⁴⁴⁴ |
| 719 | Otros trastornos y trastornos de articulación no especificados de otra manera | 726.3 | Entesopatía de la región del codo ⁴⁴⁵ |
| 720 | Espondilitis anquilosante y otras espondilitis inflamatorias | 726.31 | Epicondilitis medial ⁴⁴⁶ |
| 721 | Espondilosis y trastornos conexos | 726.32 | Epicondilitis lateral ⁴⁴⁷ |
| 722 | Trastorno del disco intervertebral ⁴³⁴ | 726.60 | Entesopatía de rodilla no especificada ⁴⁴⁸ |
| 722.0 | Desplazamiento del disco intervertebral cervical sin mielopatía ⁴³⁵ | 726.61 | Tendinitis o bursitis de la pata de ganso ⁴⁴⁹ |
| 722.4 | Degeneración de disco intervertebral cervical ⁴³⁶ | 726.62 | Bursitis de ligamento colateral tibial ⁴⁵⁰ |

⁴²⁷ Consultar tema 80. Otros trastornos internos de la rodilla.

⁴²⁸ Consultar tema 80. Otros trastornos internos de la rodilla.

⁴²⁹ Consultar tema 80. Otros trastornos internos de la rodilla.

⁴³⁰ Consultar tema 80. Otros trastornos internos de la rodilla.

⁴³¹ Consultar tema 80. Otros trastornos internos de la rodilla.

⁴³² Consultar tema 80. Otros trastornos internos de la rodilla.

⁴³³ No especificados de otra manera.

⁴³⁴ Consultar tema 81. Cervicalgia.

⁴³⁵ Consultar tema 81. Cervicalgia.

⁴³⁶ Consultar tema 81. Cervicalgia.

⁴³⁷ Consultar tema 81. Cervicalgia.

⁴³⁸ Consultar tema 82. Lumbalgia.

⁴³⁹ Consultar tema 82. Lumbalgia.

⁴⁴⁰ Consultar tema 82. Lumbalgia.

⁴⁴¹ Consultar tema 84. Enfermedad del manguito de los rotadores.

⁴⁴² Consultar tema 83. Capsulitis adhesiva.

⁴⁴³ Consultar tema 84. Enfermedad del manguito de los rotadores.

⁴⁴⁴ Consultar tema 84. Enfermedad del manguito de los rotadores.

⁴⁴⁵ Consultar tema 85. Estenopatías del codo.

⁴⁴⁶ Consultar tema 85. Estenopatías del codo.

⁴⁴⁷ Consultar tema 85. Estenopatías del codo.

⁴⁴⁸ Consultar tema 86. Estenopatía de rodilla.

⁴⁴⁹ Consultar tema 86. Estenopatía de rodilla.

⁴⁵⁰ Consultar tema 86. Estenopatía de rodilla.

- 726.63 Bursitis de ligamento colateral del peroné ⁴⁵¹
- 726.64 Tendinitis rotuliana ⁴⁵²
- 726.65 Bursitis prerrotuliana ⁴⁵³
- 726.66 Otra ⁴⁵⁴
 - Bursitis
 - Infrapatelar
 - Sub-rotular
- 727.6 Rotura de tendón no traumática ⁴⁵⁵
- 728 Trastorno de músculo, ligamento y fascia
- 728.6 Contractura de fascia palmar ⁴⁵⁶
- 729 Otros trastornos de tejido blandos
- 730 Osteomielitis, periostitis y otras infecciones que implican huesos
- 731 Osteitis deformante y osteopatías asociadas a otros trastornos
- 732 Osteocondropatías
- 733 Otros trastornos de cartílago y huesos
- 734 Pie plano
- 735 Deformación adquirida de dedo gordo del pie
- 736 Otras deformaciones adquiridas de extremidades
- 737 Desviación columna vertebral
- 738 Otras deformidades adquiridas
- 739 Lesiones no alopáticas no clasificables en otro concepto

XIV. ANOMALIAS CONGÉNITAS (740-759)

- 740 Anencéfalo y anomalías afines

⁴⁵¹ Consultar tema 86. Estenopatía de rodilla.
⁴⁵² Consultar tema 86. Estenopatía de rodilla.
⁴⁵³ Consultar tema 86. Estenopatía de rodilla.
⁴⁵⁴ Consultar tema 86. Estenopatía de rodilla.
⁴⁵⁵ Consultar tema 84. Enfermedad del manguito de los rotadores.
⁴⁵⁶ Consultar tema 87. Contractura de la aponeurosis palmar de Dupuytren.

- 741 Espina bífida
- 742 Otras anomalías congénitas del sistema nervioso
- 743 Anomalías congénitas ojo
- 744 Anomalías congénitas de oído/cara/cuello
- 745 Anomalías del cierre septal cardíaco y bulbo arterial embrionario
- 746 Otras anomalías congénitas cardíacas
- 747 Otras anomalías congénitas del aparato circulatorio
- 748 Anomalías congénitas del sistema respiratorio
- 749 Fisura paladar y labio leporino
- 750 Otras anomalías congénitas del tracto digestivo superior
- 751 Otras anomalías congénitas del sistema digestivo
- 752 Anomalías orgánicas de órganos genitales
- 753 Anomalías congénitas del sistema urinario
- 754 Deformaciones musculoesqueléticas congénitas
- 755 Otras anomalías congénitas de extremidades
- 756 Otras anomalías musculoesqueléticas congénitas
- 757 Anomalías congénitas del tegumento
- 758 Anomalías cromosómicas
- 759 Otras anomalías congénitas y congénitas no especificadas

XV. ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL (760-779)

- 760 Feto/recién nacido afectado por estados maternos relacionados o no con embarazo
- 761 Feto o recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo

| | | | |
|-----|---|--------------|--|
| 762 | Complicaciones de la placenta, cordón y membranas que afectan feto o recién nacido | 781 | Síntomas que afectan sistema nervioso/aparato musculoesquelético |
| 763 | Otras complicaciones parto y alumbramiento afecta recién nacido o feto | 782 | Síntomas que afectan piel/otro tejido integumentario |
| 764 | Crecimiento Intrauterino retardado y desnutrición fetal | 783 | Síntomas relacionados con la nutrición/metabolismo/desarrollo |
| 765 | Trastornos realacionados con gestación corta/bajo peso no especificado en nacimiento | 784 | Síntomas que afectan a la cabeza y cuello |
| 766 | Trastornos relacionados con gestación larga/peso elevado al nacer | 785 | Síntomas que afectan al aparato cardiovascular |
| 767 | Trauma de nacimiento | 786 | Síntomas del aparato respiratorio y otros síntomas torácicos |
| 768 | Hipoxia Intrauterina y asfíxia al nacer | 787 | Síntomas que afectan al aparato digestivo |
| 769 | Síndrome de distrés respiratorio | 788 | Síntomas que afectan al aparato urinario |
| 770 | Otras enfermedades respiratorias del feto y recién nacido | 789 | Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis |
| 771 | Infecciones del periodo perinatal | 790 | Resultados inespecíficos en el análisis de sangre |
| 772 | Hemorragia fetal/neonatal | 791 | Resultados inespecíficos en el análisis de orina |
| 773 | Enfermedades hemolítica del feto y recién nacido debida a isoimmunización | 792 | Resultados anormales/inespecíficos en otra sustancia corporal |
| 774 | Otras ictericias perinatales | 792.1 | Sangre oculta ⁴⁵⁷ |
| 775 | Enfermedades endocrinas/metabólicas propias del recién nacido y feto | 793 | Resultado anormal/inespecífico examen radiológico y de otro tipo de la estructura corporal |
| 776 | Enfermedades hematológicas recién nacido y feto | 794 | Resultados anormales/inespecíficos de estudios de funciones |
| 777 | Enfermedades perinatales del aparato digestivo | 795 | Hallazgos histológicos/inmunológicos anormales/inespecíficos |
| 778 | Enfermedades que afectan a revestimiento cutáneo y a la regulación de la temperatura del feto y del recién nacido | 796 | Otros resultados anormales inespecíficos ⁴⁵⁸ |
| 779 | Otras enfermedades y enfermedades mal definidas con origen en periodo perinatal | 797 | Senilidad sin mención de psicosis |

XVI. SÍNTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS (780-799)

780 Síntomas generales

⁴⁵⁷ Consultar tema 59. Hemorragia gastrointestinal.

⁴⁵⁸ La Incapacidad Temporal vendrá determinada por afectación de la capacidad laboral y no por el hallazgo en sí de resultados anormales, salvo en el caso de sospecha de enfermedad profesional en cuyo caso la baja será tramitada como "Periodo de observación en enfermedad profesional".

Muerte súbita de causa desconocida ⁴⁵⁹

799 Otras causas y causas desconocidas de morbilidad/mortandad

XVII. LESIONES Y ENVENENAMIENTOS (8000-999)

- 800 Fractura de bóveda craneal
- 801 Fractura de base de cráneo
- 802 Fractura de huesos faciales
- 803 Otras fracturas craneales no calificadas
Fracturas múltiples de cráneo o cara junto con otros huesos
Fractura de columna vertebral sin lesión del cordón espinal
Fractura de columna vertebral con lesión medular
Fractura de costilla(s), esternón, laringe y traquea
- 808 Fractura de pelvis
- 809 Fracturas mal definidas de huesos del tronco
- 810 Fractura de clavícula ⁴⁶⁰
- 811 Fractura de escápula
- 812 Fractura de húmero ⁴⁶¹
- 813 Fractura de radio y de cúbito ⁴⁶²
- 814 Fractura de hueso(s) carpiano(s) ⁴⁶³

- 815 Fractura de hueso(s) metacarpiano(s) ⁴⁶⁴
- 816 Fractura de una o más falanges de la mano ⁴⁶⁵
- 817 Fracturas múltiples de huesos de la mano ⁴⁶⁶
- 818 Fracturas mal definidas de miembro superior
- 819 Fracturas múltiples miembros superiores/y costilla(s)/esternón
- 820 Fractura del cuello de fémur
- 821 Fracturas de otras partes y de partes del fémur no especificadas de otra manera
- 822 Fractura de rotula
- 823 Fractura de tibia y peroné ⁴⁶⁷
- 824 Fractura de tobillo ⁴⁶⁸
- 825 Fractura de uno o más huesos tarsianos y metatarsianos ⁴⁶⁹
- 826 Fractura de una o más falanges del pie ⁴⁷⁰
- 827 Otra fracturas, múltiples y mal definidas de miembros inferior
- 828 Fracturas múltiples ambas piernas, pierna-brazo y pierna-costilla-esternón
- 829 Fractura de huesos no especificados
- 830 Luxación de mandíbula
- 831 Luxación de hombro ⁴⁷¹

⁴⁵⁹ La certificación de muerte de un trabajador no exige la expedición de parte de baja y alta laboral. Si se hallase en situación de baja laboral se expediría el correspondiente parte parte de alta por fallecimiento.

⁴⁶⁰ Consultar tema 89. Fracturas del miembro superior.

⁴⁶¹ Consultar tema 89. Fracturas del miembro superior.

⁴⁶² Consultar tema 89. Fracturas del miembro superior.

⁴⁶³ Consultar tema 90. Fractura de extremidad inferior.

⁴⁶⁴ Consultar tema 90. Fractura de extremidad inferior.

⁴⁶⁵ Consultar tema 89. Fracturas del miembro superior.

⁴⁶⁶ Consultar tema 89. Fracturas del miembro superior.

⁴⁶⁷ Consultar tema 91. Fracturas de tibia y peroné.

⁴⁶⁸ Consultar tema 90. Fractura de extremidad inferior.

⁴⁶⁹ Consultar tema 90. Fractura de extremidad inferior.

⁴⁷⁰ Consultar tema 90. Fractura de extremidad inferior.

⁴⁷¹ Consultar tema 92. Luxación de hombro.

| | | | |
|-------|--|-----|--|
| 831.0 | Luxación cerrada ⁴⁷² | 854 | Lesión intracraneal de otro tipo y de tipo no especificado de otra manera |
| 831.1 | Luxación abierta ⁴⁷³ | 860 | Neumotorax y hemotorax traumáticos |
| 832 | Luxación de codo | 861 | Lesión de corazón y pulmón |
| 833 | Luxación de muñeca | 862 | Lesión de otros órganos intratorácicos y órganos intratorácicos no especificada de otra manera |
| 834 | Luxación de dedo | 863 | Lesión del tubo gastrointestinal |
| 835 | Luxación de cadera | 864 | Traumatismo del hígado |
| 836 | Luxación de rodilla | 865 | Traumatismos del bazo |
| 837 | Luxación de tobillo | 866 | Traumatismo del riñón |
| 838 | Luxación de pie | 867 | Traumatismo de órganos pélvicos |
| 839 | Otras luxaciones, luxaciones múltiples y luxaciones mal definidas | 868 | Lesión de otros órganos intra-abdominales |
| 840 | Esguinces y torceduras de hombro y brazo superior ⁴⁷⁴ | 869 | Lesión interna de órganos o de órganos mal definidos no especificada de otra manera |
| 841 | Esguinces y torceduras de codo y antebrazo | 870 | Herida abierta de anexos oculares |
| 842 | Esguinces y torceduras de muñeca y mano | 871 | Herida abierta de globo ocular |
| 843 | Esguinces y torceduras de cadera y muslo | 872 | Herida abierta del oído |
| 844 | Esguinces y torceduras de rodilla y pierna | 873 | Otra herida abierta de cabeza |
| 845 | Esguinces y torceduras de tobillo y pie ⁴⁷⁵ | 874 | Heridas abiertas del cuello |
| 846 | Esguinces y torceduras de la región sacroiliaca | 875 | Herida abierta de tórax (pared) |
| 847 | Esguinces y torceduras de otras partes de la espalda no especificadas de otra manera | 876 | Herida abierta de dorso |
| 848 | Otros esguinces y torceduras y esguince/torcedura mal definidos | 877 | Herida abierta de la región glútea |
| 850 | Contusión (incluye conmoción cerebral) | 878 | Herida abierta genitales (externos) (incluye amputación) |
| 851 | Laceración y contusión cerebrales | 879 | Herida abierta de otras partes y partes, salvo miembros, no especificada de otra manera |
| 852 | Hemorragia subaracnoidea/subdural/extradural, tras lesión | 880 | Heridas abiertas de hombro y brazo |
| 853 | Otra hemorragia intracraneal y hemorragia intracraneal traumática no especificada de otra manera | 881 | Herida abierta del codo, antebrazo o muñeca |
| | | 882 | Herida abierta de mano, salvo dedo(s) de la mano exclusivamente ⁴⁷⁶ |
| | | 883 | Herida abierta de dedo(s) de la mano ⁴⁷⁷ |

⁴⁷² Consultar tema 92. Luxación de hombro.

⁴⁷³ Consultar tema 92. Luxación de hombro.

⁴⁷⁴ Consultar tema 84. Enfermedad del manguito de los rotadores.

⁴⁷⁵ Consultar tema 93. Esguince de tobillo.

⁴⁷⁶ Consultar tema 94. Herida en mano.

⁴⁷⁷ Consultar tema 94. Herida en mano.

| | | | |
|-----|--|------------|--|
| | Herida abierta múltiple y de miembro superior no especificada de otra manera | 910 | Lesión superficial cara (salvo ojo), cuello y cuero cabelludo |
| | Amputación traumática de dedo pulgar (completa) (parcial) | 911 | Lesión superficial de tronco |
| 886 | Amputación traumática de otro dedo mano (completa) (parcial) | 912 | Herida superficial de hombro y brazo superior |
| 887 | Amputación traumática de brazo y mano (completa) (parcial) | 913 | Lesión superficial de codo, antebrazo y muñeca |
| 890 | Herida abierta de cadera y muslo | 914 | Lesión superficial de mano, salvo lesión de dedos solo |
| 891 | Herida abierta de rodilla, pierna (salvo muslo) y tobillo | 915 | Lesión superficial de dedo(s) de la mano |
| 892 | Herida abierta de pie, salvo dedo(s) de pie | 916 | Lesión superficial de cadera, muslo, pierna y tobillo |
| 893 | Herida abierta de dedo(s) del pie | 917 | Lesión superficial de pie y dedo(s) del pie |
| 894 | Herida abierta múltiple y herida de miembro inferior no especificada de otra manera | 918 | Lesión superficial de ojo y anejos |
| | Amputación traumática de dedo(s) pie (completa) (parcial) | 919 | Lesión superficial de otro sitio, sitios múltiples y sitios no especificados |
| | Amputación traumática de pie (completa) (parcial) | 920 | Contusión de cara, cuero cabelludo y cuello, salvo ojo(s) ⁴⁷⁸ |
| | Amputación traumática de pierna(s) (completa) (parcial) | 921 | Contusión de ojo y anejos |
| | Lesión de vasos sanguíneos de cabeza y cuello | 922 | Contusión de tronco |
| 901 | Lesión de vasos sanguíneos de tórax | 923 | Contusión de miembro superior |
| 902 | Lesión de vasos sanguíneos del abdomen y pelvis | 924 | Contusión de miembro inferior y de otros sitios no especificados ⁴⁷⁹ |
| | Lesión de vasos sanguíneos de extremidad superior | 925 | Lesión por aplastamiento de cara, cuero cabelludo y cuello |
| 904 | Lesión de vasos de extremidad inferior y sitios no especificada de otra manera | 926 | Lesión por aplastamiento de tronco |
| 905 | Efectos tardíos lesión musculoesquelética/tejidos conectivos | 927 | Lesión por aplastamiento de miembro superior |
| 906 | Efectos tardíos de lesiones de la piel y tejidos subcutáneos | 928 | Lesión por aplastamiento de miembro inferior |
| 907 | Efecto tardío de lesiones del sistema nervioso | 929 | Lesión por aplastamiento de múltiples sitios y sitios no especificados de otra manera |
| 908 | Efectos tardíos de otras lesiones y de lesiones no especificadas de otra manera | 930 | Cuerpo extraño en la superficie ocular |
| 909 | Efecto tardío de otras causas externas/causas externas no especificadas de otra manera | 931 | Cuerpo extraño en oído |
| | | 932 | Cuerpo extraño en nariz |
| | | 933 | Cuerpo extraño en faringe y laringe |
| | | 934 | Cuerpo extraño en traquea, bronquio y pulmón |

⁴⁷⁸ Consultar tema 95. Contusiones y golpes.

⁴⁷⁹ Consultar tema 95. Contusiones y golpes.

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| 935 | Cuerpo extraño en boca, esófago y estomago | 961 | Envenenamiento por otros anti-infecciosos |
| 936 | Cuerpo extraño en intestino y colon | 962 | Envenenamiento por hormonas y sustitutos sintéticos |
| 937 | Cuerpo extraño en ano y recto | 963 | Envenenamiento por agentes primordialmente sistémicos |
| 938 | Cuerpo extraño en aparato digestivo, sin especificar | 964 | Envenenamiento por agentes hematológicos |
| 939 | Cuerpo extraño en tracto genitourinario | 965 | Envenenamiento por analgésicos, antipiréticos y antirreumáticos |
| 940 | Quemadura limitada al ojo y anejos | 966 | Envenenamiento por anticonvulsivos y fármacos anti-Parkinson |
| 941 | Quemadura de cara, cabeza y cuello cabelludo | 967 | Envenenamiento por sedantes e hipnóticos |
| 942 | Quemadura de tronco | 968 | Envenenamiento por otros depresores y anestésicos del sistema nervioso central |
| 943 | Quemadura de miembro superior, salvo muñeca y mano | 969 | Envenenamiento por agentes psicotrópicos |
| 944 | Quemadura de muñeca(s) y mano(s) | 970 | Envenenamiento por estimulantes del sistema nervioso central |
| 945 | Quemadura de miembro(s) inferior(es) | 971 | Envenenamiento por fármacos que afectan sistema nervioso autónomo |
| 946 | Quemadura de múltiples sitios especificados | 972 | Envenenamiento por agentes afectan al aparato cardiovascular |
| 947 | Quemadura de órganos internos | 973 | Envenenamiento por agentes afectan aparato gastrointestinal |
| 948 | Quemaduras según extensión de superficie corporal implicada | 974 | Envenenamiento por fármacos afectan metabolismo del agua/minerales/ácido úrico |
| 949 | Quemadura, sin especificar | 975 | Envenenamiento por fármacos músculos lisos/esqueléticos/aparato respiratorio |
| 950 | Lesión del nervio óptico y las vías nerviosas del ojo | 976 | Envenenamiento por agentes que afectan primordialmente a la piel y a la membrana mucosa, y fármacos oftalmológicos, otorrinolaringológicos y odontológicos |
| 951 | Lesión de otro(s) nervio(s) craneal(es) | 977 | Envenenamiento por otros fármacos/medicamentos y fármacos no especificados de otra manera |
| 952 | Lesión de medula espinal, sin lesión vertebral | 978 | Envenenamiento por vacunas bacterianas |
| 953 | Lesión de raíces de nervios y de plexo espinal | 979 | Envenenamiento por otras vacunas y sustancias biológicas |
| 954 | Lesión otro nervio tronco, salvo cinturas escapular/pelviana | | |
| 955 | Lesión de nervio(s) periférico(s) de cintura escapular/brazo | | |
| 956 | Lesión de nervio(s) periférico(s) de cintura pelviana/pierna | | |
| 957 | Lesión de otros nervios y nervios no especificados | | |
| 958 | Complicaciones precoces de los traumatismos | | |
| 959 | Otros traumatismos y los no especificados | | |
| 960 | Envenenamiento por antibióticos | | |

- 980 Efecto tóxico de alcohol
- 981 Efecto tóxico de derivados del petróleo
- 982 Efecto tóxico de disolventes no derivados del petróleo
- 983 Efectos tóxicos aromáticos corrosivos/ácidos/álcaloide cáusticos
- 984 Efecto tóxico de plomo y compuestos (incluyendo humos)
- 985 Efecto tóxico de otros metales
- 986 Efecto tóxico de monóxido de carbono
- 987 Efecto tóxico de otros gases, humos y vapores
- 988 Efecto tóxico de sustancias nocivas ingeridas como alimentos
- 989 Efecto tóxico de otras sustancias, no medicamentosas
- 990 Efectos de radiación, no especificado
- 991 Efectos de temperatura reducida

991.5 Sabañones ⁴⁸⁰

- 992 Efectos de calor y luz
- 993 Efectos de la presión atmosférica
- 994 Efectos de otras causas externas
- 995 Ciertos efectos adversos no clasificables en otro concepto

995.2 Efecto adverso no especificado de fármaco, sustancia medicamentosa y sustancia biológica ⁴⁸¹

995.3 Alergia no especificada ⁴⁸²

- 996 Complicaciones propias de ciertos procedimientos especificados
- 997 Complicaciones de sistemas/aparatos corporales especificados no clasificables en otro concepto
- 998 Otras complicaciones de procedimientos, no clasificables en otro concepto
- 999 Complicaciones de cuidados médicos, no clasificables en otro concepto

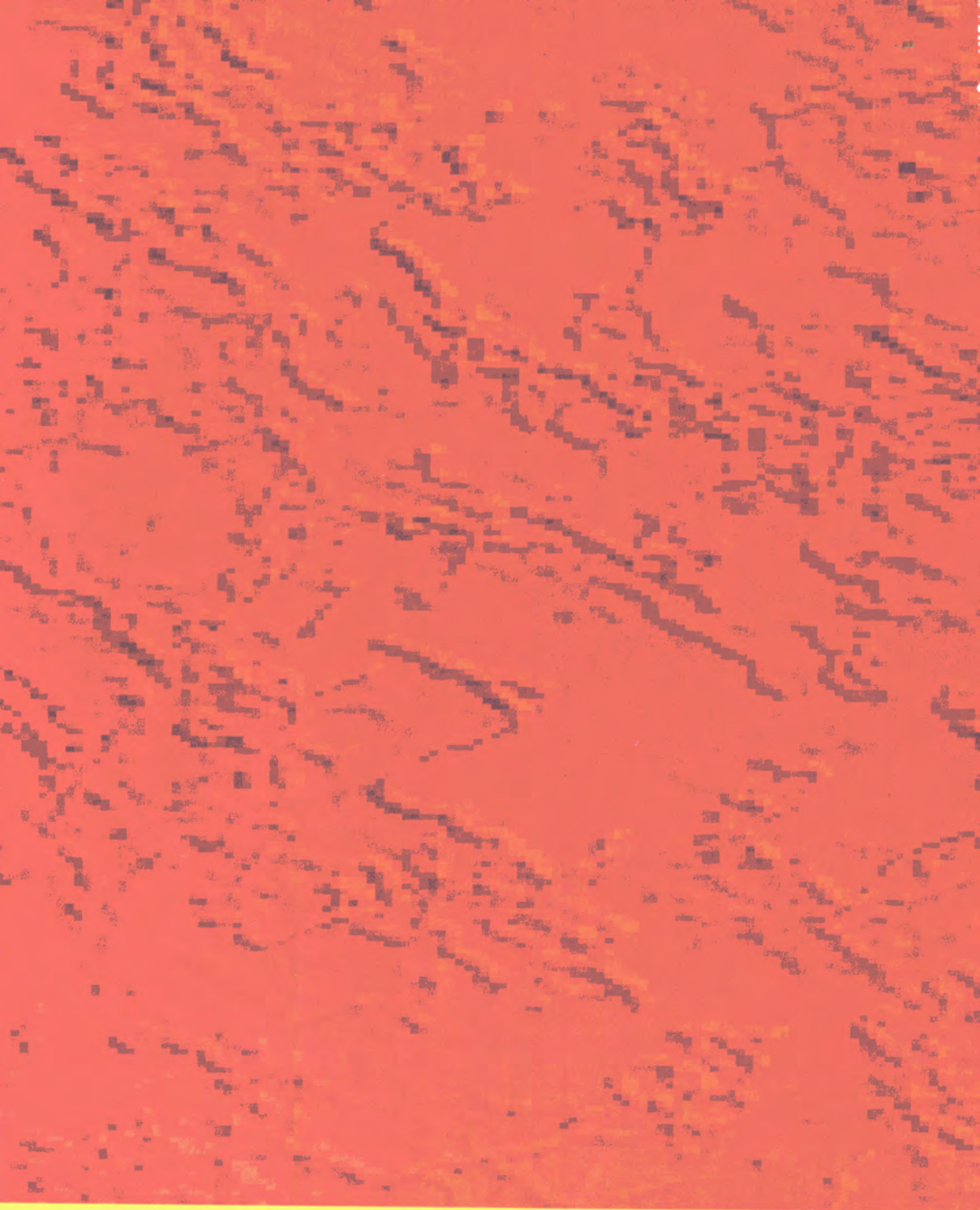
999.5 Urticaria por suero ⁴⁸³

LISTADO COMPLEMENTARIO RELACIONADO CON LA I.T.

- 1000 En estudio ⁴⁸⁴
- 1001 Intervención quirúrgica ⁴⁸⁵
- 1002 Parte sin diagnóstico ⁴⁸⁶
- 1003 Diagnóstico ilegible ⁴⁸⁷
- 1004 Ingreso en hospital ⁴⁸⁸
- 1005 Procedimientos médico-quirúrgicos terapéuticos ⁴⁸⁹
- 1006 Procedimientos diagnósticos ⁴⁹⁰
- 1007 Accidente de tráfico ⁴⁹¹

⁴⁸⁰ Consultar tema 73. Dermatitis aguda.
⁴⁸¹ Consultar tema 74. Urticaria.

⁴⁸² Consultar tema 74. Urticaria.
⁴⁸³ Consultar tema 74. Urticaria.
⁴⁸⁴ Evitar su utilización en la medida de lo posible.
⁴⁸⁵ Evitar su utilización en la medida de lo posible.
⁴⁸⁶ Evitar su utilización en la medida de lo posible.
⁴⁸⁷ Evitar su utilización en la medida de lo posible.
⁴⁸⁸ Evitar su utilización en la medida de lo posible.
⁴⁸⁹ Evitar su utilización en la medida de lo posible.
⁴⁹⁰ Evitar su utilización en la medida de lo posible.
⁴⁹¹ Evitar su utilización en la medida de lo posible.



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

