

TENDINOPATIAS COMO ENFERMEDADES PROFESIONALES EN EL AMBITO LABORAL ASISTENCIAL DE ASEPEYO EN ANDALUCIA Y EXTREMADURA EN LOS PERIODOS 2007-2008

Autor:

Justino de Anca Fernández
Instituto de Salud Laboral Cartuja (Asepeyo)
Av. Américo Vespucio 8
41092. Sevilla
Tfno: 954481000
jdeancafernandez@asepeyo.es

MASTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA EVALUADORA - Edición 2008-2009

RESUMEN

Las tendinitis de carácter profesional incluidas en el listado de EEPP (Tendinitis del manguito de los rotadores, epicondilitis y epitrocleítis, Tendinitis de D'Quervain, dedo en resorte y tendinitis del extensor largo del pulgar) tienen una prevalencia importante dentro del global de declaraciones de dichas enfermedades profesionales.

Tanto el estudio laboral, la exploración clínica y los protocolos diagnóstico-terapéuticos están bien establecidos en la determinación de contingencia de las mutuas de accidente de trabajo, y así se confirma con los porcentajes de declaración de dichas patologías.

En el ámbito de las comunidades de Andalucía y Extremadura, en los años 2007 y 2008, y en el contexto de la mutua Asepeyo, el nivel de declaración de dichas tendinopatías es similar o ligeramente inferior a otras comunidades y sigue la misma línea de infradeclaración que el resto de las EEPP.

Palabras clave: Enfermedad Profesional. Tendinitis profesionales.

INDICE

1.- Índice	pag. 3
2.- Introducción	pag. 4
3.-. CONTENIDO.....	pag. 5 a 12
4.- Objetivos	pag. 12
5.- Fuentes utilizadas y materiales	pag. 13
6.- Resultados y discusión	pag. 14 a 20
7.- Conclusiones	pag. 21
8.- Bibliografía	pag. 22

INTRODUCCIÓN

Las tendinopatías dentro del ámbito de las enfermedades profesionales (EPP) representan tanto cualitativa como cuantitativamente una proporción importante dentro de las mismas, ya que según estadísticas de los 12 países de la UE más industrializados aglutinan más del 35 % de las declaraciones de EPP.

En España dichos datos son más impactantes ya que según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales las enfermedades por fatiga de las vainas tendinosas incluidas en el último listado de EPP (RD 1299/2006 de 10 de Noviembre) corresponde a más de 2/3 de casos declarados.

Según áreas geográficas y tipo de productividad representan la primera causa de declaración de EPP, constituyendo un serio problema la determinación de su contingencia, ya que hay que analizar distintos factores: tipo de tareas, antigüedad, movimientos repetitivos versus repetidos, cronicidad y periodicidad, etc....

Según sexo, en las mujeres hay mayor predominancia en la afectación tendinopática en muñeca y mano, mientras que en los hombres es más frecuente la afectación en el codo y menos en el hombro.

CONTENIDO.

Enfermedad profesional (EPP). Definición

Según la disposición adicional 34, artículo 116 de la Ley general de la Seguridad Social (LGSS), la enfermedad profesional: “Es la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena (o por cuenta propia en los autónomos que hayan optado por esta prestación) en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación o desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.

Es una definición puramente “legalista” hasta el punto que el Tribunal Supremo indica que cuando nos encontramos ante un supuesto de enfermedad profesional recogido en la lista de EPP que allí se indican, existirá una presunción legal “iuris et de iure”, no siendo necesario la prueba de la existencia de relación de causalidad entre el trabajo y la enfermedad.

De modo que si en una patología establecemos un nexo causal entre el trabajo y la enfermedad, y esta o la actividad no están incluidas el listado de EPP, deberemos considerar dicha patología como **accidente de trabajo**.

El Real Decreto (RD) 1299/2006 de 10 de Noviembre, es el que aprueba el nuevo cuadro de EPP en el sistema de la Seguridad Social (SS) y se establecen criterios para la notificación y registro, entrando en vigor mediante la orden TAS de 1/2007 de 2 de Enero.

Tendinitis. Definición

Una definición genérica sería la inflamación aguda o crónica de las estructuras miotendinosas a consecuencia de:

- Movimientos forzados en hiperextensión y/o flexión, o excesos en valgo o varo, que fuerzan dichas partes miotendinosas periarticulares.
- Microtraumatismos por movimientos repetitivos que sobrecargan dichas estructuras o sus entesis en el periostio óseo.

Tendinitis incluidas en el listado de EPP (RD 1299/2006 de 10 de Noviembre)

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

A.- Grupo 2, agente D, subagente 01, Actividad 01 = Hombro: patología tendinosa crónica del manguito de los rotadores. **(2D0101)**

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

B.- Grupo 2, agente D, subagente 02, Actividad 01 = Codo y antebrazo: epicondilitis y epitrocleititis. **(2D0201)**

Trabajos que requieran movimientos de impactos o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos de flexo-

extensión forzada de la muñeca, como pueden ser: carniceros, pescaderos, curtidores, deportistas, mecánicos, chapistas, caldereros, albañiles.

C.- Grupo 2, agente D, subagente 03, Actividad 01 = Muñeca y mano: Tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar (Tendinitis de D'Quervain), tenosinovitis estenosante digital (Dedo en resorte), tenosinovitis del extensor largo del primer dedo. **(2D0301)**

Trabajos que exijan aprehensión fuertes con giros o desviaciones cubitales y radiales de la mano, así como movimientos repetidos o mantenidos de extensión de la muñeca

Por tanto las tendinitis que trataremos incluidas en el cuadro de EEPP, son:

- 1.- Tendinitis del manguito de los rotadores del hombro.
- 2.- Epicondilitis y epitrocleítis del codo.
- 3.- Tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar (Enf. de D'Quervain), tenosinovitis estenosante digital (Dedo en resorte), y tenosinovitis del extensor largo del primer dedo de la mano.

Estas patologías recogidas en el cuadro, a su vez tienen que estar correspondidas por las actividades que a su vez están incluidas en dicho listado y sobre las que inciden una serie de factores: individuales y biomecánicos.

Los factores individuales son difícilmente evaluables pero los biomecánicos tienen que cumplir una carga musculoesquelética específica y que asocia tres características al gesto o tarea:

- Frecuencia (Repetitividad elevada).
- Intensidad (Fuerza excesiva).
- Amplitud (postura forzada).

Dichos factores biomecánicos pueden tener un factor de corrección en función de la velocidad de movimientos, la precisión de los gestos, la exposición a vibraciones, frío, uso de herramientas o medios personales de protección, etc..., pero en definitiva existe un cierto consenso en la UE para la prevención de los trastornos del miembro superior, de modo que:

- A nivel del hombro se considera:
 - a) una postura forzada cuando existe una situación de extensión o abducción extrema, o en rotación externa, con los brazos alejados del tronco en períodos de 2 minutos más de 2 horas.
 - b) movimientos de las manos por encima de los hombros más de 4 horas.
- A nivel del codo se considera:
 - a) postura forzada cuando existe flexión o extensión completa más de 2 horas, pronación o supinación extrema del antebrazo más de 2 horas
 - b) movimientos repetitivos del codo y muñeca más de 4 horas.
 - c) esfuerzos de músculos de brazo-antebrazo más de 4 horas con cargas = o > 4 kg..
- A nivel de la mano y la muñeca se considera:
 - a) postura forzada a mantenimiento de objetos en prehensión o pinza de dedos más de 4 horas.
 - b) movimientos repetitivos de mano y muñeca más de 4 horas.
 - c) esfuerzos de manos más de 4 horas con cargas = o > de 4 kg.

Hombro: patología tendinosa crónica del manguito de los rotadores (2D0101).

Anatomía del manguito de los rotadores

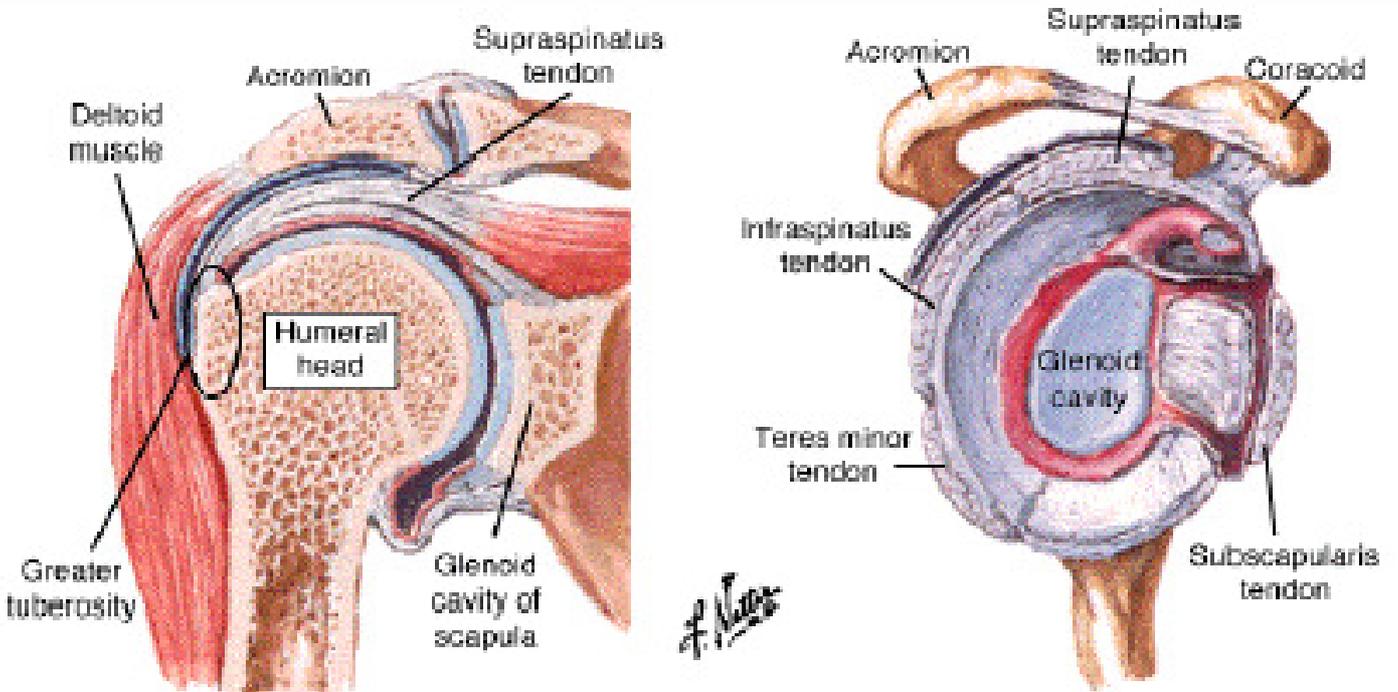


Figure 1. a) Anterior view of shoulder b) Lateral view of rotator cuff.

Anatomía del manguito de rotadores

Manguito de los rotadores. Anatomía:

El manguito es una estructura músculo-tendinosa compuesta por cuatro tendones: Supraespinoso, infraespinoso, subescapular y redondo menor, que tienen como función principal permitir la rotación de una articulación tan inestable y por tanto tan móvil como es la del hombro.

Para llegar desde su origen en el omóplato hasta la cabeza humeral tienen que pasar un estrecho túnel formado por el acromión y el lig. Acromioclavicular, por lo que al realizar movimientos de anteversión y abducción forzados, dicho canal queda aún más estrechado, y si a esto se le une las variaciones anatómicas del acromión (Curvo o ganchoso), pues se irá produciendo un deterioro tendinoso progresivo, iniciado en el tendón supraespinoso y posteriormente en los otros tres.



Manguito de los rotadores. Clínica:

Comienza con dolor lento y progresivo en hombro y brazo, no siempre relacionado con un traumatismo puntual, que se acentúa con las actividades que se practican con los brazos elevados y que suelen provocar dolor nocturno.

En las primeras fases la inflamación del tendón presenta edema y hemorragia, posteriormente fibrosis de la bursa subacromial, pudiendo terminar en degeneración y rotura del tendón.

Manguito de los rotadores. Exploración:

Entra las maniobras de movilidad activa contra resistencia que evidencian una tendinitis del manguito de los rotadores se encuentran:

- Prueba de Patte (Infraespinoso): Partiendo de una abducción de 90º y una antepulsión de 30º se pide al paciente que realice una rotación externa contra resistencia.
- Prueba de Jobe (Supraespinoso): Con el hombro en antepulsión a 30º el codo extendido y totalmente pronado, se realiza una abducción del hombro contra resistencia.
- Maniobra de impigement (Supraespinoso): Con la mano sobre el hombro sano contralateral, el paciente realiza una elevación del codo contra resistencia.
- Prueba de Gerber (Subescapular): El paciente coloca su mano en la espalda con el codo a 90º, el paciente separa la mano de la espalda contra resistencia.

Manguito de los rotadores. Pruebas de imagen:

- Rx Ap, lat y axial: Su utilidad es medir el espesor del espacio subacromial (lo normal es de 7 a 14 mm), descartar calcificaciones, grandes roturas (ascenso de la cabeza), esclerosis del troquíter, osteofitos acromiales, artrosis de la acromioclavicular y osteofitos correspondientes, fracturas del troquíter, artrosis de la gleno-humeral, etc.



- Ecografía: Util en manos expertas. Es una prueba dinámica y puede verse la movilidad del tendón durante la abducción y las rotaciones.
- RNM: Es la técnica de imagen más importante en el estudio de la patología del manguito, ya que permite identificar situaciones de tendinosis o tendinitis, roturas, bursitis, etc....



Manguito de los rotadores. Clasificación clínica:

- Estadío I: Hay edema y hemorragia, suelen ser pacientes jóvenes, el tratamiento es conservador y la situación es de reversibilidad.
- Estadío II: Suele haber tendinosis y procesos fibróticos, a veces roturas parciales tendinosas. El paciente es de edad mediana (40 años) y normalmente hay reiteración de los procesos. Puede necesitar tratamiento quirúrgico.
- Estadío III: Hay roturas parciales y totales del tendón con procesos degenerativos evidentes (Osteofitosis). Situaciones de impotencia funcional. Tratamiento quirúrgica con reparación del manguito, bursectomía y acromioplastia.

Manguito de los rotadores: Tratamiento:

- Reposo relativo
- AINES
- Infiltraciones de corticoides en espacio subacromial
- Rehabilitación
- Modificación de actividades (Ergonomía)
- Tratamiento quirúrgico: cuando falla el conservador o en pacientes jóvenes con roturas tendinosas agudas
 - a) Artroscopia
 - b) Cirugía convencional a cielo abierto

Codo: Patología tendinosa del codo (2D0201)

Anatomía del codo



Codo. Anatomía del codo:

El codo está formado por 3 articulaciones:

- Tróclea húmero-cubital
- Cóndilo húmero-radial
- Articulación radio-cubital

Las cuáles están protegidas por sus respectivas estructuras ligamentosas:

- Lig. Anular
- Ligamentos colaterales externo e interno.

Y a su vez están recubiertos tanto por la musculatura:

- Intrínseca: cuya función principal es el movimiento del codo
- Extrínseca: cuya función principal es la movilidad de mano y dedos

Codo. Patología por sobrecarga del codo:

La patología que se presenta en el codo a consecuencia de supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos de flexoextensión forzada de la muñeca, se localiza en:

- Inserción musculotendinosa a nivel de epicóndilo (Músculos epicondíleos, extensores del carpo), cara lateral del codo (**Epicondilitis**).
- Inserción musculotendinosa a nivel de epitroclea (Músculos flexores del carpo), cara medial del codo (**Epitrocleítis**).

Codo. Definición y clínica de la epicondilitis:

Es la enfermedad del codo más frecuente y está provocada por una tendinopatía crónica del extensor radial corto del carpo o 2º radial externo que provoca dolor en la zona del epicóndilo lateral exacerbado por los movimientos de los músculos extensores del antebrazo, de comienzo gradual e insidioso, de características mecánicas pero a medida que avanza se convierte en dolor en reposo, con debilidad y sensación de pérdida funcional en la mano y dificultad para coger objetos.

Codo. Diagnóstico de la epicondilitis:

- Eminentemente la anamnesis y la exploración física mediante test específicos:
Prueba de la silla, Prueba de Thompson, Test de Mills y Test de Cozen
- Posteriormente: Rx simple de codo, Ecografía, RNM (prueba principal).

Codo. Exploración física de la epicondilitis:

- Presenta dolor a la palpación local, también puede presentar dolor en la extensión resistida de muñeca y en la pronación resistida del codo.
- En situaciones avanzadas hay pérdida de fuerza.
- Test específicos.

Codo. Tratamiento de la epicondilitis:

- Medidas físicas:
 - . Reposo relativo o absoluto.
 - . Mejoría ergonómica del puesto de trabajo y reeducación del movimiento.
 - . Descarga presión mediante cincha de codo.
- Tratamiento médico:
 - . AINES vo y tópicos. Analgésicos.
 - . Infiltraciones.
- Tratamiento fisioterapéutico
- Tratamiento quirúrgico: En última instancia, en caso del fracaso de las medidas conservadoras y tras procesos cronicados e incapacitantes.

Codo. Definición y clínica de la epitrocleítis:

Es una tendinopatía de la inserción del músculo flexor común del antebrazo a nivel de la epitroclea en el codo. Aparece dolor a la palpación en dicha epitroclea, también a la flexión resistida de la muñeca con el codo en extensión, e igualmente la pronación del antebrazo y la flexión de los dedos pueden ser también dolorosas. Suele estar provocada por microtraumatismos repetidos o sobreesfuerzos.

Codo. Diagnóstico de la epitrocleítis:

- Fundamentalmente anamnesis y exploración clínica.
- RX de codo, Ecografía, RNM (Prueba principal).

Codo. Tratamiento de la epitrocleítis:

- Medidas físicas: Reposo, adaptación ergonómica y reeducación de movimientos.
- Tratamiento médico: AINES vo y tópicos. Infiltraciones
- Tratamiento fisioterapéutico.
- Tratamiento quirúrgico.

OBJETIVOS.

- Definir concepto de EEPP.
- Definir concepto de tendinitis.
- Análisis de los tipos de tendinitis incluidas en el listado de EEPP.
- Valorar los factores biomecánicos presentes en las distintas localizaciones de las tendinopatías profesionales incluidas en el citado listado.
- Análisis de los procesos declarados como tendinopatías de origen laboral (EEPP) en los territorios de Extremadura y Andalucía, en la mutua Asepeyo, durante los años 2007 y 2008.
- Análisis comparativo de los procesos declarados como tendinopatías de origen laboral (EEPP) en los territorios de Andalucía y Extremadura, en la Mutua Asepeyo, durante los años 2007 y 2008 con respecto a las comunidades de Cataluña, Madrid, Navarra, Valencia, Galicia y Canarias.

FUENTES UTILIZADAS Y MATERIALES.

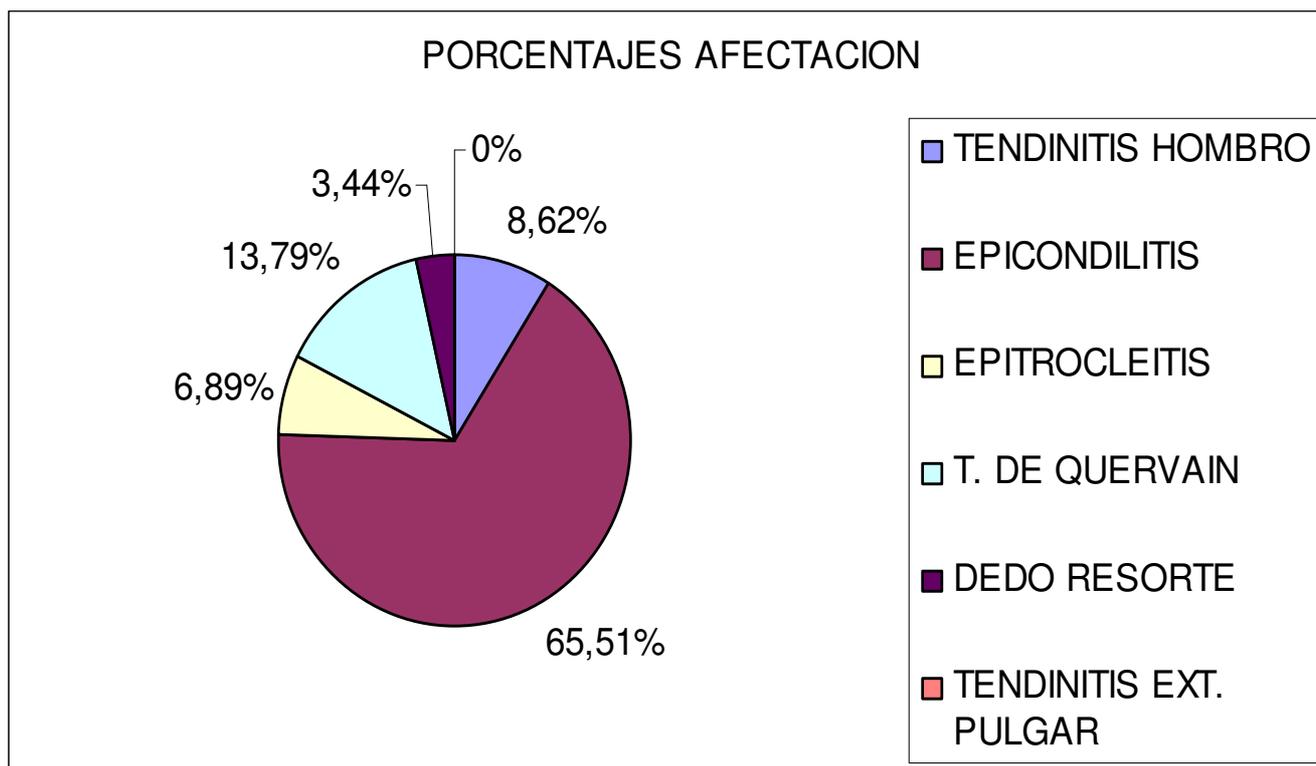
- Guías clínicas de Asepeyo
- Estudio pormenorizado de los 287 casos declarados como EEPP en Andalucía y Extremadura en la mutua Asepeyo, de los cuáles 116 fueron diagnosticados como tendinitis incluidas en el listado de EEPP. (Datos de CHAMAN).
- Registro en Asepeyo (Chamán) de EEPP en las comunidades de Cataluña, Madrid, Valencia, Navarra, Galicia y Canarias.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el período 1 de enero de 2007 a 31 de diciembre de 2008 se han declarado en los territorios de Andalucía y Extremadura: **287 casos por EEPP**, de las cuáles **116 casos (40.41%)** son por alteraciones tendinopáticas en algunas de sus variantes, un porcentaje elevado dentro de los TME (trastornos musculoesqueléticos) de origen profesional.

La distribución ha sido la siguiente:

- Hombro. Patología tendinosa crónica del manguito de los rotadores (2D0101): **10 casos (8.62%)**
- Codo y antebrazo. Epicondilitis y epitrocleititis (2D0201):
 - Epicondilitis: **76 casos (65.51%)**
 - Epitrocleititis: **8 casos (6.89%)**
- Muñeca y mano: Tendinitis de D'Quervain, Dedo en resorte, Tendinitis del extensor largo del pulgar (2D0301):
 - T. D'Quervain: **16 casos (13.79%)**
 - Dedo en resorte: **4 casos (3.44%)**
 - Tendinitis del extensor largo del pulgar: **0 casos**



De los 116 casos declarados como tendinopatías veamos su distribución según algunos parámetros: Edad y sexo, profesión, días baja, estudios realizados, tratamiento realizado y situación final.

Tendinitis manguito rotadores

- Según edad y sexo

Tendinitis hombro	Mujeres	hombres	Mayores 40 años	Menores 40 años
	2	8	6	4

- Según profesión:
Amplia distribución (mecánicos, albañiles, carpintero, limpieza, etc..)
- Según días de baja:
Excepto dos procesos que no causaron baja es la patología que más días de baja conlleva con una media de **163 días**.
- Según pruebas diagnósticas: Además de la historia laboral y exploración clínica detallada se realizaron las siguientes,

Tend. Hombro	Rx	Rx + Eco	Rx + RNM	Rx+Eco+RNM
	4	1	4	1

- Según tratamiento y destino final
Excepto 2 casos que acabaron con secuelas permanentes el resto causaron alta por curación de forma mayoritaria con medidas conservadoras.

Tend. Hombro	Inter.. Quirurg	RHB	In. Permanente
	3	5	2

Epicondilitis

- Según edad y sexo

Epicondilitis	Mujeres	Hombres	Mayores 40 años	Menores 40 años
	19	57	42	30

- Según profesión:
Muy amplia distribución

Epicond	Construcc	Mecánicos	Metalurg	Carpinteros	Fontaneros	Limpiadora
	19	9	7	6	3	11

- Según días de baja:

Muchos casos sin baja (31), con un promedio con baja de **63 días**.

- Según pruebas diagnósticas: Además de la historia laboral y exploración clínica detallada se realizaron las siguientes,

Epicondilitis	Rx	Rx + Eco	Rx + RNM	Rx+Eco+RNM
	30	7	7	11

- Según tratamiento y destino final: Excepto 1 caso que acabó con secuelas definitivas el resto se solucionaron con medidas conservadoras de forma mayoritaria, precisando sólo 10 pacientes intervención quirúrgica.

Epicondilitis	Inter. Quirurg	RHB	Inc. Permanente
	10	38	1

Epitrocleitís

- Según edad y sexo

Epitrocleitís	Mujeres	Hombres	Mayores 40 años	Menores 40 años
	0	8	2	6

- Según profesión:

Amplia distribución (metalúrgicos, mantenimiento, albañiles, limpieza, ...)

- Según días de baja:

Excepto 1 proceso sin baja, el resto promedió **49 días** de baja médica.

- Según pruebas diagnósticas: Además de la historia laboral y exploración clínica detallada se realizaron las siguientes,

Epitrocleitís	Rx	Rx + Eco	Rx + RNM	Rx+Eco+RNM
	2	1	2	2

- Según tratamiento y destino final: Todos los casos acabaron sin secuelas y con alta con curación, precisando en dos casos intervención quirúrgica.

Epitrocleitís	Inter. Quirurg	RHB	Inc. Permanente
	2	4	0

Tendinitis de D' Quervain

- Según edad y sexo

T. Quervain	Mujeres	Hombres	Mayores de 40 años	Menores de 40 años
	8	8	2	14

- Según profesión:
Amplia distribución (metalúrgicos, carniceros, albañiles, mecánicos, peluqueras ...).
- Según días de baja:
Todos los casos causaron baja con una media de **32.5 días**.
- Según pruebas diagnósticas: Además de la historia laboral y exploración clínica detallada se realizaron las siguientes,

T. Quervain	Rx	Rx + Eco	Rx + RNM	Rx+Eco+RNM
	5	1	4	2

- Según tratamiento y destino final:

T. Quervain	Inter. Quirurg	RHB	Inc. Permanente
	3	10	0

Dedo en resorte

- Según edad y sexo

Dedo resorte	Mujeres	Hombres	Mayores 40 años	Menores 40 años
	3	1	2	2

- Según profesión:
Costureras, mecánico, administrativa.
- Según días de baja:
Excepto un caso sin baja los otros 3 tuvieron una media de **45 días** de baja.
- Según pruebas diagnósticas: Además de la historia laboral y exploración

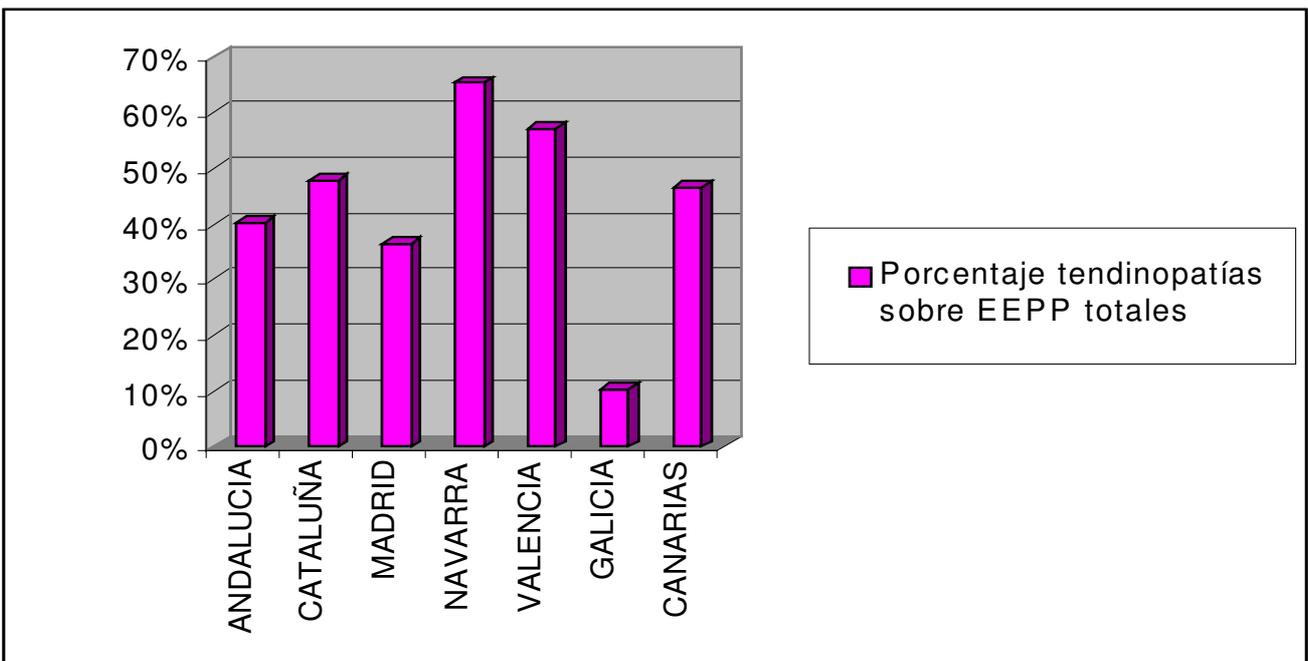
Dedo resorte	Rx	Rx + Eco	Rx + RNM	Rx+Eco+RNM
	2	0	2	0

- Según tratamiento y destino final:

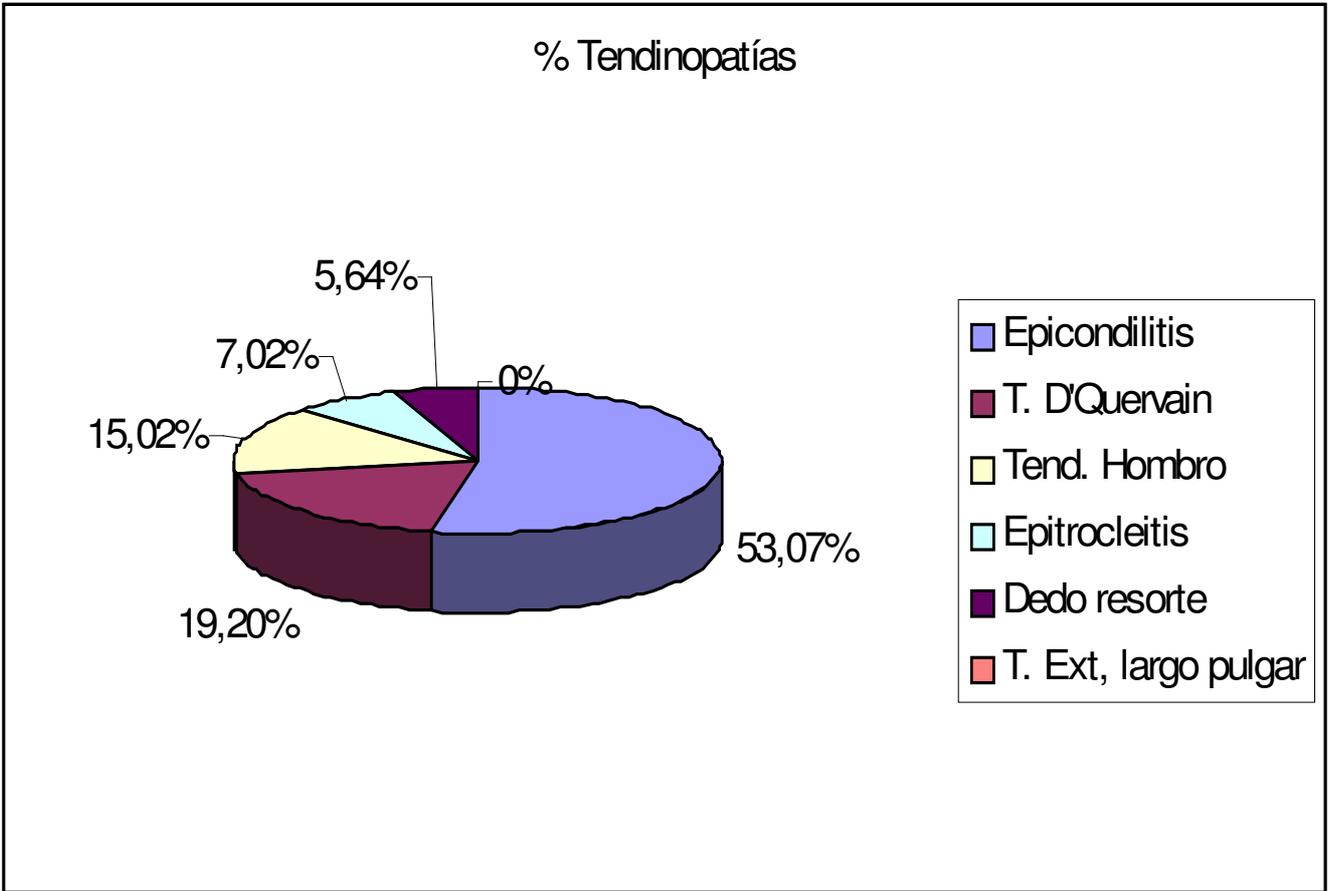
Dedo en resorte	Inter. Quirurg	RHB	Inc. Permanente
	2	3	0

Comparativa con otras comunidades (Cataluña, Madrid, Valencia, Navarra, Galicia y Canarias) en el mismo período (1 de enero de 2007 a 31 de diciembre de 2008), sin entrar a valorar la cifras totales de EEPP que se declaran en las distintas regiones que sería motivo de otro estudio.

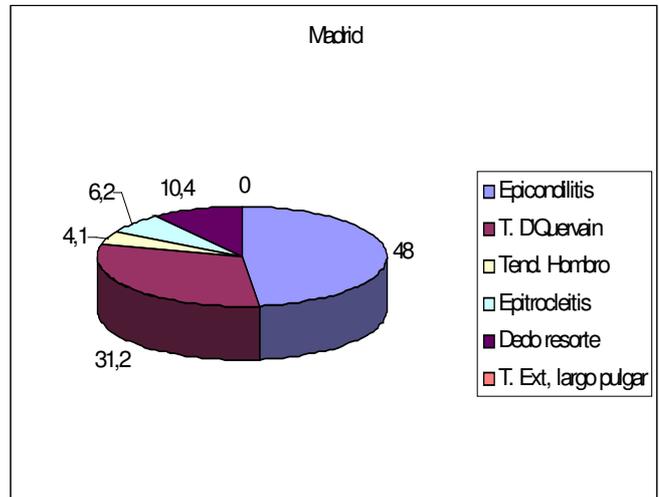
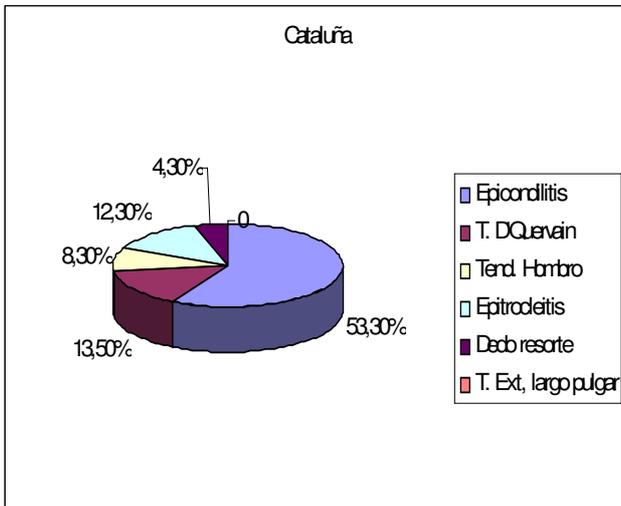
- En la comunidad de Cataluña se declara una media del **47,8%** como tendinitis dentro del 100% de las EEPP y dentro de ellas las epicondilitis con un 53.3 % y las tendinitis de D'Quervain con un 13.5% son patologías más prevalentes.
- En la comunidad de Madrid se declara una media del **36.6 %** como tendinopatías como EEPP, siendo las epicondilitis con un 48% y las tendinitis de D'Quervain con un 31.2% las más prevalentes.
- En la comunidad Navarra con un porcentaje de declaración de EEPP por encima del resto del país se declaran 319 casos como tendinopatías incluidas en el listado de EEPP, un **65.4%**, de las cuáles un 38% corresponden a epicondilitis, un 26.3% corresponden a tendinitis de D'Quervain y un 20% a tendinitis del manguito de los rotadores.
- En la comunidad de Valencia se declara una media de un **57%** como tendinopatías (EEPP), de las cuáles un 30.3% corresponden a epicondilitis y un 36% corresponden a tendinitis del manguito de los rotadores.
- En la comunidad de Galicia declara una media del **10.30%** como tendinopatías profesionales (EEPP), de la cuales en un 81.8% son epicondilitis.
- En la comunidad de Canarias se declara una media del **46.6%** como tendinopatías profesionales (EEPP), de las cuáles un 47.6% corresponden a epicondilitis y un 23.8% corresponden a tendinitis de D'Quervain.



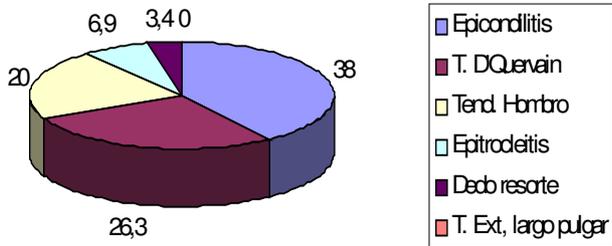
El porcentaje medio según patología a nivel de las comunidades estudiadas es el siguiente:



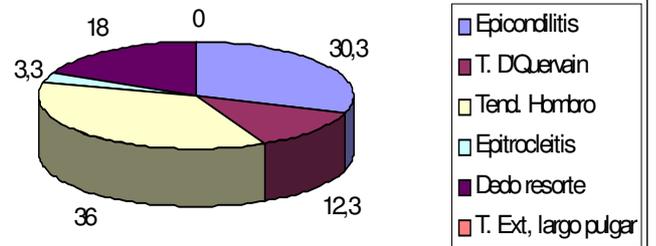
% de declaración según comunidades estudiadas



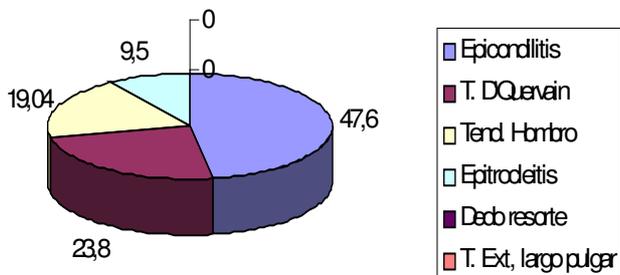
Navarra



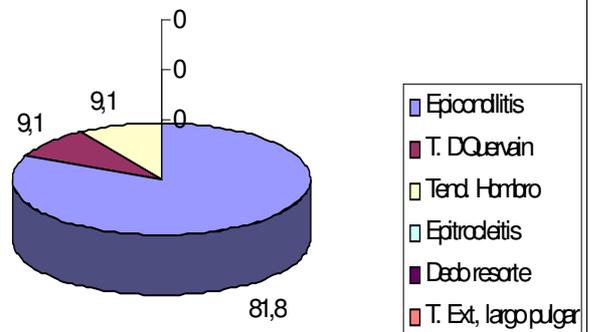
Valencia



Canarias



Galicia



CONCLUSIONES

- El nivel de declaraciones de EEPP en Andalucía y Extremadura en los años 2007 y 2008, en la mutua Asepeyo, dentro del epígrafe: *Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos (Enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas)*, se corresponde con las cifras porcentuales de otras comunidades y en los mismos períodos.
- A pesar del nuevo listado incluido en el RD 1299/2006 de 10 de Noviembre y de recaer la responsabilidad de la declaración en las entidades colaboradoras y entidad gestora, sigue existiendo una infradeclaración generalizada pero con diferencias sustanciales entre comunidades.
- Dentro de las tendinopatías declaradas como EEPP en Andalucía-Extremadura en los años 2007-2008, son especialmente prevalentes las Epicondilitis y muy en segundo lugar las tendinitis de D'Quervain. Las primeras afectan principalmente a hombres sin diferencias significativas en el rango de edad y con una amplia representación laboral aunque con mayor incidencia en la construcción y sector metalúrgico en los hombres, y en la limpieza en las mujeres. Por su parte la tendinitis de D'Quervain si afecta más a los menores de 40 años, sin diferencias en cuanto a sexo ni sectores productivos, con mayor prevalencia en metalúrgicos en hombres y en carniceras en mujeres. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos no variaron significativamente, y sólo los procesos que fueron especialmente complejos precisaron tratamiento quirúrgico, acabando sólo en tres casos en una incapacidad permanente.
- La comparativa entre las comunidades estudiadas muestran de forma general niveles porcentuales de declaración relativamente similares entre las distintas tendinopatías, exceptuando las comunidades que presentan un mayor antagonismo en el nivel de declaración como son Navarra y Galicia.
- Si existen diferencias significativas entre el porcentaje declarado de tendinopatías profesionales (EEPP) en las comunidades estudiadas, 43.4% con la media declarada en los países de la UE que situaba alrededor de un 35%.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Maneiro Higuea. Francisco. EVI. Cantabria 2001.
- 2- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social y se establece criterios para su notificación y registro.
- 3- www.istas.net/web/index.Aspx?idpagina=2391
- 4- Guías de practica clínica (Codo doloroso). Asepeyo: Rodríguez Jaubert, Conrado. Martín Rancel, Paula. Fierro Peral, Inmaculada.
- 5- www.centros.uv.es/web/departamentos/d40/data/información.
- 6- Netter: Anatomía clínica. Ed. Masson. D.R. Lambert.
- 7- www.teknon.es/consultorio/lobet/hombro.htm
- 8- www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema2/trauma4.
- 9- Guía asistencial Asepeyo. Tendinitis manguito de los rotadores: Sánchez Sánchez, Francisco. Llinares Clausi, Bernardo. Cruz Gisbert, Jose Miguel.