

DIRECTRICES PARA LA DECISIÓN CLÍNICA EN ENFERMEDADES PROFESIONALES

Transtornos musculoesqueléticos de origen profesional del Miembro Superior

Parálisis del nervio radial por compresión del mismo

DDC-TME-08



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL

insst
Instituto Nacional de
Seguridad y Salud en el Trabajo

Con la colaboración de:

ic
Instituto de Salud Carlos III



TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS DE ORIGEN PROFESIONAL DEL MIEMBRO SUPERIOR

PARÁLISIS DEL NERVIOS RADIAL POR COMPRESIÓN DEL MISMO

DEFINICIÓN

El nervio radial se origina a nivel cervical de las raíces C5-C6-C7 y T1 (fascículo posterior del plexo braquial). Desde la axila pasa a la cara posterior del brazo siguiendo el canal de torsión, para ubicarse en la cara anterior del tercio distal humeral y, a nivel de la articulación del codo (de forma variable), dividirse en sus dos ramas terminales:

- Una rama sensitiva anterior (también conocido como nervio radial superficial).
- Una rama motora profunda o nervio interóseo posterior que rodea el cuello del radio entrando en el denominado "túnel radial" cuyo límite distal ha sido clásicamente descrito como el arco fibroso del borde proximal del supinador (también referida como la arcada de Fröhse) para dividirse en sus ramas distales.

Desde el punto de vista **motor**, el nervio radial es, en general, el responsable de inervar la musculatura encargada de:

- Extensión del codo.
- Supinación del antebrazo.
- Extensión de mano y dedos, abducción del 1^{er} dedo.
- También contribuye a la flexión del codo gracias al braquiorradial.

Desde el punto de vista **sensitivo**, es el responsable de la sensibilidad de la cara posterior y lateral de brazo y antebrazo, dorso de la mano y de los tres primeros dedos, generalmente, hasta las falanges distales que se inervan por el mediano. La inervación del 3^o y 4^o dedo en su cara dorsal la comparte con el nervio cubital existiendo importante variabilidad en su distribución (figura 1).

Como regla general, el diagnóstico de sospecha de patología compresiva nerviosa exige una exhaustiva historia clínica para demostrar la presencia de lesión y determinar la causa desencadenante. En este sentido, es básica la exploración neurológica completa (no solo del nervio afectado) así como recabar información sobre la presencia de enfermedades concomitantes y sobre actividades físicas/laborales de la persona afectada.



A continuación, se exponen las diferentes formas clínicas de presentación de la compresión del nervio radial según la localización anatómica en que se produzcan.

FORMAS CLÍNICAS

1.- PARÁLISIS RADIAL POR COMPRESIÓN EN LA AXILA

- **Etiología**

La compresión “pura” del nervio radial a este nivel es infrecuente. Cuando aparece suele acompañarse de lesión de varios troncos nerviosos (cubital, mediano...).

Se han descrito parálisis radiales producidas por herramientas que comprimen la axila (fundidores, estampadores de metal...). Su presentación en el ámbito laboral, hoy día, es poco frecuente. La compresión era más común cuando se empleaban muletas axilares.

- **Clínica**

Cursa con una mano caída “péndula” y, en la forma crónica, hay atrofia de los compartimentos posteriores del brazo y antebrazo.

El déficit sensitivo corresponde a la cara posterior del brazo, antebrazo, dorso de la mano y tres o cuatro primeros dedos.

Se pierde completamente la extensión del brazo y muñeca, la supinación del antebrazo, la extensión de las cinco metacarpo-falángicas y la extensión y abducción del pulgar. Hay debilidad parcial de flexión de brazo (braquiorradial y braquial). Puede aparentar debilidad de la abducción y flexión de los dedos. Se pierden los reflejos tricipital y estilorradiar.

2.- PARÁLISIS DEL NERVIO RADIAL EN EL BRAZO

- **Etiología**

La etiología más frecuente suele ser la compresiva. Puede ocurrir en situaciones que combinan mala posición y bajo nivel de conciencia, como la cirugía, la intoxicación etílica o el “sueño abrazado de los amantes”. También puede producirse de forma diferida tras ejercicio repetitivo y excesivo o por bandas fibrosas en el tríceps. Otra causa frecuente es la fractura humeral (accidente laboral o no laboral, pero no enfermedad profesional).

- **Clínica**

Es similar a las lesiones más proximales, excepto porque se preserva la sensibilidad de la superficie posterior del brazo por la salida más proximal del nervio cutáneo posterior del brazo. También se mantiene la función del tríceps por recibir inervación antes de entrar el nervio en el canal. El reflejo tricipital está conservado. Por tanto, el déficit motor provoca:

- Debilidad del braquiorradial: se pone de manifiesto al explorar la flexión del codo con el antebrazo en pronación bloqueada.
- Dificultad para la extensión de la muñeca, estando la mano péndula. Tampoco se pueden extender los dedos salvo las falanges distales.



- Debilidad para la extensión y abducción del primer dedo, y desviaciones radial y cubital de la mano.

- **Diagnóstico**

Se basa en los hallazgos clínicos. El estudio neurofisiológico a partir de la 3ª semana de la lesión confirmará el diagnóstico clínico y los diferentes grados de afectación y nos servirá para el seguimiento del proceso. Estudios de imagen (radiografía simple y, si se precisa, resonancia magnética) cuando se sospeche una patología compresiva “interna” o por variantes anatómicas.

3.- **SÍNDROME DE COMPRESIÓN DEL NERVO RADIAL EN EL CODO: SÍNDROME DEL TÚNEL RADIAL. SÍNDROME DEL NERVO INTERÓSEO POSTERIOR**

- **Etiología**

El “Síndrome del túnel radial” se trata de la compresión **más frecuente** del nervio radial (incluido el lugar más común de neuropatía compresiva radial en el mundo laboral). El área de compresión comienza después de la salida de las ramas motoras del supinador largo o braquiorradial (2-3 cm proximal al epicóndilo) y termina cuando el nervio radial alcanza el supinador. Las causas de compresión pueden ser: bandas fibrosas delante de la articulación humero-radial, vasos recurrentes, borde fibroso del extensor radial corto del carpo (*extensor carpiradialis brevis*–ECRB), Arcada de Frohse (más frecuente), bandas fibrosas entre cabezas superficial y profunda del supinador.

Se asocia a trabajos específicos de manejo de herramientas con el codo en extensión.

Cuando la compresión afecta solo a la rama profunda del nervio radial se denomina “Síndrome del nervio interóseo posterior”.

(El término “Síndrome de la Arcada de Frohse” o “Síndrome de la celda del Supinador” engloba ambas presentaciones clínicas).

- **Clínica**

- El “**Síndrome del túnel radial**” se caracteriza por dolor en músculos epicondíleos lateral e s, en zona proximal del antebrazo (irradiado a brazo y resto de antebrazo). En ocasiones se le ha denominado “codo de tenista resistente” pues, a diferencia del “codo de tenista” (epicondilitis), hay dolor sin debilidad muscular significativa.
- En el caso del “**Síndrome del nervio interóseo posterior**” no existen alteraciones sensitivas pues se afecta la rama profunda, motora (nervio interóseo posterior), dando lugar a parálisis o debilidad muscular no dolorosa: se produce debilidad en los extensores de los dedos, con imposibilidad para extensión de metacarpo-falángica, siendo posible la extensión de los dedos por la musculatura intrínseca de la mano. La extensión de la muñeca puede realizarse si persiste la función del extensor radial largo del carpo (*extensor carpiradialis longus*–ECRL) pues este músculo recibe su inervación antes de que el nervio pase por la arcada de Frohse. Además, hay debilidad para la extensión y abducción del primer dedo.
- En la lesión de la rama **superficial del nervio radial** (sensitiva) se pueden encontrar parestesias en la zona de inervación. Los síntomas son puramente sensitivos en el territorio cutáneo



del nervio radial. Se produce por compresiones prolongadas o repetidas de la zona radial del antebrazo o la muñeca (*parálisis de los esposados*).

- **Diagnóstico**

Se basa en los hallazgos clínicos, pudiendo reproducir los síntomas al realizar las siguientes maniobras:

- Flexionar el codo con antebrazo en supinación y muñeca en neutro.
- Pronar pasivamente el antebrazo con el codo en flexión de 450-900 y muñeca en flexión.
- Supinar contra resistencia con el antebrazo en pronación.

El estudio neurofisiológico es generalmente normal, solo es útil cuando se realiza supinación contra resistencia (dinámico). Estudios de imagen (radiografía simple y, si se precisa, resonancia magnética) para valorar causas compresivas óseas o musculotendinosas.

- **Diagnóstico Diferencial**

- **Epicondilitis:** Principal diagnóstico diferencial, a veces ocurren de manera simultánea. El punto de mayor dolor está más cerca del epicóndilo (justo la inserción del ECRB) en la epicondilitis lateral y más distal a la presión de los vientres musculares en el síndrome del interóseo posterior.
- **Roturas tendinosas por artritis reumatoide:** Imposibilidad de función del o los tendones afectados. Inflamación, dolor y ausencia de tendón en la zona de rotura (mano muñeca dorsal). Una ecografía o resonancia magnética confirmaría el diagnóstico.
- **Síndrome de Parsonage-Turner:** Plexitis braquial de causa desconocida, con afectación de territorios desde el hombro asociado ocasionalmente a trastornos inmunes. Las alteraciones neurológicas no se ciñen solo al territorio radial.

4.- "SÍNDROME DE WARTENBERG": COMPRESIÓN DEL NERVO RADIAL EN LA MUÑECA

- **Etiología**

Conocida como "Queiralgia parestésica", es la compresión de la rama sensitiva del nervio radial en el antebrazo a su salida por la cara inferior del músculo braquiorradial cuando pasa al plano subcutáneo.

Se debe, sobre todo, al uso de brazaletes, relojes ajustados o por tracción, aunque se ha relacionado con hemorragia, tumores del nervio radial y trombosis de vasos radiales.

- **Clínica**

Dolor de características neuropáticas en superficie distal radial del antebrazo. En ocasiones, parestesias en el borde dorso-radial de la mano y en la porción radial dorsal de 1º y 2º dedos (ocasionalmente 3º y mitad de 4º).



Vídeo 1: Signo de Tinel
<https://www.youtube.com/watch?v=fqrUTC0ZUJc>

En la exploración existe **Tinel + (vídeo 1)** en recorrido de la rama sensitiva y, con frecuencia, en la estiloides radial. El **signo de Finkelstein**, característico de la tendinitis de De Quervain, puede parecer positivo en algunos casos (desviación cubital de la muñeca manteniendo primer dedo en flexión completa) por producirse, además del estiramiento de los tendones de la primera corredera, el estiramiento de la rama nerviosa. Los síntomas pueden reproducirse extendiendo el codo, con el antebrazo en pronación contra resistencia y desviación cubital de la muñeca.



Vídeo 2: Test de Finkelstein
<https://www.youtube.com/watch?v=CQIW1Pt3XVM>

- **Diagnóstico**

El empleo del estudio neurofisiológico no es útil para el diagnóstico que es fundamentalmente clínico. Pueden realizarse bloqueos anestésicos que producen mejoría del cuadro. Se requerirán pruebas de imagen (radiología simple, ecografía, RM si se sospecha compresión por causas extrínsecas).

- **Diagnóstico Diferencial**

- Tendinitis de De Quervain:** Es el principal diagnóstico diferencial. El dolor se produce en la misma zona, pero las características son distintas: dolor mecánico con el estiramiento de los tendones de primera corredera (Finkelstein) ceñido a la corredera, frente a un dolor de características neuropáticas de la zona inervada (más amplia). Una ecografía puede generalmente confirmar la tenosinovitis si la exploración no es suficiente.
- Rizartrosis:** Dolor de tipo mecánico localizado en la articulación trapeziometacarpiana. Suele haber inflamación y posible deformidad y hallazgos compatibles en radiología simple.

5.- LESIÓN DE LA RAMA DIGITAL DEL NERVIIO RADIAL

- **Etiología**

Se producen por traumatismos repetitivos como en determinadas actividades laborales, siendo más frecuente la cara dorso-radial del pulgar (como, por ejemplo, por el uso de tijeras o el uso de instrumentos musicales).

- **Clínica**

Clínicamente se manifiesta por dolor y parestesias en el territorio correspondiente. El más frecuente, como se ha reseñado con anterioridad, es en la cara radial de falange proximal del 1^{er} dedo.

- **Diagnóstico Diferencial**

Se ha de realizar con patología articular local mediante exploración, anamnesis y radiografía simple si procede.



VULNERABILIDAD

Son factores predisponentes para sufrir lesiones por compresión del nervio radial: antecedentes de fracturas, luxaciones, gangliones, lesiones ocupantes de espacio (tumores). También existe mayor vulnerabilidad en personas diabéticas. En función del nivel de afectación:

- Compresión del nervio radial en la axila: uso de muletas de apoyo axilar; uso de herramientas que comprimen la axila (fundidores y estampadores de metal).
- Compresión del nervio radial en el brazo: compresión extrínseca (uso de brazaletes ajustados), lesiones del codo, síndrome de Volkman, neoplasias, hipertrofia de bolsas sinoviales, aneurismas, fracturas de tercio medio del húmero, apoyo mantenido durante el sueño que comprime el canal tricipital.
- Compresión del nervio radial a nivel del codo: traumatismos, movimientos repetitivos de pronosupinación de antebrazo y muñeca (tenis, conductores, violinistas).
- Compresión del nervio radial a nivel de la muñeca: traumatismos de muñeca previos (fractura de Colles), uso de pulseras, relojes, muñequeras o guantes ajustados, movimientos repetitivos con el uso de herramientas como destornilladores, martillos,...
- Compresión del nervio radial a nivel de los dedos: apoyos repetidos sobre superficies duras o aristas (presión de las tijeras en uso continuado, conducción de vehículos).

Hay riesgo de sufrir lesiones por compresión del nervio radial en personas con ocupaciones que requieren tareas manuales repetitivas: violinistas, directores de orquesta, trabajos manuales en lo que se realizan movimientos repetidos de atornillar y desatornillar, tenistas... El síndrome de la arcada de Frohse se ha descrito también en camareros, fabricantes de corsés, lecheros e incluso en nadadores y en trabajos con exposición repetida a frío intenso.

ACTIVIDADES DE RIESGO MÁS FRECUENTES IDENTIFICADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Las neuropatías por compresión o por atrapamiento, que se pueden unificar bajo el término de "neuropatías por presión", se encuadran dentro del conjunto heterogéneo de riesgos laborales que se engloban en términos genéricos como "sobresfuerzo laboral", "trauma acumulativo" o "lesiones por esfuerzos repetidos" (*repetitive strain injuries*). Por tanto, las lesiones nerviosas por presión generalmente comparten riesgos con lesiones musculares, articulares, tendinosas y vasculares en las mismas regiones anatómicas.

CONDICIONES DE RIESGO:

La condición de riesgo viene determinada por los siguientes factores: repetitividad, postura, fuerza, recuperación (descansos), duración, presión mecánica y características de las herramientas.

- Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión.



- Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión del codo, de la muñeca y de pronosupinación del antebrazo.
- Trabajos que requieran contracción repetida del músculo supinador largo.

ACTIVIDADES DE RIESGO:

Dado el carácter abierto, en lo que a la actividad se refiere, del Real Decreto 1299/2006, estarían incluidas todas aquellas actividades profesionales en las que quedara acreditada la exposición suficiente al riesgo y no se documentara ningún factor extralaboral que hubiera actuado con entidad suficiente para constituir la causa principal.

En cuanto a los límites de exposición, no están específicamente definidos para la afectación de nervio radial. De forma genérica se define para las neuropatías por compresión un tiempo mínimo de exposición de varios meses.

AGENTES Y ACTIVIDADES DE RIESGO LISTADAS EN EL RD 1299/2006

El RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de Seguridad Social, recoge en el grupo 2 del anexo I. las enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

La parálisis del nervio Radial por compresión del mismo se recoge con el código 2F0601.

AGENTES, SUBAGENTES Y ACTIVIDADES PROFESIONALES CON RIESGOS PARA LA PARÁLISIS DEL NERVIOS RADIAL POR COMPRESIÓN DEL MISMO INCLUIDAS EN EL ANEXO I, GRUPO 2, DEL RD 1299/2006 DE 10 DE NOVIEMBRE

AGENTE	Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; : parálisis de los nervios debido a la presión.
SUBAGENTE	Parálisis del nervio radial por compresión del mismo.
ACTIVIDADES DE RIESGO	Todas aquellas actividades en las que se produzca exposición suficiente y acreditada a posturas forzadas y movimientos repetitivos, y especialmente: 2F0601: “Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que entrañen contracción repetida del músculo supinador largo, como conductores de automóviles, presión crónica por uso de tijera”.



REPERCUSIÓN

INCAPACIDAD LABORAL

INCAPACIDAD TEMPORAL:

Indicada hasta la remisión del dolor, recuperación funcional y exploración negativa.

En los casos en que se decide tratamiento quirúrgico, el grado de afectación del nervio suele ser moderado o grave precisando un tiempo de recuperación mayor hasta la reincorporación laboral.

Se define como **Tiempo Estándar (TE) de Incapacidad Temporal** el "*tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria de la persona afectada*".

Se define como **Tiempo Óptimo de Incapacidad Temporal** "*el tiempo estándar de IT ajustado por edad y ocupación*".

Se recogen a continuación los días estimados (*Tiempo Estándar*) de Incapacidad temporal por proceso de acuerdo con el Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal del Instituto Nacional de la Seguridad Social:

Lesión de nervio radial, extremidad superior no especificada (CIE-10 G56.3): 90 días.

- **Compresión a nivel del brazo:**

- Entre 180 y 270 días en casos moderados
- 365 días en casos graves.

En caso de duda sobre persistencia prolongada de sintomatología a pesar de tratamientos, la ausencia de alteración en el EMNG o la mejora significativa entre el previo y el posterior a una intervención terapéutica junto a la recuperación del trofismo muscular es criterio de alta laboral.

- **Síndrome del nervio interóseo posterior:**

- Sin parálisis muscular distal: en estos casos la liberación quirúrgica suele producir alivio sintomático del dolor a corto plazo, la prolongación del tiempo de incapacidad temporal se deriva del retraso diagnóstico ya que muchos de estos pacientes son tratados durante un tiempo como si se tratara de una epicondilitis.
- Con parálisis muscular distal: la reinervación puede requerir hasta seis meses (180 días).

INCAPACIDAD PERMANENTE:

Valorar la Incapacidad permanente en casos de afectación severa que tras la intervención quirúrgica no mejoran, presentan complicaciones del tratamiento quirúrgico o síndrome de dolor loco-regional complejo cronificado (algoneurodistrofia).



Afectación del nervio radial en brazo: Confirmación de ausencia de recuperación en parámetros de conducción nerviosa.

Por tratarse de contingencia profesional la afectación principalmente es de la extremidad rectora (síndrome del nervio interóseo posterior) y, por lo tanto, en los casos severos con parálisis muscular

limitaría para actividades que requieran funcionalidad intacta de la mano dominante. Hay que tener en cuenta que, salvo casos de afectación global de la mano por algoneurodistrofia, la lesión del nervio interóseo posterior afecta a la función extensora de los dedos sin afectación sensitiva y, por lo tanto, susceptible de compensación funcional.

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Calificación de la parálisis del nervio radial por compresión como enfermedad profesional:

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

Parálisis del nervio radial por compresión del mismo.

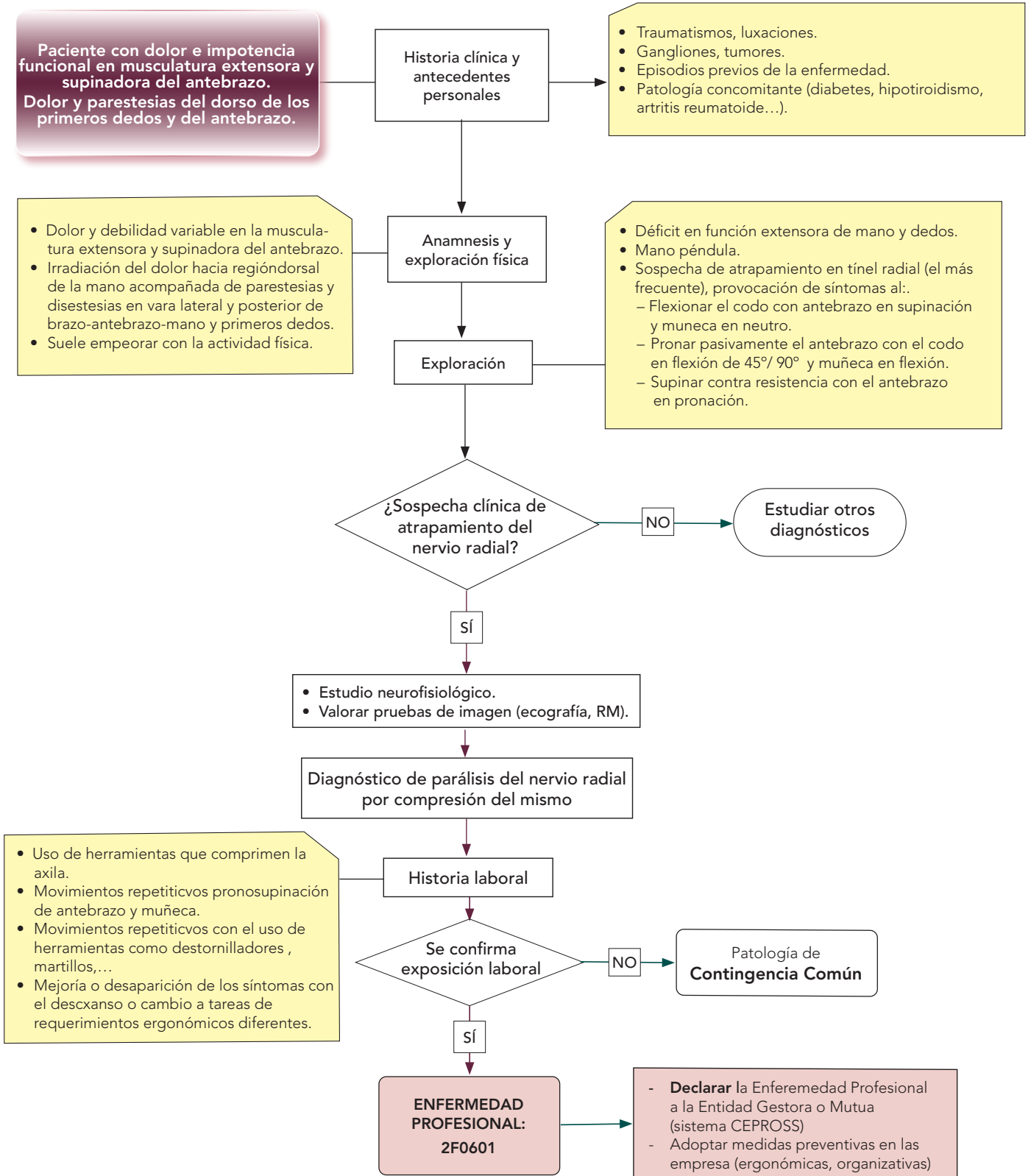
2F0601 “Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que entrañen contracción repetida del músculo supinador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

Y además:

- Confirmación de la enfermedad mediante exploración clínica y estudio electroneurográfico.
- Exposición mínima de varios meses, periodo de latencia de un mes¹.
- Correspondencia del cuadro clínico con la exposición, analizada mediante métodos de evaluación ergonómica, biomecánica, en los que se refiere a la realización de movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión de mano-muñeca, postura de trabajo y manejo de herramientas.
- Mejoría o desaparición de los síntomas con el descanso o cambio a tareas de requerimientos ergonómicos diferentes. Reparación o agravamiento tras reemprender el trabajo.
- Ausencia de patología en la zona de causa no laboral.

¹ Avisos informativos sobre enfermedades profesionales: una guía para el diagnóstico, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2009.

ALGORITMO DE DECISIÓN





BIBLIOGRAFÍA

- 1. Hemmi S, Kurokawa K, Nagai T, Okamoto T, Asano A, Murakami T, Mihara M, Sunada Y. Anatomical variations of the superficial branch of the radial nerve and the dorsal branch of the ulnar nerve: A detailed electrophysiological study. *Muscle Nerve*. 2021 Mar 8. doi: 10.1002/mus.27221. Epub ahead of print. PMID: 33683748.
- Morrey B.F., Sánchez-Sotelo J. (2011) *The Elbow and its disorders*. Fourth edition, Saunders. Chapter 80.
- Lotem M, Fried A. Radial palsy following muscular effort. A nerve compression syndrome possibly related to a fibrous arch of the lateral head of the triceps. *J Bone Joint Surg (Br)* 1971; 53-B; 500-6.
- Neuropatía compresiva del nervio interóseo posterior a nivel del codo (síndrome de la arcada de Frohse) ¿debe incluirse en el listado de enfermedades profesionales? *Med Segur Trab (Internet)* 2010; XX (220): 248-256. ISSN 1989-7790.
- SECOT. *Manual de cirugía ortopédica y traumatología/Manual of Orthopedic and Traumatology Surgery*. Ed. Médica Panamericana, 2010.
- Regal-Ramos RJ. Neuropatía compresiva del nervio interóseo posterior a nivel del codo (síndrome de la arcada de Frohse): ¿debe incluirse en el listado de enfermedades profesionales? *Med. segur. trab.* [online]. 2010, vol.56, n.220, pp.248-256.
- Serrano, PJ, Delgado. "Neuropatías compresivas del nervio radial II: Parálisis del interóseo posterior Síndrome del túnel radial." *Patología de Neuropatías Compresivas y de Atrapamiento*. Recuperado RetrievdonMarch 16 (2018).
- Bertone VH et al. "Consideraciones anatómo-clínicas sobre el nervio radial en el codo." *International Journal of Morphology* 26.2 (2008): 437-444.
- Dumbraveanu A et al. "Parálisis del sábado noche." *Revista Clínica de Medicina de Familia* 6.2 (2013): 105-108.
- Zermeño RJJ, Clifton CJF, Navarro BE, et al. Neuropatía compresiva del nervio radial. *Ortho-tips*. 2014;10(1):19-25.
- Wartenberg R. "Cheiralgiaparaesthetica. (Neuritis aislada del ramusnerviradialis superficial.)". *Revista para toda la neurología y psiquiatría* 141.1 (1932): 145-155.
- Vij, Neeraj, et al. "Etiology Diagnosis and Management of Radial Nerve Entrapment." *Anesthesiology and Pain Medicine* 11.1 (2021).
- Mancheno G, Martínez M, Tejera B, Olivé A. Síndrome de Wartenberg. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. SeminFundEspReumatol*. 2011;12(4):128-130. Elsevier España 2011.
- Paulsen, Friedrich, and Jens Waschke. *Sobotta Atlas of Human Anatomy, Vol. 3, English: Head, Neck and Neuroanatomy*. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH, 2013. Guillén C, Ortega M.



(2008) ¿Es enfermedad profesional? Criterios para su clasificación. Pych& Asociados, S.L.Cap. 6: 437.

- Protocolos de vigilancia sanitaria específica: Neuropatías por presión. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, y Consumo. ISBN: 84-7670-550-6. NIPO: 351-00-020-X.
- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE-A-2015-11724.
- Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE-A-2006-22169.
- INSS. Guía de Ayuda para la Valoración de las Enfermedades Profesionales (cuarta edición). Instituto Nacional de la Seguridad Social, NIPO: 122-21-003-5.
- INSS. Manual de Tiempos óptimos de Incapacidad Temporal. Instituto Nacional de la Seguridad Social. 4ª edición. Madrid. 2018. NIPO: 271-17-089-X.



MEDIOS AUDIOVISUALES

Vídeo 1: HGUCRresisCOT. Signo de Tinel [video en internet]. Youtube. [citado 19 de junio de 2022]. Recuperado a partir de <https://www.youtube.com/watch?v=fqrUTC0ZUJc>.

Vídeo 2: HGUCRresisCOT. Test de Finkelstein [video en internet]. Youtube. [citado 19 de junio de 2022]. Recuperado a partir de <https://www.youtube.com/watch?v=CQIW1Pt3XVM>.



TÍTULO

Directrices para la decisión clínica en enfermedades profesionales. Trastornos musculoesqueléticos de origen profesional del Miembro Superior: Parálisis del nervio radial por compresión del mismo.

AUTOR

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.

ELABORADO POR

Sociedad Española de Traumatología Laboral

Dr. José R. García López. Médico Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología (C.O.T.). Jefe de Equipo. Hospital Asepeyo Coslada (Madrid).

REVISIÓN

Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

Dr. Carlos Matarrubia Prieto. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Médico evaluador del INSS (Dirección Provincial de Madrid).

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST)

Dr. Jesús Ledesma de Miguel. Licenciado en Medicina y Cirugía. Jefe Unidad Técnica de Formación y Salud Laboral. Centro Nacional de Medios de Protección.

Asociación Española de Especialista en Medicina del Trabajo (AEEMT)

Dr. Guillermo Soriano Tarín. Especialista en Medicina del Trabajo. Coordinador del grupo funcional de Promoción de la Salud de la AEEMT.

COORDINACIÓN DE LA PUBLICACIÓN

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III (ENMT-ISCIII)

Dra. M^a Jesús Terradillos García. Especialista en Medicina del Trabajo. Directora de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST)

Dr. Jerónimo Maqueda Blasco. Especialista en Medicina del Trabajo. Director del Departamento de Promoción de la Salud y Epidemiología Laboral. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.



EDITA

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.
C/ Torrelaguna 73, 28027 Madrid
Tel. 91 363 41 00, fax 91 363 43 27

www.insst.es

MAQUETACIÓN

Servicio de Ediciones y Publicaciones del INSST

EDICIÓN

Madrid, noviembre 2022

NIPO (EN LÍNEA)

118-22-047-9

HIPERVÍNCULOS

El INSST no es responsable ni garantiza la exactitud de la información en los sitios web que no son de su propiedad. Asimismo la inclusión de un hipervínculo no implica aprobación por parte del INSST del sitio web, del propietario del mismo o de cualquier contenido específico al que aquel redirija.



Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado:

<http://cpage.mpr.gob.es>

Catálogo de publicaciones del INSST :

<http://www.insst.es/catalogo-de-publicaciones>

