



DIRECTRICES PARA LA DECISIÓN CLÍNICA EN ENFERMEDADES PROFESIONALES

Transtornos musculoesqueléticos de origen profesional del Miembro Superior

Epicondilitis

DDC-TME-04



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL


insst
Instituto Nacional de
Seguridad y Salud en el Trabajo

Con la colaboración de:


Instituto de Salud Carlos III



TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS DE ORIGEN PROFESIONAL DEL MIEMBRO SUPERIOR

EPICONDILITIS

DEFINICIÓN Y FISIOPATOLOGÍA

Conocido clásicamente como el codo de tenista, la epicondilitis lateral corresponde a la irritación del tendón conjunto de los extensores de mano y muñeca en el epicóndilo lateral humeral. El músculo responsable suele ser el extensor radial corto del carpo (*extensor carpiradialis brevis*–ECRB) en más de un 95% de los casos, pudiendo también afectarse el extensor común de los dedos (*extensor digitorum comunis*–EDC) en aproximadamente un tercio de los casos, y más raramente el extensor radial largo del carpo (*extensor carpiradialis longus*–ECRL) y el extensor cubital del carpo (*extensor carpiulnaris*–ECU).

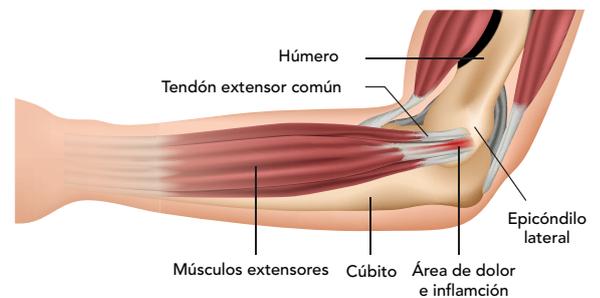


Figura 1: codo de tenista

El término epicondilitis es erróneo ya que los estudios histológicos muestran ausencia de reacción inflamatoria, observándose como hallazgos histopatológicos: invasión de fibroblastos inmaduros, neovascularización y matriz desorganizada. Se trata más bien de una tendinosisangiofibroblástica del ECRB. Se desconoce la causa exacta, proponiéndose un origen multifactorial con importancia de los microtraumatismos de repetición que producirían una de proliferación de tenocitos y de síntesis de matriz extracelular en pacientes genéticamente predispuestos.

EPIDEMIOLOGÍA:

Puede afectar hasta a un 3% de la población general, siendo más frecuente en pacientes en activo de 20 a 65 años con un pico de incidencia entre los 40 y los 50 años. En un 75% se afecta el brazo dominante (el que maneja la herramienta o realiza los movimientos de repetición).

Se ha documentado un aumento de riesgo de incidencia de esta patología asociada a:

- Más de 2 horas diarias de esfuerzo físico con flexo-extensión del codo o flexión forzada de muñeca.
- Más de 4 horas diarias de flexo-extensión de la muñeca.
- Más de 2 horas diarias de movimientos repetidos de pronación y supinación del antebrazo (gi- rar, atornillar y desatornillar).



Contrariamente a algunas creencias, en los últimos cinco estudios prospectivos de calidad realizados, el uso del ordenador no ha aparecido como un factor de riesgo. Tampoco se ha encontrado relación con problemas de satisfacción en el trabajo.

SÍNTOMAS Y SIGNOS

CLÍNICA

El dolor es de tipo mecánico y comienza insidioso en la cara lateral del codo y con irradiación siguiendo el trayecto muscular. La mayoría de los pacientes asocian la aparición de síntomas al aumento reciente de intensidad de ciertas actividades o a la realización de nuevas actividades. En las primeras fases el dolor está presente únicamente durante la actividad y tras un calentamiento puede ceder. Progresivamente el dolor aumenta en intensidad y duración y termina por mantenerse tras la actividad e incluso en reposo, llegando a limitar actividades cotidianas que impliquen utilizar la muñeca en extensión (dar la mano, subirse el pantalón, levantar pesos ligeros con el codo en extensión...).

EXPLORACIÓN FÍSICA

INSPECCIÓN

Puede existir atrofia muscular, cierto eritema y calor local por el aumento de vascularización.

En ocasiones existe inflamación sobre la zona epicondílea que habrá que diferenciar de la inflamación por derrame articular más difusa que borra los relieves óseos en esta zona. Esto es más difícil de valorar en pacientes obesos donde el epicóndilo en vez de ser una prominencia es una depresión en la piel.

PALPACIÓN

Debe realizarse con un solo dedo en un codo en flexión con la musculatura relajada. El punto de mayor dolor se localiza en la inserción del ECRB justo 5 mm distal y anterior a la prominencia del epicóndilo lateral. A veces también hay dolor en el propio epicóndilo.

RANGO PARTICULAR

Aunque directamente no se afecta, en casos avanzados puede existir limitación de la extensión sobre todo con antebrazo en pronación.

MANIOBRAS EXPLORATORIAS

Como es habitual en las tendinitis o tendinosis sintomáticas, se reproduce el dolor al realizar el estiramiento del o de los tendones afectados y al solicitar la contracción muscular correspondiente contra resistencia. En este caso:

Maniobra de Mills: Con la muñeca y los dedos flexionados y el antebrazo en pronación, la extensión completa del codo se acompaña de dolor en la zona de inserción del ECRB (vídeo 1).



Vídeo 1: Maniobra de Mills

https://www.physio-pedia.com/Mill%e2%80%99s_Test?utm_source=physiopedia&utm_medium=search&utm_campaign=ongoing_internal



Vídeo 2: Maniobra de Cozen
https://www.physio-pedia.com/Cozen%E2%80%99s_Test

codo en extensión, se reproduce el dolor a nivel del epicóndilo; sin embargo, no duele al hacerlo con la mano en supinación.

Maniobra de Cozen: Con el antebrazo apoyado bien en una mesa bien en la mano del explorador, codo en flexión, se solicita al paciente la extensión de la muñeca contra la resistencia del propio explorador aplicada al dorso de la mano. Debe reproducirse el dolor en el origen tendinoso (ECRB y EDC o tendón conjunto), (vídeo 2).

Test de Maudsley: Dolor a la extensión contra resistencia del 3^{er} dedo (vídeo 3).



Vídeo 3: Test de Maudsley
<http://www.piriforme.fr/bdd/orthopedie/coude/maudsley>

Prueba de la silla: El paciente permanece de pie detrás de la silla y, al intentar levantarla cogiéndola por la parte alta del respaldo con la mano pronada y el

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico es clínico, aunque en presentaciones atípicas o de larga duración están indicadas las pruebas complementarias que descarten patología asociada o valoren el nivel de afectación tendinosa.

ESTUDIOS DE IMAGEN:

- **Radiografía simple (Rx):** si se relata traumatismo previo, sirve para descartar otras lesiones o para valorar patología asociada (artrosis, entesitis calcificantes...). Hacerla por sistema no ha demostrado un resultado coste-efectivo beneficioso.
- **Ecografía:** puede ayudar a valorar el estado tendinoso (aspecto de tendinosis, posibles roturas...), cuantificar la inflamación y hacer un seguimiento. Permite ver las calcificaciones. Prueba de bajo coste, no invasiva, sin irradiación.
- **Resonancia magnética (RM):** útil para una valoración en mayor profundidad de proceso de evolución tórpida o no típico. Tiene una gran sensibilidad a la inflamación y permite una valoración de patología articular estableciendo un diagnóstico diferencial con la misma. Como puntos negativos: no se ven las calcificaciones (es preciso siempre realizar una RX previa) y hay menor disponibilidad, siendo una prueba de alto coste.

OTRAS PRUEBAS:

- **Estudio neurofisiológico (electroneurograma y electromiograma):** Puede ser útil para valorar un síndrome de nervio interóseo posterior asociado o no a epicondilitis.
- **Infiltración diagnóstica o diagnóstico-terapéutica:** Una inyección de anestésico local (añadiendo o no fármaco para el tratamiento de esta patología) en el origen del ECRB (el punto de mayor dolor) puede ayudar a confirmar el diagnóstico al mejorar o desaparecer los síntomas tras unos minutos en consulta.

Esta técnica sin embargo es preferible reservarla al especialista que vaya a seguir al paciente ya que, por su carácter invasivo y dependiendo de lo inyectado, puede haber complicaciones o



efectos secundarios que afecten a futuros tratamientos (atrofia cutánea, inflamación que distorsione imágenes, perforación hasta articulación...).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Osteocondritis disecante:** La inflamación y derrame es articular, paciente adolescente, más frecuente la limitación de movilidad. Se debe utilizar RM si se sospecha para un diagnóstico diferencial.
- **Síndrome de atrapamiento de nervio interóseo posterior o atrapamiento del nervio radial:** Puede ocurrir de manera concomitante. Existirá sobre todo debilidad muscular pudiendo además haber parestesias en el territorio afecto y encontrando un punto de mayor dolor distinto al de la epicondilitis, más distal, en medio de vientres musculares.
- **Fractura de cabeza o cuello radial:** Antecedente traumático. Realizar una radiografía simple y comprobar la limitación de movilidad, sobre todo pronosupinación.
- **Sinovitis, plica sinovial:** Afectación articular pudiendo limitar la movilidad y ocasionando resaltes en determinadas posiciones. Pueden existir en el cuadro de enfermedades reumatológicas, tras traumatismo... Las pruebas de imagen (RM), ayudan a la diferenciación si la clínica no está clara.
- **Artrosis radiocapitelar:** Antecedentes de fracturas de codo y radiografía simple compatibles.
- **Lesión de ligamento colateral lateral del codo:** Antecedentes de lesiones osteoarticulares del codo o de cirugía por epicondilitis previa. Realizar pruebas de estabilidad del codo en varo y de inestabilidad posterolateral, pruebas de imagen (RM).

VULNERABILIDAD

Entre los factores que incrementan la vulnerabilidad para sufrir una epicondilitis se encuentran:

- Movimientos repetitivos durante al menos dos horas diarias y una actividad vigorosa (jugadores de práctica de tenis o golf),
- Edad (mayores de 40 años, con un pico de incidencia entre los 40 y 50 años),
- obesidad,
- tabaquismo,
- desequilibrio muscular, flexibilidad articular.

ACTIVIDADES DE RIESGO MÁS FRECUENTES IDENTIFICADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

La epicondilitis se incluye entre las enfermedades provocadas por posturas forzadas, movimientos repetitivos, fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas.

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.



- **Condiciones de riesgo ergonómico o biomecánico:**

- Movimientos repetitivos de pronación y supinación de la mano con el codo en extensión.
- Movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos de flexoextensión forzados de la muñeca.
- Movimientos repetitivos e intensos, esto es, aplicados con fuerza, de la muñeca y los dedos, en los que se utilizan los músculos extensores que tiran de la mano al hacer la flexión dorsal.
- Períodos prolongados de mantenimiento de brazos elevados.
- Manipulación de herramientas de más de 1 kg de peso.
- Manipulación de cargas pesadas de 20 Kg o más por lo menos 10 veces al día.
- Movimientos repetitivos durante más de 2 horas por día.

- **Condiciones de riesgo organizativo:**

- Ritmo de trabajo elevado.
- Pausas insuficientes.
- Largas jornadas de trabajo.
- Carga física y mental.

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.

Así, deberá valorarse la posibilidad de riesgo profesional para el desarrollo de epicondilitis, además de en las actividades descritas en el siguiente apartado (*actividades de riesgo listadas en el RD 1299/2006*) en: pintores, trabajadores de la construcción, leñadores, fontanería y calefacción, peones, servicio de limpieza, archivos y almacenes, conductores de vehículos, industria conservera, carpinteros y ebanistas.

Nivel de exposición: exigencia ocupacional documentada de movimientos forzados o repetitivos de miembro superior o de periodos prolongados de mantenimiento de brazos elevados. Los límites de exposición no están claramente definidos. Orientativamente se pueden establecer como niveles de riesgo movimientos de carácter repetitivo:

- más de 10 acciones de agarre/minuto,
- más de 20 movilizaciones/minuto, o
- manipulaciones repetitivas de pesos superiores a 1 Kg.

En cuanto al **tiempo mínimo de exposición**, pueden ser días.



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

En 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 (ver Tabla 2).

Dentro de este grupo, las enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades por fatiga e inflamación de las vainastendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas se engloban en el apartado D, dentro del cual las afecciones de codo y antebrazo están en el subapartado 02.

Así, la epicondilitis está recogida con el código 2D0201.

AGENTES, SUBAGENTES Y ACTIVIDADES PROFESIONALES CON RIESGOS PARA EPICONDILITIS 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; enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas.
SUBAGENTE	Codo y antebrazo: epicondilitis.
ACTIVIDADES DE RIESGO	Todas aquellas actividades en las que se produzca exposición suficiente y acreditada a posturas forzadas y movimientos repetitivos, y especialmente: 2D0201: "Trabajos que requieran movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos de flexoextensión forzada de la muñeca, como pueden ser: carniceros, pescaderos, curtidores, deportistas, mecánicos, chapistas, caldereros y albañiles".

REPERCUSIÓN

INCAPACIDAD LABORAL

INCAPACIDAD TEMPORAL:

Hasta la remisión del dolor, recuperación funcional y exploración negativa.

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 del trabajador".



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:

- Epicondilitis lateral (CIE-10 M77.1): 30 días.

No obstante, en ocasiones las epicondilitis tanto lateral como medial de carácter profesional debidas a condiciones ergonómicas inadecuadas continuadas en el tiempo suelen tener cambios morfológicos en las pruebas de imagen y suelen tardar más tiempo en recuperar una funcionalidad suficiente para la reincorporación laboral, pudiendo ser necesario un periodo de incapacidad temporal de entre 3 y 6 meses.

Como ya se especificó en el apartado de tratamiento, la falta de respuesta al tratamiento conservador a los 6 meses suele dar paso al tratamiento quirúrgico.

Tras el tratamiento quirúrgico la recuperación funcional necesaria para la reincorporación a las actividades que han provocado la lesión y por tanto de requerimientos biomecánicos del codo de cierta intensidad conlleva un periodo de unos 6 meses.

Desde un punto de vista preventivo, se deberá realizar, previamente, una evaluación de riesgos del puesto para comprobar las condiciones ergonómicas existentes y su posible repercusión sobre la persona.

En todos los casos es relevante, a la vuelta al puesto de trabajo, mejorar las condiciones ergonómicas del mismo o adaptación del puesto de trabajo para evitar recaídas

Dado que no es habitual un tratamiento quirúrgico de entrada, a los 6 meses tras la cirugía se sumarían los 6 meses de un intento fallido de tratamiento conservador.

INCAPACIDAD PERMANENTE:

Valorar la Incapacidad permanente ante persistencia del dolor e impotencia funcional después de agotar todas las posibilidades terapéuticas. Suelen ir acompañadas de cambios morfológicos en las pruebas de imagen.

En cualquier caso y especialmente en ausencia de alteraciones de imagen ecográficas o de resonancia, es muy recomendable contar con pruebas biomecánicas que reproduzcan de alguna manera la carga biomecánica profesional, esto es, pruebas isocinéticas o de fotogrametría con medición de velocidades angulares de movimiento.

La objetivación de una impotencia funcional del codo habitualmente rector de carácter moderado o mayor es indicativa de incapacidad permanente total para actividades contempladas en el real decreto como causantes de epicondilitis. Un déficit funcional leve podría ser compatible con la adaptación del puesto de trabajo.



ENFERMEDAD PROFESIONAL

Calificación de epicondilitis como enfermedad profesional:

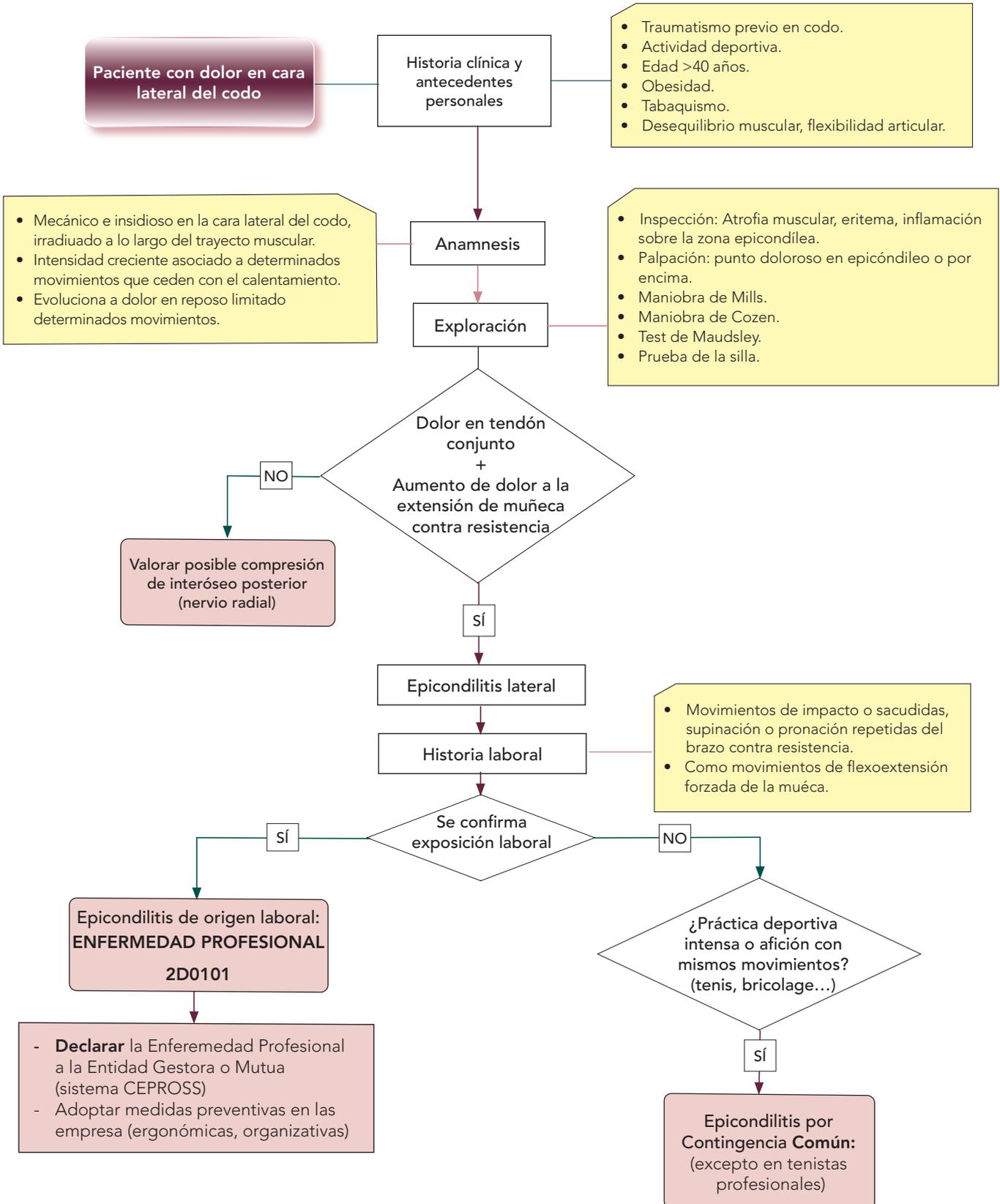
Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas: Codo y antebrazo: epicondilitis y epitrocleitis.

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

Y además:

- Confirmación de la enfermedad mediante exploración clínica y, si es posible, estudios funcionales o de imagen.
- Correspondencia del cuadro clínico con la exposición referida por la persona afectada: realización de movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos repetidos.
- Correspondencia con los resultados de la evaluación ergonómica de la tarea desarrollada por la persona afectada.
- Mejoría o desaparición de los síntomas con el descanso y reaparición o agravamiento tras reemprender el trabajo.
- Ausencia de patología en la zona de causa no laboral.

ALGORITMO DE DECISIÓN





BIBLIOGRAFÍA

- Morrey BF, Sánchez-Sotelo J. THE ELBOW AND ITS DISORDER, fourth edition Elsevier Saunders, Chapter 44.
- Wolf JM et al. TENNIS ELBOW Clinical Management, Springer, 2015.
- Bruce Reider AP, MD. The orthopaedic physical examination, second edition, Elsevier Saunders 2005, Chapter 3.
- Ohn J. Wilson, M.D., and Thomas M. Best, M.D., PH.D. Common Overuse Tendon Problems: A Review and Recommendations for Treatment, American Family Physician, Volume 72, Number 5, September 1, 2005.
- Keijsers R et al. Tennis elbow. *Shoulder & Elbow* 2019, Vol. 11(5) 384–392.
- Keijsers R, de Vos RJ, Kuijper PPF, van den Bekerom MP, van der Woude HJ, Eygendaal D. Tennis elbow. *Shoulder Elbow*. 2019 Oct;11(5):384-392. doi: 10.1177/1758573218797973. Epub 2018 Sep 18. PMID: 31534489; PMCID: PMC6739751.
- Verhaar JA. Tennis elbow: anatomical, epidemiological and therapeutic aspects. *Int Orthop* 1994; 18: 263–267.
- Ljung BO, Lieber RL and Fridéin J. Wrist extensor muscle pathology in lateral epicondylitis. *J Hand Surg Br* 1999; 24: 177–183.
- Herquelot E, Gue´guen A, Roquelaure Y, et al. Work related risk factors for incidence of lateral epicondylitis in a large working population. *Scand J Work Environ Health* 2013; 39: 578–588.
- 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.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social. Guía de Ayuda para la Valoración de las Enfermedades Profesionales (cuarta edición). NIPO: 122-21-003-5.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social. Manual de Tiempos óptimos de Incapacidad Temporal. 4ª edición. Madrid. 2018. NIPO: 271-17-089-X.



MEDIOS AUDIOVISUALES

Vídeo 1: ClinicalExamination Videos. Tenniselbow test - Mills test [video en internet]. Youtube. [citado 4 de mayo de 2022]. Recuperado a partir de <https://www.youtube.com/watch?v=gBReeVQqmpc>

Vídeo 2: Physiopedia. Cozen's Test [video en internet]. Vimeo. [citado 4 de mayo de 2022]. Recuperado a partir de https://www.physio-pedia.com/Cozen%E2%80%99s_Test.

Vídeo 3: Piriforme. Test de Maudsley [video en internet]. Youtube. [citado 4 de mayo de 2022]. Recuperado a partir de <https://www.youtube.com/watch?v=aNXj1xqHFol>.



FIGURAS

Figura 1: “Tenis lesión del codo vector médico ilustración sobre fondo blanco”, autor: medicalstocks, propiedad de Depositphoto (<https://sp.depositphotos.com/253884532/stock-illustration-tennis-elbow-injury-medical-vector.html>).



TÍTULO

Directrices para la decisión clínica en enfermedades profesionales. Trastornos musculoesqueléticos de origen profesional del Miembro Superior: Epicondilitis.

AUTOR

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

ELABORADO POR

Sociedad Española de Traumatología Laboral

Dra. Lara Blasco Velázquez. Médico Especialista en CirugíaOrtopédica y Traumatología (C.O.T.). Equipo Quirúrgico Mutua Universal. Hospital N^o Señora del Rosario. 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>

