



SITUACIONES CLÍNICAS

¿Qué esconde un síntoma o signo raro en un paciente en proceso de incapacidad laboral?

M.C. Colchero-Calderón^{a,*} y V.M. del Yerro-Páez^b

^aMedicina de Familia y Comunitaria, Medicina del Trabajo, Centro de Salud Ronda Histórica, Sevilla, España

^bMedicina de Familia, Cirugía, Centro de Salud San Luis, Sevilla, España

Recibido el 12 de abril de 2010; aceptado el 15 de junio de 2010

Disponible en Internet el 28 de octubre de 2010

PALABRAS CLAVE

Incapacidad temporal;
Incapacidad permanente;
Enfermedad profesional;
Polineuropatía

KEYWORDS

Temporary disability;
Invalidity;
Occupational diseases;
Polineuropathies

Resumen

Las enfermedades profesionales constituyen un grupo específico caracterizado por su etiología, derivada de la exposición a determinadas sustancias en el ámbito laboral. En los últimos decenios se ha avanzado en su conocimiento y prevención. En 2006 se publica un RD en nuestro país, que recoge el listado de estas enfermedades. Su declaración determina prestaciones sociales específicas para los enfermos y corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Asimismo, promueve una investigación específica que genere nuevas áreas de prevención. Los médicos de familia podemos participar en el diagnóstico de estas enfermedades estando obligados a declarar su sospecha epidemiológica. Por tanto, tenemos ante nosotros una nueva función y responsabilidad en la atención de nuestros pacientes que pudieran estar aquejados de patología laboral. Para desarrollarla con eficacia precisamos formación y coordinación de los circuitos sanitarios y laborales o sociales.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

What lies behind a rare sign or symptom in a patient in a work disability process?

Abstract

Occupational diseases are a specific group characterised by their aetiology, derived from the exposure to certain substances in the working environment. There has been significant advances in the knowledge and prevention of these diseases over the last decades. A Royal Decree was published in Spain in 2006, which led to registering these diseases. Its declaration determines specific social and social security benefits for these patients, as well as , which payment corresponds to the Social Security National Institute, and a special research field that looks at new prevention areas. Family doctors (G.P.) can take part in the diagnosis of these diseases, being obliged to declare its epidemiological suspicion. Therefore, we have a new function and responsibility in the care of our patients who could

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mconstanzacc@andaluciajunta.es (M.C. Colchero-Calderón).

suffer from any occupational disease. Training of the professionals and coordination health organisations are required for this to be developed effectively.
© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades causadas por exposición a determinadas condiciones laborales, fueron sistematizadas por primera vez, por Ramazzini¹ si bien autores antiguos desde Hipócrates conocían y trataban las enfermedades de mineros, metalúrgicos, etc. Este médico italiano impulsó una aproximación etiopatogénica y epidemiológica a estas dolencias. Desde entonces, su conocimiento y prevención ha avanzado ampliamente, propiciando el progreso en actividades de protección de la salud en el ámbito laboral. La institución de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el desarrollo estatal de sistemas de Seguridad Social y la mayor concienciación en prevención de riesgos laborales otorgan un estatus definido a estas patologías. Su reconocimiento legal, conlleva el derecho a unas prestaciones sociales diversas de las atribuidas a contingencias comunes¹. En España, el RD 99/2006² actualiza el elenco de enfermedades profesionales (EP) y deja abierta la posibilidad de definición de nuevas entidades. El citado decreto introduce la vía de comunicación directa por un médico del Sistema Nacional de Salud que, con ocasión de su actuación profesional, sospeche la posible etiología laboral de la enfermedad de su paciente. La calificación final como enfermedad profesional, sigue correspondiendo al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) como entidad gestora, y su investigación y coste, a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEP) como entidad colaboradora de la Seguridad Social que asume la protección de las contingencias profesionales^{2,3}. Los sistemas sanitarios autonómicos han adaptado este decreto, capacitando a sus facultativos para alertar sobre la sospecha de EP.

Los médicos de familia tenemos una posición privilegiada en esta nueva situación, debido a que la atención a nuestros pacientes, integra su historia laboral, lo que nos permite ampliar el campo etiológico en el razonamiento clínico.

Caso clínico

El presente caso se inició como patología inespecífica de carácter común, que resultó ser la punta de iceberg de una patología laboral. Se trataba de un hombre de 57 años en proceso de incapacidad temporal (IT), iniciado durante un ingreso hospitalario. Semanalmente acudía a consulta por los partes de confirmación, manifestando una serie de síntomas que impresionaban como importantes e incluso invalidantes.

Como antecedentes conocidos destacaban la presencia de HTA de años de evolución tratada con nifedipino, estenosis esofágica secundaria a cirugía previa de funduplicatura y dos espirometrías laborales informando de un patrón restrictivo, sin estudios posteriores. No refería hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas.

Motivo de consulta

La causa del proceso de IT fue un cuadro agudo de broncoespasmo con desaturación, que sufrió el paciente durante una dilatación endoscópica de su estenosis esofágica. Se suspendió la intervención y fue pospuesta para cirugía reglada.

El seguimiento en atención primaria lejos de verificar la completa mejoría del paciente tras el incidente, encontraba una sintomatología cada vez más confusa e inespecífica. El paciente refería presentar crisis de tos accesiformes, con aguda sensación disneica no acompañadas de sibilantes ni dolor torácico, que surgían en todo tipo de ambientes sin predominio horario y con una frecuencia superior a 10–12 crisis diarias.

Simultáneamente había desarrollado una cacosmia intensa que le obligaba a restringir la vida social, pues se exacerbaba al salir a la calle. Parecía hacerse más intensa cuando el paciente acudía a su centro laboral para hacer entrega del correspondiente parte semanal de confirmación.

El proceso fue asociando paulatinamente una alteración anímica depresiva.

La exploración física detectó obesidad y cifras tensionales con mal control sistólico. En todo momento en la consulta, la auscultación respiratoria fue normal. En dos ocasiones presenciamos las crisis tusígenas que se autolimitaron en breves minutos. En esos momentos la auscultación respiratoria continuaba siendo rigurosamente normal y no detectamos desaturación con pulsioximetría. La auscultación cardíaca era normal así como la exploración básica otorrinolaringológica.

Exploraciones complementarias

En la analítica debutó una diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia mixta que no habían sido detectadas previamente en analíticas laborales. El paciente no presentaba clínica asociada a las alteraciones analíticas. La radiografía de tórax no presentaba ningún hallazgo patológico.

La valoración inicial de enfermería mostró un test monofilamento alterado. Este test permite hacer un cribado de la neuropatía diabética, patología que si bien puede estar presente en los pacientes diabéticos en el momento del diagnóstico, su prevalencia aumenta con los años de evolución de la diabetes y la edad de los pacientes. Nuestro paciente comentaba que llevaba años con sensación de menor sensibilidad en MMII pero negaba la existencia de dolor o parestesia. La retinografía practicada en el contexto de la valoración inicial diabética, mostraba un fondo de ojo sin afectación.

La persistencia de la sintomatología, que afectaba seriamente a su vida cotidiana, nos llevó a indagar sobre su puesto de trabajo; más de 35 años, en almacén (espacio confinado) de taladrinas (fluidos de corte industriales).

Los riesgos de la exposición a las taladrinas son principalmente dermatosis laborales: botón de aceite, dermatitis de contacto, cáncer cutáneo... y con menor incidencia afecciones respiratorias: fibrosis, asma...⁴.

Las crisis tusígenas no se controlaron con antitusígenos, betaadrenérgicos ni corticoides inhalados.

En resumen, el paciente padecía un cuadro abigarrado con sintomatología respiratoria invalidante, con alteraciones en la esfera ORL, con una estenosis esofágica que podía ser factor causal o intensificador de sendas sintomatologías y una posible neuropatía acompañante.

Realizamos interconsulta con neumología ante la discordancia entre las crisis tusígenas que sugerían un proceso de hiperreactividad bronquial y las espirometrías laborales que habían mostrado un patrón restrictivo. Desafortunadamente no hubo exploración funcional concluyente.

Asimismo consultamos reiteradamente con ORL que no encontró causa orgánica para la cacosmia.

Sospechando etiopatogenia laboral, derivamos el paciente a consulta de medicina interna en atención compartida con primaria.

Diagnóstico definitivo

En el hospital se amplió el estudio ORL con fibrolaringohipofaringoscopia donde detectaron una inestabilidad de la mucosa con hiperrespuesta sensitiva sin lesión orgánica.

Las alteraciones sensitivas: hipoestesia táctil y nociceptiva con moderada hipoparestesia en MMII (era incapaz de saltar sobre uno y otro pie y su marcha era levemente atáxica), y la presencia de la cacosmia ya descrita, respaldaron la realización de estudios neurológicos. Se le practicaron ENG y EMG que pusieron de manifiesto la presencia de una polineuropatía sensitiva axonal pura con afectación severa en MMI y menor en otras localizaciones. Enfermedades metabólicas (DM, uremia), infecciosas (VIH), tóxicas (metales pesados, solventes...) y síndromes paraneoplásicos (oat-cell pulmonar...) se cuentan entre las posibles causas de afectación axonal^{5,6}.

El paciente también fue valorado en el servicio de cirugía general que decidió realizar intervención quirúrgica de la estenosis esofágica por laparoscopia.

Finalmente tras estudios analíticos sin hallazgos, el servicio de neurología estimó que el paciente presentaba una polineuropatía de origen tóxico, posiblemente secundaria a la exposición prolongada a disolventes contenidos en la taladrina, recomendando evitar el contacto con dicha sustancia.

Las crisis tusígenas disneizantes y espasmódicas podían ser imputables a la polineuropatía, al reflujo gastroesofágico y/o a una hiperreactividad bronquial no demostrada, y constituían para el paciente una gran limitación funcional y social.

Con el diagnóstico principal de enfermedad con probable causa profesional, solicitamos a la unidad médica de valoración de incapacidades del Servicio Andaluz de Salud que procediera a informar de la posible contingencia profesional a la Entidad Gestora —INSS—, requiriendo la incapacidad permanente (IP) para el paciente por este concepto. La unidad médica comunicó al INSS el caso como

enfermedad cuyo origen profesional se sospecha (cfr. Anexo 2 RD 99/2006, de 10 de noviembre)².

El INSS tras evaluar al paciente, hizo un requerimiento a la MATEP para que llevara a efecto la investigación pertinente. Tras un paso inicial donde se le reconoce IP Total por contingencia común, el INSS resuelve en una fecha, aproximadamente unos veintidós meses posterior al inicio de la IT, que el carácter definitivo de la misma es enfermedad profesional, siendo responsable de la contingencia la MATEP. El paciente tiene derecho a todas las prestaciones sociales en la cuantía estipulada por la ley derivadas de la etiología de su enfermedad con efecto retroactivo.

El propio paciente notificó al médico de atención primaria las distintas fases en su valoración por el INSS y su resolución final.

Conclusión

Este caso propicia la reflexión sobre la necesidad de un alto nivel de sospecha de etiología profesional en nuestros pacientes en atención primaria.

El RD 99/2006 capacita al médico de familia que detecte patología laboral, a solicitar al INSS su declaración. Tras la entrada en vigor del citado decreto se ha comprobado una recesión en la declaración de enfermedades profesionales y una desigualdad territorial en España a favor de comunidades autónomas del norte de nuestro país^{1,7,8}. Esto puede resultar paradójico teniendo en cuenta la generalización de la mentalidad de prevención laboral en los últimos quinquenios, pero puede estar en relación con el cambio en el sistema de declaración^{2,3}.

En la patología concreta aquí presentada, ya se constató en el año 2000, una infradeclaración de patología neurológica laboral en nuestro país y se evidenció la necesidad de mayor actividad diagnóstica en los médicos del Sistema Nacional de Salud, que en una gran mayoría de casos atendían a personas con estas enfermedades⁹.

Es un reto para el médico de familia desempeñar en este ámbito, el papel generador de nuevos conocimientos^{1,7}. Sin embargo, en ocasiones los médicos de familia manifiestan desconocer sus funciones en materia de salud laboral y contingencias profesionales y creen detectar déficits formativos en la licenciatura y en el posgrado¹¹. Esto se aprecia también en otros países de nuestro entorno¹⁰.

Si bien nuestra participación en el proceso diagnóstico y en la resolución social de las contingencias laborales es restringida, nuestra posición ofrece a nuestros pacientes una atención contextualizada e integral^{1,7}. El seguimiento semanal de nuestros pacientes en situación de IT nos proporciona una perspectiva de sus condiciones personales y laborales que nos debe llevar a una estrategia integral. Las limitaciones en la continuidad asistencial nos deben abrir otros circuitos clínicos. La atención que sin duda esperan de nosotros, debe ir orientada a facilitarles la mejor resolución de sus problemas atribuidos al trabajo, en términos sanitarios y también laborales.

Nos parece necesario pues, revalorizar y acreditar una formación adecuada en salud laboral^{1,7,9,11} y una eficaz colaboración con otras instancias —INSS, MATEP—. Los sistemas sanitarios autonómicos pueden ofrecer estos recursos a sus profesionales y facilitar la colaboración con el sistema de

Seguridad Social. Quizá esto pueda abortar la desigual atención en nuestro país y propiciar el necesario avance en esta patología¹. Los médicos de familia debemos tener una actitud activa en este amplio campo de las contingencias profesionales. Es mucho lo que podemos aportar desde la atención primaria y grande el beneficio para nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Ares Camerino A. Las enfermedades de los artesanos. *Aten Primaria*. 2007;39:433–5.
2. Real Decreto 99/2006, 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 n.º 302 (19 dic. 2006).
3. Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales. BOE n.º 4 (4 ene. 2007).
4. NTP 317: Fluidos de corte: criterios de control de riesgos sanitarios [en línea] Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. [consultado 4/6/2010]. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_317.pdf.
5. Harrison's Principles of Internal Medicine, 17e Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al, eds. [online]. Part 16. Neurologic Disorders Section 3. Nerve and muscle disorders. Chapter 379 peripheral neuropathy. [consultado 10/6/2010]. Disponible en: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=2907123>.
6. Enciclopedia de la OIT. Vol. I. Parte I: El cuerpo humano. Cap. 7 Sistema Nervioso. Síndromes clínicos asociados a neurotoxicidad. Versión española de la IV versión inglesa. 1998 [en línea] Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. [consultado 10/6/2010]. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/7.pdf>.
7. Castejón J. Enfermedades relacionadas con el trabajo: ¿un reto para la atención primaria? Comentario editorial *Aten Primaria*. 2008;40:445–6.
8. García Gómez M, Castañeda López R. Desigualdades interterritoriales en la compensación de las enfermedades profesionales en España de 1990 a 2007. *Gac Sanit*. 2009;23:373–9.
9. García Gómez M. La identificación y registro de las enfermedades laborales neurológicas en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Neurol*. 2000;31:864–73.
10. Saliba ML, Iarmarcovai G, Souville M, Viau A, Arnaud S, Verger P. Physicians and occupational health: a qualitative study in south-eastern France. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2007;55:376–81.
11. Santibáñez Margüello M, Alonso Echabe E, Tamayo Medel G, Bolumar Montrull F, Vioque López J. Percepción del personal médico de atención primaria de salud acerca de sus funciones, formación y conocimientos en materia de salud laboral. *Aten Primaria*. 2008;40:7–12.