

La clínica se caracteriza por un cuadro de aparición brusca de dolor torácico retroesternal de naturaleza pleurítica y disnea⁵. Algunos pacientes presentan disfagia, dolor o inflamación del cuello, torticolis, disfonía o dolor abdominal⁶.

El examen físico es normal hasta en un 30% de los pacientes con NME no complicado. El enfisema subcutáneo, que se detecta generalmente en el cuello o la zona precordial, es poco sensible y muy específico para NME. El signo de Hamman, que es una crepitación en sincronía con el latido del corazón, se escucha en región precordial y, en muchas ocasiones, asociada con amortiguación de los ruidos cardiacos. La distensión de las venas del cuello puede verse en NME si el aire escapado afecta al retorno venoso (neumomediastino tensión)⁷.

Los pacientes con sospecha de NME deben ser evaluados con radiografías de tórax frontal y lateral, que debe incluir la región cervical. La tomografía computarizada (TC) es más sensible que la radiografía simple de tórax en la detección de NME, pero muchos de los NME que sólo se detecta por TC son pequeños y clínicamente no significativos, por lo que el TC debe reservarse para la sospecha de enfermedad pulmonar subyacente⁸.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con la pericarditis y con la perforación del esófago.

El tratamiento del NME no complicado es conservador con analgesia, descanso y evitando las maniobras que aumentan la presión pulmonar (Valsalva o espiración forzada, incluida la espirometría)⁹. El NME masivo puede complicarse produciendo un neumomediastino a tensión. En este caso, puede realizarse mediastinotomía limitada.

Bibliografía

1. Versteegh FG, Broeders IA. Spontaneous pneumomediastinum in children. *Eur J Pediatr*. 1991;150:304–7.
2. Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. *Bull Johns Hopkins Hosp*. 1939;64:1–21.
3. Abolnik I, Lossos IS, Breuer R. Spontaneous pneumomediastinum. A report of 25 cases. *Chest*. 1991;100:93–5.
4. Zaia BE, Wheeler S. Pneumomediastinum after inhalation of helium gas from party balloons. *J Emerg Med*. 2010;38:155–8.
5. Stack AM, Caputo GL. Pneumomediastinum in childhood asthma. *Pediatr Emerg Care*. 1996;12:98–101.
6. Chalumeau M, Le Clainche L, Sayeg N, Sannier N, Michel JL, Marianowski R, et al. Spontaneous pneumomediastinum in children. *Pediatr Pulmonol*. 2001;31:67–75.
7. Newcomb AE, Clarke CP. Spontaneous pneumomediastinum: a benign curiosity or a significant problem? *Chest*. 2005;128:3298–302.
8. Esayag Y, Furer V, Izbicki G. Spontaneous pneumomediastinum: is a chest x-ray enough? A single-center case series. *Isr Med Assoc J*. 2008;10:575–8.
9. Macia I, Moya J, Ramos R, Morera R, Escobar I, Saumench J, et al. Spontaneous pneumomediastinum: 41 cases. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2007;31:1110–4.

J. Gallego-Galiana* y A. Luis Aguilar-Shea

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Espronceda, Área 7 de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juangallegogaliana@gmail.com (J. Gallego-Galiana).

doi:10.1016/j.semerg.2010.10.003

Atención primaria y declaración de enfermedades profesionales en España

Primary Care and declaration of professional illnesses in Spain

Sr. Director:

Hemos leído con interés el trabajo “¿Qué esconde un síntoma o signo raro en un paciente en proceso de incapacidad laboral?”, publicado en su revista¹, y queremos felicitar a los autores por la acertada utilización del caso clínico para llamar la atención sobre el papel del médico de atención primaria en el diagnóstico de las enfermedades profesionales, y por la inclusión, en el texto, del procedimiento administrativo puesto en marcha para la protección social del paciente, pues se trata de un magnífico ejemplo en el que intervienen los principales agentes con competencias en la gestión de las prestaciones de la Seguridad Social destinadas a la protección de la incapacidad laboral: médicos asistenciales del Sistema Nacional de Salud, la inspección médica del Servicio Público de Salud (referida, en el texto, con el nombre de Unidad Médica de Valoración

de Incapacidades, pues en Andalucía sigue manteniéndose esa denominación), las Unidades Médicas de los Equipos de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social, y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Nos parece una muy oportuna llamada de atención sobre el papel que la atención primaria debe desempeñar en este ámbito, en un momento en que resulta procedente y necesario concienciar a profesionales e instituciones de su importancia.

No obstante, queremos hacer dos observaciones que creemos de interés.

La primera de ellas es de índole puramente formal: el Real Decreto 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 es el Real Decreto 1299/2006², y no el 99/2006 como se indica en el artículo. Podría pensarse que se trata de un error de transcripción, pero la referencia se repite varias veces a lo largo del texto (incluyendo la cita en la sección de bibliografía), y en ninguna ocasión, por el contrario, se presenta la numeración adecuada. Esta errata puede dificultar el acceso al documento por parte del lector interesado, por lo que consideramos importante proporcionar la referencia correcta.

La segunda observación es una aportación a la reflexión con que los autores cierran su trabajo. Es una evidencia que la tendencia creciente de declaraciones de enfermedades profesionales en este país se rompió en 2005, pues a partir del año 2006 (incluido) los diagnósticos descendieron en un porcentaje considerable: en la misma bibliografía que citan los autores (especialmente en la referencia número 8³, que incluye una representación gráfica de la tendencia) se destaca que el descenso se inicia tras 2005, estando entonces el punto de inflexión entre 2005 y 2006.

Teniendo en cuenta que el Real Decreto 1299/2006 entró en vigor el 1 de enero de 2007, es obvio que no cabe atribuirle responsabilidad ninguna en el cambio de tendencia mencionado. Si quiere buscarse la causa de dicho cambio de tendencia en cualesquiera cambios normativos u organizacionales, habrá que sospechar de aquéllos que pudieran haber entrado en vigor a lo largo de 2005 o incluso antes, pero no de este Real Decreto.

Lo cual no debe eximirnos de investigar acerca de las causas por las que, tras la entrada en vigor del Real Decreto 1299/2006, no se ha constatado el incremento de declaraciones que se esperaba como consecuencia de la atribución de competencias a los médicos asistenciales del Sistema Nacional de Salud, así como de las causas de las sorprendentes diferencias que se han constatado entre las distintas Comunidades Autónomas. Coincidimos plenamente con los autores en su conclusión de que es mucho lo que los médicos de familia pueden aportar en el amplio campo de las contingencias profesionales para beneficio de sus pacientes y de la sociedad en general, y que es una necesidad imperiosa potenciar su formación en estas materias y dotarles de los recursos o herramientas adecuadas para que la atención a los aspectos laborales y su repercusión sobre

la salud de los pacientes gane cada vez más protagonismo en el abordaje integral que caracteriza a este nivel de la asistencia.

Bibliografía

1. Colchero-Calderón MC, del Yerro-Páez VM. ¿Qué esconde un síntoma o signo raro en un paciente en proceso de incapacidad laboral? *Semergen*. 2010;36:604–7.
2. 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 núm. 302, de 19 de diciembre de 2006.
3. 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.

J.L. De la Fuente Madero^{a,c,*}, A. Gómez Álvarez^{a,c} e I. Campoy Peláez^{b,c}

^a *Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades Instituto Nacional de la Seguridad Social España*

^b *Unidad Médica de Valoración de Incapacidades Málaga España*

^c *Comité Asesor Científico del Colegio Oficial de Médicos de Málaga España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseluis@articulo41.com

(J.L. De la Fuente Madero).

doi:10.1016/j.semereg.2010.12.014

Respuesta del autor a: Atención primaria y declaración de enfermedades profesionales en España

Reply by the author to: Primary Care and declaration of professional illnesses in Spain

Señor Director:

Aceptamos con agradecimiento las observaciones que nos formulan. Ciertamente la referencia exacta del Real Decreto es la precisada en la carta¹. Rogamos disculpen el error reiteradamente mantenido en el texto.

Nos parece muy acertada la segunda observación. Querer atribuir a la entrada en vigor del RD 1299/2006, el descenso en la declaración de enfermedades profesionales en España, podría ser una conclusión demasiado rotunda. En el estudio publicado en el año 2009², citado en el artículo, ya se apreciaba el inicio de una tendencia negativa en esta declaración, desde el año 2005. Pero esta tendencia se ha mantenido según podemos observar en las estadísticas del Sistema de declaración de enfermedades profesionales de Seguridad Social -CEPROSS³, implantado en virtud

del RD 1299/2006 por la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero⁴ (tabla 1).

Posiblemente la premura de espacio nos llevó a simplificar la conclusión y a obviar la presencia de otro elemento de reflexión con la referencia bibliográfica correspondiente, elemento que sí centraría el punto de mira en el desarrollo del nuevo modelo de declaración, del que son responsables las entidades gestoras o las mutuas. En este punto compartimos lo apuntado en la carta, en el sentido que las expectativas derivadas de las competencias de los médicos del sistema sanitario público no han generado una extensión en el diagnóstico de contingencia profesional.

Tabla 1 Estadísticas del Sistema de declaración de enfermedades profesionales de Seguridad Social

Año	Total Enfermedades Profesionales
2007 (enero-diciembre)	17.061
2008 (enero-diciembre)	18.700
2009 (enero-diciembre)	16.850
2010 (enero-noviembre)	15.772