

medicina

Vida y Salud

Revista informativa oficial del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

Año VI • Volumen 5 • Junio 2007

Derechos de

Propiedad Intelectual

Diagnóstico

- Sinovitis transitoria de cadera en niños

En persona:

- Dr. Daniel Pizarro Torres





Dr. Minor Vargas
Baldares
Médico cirujano
especialista en
Anatomía Patológica
Presidente del Colegio de
Médicos y Cirujanos

Alianza estratégica: Colegio de Médicos y Unión Médica

En el período comprendido entre 1940 y 1950, en nuestro país, se suscitó una época de cambios, en particular en el campo de la salud. En este lapso se dieron las reformas sociales que fortalecieron el acceso y la universalización de los servicios de salud, la creación de la Universidad de Costa Rica, teniéndose prevista desde sus inicios la inclusión de la Facultad de Medicina e incluso nuestro Colegio adquiere el nombre de Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Bajo la Ley Orgánica del Colegio surge la Unión Médica Nacional, sindicato médico costarricense que se fundó el 26 de setiembre de 1944 y que el presente año cumple su 63 aniversario de servir a la comunidad médica.

La filosofía de la Unión Médica Nacional ha sido trabajar por los derechos de los profesionales en Medicina inculcando un sentimiento de unión, solidaridad y decoro, coincidentes con los principios que promueve el Colegio de Médicos y Cirujanos.

Fortalecer la misión social del médico ante los nuevos retos sociales y económicos que enfrenta Costa Rica es un imperativo. Por tal motivo, el Colegio de Médicos y la Unión Médica forman una alianza estratégica complementaria con el propósito de poner en marcha muchos planes conjuntos en beneficio de los médicos. Entre los planes y proyectos que estamos implementando en conjunto se encuentran:

1. Construcción del gimnasio: basados en estudios de factibilidad y de presupuesto, hay en principio un acuerdo de financiación conjunta
2. Establecimiento de tarifas mínimas: Con ello se pretende que con el trabajo con-

junto de ambas instituciones se puedan establecer tarifas mínimas tanto de consultas como de procedimientos a nivel privado como empresarial e institucional. Igualmente definir precio para las interconsultas de especialistas y procedimientos.

3. Compromisos de Gestión: Se pretende revisar el compromiso de gestión con directores de hospitales y áreas de salud. El compromiso debe ser reorganizado por la Gerencia Médica de la Caja Costarricense del Seguro, y supervisado por el Colegio de Médicos y Cirujanos y la Unión de Médica. Actualmente, el médico dedica la mayor parte del tiempo a tareas administrativas y no a actividades netamente médicas.
4. Mezcla de Escalafón y Certificación: Debe estructurarse un sistema de acreditación que permita al médico a través de la capacitación optar por una mejor posición que represente mejorías salariales. Además, esto contribuiría a motivar al médico a continuar con la actualización de conocimientos.
5. Planificar y emprender diferentes acciones en las áreas legales y deontológicas que inciden en el ejercicio profesional, en el ámbito médico, prevención de mala praxis, consentimiento informado y objeción de conciencia.

Para nosotros es muy importante la estrecha relación que tanto el Colegio y la Unión Médica Nacional podamos establecer para trabajar a favor de los médicos, compartiendo los objetivos de dignificar la imagen del médico y propiciar mejores condiciones para el desarrollo profesional.

La filosofía de la Unión Médica Nacional ha sido trabajar por los derechos de los profesionales en Medicina.



Foto: Jeffrey Arguedas

Dra. Ilse Cerda
Montero
Médica cirujana
especialista en
Informática Médica
Directora y Editora
General RMVS

Tratado de Libre Comercio

En un estudio anterior a partir de una muestra de médicos encuestados (Revista Acta Médica Costarricense, volumen 49, número 2 abril-junio 2007. Páginas 111-113), se encontró que gran mayoría de ellos, a pesar de decir conocer sobre el Tratado de Libre Comercio entre Costa Rica y Estados Unidos (en adelante TLC o Tratado), al profundizar sobre el tema reflejaron un desconocimiento al respecto en mayor o menor grado y sus decisiones se basan en información general que han recibido en sus centros de trabajo o en otros sitios.

Es por esta razón que la Revista Medicina Vida y Salud y el Colegio de Médicos, han decidido presentar en las próximas ediciones de la revista, hasta que se lleve a cabo el referendo, artículos sobre el TLC relacionados con el tema de la salud, que puedan servir de base para que cada uno de nosotros pueda formarse un criterio fundamentado en la base teórica establecida y que pueda apoyar la discusión en foros regionales o locales.

Es por esto que la revista, además, pondrá a disposición de los colegas médicos una sección para que envíen sus opiniones relacionadas con la materia en cuestión. Es requisito indispensable que los puntos de vista de los participantes sean objetivos, así como basados en principios éticos y morales y con el debido respeto hacia otros colegas.

Como medio de comunicación del gremio médico, consideramos de vital importancia que estemos informados sobre el tema y garantiremos igualdad para los diferentes criterios. No es objeto de esta iniciativa el crear polémica sobre si se debe votar a favor o en contra del TLC, sino solamente poner a disposición de los profesionales la literatura existente, crear un foro de discusión escrita y proveer un espacio para el intercambio de opiniones.

Además, informaremos sobre diversas fuentes accesibles a través de Internet en donde puede encontrarse mayor información al respecto, incluyendo el texto completo del Tratado, así como documentos de análisis presentados por diferentes comisiones (Informe de Notables, Informe de miembros de Junta Directiva de la CCSS en mayoría, Informe de miembros de Junta Directiva de la CCSS en minoría, etc.).

Es apropiado revisar todos los puntos del TLC para no solamente tener criterio en materia de salud; sin embargo, como miembros del Colegio de Médicos tenemos el derecho y el deber de estar bien informados y disponer del conocimiento apropiado y suficiente sobre el tema que directamente nos compete.

Hemos considerado la publicación de los artículos que se relacionan con propiedad intelectual, específicamente en cuanto a patentes de medicamentos y otros productos regulados, seguros y aspectos laborales. Para esta primera publicación transcribimos los siguientes artículos del Capítulo Quince: "Derechos de Propiedad Intelectual", contenidos en las páginas 15-14, 15-15 y 15-16 del Tratado: Artículo 15.9: Patentes, Artículo 15.10: Medidas Relacionadas con Ciertos Productos Regulados.

Es importante que teniendo el derecho y la oportunidad de participar en la decisión final sobre el Sí o el No al Tratado, los médicos externemos nuestro criterio, acudamos en mayoría al referendo y seamos parte de este histórico hecho.

Si algún miembro de nuestro colegio desea que se amplíe alguna información o nos envía sus dudas, buscaremos los mecanismos para que estas puedan ser contestadas.

Opiniones, comentarios, observaciones y sugerencias: direccionmvs@medicos.sa.cr

Derechos de Propiedad Intelectual

Tomado de “Tratado de Libre Comercio Artículo 15.9: (Patentes) y Artículo 15.10: (Medidas Relacionadas con Ciertos Productos Regulados)” para su análisis:

Artículo 15.9: Patentes

1. Cada Parte otorgará patentes para cualquier invención, sea de productos o de procedimientos, en todos los campos de la tecnología, siempre que la invención sea nueva, entrañe una actividad inventiva y sea susceptible de aplicación industrial. Para los efectos de este Artículo, una Parte podrá considerar las expresiones “actividad inventiva” y “susceptible de aplicación industrial” como sinónimos de las expresiones “no evidentes” y “útiles” respectivamente.
2. Nada en este Capítulo se entenderá como que impide a una Parte excluir de la patentabilidad invenciones según se establece en los Artículos 27.2 y 27.3 del Acuerdo ADPIC. No obstante lo anterior, cualquier Parte que no otorgue protección mediante patentes a las plantas a la fecha de entrada en vigor de este Tratado, realizará todos los esfuerzos razonables para otorgar dicha protección mediante patentes. Cualquier Parte que otorgue protección mediante patentes a plantas o animales a la fecha, o después de la entrada en vigor de este Tratado, deberá mantener dicha protección.
3. Una Parte podrá prever excepciones limitadas a los derechos exclusivos conferidos por una patente, a condición de que tales excepciones no atenten de manera injustificable contra la explotación normal de la patente ni causen un perjuicio injustificado a los intereses legítimos del titular de la patente, teniendo en cuenta los intereses legítimos de terceros.
4. Sin perjuicio del Artículo 5.A.(3) del Convenio de París, cada Parte establecerá que una patente puede ser revocada o anulada únicamente por las razones que

hubiesen justificado el rechazo al otorgamiento de una patente. Sin embargo, una Parte también podrá establecer que el fraude, falsa representación o conducta injusta, podrá constituir la base para revocar o anular una patente o considerarla inefectiva.

5. De forma consistente con el párrafo 3, si una Parte permite que una tercera persona use la materia de una patente vigente para generar la información necesaria para apoyar una solicitud de aprobación de comercialización de un producto farmacéutico o químico agrícola, esa Parte deberá garantizar que cualquier producto producido bajo dicha autoridad no será fabricado, utilizado o vendido en el territorio de esa Parte con fines diferentes a los relacionados con la generación de información para satisfacer los requisitos para la aprobación de comercialización del producto una vez que la patente haya expirado, y si la Parte permite la exportación, el producto será exportado fuera del territorio de esa Parte únicamente con el fin de satisfacer los requisitos de aprobación de comercialización de esa Parte.
6. (a) Cada Parte, a solicitud del titular de la patente, deberá ajustar el término de la patente para compensar por retrasos irrazonables en el otorgamiento de la patente. Para efectos de este párrafo, un retraso irrazonable deberá incluir al menos un retraso en la emisión de la patente de más de cinco años desde la fecha de presentación de la solicitud en el territorio de la Parte, o tres años contados a partir de la fecha de la solicitud del examen de la patente, cualquiera que sea posterior, siempre que los períodos

imputables a acciones del solicitante de la patente no se incluyan en la determinación de dichos retrasos.

- (b) Con respecto a cualquier producto farmacéutico que esté cubierto por una patente, cada Parte deberá prever una restauración del plazo de la patente para compensar al titular de la patente por cualquier reducción irrazonable del plazo efectivo de la patente como resultado del proceso de aprobación de comercialización relacionado con la primera comercialización del producto en dicha Parte.
7. Cada Parte hará caso omiso de la información contenida en las divulgaciones públicas utilizadas para determinar si una invención es nueva o tiene nivel inventivo si la divulgación pública (a) fue efectuada o autorizada por, o derivada de, el solicitante de la patente y (b) ocurrió dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de presentación de la solicitud en el territorio de la Parte.
8. Cada Parte proporcionará a los solicitantes de patentes al menos una oportunidad para presentar enmiendas, correcciones, y observaciones en relación con sus solicitudes.
9. Cada Parte establecerá que la divulgación de una invención reclamada debe considerarse que es suficientemente clara y completa si proporciona información que permite que la invención sea efectuada o utilizada por una persona diestra en el arte, sin experimentación indebida, a la fecha de la presentación.
10. Cada Parte proveerá que una invención reclamada está suficientemente apoyada por su divulgación, cuando esa divulgación le indique razonablemente a una persona diestra en el arte que el solici-



tante estuvo en posesión de la invención reclamada a la fecha de su presentación.

11. Cada Parte proveerá que una invención reclamada es susceptible de aplicación industrial si posee una utilidad específica, sustancial y creíble.

Artículo 15.10: Medidas Relacionadas con Ciertos Productos Regulados

1. (a) Si una Parte exige, como condición para aprobar la comercialización de nuevos productos farmacéuticos y químicos agrícolas, la presentación de datos no divulgados sobre la seguridad y eficacia, esa Parte no permitirá que terceros, que no cuenten con el consentimiento de la persona que proporciona la información, comercialicen un producto sobre la base de (1) la información o (2) la aprobación otorgada a la persona que presentó la información, por un período de al menos cinco años para productos farmacéuticos y diez años para productos químicos agrícolas desde la fecha de aprobación en la Parte.¹

(b) Si una Parte permite, como condición para aprobar la comercialización de nuevos productos farmacéuticos y químicos agrícolas, que terceros entreguen evidencia relativa a la seguridad o eficacia de un producto previamente aproba-

do en otro territorio, tal como evidencia de aprobación de comercialización previa, la Parte no permitirá que terceros que no cuenten con el consentimiento de la persona que obtuvo tal aprobación en el otro territorio previamente, obtengan autorización o comercialicen un producto sobre la base de (1) evidencia de aprobación de comercialización previa en el otro territorio o (2) información relativa a la seguridad o eficacia entregada previamente para obtener la aprobación de comercialización en el otro territorio por un período de al menos cinco años para productos farmacéuticos y diez años para productos químicos agrícolas a partir de la fecha en que la aprobación fue otorgada en el territorio de la Parte a la persona que recibió la aprobación en el otro territorio. Para poder recibir protección de conformidad con este subpárrafo, una Parte podrá exigir que la persona que provea la información en el otro territorio solicite la aprobación en el territorio de la Parte dentro de los cinco años siguientes de haber obtenido la aprobación de comercialización en el otro territorio.

(c) Para efectos de este párrafo, un producto nuevo es aquel que no contiene una entidad química que haya sido aprobada previamente en el territorio de la Parte.

(d) Para efectos de este párrafo, cada Parte protegerá dicha información no divulgada contra toda divulgación, excepto cuando sea necesario para proteger al público y ninguna Parte podrá considerar la información accesible en el dominio público como datos no divulgados. No obstante lo anterior, si cualquier información no divulgada sobre la seguridad y eficacia presentada a una Parte,

o a una entidad que actúe en representación de una Parte, para efectos de obtener la aprobación de comercialización, es divulgada por dicha entidad, la Parte aún deberá proteger dicha información contra todo uso comercial desleal tal como se establece en este Artículo.

2. Cuando una Parte permita, como condición para aprobar la comercialización de un producto farmacéutico, que otras personas que no sean la persona que presentó originalmente la información sobre seguridad o eficacia, se base en evidencia o información relativa a la seguridad y eficacia de un producto que fue previamente aprobado, tal como la evidencia de aprobación de comercialización previa en el territorio de una Parte o en otro país, dicha Parte:

(a) implementará medidas en su proceso de aprobación de comercialización con el fin de evitar que esas otras personas comercialicen un producto cubierto por la patente que abarca el producto previamente aprobado o su uso aprobado durante la vigencia de esa patente, a menos que sea con el consentimiento o aprobación del titular de la patente; y

(b) establecerá que el titular de la patente sea informado de la solicitud y de la identidad de cualquier otra persona que solicite aprobación para entrar al mercado durante la vigencia de una patente que se ha identificado que abarca el producto aprobado o su uso aprobado.

Fuentes

<http://www.asamblea.go.cr/tlc/tlc.htm>

<http://www.comex.go.cr/acuerdos/comerciales/CAFTA/textofoliado/default.htm>

¹ Cuando una Parte, en la fecha en que implementó el Acuerdo ADPIC, tenía en funcionamiento un sistema de protección contra usos comerciales desleales para los productos farmacéuticos o químicos agrícolas que no involucren entidades químicas nuevas, que otorgue un período de protección más breve que el especificado en el párrafo 1, la Parte podrá conservar tal sistema sin perjuicio de las obligaciones del párrafo 1.

¿Estaremos dando el poder a las máquinas?

Miles de ojos electrónicos nos vigilan

Las 24 horas del día, todos los días del año, las más diversas bases de datos electrónicas se encargan de recopilar información acerca de millones de personas alrededor del mundo. Por muchísimos años, la creación de estas reservas de información no ha contado con mecanismos de protección y vigilancia de los individuos y ahora las nuevas tecnologías existentes representan una importante amenaza a nuestra privacidad.



María del Mar Cerdas R.

Mientras uno inocentemente navega por Internet, una inmensa cantidad de información personal es registrada y conservada en complejos sistemas de cómputo. Poco a poco, se va creando nuestro perfil, con nuestras actividades, intereses y preferencias. Esos datos se pueden usar luego para investigar antecedentes, revisar historia de crédito, vendernos productos y tomar muchas otras decisiones que afectan nuestra vida diaria. Pero allí no termina la lista de maneras en que se puede invadir el ámbito privado que antes creíamos protegido. Existen muchos otros instrumentos que pueden convertirse en enemigos de nuestra vida privada, entre ellos teléfonos celulares, cámaras vigilantes, tarjetas electrónicas y muchos más.

Aunque esto no debe conducir a satanizar ni la red mundial ni los aparatos tecnológicos que cada día aparecen en el mercado, diversos expertos afirman que al detenerse a pensar acerca de la cantidad de formas en que se pueden obtener datos personales a través de los medios electrónicos, es fácil sentirse pesimista ante la perspectiva de la privacidad en la era de la información.

Como señala Bob Sullivan en un artículo para la cadena MSNBC, titulado "Privacidad perdida: ¿A alguien le importa?" (*Privacy Lost: Does anybody care?*), "las migajas de pan digitales que se dejan por todas partes hacen que sea fácil para desconocidos reconstruir quién es, adónde está y qué le gusta a una persona. En algunos casos, una simple búsqueda en Google puede revelar nuestro pensamiento. Le guste o no, cada vez más vivimos en un mundo donde simplemente no se puede guardar un secreto".

Celulares peligrosos

En el artículo "¿Está la tecnología convirtiendo a la privacidad en una especie en peligro de extinción?" (*Is technology turning privacy into an endangered species?*), de Mohamad Mova Al 'Afghani, se hace referencia a los casos de difusión de fotografías de celebridades, tomadas con teléfonos celulares, pero deja claro que "este es solo el comienzo del fenómeno de la pérdida de privacidad".

Para este autor, las cámaras en celulares son el ejemplo más común y visible, pero son solo una mínima parte a la que se suman otros aparatos y herramientas nuevas que sin duda contribuirán al problema, como el monitoreo con vídeo en aeropuertos y centros comerciales, imágenes tomadas por satélite y el uso de dinero electrónico, como tarjetas de crédito y débito.

El experto David H. Holtzman, en su libro "Privacidad perdida: Cómo la tecnología amenaza su privacidad" (*Privacy Lost: How Technology Is Endangering Your Privacy*), enumera cinco características de la tecnología que contribuyen al deterioro de la privacidad: buscar y manipular datos es barato y rápido; todas las computadoras con acceso a Internet están conectadas; la sencillez de almacenar, duplicar y distribuir

El caso Google

Google, principal motor de búsqueda de datos en Internet, decidió en marzo de 2007 hacer anónimos datos personales que recibe de las búsquedas que hacen sus usuarios. El grupo guardaba esta información por tiempo indefinido, pero ahora pasará a ser anónima después de 18 a 24 meses.

Si bien muchos aplaudieron la iniciativa de Google, otros como Ari Schwartz, director del Centro para la Democracia y Tecnología, señaló que los gobiernos aún podrían obligar a Google a conservar la información o incluso a entregársela a las autoridades.

Al dar este paso, Google busca un balance entre dos de sus objetivos: continuar mejorando los servicios que brindan y ser más transparentes y confiables sobre sus prácticas de retención.

Google recopila y guarda datos de cada búsqueda y conserva información, tal como las palabras de la búsqueda, la dirección de la computadora (IP) y detalles de cómo los usuarios realizan las búsquedas.

Toda esta información puede contener datos privados del usuario que pueden usarse para crear una imagen detallada de sus hábitos o estilo de vida. Sin embargo, Google asegura que solo utilizaba esta información para mejorar los distintos servicios que brinda y monitorear el funcionamiento de su motor de búsqueda.

Los grupos que promueven la protección de la privacidad se muestran preocupados por el uso que se les puede dar a los datos obtenidos por Google y otras firmas en la Red para monitorear los hábitos en línea de las personas.

Richard Clayton, investigador de la Universidad de Cambridge dijo que la verdadera razón por la que Google guardaba la información por períodos indefinidos, es por lo costoso que resulta volverla anónima.

Fuente: BBC NEWS, "Privacy bodies back Google step", 15 de marzo, 2007.



datos significa que estos nunca desaparecen; todo lo público se registra; el acto de etiquetar electrónicamente vincula el mundo cibernético con el físico.

Lo anterior facilita que la intromisión en la vida diaria y en las costumbres de la gente sea algo cada vez más común. En algunos casos, esa penetración puede parecer inofensiva, como cuando se realizan perfiles de consumo para colocar determinados productos; o más invasiva, como cuando la Administración estadounidense justifica medidas con la protección de la seguridad nacional, como parte de la lucha antiterrorista.

Ninguna de estas actividades sería posible sin los desarrollos en la disponibilidad de sofisticadas tecnologías de información, elaboradas especialmente para penetrar rápidamente la maraña de datos en la que vivimos hoy.

El desarrollo tecnológico de los últimos tiempos llega lejos. Al 'Afghani afirma que se han desarrollado sensores cada vez más pequeños y capaces de detectar desde los latidos del corazón hasta niveles de glucosa y tipos de sangre. A esto se suma la útil herramienta conocida como Sistema de Posicionamiento Global (GPS, por sus siglas en inglés) que, al ser un sistema global de navegación por satélite, permite situarse y orientarse en cualquier lugar del mundo. Sin embargo, al utilizarlo, la latitud y longitud del usuario se vuelven disponibles para otros a través del servidor principal. Lo mismo ocurre al usar un teléfono celular del sistema GSM, ya que la ubicación del que llama es rastreable a través de la antena más cercana de la Estación BTS (Base Transceiver System).

Tecnología impresionante

Quizás uno de los desarrollos más impactantes es el uso de identificación por radiofrecuencia (RFID, por sus siglas en inglés). Este sistema almacena y recupera datos remotos y usa dispositivos denominados "etiquetas" o "tags" RFID.

Según Wikipedia, "el propósito fundamental de la tecnología RFID es transmitir la identidad de un objeto (similar a un número de serie único) mediante ondas de radio". Las etiquetas RFID pueden utilizarse como un código de barras conectado a una red donde se almacena la información del dueño de la etiqueta. En el pasado se han utilizado para encontrar mascotas perdidas e incluso se han implantado en humanos para reemplazar tarjetas magnéticas.

Ephraim Schwartz, en su artículo "Tecnología versus privacidad: Encontrando el balance correcto" (*Technology Versus Privacy: Finding the Right Balance*), sostiene que "todas las tecnologías que de una manera u otra invaden la privacidad, se basan en la premisa de que los beneficios de tal abuso sobrepasan los deméritos".

El autor aclara que si bien este argumento se ha usado a menudo, sobre todo en Estados Unidos (EE.UU.), para justificar intromisiones del gobierno, llega a ser aceptable también en la empresa privada. Tal es el caso de Control Module Inc. (CMI), empresa especializada en control de

ingreso de los trabajadores a las empresas, que en enero de 2007 anunció la introducción de las primeras etiquetas RFID para la administración de su fuerza laboral.

Según informó CMI a la prensa, las etiquetas "identifican, rastrean, monitorean y protegen a las personas y los bienes". Quienes defienden este mecanismo afirman que permite proteger a los empleados con el llamado "control de máquinas", que asegura que maquinaria peligrosa no pueda ser operada por personas no autorizadas. Aquí es donde entra en función la etiqueta RFID, ya que contiene un número de empleado que está ligado a un directorio con indicaciones acerca de quién tiene acceso a qué.

Las etiquetas también registran el ingreso y salida de los empleados y rastrean su ubicación. Pueden determinar si uno de los empleados se toma demasiado tiempo en el baño o prolonga su tiempo libre, o si es demasiado lento en sus labores. También se puede saber en qué zonas de la compañía anduvo durante el día. Por último, permite determinar la ubicación de las existencias y saber si alguien sin autorización sale de la empresa con una pieza de equipo.

Ante las posibilidades que abre esta medida, Schwartz advierte que "en el constante esfuerzo por crear sistemas perfectos utilizando tecnología estamos en peligro de deshumanizar a las personas. La tecnología, al menos hasta la fecha, todavía mide las cosas como encendido y apagado, blanco y negro, y por ende, bien o mal. Pero las personas no son así. Temo que renunciaremos a nuestra habilidad de tomar este tipo de decisiones humanas si dependemos únicamente de la tecnología para que decida por nosotros"

Conservar lo privado

Todos estos "chips", cámaras, sensores, tarjetas y demás medios electrónicos contienen información sobre los individuos, como estados de cuenta bancarios, registros médicos, historial de compras y hasta la ubicación exacta en un momento determinado.

Como si fuera poco, además de estos dispositivos, que muchos desconocen, la gente abre las puertas de sus vidas privadas colocando información personal en Internet, blogs, videos y podcasts. Al pensarlo con detenimiento, hay quienes invitan a su casa a miles de desconocidos contándoles sus gustos, mostrándoles fotografías de su familia y hasta comunicándoles qué sitios les gusta visitar y los planes de fin de semana o vacaciones.

Lo anterior, además de las palabras utilizadas en los buscadores, proveen información fácil de rastrear que se almacena y puede usarse para determinar afiliaciones políticas, creencias y prácticas religiosas, preferencias de consumo y mucho más. Lo más irónico es que, contrario a los mecanismos convencionales de vigilancia, las potenciales víctimas hacen estas actividades que amenazan su privacidad, voluntariamente.

El creciente temor de quienes buscan preservar la privacidad amenazada por estos métodos y medios, puede tener antecedentes interesantes, especialmente en Europa

donde se han obtenido mayores logros en el tema. Y es que durante el Holocausto en la Segunda Guerra Mundial, los nazis utilizaron registros públicos y de iglesias para identificar a los judíos que luego enviaron a los campos de concentración.

Según lo explican expertos como la profesora Latanya Sweeney, de la Universidad de Carnegie Mellon en Pittsburgh, EE.UU., en el futuro muy cercano se vislumbran formas que definitivamente protegerán la privacidad personal aún con las numerosas bases de datos y sistemas automatizados que funcionan alrededor del mundo.

Sin embargo, advierte que “la tecnología por sí sola no puede proveer la respuesta total”. Aconseja que para dar verdaderas soluciones, herramientas como la llamada tecnología del anonimato (que permite mantener la privacidad) deben ir de la mano con políticas públicas adecuadas.

Al igual que Sweeney, muchos otros especialistas sugieren adoptar una visión realista al hacer una comparación entre la privacidad y asuntos vitales como seguridad, derechos y desarrollo económico.

La discusión acerca de este tema no es en vano. De cualquier perspectiva que se mire, siempre hay ventajas y desventajas imposibles de ignorar. Mova Al ‘Afghani prevé que, en el futuro, la protección de la seguridad se habrá erosionado tanto que mucho de lo que hoy día se consideran violaciones a la privacidad dejen de considerarse delitos.

Uno de los primeros problemas que surge al hablar de la pérdida de la privacidad es la posibilidad de que la información se use para vigilar. “Aparece el tema clásico de que el poder tiende a corromper”, dice Mova Al ‘Afghani. “Si todos estamos siendo observados, ¿quién supervisa a los supervisores?”

El robo de identidad, a menudo realizado mediante Internet, es otra situación negativa que ya se da. El mismo autor sugiere que un tercer problema sería una brecha de privacidad entre ricos y pobres, ya que protegerse resultaría costoso, accesible únicamente para personas adineradas.

Protección mundial

Cuán preparadas están las distintas sociedades para cuidar la información privada que se almacena en distintos sitios, varía enormemente. A nivel internacional, la privacidad está protegida bajo la Declaración Universal de Derechos Humanos, pero a menudo esta no es suficientemente fuerte como lo serían leyes locales.

Mova Al ‘Afghani explica que en EE.UU. la privacidad se protege rigurosamente a través de la Cuarta Enmienda y varias sentencias de la Corte Suprema de Justicia. En muchos otros países, la protección es mínima o inexistente.

Las reacciones populares ante la amenaza a su privacidad quedó retratada en 2002 en una encuesta que condujo “The Pew Research Center for People and the Press”. Según informó Bob Sullivan en el artículo “Privacidad perdida: Discurso y acciones a polos de distancia” (*Privacy Lost:*

Talk, actions poles apart), los investigadores descubrieron que con solo eliminar una palabra de una pregunta, la respuesta obtenida era totalmente diferente.

Un ejemplo interesante. Al preguntar si “se le debería permitir al gobierno leer correos electrónicos y escuchar llamadas telefónicas para pelear contra el terrorismo”, un 33 por ciento respondió afirmativamente. Sin embargo, si la pregunta era “se le debería permitir al gobierno leer sus correos electrónicos y escuchar sus llamadas telefónicas para pelear contra el terrorismo”, solo 22 por ciento dijo que sí. La conclusión fue que está bien que el gobierno violente la privacidad de otros mientras, pero que no lo haga con la propia.

En Europa el asunto de la privacidad se maneja de modo muy diferente. El mismo Bob Sullivan, en el artículo “Privacidad perdida: UE, EE.UU.: las leyes varían inmensamente” (*Privacy Lost: EU, U.S. laws differ greatly*), habla de distintas medidas tomadas a lo largo del continente. Entre ellas, que no se puede recolectar información personal sin el permiso del consumidor y que este tiene el derecho de ver la información y corregir cualquier error; las empresas que procesan datos deben registrar sus actividades con el gobierno; los empleadores no pueden leer los correos electrónicos privados de sus empleados, y las empresas no pueden compartir información personal sin el permiso expreso del sujeto.

Estas y otras medidas nacen de la Directriz de la Unión Europea de Protección de Información de 1995, que obligaba a cada nación de la UE a pasar una ley nacional de privacidad y a crear una Autoridad de Protección de Información para proteger la privacidad de los ciudadanos e investigar ataques a ella. Si bien los logros alcanzados en Europa evidencian las carencias en EE.UU. y otras partes del mundo, aún en ese continente queda mucho por hacer.

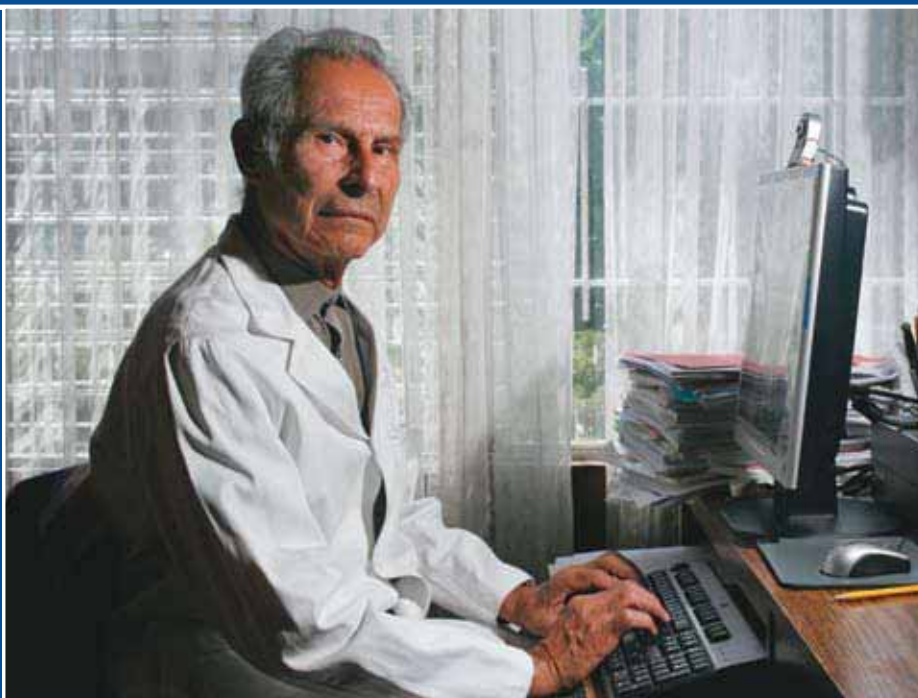
Los múltiples intentos por defender la privacidad sin sacrificar los beneficios de tener acceso a datos personales continúan. Al plantear posibles alternativas, Solove defiende que los métodos existentes para proteger la privacidad fracasan porque dependen de que los individuos arreglen situaciones que ni siquiera saben que existen. Él llama a un cambio sistemático y propone ideas para revitalizar la arquitectura de la recolección de información.

Fuentes: Royal Academy of Engineering, “We can have ‘win-win’ on security vs. privacy, says Academy”, 29 de marzo, 2007. Bob Sullivan, “Privacy Lost: Does anybody care?”, MSNBC, 17 de octubre, 2006. Bob Sullivan “Privacy Lost: Talk, actions poles apart”, MSNBC, 19 de octubre, 2006. Bob Sullivan, “Privacy Lost: EU, U.S. laws differ greatly”, MSNBC, 19 de octubre, 2006. Mike Stuckey, “Where rubber meets the road in privacy debate”, MSNBC, 20 de octubre, 2006. David H. Holtzman, “Privacy Lost: How Technology Is Endangering Your Privacy”, Jossey-Bass, octubre, 2006. Jennifer Granick, “Face It: Privacy Is Endangered”, Wired, 7 de diciembre, 2005. Mohamad Mova Al ‘Afghani, “Is technology turning privacy into an endangered species?”, KerryCollision.net, 20 de octubre, 2006. Daniel J. Solove, “The Digital Person: Technology And Privacy In The Information Age”, New York University Press, diciembre, 2004. Cameron Sturdevant, “Individual Privacy Is Endangered Species”, eWEEK, febrero, 2002. Matthew Hamblen, “Privacy Technology: A Question of Trust”, Computerworld, 14 de octubre, 2002.

Dr. Daniel Pizarro Torres

Persistencia
y creatividad
al servicio
de los otros

La “solución Pizarro”
para hidratación
rápida salva miles de
vidas en todo el orbe.
Quien al principio
no tenía interés por
la Medicina llegó a
ser un reconocido
profesional a
nivel mundial.



María del Mar Cerdas R.

En 1945, un año después de que estalló la bomba atómica en Hiroshima, el joven Daniel Pizarro se interesó enormemente en todo lo que estuviera relacionado con el átomo. Su aspiración principal era estudiar física nuclear. No obstante, los medios económicos de sus padres no le permitían cursar carrera alguna.

En 1951, sin embargo, se le presentó una oportunidad de realizar estudios superiores, aunque en un área muy distinta a la que deseaba. Rápidamente, el joven Pizarro la tomó. Al no existir facultad de Medicina en la Universidad de Costa Rica (UCR), este centro educativo creó 10 becas para formar médicos en el extranjero. Entre un total de 40 aspirantes, Pizarro consiguió una beca y eligió la Universidad Nacional Autónoma de México, donde estudió entre 1952 y 1958. Su tesis sobre la enfermedad de Parkinson, según él mismo recuerda, mereció una mención honorífica.

“A pesar de la diferencia entre lo que me hubiese gustado estudiar y lo que ter-

miné estudiando, me comenzó a gustar la Medicina”, comenta el Dr. Pizarro.

Aprovechar las oportunidades

Al regresar, recién graduado en México, comenzó a trabajar con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en el dispensario de Puerto Limón. En 1960 hizo el internado en el Hospital Calderón Guardia y paralelamente llevó un curso de Medicina Interna. Luego volvió a trabajar nuevamente en el dispensario en Limón.

En esa misma provincia, fue médico de la lucha antivenérea, liderada por el Ministerio de Salud. Su servicio social, que consistió en visitar el dispensario de la CCSS en la finca 2 en el Valle de la Estrella, le sirvió para incorporarse al Colegio de Médicos.

A principios de 1964 se presentó otra de esas oportunidades que no esperaba ni buscaba. El Instituto Mexicano de Seguro Social ofreció becas para que dos costarricenses fueran a ese país a estudiar Pediatría. Pizarro y el Dr. Pablo Sibaja respondieron al llamado,

y ambos ganaron el pase al instituto, ubicado en el Distrito Federal, para estudiar de 1964 a 1967.

“Tampoco había contemplado antes la posibilidad de la Pediatría”, comenta el médico. “Más bien me agradaba la consulta externa con embarazadas y diabéticos, asmáticos e hipertensos, es decir, con enfermedades crónicas. Aunque también había que hacer pediatría, nunca fue algo que me entusiasmará particularmente”. Pero ante la posibilidad de especializarse, Pizarro se empleó a fondo para obtener el mejor resultado y lo logró con creces.

El departamento de enseñanza del hospital de Pediatría lo calificó como el mejor residente del grupo, y hasta le ofrecieron quedarse a trabajar con ellos. Sin embargo, como había sido posible que Pizarro se especializara en México gracias a un permiso sin goce de salario emitido por la CCSS, la condición era que regresara a trabajar con esa institución. Además, según recuerda, los sindicatos se oponían a que se contratara a un extranjero. Ante tanta negativa, el médico ni siquiera buscó la forma de permanecer allí.

Así que en 1967 retornó al país a hacer la residencia en el Hospital de Niños. A pesar de que al mismo tiempo que era residente ya había ganado un concurso para trabajar como pediatra con la CCSS, Pizarro quería cumplir con el requisito de realizar el internado. Lo concluyó aún después de que un colega le aclaró que no era necesario, debido a un convenio con las universidades de México para que los especialistas graduados en ese país ejercieran directamente.

A pesar suyo

Pizarro exploró la posibilidad de trabajar permanentemente en el Hospital de Niños, pero según recuerda, los jefes del centro -que aún no pertenecía a la CCSS- le ofrecieron condiciones poco aceptables. Pasó entonces a trabajar en numerosas clínicas de la CCSS.

En 1970, se nombró al Dr. Guillermo Robles como Jefe de Pediatría del Hospital México y él llamó a un grupo de pediatras

para formar parte del equipo de esa sección del hospital; Pizarro estaba entre ellos.

Cuatro años más tarde, el Hospital de Niños pasó a manos de la CCSS y los directivos del momento decidieron eliminar la duplicidad de servicios entre ese centro médico y el México. El paso siguiente fue trasladar a gran parte de los pediatras hasta el centro especializado en menores, donde los jefes de departamento eligieron cuáles médicos trabajarían con ellos. El Dr. Elías Jiménez, Jefe de Hematología y de Medicina 3, solicitó la presencia de Pizarro como su asistente.

Ese mismo año apareció otra oportunidad poco esperada e incluso poco atractiva a primera vista. El Jefe del Servicio de Emergencias del Hospital de Niños renunció y el Dr. Mohs le solicitó a Pizarro en tres ocasiones que ocupara la plaza vacante.

“Al igual que con Medicina y Pediatría al principio, Emergencias no me llamaba la atención. Por eso rechacé la oferta tres veces”, dice Pizarro. “Al final di el sí, cuando el Dr. Mohs me dijo que necesitaba que aceptara el puesto, aunque no me gustara. Estuve ahí 14 años”.

Cambios en la rehidratación

En 1977, el Dr. Mohs le solicitó a Pizarro que cambiaran el sistema de rehidratación de niños deshidratados por diarrea, apoyándose en un trabajo realizado en Brasil. El esquema previo, establecido en toda América Latina, rehidrataba en 24 horas. El nuevo método lo hacía en seis horas.

A finales de ese año, investigadores de la Universidad de Maryland, EE.UU., visitaron el Hospital de Niños para presentar un nuevo método de rehidratación. Los doctores Myron Levine y David Nalin proponían aplicar una solución oral en lugar del sistema intravenoso tradicional.

“Cuando ellos se fueron, yo no creía en el método y en parte deseaba que fracasara, porque iba en contra de lo que sabíamos”, admite Pizarro. “Pero me dijeron que querían que siguiera con la experiencia, así que me vi obligado a probar el método. Al final me convenció el éxito”.

DATOS IMPORTANTES

- **Nombre:** Daniel Pizarro Torres
- **Estado civil:** Casado con Teresita Cerda
- **Lugar de nacimiento:** Santa Cruz, Guanacaste
- **Fecha de nacimiento:** 8 de noviembre, 1932
- **Hijos:** Javier Alejandro, investigador en el Instituto Pasteur, París. Carolina, MBS en INTEL, Costa Rica. José Ignacio, licenciado en dibujo publicitario y residente en México.
- **Estudios:** Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; Hospital de Pediatría, Instituto Mexicano del Seguro Social; Centro Médico Nacional, México, D.F..
- **Entre otros:** profesor asociado de Pediatría, Escuela de Medicina, UCR; profesor catedrático de Pediatría, Escuela de Medicina, UCR; miembro del Comité de Farmacoterapia, CCSS; miembro de la Comisión de Control de Cólera y Diarreas, y de la Comisión de Dengue, Ministerio de Salud y CCSS; miembro fundador de la Academia Nacional de Medicina de Costa Rica; miembro de número de la Academia Nacional de Ciencias de Costa Rica; miembro de la New York Academy of Sciences.

Pizarro recibió el Premio Nacional de Medicina Dr. Weinstock por sus giras por el país. Su hijo Javier ganó el Clorito Picado por sus investigaciones en biología molecular.

Durante un año, se aplicaron los nuevos conocimientos; con los resultados obtenidos, el Dr. Pizarro y el Dr. Nalin redactaron un informe que se publicó en Ginebra en el boletín de la Organización Mundial de la Salud.

Esta práctica apenas comenzaba y todas las publicaciones anteriores se referían a su uso primero en adultos, luego en escolares mayores, en escolares menores y en preescolares; siempre era exitoso. No obstante, no había experiencia en menores de tres meses.

“Por nuestra inquietud de probar el método que antes no nos convencía y que ahora apoyábamos, comenzamos a rehidratar niños cada vez más pequeños, hasta que logramos rehidratar a 40 recién nacidos menores de un mes”, narra Pizarro.

El éxito fue total, por lo que se le comunicó nuevamente al Dr. Nalin. Se redactó otro informe con el que Nalin viajó a Londres para hablar personalmente con el director de la prestigiosa revista médica “The Lancet”. Luego de convencerlo de que se trataba de información muy importante, el artículo se publicó en diciembre de 1979. Para Pizarro, significó la mayor satisfacción en medicina hasta ese momento.

“Pedí con mucha arrogancia que se publicara en “The Lancet”, porque en el siglo XIX a los pacientes deshidratados por el cólera se les hacía cosas tremendas, como sangrías y enemas con antiséptico”, explica Pizarro. “Pero en 1832, un médico inglés publicó en “The Lancet” los resultados de un nuevo tratamiento, que desarrolló al ver que lo que se hacía hasta entonces era una barbaridad”.

El inglés trató a los pacientes con un líquido aplicado en las venas, compuesto por una fórmula elaborada en la farmacia que contenía los mismos elementos que el paciente perdía en las heces. Así salvó a 16 personas que llegaron moribundas a su hospital.

Innovador sistema que salva vidas

Al investigar sobre los alcances de la rehidratación oral, el Dr. Pizarro encontró que era efectiva en niños con sodio muy

alto y muy bajo en la sangre, potasio muy alto y muy bajo, acidosis extremas y niños desnutridos. Al no existir ninguna publicación que hablara de la resolución de esos problemas mediante la rehidratación oral, el grupo del Dr. Pizarro envió los resultados a varias revistas como el “Journal of Pediatrics” y “Archives of Disease of Children”.

El Dr. Norbert Hirshhorn dio una conferencia titulada “Records Guinness de la rehidratación oral” y le comunicó al Dr. Pizarro que quería incluir los resultados de sus pacientes en la ponencia. Fue así como cuatro de los récords fueron del Hospital Nacional de Niños: mayor y menor sodio en sangre, mayor potasio en sangre y mayor acidosis.

El mismo Dr. Hirshhorn era asesor del Ministerio de Salud de Egipto y encontró que en un hospital de El Cairo moría el 27 por ciento de los niños con diarrea en la sala de recién nacidos. Ahí usaban la rehidratación endovenosa.

Hirshhorn envió una carta a un gran pediatra nefrólogo de un hospital de Nueva York y otra al Jefe de Emergencias del Hospital de Niños, Daniel Pizarro, preguntándoles a ambos cómo se podía bajar la mortalidad en recién nacidos por diarrea. El primero respondió que no se podía hacer nada, más allá de usar las técnicas recomendadas. Pizarro le presentó la alternativa de la rehidratación por vía oral y, tras implementarla, el centro egipcio logró bajar la mortalidad a un siete por ciento.

Con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Pizarro viajó por América Latina para buscar establecer en todos los países el método de rehidratación oral. También trabajó en ello con la OMS en Filipinas, España y Egipto. Todos los países latinoamericanos, excepto las Antillas de habla inglesa y las Guayanas, adoptaron el sistema.

Solución con nombre tico

A pesar del éxito alcanzado, aún había pacientes a los que por vómitos o diarreas profusas no se podía rehidratar por vía oral. Como respuesta a este inconveniente, el Dr.

Pizarro diseñó una solución idéntica a la que se daba por vía oral, pero para usarla por vía endovenosa. Él la llamó “solución 90”.

En sus viajes por América Latina, propuso que se usara esa fórmula cuando la vía oral dejaba de ser una opción. Al llegar el cólera a Perú, esta solución diseñada para niños se usó en 150.000 pacientes adultos con éxito total.

El médico que adoptó la fórmula en Colombia la bautizó “solución Pizarro” y desde entonces así se le conoce en toda América Latina, con excepción de Costa Rica donde se le llama con el nombre original de “solución 90”.

Al recorrer el país como asesor del Ministerio de Salud y de la CCSS para entrenar a los médicos en el tratamiento de las diarreas, aquellos que trataban a adultos se resistieron a usar el método. Según dice Pizarro, solo la Dra. Anabelle Alfaro, de Emergencias del Hospital de Alajuela, lo aceptó.

Años más tarde, basándose en que la fisiopatología del dengue hemorrágico es muy parecida al cólera en cuanto a los niveles de deshidratación, cuando aparecieron en el país los primeros casos, Pizarro propuso tratar esta enfermedad con el mismo método que había sido exitoso en los casos de cólera. Nuevamente recorrió el país propagando la técnica.

Pizarro, junto con la Dra. Alfaro, implementaron el tratamiento y la médico se convirtió en la jefa de rehidratación de dengue, con la asesoría de Pizarro y el trabajo de un equipo de médicos y enfermeras. Ellos son quienes actualmente tratan los casos de dengue hemorrágico en los hospitales periféricos.

El conocimiento sobre el tratamiento de esta enfermedad los ha llevado como invitados para implantar el método en El Salvador, Honduras y República Dominicana.

Desde 1992, el Dr. Pizarro se retiró de su trabajo con la CCSS, pero aún asesora a la institución y al Ministerio de Salud. Sincero, autocrítico y con una gran humildad, muchos compatriotas desconocen su gran aporte a la salud mundial.

Sinovitis transitoria de cadera en niños:

Un diagnóstico de exclusión

Dr. Tobías Ramírez Rojas

Médico cirujano especialista en Ortopedia y Traumatología
Especialista en Ortopedia y Traumatología Pediátrica
Jefe Clínica de Ortopedia Hospital Nacional de Niños, CCSS
Catedrático de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED)
Profesor de Posgrado, Universidad de Costa Rica

Dr. Diego Castro Sánchez

Médico cirujano, Universidad Iberoamericana (UNIBE)
Médico Asistente General
Area de Salud de Aguas Zarcas, CCSS

Resumen

El diagnóstico de sinovitis transitoria de cadera en relación con otras patologías puede resultar difícil cuando no se tienen claros los criterios clínicos de esta enfermedad. Diversos autores han tratado de establecer algoritmos que permitan realizarlo de forma más certera.

Padecimientos como el Legg-Calvé-Pérthes y la artritis séptica de cadera suelen ser las entidades más importantes que se deben descartar antes de pensar en una sinovitis.

La presente revisión pretende aclarar ciertos aspectos que ayuden a efectuar un diagnóstico apropiado en el momento que se presenten pacientes pediátricos a la consulta y que refieran, ya sea por medio de la anamnesis o el examen físico, dolor, claudicación o limitación funcional de la cadera.

Palabras claves: Artritis séptica de cadera (ASC), Legg-Calvé-Pérthes (ELCP), sinovitis transitoria de cadera (STC).

Introducción

La sinovitis transitoria de cadera es un padecimiento de etiología ignorada, conocida también como coxitis fugaz, cadera fantasma, cadera de observación y epifisitis transitoria, la cual cursa generalmente con dolor, limitación para deambular y que se presenta con más frecuencia en niños entre los 3 y los 10 años de edad^{1,2}. Es

muy importante para llegar a este diagnóstico que se excluyan primero otros padecimientos que tienen una peor evolución y pronóstico, como son la osteonecrosis idiopática de la cabeza femoral (enfermedad de Legg-Calvé-Pérthes) y la artritis séptica de cadera¹, entre otros.

Muchos autores consideran a la sinovitis como la causa más frecuente de dolor en la cadera en el niño. Aunque se desconoce la causa específica de este padecimiento, múltiples factores pueden estar implicados en su desarrollo, como por ejemplo traumatismos, trastornos alérgicos y antecedentes de infecciones en vías respiratorias superiores (IVRS)

Clínica Diagnóstico Diferencial

Para realizar un diagnóstico preciso en estos pacientes, se deben tomar en cuenta aspectos de clínica, química sanguínea y radiología, ya que como se explicó, el dictamen se hace excluyendo en primera instancia otras patologías más severas^{1,3}.

Generalmente, los niños suelen acudir a los servicios de salud con historia de inicio agudo de dolor en alguna cadera (muchos suelen indicar historia de traumas en miembros inferiores, IVRS en días previos o incluso problemas alérgicos²). Presentan secundariamente una marcha álgica (“cojera” del lado afectado). Por lo demás, clínicamente cursan con buen estado general; la sintomatología debe desaparecer en 5-7 días sin dejar secuelas. La persistencia de claudicación

Cuadro No. 1		
PMN	90%	Mayoría
Bacterias	Ninguna	50% +s
Cultivos	Negativo	75% +s
Proteína	1,8 g/100 mL	4 g/100 mL
Leucos	0-200	50.000 a 100.000

Cuadro No. 2		
Glucosa	20 mg/100 mL por debajo del sérico	30-50 mg/100 mL

o dolor nos debe hacer sospechar alguna otra patología.

Al examen físico, existe limitación al realizar flexión, abducción y rotación externa (Maniobra FABERE²) de la cadera en estudio.

La química sanguínea es primordial para realizar el diferencial con una artritis séptica y las incidencias radiológicas son importantes principalmente para dar seguimiento en las semanas siguientes.

Generalmente, en este padecimiento no existen cambios significativos en el laboratorio

ni lesión radiológicamente detectable en la epífisis femoral proximal 2.

A) Artritis séptica de cadera:

Usualmente, los pacientes que presentan esta enfermedad refieren ataque al estado general (“fascies de sepsis”). Se encuentran los mismos síntomas y signos que en una sinovitis; sin embargo, existen 4 diferencias básicas^{3,4}. Kocher et al.^{5,6}, las definen de la siguiente forma:

- Historia de fiebre (temperatura oral mayor a 38,5°C).
- Recuento de leucocitos mayor de 12.000/mm³
- Velocidad eritrosedimentación (VES) mayor de 40mm/hr
- Incapacidad para apoyar peso en el miembro afectado.

Como diagnóstico definitivo, se realiza una punción articular, de donde se extrae material purulento y que al cultivarse muestra crecimiento bacteriano³.

Debe considerarse que, inicialmente en algunas ocasiones, la muestra puede resultar negativa, por lo cual se debe repetir el procedimiento hasta que el cultivo resulte positivo.

También se utilizan otros reactantes de fase aguda como los niveles de proteína C reactiva (PCR), que suelen encontrarse por encima de 20 mg/l ³.

Las radiografías inicialmente son negativas y, posteriormente, podrían mostrar una subluxación por aumento de volumen en la cavidad articular y más tardíamente, destrucción en diferentes grados de la cadera. El ultrasonido muestra una colección (presencia de líquido) intraarticular. Dado lo anterior, se considera como una emergencia clínico-quirúrgica, que debe ser tratada rápida y correctamente.

B) Enfermedad de Legg-Calvé-Pérthes

Este padecimiento se caracteriza por presentar una necrosis avascular idiopática de la cabeza femoral en el niño². Es más frecuente entre los 3 y los 7 años, y su incidencia es mayor en el sexo masculino.

En el año 1913, Pérthes define la enfermedad que lleva su nombre como una condición no inflamatoria de curso limitado que afecta la epífisis femoral proximal con estadios de degeneración y regeneración, los cuales conllevan a la restauración total o parcial del núcleo óseo².



Muchos autores consideran que la STC es la manifestación inicial de la ELCP, pero muy raramente constituye una causa demostrable. Otras teorías señalan que aproximadamente un 4% de pacientes que cursan con STC evolucionan a ELCP ².

Clínicamente, existe historia de cojera “antiálgica”, de inicio insidioso, varias semanas de evolución y el dolor, que se puede presentar en el área inguinal, muslo o la rodilla; aumenta con la actividad física y cede con el reposo⁷.

Al examen físico, se encuentra limitación a la abducción y la rotación interna de la cadera. Puede observarse, en algunos casos, atrofia muscular en el muslo.

El diagnóstico, puede confirmarse tempranamente por medio del gamma óseo, que muestra zonas de hipocaptación de la cadera. Posteriormente, las radiografías mostrarán, a las semanas, zonas de necrosis en la cabeza femoral, las cuales inicialmente no estaban presentes en tales radiografías.

Por lo general, estos pacientes no suelen asociar otros síntomas clínicos.

C) Otros diagnósticos diferenciales

Deben descartarse otros padecimientos cuando no haya compatibilidad entre los diversos métodos diagnósticos y la clínica no sea muy clara.

La sinovitis vellonodular pigmentada, que es un tipo de sinovitis que se presenta en el tejido subsinovial alrededor de las articulaciones mayores en las extremidades inferiores (principalmente en rodilla y cadera) y que suele imitar a un tumor histiocítico es un diagnóstico diferencial ⁹.

La osteomielitis sub-aguda del cuello femoral, que suele presentarse posteriormente a un cuadro agudo que no fue tratado adecuadamente o que no fue diagnosticado en forma precisa, produce coxalgias en estos pacientes. Las radiografías muestran, por lo general, secuestros

articulares y zonas de osteólisis, rodeados por tejido óseo denso¹⁰.

Displasias evolutivas de cadera que no se detectaron en los primeros meses de edad y que provocan cojera en los pacientes cuando estos empiezan a caminar¹⁰, es otro diagnóstico diferencial de las sinovitis.

Traumas de cadera, fracturas, diversas artropatías inflamatorias (artritis monoarticular reumatoide), pacientes con fiebre reumática (que generalmente refieren monoartralgias o poliartralgias)¹⁰, algunos tumores y enfermedades como la drepanocitosis, son causa también de dolores en la articulación de la cadera, ante lo cual la experiencia y la utilización de otros métodos diagnósticos más sofisticados por parte del clínico, juegan un papel preponderante.

Tratamiento

El tratamiento de la sinovitis de cadera generalmente consiste en observación clínica y radiológica, así como terapia que permita el alivio del dolor en los primeros días principalmente, ya que es un padecimiento autolimitado.

Fármacos como el acetaminofén y los antiinflamatorios no esteroideos como el ibuprofeno, son los más utilizados ^{3,8}.

En el caso de la artritis séptica, se requiere un rápido abordaje terapéutico incluyendo antibióticos intravenosos así como lavado quirúrgico y debridación³.

En la ELCP, el objetivo principal del tratamiento es mantener la cabeza femoral contenida y concéntrica, esférica y congruente hasta la fase de revascularización, y va desde una conducta expectante, hasta la utilización de yesos, aparatos o cirugías, dependiendo de la evolución clínica, radiológica y otros factores que se toman en cuenta en los pacientes que desarrollan esta enfermedad.

Bibliografía recomendada

- 1) Méndez FM, Mederos A. “Hallazgos interesantes en madres con niños con sinovitis de cadera”. Revista Cubana de Reumatología. 2005; 1(2): 14-18.
- 2) Álvarez A, Puentes A, García Y. “Relación entre sinovitis de cadera y enfermedad de Pérthes”. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología. 2004; 18(1).
- 3) Caird M, Flynn J, Leo Y, et al. “Factors Distinguishing Septic Arthritis From Transient Synovitis of the Hip in Children”. Journal of Bone and Joint Surgery. 2006; 88(6): 1251-1257.



Eritema nodoso

Dr. Agustín Arguedas Quesada

Médico cirujano internista

Director médico de Farmacología Clínica del sitio www.amppmd.com
 Coordinador de los cursos de Hipertensión Arterial del Programa de Educación Médica Continua de la Universidad de Costa Rica
 El Dr. Arguedas posee una Maestría en Farmacología y Terapéutica de la Universidad de Columbia, Canadá. Actualmente labora como catedrático en el Departamento de Farmacología Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Introducción

El eritema nodoso es una forma de paniculitis que afecta la grasa subcutánea y que suele ser una manifestación de una enfermedad sistémica. Puede ser producido por muchas causas distintas. Aunque puede ocurrir a cualquier edad, la máxima incidencia se presenta entre los 20 y los 30 años. En los pacientes adultos afecta con mucha mayor frecuencia a las mujeres.

Definición del problema

El eritema nodoso es un complejo de síntomas caracterizado por nódulos eritematosos y dolorosos que aparecen principalmente en la cara anterior de las piernas. Otras localizaciones menos frecuentes son: en los muslos, los antebrazos, el tronco y la cara. Las lesiones son intensamente sensibles y pueden ir precedidas por fiebre, malestar general y artralgias, con o sin artritis.

Los nódulos varían en tamaño desde unos pocos milímetros hasta unos 10 centímetros de diámetro. Su coloración es inicialmente rojiza, pero con los días va tomando todo el espectro de matices que se observa en las contusiones o en los hematomas. Típicamente los bordes de la lesión son mal definidos, debido a su ubicación en el tejido subcutáneo.

La mayoría de las evidencias disponibles apoya la participación de una respuesta inmu-

nológica de tipo IV, o sea de hipersensibilidad retardada, como el mecanismo inmunológico involucrado en el eritema nodoso.

La enfermedad puede estar relacionada con muchas etiologías (Cuadro 1). A pesar de un trabajo extenso de diagnóstico no puede establecerse la causa en la mayoría de los casos; en los que se logra identificar una etiología específica, las causas infecciosas son las más frecuentes, y entre ellas predominan las infecciones estreptocócicas. Otras causas relativamente frecuentes son las infecciones por *Yersinia sp.*, micoplasma, chlamydia, histoplasmosis, coccidioidomicosis y micobacterias, así como la sarcoidosis y las reacciones a fármacos. Otras causas menos frecuentes son el embarazo y algunos tipos de enteropatías.

Implicaciones

Las implicaciones más importantes dependen de la causa subyacente. Las lesiones dermatológicas suelen tener un curso benigno, no se ulceran y al resolverse no dejan atrofia ni cicatriz.

Los nódulos individuales pueden durar unas 2 semanas, pero pueden aparecer otros nuevos, de manera que las lesiones suelen durar entre 1 y 2 meses para curar completamente; en ocasiones pueden recurrir.

Las artralgias pueden durar hasta 2 años después de la resolución del eritema.

Evaluación

El cuadro clínico característico no suele presentar problemas de diagnóstico diferencial. Debe principalmente distinguirse del eritema indurado que aparece en la cara posterior de las piernas y que puede ulcerarse, de las vasculitis, del eritema multiforme que sigue una distribución generalizada, y de la paniculitis del lupus que se presenta con nódulos dolorosos en los glúteos y en la cara posterior de los brazos y que deja una cicatriz deprimida.

Algunas variantes clínicas poco frecuentes son el eritema nodoso migratorio, que es persistente pero que casi no produce síntomas y que de manera característica inicia como nódulos unilaterales que tienden a migrar de manera centrifuga, y la paniculitis migratoria nodular subaguda, que se caracteriza por nódulos en las piernas que pueden reunirse en placas de hasta 20 cm de diámetro.

En ciertos casos puede ser necesario obtener una muestra de tejido para el análisis histológico cuando el diagnóstico sea incierto. En tales casos, para obtener una buena muestra debe realizarse una biopsia incisional o excisional profunda. La lesión histológica característica es una paniculitis septal en la grasa subcutánea, con infiltrado leucocitario y granulomas actínicos radiales. No se presenta vasculitis, aunque los pequeños vasos sanguíneos pueden tener inflamación y hemorragia.

Cuadro 1. Causas de eritema nodoso

Causas	-Comentarios
Idiopáticas	-Son el grupo más frecuente.
Infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> - Infecciones estreptocócicas son las más frecuentes (entre 28% y 48% de los casos). - El eritema puede aparecer 2 ó 3 semanas después de un episodio de faringitis estreptocócica. - Otras causas relativamente frecuentes son infecciones producidas por micobacterias, Yersinia sp., micoplasma, chlamydia, histoplasmosis y coccidioidomicosis. - Poco frecuentes: virus del herpes simple, de Epstein-Barr, de hepatitis B y C, HIV; Campylobacter, rickettsias, Salmonella sp., sífilis; amebiasis, giardiasis y toxoplasmosis; tiña y micosis sistémicas. - Vacunación con BCG o aplicación de la prueba de la tuberculina.
Sarcoidosis	<ul style="list-style-type: none"> - Causa entre 11% y 25% de los casos. - Adenopatías hiliares bilaterales en la radiografía del tórax. - Eritema nodoso ha sido descrito como un signo de buen pronóstico en sarcoidosis.
Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Causa entre 3% y 10% de los casos. - Los fármacos más relacionados han sido las sulfonamidas, amoxicilina y los anticonceptivos orales. - Otros fármacos mencionados han sido los inhibidores de la bomba de protones, los antileucotrienos, otras penicilinas, cefalosporinas, tetraciclinas, cotrimoxazol, salicilatos, barbitúricos, yoduros. - Siempre que sea posible, debe suspenderse todo medicamento sospechoso de ser la causa del eritema.
Enfermedades malignas	<ul style="list-style-type: none"> - Puede ser una manifestación cutánea de malignidad. - Las más frecuentes son linfoma y leucemia; otras neoplasias son el tumor carcinoide, el cáncer de colon y el de páncreas. - Puede indicar progresión o recurrencia de la enfermedad
Embarazo	<ul style="list-style-type: none"> - Ocurre en cerca de 5% de las mujeres embarazadas. - Se ha atribuido a la relación en los niveles de estrógenos y progesterona.
Enfermedad inflamatoria intestinal	<ul style="list-style-type: none"> - Representa entre 1% y 4% de los casos de eritema nodoso. - Se ha asociado con colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn y colitis infecciosa.

En los exámenes de laboratorio pueden presentarse alteraciones inespecíficas, tales como leucocitosis, elevación de la velocidad de eritrosedimentación y de los niveles de proteína C reactiva.

Debido a la asociación con faringitis estreptocócica, se recomienda tomar un cultivo de orofaringe en busca de estreptococo beta-hemolítico del grupo A, así como los títulos de antiestreptolisina O y los ensayos de PCR. La interpretación adecuada de los títulos de antiestreptolisina O requiere de la medición al momento del diagnóstico y 4 semanas después.

Como es usual, la posibilidad de tuberculosis debe evaluarse con la prueba de la tuberculina, una radiografía del tórax y el análisis del esputo.

En los casos de sarcoidosis la radiografía del tórax puede mostrar adenopatías hiliares bilaterales.

Abordaje terapéutico

Cuando pueda identificarse, el tratamiento debe estar dirigido hacia la causa de fondo.

El tratamiento se basa en reposo y en el uso de analgésicos. Debe evitarse el contacto de las zonas afectadas con sustancias irritantes. Aunque no suelen ser necesarias, las compresas frías o calientes pueden ayudar a mejorar los síntomas locales.

El dolor suele controlarse con el uso de antiinflamatorios no esteroideos. Los recursos más agresivos se reservan para los casos recurrentes o inusualmente prolongados.

La solución saturada de yoduro de potasio también es eficaz para ayudar a resolver más rápidamente las manifestaciones dermatológicas. Su eficacia para el control sintomático es mayor cuando se inicia desde la aparición del eritema y se mantiene por un mes. Debe tenerse cuidado porque puede producir hipertiroidismo, salivación profusa, edema de las glándulas salivales y cefalea.

En algunos casos puede ser necesario el uso de glucocorticoides sistémicos, siempre que no exista infección, enfermedad maligna u otra contraindicación. Lo más usual es la administración de prednisona a dosis de 1 mg/Kg por día.

La talidomida puede ayudar a corregir el eritema en los casos de enfermedad de Hansen.

Conclusión

A pesar de ser una condición usualmente benigna y autolimitada, la aparición de un eritema nodoso obliga a realizar un proceso de trabajo diagnóstico para excluir algunas condiciones sistémicas que pueden ser la etiología del trastorno. Sin embargo, en la mayoría de los casos no logra establecerse la causa y el manejo es sintomático.

Bibliografía recomendada

- 1- Atzeni F, Carrabba M, Davin JC, et al. "Skin manifestations in vasculitis and erythema nodosum". Clin Exp Rheumatol 2006; 24(1 Suppl 40): S60-6.
- 2- Okafor MC. "Thalidomide for erythema nodosum leprosum and other applications". Pharmacotherapy 2003; 23: 481-93.
- 3- Psychos DN, Voulgari PV, Skopouli FN, et al. "Erythema nodosum : the underlying conditions". Clin Rheumatol 2000; 19: 212-6.

“Las auto evaluaciones de este texto se encuentran en las publicaciones originales en el sitio:

www.ampmd.com