

tratamientos que exigieron, no hay descripción del tipo, dimensiones y topografía de los traumatismos.

Las notas suelen ser manuscritas y prácticamente ilegibles. Se abusa de las siglas y abreviaturas.

En fin, la información de utilidad judicial suele ser escasa y a veces confusa. En ocasiones, las notas de las enfermeras pueden ser de mayor utilidad para este propósito.

Valor legal de los documentos hospitalarios.

En nuestro sistema hospitalario estatal, se ha reconocido desde hace mucho tiempo el valor legal de los documentos expedidos por nuestros nosocomios. Y este criterio se ha hecho extensivo a los hospitales privados.

Se parte del supuesto de que reflejan la realidad médica del paciente que ingresó, de los estudios clínicos, de laboratorio y de gabinete practicados, de los tratamientos a que se le sometió para egresar curado, o mejorado al menos.

El dictamen médico-legal.

En su formato clásico un dictamen médico-legal debe contener por lo menos:

1. *Preámbulo*: identificación del paciente y de la situación judicial que origina su estudio por el médico legista.
2. *Historia médico-legal*: debe tomarse en parte del paciente si es adulto con capacidad jurídica o de su acompañante si

se trata de un niño o de un incapaz; y parte de los documentos judiciales.

3. *Examen clínico*: a su vez, debe incluir:
 - a) Examen físico del paciente con la misma metodología de un caso hospitalario.
 - b) Exámenes de laboratorio y gabinete.
 - c) Revisión de documentos médicos.
4. *Discusión o comentario*: que es la parte medular del dictamen, donde se correlacionan las comprobaciones clínicas con los aspectos de interés para la justicia.
5. *Conclusiones*: que consisten en la valoración del daño corporal en términos de utilidad penal o laboral en respuesta a las preguntas formuladas por la autoridad judicial.

Crítica de la situación actual

Hay un desfase evidente entre los objetivos del médico de hospital y los objetivos del médico legista.

El primero procura curar o, al menos, aliviar la dolencia del paciente.

El segundo trata de recabar toda la información necesaria para informar a la justicia y conformar el caso dentro de una determinada situación médico-legal.

Los objetivos, los procedimientos y en éstos sus contenidos, difieren en unos y otros. Por tal razón, el dictamen médico-legal fundamentado en documentos

hospitalarios constituye un dictamen deficiente y objetable; nos atreveríamos a calificarlo de una herejía médico-forense.

Se nos preguntará entonces, ¿qué puede hacer la autoridad judicial cuando hay consolidación de lesiones, y es necesario en forma retrospectiva saber la fecha de ingreso y egreso, los diagnósticos y tratamientos instituidos en el hospital?

La respuesta es pedir una certificación y hasta un resumen (epicrisis) a la dirección del respectivo establecimiento, pero nunca pedir al médico legista que claudique de sus principios científicos y denominar a tal información dictamen médico-forense.

Recomendaciones

1. El médico forense siempre debe basar sus dictámenes en el examen directo del paciente.
2. Las autoridades judiciales deben tomar con discrecionalidad las certificaciones hospitalarias.
3. La intervención del médico forense debe ser inmediata a los hechos para recabar las lesiones en fresco, por interconsulta y estudio directo del paciente hospitalizado.

Bibliografía

1. BONNET, E.F.P.: *Medicina Legal*, 2a. ed. López Libreros Editores, Buenos Aires, 1980.
2. DÉROBERT, L.: *Médecine Légale*, Flammarion, Paris, 1974.
3. ROJAS, N.: *Medicina Legal*, 12a. ed., El Ateneo Editores, Buenos Aires, 1982.
4. SIMONIN, C.: *Médecine Légale Judiciaire*, 3eme. ed., Librairie Maloine, Paris, 1956.
5. VARGAS, E.: *Medicina Legal*, 3a. ed., Lehmann Editores, San José, 1983.

Revisión de temas

DERMATOSIS OCUPACIONALES EN COSTA RICA

Dr. Luis Guillermo Quirós Madrigal
Médico especialista. Sección de Clínica Médico-Forense. Departamento de Medicina Legal de Costa Rica.

Las dermatosis ocupacionales constituyen del 20 al 70% de las enfermedades del trabajo. Son afecciones de la piel que tienen por causa determinante o contribuyente factores propios del medio laboral. Del 20 al 90% de ellas son dermatitis de contacto. El objetivo de este estudio es analizar en forma concisa este tipo de nosología en nuestro medio, con énfasis en las dermatitis de contacto.

Material y métodos

Se estudiaron 52 casos de dermatosis del trabajo atendidos en el Departamento de Medicina Legal de Costa Rica, en el período comprendido entre enero de 1978 a julio de 1981.

Se analizaron edad, sexo, ocupación, tipo de dermatosis, pruebas de parche, principales sensibilizantes.

Resultados

La distribución por sexo, demostró 57,6% (30 casos) en hombres y 42,4% (22 casos) en mujeres. En cambio, en accidentes y enfermedades de trabajo en que la fuerza física es preponderante, la diferencia a favor de los varones es mayor.

El aspecto etario, reveló que el 69,2% (36 casos) estaban comprendidos

entre los 20 y 40 años; es decir, en la etapa más productiva.

En cuanto a la ocupación, el primer lugar correspondió a la actividad bananera con el 42,3% (22 casos), el segundo lugar a la albañilería con el 19,2% (10 casos), en tercer lugar la actividad industrial con el 7,6% (4 casos) y seguidamente carpintería, actividad agrícola, actividad manual tipo mantenimiento, mecánica automotriz y enlatado de pescado.

Entre los diagnósticos sobresalió la dermatitis de contacto con un 17,8% (10 casos), seguido de la pitiriasis versicolor con 14,9% (8 casos), la neurodermatitis también con 14,9% (8 casos) y la dermatitis atópica con 10,7% (6 casos). En porcentajes inferiores estaban la paroniquia, foliculitis y onicomycosis, cada una con 5,3% (3 casos) dermatitis irritativa 3,5% (2 casos), pigmentación posquemadura de cáustico 1,8% (1 caso), onicopatía por paraquat, tiña corporis y actinodermatitis.

En el 17,3% (9 casos) de los casos hubo un factor irritativo que agravó una dermatosis preexistente. Este factor estuvo representado por sustancias químicas empleadas en los bananales, cemento y pelusa de tela.

Hubo un 9,6% (5 casos) de dermatosis ocupacionales no alérgicas. Dentro de ellas merecen citarse tres casos de paroniquia por ambiente húmedo, un caso de onicopatía por paraquat y otro por dermatitis irritativa pura.

De las 30 pruebas de parche realizadas, el 40% (12 casos) resultó positivo. El agente sensibilizante correspondió a maderas en la mitad de los casos (6 casos).

En el 16,6% (2 casos) fue cemento, y en menor proporción quedaron solventes, hule, jabón, zapatos.

De las maderas que causaron sensibilización en nuestra casuística, predominó la familia combretácea como "amarillón" y "surá", y la familia meliáceas con "caobilla" y "cola de pavo"

Comentario

La pérdida de la capacidad protectora de la piel suele deberse a una agresión que puede ser de índole mecánica, química, física o biológica.

Dentro de las afecciones cutáneas vinculadas con el trabajo, se distinguen las llamadas *dermatitis de contacto*. Consisten en enfermedades inflamatorias que

tienen como causa determinante o como factor contribuyente la exposición a agentes propios del medio ocupacional.

Las dermatitis de contacto se clasifican en:

1. Dermatitis irritativas
2. Dermatitis por sensibilizantes o alérgica
3. Dermatitis mixtas

1. *La dermatitis irritativa* puede ser causada por:

- a) Irritantes absolutos o fuertes (ácidos y álcalis fuertes, sales metálicas y ciertos solventes).
- b) Irritantes relativos o moderados, que consiste en una acción repetida como sería la acción de ácidos o bases débiles.

En este tipo de dermatitis, hay una primera fase en la que el agente irritativo destruye la capa córnea. En una segunda fase, la piel, según la causa, puede aparecer seca, agrietada, eritematosa, edematosa o escamosa. Con el tiempo puede liquenificarse. Las regiones más afectadas son las manos y los antebrazos.

2. *La dermatitis por sensibilizantes*, se llama también eczema profesional. Suele manifestarse sucesivamente por eritema, vesícula y exudación.

Su mecanismo consiste en la formación de un complejo hapteno-proteína portadora. El agente (alergeno) debe penetrar la epidermis y conjugarse con sustancias químicas de las células de la dermis.

Por su facilidad para atravesar la epidermis, las sustancias liposolubles son muy alérgicas. Algunas lo hacen en menos de una hora.

En la sensibilización deben producirse dos fases:

- a) *Fase de sensibilización o latente*, que tiene una duración mínima de 5 a 10 días, y una máxima de decenios.
- b) *Fase de desencadenamiento* que requiere una pequeña cantidad de alergeno.

Entre los sensibilizantes más comunes están: cromo, níquel, cobalto, caucho, medicamentos tópicos, plantas, maderas, plásticos, colorantes orgánicos, trementina y alquitranes.

3. *La dermatitis de contacto mixta* abarca aspectos de las anteriores.

La dermatitis irritativa facilita la penetración de las sustancias alérgicas, y, a la inversa, la dermatitis por sensibilizantes o alérgica hace a la piel más susceptible a los agentes irritantes. Este tipo de dermatitis es vista con frecuencia, y su curación es difícil.

Dentro de nuestra casuística, casi una quinta parte de las dermatosis ocupacionales correspondieron a dermatitis de contacto, lo cual está de acuerdo con estadísticas de otros países. En el tipo alérgico, los sensibilizantes más frecuentes fueron maderas.

Bibliografía

1. DUCOMBS, G., et CHABEAU, G.: *Dermato-Allergologie de Contact*, Masson, París, 1979.
2. FREGERT, S.: *Manual de Dermatitis por contacto*, Salvat, Barcelona, 1977.
3. P. ANDLAVER: *El Ejercicio de la Medicina del Trabajo*, edit. científico-médica, Barcelona, 1980.
4. QUIROS-MADRIGAL, L.G.: *Dermatitis de Contacto*, Tesis de Especialización en Medicina Legal, Universidad de Costa Rica, 1982.



Este número circula en:

- Argentina
- Bélgica
- Bolivia
- Brasil
- Colombia
- Cuba
- Chile
- Ecuador
- El Salvador
- España
- Estados Unidos
- Filipinas
- Francia
- Guatemala
- Honduras
- Israel
- México
- Nicaragua
- Panamá
- Perú
- Rumania
- Venezuela