



El menosprecio hacia la Dermatología basado en la ignorancia y su repercusión en la salud del paciente

Adán Fuentes-Suárez,^a Luciano Domínguez-Soto^b

Underestimation of dermatology based on ignorance and its impact on patient's health

With the emergence of medical specialties in different areas of medicine, assessment of patients became narrow and specialized. There is also the perception that some specialties are more difficult than others. Dermatology has long been seen by most physicians non dermatologists as a relaxed area, without real emergencies or requirement of great intellectual effort. Some specialists, erroneously think that everything can be cured with topical steroids and/or antifungal creams. Although several skin diseases are common complains seen by the general practitioner, very few time and credits are granted to cover these diseases during the years of undergraduate training. Thus, the primary care physicians and others medical specialists believe that skin diseases are not life threatening and hence irrelevant. Nonetheless, they feel competent enough to prescribe a variety of treatments for skin diseases that may lead to iatrogenesis.

Keywords Palabras clave

iatrogenic disease	Enfermedad iatrogénica
Dermatology	Dermatología
Skin diseases	Enfermedades de la piel
Dermatoses	Dermatosis

Es ampliamente reconocida la ignorancia que, en términos generales, tiene el médico no dermatólogo sobre las enfermedades de la piel y sus anexos. Esta ignorancia repercute directamente en su correspondiente menosprecio, ya que se piensa de manera errónea que los padecimientos dermatológicos no matan, ni ponen en riesgo la vida. Ello, por supuesto, es un error en términos generales, pues si bien son pocas las dermatosis que sí tienen esas características, no por ello dejan de tener importancia en el adecuado manejo del enfermo.

Este ciclo menosprecio-ignorancia-menosprecio tiene varias explicaciones:

1. Quizá el primer punto a considerar es el poco tiempo que se le concede a la impartición de los conocimientos sobre Dermatología a nivel de los estudios de pregrado. En nuestro país hubo un tiempo en el que esta materia era de carácter optativo. En la actualidad, aunque no se ha vuelto a tal barbaridad, sigue siendo muy limitado el número de créditos que se le otorgan en relación con las demás especialidades. Esto conlleva a que el futuro médico no se fije en ella como posible especialidad para desarrollarla en el posgrado.
2. Desde siempre, al menos en México, la Dermatología ha seguido el estilo europeo de enseñanza de la medicina y consecuentemente la impartición de asistencia, la cual se llevaba acabo estableciendo pabellones dedicados al estudio de las diversas especialidades médicas y/o quirúrgicas, y que funcionaban (cuando menos en sus inicios) de forma independiente, aunque que de vez en cuando se solicitaban interconsultas a otros especialistas cuando el caso así lo ameritaba, pero sin existir en realidad una medicina multidisciplinaria bien constituida como se exige en la actualidad.
3. Si por otra parte tomamos en cuenta que la fisiología y fisiopatología dermatológica empezaron a estudiarse científicamente, y de forma tardía, a partir de la segunda mitad del siglo XX por autores como Aaron Lerner, Stephen Rothman,¹ William Montagna,^{2,3} Alfred Kligman⁴ y Thomas B. Fitzpatrick tanto en los Estados Unidos de América como en Europa, hasta antes de ellos la piel era considerada como una membrana protectora, eminentemente táctil y sensorial, cuya función era únicamente captar los estímulos externos, entonces podremos entender que el dermatólogo de antaño se refugiara

^{a,b}Servicio de Dermatología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Distrito Federal, México

Comunicación con: Luciano Domínguez-Soto
Correo electrónico: dermagea@gmail.com

Resumen

Con la aparición de las especialidades en las diferentes áreas de la medicina se comenzó a notar una "fragmentación" en la forma de evaluar al paciente; también surgió la percepción de que existen algunas más difíciles que otras. La Dermatología ha sido vista durante mucho tiempo por la mayor parte de los médicos no dermatólogos como una área relajada, sin guardias, sin urgencias y que no requiere gran ejercicio intelectual. Algunos especialistas piensan que todo se "cura" con esteroides tópicos y/o anti-

micóticos. A pesar de que varias dermatosis son motivo frecuente de consulta para el médico general, durante los años de pregrado se concede poco tiempo y, consecuentemente, escasos créditos a esta materia, dando como resultado que los médicos y otros especialistas no den la importancia debida a las enfermedades de la piel, al no ser estas riesgosas para la salud del paciente. Sin embargo sí se atreven a tratar dichas enfermedades con tal displicencia que terminan por generar iatrogenia de todo tipo.

en una nomenclatura complicadísima, excesiva en sinonimias sin razón de ser y muy abundante en clasificaciones que contribuyeron a construir el mundo de las enfermedades cutáneas que solo el dermatólogo conocía, y que al resto de los médicos no dermatólogos no les importaba en lo absoluto. Así, el dermatólogo permaneció por mucho tiempo aislado en "su mundo" sin ser tomado en cuenta por el resto de sus colegas.

Desde el momento en el que se establecen las residencias médicas y los cursos de especialización de las diversas ramas de la Medicina avalados por la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, y con el apoyo de las principales instituciones hospitalarias del sector salud, el panorama de la Dermatología cambió, pues el aspirante que quiere adquirir los conocimientos, habilidades y destrezas de esta especialidad debe cursar cuando menos 1 año de Medicina Interna, previo a los 3 años que requiere la especialidad de Dermatología, por lo que se asegura que el alumno adquiere los conocimientos básicos al igual que en otras subespecialidades.

El médico que concluye los 4 años de Medicina Interna puede resolver adecuadamente problemas metabólicos, cardiológicos, infecciosos, gastroenterológicos, endocrinológicos, etc. (y hasta podrá optar por subespecializarse en alguna de esas disciplinas), pero no sucede así con los problemas cutáneos que se le presentan. El problema es que no sabe ni siquiera valorar de forma correcta el problema y no refiere adecuadamente al paciente (lo que significa que se anima a dar tratamiento sin tener diagnóstico o envía al paciente con otros especialistas antes que al dermatólogo).

Pero volviendo al objetivo principal de esta comunicación, el cual ya ha sido señalado, y tomando como base de nuestra argumentación los antecedentes arriba mencionados, el dermatólogo sigue siendo infravalorado,

y con sobrada frecuencia no se toma en cuenta su opinión. Veamos a continuación otros puntos de importancia para llegar a nuestro propósito.

Un factor muy importante es que el 85-90 % de las afecciones dermatológicas que acuden a la consulta diaria hospitalaria (consulta externa), está constituida por casos de dermatosis (acné, verrugas virales, tiñas, onicomicosis, vitiligo, melasma, psoriasis) que los médicos de primer contacto, sean especialistas o no, creen conocer y hasta tratar. Mientras que por otra parte, el 10-15 % restante está constituido por más de 800 entidades clínico-patológicas que le son absolutamente desconocidas, pero que a mayor abundamiento se suelen confundir con las más frecuentes.

Por tanto, muy frecuentemente sucede que, y nos referiremos exclusivamente a lo que acontece en los hospitales del sector salud ya que en la consulta privada existen muchos otros factores, el médico (sea cual sea su especialidad) que se enfrenta a una dermatosis es incapaz de reconocer que desconoce el diagnóstico y muy seguramente prescribirá algún tra-



Figura 1 Neoformación irregular, asimétrica y sobrelevada, color negro, de bordes irregulares con satelitis.

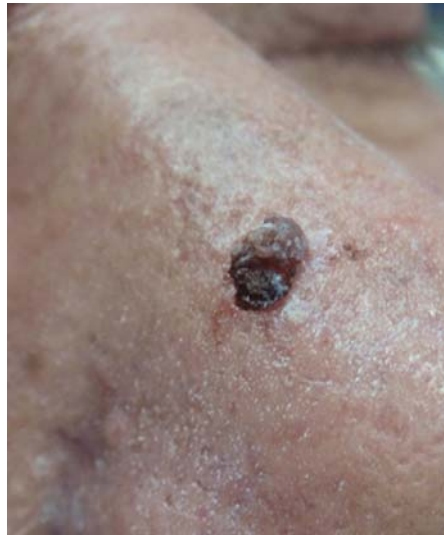


Figura 2 Neoformación plana, ulcerada, cubierta por costra sanguínea; eritematosa.

tamiento casi siempre a base de corticoides y/o antimicóticos con la ridícula esperanza de “atinarle” (y justificar así el cobro de sus honorarios).

Decíamos pues, que en las instituciones hospitalarias, en donde debería practicarse siempre la medicina multidisciplinaria en beneficio de nuestros enfermos, esto no sucede y el último en ser interconsultado es el dermatólogo, quien en muchísimos casos tendrá el diagnóstico clínico y/o los diagnósticos diferenciales antes de que al enfermo se le practiquen exámenes de laboratorio y/o gabinete, que a la postre resultarán innecesarios y que se hubieran podido evitar o limitar si a alguien se le hubiera ocurrido interconsultar a Dermatología oportunamente. En estos casos, la repercusión es en los gastos que tendrá que cubrir el paciente y, posiblemente, en el tiempo de estancia hospitalaria. Asimismo, se provoca iatrogenia con

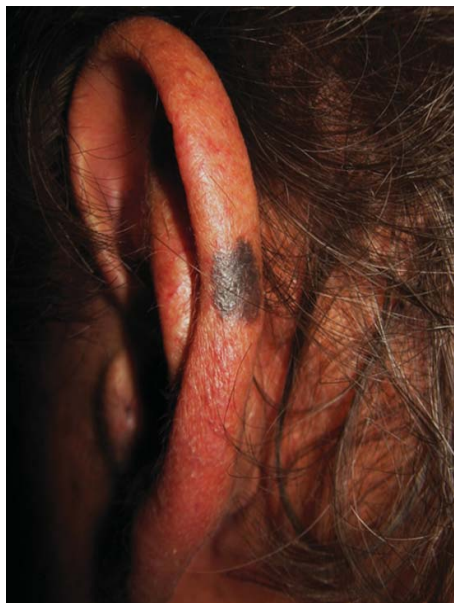


Figura 3 Mácula bien delimitada. El color es homogéneo, marrón; forma irregular.

mucha frecuencia por este proceder, y no es raro que las consecuencias sean mucho más severas en la salud de nuestros enfermos.

Como ejemplo, las siguientes imágenes muestran un nevo melanocítico intradérmico asociado a nevo azul (figura 1), una queratosis seborréica (figura 2) y un carcinoma basocelular superficial pigmentado (figura 3). Las tres son tumoraciones que pueden ser motivo de consulta para cualquier médico, aunque sea de forma casual o “de pasillo”, quien al no tener adecuadas bases dermatológicas no les dará la importancia real como para referir al paciente o, peor aún, dará algún tratamiento no adecuado.

Como muestran las imágenes, es muy probable confundir los diagnósticos, lo que podría resultar en detrimento de la salud del paciente y en ocasiones hasta poner en riesgo su vida.

La figura 4 representa un caso cuyo contexto se desarrolla con más frecuencia en el ambiente intrahospitalario. Se trata de un paciente que muestra únicamente lesiones maculopapulares francamente purpúricas que pueden parecer sin importancia para el médico no dermatólogo, ya que el paciente presenta, además, dolor abdominal, hematuria microscópica y fiebre.

Este caso en particular (admitido en nuestro hospital) se diagnosticó como apendicitis, y el paciente fue intervenido quirúrgicamente. Después del resultado de apéndice normal, se solicitó la interconsulta a Dermatología por la persistencia de las “manchitas”, el residente de la especialidad integrando los síntomas generales con la dermatosis hizo el diagnóstico de púrpura de Henöch-Schönlein. Es claro que se pudo haber evitado el procedimiento quirúrgico de haber integrado la dermatosis desde el principio.

Una manera de comenzar a cambiar el menosprecio por la Dermatología es entender que la piel es un órgano tan complejo en su fisiología y fisiopatología como el corazón, el hígado, el riñón, etc.; además se requiere entender que este órgano tiene sus propias enfermedades (inflamatorias, autoinmunes, infecciones, tumorales, granulomatosas, genéticas y con reacciones a fármacos), sin olvidar que en muchas ocasiones las lesiones dermatológicas pueden ser el primer signo o indicador de una enfermedad interna o sistémica.

Hoy en día los avances en el campo de la inmunodermatología son incesantes y continuamente aparecen nuevos descubrimientos de gran impacto para el diagnóstico. Asimismo, surgen cada vez tratamientos más específicos a múltiples dermatosis al conocerse nuevos avances en biología molecular, que además encuentran en la piel el órgano ideal para el desarrollo de la investigación en general, por estar a la vista y ser el órgano frontera por excelencia.

Finalmente, el hecho de que la Dermatología sea fundamentalmente objetiva ayuda a simplificar el abordaje diagnóstico y terapéutico en beneficio de nuestros pacientes. Ojalá en el futuro todos podamos hacer conciencia de que tenemos mucho que enseñar, pero también mucho que aprender. El día que tengamos la modestia suficiente para ello, habremos dado un paso muy importante a favor de una atención multidisciplinaria que beneficiará a todos nosotros y, sobre todo, a nuestros pacientes.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno en relación con este artículo.



Figura 4 Dermatitis que afecta simétricamente tanto muslos (a) como piernas(b). Constituida por múltiples petequias y pápulas de 1 a 3 mm, no confluentes

Referencias

1. Rothman S. Physiology and biochemistry of skin. Chicago: University of Chicago press;1954.
2. Montagna W. The structure and function of skin. New York: Academic Press;1956.
3. Ellis RA, Montagna W. Histology and cytochemistry of human skin. XV. Sites of phosphorylase and amylo-1,6-glucosidase activity. J Histochem Cytochem. 1958;6(3):201-7.
4. Kligman AM, Fulton JE, Plewig G. Topical vitamin A acid in acne vulgaris. Arch Dermatol. 99(4):469-76.