

## EDITORIAL

# Los servicios de dermatología

Luis Olmos

Departamento de Dermatología. Universidad Complutense de Madrid.

Ferrándiz tiene razón<sup>1</sup> cuando afirma que la mejor manera de saber lo que debe hacer un dermatólogo es conocer la definición de su especialidad: «La dermatología es un órgano-especialidad que abarca el diagnóstico, tratamiento (médico y quirúrgico) y prevención de las enfermedades de la piel, subcutis, mucosas y anejos, así como las manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas y las manifestaciones sistémicas de las enfermedades cutáneas. Abarca también la promoción de una buena salud para la piel. La venereología incluye el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual y la promoción de una buena salud sexual<sup>2</sup>.»

Esta definición ha sido válida hace un siglo, lo es ahora y lo será en el futuro, porque la dermatología, y la medicina en general, no tiene otra finalidad que resolver o mejorar las necesidades o angustias del enfermo, paciente, usuario, cliente, sufriente, indispuesto, angustiado, doliente... (¿quieren más palabras inútiles?), en el momento que lo necesita<sup>3</sup>. La diferencia de una época a otra son los progresos técnicos que todos los días se incorporan y que, quieran o no los economicistas, el dermatólogo y los médicos en general están obligados en conciencia a intentar aplicar, por el bien de un ser humano. Hay otras diferencias, como el abuso de la gestión o de la comunicación electoralistas, pero creo que, por ahora, es suficiente con que hable de medicina.

Es evidente que no se puede utilizar lo que no se tiene, y en sus orígenes la dermatología no tenía más que la morfología<sup>4</sup> pero ahora, con las dificultades que señala Fonseca<sup>5</sup>, sus posibilidades son tan amplias como recuerda Ferrándiz<sup>1</sup> y en el futuro tan posibles como explica Mascaró<sup>6</sup>. Un dermatólogo es un especialista y, por tanto, el último escalón, solo o con otros especialistas, para resolver el problema médico que el generalista no ha podido aclarar, lo que obliga a disponer de cuantos medios existan en ese momento en bien del enfermo, porque después ya no hay recursos y sólo cabe la conocida frase: «La ciencia ha hecho cuanto podía». De ahí

que todo especialista, incluido el dermatólogo, debe pertenecer a la estructura funcional de un servicio hospitalario de referencia, capaz de responder a cuanto se le pida y, en caso de conflicto fronterizo con otra especialidad, hacer posible el intercambio de conocimientos con cuantos especialistas sean necesarios.

Basados en la definición de la dermatología y en la responsabilidad del dermatólogo para cumplirlas, un servicio debe disponer de:

– Una consulta clínica de recepción, donde se sigan escrupulosamente las clásicas normas de: anamnesis, exploración, exámenes complementarios, diagnóstico diferencial, diagnóstico definitivo, tratamiento y seguimiento mediante revisión obligatoria. Sin querer dar lecciones sobre la importancia de cada uno de estos apartados, sí se puede asegurar que esta primera consulta es la más difícil, porque sirve para intentar llegar a un diagnóstico definitivo y, por tanto, al mejor tratamiento. En caso de dificultades para lograr un diagnóstico definitivo, sirve para clasificar al enfermo mediante diagnóstico diferencial y así poder dialogar y consultar con colegas superespecializados en ese grupo de enfermedades de posible diagnóstico. Ya que es la consulta más importante y difícil, únicamente puede realizarla un jefe de sección, jefe clínico o como se le quiera llamar, pero en todo caso el de mayor experiencia, asistido por un lado de los jefes de unidad que, como superespecialistas, pueden colaborar en ese diagnóstico diferencial y, en su caso, responsabilizarse en su unidad de llegar al diagnóstico definitivo o de sospecha, y por otro lado de los residentes para que, escribiendo, explorando y pidiendo los exámenes complementarios, bajo una dirección, aprendan y adquieran experiencia práctica. También pueden participar los estudiantes en prácticas, que escuchando y preguntando cumplen con la obligación docente.

– Unas consultas clínicas, unidades o áreas de superespecialización, donde siguiendo las mismas normas clásicas de toda consulta ya se busca una precisión diagnóstica o un tratamiento complicado, con un control evolutivo metódico. Aunque todo dermatólogo, según afirma la definición de la dermatología, debe conocer todo lo que afecta a la piel y, por tanto, siempre debe participar en la consulta clínica de recepción, hay quien tiene más entusiasmo o estímulo por unos diagnósticos que por otros, y éstos son los superespecializados: jefes de unidad o adjuntos que deben responsabilizarse de estas consultas, asistidos con participación activa de los residentes.

– Un laboratorio donde se haga histopatología cutánea y todo lo relacionado con ella, microbiología específica de la piel y enfermedades venéreas, inmunología y biología molecular particular de cualquier dermatosis autoinmune adquirida o congénita, alergología con preparación de alérgenos particulares y química terapéutica, con todas las posibilidades de fórmulas magistrales. No se trata de un gran laboratorio, sino de lo necesario para salvar las dificultades de la centralización. Si la consulta

Correspondencia: Dr. L. Olmos Acebes.  
Isaac Peral, 12. 28015 Madrid.

clínica de recepción es indispensable para catalogar al enfermo imprevisto, este laboratorio lo es para conseguir llegar al diagnóstico definitivo en más del 90% de los casos, por lo que debe estar dirigido por un jefe de sección, con la asistencia de los residentes y de buenos técnicos especializados.

Estos tres pilares de un servicio de dermatología, a primera vista, pueden parecer muy simples, pero bien planteados podemos ver su importancia:

1. La consulta de recepción no sabe qué tipo de enfermo recibe (niño, viejo, campesino, casado, etc.) y quien hace la anamnesis no tiene más protocolo que el general, por lo que el interrogatorio puede ser muy difícil (¿quién no conoce el enfermo que comienza diciendo que es contrario a los medicamentos y después de media hora de buen interrogatorio declara haber tomado recientemente 10-15 diferentes?), siendo indispensable que el responsable tenga el sentido de la humanidad, para dar confianza y oportunidad al diálogo. No es suficiente con saber mucha medicina, hay que conocer la grandeza de los castillos y las miserias de las cabañas. Como resultado de esa anamnesis sigue la exploración cutánea, con la misma metodología del resto de especialidades: inspección, palpación e incluso percusión, con la ayuda de las técnicas necesarias, desde la cucharilla de Brocq hasta la dermatoscopia, pasando por la lámpara de Wood, el ácido acético, la vitropresión, etc., sin olvidar que no todas las lesiones se encuentran donde el enfermo se queja, ni todas son exclusivas de la piel.

A partir de estos dos procesos correctamente hechos, el número y clase de exámenes complementarios suelen ser muy precisos, rápidos, eficaces y por tanto económicos, porque, en la actualidad, la mayoría puede hacerse en la misma consulta, permitiendo establecer un tratamiento adecuado de forma inmediata: hifas o esporas de un hongo, diplococos del gonococo, espiroqueta de la sífilis, ácaro de la sarna, monoclonales de clamidias o de herpes, etc., aunque siempre haya que confirmarlo con métodos más sensibles. Lo que no es admisible es que una vasculitis precise una cita posterior para hacer una biopsia, con la disculpa de que es un acto quirúrgico. Una biopsia cutánea es una intervención quirúrgica que hay que hacer con medida de asepsia, pero no necesita todo un quirófano con la parafernalia de una operación de estómago. Quien quite una sala de biopsias en un servicio de dermatología o no sabe dermatología o no tiene conciencia del servicio al enfermo.

Historiado y explorado el enfermo es cuando se revela la calidad del «maestro» porque, sin perder tiempo delante del enfermo, el jefe clínico o de sección debe catalogar las lesiones o síntomas que ha observado en un grupo reducido de dermatosis, para ir eliminando, una a una, por algún signo justificativo, hasta llegar al diagnóstico seguro o probable. Hay ocasiones en que no se encuentran los signos diferenciados entre dos o más enfermedades y antes obligaba a conformarse con el diagnóstico de sospecha, no definitivo, hasta poder consul-

tar con otros especialistas u otros colegas, pero ahora, antes de renunciar al diagnóstico deseado, se tiene la posibilidad de hacer las consultas que se quiera entre entendidos mediante la teledermatología.

El sueño de cualquier médico es llegar al diagnóstico definitivo en la primera consulta, y en dermatología es posible en más del 80% de los casos, si se respetan estas normas tan elementales. Ello representa que se puede indicar el tratamiento sin pérdida de tiempo, lo que es un beneficio para la salud, el trabajo y la economía del enfermo y de la sociedad. Un tratamiento que hoy aprovecha los métodos de la mal llamada medicina basada en la evidencia, permitiendo hacer protocolos para prácticamente todas las enfermedades más habituales. El problema de las nuevas y las antiguas técnicas médicas es la correcta utilización<sup>7</sup>, porque todas ellas deben ser facultativas, no obligadas, puesto que quien tenemos delante es un ser humano y no hay dos iguales.

Solamente los ignorantes o malos economistas de la salud consideran que el buen médico no necesita más que una consulta, cuando es lo contrario. Aunque se haya hecho un diagnóstico y un tratamiento correcto, se debe comprobar en una segunda visita, llamada de seguimiento, por la misma razón ya dicha de que «no hay enfermedades sino enfermos» y aunque lo habitual es que la mayoría de enfermos con el mismo diagnóstico respondan igual al mismo tratamiento, siempre hay razones constitucionales, sociales, económicas, etc. que pueden cambiar la regla. Todos sabemos que hay alrededor de un 45% de incumplimiento de un tratamiento de 4 comprimidos/día, con respecto a 2 comprimidos/día. Y un solo enfermo que padezca sin necesidad es suficiente para hablar de fracaso de la medicina, del mismo modo en que un solo niño que no asista a la escuela, sin una causa muy justificada en un día lectivo, es un fracaso de la enseñanza.

2. Las consultas clínicas o unidades o áreas de superespecialización son más fáciles, pero no menos necesarias, porque ellas vienen a completar el camino del buen diagnóstico que no se pudo hacer en la primera consulta, por falta de tiempo para interrogatorios más metódicos, exploraciones muy complicadas y exámenes complementarios obligatoriamente diferidos. Siguen la misma metodología, pero esta vez con protocolos de interrogatorio, de exploración y de exámenes complementarios más precisos, porque ya se sabe el diagnóstico probable. Un eccema necesita preguntas que no son indispensables en otras enfermedades, como los detalles del trabajo, de las aficiones, las costumbres, los cosméticos, etc., una exploración particular para la búsqueda de las vesículas o las escamas en una zona determinada, según sea agudo o crónico, unas pruebas epicutáneas, a veces con un antígeno especial que hay que preparar y muchas veces con una biopsia que diagnostica definitivamente el tipo de eccema y en ocasiones tratamiento en fórmulas magistrales, que no están mencionadas en ninguna «medicina de la evidencia», lo que está muy lejos de la metodología necesaria para un linfoma, un epiteloma o una alopecia.

Ésta es la consulta que más se apoya en el laboratorio, porque siempre se trata de casos inhabituales, no resueltos en la primera visita o con la necesidad de confirmar lo que en ella se ha decidido. Es indispensable que cada caso sea consultado con el jefe de sección del laboratorio, porque en estas circunstancias ni la clínica, ni el laboratorio son predominantes, la una necesita del otro y el otro no puede hacer bien su trabajo sin conocer al detalle las circunstancias clínicas. Difícilmente se hace el diagnóstico histopatológico correcto de una toxicodermia sin conocer de forma adecuada las lesiones clínicas y su forma de aparición, como difícilmente se hace el diagnóstico inmunológico de un linfoma sin conocer la clínica, la histopatología y la hematología. Como se puede observar en estos casos, todo puede interrelacionarse y hace falta un coordinador que, además de seguir o discutir los consejos del jefe de unidad, pueda aportar la síntesis de los, a veces, complicados y variados exámenes complementarios.

El número de unidades y las enfermedades de las que se responsabilizan es dependiente del número de primeras consultas y del tipo de población que se atiende, ya que, por ejemplo, la enfermedad de Lyme es muy frecuente en el este de Europa y muy rara en España, por lo que no sería lógico tener una unidad para esa enfermedad o similares, pero sí para los procesos alérgicos, oncológicos, metabólicos, hormonales, circulatorios, geriátricos, psicológicos, pediátricos, infecciosos, etc., de los que todos los días hay enfermos y por su frecuencia algunos de difícil abordaje.

3. El laboratorio tiene como base la histopatología cutánea<sup>8</sup> porque es para el dermatólogo lo que las radiografías para el internista, pero no debemos equivocarnos, hoy día, todas las técnicas son útiles: la microscopía electrónica, la inmunohistoquímica, los cultivos celulares, microbiológicos, micológicos, la hibridación, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), etc., y debemos hacer todas las que necesitemos para nuestro trabajo, no mandar que nos las hagan. Digo bien, las que necesitemos, no las que se pueden hacer. Y digo bien, hacerlas nosotros mismos porque de lo contrario el histopatólogo, el inmunólogo, el hematólogo y el microbiólogo encontrarán lo que ya es conocido en la bibliografía y lo que le pedimos que busque; no es más caro que el propio dermatólogo haga la inmunofluorescencia o la electromicroscopía de una epidermólisis que sí la hace el histopatólogo. El problema es saber hacerlo, porque el precio es el mismo.

No defenderé nunca la centralización ni la parcelación de los exámenes de laboratorio ni de nada. Defenderé el trabajo correctamente hecho y para ello no es mejor ni más barato una cosa u otra. ¿Alguien controla la calidad de los exámenes centralizados?, ¿hay algún estudio serio que compruebe la mejor calidad y el mejor precio de los exámenes centralizados? Me gustaría conocerlo. Quien decidió centralizarlo todo no debe de haber entrado en su vida en una biblioteca, porque si no sabría que no se ahorra ni personal ni dinero, puesto que cada libro

que se coloca mal es un libro perdido y cada libro que sale debe tener una ficha y cada uno que entra nuevo, control. Si se hace bien no hay ahorro de nada. Si no tiene importancia que los libros desaparezcan o les falten hojas, sin duda es más barato centralizar, pero para el lector es fatal. En el caso de la medicina, el hecho de que durante años no se diagnosticase ninguna clamidia por la mala calidad del laboratorio es fatal para las enfermedades pélvicas inflamatorias que pueden producir, pero a diferencia de los libros no puede probarse que es por falta de calidad en el trabajo.

En este resumen de lo que debe ser un servicio de dermatología, ¿qué función tiene el jefe?:

- Dirigir un coloquio semanal donde se discuta detalladamente los casos en estudio en las distintas unidades.
- Dirigir una sesión bibliográfica semanal donde se discutan detalladamente las novedades bibliográficas.
- Seleccionar los casos más complicados del servicio para compararlos con los de la bibliografía dermatológica.
- Facilitar y actualizar cuantos medios necesiten sus subordinados para el desempeño de su función.
- Pero, sobre todo, controlar la calidad de cada acto del servicio con indicadores adecuados que permitan diferenciar claramente la calidad real de la percibida, porque en medicina es fácil convencer y equivocar al paciente, pero no es justo.
- Controlar la relación coste-beneficio, coste-eficacia, coste-utilidad, y no sólo se valora la calidad, la equidad y la seguridad.
- Difundir y explicar al resto de servicios, a los administradores y al público en general los resultados de ese control de calidad.

Se podría ampliar mucho más las labores y responsabilidades de un servicio, como por ejemplo su labor en la prevención, en la investigación, en la enseñanza, en las organizaciones sanitarias nacionales e internacionales, etc., y cuanto considera como posible futuro Mascaró<sup>6</sup> pero, dada la situación de nuestra sanidad, creo que con este pequeño esquema podríamos estar muy contentos. Y no puede decirse que lo que he escrito es una utopía, porque durante 10 años lo he practicado en el extranjero y durante 14 en el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual del Hospital Clínico de Madrid, aunque en este último caso haga de jefe de sección, de jefe de unidad y de residente<sup>9</sup>.

El problema no es que sea una utopía, sino que se utiliza a veces el nombre de servicio con otros fines, y el funcionamiento con visitas al enfermo no es lo fundamental. Así, se entiende que se dé el nombre de servicio a una estructura formada por dos personas, o que el jefe de un servicio no vea a un solo enfermo, no haya acreditado una formación sólida o que los dermatólogos se superespecialicen en fototerapia, melanoma o cualquier otra dermatosis y al cabo de 3 años no sepan más que los problemas de la luz, de la pigmentación o de la par-

cela de la dermatología de que se ocupan. Hay que saber si el director de un centro sanitario está al servicio de los jefes de servicio, el jefe de servicio de los jefes de sección, éstos de los jefes de unidad, éstos, a su vez, de los residentes y todos del enfermo o si es al contrario, el jefe «por el mero hecho de serlo siempre tiene la razón» y lo único que tiene que hacer es derivar los problemas hacia abajo y aspirar a ser ministro, en lugar de hacer un esfuerzo para mejorar su formación<sup>5</sup>.

Lo importante no es lo que debe hacer un dermatólogo en bien del enfermo sino lo que hace. Todos los días me pregunto si tengo derecho a ocultar a mis pacientes lo que debería hacer para mejorar el diagnóstico o el tratamiento y no hago por falta de medios y si hago lo necesario para tratar de tenerlos. Creo que ya va siendo hora de que los médicos perdamos un poco de nuestra autoestima y reconozcamos ante el enfermo que no somos lo que él piensa que somos. Que esa capacidad que antes teníamos de solucionar, con rapidez y eficacia, su problema ya no la tenemos y ahora dependemos de instituciones sanitarias «tan alejadas del médico como del enfermo»<sup>6</sup>.

A pesar de todo, como Mascaró, soy optimista y, como él, espero que se realice la segunda fábula<sup>6</sup> haciendo posible que, con todos los cambios y progresos, los médicos sean «nexealistas», «los que entienden que la relación directa médico-enfermo es insustituible», porque si no serán licenciados en medicina y cirugía, pero no médicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrándiz C. El currículum de la dermatología medicoquirúrgica y la venereología en los inicios del tercer milenio. *Piel* 2000;15:171-4.
2. Braathen L, and the European Dermatology Forum. The future of Dermatology in Europe: position paper. *Eur J Dermatol* 2000;10:7-13.
3. Olmos L. Sanidad pública o privada. *Dermatol Dermocosm* 2000;3:283-5.
4. Cabré J, Olmos L. La dermatovenereología [editorial]. [www.dermocosmos.com](http://www.dermocosmos.com)
5. Fonseca E. El dermatólogo y el cambio de modelo asistencial en el Sistema Nacional de Salud. *Piel* 1999;14:171-4.
6. Mascaró JM. El futuro de la dermatología. Conjeturas sobre el horizonte tecnológico. *Actas Dermosifiliogr* 2000;91:239-43.
7. Olmos L. El instituto (o la desaparición de un servicio, un departamento... la dermatología). *Actas Dermosifiliogr* 2000;91:467-9.
8. Kerl H. La dermatopatología en Europa: presentimientos. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:308-10.
9. Olmos L. El primer instituto del Insalud (el CETs de Dermatología, 1983). *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:177-9.