

Al rescate del “dermathospitalista”

Rescuing “Dermathospitalist”

*La utopía es el principio de todo progreso y
el diseño de un futuro mejor*

ANATOLE FRANCE

En parangón con diversos médicos hospitalistas (neurohospitalista, hospitalista quirúrgico, etc.) debe reemerger la figura del especialista dermatólogo como elemento necesario y fundamental de la dinámica actual del área hospitalaria. En efecto, el término “dermathospitalista” hace referencia al médico dermatólogo con preparación en el abordaje, diagnóstico y tratamiento de pacientes con dermatosis que ameritan hospitalización.¹⁻⁴

La interconsulta médica es la muestra de la necesidad de apoyo profesional entre seres que poseen como objetivo común el bienestar del enfermo. El ser humano, unidad compleja y sorprendente, es para los médicos un reto, no sólo diagnóstico y terapéutico en términos de salud corporal, sino también un reto que conjuga los aspectos emocionales, sociales e incluso espirituales en cada persona y su entorno.

Aunque podemos afirmar que es infrecuente que los pacientes con problemas exclusivamente dermatológicos requieran ingreso para ser observados a través de internación, hay situaciones “convenientes” porque muchos de ellos tienen diagnóstico de un padecimiento grave, están multimedicados y han recibido opiniones muy diversas que les hace recorrer un camino indefinido.

El papel del dermatólogo como interconsultor se constituye como una figura que debiera seguirse fomentando como antaño. Hoy día, es evidente que se ha reducido el número de hospitales que disponen de camas para el ingreso de pacientes dermatológicos. Debido a que nuestra especialidad tiene de manera fundamental una misión clínica integradora, la evaluación de los procesos cutáneos agudos que coincidan o aparezcan en un enfermo

Claudia Reynoso-von Drateln¹
Eduardo David Poletti²

¹Jefa del Servicio de Dermatología, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Maestra en Ciencias Médicas y Doctorado en Farmacología. Miembro del Colegio Médico de Dermatólogos de Jalisco.

²Internista Dermatólogo, Academias Nacional de Medicina, Mexicana de Cirugía y Mexicana de Pediatría.

Recibido: 5 de marzo 2014

Aceptado: 30 de mayo 2014

Correspondencia: Dra. Claudia Reynoso von Drateln
Paseo de los Artistas 1618
44270 Guadalajara, Jalisco
vondrateln02@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como
Reynoso-von Drateln C, Poletti ED. Al rescate del “dermathospitalista”. Dermatol Rev Mex 2014;58:353-356.

mejoraría si la directriz fuese trazada por un dermatólogo.

La especialización de la medicina nos ha permitido destinar más tiempo y recursos para intentar comprender las enfermedades; sin embargo, una de las principales frustraciones del médico al terminar la carrera de medicina es darse cuenta de que los pacientes no han leído los libros,⁵ con esto ejemplificamos que cada paciente puede y ejerce el derecho de manifestar determinada enfermedad de manera distinta a otro paciente con el mismo diagnóstico.

La piel, como órgano que señala los límites entre el cuerpo y el mundo externo, es un blanco frecuente para que algunas enfermedades internas se expresen incluso antes de que se hayan revelado en su máxima intensidad, de tal manera que la identificación de lesiones elementales como guías hacia el diagnóstico resulta trascendental para orientarnos a la conducta más adecuada en cada caso.

No es raro que el especialista en Dermatología detecte más lesiones o dermatosis que habían pasado inadvertidas por el médico tratante, este fenómeno es esperado ya que el “ojo entrenado” para buscar resulta más hábil para encontrar. Esto lo afirmaba William Osler al aseverar que “todo el arte de la medicina es una observación”.

La especialización y la subespecialización de la medicina han logrado que nos volvamos supuestamente “expertos” en ciertas áreas; sin embargo, no debemos perder de vista que enfocarnos en algo no debe limitarnos a observar con detenimiento otros datos que podrán ayudarnos a ofrecer una mejor atención al paciente. Cabe el aforismo popular que reza: “al mirar el árbol dejamos de ver el bosque”.

Pongamos como ejemplo un caso demasiado común hoy día, cuando un paciente acude des-

esperado con urticaria y angioedema agudos a un servicio de urgencias. ¿Por qué se repite el hecho consuetudinario de que el paciente es atendido en minutos, se le aplica cloropiramina intramuscular (Avapena®) o hidrocortisona (o ambos) y es enviado a su domicilio?

¿Quién define actualmente lo que debió hacerse? ¿Cuándo estaba indicado administrar adrenalina? ¿Ameritaba unas horas de vigilancia hospitalaria? ¿Se requería un mínimo de estudios a realizar? ¿Cuál debiese ser su manejo ulterior para que ese mismo paciente no regrese horas después con ese mismo cuadro o más agravado? ¿Y si ese cuadro urticariano era originado por un medicamento, por ejemplo, captopril (el más común de todos los antihipertensivos institucionales y ahora reconocido como parte fundamental del origen de la “epidemia de los IECAs”)? ¿Será enviado a la consulta con su médico familiar para que reorganice las terapéuticas prioritarias de ese mismo paciente? ¿Cuántos otros fármacos antihipertensivos se deberá proscribir en este paciente como los inhibidores peptidil-peptidasa?⁶⁻⁹

Cabe preguntar ¿cuáles son las causas dermatológicas más comunes que en la actualidad requieren hospitalización? Quizá la respuesta *a priori* sería que son los síntomas o lesiones cutáneos inespecíficos catalogables como “erupción cutánea pruriginosa indefinida”, que está favorecida por terapéuticas precipitadas (léase sin diagnóstico) o de automedicación.

Otras más, en orden de frecuencia por su prevalencia: las dermatosis infecciosas, las dermatosis inflamatorias (psoriasis, eccemas diversos, eritrodermia) y las reacciones por fármacos. Renglón aparte son las dermatosis autoinmunitarias, de manera primordial conectivo-vasculares y los procesos cutáneos tumorales, a su vez que las complicaciones derivadas por sus tratamientos (administración de agentes biológicos, plasmaféresis, etc.) que conllevan efectos secundarios

colaterales más graves que la enfermedad misma (agranulocitosis, insuficiencias cardíaca o hepatorrenal, sepsis, etc.).¹⁰

La hospitalización en Dermatología siempre ha sido y será necesaria. Hoy más que nunca, exige readaptarla a los tiempos, seleccionando al paciente, definiendo con más claridad la enfermedad que le da motivo, así como replantear la logística para que las estancias fuesen lo más cortas posibles y formando parte importante (omnipresente) del engranaje de interconsulta hospitalaria.

Existe disminución del número de unidades de internación dermatológica posiblemente debido a varios factores que incluyen la implementación de grupos relacionados con el diagnóstico, dificultad en la recuperación operativo médico (reembolso) y tratamientos ambulatorios mejorados y más amplios en su repertorio, mostrando opciones ambulatorias en caso de algunas enfermedades como la psoriasis.^{11,12} Otras veces nos cuestionaremos ¿a qué grupo de diagnósticos nosológicos corresponden las “entidades cutáneas banales”, por ejemplo, el síndrome disestésico de la piel cabelluda? En este rubro pueden considerarse diversos padeceres de evolución benigna, sin ausencia de repercusión patológica, con frecuente asociación con el envejecimiento normal y de alta finalidad cosmeto-estética, en los que se observa la falta de un filtro de capacitación anticipado para médicos no dermatólogos y la falta de atención conjunta guiada por dermatólogos para los médicos familiares. Consideremos en cuánto error se cae si falta un examen completo de piel, ausencia de capacitación para saber qué buscar o la incompreensión del significado clínico de lo encontrado. Bien podría establecerse un eslabón de continuidad para los colegas no dermatólogos, con el objetivo de proveer escritos (notas médicas) o recomendaciones verbales (puntos clave) para el servicio primario que hubiese solicitado la interconsult-

ta.¹³ En un reporte de Ahn y su grupo¹⁴ quedó demostrado que los dermatólogos contribuyeron significativamente al diagnóstico y la mejor toma de decisiones en un servicio de Hematología-Oncología que, a pesar de realizar biopsias con frecuencia, tenían tasa de mortalidad dos veces mayor antes de que tuviesen la participación del grupo de Dermatología como consultores. Aunque esto es reflejo de la complejidad de la enfermedad y de la administración de fármacos potentes (inmunosupresores, agentes biológicos, etc.), destaca la necesidad de vigilancia de las infecciones oportunistas, como las micóticas, donde el dermathospitalista tendría eficiente participación por experiencia.

Ese hipotético “médico integrista” (dermathospitalista), a la vez que posee conocimientos suficientes de Dermatología, conoce sobre Pediatría, Cirugía General y, por supuesto, la Medicina Interna del hombre y la mujer, pudiera lograrse sin aumentar la currícula de años de estudio, sino facilitando el aprendizaje hospitalario a través de mayor contacto y comunicación durante la formación en sesiones de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Geriátrica, por citar algunas áreas.

Estamos de acuerdo en que la urgencia dermatológica, por lo general, no conlleva gravedad ni un curso fatal rápido, aunque es de considerar que su demanda urgente se estima entre 8 y 10% del total de las urgencias de un hospital.^{15,16} Existen razones de sobra al observar una alarmante lista de espera de pacientes en atención primaria, falta de educación preventiva, gran ansiedad del enfermo o sus familiares, inhabilitación social y laboral por algunas dermatosis e incuestionable “aparatosidad” de los signos y síntomas cutáneos.

El origen de este desvarío ambivalente puede comprenderse analizando la evolución de nuestra especialidad, porque sus avances de metodología

diagnóstica (dermoscopia o epiluminiscencia, microscopia confocal, ultrasonido cutáneo, inmunohistoquímica, inmunofluorescencias directa e indirecta, inmunofenotipificación, etc.) y terapéutica han mejorado en el tratamiento ambulatorio cotidiano de estos pacientes.

Otra razón es que, al haber evolucionado el campo de la Dermatología, que era una especialidad eminentemente médica, ahora se ha edificado con un enfoque más quirúrgico y cosmético. En realidad “no se ha preocupado” por establecer mayor presencia o interrelación con otras especialidades y esto hace que las enfermedades dermatológicas se trivialicen y se consideren de baja gravedad, lo que conlleva un manejo y tratamiento incorrectos.

La figura del dermathospitalista, estructurado formalmente desde su primer año de la residencia de Dermatología (con guardias para decidir o descartar la necesidad de internación de los enfermos), aportaría la ventaja de su mejor conocimiento del hospital y de sus mecanismos, lo haría mucho más capacitado en las enfermedades dermatológicas que requieran atención multidisciplinaria (con sus alcances y éticas limitaciones) y contribuiría a formar a los residentes en esa área, con mejor capacidad para tratar muchos de los problemas no dermatológicos que sufre el paciente ingresado y abonaría indudablemente a la reputación y coparticipación con los colegas especialistas de otras disciplinas.¹⁷ Sin un afán repleto de ansiedad, en lugar de que pensar en el futuro nos abrume o nos colme de insensatez fiando por entero en el porvenir, mejor decidamos cómo enfrentarlo y planteemos con objetividad: ¿será esto prioridad genuina con el advenimiento de nuevos planes de estudio que perfilen al dermatólogo requerido para este siglo?... ya veremos qué nos informan en fecha pronta instituciones tan respetables como la

Academia Nacional de Medicina, que ya labora en esta ardua tarea.

REFERENCIAS

1. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. *N Engl J Med* 1996;335:514-517.
2. Wachter RM. Reflections: the hospitalist movement a decade later. *J Hosp Med* 2006;1:248-252.
3. Josephson SA, Engstrom JW, Wachter RM. Neurohospitalists: an emerging model for inpatient neurological care. *Ann Neurol* 2008;63:135-140.
4. Maa J, Carter JT, Gosnell JE, Wachter R, Harris HW. The surgical hospitalist: a new model for emergency surgical care. *J Am Coll Surg* 2007;205:704-711.
5. Lifshitz A. El diagnóstico clínico frente a lo multicausal y lo probabilístico. *Ludus Vitalis* 2009;XVII(32):419-422.
6. Ebo DG, Bridts CH. Disfiguring angioedema. *N Engl J Med* 2012;367:1539.
7. Bramante MR, Rand M. Angioedema. *N Engl J Med* 2011;365:e4.
8. Thayeb AA, Lee D, Khachemoune A. Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced angioedema. *Cutis* 2013;91:30-35.
9. Rasmussen ER, Mey K, Bygum A. Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced angioedema. A dangerous new epidemic. *Acta Derm Venerol* 2014;94:260-264.
10. Nahass GT. Inpatient dermatology consultation. *Dermatol Clin* 2000;18:533-542.
11. Kirsner RS, Yang DG, Kerdel FA. Inpatient dermatology: the difficulties, the reality, and the future. *Dermatol Clin* 2000;18:383-390.
12. Ayyalaraju RS, Finlay AY, Dykes PJ, et al. Hospitalization for severe skin disease improves quality of life in the United Kingdom and the United States: a comparative study. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:249-254.
13. Helms AE, Helms SE, Brodell RT. Hospital consultations: time to address an unmet need? *J Am Acad Dermatol* 2009;60:308-311.
14. Ahn C, Alyssa D, Gil Yosipovitch G. The dermatology consultant: A retrospective analysis of inpatient dermatology. *J Am Acad Dermatol* 2014;70:4-30.
15. Usatine RP, Sandy N. Dermatologic emergencies. *Am Fam Physician* 2010;82:773-780.
16. Suárez R. Urgencias en dermatología. *Piel* 2009;24:463-464.
17. Bauer J, Maroon M. Dermatology inpatient consultations: A retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2010;62:518-519.