

El concepto de la dermatología sanitaria

Francisco Kerdel Vegas

Hace casi cinco años durante la celebración del XVII Congreso Mundial de Dermatología, la Asamblea de la Liga Internacional de Sociedades de Dermatología (LISD), representando más de cien sociedades nacionales de dermatología y más de 23.000 médicos especializados en dermatología de todos los países del mundo, dio un paso trascendental al establecer la Fundación Internacional de Dermatología (FID) y designar su primera Junta Directiva. Esta iniciativa, destinada a expandir los nuevos conocimientos y elaborada tecnología de la dermatología científica de los países desarrollados y opulentos, a los países en vías de desarrollo y pobres (una necesaria forma de transferencia tecnológica), y en consecuencia, los servicios médicos especializados a la población en general. De esta manera se extendían las responsabilidades de la Liga y de su brazo ejecutivo, el Comité Internacional de Dermatología, más allá de su papel inicial en la organización de grandes congresos internacionales cada cinco años, al desarrollo de la especialidad en países donde no existe, o se encuentra en estado de desarrollo embrionario, y este trascendental cambio de actitud se debió en buena parte a la incansable y convicente labor de un distinguido dermatólogo británico, el Dr. Darrell Wilkinson, quien durante el período en que le tocó actuar como miembro del Comité Internacional de Dermatología, logró convencer a sus colegas acerca de la responsabilidad moral de esta organización de velar por la extensión de la especialidad y sus servicios a aquellos países desprovistos de ellos o donde su presencia era todavía insuficiente. La primera Junta Directiva de la Fundación Internacional de Dermatología estuvo constituida por:

Dr. Alfred W. Kopf (Estados Unidos), Presidente.
Dr. Stuart Maddin (Canadá), Secretario Ejecutivo.
Dr. Hans R. Rorsman (Suecia), Tesorero.
Dr. Henning Grossmann (Alemania).
Dr. Stephen I. Katz (Estados Unidos).
Dr. Atsuchi Kukita (Japón).
Dr. Ramón Ruiz Maldonado (México).

Dr. Terence J. Ryan (Gran Bretaña).

Dr. Jean Thivolet (Francia).

Dr. Klaus Wolff (Austria), como miembro ex-officio (Presidente de la LISD).

Dr. Francisco Kerdel Vegas (Venezuela).

Únicamente el Dr. Grossmann y quien suscribe, no somos miembros del Comité Internacional de Dermatología (CID), y me siento muy complacido de haber recomendado al Presidente de la FID la colaboración y servicios del Dr. Grossmann, para formar parte de la Junta Directiva de la FID, quien por su actuación en la Fundación Alemana para el Desarrollo, su interés por solucionar los problemas dermatológicos de los países del Tercer Mundo, sus conocimientos y experiencia en dermatología tropical y su permanencia de nueve años en Tanzania, podía asesorarnos debidamente como efectivamente lo ha hecho desde entonces en todo lo relativo a la región.

Para ayudar a resolver la inmensidad de los problemas de las enfermedades de la piel, no sólo de comunidades y países, sino de grandes regiones geográficas, desprovistas a veces totalmente de toda asistencia dermatológica, hubo que enfocar nuestra actividad de acuerdo con dos grandes parámetros: 1) donde hubiese las más grandes necesidades; 2) donde hubiese el manifiesto interés y el deseo por parte de los gobiernos nacionales de aceptar con entusiasmo la ayuda y colaboración que la FID podía proveer.

La región que evidentemente llenaba a cabalidad la primera condición es el Africa, al sur del Sahara y, después de estudiar las necesidades, posibilidades y voluntad de los diferentes países de la región fue bastante obvio que Tanzania era la mejor opción, por su ubicación geográfica, por el deseo de su gobierno... y, por un factor pragmático pero que inclinó la balanza hacia ese país, que uno de los miembros del Directorio, el Dr. Henning Grossmann, había vivido y ejercido la dermatología en ese país durante muchos años y estaba no sólo dispuesto a aportar sus conocimientos y experticia en ese sentido, sino a volver allí y poner sus servicios a la disposición del nuevo proyecto.

Como Embajador de Venezuela en la Gran Bretaña me fue muy fácil organizar una ronda de visitas a los "Altos Comisionados" (Embajadores de los países de la Mancomunidad Británica) y Embajadores de varios países africanos en Londres, a la cual asistieron el Presidente de la FID, Dr. Alfred W. Kopt, acompañado por el Dr. Terence J. Ryan y yo mismo. Al encontrar el grado de "receptividad" del Alto Comisionado de Tanzania, Excmo. Sr. John Malecela (quien luego fue nombrado Primer Ministro de su país), y la disposición de la Fundación Alemana para el Desarrollo, de financiar la permanencia en Tanzania del Dr. Grossmann, para iniciar el programa, no fue difícil tomar la decisión de escoger a Tanzania para iniciar operaciones.

En los cinco años siguientes la FID ha concentrado su acción en el establecimiento de dos Centros Regionales de Entrenamiento Dermatológico en Moshi, Tanzania (para dar servicio a los países del Este, Centro y Sur del continente africano), y en Chimaltenango, Guatemala (para dar servicio a los países de Centro América y el Caribe).

La FID en realidad no había pensado iniciar un segundo programa (Guatemala), cuando todavía el primero (Tanzania) no estaba funcionando y con adecuado financiamiento, pero la "oportunidad" se presentó cuando el Embajador de Guatemala en la Gran Bretaña, el médico y cirujano ortopedista y oncólogo, Dr. Erwin Blandón, no sólo se interesó por el programa de los Centros Regionales de Entrenamiento Dermatológico (CRED), sino que resolvió el mismo en convertirse en el promotor del programa en Guatemala, adquiriendo los conocimientos necesarios, al haber tomado el curso para el "Diploma" en dermatología, del Instituto de Dermatología en el St. Thomas's Hospital de la Universidad de Londres, y regresar a Guatemala a promover y dirigir el nuevo Centro en Chimaltenango. El apoyo del gobierno (saliente y entrante) de Guatemala se ha hecho evidente en todo momento, incluso facilitando la utilización de un ala (sin uso) del Hospital de Chimaltenango, en un área rural ideal para el desarrollo de nuestro programa.

Un denominador común tienen estos dos colegas dermatólogos, Directores de los Centros, es la de un sentido o llamado misionero, que les permite renunciar a la vida citadina y mundana, y adoptar el estilo de vida y muchas veces parte de las privaciones de la población rural, humilde y pobre, a la cual dedican sus cuidados y atenciones. No ha sido pues necesario hacer un trabajo de persuasión,

y hasta de "lavado del cerebro" para convencer a los Dres. Grossmann y Blandón de la significación y proyección de su trabajo. Su dedicación y entusiasmo es la mejor prueba del éxito de los Centros y de nuestro convencimiento de que son "la herramienta" necesaria para formar el recurso humano que se necesita para educar, diagnosticar y tratar a la población rural de esas enfermedades infecto contagiosas de la piel, que no matan, pero incapacitan e invalidan, sobre todo a la población infantil.

La dermatología sanitaria en América Latina. El diagnóstico y tratamiento de la lepra fue el reto más importante que tuvieron los especialistas de la piel en países que como los de América Latina tenían una epidemia importante de lepra. Para poder diferenciar la lepra de otras enfermedades cutáneas era necesario ser dermatólogo. Los dermatólogos pues estaban a cargo de las leproserías y de las campañas sanitarias para examinar a las poblaciones rurales, identificar los casos incipientes, lo mismo que a sus contactos, tratar a los enfermos probados, hacer los controles y, en fin, todo el seguimiento de los casos observados ambulatoriamente, una vez que se introdujeron tratamientos efectivos y la segregación dejó de ser la conducta aconsejable. Esto permitió que la estructura del sistema permitiese que el personal de campo fuese adiestrado para reconocer otras epidemias rurales tales como la leishmaniasis y la oncocercosis. Se descubrió así que la misma organización podía ser efectiva para controlar estas epidemias rurales; había que cambiarle el nombre a la ortodoxa "División de Lepra", y la nueva nomenclatura obvia fue la de "División de Dermatología Sanitaria", como de hecho ocurrió en Venezuela bajo el mantenido, efectivo y notable liderazgo ejercido por el Dr. Jacinto Convit, y que ha permitido que esta División del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social pueda responsabilizarse por aquellas enfermedades de la piel, infecto-contagiosas, prevalentes en el medio rural.

Este mismo concepto, con pequeñas variantes, existe en idéntica forma en los demás países de América Latina, especialmente en México, Brasil y Colombia, y ha probado en la práctica ser útil y pragmático, en la debida y efectiva utilización del personal auxiliar para el trabajo de campo.

Los programas de los Centros Regionales de Entrenamiento Dermatológico han recibido el más amplio y entusiasta apoyo de la UNESCO, cuyo Director General, Profesor Federico Mayor

Zaragoza, se ha interesado personalmente en esta colaboración efectiva entre el sector público de diversos países y el sector privado internacional con capacidad tecnológica y recursos económicos (o por lo menos con acceso a los mismos), la Fundación Internacional de Dermatología.

El concepto del “paraguas dermatológico” para integrar programas verticales como los destinados al control de la lepra, la leishmaniasis, la oncocercosis, e incluso las enfermedades venéreas, lo mismo que aquellas enfermedades endémicas infecciosas y parasitarias (desde el simple impétigo, hasta la sarna, los piojos y las micosis), prevalentes en los países del cinturón tropical del mundo, especialmente entre la población infantil, podría ser una estrategia digna de ser considerada y eventualmente adoptada por la Organización Mundial de la Salud, dando el ejemplo para que esta idea ya probada con éxito en Latinoamérica pueda extenderse a los países en vías de desarrollo donde todavía no se ha puesto en práctica.

He aquí, un ejemplo más de una estructura sanitaria desarrollada en nuestro medio y que ha probado a lo largo de los años su efectividad, que puede y debería adoptarse en los países en vías de desarrollo en donde todavía no existe, donde podría contribuir de manera práctica a resolver problemas hasta ahora insolubles. Pienso que el argumento es válido y podría ser estudiado y adoptado por los organismos internacionales competentes. En el trabajo de campo ninguna organización sanitaria puede llevar a cabo programas “verticales” autónomos, disociados unos de otros, utilizando para cada enfermedad endémica un personal altamente especializado. El recurso humano disponible tiene que ser entrenado siguiendo los lineamientos expresados, y la ejecución de estos programas tiene que ser supervisada por una organización concebida bajo el concepto del “paraguas dermatológico”.

Tratamiento de la obstrucción urinaria por hipertrofia prostática benigna *

Luis H. Rodríguez Díaz, Oscar Chacón

La mayoría de los hombres al llegar a la edad media de la vida, están propensos a sufrir obstrucción urinaria por hipertrofia benigna de la próstata. Histológicamente la hiperplasia prostática se haya presente en el 50 por ciento de los individuos de 60 años, siendo el tumor más frecuente en el hombre después de los 50 años de edad. Actualmente se considera que un 35 por ciento, 1 de cada 3 hombres requerirá intervención quirúrgica por tal motivo en un tiempo variable.

Clínicamente, los dos síntomas funcionales: disminución de la fuerza y forma del chorro urinario,

así como la sensación de micción incompleta, son los más significativos de que hay una obstrucción urinaria de origen prostático benigno, en razón de su frecuencia y otros parámetros, que requieren estudios apropiados. La presencia de una masa tumoral característica induce a practicar una prostatectomía, generalmente con excelentes resultados, empleando los recursos múltiples disponibles de la cirugía actual. La morbilidad de la intervención quirúrgica es leve en la mayoría de los casos y la mortalidad muy reducida, debida a causas extrañas a la operación misma. Así se explica, el número creciente de prostatectomías por hiperplasia que se practican en los centros médicos avanzados, llegando a ser la operación más frecuente después de la catarata, en los individuos mayores de sesenta y

* Una versión incorrecta de esta nota editorial fue publicada en el volumen 100 número 4, página 280 de esta publicación, por tal motivo la forma corregida se repite en este número.