

¿Cómo enseñar Dermatología en el Posgrado?

Siempre entendí la docencia como un acuerdo entre dos que quieren crecer juntos. Por supuesto que el que enseña crece menos porque ya conoce el tema, pero igual se nutre de las preguntas y del crecimiento del otro. Vuelve a pensar todo, se cuestiona y tiene que renovarse.

La explosión del conocimiento, con su impacto sobre los “contenidos” que se deben transmitir, ha puesto en crisis a la docencia. Afortunadamente, así como en la literatura, el teatro o la ópera, estamos tratando siempre los mismos temas, como el amor, la vida, la muerte y el poder; si en medicina pensamos en cómo enseñar y no en qué, todo se basa en que el joven médico sepa qué conductas adoptar frente al paciente. Si aprende a interrogar, explorar y diagnosticar, el resto, todas las enfermedades y tratamientos, están en los libros, las revistas o en Internet.

La única salvedad en lo dicho es el conocimiento del inglés y el estudio de la biología molecular. Aquí poco es lo que puede hacer el docente que no pase absolutamente por el esfuerzo del educando.

El primer paso es hacer la historia clínica. Es una oportunidad única para sentirse médico, poner una impronta sumamente personal en lo que se hace, y allanar el camino para llegar al diagnóstico. Quien no dé bien este paso, se condena a tropezar eternamente. Y quien no lo disfrute, no vibra con ser médico. Hay que aprender lentamente a conducir el interrogatorio sin ser autoritario, escuchando al otro y permitiendo que conteste lo que necesitamos ayudándolo a liberar la ansiedad. Y hay preguntas que no pueden faltar. Suelo recomendar que lean este capítulo de diferentes libros y que cada tanto lo actualicen por el placer que da y porque siempre se obtiene algo nuevo. Es fundamental mejorar la historia clínica en cada consulta.

A la hora del examen físico, el médico debe estar cerca del paciente y no contemplándolo de lejos. Nuestra semiología comprende INSPECCIÓN de las lesiones pero también PALPACIÓN. La mejor manera de aproximarse a un problema diagnóstico oscuro es escribir una buena descripción de lo que se puede ver y palpar en la piel. El ojo ve mejor cuando tiene que informarle a la mano. Reconocer, observar, identificar la disposición, la distribución, la simetría o no y la bilateralidad o no de las lesiones son pasos esenciales.

Todo esto no puede llevarse a cabo con el paciente vestido, de la misma manera que el cardiólogo no ausculta a través del saco. Hay que dejar que los dedos busquen lo que muchas veces los ojos no pueden ver.

Si estos pasos se hicieron correctamente uno puede llenar mentalmente, o dibujar, el homúnculo que está en muchos libros de texto como para recordar toda la afectación del tegumento. Ya en casa, con los textos, se pueden hacer aproximaciones diagnósticas.

Tener presente que diagnosticar es el arte de exagerar los detalles importantes de localización, disposición, color y forma, entre otros datos. Una o varias lesiones pueden ser mentalmente trasladadas a otro sitio del cuerpo y de pronto el cuadro se acelera; pensar si la lesión es epidérmica, dérmica o subcutánea puede llevar al diagnóstico. Por supuesto que las categorías “eritematoescamosas, ampollares”, etc., son insustituibles para ello. Tenemos que encontrar un diagnóstico, de lo contrario somos charlatanes o brujas que tratamos con pociones oscuras.

Sobre todo en el primer año, conviene que el residente se olvide del tratamiento y se concentre en aprender a describir y diagnosticar. La terapéutica está escrita y se puede consultar una vez que conocemos la enfermedad.

Durante su formación, el futuro especialista debe ser evaluado y es importante que el maestro y el alumno tengan en claro qué se espera que este último sepa, comprenda y sea capaz de hacer al final de cada año. Está claro que más que formar dermatólogos que pasen el tiempo en la biblioteca estudiando listas de enfermedades, debemos apuntar a médicos que resuelvan reales problemas clínicos.

Enseñar es una forma poderosa de transmitir modelos de comportamiento profesional y valores. Y en medio de todo esto uno debe asegurarse de que le dio tiempo al paciente para contar su historia. De ahí que el docente deba crear tiempos y espacios para discutir pacientes, leer bibliografía, actualizar tratamientos, etc. El joven médico debe saber que a veces se necesitan veinte minutos de un ateneo clínico para llegar a un diagnóstico, pero quince segundos pueden bastarle a un clínico azevado, tras ver al paciente, para llegar a lo mismo.

La experiencia clínica es una fuente de aprendizaje preciosa y debemos desarrollar nuestras propias herramientas de enseñanza para que el que se está formando pase el tiempo junto a nosotros y al paciente en la forma más útil posible.

Ariel Blaustein

Bibliografía

- Burge SM. Teaching dermatology. Clin Exp Dermatol 2004;29:206-210.

Estimados/as colegas:

Estamos aunando esfuerzos para indexar *Dermatología Argentina* en Medline. Uno de los puntos que se evalúan es el factor de impacto de la publicación, que está directamente relacionado con la citación del material publicado en diferentes revistas científicas. Tomando como referencia una estrategia diseñada por nuestros colegas españoles, les sugerimos que cuando remitan artículos para publicación a revistas dermatológicas internacionales, traten de incluir citas de *Dermatología Argentina*. Es muy probable que encuentren algún trabajo reciente de autores argentinos al respecto en *Dermatología Argentina* que les sirva como referencia. Recuerden, además, que desde el punto de vista de la evaluación sólo serán válidos los artículos de los últimos años. Pueden emplear la página web www.dermatolarg.org.ar para buscarlos. Muchas gracias.