

El ginecólogo oncólogo y la unidad funcional multidisciplinaria

253

La especialización, que ha sido una constante en la práctica de la medicina durante las últimas décadas, surge como consecuencia de la complejidad técnica inherente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

En el año 1969, la American Board of Obstetrics and Gynecology, ante la imposibilidad de asimilar la avalancha de información y de dominar todas las técnicas que se ofrecían a los especialistas de entonces, recomendó la creación de 3 subespecialidades: medicina materno-fetal, medicina de la reproducción y ginecología oncológica. En 1972 se definieron las pautas para la certificación de esta última subespecialidad, que durante años se ha ido consolidando en función de los propios avances de la medicina^{1,2}.

En España, donde todavía no se reconocen oficialmente las subespecialidades, ha habido sin embargo intentos, hasta ahora frustrados, para reglamentar su creación³. Esta falta de regulación oficial no es obstáculo para que, en la práctica, se hayan ido delimitando parcelas de actividad que, sin perder su relación troncal con la disciplina de origen, han acabado por adquirir personalidad propia. La ginecología oncológica, que es precisamente una de estas subespecialidades que han nacido al amparo del progreso científico general, no debe entenderse como un campo de estudio cerrado y autosuficiente, es decir, aislado en sus cometidos, sino como el resultado de una singular dedicación, fruto a su vez de unos conocimientos y unas habilidades técnicas que capacitan a quienes la cultivan para tratar o, en su caso, coordinar el tratamiento, de acuerdo con las premisas de la actual concepción multidisciplinaria, de las afecciones neoplásicas que asientan en el territorio anatómico propio de nuestra especialidad.

De hecho, la aplicación de un método racional a la organización del trabajo exige cada vez más el empleo de un conjunto de prácticas que sólo tienen cabida en el marco de una unidad funcional multidisciplinaria. En la actualidad, el ejercicio médico individual, en un campo tan complejo como el de la oncología, tiene realmente muy poco que ofrecer. Sólo un equipo bien estructurado, que cuente con la cooperación sistemática y organizada de sus distintos miembros, podrá ser capaz de alcanzar las altas cotas de eficacia y de rendimiento clínico que exige la práctica oncológica de nuestros días.

Hoskins, Pérez y Young, en el prólogo de su conocido *Tratado de Ginecología Oncológica*⁴, expresan con toda claridad lo que debe entenderse por atención multidisciplinaria. Dicen estos autores que la subespecialidad de ginecología oncológica ha madurado en el curso de estos últimos años y en la actualidad aparece claro que la mayor efectividad, en el cuidado del enfermo oncológico y en la investigación, sólo se logra por medio de un equipo multidisciplinario de médicos. El núcleo de los componentes de este equipo estaría formado por el ginecólogo oncólogo, el médico oncólogo, el radioterapeuta y el patólogo.

Éste, que —en nuestra opinión— debería considerarse el tipo de organización ideal, no es ni mucho menos el más extendido en nuestros medios hospitalarios, donde todavía siguen existiendo numerosos problemas de coordinación entre las distintas especialidades implicadas en el tratamiento del cáncer. Son muchos los factores que han contribuido a la configuración y el mantenimiento de esta heterogeneidad

asistencial: volumen de la demanda de servicios, régimen interno de organización hospitalaria, diferentes grados de inquietud científica y de capacidad de diálogo de los respectivos especialistas⁵.

La diferente evolución histórica de la atención oncológica en cada centro ha generado al menos 3 tipos de modelo asistencial:

1. Aquel en que el servicio de oncología se arroga el protagonismo, creando sus propios protocolos diagnósticos y terapéuticos sin el concurso de los servicios hospitalarios implicados por la zona anatómica del tumor.

2. Se da también el caso contrario, en que el especialista actúa de forma autosuficiente en todo lo que concierne al diagnóstico y tratamiento de la neoplasia, con protocolos propios, al margen de otros facultativos de dedicación exclusiva a la oncología.

3. En la unidad funcional multidisciplinaria, que es el modelo que nosotros consideramos óptimo, cada especialidad ofrece su metodología de trabajo y unos recursos técnicos distintos y complementarios. Se pretende con ello ir más allá del clásico tratamiento secuencial de la enfermedad y, por otra parte, superar la voluntad de cooperación de los especialistas implicados en el tratamiento, tantas veces invocada para paliar los déficits o las incorrecciones institucionales.

La unidad multidisciplinaria, lejos de depender de algo tan variable como la voluntad de diálogo de los especialistas, debería basarse en reglas claras y pragmáticas de funcionamiento, que no sólo propiciasen el trabajo en equipo sino que, como ya ha demostrado sobradamente la experiencia de algunos centros, fueran capaces de redundar en beneficio de las pacientes, tanto en lo que respecta a su calidad de vida como a su supervivencia⁶.

Antes de reconocerse la oncología médica como especialidad independiente, es decir, antes de 1982, el ginecólogo tuvo que asumir funciones actualmente pertenecientes al ámbito de actuación de aquélla. Esta necesidad de incorporar los progresos y de utilizar en beneficio de las pacientes las técnicas emergentes no es nueva para el ginecólogo. Recordemos que la anatomía patológica de principios del siglo pasado contó con muchas figuras señeras procedentes del campo de la ginecología. Lo propio podríamos decir de la citopatología, de la ecografía e incluso de la radioterapia: hasta hace relativamente poco tiempo todavía algunos ginecólogos seguían utilizando fuentes radiactivas y efectuando ellos mismos tratamientos de braquiterapia. Hoy sería inimaginable que alguien no perteneciente a la especialidad de la oncología radioterápica hiciera uso de una metodología técnica tan compleja para su dosimetría y aplicación clínica sin riesgo.

No es de extrañar, pues, que todavía en algunos servicios de ginecología existan reticencias a abandonar ciertas prácticas que en su día tuvieron que asumirse por necesidad e imperativos del propio progreso médico. La introducción oficial de especialidades de dedicación exclusiva a la oncología originó en su momento un conflicto de intereses con estos especialistas, histórica y directamente ligados al tratamiento de las enfermedades neoplásicas, que en algunos centros todavía subsiste. La inconcreción de los textos legales, que no definen con claridad las pautas de actuación en las zonas comunes a dos o más especialidades y de sus interrelaciones mutuas, no ha hecho más que aumentar las diferencias. Para superar los problemas que todavía puedan existir entre los especialistas sólo hay una solución: dejar de ignorarse y de competir por los mismos enfermos. Está claro que ginecólogos y oncólogos médicos

precisan hoy de una infraestructura muy compleja —y más teniendo en cuenta la prácticamente general incorporación de la patología de la mama a los servicios de ginecología— que es la base de sus progresos terapéuticos.

Sólo manteniendo abiertas las fronteras de la especialización será posible hacer frente al cada vez más amplio caudal de necesidades y a las, en consecuencia, cada vez más marcadas limitaciones del profesional aislado y estanco. Cuanto mayor es la isla del conocimiento, afirma Ralph Sockman, más largo es el litoral de la curiosidad y del interés, y más vastas las nuevas perspectivas. La ginecología oncológica, comprendida en su globalidad, abarca tan considerable extensión de conocimientos y tanta diversidad de técnicas que es imposible que estén al alcance de un solo especialista, por dotado que esté de aptitudes personales.

Vamos a terminar recordando una reflexión de nuestro escritor del siglo de oro, Baltasar Gracián, cuando dice que «saberlo todo no se censura; practicarlo todo, puede pecar contra la reputación». Éste es, ni más ni menos, el criterio que, a nuestro entender, debería aplicarse a la atención oncológica en nuestros días.

Lorenzo Balagueró

BIBLIOGRAFÍA

1. Barber HRK. The Odyssey of a Gynecologic Oncologist. *Gynecol Oncol.* 1995;59:318-20.
2. Podratz KC. Gynecologic Oncology. On the eve of the New Millennium. Presidential Address. *Gynecol Oncol.* 1999;74:157-62.
3. Dexeus S. Subespecialidades [editorial]. *Prog Obstet Ginecol.* 2001;44:43-5.
4. Hoskins WJ, Pérez CA, Young RC. Principles and Practice of Gynecologic Oncology. Philadelphia: JP Lippincott Group; 1992. p. xi.
5. Libro blanco de la Oncología en España. Informe para la planificación global. Barcelona: Editorial SIMS SA; 1998.
6. Kramer S. Reflections on multidisciplinary management of cancer. Presidential Address. *Cancer.* 1982;49:1276-7.