

Subespecialidades

Subspecialities

S. Dexeus. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:43-45.

Al iniciar un nuevo año, siempre suele efectuarse el balance de lo realizado, tanto de lo bueno como de lo malo, y cuando se ocupan tareas ejecutivas, lo malo viene definido por lo no efectuado o parcialmente conseguido. En mi doble condición de codirector de esta revista y de presidente de la Comisión Nacional de Obstetricia y Ginecología, he creído que debía a los lectores de *PROGRESOS* una explicación sobre el estado actual del proyecto sobre *subespecialidades* que fue motivo de un "Editorial" hace ya bastante tiempo¹. En él, justificábamos la necesidad de crear las tres subespecialidades que, en el sentir de todos los ginecólogos, eran estrictamente convenientes para la adaptación de la obstetricia y ginecología a las nuevas tendencias del futuro de la medicina.

Los dos Ministerios que intervienen en la *formación del especialista*, el de Sanidad y el de Educación, se hicieron eco de la importancia que tiene la creación de subespecialidades, dependientes de las ya reconocidas, pero que definen *áreas de capacitación específica*. El anteproyecto que regulaba la creación de aquéllas apareció en un primer borrador el 15 de marzo de 2000.

La Comisión Nacional solicitó a la SEGO la preparación de los programas para la formación del subespecialista, así como las condiciones que eran necesarias para acreditar a los departamentos que quieran impartir la enseñanza de las tres subespecialidades:

Medicina materno-fetal.

Endocrinología y reproducción humana.

Ginecología oncológica.

El proceso no ha concluido, a pesar del tiempo transcurrido y de los esfuerzos de tantos colegas que han dedicado muchas horas de su valiosa y apretada agenda laboral a la elaboración de las bases docentes y administrativas de nuestros tres proyectos. Tan sólo ha sido aceptada la subespecialidad en *medicina materno-fetal*, hecho muy positivo pero que, si no se acompaña del reconocimiento de las otras dos, impide que abordemos un proyecto de mayor envergadura, como sería el replanteamiento de la enseñanza de la obstetricia y ginecología, atendiendo no sólo a niveles de conocimiento, aptitud y habilidad, sino también a las exigencias de una planificación sanitaria moderna que ofrezca mayores garantías a nuestras pacientes.

El ginecólogo ha sido pionero en algunas ramas de la medicina comunes a otras especialidades. No olvidemos que la citopatología, tan necesaria para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, en la década de los sesenta y bien entrados los setenta, se hallaba en manos de ginecólogos, por la sencilla razón de que la mayoría

de los patólogos no le daban crédito alguno. Durante mi residencia, en no pocas ocasiones nos veíamos obligados a actuar como anestelistas... "cloroformo a la reina", analgesia caudal continua... términos que los residentes de hoy sólo conocerán si son aficionados a la historia de la medicina. En la actualidad, a nadie se le ocurre que un obstetra pueda invadir el campo de competencia del anestesiólogo, entre otras razones, por las graves implicaciones medicolegales en las que incurriría.

Si lo mencionado parece un tanto obsoleto, no olvidemos que prestaciones tan actuales como el diagnóstico ecográfico gestacional se hallan en manos del obstetra y en no pocas ocasiones, también el diagnóstico de la patología ginecológica. Es comprensible que la aplicación del diagnóstico ultrasonográfico constituya un gesto habitual en el curso de la visita prenatal. Pero debemos reconocer que ante una gestación de riesgo, el obstetra-ecografista puede verse desbordado por aquel profesional que disponiendo de alta tecnología de la última generación y también de conocimientos en obstetricia, se dedique *exclusivamente* al diagnóstico obstétrico. Muy probablemente, el perfil de este profesional corresponderá a un especialista en obstetricia, con dedicación exclusiva al diagnóstico por ultrasonografía. Y en cuanto al diagnóstico de la patología ginecológica, es evidente que la máxima fiabilidad diagnóstica se obtiene cuando el observador es una persona especializada en el diagnóstico por la imagen con dedicación preferente a la ginecología. Es posible que mi visión del futuro esté equivocada, pero mi experiencia de muchos años en la formación de obstetras y ginecólogos me permite afirmar que un porcentaje alto de los nuevos especialistas van a dedicar su vida profesional a aspectos muy parciales de la especialidad, sin relación con la completa formación quirúrgica ginecológica que recibieron. No por ello serán unos especialistas de segunda categoría, ya que su labor, por poner un ejemplo, al frente de una difícil consulta externa o en hospitales insuficientemente dotados y un largo etcétera, no tendrá menos valor que la de aquel colega que ejerce la especialidad en hospitales de referencia con la aureola propia a la alta cirugía, o del control del embarazo de riesgo o los tratamientos muy específicos de la fecundación asistida.

Otras especialidades ya existentes se han opuesto a las subespecialidades de endocrinología y medicina de la reproducción y ginecología oncológica.

En el primer caso, las reticencias muy probablemente se deben a una incorrecta comprensión de los objetivos de la subespecialidad en lo que hace referencia a la endocrinología y que, obviamente, se limita al campo de la reproducción y en absoluto a la endocrinología general.

La oncología médica nace como especialidad en 1972 en los EE.UU. Los pioneros de la quimioterapia fueron los hematólogos y muy probablemente la delimitación de las áreas de capacitación entre ambas especialidades no fue un camino de rosas. En España se reconoce a la oncología médica como especialidad independiente en 1982. Sin embargo, durante muchos años, hospitales de prestigio no tenían dotado su propio servicio de oncología médica. Como es lógico suponer, muchos especialistas y no pocos ginecólogos tuvieron que subsanar esta falta de oncólogos médicos actuando como tales en sus respectivos departamentos. En la introducción de la memoria justificativa para la creación de nuestra subespecialidad oncológica se escribe textualmente lo siguiente: "Deberá estar entrenado para efectuar los tratamientos médicos y quirúrgicos propios de la ginecología oncológica, sin entrar en competencia con los especialistas en oncología médica o radioterápica. Se considera que la ginecología oncológica requiere el concurso de otros especialistas, sin menoscabo, por parte del ginecólogo oncólogo, de las áreas de competencia propias de aquéllos".

Considero que esta declaración es lo suficientemente explícita para definir nuestro campo de competencia sin lesionar el propio de la oncología médica, pero es evidente que debe existir una cierta desconfianza, puesto que todavía en algunos servicios el ginecólogo que toda su vida profesional ha ejercido en funciones de oncólogo médico se muestra reticente a abandonar su campo de actuación profesional que tuvo que asumir en épocas ya obsoletas.

No debemos olvidar que la finalidad principal de todo acto médico es conseguir el bien de nuestras pacientes. El corporativismo o las actitudes reivindicativas no deberían influir en aquellas decisiones que puedan representar una evidente mejora de cualquier prestación sanitaria.

Los éxitos en oncología no se obtienen sólo por la excelente y radical cirugía ni por el efecto de la quimioterapia o de la radioterapia sino por una buena estrategia oncológica que se inicia con un diagnóstico correcto y global, con la cirugía adecuada y con una quimioterapia adyuvante, de soporte o neoadyuvante, siempre en conjunción con otros tratamientos posibles, incluida la radioterapia. Es en el Comité de tumores donde la convergencia de varias especialidades permitirá no sólo el respeto al campo de competencia de cada una de aquéllas, sino también diseñar la terapéutica adecuada para cada paciente. En el seno de estos Comités, aprendemos unos de otros y, lo que es más importante, nos ayudamos a no caer en modas terapéuticas que la presión de la industria farmacológica intenta imponer o en participar en ensayos clínicos de dudosa eficacia y que proclaman avances que tan sólo beneficiarán a un grupo limitado y en situaciones muy especiales².

Mientras no se creen las subespecialidades, la paciente estará indefensa ante los posibles errores, puesto que cualquier ginecólogo, por el hecho de serlo, puede practicar aspectos tan diversos de nuestra especialidad como realizar una operación de Wertheim y al siguiente día controlar un tratamiento inductor de la ovulación. Las subespecialidades traerán como consecuencia los servicios u hospitales de referencia, donde el mayor número de casos permitirá no sólo adquirir una tan necesaria experiencia sino que además podrán impartir la docencia sobre la disciplina en la que son competentes.

Estoy seguro de que si se consiguen las otras dos subespecialidades que hemos solicitado podremos emprender una reforma de la enseñanza de la obstetricia y ginecología que se adapte a las nuevas necesidades y a la evolución vertiginosa de nuestra especialidad y, lo que es mucho más importante, todo ello redundará en una mejor asistencia a nuestras pacientes.

S. Dexeus

BIBLIOGRAFÍA

1. Dexeus S. La reforma de la especialidad [editorial]. *Prog Obstet Gin* 1994; 37: 329-330.
2. Sans Sabrafen J. On som i on anem al cap de mig segle de tractament químic de les malalties neoplàstiques. Barcelona: Conferència pronunciada en el "Institut d'Estudis Catalans", 8 de maig de 2000.