

EDITORIAL

¿Qué ha pasado con nuestra especialidad en los últimos 50 años?

Probablemente todos tendemos a creer que «nuestro momento» fue el mejor y que las experiencias de nuestra generación han sido irrepetibles, pero creo no equivocarme, ni pecar de excesivo idealismo, si afirmo que los especialistas en obstetricia y ginecología que iniciamos nuestra formación al final de la década de los sesenta y principios de los setenta hemos sido testigos de excepción de una verdadera revolución en la especialidad, y ello por múltiples y variadas razones que voy a intentar explicar.

En primer lugar, fue a finales de los sesenta cuando por primera vez se institucionalizó e inició la regulación de la formación de especialistas en España. Es cierto que había algunos modelos formativos en ciertos hospitales que, bajo la denominación de «becarios» o «médicos internos», constituyeron el germen de lo que después ha sido el programa MIR, pero las primeras convocatorias en el BOE, en las que se establecía un programa de formación de cuatro años (el primero de internado rotatorio y los otros tres de formación en la especialidad correspondiente), no tuvieron lugar hasta finales de los sesenta, y la mayoría para realizar dicha formación en los entonces hospitales de la Seguridad Social.

Nuestra generación fue, por tanto, la primera que tuvo la oportunidad de adquirir una formación reglada, de acuerdo con un programa establecido y –factor no menos importante– remunerada y reconocida con acceso directo a la titulación de especialista. Por supuesto, este esbozo inicial ha sido modificado muy favorablemente a lo largo de los años, hasta llegar al sistema de formación de especialistas vigente en nuestro país actualmente.

Este hecho, trascendental según mi criterio, no ha sido el único. La especialidad de obstetricia inicia en estos años una serie de transformaciones e innovaciones realmente impactantes: la ventosa obstétrica, los nuevos métodos de control fetal, tanto bioquímicos (gracias a Saling) como biofísicos (RGCT), la gammaglobulina anti-D utilizada en las gestantes Rh negativas, y la analgesia y la anestesia obstétricas. Las técnicas ultrasónicas se empiezan a aplicar en el control antenatal, hasta llegar a constituir hoy día un procedimiento diagnóstico indispensable en la práctica obstétrica diaria.

A estos avances iniciales siguen otros de forma imparable: se perfecciona el diagnóstico ecográfico, se introducen la amniocentesis y la biopsia corial para el estudio genético prenatal, la implantación de los test bioquímicos de riesgo (inicialmente en el segundo trimestre y más tarde en el primero), la generalización de la analgesia obstétrica, la utilización de fármacos inhibidores de la dinámica uterina para prevenir el parto prematuro y, más recientemente, la utilización de sangre de cordón con fines terapéuticos.

En ginecología, valga como ejemplo la implantación de la citología y la colposcopia como actuaciones preventivas, así como la generalización de la mamografía, no sólo con fines diagnósticos, sino de diagnóstico precoz y, muy recientemente, la comercialización de las primeras vacunas preventivas de los tumores del tracto genital asociados al virus del papiloma humano.

P. Miranda Serrano

Servicio de Ginecología
y Obstetricia.
Hospital Universitario
de Fuenlabrada. Madrid

Hemos vivido también la introducción de la anticoncepción hormonal, el dispositivo intrauterino –verdadero hito en la salud reproductiva de la mujer– y las técnicas de esterilización definitiva, primero por vía laparoscópica y, más recientemente, histeroscópica.

A pesar de todo ello, quizá nada haya sido tan impactante como la implementación de todas las técnicas endoscópicas, hoy generalizadas y utilizadas prácticamente en todos los procedimientos quirúrgicos de nuestra especialidad.

La cirugía oncológica ha evolucionado desde la radicalidad absoluta a la individualización del tratamiento según el caso, la paciente, la edad y/o el tipo de tumor, ciertamente favorecida por los avances paralelos en los tratamientos oncológicos, tanto quimioterápicos como radioterápicos.

En 1978 nace la primera niña de una gestación mediante fecundación *in vitro*. Desde entonces los avances en las técnicas de reproducción humana han sido innumerables, con especial mención a los intentos de preservación de la fertilidad en las pacientes sometidas a tratamientos oncológicos, cuando hace unos años se consideraba la supervivencia como único objetivo en estos casos.

Durante tiempo la uroginecología fue la «gran olvidada» de nuestra especialidad. Sin embargo, aunque se ha desarrollado más tarde, hoy constituye una de las áreas más activas e innovadoras, abarcando desde la prevención durante el embarazo y el parto hasta el diagnóstico y los procedimientos quirúrgicos más complejos, sin obviar la calidad de vida, la sexualidad, el dolor y la utilización racional de los materiales protésicos, con el objetivo de evitar secuelas indeseables que no se acompañan de una mejora de los resultados.

Pero, con todo, los avances técnicos no son los únicos ni, probablemente, los más importantes. La generación de la que formo parte ha sido testigo de un tránsito desde una medicina paternalista a una medicina en la que el paciente informado es el que adopta las decisiones en su proceso asistencial, constituyendo el centro del mismo. Los recursos son un bien público, de cuya adecuada utilización somos todos responsables; la informatización y las nuevas formas de gestión facilitan evaluar los resultados e introducir áreas de mejora; la decisión clínica en situaciones complejas se acompaña de la deliberación científica basada en la evidencia y también ética, en tanto que la legislación vigente sirve de ayuda y marco legal de nuestras decisiones.

También ha cambiado nuestra relación interprofesional. Desde el individualismo asistencial de cada especialidad, en que derivábamos a la paciente a otro especialista sólo si estimábamos que se había sobrepasado el límite de la nuestra, hemos pasado al trabajo en unidades multidisciplinarias o comités (oncológicos, neonatales o de uroginecología), en los que cada uno aporta lo mejor de sus conocimientos para que el enfoque, tanto diagnóstico como terapéutico, sea el más adecuado para la paciente, olvidando pasados protagonismos.

La lista es larga y no puede darse por concluida en estas líneas. La experiencia y la vivencia han sido muy satisfactorias y permitirme, por qué no, una pequeña licencia: hemos de sentirnos orgullosos por haber sido capaces de «sobrevivir con dignidad» a esta marea imparable a la que no sólo nos hemos adaptado, sino que muchos de nosotros hemos vivido como un privilegio. ■