

## **La medicina materno fetal - Dra. María Teresa Leis**

La Dra. María Teresa Leis es ginecoobstetra y en los últimos quince años

se ha dedicado a la medicina materno fetal. Se encuentra certificada en ambas especialidades por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, en el cual participa como miembro de la Junta de Gobierno y del Subcomité de Exámenes para la certificación de especialistas en medicina materno fetal. Trabaja en la iniciativa privada dentro del Grupo Ángeles Servicios de Salud, desempeñando actividades asistenciales, de docencia e investigación en el Hospital Ángeles Lomas donde es jefe de la clínica de medicina materno fetal, y en el hospital Ángeles México donde funge como jefe de la unidad de medicina prenatal. Con anterioridad, estudió y trabajó en el Instituto Nacional de Perinatología donde fundó el departamento de medicina fetal y fue profesor titular del primer curso universitario de especialización en medicina materno fetal. En esta entrevista, se refiere de manera exhaustiva a las particularidades de la medicina materno fetal, su historia, evolución y actualidad, así como a los desafíos que enfrenta la misma. A su vez, se permite reflexionar acerca del inminente 57 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

¿Por qué no comenzamos dialogando acerca de la especialidad en medicina materno fetal y de su evolución desde la perinatología?

En primer lugar se encuentran las especialidades troncales como la gineco-obstetricia. Una de las primeras áreas de subespecialización que surgieron en el seno de la gineco-obstetricia fue la perinatología, la cual realizó las primeras modificaciones al campo de trabajo de gineco-obstetras y pediatras. Surgió en los años ochenta y creó una unidad conceptual entre el período prenatal (segunda mitad del embarazo) y el postnatal temprano (neonatal). En aquellos días, ingresaban a esta subespecialización tanto gineco-obstetras como pediatras; los primeros rotaban durante su entrenamiento por servicios de neonatología como atención al recién nacido y terapias de cuidados especiales, mientras que los segundos participaban en la atención obstétrica y asistían partos o cesáreas. El Instituto Nacional de Perinatología de México fue uno de los primeros centros en ofrecer capacitación y entrenamiento en perinatología, aunque sin contar con un programa de residencia respaldado por la universidad. Quienes entonces buscaron a esta institución para prepararse lo hacían porque tenía un gran prestigio nacional e internacional y este marco de referencia tenía el significado de un entrenamiento junto a las personas que más trabajaban en este campo específico.

Fue así como después de terminar la residencia en ginecoobstetricia en dicha institución me dediqué al área de la perinatología a nivel asistencial, docente y de investigación. En años posteriores, la evolución natural de los ginecoobstetras fue hacia la especialización en el campo de la medicina prenatal, tanto en el alto riesgo materno como fetal, mientras que la de los pediatras, lo fue hacia la neonatología. De este modo, a partir de la década de los años 90, la mayoría de los centros que forman recursos humanos en el área perinatal, han contado con programas de residencias universitarios para gineco-obstetras en medicina materno fetal, y para pediatras en neonatología.

Siguiendo en la línea temática de la evolución, ¿cuánto ha influido en la especialidad el avance tecnológico para facilitar y abrir nuevos horizontes en la tarea médica?

Es una pregunta muy interesante. Los avances tecnológicos han influido muchísimo.

Concretamente, ha sido a través del ultrasonido con que la tecnología ha revolucionado el ejercicio de la gineco-obstetricia, y particularmente, de la medicina fetal. Han habido mejoras constantes de la calidad de la imagen y se incorporan cada día nuevas técnicas que tienen utilidad en la detección, el diagnóstico, el estudio y el tratamiento de un número importante de patologías fetales. Y aunque puede parecer obra de una influencia tecnológica desmedida, los avances han contribuido en parte a la creación de hiperespecializaciones, como la del ultrasonido genético, por ejemplo, dentro la subespecialidad en medicina materno fetal. Pero lo más común es la evolución nuestra hacia la medicina fetal para ocuparse del feto como un paciente, un ser cuyas enfermedades se pueden investigar y tratar, o bien hacia la medicina materna para el manejo de los embarazos de alto riesgo, tanto por la presencia de enfermedades maternas de fondo (diabetes, hipertensión, coagulopatías, etc.) o agregadas (preeclampsia y eclampsia entre ellas), así como por complicaciones propias del embarazo (parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, etc.). Si bien se mantiene la perspectiva integral de la subespecialidad, la tendencia actual a dedicarse a una subárea de la misma es una realidad. Aquí es importante destacar que la influencia no ha sido únicamente de la evolución tecnológica, porque es clara la contribución de los enormes avances que han ocurrido en el conocimiento científico y de la necesidad creciente de mantener una actualización permanente.

De este modo, hay necesidad de adquirir conocimientos que se van generando de una manera tan vertiginosa que llega un momento en que se tiene que escoger un área específica de trabajo. Solo así es posible tener ese grado de profundidad en los conocimientos y esa experiencia singular que se requiere para dedicarse a un sector tan especializado.

Respecto del creciente avance tecnológico, ¿cuáles son los equipos pos que le ayudan a desarrollar mejor su actividad?

Me parece que aquí tendríamos que distinguir entre quienes trabajamos este campo en la parte asistencial especializada (segundo nivel), docente y de investigación, y aquellos que únicamente se dedican a la asistencia en un nivel básico de abordaje. Quienes trabajan únicamente en la asistencia, desde la perspectiva de un primer nivel y con la responsabilidad de detectar problemas, podrían trabajar bien con un equipo de alta definición y que contara con algunas modalidades del Doppler (pulsado, a color), aunque no sería imprescindible por el momento la angiografía de poder, la tercera y la cuarta dimensión. En cambio, quienes otorgamos una asistencia más especializada, de segundo nivel, con la responsabilidad no sólo de detectar, sino también de realizar diagnósticos precisos, establecer pronósticos, discutir la alternativa de tratamientos, debemos contar con los avances tecnológicos más recientes. Algunos de estos constituyen verdaderas herramientas de trabajo con aplicaciones específicas para profundizar en el estudio de diversas patologías, otros deberán de ser abordados desde la investigación. La situación es que los equipos de ultrasonido que han evolucionado en los últimos años, van incorporado nuevas tecnologías en diferentes etapas de desarrollo y no todas se encuentran listas para ser utilizadas aún en la clínica. Quizá hay muy pocas patologías, todavía hoy, donde la tercera dimensión haya demostrado que aporta mayor información, para el diagnóstico, que el bidimensional de alta definición. En cambio, el trabajo de investigación con el rendimiento multiplanar de la tercera dimensión, por ejemplo, es fundamental para quienes deseamos aportar nuevos conocimientos en el campo. Para la docencia también será fundamental contar con toda la tecnología disponible, ya que como parte de su formación los alumnos deben de conocer las fronteras del desarrollo tecnológico, y delimitar sus aportes concretos a la práctica clínica. En síntesis pienso que, los equipos que necesitan quienes hoy se dedican a la investigación, asistencia y docencia en el campo de la medicina fetal, deben de contar con la tecnología más avanzada.

¿Cuánto se ha avanzado en el último tiempo en la intervención, cuánto se abrió el horizonte para lo mínimamente invasivo en la especialidad?

Mucho, realmente mucho. Creo que en el pasado los países latinoamericanos habíamos tenido escasas oportunidades de hablar de experiencia en terapia fetal mínimamente invasiva por el escaso desarrollo de infraestructura que existía. No obstante en la actualidad hay varios grupos en el continente, en Buenos Aires, en Venezuela, en México, que están trabajando en conjunto el proyecto de terapia fetal a través de la Sociedad Iberoamericana de Diagnóstico y Tratamiento Prenatal a la cual pertenecen. Se trata de médicos muy preparados y con entrenamiento específico en las técnicas quirúrgicas que han ido desarrollando, los cuales ya están realizando procedimientos con el mejor nivel, cumpliendo con todos los requisitos como en cualquier país desarrollado. Entonces, el acceso al feto enfermo con una mínima invasión, esto es, a través de la endoscopia, contando con el apoyo de equipos de alta definición que guían esos procedimientos y aportan mayor seguridad, constituye uno de los grandes avances en el terreno del tratamiento fetal.

Todavía pocas enfermedades factibles de ser tratadas. Sin embargo, las que se encuentran incluidas en los protocolos actuales, en general, son enfermedades, o patologías fetales que si no hiciéramos el intento de tratarlas, no habría ninguna oportunidad de sobrevivida para estos fetos. Serían embarazos sin ninguna opción a futuro. Estas patologías a tratar han cubierto el requisito de contar con una investigación experimental previa, en la cual se estudió su historia natural y se ensayaron las técnicas quirúrgicas para su corrección. Ahora ya se están utilizando en fetos humanos y contamos con la experiencia de grupos multicéntricos que comparten sus resultados. Hay, por tanto, mucho avanzado en este terreno y todavía mucho por avanzar con el permanente apoyo de la investigación, la cual cada día agrega tratamientos para un número cada vez mayor de patologías. Y en Latinoamérica, podemos decirlo con claridad, ya se puede ofrecer mucho en este terreno.

¿Cuáles cree que son los desafíos que enfrenta la especialidad?

El mayor desafío es poder incorporar los avances que van ocurriendo en el nivel de calidad de atención que requieren. En nuestra especialidad, los desarrollos más importantes de los últimos años han estado relacionados al diagnóstico prenatal no invasivo. Se trata del desarrollo de diversas pruebas de tamizaje o de escrutinio que permiten seleccionar mejor a las mujeres con riesgo elevado de anomalías cromosómicas, un grupo que será candidato a los métodos invasivos de diagnóstico, como por ejemplo, la amniocentesis. Estos avances provienen de países desarrollados, particularmente del Reino Unido, donde actualmente se está ofreciendo estas opciones de estudio a todas las mujeres embarazadas, a través de programas a nivel nacional, con el subsidio de instituciones del gobierno.

Además cuentan con regulaciones sobre quienes y dónde pueden ofrecer estos estudios, y con controles de calidad externos para los servicios. En nuestros países el diagnóstico prenatal se encuentra, para empezar muy poco desarrollado.

Para seguir es común el desear incorporar los avances en este campo sin reconocer previamente los retos y las dificultades de implementación que existen. Y lo que ocurre comúnmente es que los resultados esperados nunca se alcanzan. En nuestros países los servicios de diagnóstico prenatal se ofrecen en escasos centros especializados, ubicados generalmente en las grandes ciudades, y no son gratuitos, los pacientes deben pagar por ellos. De este modo, hay una gran inequidad en el acceso a los servicios, vinculada en parte a la inequidad económica que existe en nuestros países. El desafío principal será reconocer lo anterior y comenzar por plantear las estrategias apropiadas para cada uno de los problemas que vayan surgiendo.

Un buen ejemplo actual muy concreto son los esfuerzos que se están realizando para incorporar el tamizaje de anomalías cromosómicas en el primer trimestre del embarazo. Para que eso sea una realidad, aún como servicios a ser ofrecidos por centros especializados, deberemos de regular la formación de los médicos que se dedicarán a esta actividad y asegurar entre otras cosas, el apego a una técnica ultrasonográfica estandarizada.

Será también fundamental que elaboráramos sistemas de control de calidad, de difícil funcionamiento en nuestros países. Esta actividad también demandará a la ética profesional de cada médico; las nuevas opciones de estudio deben de ser ofrecidas a todas las pacientes respetando su autonomía, es decir, sin mediar la opinión que el médico tenga de ellas y aceptando las decisiones de la mujer embarazada.

Uno de los problemas más graves que tenemos es que, en el contexto legal de nuestros países, el aborto no es permitido. Lo anterior muchas veces restringe el acceso a los estudios para detección de anomalías fetales, porque existe la concepción errónea de que la interrupción selectiva del embarazo es el único beneficio que el diagnóstico prenatal puede ofrecer ante un diagnóstico positivo. Y esto no es así. El diagnóstico prenatal de anomalías fetales tiene muchos beneficios como el tratamiento intrauterino, la asesoría genética, la preparación de los recursos postnatales para una atención óptima del recién nacido, entre otros.

Para finalizar, , sería interesante nos comentara sus impresiones y expectativas respecto del inminente 57 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia Tengo el honor de haber formado parte del comité científico de este congreso. Es el evento científico más importante de nuestra especialidad, al cual acuden más de cuatro mil médicos de todo el país y del Caribe, Centro América y de otros países.

Tiene un programa científico que se ha ido comunicando que incluye, por ejemplo, treinta y cinco cursos de actualización. Cada médico tendrá la posibilidad de inscribirse en tres de ellos, por la distribución particular de los horarios que tienen, como cursos precongreso y dentro del evento central, como cursos transcongreso. Habrá dos simposios plenarios, nueve simposios simultáneos, conferencias especiales y mesas de discusión. La idea del evento es incluir desde los temas más cotidianos y recurrentes, hasta las últimas incorporaciones científicas, técnicas, de disciplinas sociales. Vamos a contar con veinte profesores extranjeros y más de ciento cincuenta nacionales.

Yo tendré la responsabilidad de coordinar uno de los simposios plenarios que tratará justamente sobre los nuevos desafíos en el diagnóstico de anomalías congénitas por ultrasonido. Participarán en este simposio como profesores invitados distinguidas personalidades de la gineco-obstetricia a nivel internacional, como el Dr. Luis Cabero, de Barcelona, España, presidente actual de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y el doctor Samuel Karchmer, maestro y académico de la ginecología y obstetricia mexicana con mayor reconocimiento a nivel internacional.

Contaremos además con el Dr. Lucas Otaño, de Argentina, del área de medicina materno fetal del Hospital Italiano de Buenos Aires; también el Dr. Hernán Muñoz, quien actualmente es presidente de la Federación Latinoamericana de Asociaciones de Ultrasonido.

Adicionalmente se van a entregar gratuitamente a todos los médicos inscriptos en el congreso dos libros magníficos de actualización: uno de Ginecología y Reproducción Humana y otro de Temas Selectos de Obstetricia y Medicina perinatal.

Finalmente, como una novedad, este congreso cuenta por primera vez con un curso dedicado a la formación de peritos en nuestra especialidad. Esto es será muy interesante por la necesidad creciente que existe de adaptación a los cambios del ejercicio de la especialidad en la parte legal.