



Gynética

Raymundo Canales-de la Fuente*

* Miembro del Colegio de Bioética, A.C.

RESUMEN

Se propone un término nuevo: "Gynética" para referirse a la ética aplicada a la práctica de la especialidad de la ginecología y la obstetricia, partiendo de la experiencia clínica cotidiana que inicia con el interrogatorio en el que se proponen nuevas formas de abordaje del mismo, y sigue con la exploración y los tratamientos, haciendo especial énfasis en el principio de autonomía.

Palabras clave: Bioética médica, bioética en ginecología y obstetricia, ética en ginecología y obstetricia, gynética.

ABSTRACT

We propose a new term "Gynethics" to refer to applied ethics in the practice of the speciality of Obstetrics and Gynecology on the basis of everyday clinical experience, begins with the interrogation in which, proposes new ways to approach it, and continues with the exploration and treatment with special emphasis on the principle of autonomy.

Key words: Clinical bioethics, Ob/Gyn bioethics, Ob/Gyn ethics, gynethics.

INTRODUCCIÓN

Cuando Eliana Ortega hace un análisis de la obra de Gabriela Mistral, traspola un concepto de Alice Jardine, feminista postestructuralista (si es que existe el "postestructuralismo"), quien acuña el término de *gynesis*, para aplicarle una ética previa, más originaria, más profunda, que tiene que ver con el discurso femenino no dicho, el oculto. Así, Ortega habla de una ética Gynética para describir la postura de Mistral.¹ Es necesario, entonces, aprovechar la palabra para darle un sentido más amplio, uno que abarque lo relativo a la atención de la salud de la mujer, pero que tome en cuenta ese punto de vista no explícito, pero contundente.

Para comenzar a hablar de la salud de la mujer y de la atención implícita en todos los sistemas de salud, es necesario utilizar como línea conductora el razonamiento de la mal llamada "ciencia médica", por supuesto en relación con el área de la ginecoobstetricia cuando se aborda un caso concreto, esperando evitar la deformación profesional personal, pero, finalmente, el objetivo es ayudar a poner orden en el pensamiento y en la propuesta que se pone a la consideración del lector.

DE LA ANAMNESIS EN GINECOOBSTETRICIA

El primer paso es el interrogatorio clínico,² el cual es habitualmente la primera acción formal del médico al conocer a una paciente, y donde se entera, en principio, de la demanda de ésta. Además, si el médico es cuidadoso, como es deseable que lo sea, también se entera de las expectativas de la paciente. Para lograr tales objetivos, el médico empieza por preguntar datos básicos como nombre, edad, ocupación y estado civil. También es el momento donde se le pregunta a la mujer su dirección, teléfono, nacionalidad y si profesa alguna religión. Acto seguido, se aborda la razón de la visita, es decir, el padecimiento que la trae frente al médico, haciendo especial énfasis en el tiempo de evolución del mismo y las molestias concomitantes, con lo que se obtiene una impresión acerca de la naturaleza de la enfermedad, y/o de la condición que padece, que no necesariamente puede ser una enfermedad la que la trae frente al médico. En esta primera serie de datos, es importante señalar que la información relativa al estado civil dice francamente muy poco acerca de una persona en una sociedad como en la que vivimos hoy en día. En realidad, lo que el médico puede inferir o

presumir de la respuesta de la paciente no es más que una interpretación fundada en prejuicios que, por lo tanto, no revela casi nada sobre la salud de la mujer. Por esto, quizá sería mejor prescindir de esta información, pues incluso puede incomodar a la paciente.

A continuación, el médico aborda lo que se conoce como “antecedentes ginecoobstétricos”, rubro en el que se pregunta la edad de la primera menstruación, sus características hasta la fecha y si ésta se acompaña de molestias. Viene otra pregunta que, además de ambigua, puede ser seriamente cuestionable, relativa a la edad de “inicio de la vida sexual activa”, tema que se presta a muchas interpretaciones, tanto del médico como de la paciente, ya que si bien es cierto que existen enfermedades que son más frecuentes en las mujeres que empiezan a tener relaciones heterosexuales en forma temprana y sin protección de barrera, al médico no le queda claro ese concepto y sólo formula la siguiente pregunta: “¿Usted a qué edad empezó a tener relaciones sexuales?”, la cual frecuentemente conduce a una respuesta que no brinda información útil y sólo sirve para establecer, otra vez, un prejuicio acerca de su persona. Algo semejante ocurre con la siguiente interrogante: “¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?” La justificación del médico para efectuar estas preguntas, es que le permiten obtener información en relación con la exposición al riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, objetivo noble en principio. Sin embargo, imaginemos dos situaciones hipotéticas: en la primera se trata de una mujer casada con una sola pareja sexual en la que el esposo es agente de ventas que viaja por todo el país, de tal forma que convive con su esposa sólo un fin de semana por mes y, el resto del tiempo, sostiene relaciones sexuales con diversas mujeres, sin protección de barrera; en la segunda situación, pensemos en una mujer soltera con cinco parejas sexuales, pero que siempre usa métodos de barrera, sin fallar nunca en esta práctica. Así las cosas, parece obvio que entre las dos mujeres, la primera es la que tiene mucho más riesgo, en comparación con la segunda, por lo que la pregunta debería enfocarse entonces al hecho de saber si la mujer usa métodos de protección de barrera de manera sistemática, al margen de su estado civil o del número de compañeros sexuales que haya tenido, es decir, la pregunta en cuestión constituye una invasión completamente inne-

cesaria a la vida privada de una mujer y que, finalmente, redundaría en la fabricación de prejuicios.

En cuanto a la historia de los embarazos de la mujer, debemos poner énfasis en relación con la privacidad de la información, dado que es frecuente que dicho interrogatorio se lleve a cabo frecuentemente, frente a la presencia del esposo o el compañero(a), y es posible que no se lleve a cabo en forma estrictamente privada de acuerdo con los deseos de la paciente, es decir, puede ocurrir que el compañero de la mujer no tenga información previa acerca de un embarazo anterior a la unión actual y que la paciente no quiera que lo sepa. Así pues, es condición “*sine qua non*” que la historia debiera ser llevada a cabo en completa privacidad; inclusive, es deseable, con el fin de salvaguardar los intereses de la paciente, que ésta conteste un formulario por escrito, donde además tenga la posibilidad de negarse a contestar preguntas que no le parezcan adecuadas y evitar la presencia de quien representa una figura de poder en este ámbito, es decir, el médico. Por supuesto que este profesional puede argumentar que la paciente no tiene todos los elementos para ponderar la importancia de cada pregunta en cuanto a la evolución de su enfermedad; pero, en todo caso, se podría hacer alguna aclaración posterior y en caso de que falte algún dato fundamental en ese sentido, hacerle ver a la paciente que es importante que asuma su responsabilidad, la que, por cierto, es un derecho a la luz del principio de autonomía. De esta forma, es posible presumir que la respuesta de las mujeres va a ser muy completa y confiable si se le brindan las explicaciones pertinentes y, contemplado el hecho a la luz de la autonomía y el derecho a la privacidad, observaremos que esto cobra sentido.

A continuación, se procede a interrogar acerca de los antecedentes familiares, sobre todo en relación con la existencia de enfermedades que pudieran ser hereditarias o contar con alguna predisposición familiar. También se pregunta sobre los antecedentes laborales, el grupo sanguíneo y la exposición sistemática a algún tóxico, información potencialmente útil. Cabe aquí un señalamiento con respecto a la forma de interrogar porque, por experiencia, es posible constatar un error repetido al establecer un diagnóstico sobre alguna “adicción”, tan sólo con el antecedente de haber consumido, por una vez, alguna droga ilícita; conclusión francamente errónea y que puede conducir a situaciones no deseables en la

atención médica. La historia continúa con la indagación sobre los antecedentes de enfermedades previas, así como de intervenciones quirúrgicas, transfusiones, fracturas y demás demandas de atención médica.

Como en todo abordaje médico, es necesario efectuar una exploración completa, que incluya la apariencia general de la paciente, sus signos vitales, y otros datos exploratorios generales; pero en relación con la especialidad médica de la ginecoobstetricia, es necesario señalar que se requiere de la desnudez de la paciente, generalmente en una posición recostada en una mesa de exploración, donde el médico explora las glándulas mamarias, apreciando su aspecto, forma y la piel que las cubre, para posteriormente palparlas, con el fin de encontrar signos anormales en las mismas. La enfermedad a la que los especialistas tenemos especial temor es el cáncer de mama, en virtud de que recientemente, por factores que no son claros, ha aumentado la frecuencia en mujeres de todas las edades y condiciones, de tal forma que el día de hoy se solicita con frecuencia a las mujeres que acudan a realizarse un estudio radiológico llamado mastografía, que por cierto, representa molestias importantes para quien se le realiza, en vista de los “requerimientos” del equipo. De tal forma que las mujeres frecuentemente no regresan –quizá con toda razón– a una nueva mastografía el año siguiente, quedándose entonces sin una manera eficaz para la detección del tumor en forma temprana. Así las cosas, es necesario regresar al tema de la exploración, explicando la posición en que se debe pedir que se coloque la mujer para el resto del abordaje ginecológico, solicitando que permanezca en decúbito dorsal y con ambos muslos apoyados en el equipo ex profeso, permitiendo así la visualización directa de los genitales externos para continuar con la exploración instrumentada. Para esto, se coloca en la cavidad virtual que representa la vagina un instrumento llamado espejo vaginal, cuya colocación representa también molestias importantes para la mujer, pero la maniobra se justifica por la necesidad, completamente real, de visualizar de manera directa, tanto las paredes, como el cérvix uterino (que es por cierto el sitio donde aparece otro de los tumores malignos más frecuentes en la mujer) y, por tanto, el lugar donde se toma la muestra necesaria para el popular examen de Papanicolaou. Por supuesto, en relación a este instrumento cabe

preguntarse: ¿acaso no será posible diseñar un fibroscopio delgado que cumpla con la misma función y que cause menos molestias durante la exploración? La respuesta es evidentemente afirmativa; sólo hace falta la voluntad de algún diseñador(a), con algo de iniciativa. La búsqueda permanente de la comodidad de la paciente debiera ser el criterio para realizar cualquier maniobra exploratoria o diagnóstica que lleve a cabo el especialista en el consultorio.

Sólo para ejemplificar esta última afirmación, y en el sentido de que los profesionales del área debieran tomar conciencia de esta problemática, se cita una anécdota real: se trató de una mujer a la que se estaba estudiando por un problema de infertilidad, por lo que se le ordenó un estudio radiológico llamado “histerosalpingografía”. Cuando se le describió a la paciente la técnica a emplear, ella advirtió acerca de lo doloroso que le representaría cualquier manipulación del cérvix uterino, por lo que se solicitó al gabinete radiológico donde se realizaría el estudio que se efectuara bajo sedación, lo que la paciente francamente celebró. Así las cosas, al momento de recibir a la paciente en el gabinete convenido, los trabajadores de ese centro llamaron, por lo menos cinco veces, para corroborar la solicitud de sedación: el argumento de todo el personal involucrado era que nunca habían realizado tal estudio en esas condiciones. Cabe señalar que la sedación es una condición muy común en otros estudios radiológicos que también provocan dolor, por lo que parece sorprendente que haya causado tanta consternación entre el personal de salud involucrado.

DE LOS TRATAMIENTOS EN GINECOOBSTETRICIA

Hablar de tratamientos en la especialidad de ginecología y obstetricia sería tan amplio como referirse a un tratado entero de medicina, así que solamente se señalan un par de ejemplos que pueden ser útiles para hacer el análisis y las propuestas que se indican en el texto. La miomatosis uterina es una enfermedad muy común, que consiste en la aparición de tumores benignos conformados por el tejido muscular del útero. Estos tumores pueden variar en tamaño y localización con respecto al órgano citado, y dada su naturaleza benigna, en la mayor parte de las ocasiones no requieren tratamiento alguno, a menos que causen algún efecto en la salud general

de la mujer que los padece. El efecto más común es el sangrado uterino anormal, de tal forma que cuando se presenta esta situación es necesario aplicar alguno de los tratamientos existentes, que, por cierto, son muchos. Cabe señalar que la hemorragia anormal es finalmente un efecto indirecto de los miomas, es decir, la sangre no proviene de los mismos, sino que provoca alteraciones en el tejido que recubre el interior de la matriz, es decir, la mucosa llamada endometrio, de tal forma que ésta es la que sangra. El primero de los tratamientos a revisar es uno de los más antiguos y consiste en la extirpación del órgano, es decir, el útero; intervención llamada "histerectomía", que de acuerdo con las condiciones de edad de la paciente y el funcionamiento de los ovarios, se puede extirpar con o sin los mismos. Las vías a través de las cuales es posible realizarla son: abdominal, vaginal y, más recientemente, por laparoscopia. Este último procedimiento consiste en la visualización directa del interior del abdomen mediante la introducción de un telescopio que tiene en el otro extremo una cámara de video, así como la introducción, mediante las punciones accesorias, del instrumental quirúrgico necesario. Otro de los tratamientos utilizados hoy en día es la llamada "ablación endometrial",³ que consiste en la destrucción por diferentes métodos de la mucosa que ya mencionamos, es decir, el endometrio. Para lograrla, están ya diseñados varios equipos que utilizan desde la aplicación de calor local mediante un globo que se infla con agua en el interior del útero, la cual se hace circular por un equipo que la calienta, hasta un cierto límite, tanto temporal como de temperatura; hasta equipos que "quemán" la mucosa usando microondas, pasando por otros que la congelan. Todas estas opciones significan intervenciones muy poco invasivas, que en general requieren tiempos de quirófano y el uso de anestésicos cortos y poco riesgosos, lo que contrasta con la primera intervención mencionada. Además, existen también tratamientos medicamentosos, de entre los cuales se señala el grupo de fármacos llamados "análogos de GnRH", cuyo efecto consiste en que durante el tiempo en que la mujer lo está recibiendo, se quedará sin ciclo menstrual y se ha demostrado que disminuyen también el tamaño de los miomas, lo que parece maravilloso, si no fuera porque, pasado un tiempo, los tumores pueden regresar a sus dimensiones previas y, también, porque son de muy alto costo.

Cada día, la tecnología nos ofrece más opciones de tratamiento; no es nuestra intención mencionar aquí todos, ni todas sus implicaciones; sólo es necesario aclarar que existe una amplia gama de tratamientos para la misma enfermedad, por lo que la obligación del médico es mostrarle a la mujer todo el panorama existente, para que ella elija el tratamiento que le convenga, lo que dependerá, obviamente, tanto de sus expectativas reproductivas, como del impacto que cada uno pueda tener en su vida cotidiana y de cualquier otro factor de índole personal.

En cuanto a los tratamientos en relación con el embarazo y el parto, además de mencionar los derechos de cada mujer en relación a la regulación de su fertilidad, así como los tan invocados derechos para interrumpir un embarazo, es necesario hablar del embarazo de término y el deseado. En estas circunstancias existen dos muy conocidas vías para el nacimiento: el parto vaginal y la operación cesárea. En los foros académicos en todo el mundo, los obstetras hemos discutido acerca de cuál es la vía más adecuada para que nazca un feto; las razones y argumentos son múltiples: desde el respeto a la vía "natural", pasando por el análisis pormenorizado de los detalles técnicos y sus secuelas a futuro, hasta los costos generados. No es necesario aquí entrar en esta controversia; solamente se menciona el argumento conocido hace un par de años en la bibliografía médica en la que los británicos reportan un brusco incremento en el número de cesáreas (que es también motivo de intensas discusiones) y presentan un análisis de los últimos cinco años para conocer el número de las complicaciones (tanto maternas, como de los recién nacidos) comparando el parto vaginal contra la cesárea. Los hallazgos fueron en el sentido de que era el mismo número en ambos casos, es decir, el riesgo que representan ambos procedimientos para la atención del nacimiento son iguales. Por esta razón, se tomó la decisión de plantear la información a las mujeres que estaban a punto de dar a luz, con lo cual se les permitió escoger la vía que ellas quisieran para resolver su embarazo, llamándose a este fenómeno "cesarean delivery on maternal request".⁴ Al margen de que se puedan cuestionar las razones por las que las mujeres británicas eligieron en mayor número optar por la vía cesárea, y que esto quizá tenga que ver con la información que cada una tuvo acerca de los procedimientos, es necesario se-

ñalar que ante todo parece una conducta racional de las mujeres, y que de nuevo, abona en favor de la invocada autonomía que tienen derecho a ejercer. Es decir, el deseo materno debiera ser considerado una indicación formal para la realización de una operación cesárea, por lo menos en aquellos hospitales que tengan la capacidad de demostrar hallazgos similares.

Las razones por las que existe resistencia por parte del grupo médico a tomar este tipo de decisiones tienen que ver, en principio, con un discurso de poder sustentado en parte en el lenguaje médico y que es ejercido por el profesional de la medicina, quien (a pesar de sus buenas intenciones) tiende a pensar de manera automática que él es el único que tiene los elementos suficientes para tomar decisiones, y difícilmente puede apreciar, puesto que si esto resulta cierto, es únicamente porque no ha tenido la capacidad suficiente para transmitirle a la paciente los elementos de juicio necesarios, sin recurrir a tecnicismos. Llegado a este punto, también es importante mencionar lo concerniente al tema de la salud y los derechos reproductivos. Aquí, el sentido común nos señala que se debe partir del hecho de que debiera existir un acceso suficiente y adecuado para las mujeres (tanto sobre la información necesaria, como por la enorme gama de métodos que sirven para regular la fertilidad), así como proteger el respeto de la sociedad entera a lo que ya se mencionó como el derecho a la privacidad. Al mismo tiempo que en casi todas las sociedades occidentales se ha progresado en este sentido, debemos contemplar muy de cerca lo que está ocurriendo hoy en día en relación con la llamada "reproducción asistida"; que no es otra cosa sino un conjunto de técnicas que le pueden brindar la posibilidad de tener hijos a parejas y mujeres que antes no la tenían. La llamada inseminación intrauterina es una de las más antiguas técnicas y, como su nombre lo dice, consiste en colocar, mediante maniobras de exploración y sondeo de la cavidad uterina, un adecuado número y calidad de espermatozoides, esperando que así ocurra la llamada fertilización en la trompa de Falopio, que es el lugar que la naturaleza tiene destinado para tal efecto. El día de hoy se puede preservar, mediante congelamiento, el semen humano y así aparece un número nuevo de posibilidades de reproducción. Por mencionar alguna, se puede mencionar el caso de una mujer soltera, sin pareja sexual, la cual puede entonces recurrir a los llamados bancos

de gametos, solicitar una muestra de semen y pedirle al médico que la insemine con ella. Las leyes de nuestro mundo occidental tienden a conservar el derecho a la reproducción como uno de los derechos elementales del ser humano y de ninguna manera puede restringirse sólo a parejas heterosexuales casadas, lo que sería francamente un atropello inconexo con los valores actuales y vigentes de tolerancia y respeto irrestricto a la diversidad sexual. Pero así como nos queda claro el ejemplo citado, aparecen nuevas situaciones que nos obligan a pensar, como sociedad, las respuestas en otros casos. Otra de las técnicas relativamente recientes es la relacionada con el diagnóstico prenatal, el cual consiste en obtener pruebas de gabinete o laboratorio que nos puedan hacer evidente el estado de salud o enfermedad del feto, lo que en algunas ocasiones puede redundar en que la mujer tenga la posibilidad de interrumpir un embarazo en forma temprana y, al margen de que en otros textos hayamos analizado la controversia del estatus moral del embrión y del feto –discusión que por cierto no se aborda en este trabajo–, cabe preguntar: ¿qué significado tiene cuando esa mujer decide abortar en razón de que conoce el sexo del feto que está en su seno? Éstas son las nuevas preguntas que se derivan del manejo, articulación y aceptación de esta tecnología. Evidentemente, esto requiere un mayor análisis y profundizar más en relación con las discusiones al respecto. Por otra parte, es necesario abordar la discusión ética en torno a la asignación de recursos por parte de los diferentes gobiernos. Hace relativamente poco tiempo se publicó en la literatura médica un modelo matemático (francamente inteligente), que sirve para ponderar el dinero que se emplea en alguna intervención en salud en comparación con alguna alternativa y los resultados se expresan en años de vida ganados por la población que se estudia o en años de calidad de vida. Nuestros presupuestos para la salud en Latinoamérica siempre están más limitados de lo que se quisiera, de tal forma que se necesita de una buena dosis de racionalidad para usarlos en forma adecuada, y desde el punto de vista de la salud de las mujeres se debe poner especial énfasis en la vigilancia de los recursos y sobre cómo la sociedad debe proponer criterios para lograr una asignación equitativa de éstos; entonces es necesario utilizar todas las herramientas que tengamos a la mano para decidir de acuerdo a la forma más racional y con respeto a los derechos de todas y de todos.

Así pues, en los argumentos expuestos anteriormente se ha tratado de ser lo más objetivo posible en el análisis; sin embargo, la visión quizá se encuentre más en relación con los «good boys» de los que habla Alice Jardine; pero se ha intentado apreciar la profesión de la ginecoobstetricia desde una postura moderna, como la del llamado estructuralismo. Sirva este texto como una primera aproximación al tema, en el entendido de que será necesario seguir tejiendo, hombres y mujeres, alrededor del concepto para mejorar no sólo la salud en general, sino la atención que como sociedad se les brinda a las mujeres.

REFERENCIAS

1. <http://www.gabrielamistral.uchile.cl/estudios/nomadias/eortega.htm>
2. Botella LJ, Clavero NA. Tratado de Ginecología, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1993.
3. Chapa HO, Venegas G, Antonetti AG, Van Duyne CP, Sandate J, Bakker K. J Reprod Med 2009; 54 (11-12): 678-84.
4. Kingdon C, Neilson J, Singleton V, Gyte G, Hart A, Gabbay M, Lavender T. BJOG. 2009; 116 (7): 886-95. Epub 2009 Apr 22.

Correspondencia:

Dr. Raymundo Canales de la Fuente
Correo electrónico: raycanales@gmail.com