

Protocolo Propuesto de Asistencia durante el Embarazo

Relación Coste-Beneficio

D. LUIS MARTÍNEZ CORTES. Jefe Sección de Obstetricia Hospital Universitario de Getafe

Nos vamos a referir básicamente a los acuerdos que llegaron un grupo de expertos sobre Asistencia al embarazo normal reunidos en Segovia en Octubre de 1992. Estos acuerdos fueron posteriormente publicados en los protocolos de Obstetricia de nuestra Sociedad de Ginecología y Obstetricia y también en el primer libro editado en España sobre asistencia al embarazo normal cuyos autores son ginecólogos españoles de reconocido prestigio.

El grupo de expertos decidió que la primera visita se debe realizar antes de las 12 semanas de gestión siendo ésta, en ocasiones, la primera toma de contacto de muchas mujeres con el sistema de salud. En esta primera visita se realiza la historia clínica, estudio de antecedentes médico-quirúrgicos de interés y se solicita por primera vez la batería de pruebas para el buen control del embarazo. Las sucesivas visitas se realizarán cada 4 ó 6 semanas hasta la semana 37. De la 37 a la 40 se recomienda una visita cada 15 días y a partir de entonces una visita cada 3 días. El número total de visitas en un embarazo bien controlado será entonces de 12 aproximadamente.

En cada trimestre se deben solicitar una serie de pruebas analíticas que exponemos a continuación:

1.º TRIMESTRE

Después de una exploración general, mamaria y genital, se solicitará:

- Grupo y Rh
- Test de Coomb indirecto (si madre Rh-)
- Hemograma completo
- Glucosuria
- Cetonuria
- Proteinuria
- Sedimento de orina
- Citología vaginal (si no tiene una normal de menos de 1 año)
- Rubeola (determinación IgG)
- Sífilis (VDRL o RPR)

- Hepatitis B (determinación HBsAg)
- Toxoplasmosis (determinación IgG)
- VIH (determinación IgG)
- Cultivo vaginal
- Ecografía

2.º TRIMESTRE

Se realizarán en el segundo trimestre las siguientes determinaciones:

- Hemograma completo
- Glucemia basal
- Screening diabetes (24 - 28 semanas)
- Glucosuria
- Cetonuria
- Proteinuria
- Sedimento de orina
- Ecografía (18 - 20 semanas)

3.º TRIMESTRE

Se realizarán en este trimestre:

- Hemograma completo
- Glucemia basal
- Glucosuria
- Cetonuria
- Proteinuria
- Sedimento de orina
- Hepatitis B (determinación de HBsAg)
- Cultivo vaginal
- Ecografía (34 - 36 semanas)

Aunque es difícil cuantificar los costes de cada determinación a nivel hospitalario podemos decir que en nuestro centro la cuantía de las determinaciones por trimestre sería aproximadamente de:

1.º Trimestre	12.000 Pts.
2.º Trimestre	5.000 Pts.
3.º Trimestre	6.000 Pts.
TOTAL	23.000 Pts.

JUSTIFICACIÓN DE TALES DETERMINACIONES

La determinación seriada de **hemograma** va encaminada a diagnosticar aquellas anemias que precisan o requieren un tratamiento, aproximadamente un 56% de las gestaciones. El no realizar un adecuado tratamiento por no haber diagnosticado la anemia puede conducir a un deterioro progresivo de la gestante que presenta palidez, anorexia, astenia etc., y en los casos mayores precisará de transfusión. Un dato importante es el absentismo laboral que esta patología conlleva.

La prevalencia de la **diabetes** insulino dependiente en el embarazo se estima entre el 1 al 6.6 por 100 y de la diabetes gestacional del 2 al 3%. Debemos también recordar que aproximadamente un 20% de las diabéticas gestacionales requieren insulina en algún momento del embarazo y/o parto.

Las cifras de morbilidad materna y morbimortalidad perinatal se multiplica por 4 ó 5 respecto a la población control y la incidencia de malformaciones fetales asociadas a la diabetes lo hacen por 3 ó 4. Estos datos justifican totalmente tales determinaciones durante la gestación.

La **citología vaginal** durante el primer trimestre del embarazo sirve como screening del carcinoma de cérvix pero al mismo tiempo nos determina aquella población de riesgo de vaginitis (relacionada con la incidencia de RPM, prematuridad, etc.) durante la gestación que requiere un control más estricto seleccionando aquellas gestantes que precisan cultivo vaginal y/o tratamiento.

La **rubeola** afecta a un 15% de la población adulta de las que un 5% aproximadamente son mujeres en edad fértil. Cuando se sufre la enfermedad antes de la semana 11, la afectación fetal (sordera, malformaciones cardíacas etc.) se estima que ocurre en el 100% de los casos, produciéndose en la mayoría de los casos un aborto, y en aquellas gestaciones que continúan presentando defectos congénitos el 90%. Si la afectación es entre las 11 y 16 la incidencia de malformados es mayor del 30%.

La **sífilis** tiene una prevalencia en nuestro medio del 1.5 por 100 gestaciones. La afectación fetal en la sífilis 1.^a o 2.^a oscila entre el 50 al 80% con un gran aumento de la morbi-mortalidad perinatal. Cuando una prueba inespecífica (VDRL, RPR) es positiva se precisa confirmación con una prueba específica, ya que las primeras tienen una tasa de falsos positivos de más del 10%. En aquellas pacientes de riesgo se recomienda repetir el 3.^{er} trimestre.

Respecto a la **hepatitis**, en España hay aproximadamente un 1 a un 2% de portadores sanos de HBsAg con una prevalencia de la enfermedad en la gestación del 0,6%. De éstas se estima la transmisión vertical al feto en un 10% de los casos.

La **toxoplasmosis** tiene una prevalencia del 1% de las gestaciones con una incidencia del 0.2 - 0.8%. La infección fetal asciende desde el 15 al 60% desde el 1.^{er} trimestre al 3.^{er} trimestre. De los fetos infectados, el 75% no presentan secuelas. Se considera que el screening debe ser opcional ya que la incidencia de toxoplasmosis congénita es del 1 por 1.000, teniendo un 25% de posibilidades de presentar secuelas.

En cuanto al **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida** sabemos que aproximadamente un 7% de los infectados son mujeres y que de éstas el 80% se encuentra en edad fértil. La transmisión de la madre al feto es vertical desde la 8 a la 11 semanas pero también se puede infectar el feto en el canal del parto y por la leche materna. Se considera que la tasa de infección del recién nacido se encuentra entre el 12 al 35%.

La **ecografía** ha demostrado ser un buen método con alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de bienestar fetal y malformaciones estructurales.

Alrededor del 3 al 6% de todos los fetos presentan algún defecto congénito. Éstos se clasifican en anomalías cromosómicas 0.6% (representan el 12% de todos los defectos congénitos), enfermedades hereditarias mendelianas el 1.4% (el 28% de los defectos congénitos). Aunque los primeros y segundos grupos tienen marcadores ecográficos que permiten sospechar su presencia, son las malformaciones estructurales donde la ecografía tiene mayor utilidad en manos expertas.

BENEFICIO OBTENIDO

Es muy difícil cuantificar cuál es el beneficio que se obtiene o se puede obtener de la realización de las pruebas antes citadas durante el embarazo normal. El principal es el propio control del embarazo y como consecuencia la mejor salud de la población obstétrica con una disminución de la morbi-mortalidad perinatal que se considera uno de los indicadores del desarrollo de

un país. La disminución de la morbi-mortalidad conlleva una disminución del número de ingresos hospitalarios tanto maternos como neonatales disminuyendo los costos.

Un buen control de gestación lleva también a una disminución del absentismo laboral ya que se previenen patologías como prematuridad, diabetes etc., que requieren en ocasiones ingresos prolongados. El correcto control del embarazo disminuye la tasa de partos instrumentales disminuyendo en consecuencia la estancia media.

Otro problema más difícil es la cuantificación del beneficio no tangible como son:

- Bienestar materno en el trabajo
- Bienestar equipos de los sistemas de salud
- Disminución del número de reclamaciones

Todos estos problemas serán los que pretendemos razonar y discutir en nuestra ponencia con la ampliación que en ese momento hubiera lugar.