

L. Cabero Roura

*An Esp Pediatr 1998;48:148-149.*

La incorporación de tecnología y conocimientos en la práctica de la medicina reproductiva, ha representado uno de los más importantes avances de la medicina en los últimos lustros. La posibilidad de que ciertos casos de esterilidad puedan ser tratados con métodos de reproducción asistida ha condicionado que determinadas parejas, destinadas a renunciar definitivamente a la descendencia, puedan hoy día disfrutar de un hijo. Sin embargo, este proceso, como muchos otros en medicina, requiere unos condicionantes importantes que obligan a que este tipo de tratamientos sean realizados con las máximas garantías tanto científicas como estructurales. Cada uno de los distintos elementos que configuran el tratamiento representa un importante esfuerzo asistencial y de participación de la propia pareja y, como se deduce, se merece una profesionalidad muy alta por parte del equipo.

Ultimamente, con la disminución de la complejidad de ciertas parcelas del esquema terapéutico, y con el cambio de ciertas estrategias, se ha producido un incremento importante de embarazos múltiples que, lejos de representar un éxito del tratamiento, constituyen la demostración de que algún paso del recóndito proceso no se ha cumplido según el arte. Es decir, tanto la transferencia de embriones, como la estimulación controlada, deben contemplar el evitar precisamente aquello que por exceso puede constituir el fracaso. No es necesario remarcar las importantes connotaciones de la multigestación, tanto para la madre, como para los feto/neonatos, y por añadidura, a los sistemas sanitarios y a la sociedad que los sufre.

No obstante, en ciertas ocasiones, es la propia pareja la que, en un intento de preservar la máxima capacidad de resultado, se niega a la preceptiva reducción embrionaria en aras de que se consiga la máxima posibilidad. Las parejas, en su ejercicio de la libertad, deciden en ciertas ocasiones optar por la vía que, aunque llena de resultados anómalos, les parece brindar más confianza. En esos casos, el equipo asistencial se halla ante dilemas muy difíciles dado que conoce perfectamente el camino que se espera. Prematuridad, desprendimientos de placenta, rotura prematura de membranas, estados hipertensivos del embarazo, anemia materna, trastornos compresivos, embolismos, etc. son ejemplos de complicaciones que pueden presentar. Pero además, la probabilidad de las mismas es altísima. Así, la edad media de finalización de la gestación en los trillizos es de 34 semanas, en

### Asistencia perinatal de los embarazos múltiples

los cuatrillizos de 31 semanas y en los de más fetos es de 20 a 27 semanas. Si a ello les unimos la diferencia de pesos entre los prematuros procedentes de embarazos simples versus embarazos múltiples, la media de la diferencia oscila (según semanas) entre el 5 y el 15% del peso del correspondiente al feto único, fácilmente se comprenderá que la mortalidad perinatal sea muy alta.

El trabajo que se publica en esta ocasión, amén de contener una buena cantidad de esfuerzo colectivo y conocimientos sobre el tema, describe una situación de «catástrofe», según palabras de los propios autores, que nunca debió ocurrir. Por un lado, porque no es comprensible cómo se dejó a evolución espontánea un ciclo con tan semejante número de folículos capaces de brindar óvulos que fertilizar; por otro, por dejar desarrollar una gestación múltiple con tan semejante número de fetos, a excepción de que la pareja no autorizase la reducción embrionaria preceptiva en estas ocasiones, a fin de preservar la vida de los restantes. Por lo tanto, es un caso en el que debería haberse recurrido a la solución ortodoxa de la esterilidad, en un centro de reproducción preparado para tal fin. Pero no fue así.

Los autores del trabajo estipulan que ante tal situación (repito, de catástrofe), debe planificarse el evento -anunciado-, con las medidas de organización pertinentes. Tal como se indica en el texto, se preparó la solución de manera detallada, y a tenor del resultado, con éxito. Sin embargo, haciendo un análisis desapasionado del tema, considero que lo que los autores preconizan es precisamente lo que nunca hubiera debido pasar. Me explico. Es un hecho que la asistencia sanitaria (la prestación de servicios) ha de ser equitativa y eficiente, y para ello los contribuyentes ponemos la parte que nos corresponde, es decir, los recursos económicos que, gestionados por el Servicio Nacional de Salud correspondiente (el Estado), brindará la prestación como componente básico y elemental del estado de bienestar.

En esta misma línea argumental ha de añadirse que la equidad y eficiencia (atributos incuestionables de la propia prestación), implican una adecuada planificación de los servicios sanitarios siendo así que, de esta manera, el recurso abastece a la necesidad, y en parte también a la demanda, aunque de manera mucho más colateral e imperfecta, tal como debe ser.

En esta ocasión, se utilizó un recurso ineficiente, pudiendo optar por la razonable solución de transferir a la paciente al centro adecuado, tanto por los requerimientos maternos, como neonatales. Los responsables del sistema sanitario habrán

de explicar el porqué de «la catástrofe», en un medio no preparado para ello, tal como denuncian los propios autores del trabajo en sus primeras líneas, habiendo de transformar el centro, preparado para el cometido correspondiente, en un núcleo asistencial de primer orden y con las connotaciones de excepcionalidad. Tal como se menciona, hubo de contratarse personal adicional, comprar nuevo utillaje, establecer circuitos especiales, etc., cuando todo ello hubiese podido asumirse, sin coste adicional alguno en capítulo I y II, en otro centro de la Comunidad o del Estado, pensando además en la ausencia de urgencia (factor sorpresa), dado que la paciente estuvo ingresada en el centro varios días antes del parto. Por lo tanto, si cada centro asistencial de nuestra red de servicios sanitarios hubiera de prepararse para las distintas «catástrofes», no habría dinero suficiente con todo el correspondiente a los Presupuestos Generales del Estado para poder hacer frente a semejante irra-

cionalidad. Es por ello que no todos los hospitales tienen centros de quemados (recordar que en todo el levante hay sólo uno), ni están capacitados para hacer trasplantes cardíacos, etc., y no por ello, cuando hay un caso de esas características se organiza uno específico para una sola ocasión.

Amén de esa crítica sobre la organización sanitaria, y paralelamente a ella, ha de reconocerse el alto grado de capacitación y profesionalidad de un grupo de médicos, y resto de personal sanitario, que de manera ordenada y muy bien planificada, supieron mostrar su maestría ante tan magna circunstancia, lo que les proporcionó el reconocimiento de toda la clase médica, y en especial perinatológica, por el éxito conseguido. Una vez más, se ha demostrado que nuestros profesionales, repartidos por todo lo ancho y amplio de nuestra geografía, gozan de una capacitación incuestionable, y que son punto de mira de muchas administraciones sanitarias de otros países.