

E. Doménech

*An Esp Pediatr 1998;48:150-151.*

En este número se aporta la experiencia de un grupo de perinatólogos sobre la asistencia a un embarazo de octillizos en nuestro país<sup>(1)</sup>, hecho que ha tenido una gran trascendencia médica y social por la amplia difusión que ha tenido en los medios de comunicación y que ha sido motivo de controversias.

Cuando se lee el trabajo se experimenta una grata impresión, porque nos transmite la gran ilusión y el enorme trabajo desarrollado por un equipo de neonatólogos que hicieron una preparación meticulosa para enfrentarse a una situación de emergencia que ellos mismos califican de catástrofe, y que finalizó con éxito rotundo desde el punto de vista neonatal, motivo por el que merecen nuestra felicitación, pues han demostrado una gran preparación y profesionalidad, y la información que nos transmiten puede ser de gran ayuda.

Sin menoscabo de lo anterior, la situación planteada nos hace reflexionar sobre una serie de cuestiones relacionadas con la asistencia perinatal a los embarazos múltiples y de alto riesgo, que deben ser analizadas.

La primera cuestión sería la situación creada por la existencia de embarazos múltiples como consecuencia de las técnicas de reproducción asistida y que constituyen una situación de emergencia o de catástrofe, según el número de fetos y de las disponibilidades de personal y de medios del hospital donde nazcan.

Con el desarrollo de la tecnología para la reproducción asistida como tratamiento de la esterilidad, se ha observado un incremento de los embarazos múltiples del 0,35 por mil al 1,09 por mil entre 1982 y 1990 en Australia<sup>(2)</sup>, y de la problemática que plantean: aumento de las complicaciones maternas e incremento de la morbimortalidad neonatal, siendo mayor la tasa de mortalidad perinatal para los cuatrillizos y quintillizos (104 por mil)<sup>(3,4)</sup> que para los trillizos (70 por mil)<sup>(3)</sup>, lo que guarda relación con la menor duración de la gestación y el menor peso de los fetos en los embarazos múltiples. Para disminuir la mortalidad perinatal se ha propugnado la reducción multifetal a gemelos, con lo que aumenta la edad gestacional de 28,4 semanas en los cuatrillizos a 31 semanas en los gemelos, con lo que mejora el peso al nacer y la supervivencia<sup>(5)</sup> y aunque algunos autores no encuentran mejoría notable en los resultados perinatales con la reducción multifetal<sup>(6)</sup>, son más numerosos los que sí obtienen mejores resultados<sup>(7,8)</sup> al prolongar el período de gestación entre 3 y 4 semanas<sup>(9)</sup>.

### Asistencia perinatal de los embarazos múltiples: ¿Situación de emergencia o catástrofe?

En este caso, por razones religiosas se rechazó la reducción fetal y nacieron a las 30 semanas de gestación seis fetos, cuyos pesos oscilaron entre 765 y 1.400 g, y con las medidas asistenciales adoptadas todos sobrevivieron y al parecer sin secuelas graves, lo que sin lugar a dudas demuestra el buen nivel del equipo sanitario.

La segunda cuestión a analizar, es si no hubiera sido mejor trasladar a la madre a un hospital de referencia regional, con mayor dotación de medios técnicos y humanos, con lo que se hubieran reducido posiblemente los costes.

Este no es sólo un problema que atañe a nuestro país; en Suiza se señala que sólo el 56% de los trillizos y cuatrillizos nacieron en un hospital con unidad de cuidados intensivos neonatales, siendo la mortalidad del 8,9% para los trillizos y el 14,7% para los cuatrillizos<sup>(10)</sup>. Pero merece la pena tener en cuenta el hecho de que uno de los condicionantes a largo plazo en la evolución de los recién nacidos inmaduros es el lugar de nacimiento, teniendo menos probabilidades de desarrollar parálisis cerebral los que nacieron en un centro de nivel III<sup>(11)</sup>.

En el caso que nos ocupa, por las razones que fueran se decidió no trasladar a la madre y dotar al centro (que según los datos proporcionados sería de nivel III, pero de pequeño tamaño) de los recursos humanos y técnicos que estimaron necesarios para poder asistir al nacimiento de octillizos, y los autores lo justifican porque también a cualquier hospital de su entorno tendrían que haberle ampliado los recursos disponibles para asistir a ocho grandes prematuros.

La tercera y última cuestión a tratar es la relación costo/eficiencia, que está relacionado con los apartados anteriormente mencionados. Existen en la literatura numerosos trabajos que señalan una menor eficiencia de las unidades neonatales de menor tamaño, en relación con la experiencia para la ventilación asistida, señalándose una menor eficiencia de las unidades con menos de seis puestos para ventilación asistida<sup>(12)</sup> y una menor supervivencia de los niños tratados en unidades con menos de 600 horas de ventilación asistida al año<sup>(13)</sup>. Los autores refieren que la plantilla médica era de 3 neonatólogos en la unidad de cuidados intensivos neonatales y que disponían de ocho puestos con ventilación asistida, pero que asistían a una media de 30 recién nacidos menores de 1.500 g al año, y la duración media de los que ventilaban era de 15 días<sup>(1)</sup>, lo que supone unas 450 horas de ventilación asistida al año, obteniendo para los menores de 1.500 g unos resultados similares a los referidos en la bibliografía, si

bien reconocen que la supervivencia para los menores de 28 semanas de gestación era sólo del 6,5% en su hospital.

Por todo ello, cabe concluir con los autores el que la asistencia perinatal a los embarazos múltiples constituye una situación de emergencia, pero que cuando el número de fetos es mayor de tres, en la mayoría de los hospitales debemos prepararnos para enfrentarnos a una situación de «catástrofe», pues sobrepasa la capacidad de respuesta disponible en recursos humanos y técnicos.

La experiencia relatada es de enorme interés, pues no es frecuente el hecho de asistir a sextillizos y menos a octillizos, pero creo que hay que ser enormemente prudentes antes de repetir la situación, pues si bien el buen resultado referido por los autores podría animar a hacerlo a otros hospitales en las mismas circunstancias, no se debería ignorar el hecho de que si la gestación no hubiera llegado a las 30 semanas, lo cual es frecuente en estas situaciones, los resultados posiblemente hubieran sido distintos.

A tenor de los datos sobre la disminución de la mortalidad neonatal en nuestro país<sup>(14)</sup>, con una tasa de supervivencia del 56,8% para los nacidos con un peso entre 500 y 999 g en el año 1995, no cabe dudar de la capacitación de los neonatólogos de nuestros hospitales, y si se les dota de los recursos necesarios todavía mejorarían los resultados como ha sucedido para este embarazo múltiple.

Pero la cuestión sería entonces por qué no se dota a todas las unidades de medios suficientes para garantizar una asistencia adecuada a todos los recién nacidos, pues si los recién nacidos pretérminos pudieran elegir dónde nacer lo harían en un centro con los recursos que para estos octillizos se dotaron, y si la Administración no puede hacerlo, lo correcto sería organizar la asistencia para que no se produzcan situaciones catastróficas ni desigualdades.

En numerosas ocasiones se ha suscitado en el seno de nuestra sociedad la necesidad de que se planifique adecuadamente la regionalización en nuestro país y se den normas para un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, pero éste sigue siendo un problema pendiente de resolver por nuestras autoridades sanitarias.

## Bibliografía

- 1 Aburto Baselga F, Losada Martínez A, Acosta Prieto J, Mora Brevia MC, Fondevilla Saucí J, Carrasco Zalvide M, de Estefanía Vázquez R. Parto de octillizos: Una situación de emergencia múltiple hospitalaria. *An Esp Pediatr* 1998;**48**:70-72.
- 2 Jonas HA, Lumley J. Triplets and quadruplets born in Victoria between 1982 and 1990. The impact of IVF and GIFT on rising birthrates. *Med J Aust* 1993; **158**:659-663.
- 3 Levene MI, Wild J, Steer P. Higher multiple births and the modern management of infertility in Britain. Th British Association of Perinatal Medicine. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; **99**:607-613.
- 4 Pons JC, Nekhlyudov L, Dephot N, Le Moal S, Papiernik E. Management and outcomes of 65 quadruplet pregnancies: Sixteen years experience in France. *Acta Genet Med Gemellol (Roma)* 1996; **45**:367-375.
- 5 Melgar CA, Rosenfeld DL, Rawlinson K, Greenberg M. Perinatal outcome after multifetal reduction to twins compared with nonreduced multiple gestations. *Obstet Gynecol* 1991; **78**:763-767.
- 6 Alexander JM, Hammond KR, Steinkampf MP. Multifetal reduction of high-order multiple pregnancy: Comparison of obstetrical outcome with nonreduced twins gestations. *Fertil Steril* 1995; **64**:1201-1203.
- 7 Tabsh KM. A report of 131 cases of multifetal pregnancy reduction. *Obstet Gynecol* 1993; **82**:57-60.
- 8 Evans MI, Dommergues M, Wapner RJ, Goldberg JD, Lynch L y cols. International, collaborative experience of 1789 patients having multifetal pregnancy reduction: A plateauing of risks and outcomes. *J Soc Gynecol Invest* 1996; **3**:23-26.
- 9 Haning RV Jr, Seifer DB, Wheeler CA, Frishman GN, Silver H, Pierce DJ. Effects of fetal number and multifetal reduction on length of in vitro fertilization pregnancies. *Obstet Gynecol* 1996; **87**:964-968.
- 10 Arlettaz R, Due G. Triples et quadruples en Suisse, 1995-98. *Schweiz Med Wochenschr* 1992; **122**:511-516.
- 11 Grether JK, Nelson KB, Emery III E, Cummins S. Prenatal and perinatal factors and cerebral paralysis in very low birth weight infants. *J Pediatr* 1996; **128**:407-414.
- 12 John E, Hind N, Roberts V, Roberts S. Cost efficiency of neonatal nurseries: The significance of unit size. *Aust J Public Health* 1991; **15**:242-244.
- 13 Field D, Hodges S, Mason E, Burton P. Survival and place of treatment after premature delivery. *Arch Dis Child* 1991; **66**:408-410.
- 14 Comision de Mortalidad e Informática. Sociedad Española de Neonatología: Memoria 1996-1997.