

PROVES DE LABORATORI EN GESTANTS DE BAIX RISC

Autora: Eva Carnicer i Raquel Faus

Durant la gestació, les dones ateses **a Catalunya dins del sistema públic de salut (ASSIR) es realitzen tres proves de laboratori**, una per trimestre (Protocol de seguiment a l'embaràs a Catalunya, 2005). Aquestes tres proves de laboratori són tres analítiques de sang i una d'orina (urinocultiu) independentment del risc gestacional de la dona.

L'organització mundial de la salut (OMS) en el seu model de control prenatal per a dones de baix risc, implementa menys visites de rutina i només dues proves de laboratori, quan tot els valors són normals. Igualment com les guies NICE del Regne Unit.

A Espanya, el Sistema Nacional de Salut, dins de la seva guia de pràctica clínica (GPC de atención en el embarazo y puerperio. Ministeri de Sanitat 2014) presenta una sèrie de recomanacions per a gestants asimptomàtiques de baix risc basades en l'última evidència científica.

Les determinacions recomanades, incloent les dels altres organismes internacionals, són les següents:

1. Serologia HbsAg (hepatitis B), rubeola, sífilis, grup sanguini i rh (protocol de seguiment a l'embaràs a Catalunya, Ministeri de Sanitat, NICE, OMS i SOGC).
2. Serologia VIH (OMS i SOGC també recomanen repetir-la a cada trimestre en cas de pràctiques de risc per tal d'iniciar tractament).
3. Hemograma. Serveix com a despistatge d'anèmia ferropènica i, si fos necessari, iniciar tractament o sol·licitar més proves (ferritina) (Protocol de seguiment a l'embaràs a Catalunya, Ministeri de Sanitat, OMS, NICE, SOGC)
4. Cribratge combinat de cromosomaties (Protocol de seguiment a l'embaràs a Catalunya, Ministeri de Sanitat). En el cas que el centre no disposi del cribratge al primer trimestre, s'oferiria realitzar-ho al segon trimestre (Ministeri de Sanitat)
5. Serologia de Chagas: S'ha d'oferir a totes les dones procedents dels països on és endèmica o que han viscut una temporada, per identificar les dones portadores en risc de transmissió vertical als seus fetus. Els beneficis de realitzar una detecció precoç, superen en tots els casos als riscos o inconvenients derivats de realitzar la serologia a les gestants. En els casos crònics la transmissió vertical del Chagas pot arribar al 6% i en els casos d'infecció aguda no es pot instaurar tractament ja que està contraindicat durant l'embaràs (Ministeri de Sanitat, OMS)

6. Urinocultiu i repetició de l'hemograma i del factor rh (en cas de dones rh negatiu) al voltant de les 28 setmanes.

A una gran part dels ASSIR catalans es continua realitzant una determinació de la serologia de l'**hepatitis C** (VHC) tot i que el protocol català no ho recomana com una determinació sistemàtica ja que no hi ha mesures preventives per evitar la transmissió vertical mare-fetus. Aquesta serologia no està indicada en dones de baix risc, per falta d'estudis sobre el seu impacte i s'ha de valorar oferir-la de manera selectiva a dones amb alt risc de contagi (Ministeri de Sanitat); les guies NICE també desaconsellen la seva realització de manera universal.

Es realitza també de manera sistemàtica, una determinació de la serologia del **toxoplasma**, no només al primer trimestre; sino que es repeteix a cada trimestre en cas de gestants seronegatives, aquesta serologia no s'hauria de realitzar (NICE, OMS, SOGC i ministeri de sanitat). NICE i ministeri de sanitat **recomanen no fer el cribratge** a les gestants i la SOGC recomana que aquest no sigui universal. El protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya ho deixa a l'elecció de l'obstetra reconeixent que es realitza tot i la recomanació d'opcionalitat i afegint que falten estudis

A grans trets la situació del cribratge de la serologia del toxoplasma és el següent:

- A països del nostre entorn o en comunitats amb una alta prevalença d'infecció per toxoplasma, es realitza el cribratge (Espanya, Itàlia, França i algunes comunitats del Canadà com el Quebec) (OMS 2005, Paquet et al SOGC 2013) A Catalunya, les dades de 1985, indiquen que la susceptibilitat en front d'una infecció per toxoplasma és del 50%, es necessiten dades més actualitzades.
- Països com UK i els EUA, on la incidència de la infecció és baixa, no es recomana el cribratge universal (Paquet et al SOGC 2013)
- Recentment alguns estats dels EUA i països nòrdics com Dinamarca, realitzen el cribratge a nadons en lloc del cribratge gestacional (Paquet et al, SOGC 2013)
- **El cribratge gestacional és de baixa sensibilitat (falsos positius)** (OMS 2005, Paquet et al SOGC 2013)
- L'evidència científica actual és insuficient per confirmar que tractar mares que fan seroconversió durant la gestació previngui la infecció fetal (Paquet et al, SOGC 2013). Aquesta dada contradiu en part les que presenta el protocol català sobre el tractament de la infecció per toxoplasma.
- Tot i que encara falta per confirmar amb assaigs clínics aleatoris, sembla ser que existeix evidència en la prevenció de la infecció per toxoplasma amb programes

d'educació prenatal (Di Mario et al, Biblioteca Cochrane 2009, NICE 2008).

Les **proves de coagulació** (TP i TTP) incloses dins el protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya i que es realitzen a l'últim trimestre, no surten reflexades a cap de les guies internacionals, ni a la GPC del Ministeri de Sanitat, així que entenem que no es realitzen de manera sistemàtica i el seu impacte en els resultats perinatals és mínim. Són per tant, una actuació **no basada en l'actual evidència científica**.

Diferents països ofereixen diferents models d'atenció a l'embaràs, que no sempre estan basats en la seva eficàcia, sinó que es troben vinculats a altres conceptes de salut. Algunes intervencions que encara s'ofereix a les gestants de baix risc són ineficaces, i moltes d'elles no es troben avalades per estudis científics. Aquestes intervencions haurien d'eliminar-se dels models bàsics d'atenció i es necessitaria més investigació sobre les intervencions de desconeguda eficàcia (OMS 2005).

La qüestió és quin tipus de model s'ha d'oferir a les dones amb embarassos de baix risc i quin és el millor model a seguir. El model de l'Organització Mundial de la Salut per a les dones de baix risc sembla ser el més econòmic. No obstant això, moltes de les intervencions, han d'anar en funció del context de l'atenció de salut i recursos disponibles. En un model ideal, amb recursos il·limitats, tots els conjunts d'intervencions eficaces descrites anteriorment serien accessibles a totes les dones embarassades. Actualment a nivell europeu, no és possible establir un model comú d'atenció a l'embaràs. Les diferències en l'epidemiologia, prioritats d'inversió i valors culturals i socials, s'oposen a l'aplicació d'un model homogeni dins d'Europa (OMS 2005).

CONCLUSIÓ

En gestants de baix risc a Catalunya s'ofereixen tres proves de laboratori en l'actualitat, una per trimestre. L'evidència científica però, en recolza dues, la primera al voltant de la primera visita de l'embaràs junt amb un urinocultiu i la segona al voltant de les 28 setmanes de gestació. Les determinacions de la serologia de l'hepatitis C (VHC) i la serologia del toxoplasma no haurien de realitzar-se sistemàticament en dones de baix risc i les proves de coagulació del tercer trimestre són una actuació no basada en l'evidència científica actual.

Departament de Salut (2005) Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Departament de Salut: Barcelona.

Guías de Practica Clínica en el SNS (2014) Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: Andalucía.

Integrated management of pregnancy and childbirth. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Second edition. Geneva: Manuals I.World Health Organization; 2003 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084x_eng.pdf]

Di Mario S. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network report; Dec 2005 [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf]

Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev . 2010;(10):CD000934.doi: 10.1002/14651858.CD000934.pub2.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). Antenatal care. London: National Institute for Clinical Excellence.

Maternal Fetal Medicine Committee; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Keenan-Lindsay L, Yudin MH, Boucher M, Cohen HR, Gruslin A, MacKinnon CJ, Money DM, Paquet C, Steben M, van Schalkwyk J, Wong T. HIV screening in pregnancy, J Obstet Gynaecol Can 2006 Dec; 28(12): 1103-12.

Paquet C, Yudin MH, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Toxoplasmosis in pregnancy: prevention, screening, and treatment, J Obstet Gynaecol Can 2013 Jan;35(1): 78-81.

Di Mario S, Basevi V, Gagliotti C, Spettoli D, Gori G, D'Amico R et al. Prenatal education for congenital toxoplasmosis, Cochrane Database Syst Rev 2009;(1): CD006171. Doi: 10.1002/14651858.CD006171.pub3.

Segons la Llei 16/2010, del 3 de juny, de modificació de la Llei 21/2000, del 29 de desembre , sobre els **drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient**, i la documentació clínica:

- Les persones tenen el dret de rebre informació sobre els diferents tractaments existents per tal de decidir lliurement.

*Article 2.2. La informació ha de formar part de totes les actuacions assistencials, ha d'ésser verídica, i s'ha de donar de manera comprensible i adequada a les necessitats i els requeriments del pacient, per a **ajudar-lo a prendre decisions d'una manera autònoma***

- La decisió de sotmetre's a qualsevol prova o intervenció requereix el consentiment de la persona. Aquesta decisió es pot tirar enrere en qualsevol moment.

*Article 6.1. Qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada hagi donat el seu **consentiment específic i lliure** i n'hagi estat informada prèviament, d'acord amb el que estableix l'article 2.*

*Article 6.4. En qualsevol moment la persona afectada pot **revocar lliurement el seu consentiment**.*

Tots els drets reservats. Qualsevol forma de reproducció, distribució, comunicació pública o transformació d'aquesta obra podrà ser realitzada sempre i quan es citi la font i l'enllaç d'aquesta.