

Implicaciones económicas del parto múltiple

Economic implications of multiple delivery

Begoña Prieto.

Hospital de Cruces.

Evaluar el coste de un embarazo múltiple es una tarea muy compleja ya que hay que tener en cuenta diversas variables que se pueden extender a lo largo del tiempo (problemas durante la gestación, el parto, el post parto o toda la vida), a lo que hay que sumar importantes limitaciones metodológicas. Además, hay una notable variabilidad de los costes en los diferentes centros hospitalarios, no existen estudios a medio y largo plazo del dinero que suponen las gestaciones múltiples, pero tampoco de los costes indirectos de tener varios hijos. A ello habría que sumar factores colaterales como el dinero que cuestan las reducciones de embriones, de las que no hay registros, en buena medida por la falta de información existente. El archivo de la Sociedad Española de Fertilidad, por ejemplo, cuenta sólo con el 35% de los datos de la actividad del país.

Tipo de costes y aumento de riesgo

El gasto asociado al parto múltiple se puede dividir en tres grandes grupos: costes directos, indirectos e intangibles. Los directos (se subdividen en inmediatos, de medio y largo plazo) están generados por el consumo de recursos sanitarios para la atención de los niños y la madre. Los indirectos se derivan de la atención de los recién nacidos, ya sea la necesidad de dejar el trabajo, cambio de vivienda o de vehículo. Los intangibles están relacionados con las cargas familiares y sociales, los problemas psicológicos que puedan surgir y el incremento de conflictividad familiar por la tensión de la atención de los bebés.

Entre los costes directos inmediatos de la madre hay que evaluar es la morbilidad generada en la madre. Los más comunes son los trastornos hipertensi-

vos, diabetes, desprendimiento de placenta, amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas o corioamnionitis; que incrementan el riesgo de cesárea, el tiempo de ingreso y el coste del tratamiento de estas mujeres. Respecto a los costes directos inmediatos de los recién nacidos, los embarazos múltiples tienen asociado un 46,5% más de morbilidad debido al riesgo de que el parto no llegue a término. En el caso del gemelar respecto al simple se multiplica por 7 la prematuridad mientras que comparado con los triples la probabilidad se multiplica por 20. En cuanto a parálisis cerebral se multiplica el riesgo respecto al simple por 6 en gemelos, por entre 18 y 20 en los triples, y por 25 entre los niños que nacen con menos de 1.000 gramos.

Por lo que se refiere a costes directos a medio y largo plazo, en los nacidos con menos de 1.500 gramos, se multiplica por 45 el ingreso hospitalario en el primer año de vida y por 24 la frecuencia en el empleo de medicamentos (Rogowski, 1998).

Coste medio inmediato

El coste medio inmediato y directo de un neonato prematuro de menos de 750 gramos es de 59.033 euros (Melchor, 2004). De 750 a 999 gramos, la cifra baja a 47.846, entre 1.000 a 1.500 es de 25.965 euros y de 1.500 a 2.500 cuesta 4.800 euros. En términos generales, la media del coste de un prematuro es de 14.710 euros (Tabla 1). Hay que tener en cuenta que los niños concebidos por fecundación in vitro (FIV) tienen más ingresos hospitalarios, lo que incide en el coste de su tratamiento. Así, a los siete días de vida, por término medio, los niños de FIV multiplican por 2,5 la posibilidad de ingreso respecto a los

Tabla 1

Coste medio por caso durante el periodo neonatal según el peso al nacimiento (Hospital de Cruces, 2002)

Peso al nacimiento	Coste medio (euros)
< 750 g	59.033
750-999 g	47.846
1.000-1499 g	25.965
1.500-2499 g	4.800
Media	14,710

Melchor. 2004

concebidos de forma natural. Pero esta circunstancia no sólo se mantiene durante el tiempo inmediatamente posterior al nacimiento, sino que la mayor probabilidad de ingreso hospitalario se prolonga hasta los seis años, una edad en la que el aumento de riesgo de ingreso está un 1,2 por encima los niños FIV. Y lo mismo sucede con la morbilidad (Eriksson et al. 2002), tanto en la parálisis cerebral, tumores, asma después de un año, infecciones o malformaciones congénitas; aunque no en el retraso mental.

Coste neonatal asociado al parto múltiple

El embarazo simple tiene una posibilidad de parto pretérmino de un 6%, el gemelar del 55%; el triple del 90% y el cuádruple del 100%. Tomando como coste medio del neonato prematuro la cifra de 14.710 euros y teniendo en cuenta que el riesgo de que nazca antes de hora es del 6%, el coste medio de cada parto simple es de 862,6 euros. En gemelares esta suma se multiplica por 18 y asciende a 16.181 euros, en parto triple la cifra es 45 veces más elevada que en el simple y llega los 39.717 euros y en el caso del cuádruple

ple se multiplica por 67 y se dispara hasta los 58.840 euros (Tabla 2).

Estas cifras son aún más elevadas en los Estados Unidos (ASRM/SART, 2002). Los gastos adicionales por parto en gemelar son de 43.300 dólares frente a 16.181 euros en España. En el parto triple el coste es de 120.000 dólares frente a 39.000 euros y el cuádruple de 174.000 dólares frente 58.000 euros en el sistema de salud español.

En total, el estudio estadounidense elevó el gasto total en 225 millones de dólares en la atención a parto gemelar, 91 millones de dólares en el triple y 5,6 en el cuádruple.

La incidencia de la parálisis cerebral en Estados Unidos por recién nacido vivo es del 0,2% en la población, en gemelos la tasa se multiplica por 6, y en trillizos por 19 (ASRM/SART, 2002).

No existen datos que evalúen el coste de estos enfermos en España, pero sí en los Estados Unidos (CDC 2004) que fija una cifra de 921.000 dólares, una suma muy completa que incluye costes directos del ingreso neonatal inmediato; indirectos de gastos médicos, y costes intangibles como los de cambio de vivienda, la adaptación del coche, la posibilidad de no haber trabajado y cotizado a la Seguridad Social hasta los 76 años incluidos. Ajustando estas cifras a la incidencia resulta que el riesgo de padecer parálisis cerebral repartido por cada recién nacido en el parto simple sería de 1.800 dólares, en el gemelar de 11.052 dólares por niño y en el triple 39.900 por niño.

Coste atribuible a los tratamientos de fertilidad

Mientras la tasa de partos ha ido disminuyendo a lo largo de las últimas décadas, los embarazos múltiples han ido en ascenso. Al analizar el porcentaje de gemelares y triples desde 1975 a 2001 se observa que en 1975 había un 0,89% de partos gemelares y un

Tabla 2

	Simple	Gemelar	Triple	Cuádruple
% partos pretérmino	6%	55%	90%	100%
Coste por neonato pretérmino	14,710			
Coste medio total por parto (% neonatos x núm de neonatos x coste por neonato)	882,6	16.181	39.717	58.840
		X 18	X 45	X 67

0,011% de triples (Hospital de Cruces, Melchor). En 2001 la relación fue de un 1,59% de gemelares y 0,076% triples. De la diferencia entre estos porcentajes resulta un incremento porcentual del 0,7% en la tasa de gemelos atribuible a las FIV y un 0,065% a los triples. En España en 2003 hubo 439.863 partos, de forma que los derivados de tratamientos de fertilidad en gemelares, partiendo de la tasa del 0,7%, serían 3.080 y otros 286 triples. Teniendo en cuenta que el coste por gemelares es de 16.181 euros y triples de 39.717 euros, si se multiplica el coste total en 2003 por gemelar resulta una cifra de 47 millones de euros en gemelos y 11 millones en triples. Hay un coste adicional respecto al simple de 15.000 euros y de 38.000 en el triple. (Tabla 3)

Costes indirectos

Hasta aquí el coste sanitario, pero hay otro social, que se cubre a través de subvenciones muy dispares en función de la autonomía de residencia. En Castilla la Mancha, por ejemplo, en el año 2003 se concedían 90 euros al mes durante dos años para partos múltiples de dos hijos, 180 euros al mes para tres hijos por tres años, 300 para cuatro hijos durante cinco años y 60 euros adicionales al mes a partir del quinto hijo. En el País Vasco la aportación por múltiple es de 9.000 euros al año hasta los tres años, 6.000 al año hasta los 10 años y en Cantabria 100 euros al mes por hijo hasta los tres años.

En toda España, en el caso de que los niños tuvieran algún tipo de discapacidad, se contabilizará familia numerosa desde el segundo hijo. La aportación económica por hijo a cargo menor de 18 años es de 582 euros sin tener en cuenta el grado de discapaci-

dad, y hay ayudas fiscales y de vivienda en función del grado de discapacidad. Comparadas las ayudas con el resto de Europa, las ayudas en España son cuatro veces inferiores. Comparado con los países del entorno europeo, sólo en España las ayudas dependen de la renta, que ha de ser inferior a 7.744 euros por unidad familiar.

Prevención del parto múltiple

Para prevenir el parto múltiple, la clave está en disminuir la tasa de implantación pero sin reducir la de embarazo. Para ello, es importante establecer baremos que ayuden en la selección del embrión a transferir y que ofrezcan la mayor de las garantías posibles de que el embrión saldrá adelante. Pero también contar con instrumentos para predecir el riesgo que existe de generar una gestación múltiple.

En ello se ha trabajado desde el hospital de Cruces (www.ifca.unican.es/matorras/mathpreg) con la elaboración de modelos que analizan el riesgo de gestaciones múltiples en las fecundaciones in vitro.

Estos estudios indican que la implantación de un embrión favorece la de otros embriones y que existe un factor colaboracional del 22%.

De acuerdo con esta fórmula, para una tasa de implantación del 10%, por ejemplo, si se transfirieran dos embriones, la tasa de embarazo sería del 19% y un 3,2% de embarazo múltiple y al transferir 3 una tasa de 27% y 6,5% de gemelar y 1,7% de triple. Con una tasa de implantación del 20%, con dos embriones tasa embarazo 36% y 8,4% gemelares y con tres habría una tasa de embarazo 46% y un 14% de gemelar y un 5% de triple. Si es del 30% o se trata de pacientes de alta posibilidad de embarazo, la tasa de emba-

Tabla 3

Coste neonatal inmediato de los partos gemelares y triples atribuible a los tratamientos de fertilidad. España 2.003 (Total nacimientos =439.863). En Euros

	Simple	Gemelares	Triples
Nacimientos secundarios a tratamientos de		3.080	286
Coste neonatal inmediato por parto	882,6	16.181	39.717
Coste adicional		15.298,4	38.934,4
COSTE TOTAL		47.119.072	11.106.638

razo implantando dos embriones 51% con un 15% de gemelar, con tres embriones 65% y 22% gemelar y 11% triple, con 4 embriones 76% embarazo, 22% gemelar, 17% triples y 11% cuádruples.

DISCUSIÓN

Las preguntas tras la presentación abordaron la cuestión del razonamiento empleado para evaluar el incremento de partos atribuibles a las técnicas de reproducción asistida. Begoña Prieto comentó que se había recurrido a tomar la información del número de partos registrados en 1975 que se habían restado a los partos de 2001. La cifra resultante de esta resta es el

número de partos derivados de los avances en fertilidad. Sin embargo, algunos asistentes incluyeron otros factores, como el aumento de edad de las madres, que también tiene su responsabilidad en esta cuestión, como admitió la ponente.

Durante la discusión Begoña Prieto incidió en destacar la responsabilidad indirecta de las técnicas de reproducción asistida en las complicaciones de los partos múltiples. De esta forma, los problemas de derivan de la naturaleza múltiple de la gestación, que en ocasiones resultan de tratamientos de fertilidad, pero no de los tratamientos por sí mismos. Por ello, los peligros para la salud son exactamente los mismos en el caso de una gestación múltiple natural o fruto de una fecundación in vitro o inseminación.

CONCLUSIONES

Los asistentes al encuentro sobre gestaciones múltiples impulsado por la Fundación Bertarelli celebrado en Valencia el 26 de abril abordaron cuatro ideas de consenso que se agruparon en las áreas de legislación, información, recomendaciones y grupos de trabajo.

Respecto a la legislación, se considera adecuada la modificación de la ley de reproducción asistida española de 1988 que limita a un máximo de tres embriones el número a transferir. Además, se recomienda al legislador regular las inseminaciones asistidas para limitar el número de gestaciones múltiples, a pesar de que es difícil encontrar un punto de corte tan claro como el de las fecundaciones *in vitro*. Debería también haber un control más estricto de los centros acreditados así como de las reducciones embrionarias. Para ello sería conveniente seguir más de cerca los registros de actividad de todos los centros y complementar esta actividad con auditorías externas que avalaran la exactitud de la información remitida.

Algunos de los especialistas sugirieron la posibilidad de limitar la transferencia de embriones a un máximo de dos en menores de 35 años. La mayoría, sin embargo, entendía que esta opción debe estar sometida al juicio del especialista en cada caso, por lo que se optó por que pueda figurar como una recomendación que avalara el Ministerio de Sanidad. En las inseminaciones artificiales se propuso poner como tope no inseminar con más de siete u ocho folículos embrionarios. Los asistentes también mostraron su preocupación por los centros emergentes que en su interés por obtener resultados pueden verse tentados de esquivar las recomendaciones. De ahí, insistieron en la importancia de elaborar registros fiables y poner en marcha auditorías.

En lo que respecta a la información, los asistentes acordaron en insistir en las posibles complicaciones y lesiones al feto y el recién nacido derivadas de las gestaciones múltiples tanto en los folletos explicativos de las clínicas como en las conversaciones con los pacientes. También apostaron por incluir en el documento de consentimiento informado una exposición clara de las complicaciones de los partos múltiples y de los riesgos de los tratamientos de fertilidad, así como en unificar los documentos de consentimiento entre todas las clínicas.

Los participantes destacaron que se haga hincapié en que las complicaciones están asociadas a que se trata de gestaciones múltiples, no a haber sido los niños engendrados por fecundación asistida y que, por lo tanto, los problemas que puedan surgir son equiparables a los que presenten las gestaciones gemelares o múltiples concebidas de forma natural.

Se acordó aplicar las recomendaciones de Sociedad Española de Fertilidad respecto a fecundación *in vitro* e inseminaciones asociadas a estimulaciones ováricas, así como que su cumplimiento se refleje en los registros, de forma que quede patente quien las cumple.

Los conferenciantes especializados en estimulaciones destacaron la relativa escasez de trabajos relacionados con la estimulación ovárica y recomendaron profundizar en este campo. Otro punto destacado fue la importancia de las

recomendaciones de las sociedades como documentos de buenas prácticas que, de alguna forma, identifican positivamente y avalan a aquellas personas que las siguen y negativamente a los que las esquivan.

Otro de los puntos de acuerdo consistió en elaborar un estudio multicéntrico de transferencia de blastocisto y de embrión único. Los participantes abordaron la posibilidad de liderar un proyecto multicéntrico que abordara parcelas de trabajo de la transferencia de blastocisto o de embrión único destinada a impulsar un efecto llamada que hiciera sumarse al resto de grupos e iniciar una senda que marcara el camino a seguir.