

constante respecto a España, donde es conocidamente oscilante según distintas rotaciones y servicios.

Como residente, me parece importante replantear cuestiones como el derecho y obligación del médico en formación a adquirir una responsabilidad progresiva tutelada y también la conveniencia de que nuestros resultados sean evaluados.

Personal y profesionalmente estas experiencias son muy valiosas, especialmente en el contexto de la Unión Europea, que desde 1993 facilita la libre circulación de médicos y el reconocimiento mutuo de títulos^{4,5}.

Las comisiones de docencia deberían contemplar las rotaciones externas como una gran oportunidad para importar ideas en materia de formación. Además ahora, «en tiempos de Bolonia», unificar la forma de trabajo en Europa debería ser una prioridad en los planes de formación para lo que es muy enriquecedor conocer previamente la heterogeneidad y peculiaridades de los diferentes pueblos.

Agradecimientos

Karen Smets, Centro para la Prostitución de Amberes (Ghapro).

Myrjam Cramm, Joke Van Herck, Centro de Salud de Korte Nieuwstraat, Amberes.

Pierre van Damme, Instituto de Vacunología y Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Amberes.

doi:10.1016/j.aprim.2009.10.021

Bibliografía

1. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Formación para especialistas. Barcelona: semFYC 2005.
2. Martínez León N. Participación de los médicos en la gestión de los centros sanitarios. *Aten primaria*. 2008;40:487-8.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Proyecto de Historia clínica digital en el Sistema Nacional de Salud. [consultado 1/4/2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic02.htm>.
4. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos en España. Recopilación de la legislación europea sobre libre circulación de médicos y reconocimiento mutuo de títulos. [consultado 1/4/2009]. Disponible en: www.cgcom.org/europa_al_dia.
5. Casado Vicente V, Bonal Pitz P. La medicina de familia, clave en el sistema universitario español ante el reto del Espacio Europeo de Enseñanza Superior. *Aten Primaria*. 2004;33:171-3.

Mar Sacristán Germes* y María José Álvarez Pasquín

^aCentro Universitario Santa Hortensia, área 2, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

marsacristan4@yahoo.es (M. Sacristán Germes).

Optimización de recursos en el cribado serológico de la embarazada

Optimising resources in the serological screening for pregnancy

Sr. Director:

En la actualidad se realiza de manera sistemática, a toda mujer embarazada, el cribado serológico frente a *Toxoplasma gondii*, virus de la rubéola, virus de la hepatitis B (VHB), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y *Treponema pallidum*.

Un resultado negativo de IgG frente a rubéola indica susceptibilidad a la infección y se debe proceder a la vacunación de la gestante después del parto, mientras que un resultado positivo refleja inmunidad permanente, no siendo necesarias determinaciones posteriores en ningún otro momento^{1,2}.

En lo que refiere a la toxoplasmosis, una serología IgG negativa, solicitada al inicio del embarazo clasifica a la embarazada como susceptible de padecer la infección, en cuyo caso la intervención será recomendar medidas preventivas higiénico-sanitarias. Ante un resultado positivo, se pueden seguir dos criterios: a) en ausencia de manifestaciones clínicas o de sospecha de infección, se considerará como una infección previa al embarazo, con ausencia de riesgo de infección

primaria aguda en este y en sucesivos embarazos, o b) investigar una posible infección aguda y tratarla en su caso².

En Andalucía, el cribado serológico frente a *T. gondii* en embarazadas está orientado a la detección de personas susceptibles para adoptar medidas de prevención primarias. Estas actuaciones están recogidas en el proceso asistencial embarazo, parto y puerperio³.

Con el objetivo de conocer el gasto originado por las solicitudes innecesarias de serología IgG frente a rubéola y *T. gondii* a gestantes del área norte de la provincia de Granada, se han revisado, en el sistema informático del laboratorio de microbiología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, los antecedentes serológicos de las mujeres de las que se habían recibido sueros para cribado serológico normal de embarazo entre abril 2007 y marzo 2008.

Para el cálculo del gasto originado, se utilizó como referencia el establecido en el catálogo de estudios de microbiología de la Comunidad de Andalucía del año 2000⁴, que establece un valor relativo (se valoraron los tiempos de dedicación de recursos humanos y los gastos de material fungible) para la serología IgG frente a rubéola o *T. gondii* de 40 unidades relativas de valor.

El número de gestantes para las que se determinó la IgG frente a rubéola fue de 3.931, de las que se disponía de antecedentes serológicos por embarazo previo en 1.882 casos (47,9%), siendo estos positivos en el 97% (n = 1.825) de ellos. Se solicitaron 3.541 serologías IgG frente a *T. gondii*, siendo positivas 601 (17%), y se disponía de antecedentes

serológicos por embarazo previo en 280 casos (47,9%), de los que 260 (92,8%) eran positivos. Por tanto, el número de serologías frente a rubéola y *T. gondii* solicitadas de modo innecesario a gestantes en un año fue de 2.085.

Las determinaciones innecesarias realizadas ocasionaron un coste global de 5.546,1 unidades relativas de valor. El equivalente monetario de este coste es de difícil cálculo, ya que solo es posible conocer el coste en fungibles. Teniendo en cuenta que una determinación tiene un precio aproximado de 2 €, el gasto solo en reactivos sería de 4.170 €.

La infección congénita por rubéola o *T. gondii* solo se produce como consecuencia de una primoinfección en la gestante, por lo que las recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica y el proceso asistencial embarazo, parto y puerperio en Andalucía^{2,3} establecen la no necesidad de repetir estas serologías en embarazadas en las que esté documentada su inmunidad en embarazos previos.

Los recursos sanitarios son limitados, y más aún en el momento actual de crisis económica. El clínico debería tener en cuenta, en una gestante, los resultados del cribado serológico frente a rubéola y toxoplasmosis en embarazos previos con el objeto de contribuir a la optimización de los recursos.

Bibliografía

1. Delgado-Iribarren A, Fuertes A, Guerra L, Gutiérrez C, Prieto JL. (coordinador J.M. Echevarría). Procedimientos en Microbiología

Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Serología de la embarazada. En: Picazo J. editor. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 1993; número 4.

2. De Ory F, Delgado-Iribarren A, Fuertes A, García I, Sierra M. En I. Garcia (coordinadora I. García Bermejo). Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Estudios serológicos en la prevención de la infección congénita y perinatal. En: Cercenado E, Cantón R, editores Madrid: Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2004; número 4a.
3. Proceso Asistencial EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. Conserjería de Salud. Junta de Andalucía. 2ª edición. Sevilla, 2005.
4. Cartera de procedimientos diagnósticos del Servicio Andaluz de Salud. Conserjería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2000.

Antonio Sampedro^{a,*}, Anastasia Padilla^b, Pablo Mazuelas^a y Javier Rodríguez-Granger^a

^aServicio de Microbiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^bDistrito sanitario Granada Nordeste, Granada, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonioj.sampedro.sspa@juntadeandalucia.es (A. Sampedro).