

## Editorial.

## Periviabilidad: clínica y ética en el límite de la prematuridad

16/01/2019

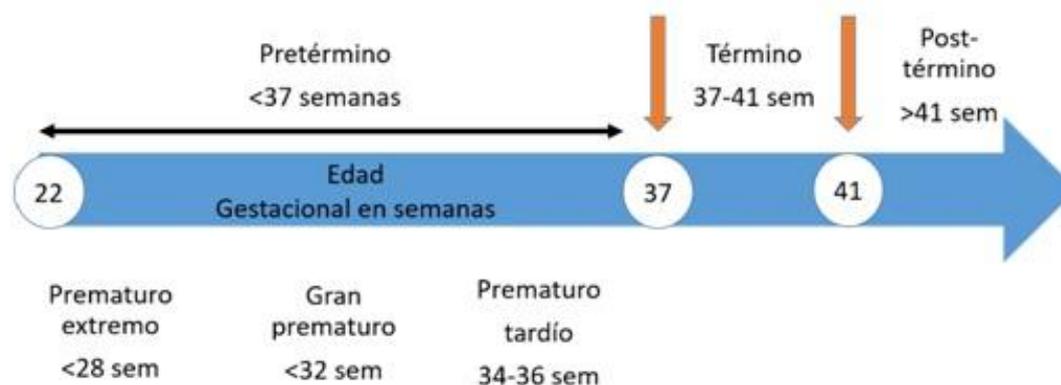
*Gonzalo Solís Sánchez y María Caunedo Jiménez*

*Pediatras Neonatólogos del AGC de Pediatría del Hospital Universitario Central de Asturias*

La prematuridad es un problema frecuente con consecuencias sanitarias y económicas muy importantes. Según la OMS, en el mundo nacen anualmente 15 millones de niños prematuros, mientras que en nuestro país los niños nacidos antes de tiempo representan el 7-8% del total de nacimientos<sup>1</sup>. Las secuelas de la prematuridad van mucho más allá de los costes sanitarios y emocionales del periodo neonatal. Su importante impronta familiar, sanitaria y social permanece en el tiempo hasta la vida adulta.

Denominamos recién nacido prematuro o pretérmino a aquel que nace antes de la semana 37 de edad gestacional. Sin embargo, no todos los neonatos prematuros son iguales, ya que sus posibles problemas neonatales y evolutivos dependen en gran medida de la cuantía de esta prematuridad. Llamamos prematuros extremos a los neonatos nacidos por debajo de la semana 28, grandes prematuros a los nacidos por debajo de la semana 32, y prematuros tardíos los nacidos entre la semana 34 y la semana 36 (Figura 1).

Figura 1: Esquema de la prematuridad



### Los riesgos de la prematuridad

Nacer prematuro es siempre un problema y un riesgo. La prematuridad lleva asociada inmadurez de los distintos órganos y sistemas que puede dar lugar a múltiples consecuencias inmediatas, a medio y a largo plazo. Cuanto más prematuro sea el bebé mayor riesgo existe de presentar morbilidad y mortalidad asociada. Un neonato nacido a las 34 semanas de edad gestacional no tiene nada que ver con uno nacido a las 30 semanas y, mucho menos, con uno nacido a las 25 semanas de vida intrauterina. La mortalidad en las semanas 24-25 es del 50%, mientras que a la posibilidad de fallecer a partir de la semana 32 es muy baja y casi iguala a la de los neonatos nacidos a término.

Las complicaciones neonatales de la prematuridad pueden ser muy variadas y, como ya señalamos, también dependen de la edad gestacional al nacimiento. Así, pueden aparecer complicaciones respiratorias (enfermedad de membrana hialina, escapes de aire y apneas), cardiocirculatorias (ductus arterioso persistente e hipotensión), digestivas (enterocolitis necrotizante, intolerancias y reflujo gastroesofágico), hematológicas (anemia de la prematuridad y coagulopatías), infecciosas (sepsis verticales y sepsis nosocomiales), metabólicas (alteraciones hidroelectrolíticas, acidosis e ictericias) y oftalmológicas (retinopatía de la prematuridad), entre otras. Pero sobre todo, destacan las complicaciones neurológicas (hemorragias periventriculares y leucomalacias), por sus posibles consecuencias posteriores, que de alguna manera pueden marcar la calidad de vida de los supervivientes y sus familias.

## Periviabilidad y ética

Hablamos de periviabilidad cuando nos enfrentamos a un feto de 22 a 25 semanas de edad gestacional en alto riesgo de parto prematuro<sup>2</sup>. Estas 22-25 semanas son, actualmente, el límite inferior de la viabilidad del feto una vez que nace y se independiza físicamente de su madre. Dicho límite depende de muchos factores (situación de la madre, problemas del feto, sexo del bebé, número de fetos ...), pero sobre todo del nivel de la asistencia sanitaria del centro hospitalario en un momento determinado. En cualquier caso, por debajo de 22 semanas todo parece "negro" y no es conveniente intervenir. Por encima de 26 lo solemos ver más "blanco" y parece oportuno hacer todo lo que se pueda por intentar la supervivencia del niño. Pero entre las 22 y las 25 estamos en una zona "gris", en la que hay muchos factores que deben ser evaluados con sumo cuidado<sup>3</sup>.

Existen actualmente numerosas publicaciones sobre consensos de manejo de estos prematuros extremos periviables con importantes diferencias internacionales<sup>4,5,6</sup>. Las diferencias estriban en a qué semanas se ponen en marcha los protocolos de traslado intercentros (de centros comarcales a hospitales de referencia), se inician la tocolisis a las madres o la maduración pulmonar a los fetos, se realizan cesáreas y/o partos vaginales, o se decide iniciar reanimación neonatal enérgica o, por el contrario, se deciden medidas únicamente de confort al neonato. Felizmente, los tiempos en que los obstetras y los neonatólogos estábamos enfrentados por estas decisiones han pasado a la historia y, hoy día, las decisiones se consensuan entre todos, llegando a acuerdos en la gran mayoría de los casos<sup>7</sup>.

Dentro de esta diversidad de actuación, según la semana de gestación en la que se encuentre el binomio madre-feto, lo que sí parece aceptado por todos los autores de todos los países es el principio de respeto a la opinión de los padres llegado ese momento.

Nacer al borde de la periviabilidad conlleva una alta posibilidad de mortalidad, pero también un alto riesgo de morbilidad entre los supervivientes<sup>8</sup>. Cuando nos referimos a estos neonatos de 22 a 25 semanas debemos plantear no solo la supervivencia, sino también la supervivencia con o sin secuelas neurológicas. Por este motivo, cuando llega al hospital una madre en proceso de parto entre las 22 y las 25 semanas, por bolsa amniótica rota, amenaza de parto prematuro, desprendimiento de placenta y/o cualquier otra causa, lo primero que se hace es hablar con los padres y exponerles el problema, con el fin de tomar decisiones consensuadas con ellos buscando el bien del pequeño<sup>9,10</sup>.

La ética en las decisiones alrededor de la periviabilidad es un tema muy actual y de gran interés en la esfera perinatal<sup>11,12</sup>. Se trata de tomar las mejores decisiones, siendo conscientes de las incertidumbres,

y consensuando las mismas entre los padres, obstetras y neonatólogos. Los principios éticos de justicia, beneficiencia y autonomía tienen en este escenario características muy especiales. Nunca es fácil para los obstetras y neonatólogos informar, ni para los padres escuchar y opinar<sup>9</sup>. Ninguna madre ni padre están preparados para este momento que, tal vez, les marque para el resto de sus días, se tome la decisión que se tome y vaya la evolución como vaya. Tampoco es fácil para los profesionales informar con objetividad, sin sesgar el mensaje, evitando juicios y cargas emocionales de transferencia. Estos momentos suelen ser muy complicados para todos, pero existen principios claros que debemos tener presentes, como los que se plantean en la Tabla.

FACTORES PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE TOMAR DECISIONES EN PERIVIABILIDAD PERINATAL	
1	Datar con la mayor exactitud posible la edad gestacional y peso por parte del obstetra.
2	Informar a los padres de forma comprensible y objetiva, evitando sesgos, juicios de valor y transferencias emocionales.
3	Tomar decisión compartida: padres, obstetras y neonatólogos.
4	Valorar factores pronósticos y resultados del propio centro.
5	Buscar el mejor interés para madre y niño.
6	Revisar la actitud inicial de forma evolutiva a medida que pasen los días desde el ingreso.

En nuestro entorno tenemos los medios obstétricos y neonatales adecuados para llevar a cabo esta labor. Los condicionantes económicos, de momento, no son decisivos en nuestro trabajo como lo pueden ser en otros países<sup>13,14</sup>. Sin embargo, como en tantos otros problemas sanitarios, tal vez se debería realizar una reflexión serena y productiva para ordenar la asistencia de la periviabilidad en nuestra región, valorando coste y efectividad de este problema, buscando siempre la mejor atención, los mejores medios y los mejores resultados posibles.

Factores para tener en cuenta a la hora de tomar decisiones en periviabilidad perinatal	
1	Datar con la mayor exactitud posible la edad gestacional y peso por parte del obstetra.
2	Informar a los padres de forma comprensible y objetiva, evitando sesgos, juicios de valor y transferencias emocionales.
3	Tomar decisión compartida: padres, obstetras y neonatólogos.
4	Valorar factores pronósticos y resultados del propio centro.
5	Buscar el mejor interés para madre y niño.
6	Revisar la actitud inicial de forma evolutiva a medida que pasen los días desde el ingreso.

**Bibliografía:**

1.- WHO, March of Dimes, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children. Born too soon: the global action report on preterm birth. [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/born\\_too\\_soon/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/) (Última visita 11/12/2018)

2.- Solis G, Pérez C, García E, Costa M, Arias RP, Suárez M, et al. Periviabilidad: el límite de la periviabilidad en un hospital regional de referencia durante los últimos 10 años. *An Pediatr.* 2014; 80: 159-164.

3.- Seri I, Evans J. Limits of viability: definition of the gray zone. *J Perinatal.* 2008; 28: S4-S8.

4.- Fanaroff JM, Hascoët JM, Hansen TW, Levene M, Norman M, Papageorgiou A, Shinwell E, van de Bor M, Stevenson DK, International Perinatal Collegium (IPC). The ethics and practice of neonatal resuscitation at the limits of viability: an international perspective. *Acta Paediatr.* 2014; 103: 701-8.

5.- Berger TM, Roth-Kleiner M. Limit of viability: The Swiss experience. Arch Pediatr. 2016; 23: 944-50.

6.- Marlow N, Bennett C, Draper ES, Hennessy EM, Morgan AS, Costeloe KL. Perinatal outcomes for extremely preterm babies in relation to place of birth in England: the EPICure 2 study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2014; 99:F181-8.

7.- Guinsburg R, Branco de Almeida MF, Santos Rodrigues Sadeck L, Marba STM, Suppon de Souza Rugolo LM, Luz JH et al. Proactive management of extreme prematurity: disagreement between obstetricians and neonatologist. J Perinatol. 2012; 32: 913-9.

8.- Adams-Chapman I, Heyne RJ, DeMauro SB, Duncan AF, Hintz SR, Pappas A, et al. Neurodevelopmental Impairment Among Extremely Preterm Infants in the Neonatal Research Network. Pediatrics. 2018; 141: e20173091.

9.- Howe EG. How to help parents, couples and clinicians when an extremely premature infant is born. J Clinical Ethics. 2015; 26: 195-205.

10.- Kett JC. Prenatal Consultation for Extremely Preterm Neonates: Ethical Pitfalls and Proposed Solutions. J Clin Ethics. 2015; 26: 241-9.

11.- Chervenak FA, McCullough LB. Moral philosophy in perinatology: a collaborative model for perinatal ethics. Sem Perinat. 2016; 40: 213-215.

12.- Shinwell ES. Ethics of Birth at the Limits of viability: The Risky Business of Prediction. Neonatology 2015; 107:317-320.

13.- Boss RD, Henderson CM, Wilfond BS. Decisions regarding resuscitation of extremely premature infants. Should social context matter?. JAMA Pediatr. 2015; 169: 521-2.

14.- Wilkinson D. Which newborn infants are too expensive to treat? Camosy and rationing in intensive care. J Med Ethics. 2013; 39: 502-6.

## Palabras clave:

## Autores:

Gonzalo Solís Sánchez y María Caunedo Jiménez

Pediatras Neonatólogos del AGC de Pediatría del Hospital Universitario Central de Asturias

**Nº:1** de 2019