

ARTICULO ESPECIAL

UN TEMA PERINATOLOGICO: SOBRE EL CONCEPTO DE VIABILIDAD FETAL

Dr. Raúl Nico

Diccionario español: «Viable: Que puede vivir.
Que puede llevarse a cabo.»

Diccionario de ciencias médicas: «Viable: Dícese del feto o recién nacido llegado a tal grado de desarrollo orgánico que es capaz de vivir fuera del útero.»

La viabilidad fetal en 1896

Cuando el feto no tiene vicio de conformación orgánica importante; cuando su vitalidad no ha estado comprometida durante el parto, y cuando nace a término es VIABLE, es decir APTO PARA VIVIR LA VIDA EXTRA-UTERINA.

No es, sin embargo, necesario para esto que nazca a término, es decir de los doscientos sesenta y cinco a los doscientos setenta días después de la fecundación. Durante el octavo y el noveno mes del embarazo muchos fetos pueden nacer, vivir y desarrollarse si la causa que ha producido la interrupción no ha ejercido al mismo tiempo sobre él una acción nociva.

En cuanto al límite mínimo que hay que establecer desde el punto de vista de la viabilidad, la Ley lo fija a los ciento ochenta días (6 meses) después del último contacto sexual; pero esta viabilidad médico legal no concuerda del todo con la viabilidad médica, puesto que solamente a partir del doscientos al doscientos diez días (7 meses), el recién nacido es en realidad completamente viable. A pesar de las perfecciones introducidas por Tarnier en estos últimos años en el modo de criar niños prematuros y a pesar del empleo de la incubadora, los niños que nacer en el decurso del séptimo mes no tienen muchas probabilidades de vivir. Indudablemente pueden criarse niños que no pesen más que 1000 o 1200 grs. en el momento del nacimiento. Así Ribemont-Dessaigues ha prestado sus cuidados a un niño que al nacer solo pesaba 945 grs.; hoy tiene seis años y goza de buena salud. Villemin ha referido recientemente la observación de un niño, de dos años, que al nacer no contaba seis meses de vida intrauterina y no pesaba más que 950 gramos. Estos hechos son excepcionales.

Si es verdad que debemos esforzarnos en hacer vivir niños que nacen muy prematuramente, es preciso no ilusionarse con el valor de estos medios artificiales, y, desconfiando de ellos, no provocar muy pronto el parto.

Tratado de Obstetricia.
Ribemont-dessaigues y Lepage,
Año 1896.-

La viabilidad fetal en 1920

La viabilidad no la alcanza el feto hasta las 26 o 28 semanas después de la fecundación; antes de esta fecha, aún cuando salga vivo, su muerte es indefectible en un plazo corto; este límite no es matemático: los cuidados especiales que se den a un recién nacido influyen considerablemente en la conservación de su vida, pero como término del que no puede pasarse es el de los seis meses solares. La longitud de un feto, para ser considerado viable, no puede ser inferior a los treinta y cuatro centímetros y su peso no puede bajar de los 1200 grs. Este límite que señalamos puede, de modo excepcional, descender algo, pero en términos generales podemos decir que un feto que nazca por debajo de las cifras apuntadas no tiene condiciones para vivir la vida exterior y, por lo tanto, no es viable.»

Tratado de Obstetricia
Dr. Recasens Girol, Año 1920.

La viabilidad fetal en 1998

Los enfoques obstétricos del trabajo de parto y el parto pretérmino están guiados en gran parte por las expectativas que tiene el obstetra en cuanto a la supervivencia del neonato así como por las alternativas terapéuticas disponibles para el manejo del trabajo de parto pretérmino. El hecho de que algunos lactantes muy pequeños hayan sobrevivido con una atención intensiva prolongada y muy costosa ha creado serios problemas en la toma de decisiones.

Además de la supervivencia, otro tema importante es la calidad de vida lograda por los niños muy inmaduros con un peso extremadamente bajo al nacer. Es evidente que muchos de estos niños presentan un compromiso apreciable tanto físico como intelectual. Dadas estas preocupaciones, en que momento de la gestación deben practicarse intervenciones obstétricas?

Es probable que la percepción obstétrica de la viabilidad influya en la supervivencia de los niños con un peso extremadamente bajo al nacer. Amon y col. encuestaron en 1992 a obstetras estadounidenses para determinar sus opiniones clínicas en cuanto al manejo intraparto del feto severamente prematuro. El 10% iniciaba el monitoreo intraparto a las 23 semanas, el 45% a las 24 semanas y el 65% a las 25 semanas de gestación. No se efectuaban cesáreas con menos de 24 semanas o menos de 500 grs de peso fetal. El 90 % respondió que estaba dispuesto a realizar una cesárea por presentación pelviana o sufrimiento fetal desde las 26 semanas o 750 grs. El manejo del parto antes de las 26 semanas o 750 grs. fue variable e individualizado. Haywood y col. hallaron que los médicos subestiman en forma significativa las tasas de supervivencia y las tasas de supervivencias sin anomalías, en particular en fetos nacidos entre las 23 y las 29 semanas.»

Obstetricia

Williams, Año 1998.-

Límite inferior de la supervivencia en 1998

Las expectativas en cuanto a la supervivencia neonatal están influidas por la edad gestacional y la madurez y no simplemente por el peso. Por ejemplo se ha informado la supervivencia de un lactante de 380 grs. pero la edad gestacional confirmada fue de 25.3 semanas. La frontera para la supervivencia ha sido desplazada en forma progresiva hacia un momento más temprano de la gestación. En un estudio sobre 3386 niños en 1993 la mortalidad disminuyó de 100% a las 23 semanas a 10% a las 29 con poca mejoría adicional hasta las 34 semanas. La probabilidad de muerte neonatal antes de las 26 semanas supera el 75% . El período comprendido entre las 23 y 25 semanas plantea el mayor dilema tanto para el obstetra como para el pediatra.

Obstetricia

Williams, Año 1998

Resultados a largo plazo en 1998

Allen y col. (1993) describieron los resultados a los 6 meses de vida en niños nacidos entre las 22 y 25 semanas y apoyados en forma enérgica con cuidados intensivos. Ninguno sobrevivió a las 22 semanas y todos los sobrevivientes de 23 y 24 semanas tenían anomalías cerebrales significativas.

Whyte y col. (1993) siguieron en forma prospectiva durante un mínimo de 2 años a 321 lactantes nacidos entre las 23 y 26 semanas. Ninguno sobrevivió de 23 semanas. De los nacidos con 24 semanas el 94 % y de los nacidos con 25 y 26 semanas el 50% presentaban morbilidad mayor a largo plazo.

Doyle y col. (1994) siguieron por 5 años o más a niños de 24 a 26 semanas. Solamente el 20% estaban libres de daño.

Hack y col. (1982 - 1986) hallaron que todos los niños de menos de 750 que sobreviven presentan «serias desventajas en todas las habilidades necesarias para un rendimiento adecuado». Específicamente el 45 % requirieron planes educativos especiales, el 21% tenía CI subnormal (menos de 70) y muchos tuvieron un crecimiento y capacidad visual subnormales.

Rutter (1995) llegó a la conclusión de que definitivamente debe administrarse una reanimación completa y cuidados intensivos a las 26 semanas, probablemente a las 25, posiblemente a las 24 y nunca a las 23 o antes.

Obstetricia

Williams, Año 1998

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Los textos precedentes coinciden y no dejan dudas sobre cual es la definición de viabilidad fetal. Sin embargo, una vez aceptada la definición de viabilidad como «la capacidad para vivir fuera del útero» se plantean inmediatamente una problemática teórica y otra práctica.

1. Problemas teóricos

Si el feto, o mejor dicho UN feto particular, es apto para vivir o no es algo que, definitivamente y con certeza, solo lo sabremos retrospectivamente. Es decir que, siendo la medicina una ciencia esencialmente probabilística, solo puede pronosticar en abstracto cuantos fetos de determinada condición (en este caso básicamente edad gestacional y/o peso) sobrevivirán. Sabremos entonces cuantos pero no quienes. O sea que ante un caso concreto no se puede saber «a priori» y absolutamente si es viable o no.

Nos encontramos entonces ante la disyuntiva de aceptar que un feto es viable desde que existe la mínima posibilidad de vida o aceptar que es viable desde que su probabilidad de sobrevivir alcanza determinada magnitud. La solución de esta alternativa es inevitablemente arbitraria. La literatura, las encuestas, el uso y costumbre coinciden en señalar que el concepto implícito, aceptado como razonable, de viabilidad es el siguiente: «Es viable un feto desde que su probabilidad de vida alcanza determinada magnitud». Elegir qué magnitud requiere una arbitrariedad adicional sobre la que ya no hay consenso y es materia opinable. La incidencia de morbilidad propia de los fetos prematuros constituye una posible complicación ética del concepto; quiero decir que en el concepto de viabilidad podría incluirse también la probabilidad de daño y aceptar entonces como definición la siguiente: «Es viable un feto desde que su probabilidad de vida sin un daño mayor alcanza determinada magnitud». Aceptar o no incluir la probabilidad de secuela en el concepto de viabilidad requiere una toma de posición de naturaleza bioética.

2. Problemas prácticos

Desde un punto de vista práctico la decisión de considerar viable o no un feto no reviste ninguna gravedad mientras esta no implique medidas agresivas para con la madre. Valga como ejemplo la decisión de monitorizar un feto o aplicar a la madre alguna medicación uteroinhibidora.

Por el contrario la decisión sobre la viabilidad es más seria e importante si de esta se derivan acciones agresivas y potencialmente riesgosas. La situación que en la práctica pone a prueba el criterio obstétrico de viabilidad es la de realizar o no una cesárea por presentación anómala o por sufrimiento fetal.

La agresividad de la cesárea se incrementa por el hecho de que la mayoría de las veces se requiere en estos casos una histerotomía vertical. Otros factores pueden agravar el daño o riesgo operatorio como ser la nuliparidad u otros factores más raros, pero que no excepcionalmente coinciden con parto pretérmino, como es la ruptura de membranas con infección ovular.

De la literatura citada podemos deducir que en la actualidad, y contando con la tecnología de atención neonatológica moderna, un feto es absolutamente no viable a las 22 semanas (500 grs) y debemos considerarlo siempre viable a las 26 semanas (750 grs).

Por debajo de las 26 semanas o 750 grs la mortalidad es muy alta (75 - 80 %) y la incidencia de morbilidad mayor supera el 50 % llegando al 90 % o más según los autores. La mortalidad desciende al 20 % entre los 750 y 1000 grs y es 10 % a las 28 semanas; a esta altura la mayoría de los sobrevivientes están libres de daño mayor. El problema parecería quedar así muy restringido y acotado a las semanas 23, 24 y 25 y la decisión se vería así simplificada. Sin embargo la mayoría de las veces se presenta un elemento perturbador que hace que la decisión sea casi siempre difícil incluso más allá de la semana 26. Nos referimos a lo siguiente: Sabemos que el pronóstico del recién nacido, tanto en cuanto a probabilidad de supervivencia como a la de secuela, depende de las dos variables en juego y que debe estimar el obstetra, la edad gestacional y el peso. Pero sucede que:

1. El diagnóstico obstétrico de edad gestacional y de peso puede ofrecer dificultades y es muchas veces, sobre todo el de peso, aproximado. Este margen de imprecisión en el diagnóstico de edad gestacional y peso es particularmente trascendente en estos casos límites donde unas pocas semanas o gramos de error pueden constituir una diferencia sustancial.

2. Si bien el peso es una variable dependiente