

Existeixen límits absoluts en els criteris de viabilitat davant l'amenaça de part prematur?

Salvador Salcedo

Unitat de Cures Intensives Neonatals. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

És evident que durant els últims anys els resultats assistencials de les unitats de neonatologia en el món desenvolupat han millorat espectacularment. Hi han contribuït de manera decisiva els avenços experimentals en l'assistència postnatal. Hem desenvolupat noves modalitats de ventilació mecànica i disposem de noves substàncies terapèutiques (surfactant, òxid nítric...). Hi ha pautes eficaces de profilaxi de la infecció de transmissió vertical prenatal i perinatal, i disposem de mètodes de monitoratge no invasiu que minimitzen el risc de la infecció d'origen nosocomial. Hem adquirit un millor i més gran coneixement de l'adaptació nutritiva a la vida extrauterina (*minimal enteral feeding* i solucions de nutrició parenteral adaptades a les necessitats del preterme). Podem monitoritzar els nivells sèrics de molts dels fàrmacs que s'utilitzen en les unitats neonatals, cosa que permet optimitzar-ne l'acció farmacològica i minimitzar-ne els efectes indesitjables. Disposem d'aparells més moderns i eficaços per proporcionar aïllament i suport tèrmic als nostres pacients. Hem assolit (metges i infermeres) una expertesa més gran en el coneixement de la fisiopatologia de l'adaptació a la vida extrauterina, de l'evolució de les patologies neonatals principals i del diagnòstic precoç i el tractament de les complicacions evolutives d'aquestes patologies. Les figures 1 i 2 reflecteixen el creixent nombre de pacients amb un pes en néixer inferior als 1.500 grams que han estat atesos en la nostra unitat al llarg dels últims anys, i també la decreixent mortalitat que s'ha aconseguit en tots els grups de pes.

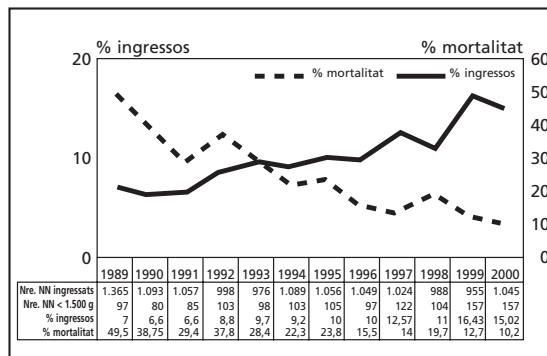


Fig. 1. Dades epidemiològiques bàsiques dels nounats (NN) de pes en néixer < 1500 g, ingressats a l'Hospital Vall d'Hebron (1989-2000).

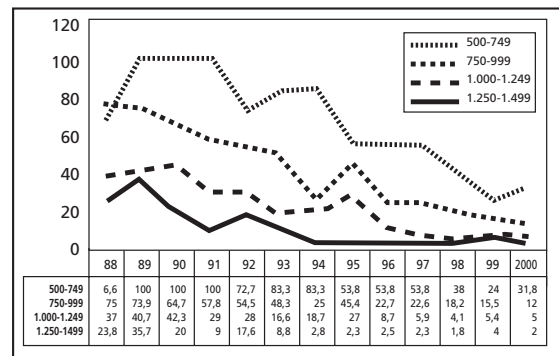


Fig. 2. Evolució de la mortalitat (%) dels nounats de pes en néixer < 1500 g ingressats a l'Hospital Vall d'Hebron (1988-2000), segons diferents categories de pes.

Seriem injustos si tot el mèrit en la consecució d'aquests resultats l'adjudiquéssim únicament a la tasca dels serveis de neonatologia. Hem de reconèixer que gran part d'aquest mèrit correspon als avenços experimentats en l'àmbit de la medicina obstètrica, que han aconseguit que els pacients que els neonatòlegs hem de cuidar i tractar ingressin a les nostres unitats en condicions cada vegada millors. L'obstetrícia detecta i tracta amb èxit nombroses patologies maternes i fetals (infeccions, colonització del canal del part per patògens capaços de transmetre's verticalment, anèmies hemolítiques, transfusions fetofetals, retard de creixement intrauterí, patologies maternes...) que abans enfosquien de manera decisiva el pronòstic dels nostres nadons. També tracta eficaçment moltes de les complicacions obstètriques que comporten un pitjor pronòstic perinatal i neonatal (amenaça de part prematur, trencament prematur i perllongat de les cobertes ovulars, corioamnionitis materna) i permet, a més, aconseguir el que personalment considero que ha representat el major avenç experimentat en la cura perinatal dels últims anys: la inducció de la maduració dels parènquimes fetals a través de l'administració a la mare de corticosteroides.

L'administració a la gestant de betametasona (o altres corticoides igual d'eficaços) quan es pot preveure que el part es produirà abans de la 34a setmana d'edat gestacional, aconsegueix madurar probablement tots els parènquimes fetals, però sobretot aquells la disfunció o lesió dels quals comportaria patologies i/o seqüeles més greus en l'evolució dels nostres prematurs (pulmó, intestí i plexos vasculars periependimàtics).

La disminució en la incidència i la gravetat de la malaltia de la membrana hialina, l'enterocolitis necrotitzant i l'hemorràgia periventricular i, conseqüentment, la de les complicacions evolutives que comporten, ha contribuït de manera determinant a la disminució de la morbiditat, la mortalitat i les seqüeles en la nostra població neonatal. La demostrada eficàcia de la maduració farmacològica perinatal, present ja al cap de dotze hores de l'administració de la primera dosi d'esteroides, fa necessari implicar en la seva indicació els metges de família, que moltes vegades són els primers que atenen la gestant en la qual es produeix l'amenaça de part prematur. No hem d'esperar que la dona ingressi al corresponent servei d'obstetrícia, ja que de vegades no serà possible diferir l'expulsiu les hores necessàries perquè els esteroides puguin fer efecte. Caldrà insistir en aquest punt a l'hora de formar els futurs metges en les aules en què s'imparteixen les disciplines d'obstetrícia i pediatria.

En aquest número de *Pediatría Catalana* es publica (F. Castillo i col.) el cas de la nena nascuda a les 26 setmanes d'edat gestacional i 390 g de pes en néixer que va ser atesa al nostre hospital i donada d'alta sense seqüeles aparents al cap d'uns quants mesos. Es tracta d'un cas de prematuritat extrema, complicat amb el retard de creixement intrauterí com a conseqüència d'un quadre de transfusió fetofetal greu en una gestació gemina monocoriònica. Les atencions rebudes (cirurgia fetal i maduració farmacològica perinatal, el consens d'obstetres i pediatres per decidir el millor moment del part i el maneig acurat durant la vida extrauterina) constitueixen l'exemple paradigmàtic de les possibilitats d'incidir en la millora del pronòstic de patologies, límits de pes i/o edat gestacional que fa uns anys es consideraven associades a un desenllaç uniformement fatal i per això no viable.

Hem de reconèixer els magnífics resultats que s'han aconseguit després que el Servei Català de la Salut posés en marxa els sistemes de transport de malalts crítics neonatals i pediàtrics (Sistema d'Emergències Mèdiques, S.A.). No obstant això, per obtenir resultats òptims en el maneig de patologies perinatals tan complexes com la de la pacient en qüestió, és quan adquireix el seu màxim valor el transport *in utero* a un centre de nivell III. En un centre d'aquest tipus es poden oferir al binomi mare-fetus les màximes possibilitats d'èxit en la cura prenatal, perinatal i postnatal. Una acurada valoració de l'estat fetal i de l'experiència i els resultats de tots els serveis implicats (obstetrícia i neonatologia) permetran en cada cas particular determinar els límits de viabilitat.