

Atenció perinatal als nadons nascuts en els límits de la viabilitat. On som, cap on anem?

Roser Porta, Gemma Ginovart

Unitat de Neonatologia, Servei de Pediatria. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona)

L'atenció als nadons nascuts en els límits de la viabilitat constitueix un dels reptes més grans en medicina perinatal. Els avenços en aquest camp han permès augmentar la supervivència de nadons nascuts extremament prematurs, i situar aquests límits a edats gestacionals cada cop més primerenques.

Els límits de la viabilitat s'entenen com aquelles setmanes de gestació (sg) en què el nadó té probabilitats raonables de supervivència amb qualitat de vida i, per tant, és justificat que rebí mesures terapèutiques actives. Són exemples de tractament actiu els corticoides per a la maduració fetal i la reanimació activa a la sala de parts, seguida de cures intensives neonatals. L'edat de gestació (EG) a partir de la qual s'aplica un tractament actiu varia segons els països o els centres, fins i tot en l'entorn occidental¹⁻². A Suècia, el Japó i en alguns hospitals nord-americans, fa dècades que aquests límits se situen en les 22 sg. A Holanda i França els límits s'han situat, fins recentment, en les 24 sg. A l'Estat espanyol, ha estat excepcional, fins fa pocs anys, que s'adoptés una conducta activa en nadons nascuts abans de les 24 sg. Les guies del Grup de Reanimació de la Societat Espanyola de Neonatologia vigents fins al 2021 situaven la zona grisa de decisió compartida amb els pares en les 23-24 sg³. Els darrers anys, les societats obstètriques i neonatals de diversos països amb una aproximació a la perinatologia similar a la nostra han actualitzat les seves guies⁴⁻⁶.

El context actual tendeix a les cures perinatals d'excel·lència i està incorporant la veu de les famílies en les decisions terapèutiques. Es fa necessari un replantejament del tema des d'un abordatge multidisciplinari.

Per què és necessària una actualització? Les raons són diverses. En primer lloc, les dades procedents d'unitats neonatals amb tradició proactiva ens parlen de taxes de supervivència i de supervivència lliure de seqüeles que justifiquen el tractament actiu. En segon lloc, s'ha demostrat que l'EG no és l'únic factor que determina el pronòstic. La majoria de guies tradicionals i la informació que s'ha donat a les famílies durant dècades s'han basat en límits arbitraris marcats per l'EG. Ara sabem que, partint d'una EG, el pronòstic de supervivència del nadó varia en funció de diversos factors que cobren especial rellevància a aquests edats extremes. Alguns són factors no modificables, com el sexe (pitjor per al masculí), l'embaràs únic o múltiple (pitjor per als múltiples) o els dies de la setmana que se sumen a les setmanes complertes de gestació (més supervivència cada dia que es guanya). Però altres factors són modificables i depenen de la voluntat o l'actitud de l'equip assistencial. D'aquests, els dos principals, que poden capgirar el pronòstic, són l'administració de corticoides prenatals i el trasllat de la gestant en situació de risc a un hospital terciari que disposi d'una unitat de cures intensives neonatals (UCIN) preparada per atendre nadons prematurs extrems. Per altra banda, les cures neonatals del nostre entorn, centrades en la família, han incorporat la veu dels pares en les principals decisions terapèutiques. La presa de decisions en aquestes EG periviables ha de ser un procés de deliberació conjunta entre pares i equip, que s'inicia en les entrevistes prenatales. La informació sobre el pronòstic ha de ser honesta, de qualitat, i ha de fugir de les anomenades «profecies autocomplertes».

Què tenen en comú les noves guies? Les guies actuals aconsellen la presa de decisions compartida amb els pares basada en la informació rebuda de l'equip assistencial⁴⁻⁶. El pronòstic de supervivència ja no es basa només en l'EG, sinó que individualitza i incorpora els factors que poden modificar el pronòstic: corticoides, nivell del centre assistencial, dies que passen de les setmanes de gestació complertes, sexe, fetus únic o múltiple, i existència de retard del creixement intrauterí. A tall d'exemple, un nadó de 23,6 sg i de sexe femení amb pes adequat i amb una tanda de corticoides completa (dues dosis) administrada a la mare, pot tenir igual o millor pronòstic que un nadó de sexe masculí nascut a les 24,2 sg amb una sola dosi de corticoides administrada. Un dels aspectes clau de les noves guies és la coordinació entre equips obstètrics i neonatals, que permet informar i actuar de forma homogènia. S'ha demostrat que les discordances entre aquests dos col·lectius empitjoren el pronòstic neonatal⁷. Sovint s'associa l'administració de corticoides prenatals a una conducta activa irrevocable en el nadó, en lloc de contemplar-la com una oportunitat de situar-lo en una zona de millor pronòstic. En moltes ocasions, la urgència o l'alt grau d'estrès fan que els pares i l'equip assistencial es trobin incapacitats per prendre decisions sobre «fer-ho tot» o oferir només cures pal·liatives. En aquests casos, probablement sigui més adequat oferir corticoides i tractament actiu, i adequar l'esforç terapèutic si, en l'evolució postnatal, el nadó presenta una situació de gravetat que faci molt probable un futur neurodesenvolupament advers.

Què diuen les guies vigents al nostre país? El Grup de Reanimació Neonatal de la Societat Espanyola de Neonatologia va actualitzar el 2021 les recomanacions de conducta perinatal en nadons nascuts en els límits de la viabilitat⁸. Per primer cop en dues dècades, hi ha canvis. La zona grisa de decisió parental, que prèviament se situava a les 23,0-24,6 sg, s'ha limitat ara a les 23,0-23,6 sg. En aquesta EG es recomana la conducta activa prenatal per garantir el millor pronòstic possible postnatal (corticoides, trasllat de la gestant a l'hospital terciari) i la visita d'assessorament prenatal. Es recomana maneig actiu a partir de les 24,0 sg. Entre les 22,0 i les 22,6 sg no es recomana maneig actiu neonatal, però sí prenatal, amb trasllat de la gestant a un centre terciari, i considerar l'administració de corticoides. Com a segona novetat, les guies recomanen no basar les decisions només en l'EG, i considerar els altres factors pronòstics que s'han comentat prèviament. En contrast amb les recomanacions neonatals, la Societat Espanyola d'Obstetrícia i Ginecologia, en l'actualització del 2020 sobre els corticoides antenatals⁹, manté la recomanació d'administrar-los a partir de les 24,0 sg, i només considerar-los a les 23 sg si es consensua conducta activa amb els pares. En aquest context, podem esperar que molts nadons nascuts els darrers dies de les 23 sg o a les 24 sg acabades de complir neixin amb la tanda de corticoides no completada.

Però els corticoides són eficaços en aquestes EG extremes? L'eficàcia dels corticoides prenatals a EG extremes ha estat suggerida en estudis observacionals retrospectius. Un estudi prospectiu multicèntric¹⁰, que incloïa 1.200 nadons nascuts a les 23 sg, també va demostrar una associació de corticoides amb menys mortalitat, amb un impactant nombre necessari a tractar (NNT) de 6 a les 23 sg, comparat amb un NNT de 798 a les 34 sg.

Està justificada la conducta proactiva en nadons nascuts en edats tan extremes? La resposta a aquesta qüestió, que pot suposar un dilema ètic, implica considerar la qualitat de vida dels supervivents. Cada cop hi ha més estudis de seguiment dels supervivents a llarg termini que posen el focus en la qualitat de vida i l'impacte de les discapacitats en les famílies, més enllà del grau de seqüeles. Existeix una tendència entre professionals que no tracten directament els nadons o no estan involucrats en el seu seguiment, a atribuir-los un pitjor pronòstic en supervivència, neurodesenvolupament i qualitat de vida del que realment perceben els infants i les seves famílies¹¹. Les dades procedents de centres o països amb tradició proactiva ens parlen de supervivències properes o superiors al 70% en nadons nascuts a les 23 sg i entorn del 56% en els de 22 sg, i de supervivència sense discapacitat o només amb discapacitat lleu del 64% en nascuts a les 22-23 sg, amb una gran majoria lliures de seqüeles als 2,5 anys¹²⁻¹³. En les darreres dues dècades, la conducta activa en els nadons nascuts a les 23 sg ha augmentat a l'Estat espanyol¹⁴. Tot i que la supervivència al nostre país és baixa comparada amb la d'altres països, també ha millorat els darrers anys: ha passat del 10% del 2004 a prop del 30% el 2019.

Ha arribat el moment de deixar de considerar fútil el tractament actiu d'un nadó nascut abans de les 24 sg, escoltar la veu dels pares i aprendre de l'experiència dels centres experts. Per aconseguir els millors resultats, els professionals de l'obstetrícia i la neonatologia hem de constituir un equip sense fissures en l'aproximació a l'atenció perinatal d'aquests nadons nascuts en els límits de la viabilitat.

Bibliografia

- Gallagher K, Martin J, Keller M, Marlow N. European variation in decision-making and parental involvement during preterm birth. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2014;99(3):F245-9.
- Patel RM, Rysavy MA, Bell EF, Tyson JE. Survival of infants born at perivable gestational age. Clin Perinatol 2017;44(2):287-303.
- Zeballos Sarrato G, Salguero García E, Aguayo Maldonado J, Gómez Robles C, Thió Lluç M, Iriondo Sanz M; Grupo de reanimación neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (GRN-SENeo). Adaptación de las recomendaciones internacionales en estabilización y reanimación neonatal 2015. An Pediatr (Barc). 2017;86(1):51.e1-51.e9.
- British Association of Perinatal Medicine. Perinatal management of extreme preterm birth before 27 weeks of gestation. A framework for practice. Accessible a la xarxa [data de consulta: 01-12-2022]. Disponible a: <https://www.bapm.org/resources/80-perinatal-management-of-extreme-preterm-birth-before-27-weeks-of-gestation-2019>.
- Ancel PY, Breart G, Bruel H, Debillon T, D'Ercole C, Deruelle P, et al. Propositions sur la prise en charge en cas d'extrême prématurité- Le groupe de travail "Extrême Prématurité" pour la SFMP, le CNGOF et la SFN. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2020;48(12):850-7.
- Safer Care Victoria. Extreme prematurity guideline. Accessible a la xarxa [data de consulta: 01-12-2022]. Disponible a: <https://www.betttersafercare.vic.gov.au/clinical-guidance/neonatal/extreme-prematurity>.
- Rysavy MA, Bell EF, Iams JD, Carlo WA, Li L, Mercer BM, Hintz SR, et al; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Discordance in Antenatal Corticosteroid Use and Resuscitation Following Extremely Preterm Birth. J Pediatr. 2019;208:156-162.e5.
- Zeballos Sarrato G, Ávila-Alvarez A, Escrig Fernández R, Izquierdo Renau M, Ruiz Campillo CW, Gómez Robles C, et al.; Grupo de reanimación neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (GRN-SENeo). Guía española de estabilización y reanimación neonatal 2021. Análisis, adaptación y consenso sobre las recomendaciones internacionales. An Pediatr. 2022;96(2):145.e1-145.e9.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetrícia. Parto pretérmino. Prog Obstet Ginecol. 2020;63:283-321.
- Travers CP, Clark RH, Spitzer AR, Das A, Garite TJ, Carlo WA. Exposure to any antenatal corticosteroids and outcomes in preterm infants by gestational age: prospective cohort study. BMJ. 2017;356:j1039.
- Boland RA, Cheong JLY, Stewart MJ, Kane SC, Doyle LW. Disparities between perceived and true outcomes of infants born at 23-25 weeks' gestation. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2022;62(2):255-62.
- Watkins PL, Dagle JM, Bell EF, Colaizy TT. Outcomes at 18 to 22 Months of Corrected Age for Infants Born at 22 to 25 Weeks of Gestation in a Center Practicing Active Management. J Pediatr. 2020;217:52-58.e1.
- Söderström F, Normann E, Jonsson M, Ågren J. Outcomes of a uniformly active approach to infants born at 22-24 weeks of gestation. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2021;106(4):413-7.
- Porta R, García-Muñoz Rodrigo F, Ávila-Alvarez A, Ventura PS, Izquierdo Renau M, Ginovart G; SEN1500 Network of the Spanish Society of Neonatology, Spain. Active approach in delivery room and survival of infants born between 22 and 26 gestational weeks are increasing in Spain. Acta Paediatr. 2022;112(3):417-23.