

Los desafíos y dilemas no resueltos de la prematuridad

The challenges and unresolved dilemmas of prematurity

El nacimiento prematuro constituye uno de los mayores problemas que persiste en el cuidado de la salud y sin vías de mejoras sustanciales en los próximos años.

Esto nos puede ayudar a comprender y aceptar las limitaciones que la medicina tiene en aquellos problemas de salud que responden a factores que están fuera de sus posibilidades para corregirlos.

El concepto de salud sobrepasa los límites de la medicina al introducirse en múltiples facetas insertas en la vida cotidiana del ser humano. La creencia de que solo la medicina puede regir el estado de salud de los individuos y evitar las enfermedades, es una falacia propia de los tiempos que vivimos, donde la medicalización invadió la vida de las personas hasta inusitados niveles. Hoy en día, la gente depende cada vez más de la atención médica, sin comprender que la salud es parte de un engranaje complejo y multifactorial. Esto no menoscaba lo mucho que la medicina ha obtenido en mejorar las condiciones de salud y prevenir enfermedades. Las vacunas constituyen un claro ejemplo porque sin duda lograron que muchas enfermedades graves desaparezcan. Sin embargo, para que las vacunas tengan éxito, la gente debe vacunarse y aunque esto parezca una perogrullada muchísimas personas en el mundo no acceden a las vacunas, por lo cual sus beneficios dependen de múltiples factores que escapan a los alcances de la medicina. En la historia de la humanidad hay innumerables ejemplos donde las mejoras en las condiciones de vida estaban estrechamente relacionadas con la salud de gente. Por citar solo uno, los romanos, hace casi 2500 años, construyeron acueductos que transportaron agua potable durante siglos, que están considerados como la mayor y más trascendente obra de ingeniería del mundo antiguo relacionada con la salubridad.

Hoy, en el siglo XXI, el nacimiento prematuro persiste como uno de los problemas de la salud pública más acuciantes y no resueltos. Los bebés prematuros contribuyen aproximadamente al 40% de la mortalidad en el primer año de vida, los menores de 1500 g tienen un riesgo relativo de morir 200 veces mayor y representan el 50% de la mortalidad neonatal aunque solo constituyen entre el 1 y 2% de los nacimientos.

La mayor preocupación actual es que en muchos países la tasa de prematuridad lejos de

disminuir se mantiene y en general en el mundo ha ido en aumento constante desde hace unos 20 años.

Parece una paradoja que en una era donde se lograron enormes avances, la prematuridad continúe generando un verdadero desafío a la aparentemente "poderosa" medicina moderna. En EE.UU., constituye algo más del 12% de los nacidos vivos, un aumento del 20% desde 1990. Esta tendencia ocurre en la mayoría de los países de altos ingresos aun cuando las tasas son inferiores en los países de Europa occidental, Japón, Australia y Canadá. Para tener idea de la magnitud del problema, EE.UU. ocupa actualmente el puesto 131 de 184 países en todo el mundo de acuerdo a las tasas de nacimientos prematuros. ¿Cómo se explica esto?, ¿Es posible que en el país que más contribuye a la investigación y a los progresos de la medicina, la tasa de prematuridad aumente y esté a la par de países con ingresos y recursos muchos más bajos?

Este panorama nos señala los desafíos y dilemas de la prematuridad, uno de ellos depende solo parcialmente de la medicina y el otro pertenece enteramente al campo de la profesión médica, en este caso referido a la atención de prematuros en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) nacidos en los límites de la viabilidad.

Como podemos comprobar, un enfoque es sanitario y proviene principalmente desde las condiciones de vida de la gente, de la eficacia de los gobernantes, de la cultura de la población y en menor grado de la medicina, el otro lo hace desde los principios éticos que rigen nuestra profesión. Ambos son muy complejos como también muy diferentes y a ellos me referiré solo en cuanto a los aspectos más relevantes de cada uno.

El modelo fisiológico del ser humano se basa en que el nacimiento espontáneo ocurra a las 40 semanas de gestación, con una variación escasa. Aún no se pudo establecer con certeza si los mecanismos del nacimiento prematuro son los mismos que al término, y solo ocurre que se activan antes de tiempo, o el parto prematuro se desencadena por mecanismos diferentes.

Numerosos estudios demostraron que los factores sociales, entre ellos, pobreza, escasa educación materna, embarazo adolescente, madres solteras, alcoholismo, tabaquismo,

etc., incrementan sensiblemente el riesgo de parto prematuro. Asimismo, estos mismos determinantes socio-económicos-culturales explican factores biológicos en la madre, como escaso peso y talla y/o deficiente estado nutricional durante el embarazo, que también se asocian a mayor prematuridad.

Otro consistente factor de riesgo es la etnia de la madre. En EE.UU. la población negra duplica la tasa de prematuridad que la blanca y los partos prematuros recurrentes son cuatro veces más frecuentes en madres negras; diferencias que persisten luego de controlar factores de confusión. No queda claro cómo se explica esto. Se ha buscado en los genes pero aun no se demostró variación genética entre ambas etnias. Otro aspecto, realmente de mucho interés, es el "estrés social" ocasionado por la larga historia de discriminación de la población negra en EE.UU. que constituye un importante factor de riesgo. Esto es apoyado por varios estudios que además observaron que la tasa de prematuros de madres negras nacidas en EE.UU. era más elevada que en madres negras nacidas en otros países e incluso el riesgo de resultados adversos en el embarazo era 40% mayor en madres negras nacidas en EE.UU. comparado con sus propias madres y abuelas que nacieron en África o en el Caribe. (*The enigma of spontaneous preterm birth; NEJM 2010;362:529-35*).

Ejemplos como este, y seguramente otros que están ocultos o no claramente identificados, pueden explicar porqué las estrategias de apoyo social durante el embarazo no resultaron efectivas para disminuir el nacimiento prematuro. Los problemas sociales y las deficientes condiciones de vida son previos y requieren enfoques muy profundos para reducirlos.

El abordaje médico de la prematuridad se ha enfocado principalmente en el tratamiento de sus consecuencias en vez de en la prevención. Hay múltiples ejemplos de medidas obstétricas basadas en factores de riesgo, antibióticos uteroinhibidores, cerclaje del cuello uterino, reposo, reducción de la actividad laboral, etc., pero todas fracasaron. El tratamiento con progesterona parece promisorio para disminuir la recurrencia en madres que tuvieron un prematuro previo, pero requiere aun evidencias más sólidas.

También es cierto que la misma medicina ha participado en el aumento del parto prematuro en los últimos 20 años. Los ejemplos más notables son el marcado incremento de cesáreas no justificadas (iatrogénicas) antes de las 37 semanas

y el enorme aumento de embarazos múltiples producto de la fertilización asistida.

En definitiva, podemos afirmar que el enfoque perinatal de la prematuridad se ha centrado principalmente en los cuidados en las UCIN. Esto trajo muchos progresos pero al mismo tiempo varios aspectos no auspiciosos en el terreno de los cuestionamientos éticos relacionados con la supervivencia de los prematuros extremadamente pequeños que en muchas unidades neonatales aumentó en forma marcada desde la década de 1990.

El abordaje bioético en los bebés nacidos en los límites de la viabilidad se enfrenta con la búsqueda del equilibrio entre los riesgos aceptables e inaceptables, algo difícil de lograr si no se tiene en cuenta que no todo lo que se puede hacer, se debe hacer. Es verdad que la evolución inicial de estos bebés presenta más dudas que certezas, pero a través de los días o semanas ya se suelen identificar cuáles serán las secuelas irreparables. Es entonces imprescindible reflexionar sobre nuestros actos y compartir dudas y angustias con otros profesionales en la búsqueda de acordar lo que es lo mejor para el paciente y su familia. La información clara a los padres y su activa participación es esencial en todo este proceso, pero en esos momentos tan críticos no es infrecuente ver que el poder del médico está por encima del escaso poder que poseen los padres. El cambio que debemos generar es considerar a los padres como "socios" y entonces estaremos en un plano de mayor igualdad. El fundamento bioético de la actitud a tomar con los bebés cuyo pronóstico es irremediamente desfavorable y sus daños son irreversibles, se basa en acciones consensuadas con los padres.

Deseo destacar finalmente que los desafíos de la prematuridad en cuanto a su prevención no van a cambiar en breve plazo y seguiremos conviviendo con esa lamentable realidad. Pero no por eso debemos permanecer inermes y por el contrario es necesario abordar en forma honesta los dilemas éticos que se enfrentan en el cuidado de prematuros extremos y reforzar nuestras acciones en la participación activa en el cuidado y la ayuda de los que sufren. ■

José M. Ceriani Cernadas
Editor