

La “viabilidad” como fundamento

Resumen general

Con la sentencia Roe vs. Wade de 1973, la Suprema Corte legalizó el aborto en los Estados Unidos. Con esta sentencia, la “viabilidad” se convirtió en la línea definitoria que equilibra los derechos de la persona embarazada a interrumpir un embarazo con los intereses del Estado. Roe vs. Wade concluyó que después de la viabilidad, los estados pueden restringir el acceso al aborto, siempre que la ley incluya excepciones para los embarazos que pongan en peligro la vida o la salud de la persona embarazada.

La Suprema Corte definió a la viabilidad en el contexto del aborto como:

“cuando, a criterio del médico [sic] tratante sobre los hechos particulares del caso bajo su tratamiento, existe una probabilidad razonable de supervivencia sostenida del feto fuera del útero, con o sin apoyo artificial. Dado que este momento puede ser diferente en cada embarazo, ni la legislación ni las cortes pueden proclamar que uno de los elementos se encuentra dentro de la certeza de viabilidad (sean semanas de gestación o peso fetal o cualquier otro factor) como factor determinante”¹

Ni el derecho ni la ciencia médica definen a la viabilidad como algo que ocurre en una edad gestacional específica. Un estudio reciente de la supervivencia de bebés extremadamente prematuros concluyó que incluso con una intervención activa, ningún bebé nacido con menos de 22 semanas de gestación sobrevivió.² A las 23 semanas, la supervivencia sin trastornos graves es inferior al 2 %; a las 25 semanas, hasta un 30 % puede sobrevivir sin trastornos graves.^{3,4}

- La viabilidad extrauterina depende de numerosos factores, incluida la edad gestacional, el sexo del feto, el peso al nacer y las intervenciones tecnológicas disponibles
- Al momento de decidir los pasos en la atención apropiada de cada embarazo, el personal de salud usa su mejor criterio clínico y considera las evidencias publicadas acerca del potencial de supervivencia y los deseos de la persona embarazada
- El personal de salud y pacientes evalúan en conjunto el potencial de vida plena —no solo la supervivencia breve fuera del cuerpo de la persona embarazada— como un factor fundamental para decidir si continuar o interrumpir cada embarazo en particular

Dado que la probabilidad de la supervivencia de los bebés extremadamente prematuros es baja y variable, los médicos promueven un enfoque individualizado cuando se trata de asesorar y ayudar a tomar decisiones a una familia que enfrenta un nacimiento muy prematuro. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos junto con la Sociedad de Medicina Materno-Fetal, han declarado que en los casos en los cuales el parto ocurre antes de las 26.0 semanas de gestación, “dado el potencial de mortalidad y morbilidad materna y perinatal, se debe evaluar con las pacientes la interrupción del embarazo”.⁵ De manera similar, la Academia Americana de Pediatría ha declarado que en los casos de partos que ocurrirán antes

de las 25 semanas de gestación, la toma de decisiones compartida con la familia debe incluir consideraciones sobre la mortalidad y morbilidad del recién nacido y los deseos de los padres.⁶

Cómo interpretar la ciencia

Información reciente proveniente de Estados Unidos, Francia e Inglaterra indica que la supervivencia de bebés extremadamente prematuros aumenta con la edad gestacional.^{3,4,7} Un estudio posterior sobre datos de EE. UU. examinó las diferencias entre los bebés que recibieron una intervención activa y aquellos que no la recibieron. El estudio encontró que ninguno de los bebés nacidos antes de las 22 semanas de gestación sobrevivió aun si recibió intervenciones activas.² El estudio francés, representativo de la población francesa en general, informó una supervivencia de 0 % a las 22 semanas.³ Los estudios británicos y estadounidenses informaron una supervivencia general de entre 7 y 18 % pero solo incluyeron bebés ingresados a terapia intensiva neonatal o que nacieron en centros académicos. Es probable que estos estudios sobreestimen la supervivencia de bebés extremadamente prematuros en la población general debido al uso de intervenciones más agresivas.^{4,7} El estudio estadounidense evaluó también la morbilidad y concluyó que todos los sobrevivientes a esta edad gestacional tenían trastornos graves según lo considerado por los investigadores.⁴ A las 23 semanas de gestación, la supervivencia general fue de solo 1,1 % en el estudio francés, y todos los sobrevivientes quedaron con lesiones severas.³ En los estudios británicos y estadounidenses fue de entre 32 y 36 %, ^{4,7} con solo el 2 % de los sobrevivientes sin trastornos graves en el estudio estadounidense.⁴ A las 24 semanas de gestación, la supervivencia general en el estudio francés aumentó a 31 %, aunque la supervivencia sin trastornos graves fue de solo 12 %.³ En los estudios británicos y estadounidenses, la supervivencia general fue de entre 59 y 62 %, ^{4,7} y la supervivencia sin trastornos graves fue de 7 % en el estudio estadounidense.⁴

Mientras que la supervivencia general en etapas gestacionales más tempranas mejoró desde el primer estudio de referencia en 1995, este no aplica a la proporción de bebés que sobreviven sin una discapacidad importante. La proporción de bebés nacidos después de las 25 semanas de gestación que sobrevivieron al alta sin una morbilidad importante aumentó tanto en la población francesa como en la estadounidense, pero se mantuvo constante entre los bebés que nacieron antes de las 25 semanas de gestación.^{3,4} Se evaluó un subgrupo de bebés del estudio estadounidense para ver si presentaban discapacidades neurológicas entre los 18 y 22 meses de edad ajustada, y se encontró un patrón similar de mejoras en la proporción de sobrevivientes sin un trastorno importante entre los que nacieron después de las 25 semanas de gestación, pero no hubo ninguna una mejora notoria en aquellos que nacieron antes.⁸ Sin importar dónde nacen, los bebés que nacen a edades gestacionales tempranas requieren de numerosas intervenciones intensivas y complejas para mantenerse con vida. Los bebés sobreviven solo gracias a semanas o meses de terapia intensiva neonatal invasiva.



Dado que las posibilidades de sobrevivencia son variables debido a diversos factores, incluidos los tipos de intervenciones disponibles, el peso y sexo del feto, no existe una “regla establecida” para la viabilidad.

Respuestas a las preguntas previsible

¿No es viable un feto a las 24 semanas de embarazo?

Si bien el uso común a menudo equipara la viabilidad con una cantidad específica de semanas de embarazo, ese uso es inexacto. El potencial de supervivencia fetal fuera del útero difiere con cada embarazo y solo es posible establecerlo evaluando tanto al feto como a la persona embarazada. Algunos factores que pueden afectar el potencial de viabilidad incluyen las anomalías cromosómicas, la condición de salud de la persona embarazada y la disponibilidad de servicios de neonatología de alta complejidad. Además, el sexo del feto puede afectar la supervivencia: el sexo masculino está asociado con una mortalidad más elevada entre los bebés prematuros.⁹⁻¹² Debido a estos múltiples factores, muchos bebés nacidos a las 24 semanas no sobrevivirán, y la mayoría de los que sobrevivan tendrán discapacidades graves que requerirán múltiples intervenciones médicas.

Dado que el momento de viabilidad ocurre cada vez más temprano, ¿no se debería bajar también el límite legal para un aborto?

Cada embarazo es diferente. Ni el derecho ni la ciencia médica definen a la viabilidad como algo que ocurre en una edad gestacional específica sino que depende de numerosos factores, como la edad gestacional, el sexo del feto, el peso al nacer y las intervenciones tecnológicas disponibles. Dado que la viabilidad puede ser diferente para cada embarazo, los médicos y las pacientes deben decidir en forma conjunta si continuar o interrumpir cada embarazo en particular.

¿Por qué debería la ley permitir un aborto para un feto potencialmente viable?

El decidir continuar o interrumpir un embarazo puede ser una decisión médica y personal compleja y lo mejor es que sea tomada por la paciente y el médico tratante. Juntos pueden sopesar las circunstancias médicas y personales del embarazo, incluso la salud física y mental de la persona embarazada y la mejor evaluación médica de la supervivencia del feto en desarrollo si el embarazo continúa su curso.

¿Significa esto que debería permitirse un aborto en cualquier momento de un embarazo simplemente porque alguien lo desea?

No podemos conocer todas las circunstancias médicas y personales detrás de la decisión de una persona acerca de su salud y su embarazo. La decisión de cada persona es diferente y muchas veces no existen respuestas simples. Más allá de lo que podamos pensar con respecto al aborto en diferentes momentos del embarazo, la salud de la persona debe ser lo que guía las decisiones médicas importantes y se debe poder tomar la decisión con el asesoramiento de un profesional médico de su confianza para interrumpir un

embarazo o para continuarlo. Los políticos no son expertos médicos, y esta no es un área en la que los políticos deberían interferir.

Referencias

1. Colautti v. Franklin, 439 U.S. 379,388 (1979).
2. Rysavy MA, Li L, Bell EF et al. Between-hospital variation in treatment and outcomes in extremely preterm infants. *New England Journal of Medicine*, 2015;372:1801–11.
3. Ancel PY, Goffinet F, EPIPAGE-2 Writing Group. Survival and morbidity of preterm children born at 22 through 34 weeks' gestation in France in 2011. *Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 2015;169(3):230–8.
4. Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, Walsh MC, Carlo WA, Shankaran S, et al. Trends in care practices, morbidity, and mortality of extremely preterm neonates, 1993–2012. *Journal of the American Medical Association*, 2015;314(10):1039–51
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)/ Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Obstetric Care Consensus. #6: Periviable birth. *Obstetrics and Gynecology*, 2017;130(4):e187–99.
6. Cummings J. Antenatal counseling regarding resuscitation and intensive care before 25 weeks of gestation. *Pediatrics*, 2015. 136(3):588–95.
7. Santhakumaran S, Statnikov Y, Gray D, Battersby C, Ashby D, Modi N. Survival of very preterm infants admitted to neonatal care in England 2008–2014: time trends and regional variation. *Archives of Disease in Childhood, Fetal and Neonatal Edition*, 7 Sept 2017, [Epub ahead of print].
8. Younge N, Goldstein RE, Bann CM, Hintz SR, Patel RM, Smith PB, et al. Survival and neurodevelopmental outcomes among periviable infants. *New England Journal of Medicine*, 2017;376(7):617–28.
9. Binet ME, Bujold E, Lefebvre F, Tremblay Y, Piedboeuf B; Canadian Neonatal Network™. Role of gender in morbidity and mortality of extremely premature neonates. *American Journal of Perinatology*, 2012;29:159–66.
10. Battin M, Ling EW, Whitfield MF, Mackinnon M, Effer SB. Has the outcome for extremely low gestational age (ELGA) infants improved following recent advances in neonatal intensive care? *American Journal of Perinatology*, 1998;15:469–77.
11. Tucker J, McGuire W. Epidemiology of preterm birth. *British Medical Journal*, 2004;329:675–8.
12. Weng YH, Yang CY, Chiu YW. Neonatal outcomes in relation to sex differences: a national cohort survey in Taiwan. *Biology of Sex Differences*, 2015;6(30).

El objetivo de Ibis Reproductive Health es mejorar la autonomía, las opciones y la salud reproductiva de las mujeres en todo el mundo.

(617) 349-0040
lai@ibisreproductivehealth.org
www.ibisreproductivehealth.org



La Federación Nacional del Aborto (NAF, por sus siglas en inglés) es la asociación profesional de prestadores de servicios de aborto. Nuestro trabajo es apoyar al personal de salud quien hace realidad las opciones reproductivas así como a las mujeres que atienden.

(202) 667-5881
infonaf@prochoice.org
www.prochoice.org

