

USO INAPROPIADO DEL TÉRMINO SUFRIMIENTO FETAL

Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Neonatología

Siguiendo la sugerencia de otras sociedades internacionales, el comité *ad hoc*, constituido por miembros de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y de la Sociedad Española de Neonatología (SEN), considera que el uso clínico del término *sufrimiento fetal* es inapropiado y debe abandonarse por varias razones.

En primer lugar, y desde el punto de vista semántico, no refleja realmente lo que debería sugerir, pues implica la presencia de un daño que no siempre está presente y que las más de las veces no es posible predecir con las pruebas que se emplean para su diagnóstico.

En segundo lugar, este vocablo tiene distintas connotaciones, generalmente negativas, según se exprese, entre obstetras, neonatólogos, familiares, profesionales del derecho o compañías aseguradoras.

Finalmente, desde el punto de vista científico es un término impreciso y poco específico. Su valor predictivo es bastante bajo como lo demuestra el hecho de que se suele asociar con el nacimiento de recién nacidos en buen estado, con una prueba de Apgar y/o un pH de cordón umbilical dentro de los límites de la normalidad.

El término que desde la bibliografía anglosajona se ha propuesto para sustituir al de sufrimiento fetal, es *non reassuring fetal status*, cuya traducción al castellano podría realizarse por *estado fetal no tranquilizador*. Pero esta definición hace referencia sobre todo a los diagnósticos cardiotocográficos empleados para el control del bienestar fetal intraparto

o en las fases finales del embarazo, por lo que no parece ser un término que identifique más adecuadamente el cuadro que estamos tratando de definir.

Parece más adecuado el término que incluya la palabra *riesgo*, que es lo que valoramos a través de las diferentes pruebas que se usan para el control del bienestar fetal. Intervenimos cuando a través de la valoración clínica global y de la evaluación de los resultados de las pruebas de control fetal no se puede asegurar el bienestar del feto intraútero y por ello decidimos su extracción para un mejor estudio y tratamiento neonatal.

Desde un punto de vista fisiopatológico, el concepto de riesgo de daño hipóxico es el que mejor representa los motivos de nuestra intervención, pues es el que expresa las dudas sobre la pérdida de la homeostasis fetal, es decir del *riesgo* de alteración o *pérdida del bienestar fetal*.

El concepto de *riesgo de pérdida o alteración del bienestar fetal* como fundamento de nuestra intervención finalizando un embarazo o parto podrá estar basado tanto en situaciones clínicas graves (desprendimiento de placenta, prolapso de cordón etc.) como en alteraciones de las distintas pruebas que se empleen, en cada momento, para el control del bienestar fetal.

Por todo ello, desde la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO y de la SEN consideramos que el uso del término sufrimiento fetal debe abandonarse y ser sustituido por el término *riesgo de alteración o pérdida del bienestar fetal* que describe más acertadamente la interpretación que el clínico hace del estado fetal, y en el que por tanto no puede asegurarse su bienestar. Sería conveniente que este término fuera seguido de una descripción de los signos clínicos o pruebas que conducen a tal conclusión y que en su caso condicionen una indicación para la finalización del embarazo o del parto (p. ej., deceleraciones tardías, taquicardia fetal, perfil biofísico alterado, prolapso de cordón, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

ACOG Committee Opinion. Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. [Opinion 197]. Int J Gynecol Obstet 1998;61:309-10.

Herrera J. Sufrimiento fetal agudo. ¿Es hoy un término adecuado? Una propuesta alternativa. Prog Diag Prenat 1999;11:337-40.

360 Miembros participantes

Sección de Medicina Perinatal de la SEGO:

José María Carrera Maciá (Institut Dexeus, Barcelona).

Antonio González González (Hospital La Paz, Madrid).

José María Laila Vicens (Hospital San Juan de Dios, Barcelona).

Miguel López Valverde (Hospital de Basurto, Bilbao).

Juan Carlos Melchor Marcos (Hospital de Cruces, Bilbao).

José Ramón de Miguel Sesmero (Hospital de Valdecilla, Santander).

Javier Monleón Alegre (Hospital La Fe, Valencia).

Sociedad Española de Neonatología:

Xavier Demestre Guasch (Hospital de Barcelona, Barcelona).