

Uso de ácido acetil salicílico (ASA) 150mg hasta semana 36
como reducción del riesgo de preeclampsia de inicio
temprano y tardío

Use of acetylsalicylic acid (ASA) 150 mg until week 36 as a
reduction in the risk of early and late onset preeclampsia

Karen Lorena Rizo Obregón

Trabajo de Investigación como requisito para optar el título de

Especialidad En Ginecología Y Obstetricia

RESUMEN

La preeclampsia es una de las patologías las cuales generan una alta tasa de mortalidad tanto materna como fetal a través del tiempos se ha logrado establecer la importancia del ácido acetil salicílico (ASA) como reductor de riesgo de esta patología en el cual por medio de este trabajo se demuestran los beneficios para la reducción de riesgo de preeclampsia y pronostico fetal.

Palabras clave:

Preeclampsia, ácido acetil salicílico, preeclampsia temprana, restricción de crecimiento fetal

ABSTRACT

Preeclampsia is one of the pathologies which generate a high maternal and fetal mortality rate over time, it has been possible to establish the importance of acetylsalicylic acid (ASA) as a risk reducer of this pathology in which through this scientific article we will demonstrate the benefits for the reduction of risk of preeclampsia and fetal prognosis

KeyWords: Preeclampsia, acetylsalicylic acid early, preeclampsia, fetal growth restriction

Objetivos:

➤ **Objetivo general**

- Evaluar las complicaciones en HIE, a partir del uso de inicio temprano de ASA en mujeres con alto riesgo.

➤ **Objetivo específico**

- Caracterizar los pacientes sociodemográficamente la población de estudio.
- Identificar qué tipo de complicaciones maternas se presentaron en las pacientes que usaron ASA 150 mg.
- Determinar qué resultado perinatal se presentaron en las pacientes que utilizaron ASA 150 mg.
- Comparar resultado materno fetal en aquellos pacientes grupos ASA 150mg vs paciente no utilizaron esta medicación en aquellas pacientes con factor de riesgo de HIE.

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio prospectivo debido a que es un estudio longitudinal de tiempo, en donde se incluyeron pacientes que ingresaron a control prenatal en el servicio de consulta externa en Mi Red IPS (camino Manga), en el período transcurrido entre junio 2018 a junio 2019, se les realizó ecografías de cálculo de riesgo de primer y segundo trimestre (11-14, 18-24) que presentaban hallazgos a nivel de doppler de arterias uterinas con IP mayor al P 95 % (ecografía de cálculo de riesgo las cuáles están indicadas por el ministerio de protección social y deben ser solicitadas en control prenatal), estas pacientes que presentaron en prueba de tamizaje riesgo elevado se les indicó ASA a dosis de 150 mg antes de la semana número 20 y aquellas pacientes que tenían riesgos de THAE e ingresaron posterior a semana 20 no se indicó ASA teniendo en cuenta la conclusión de estudio ASPRE dando como conclusión la no diferencia en la reducción de riesgo de estas pacientes teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión de paciente con patologías de base ya establecidas la cual debía indicarse esquema de ASA.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes mayores de 18 años
- Embarazo simple
- fetos sin alteraciones cromosómicas entre las 11- 13,6 semanas de gestación
- Idioma español

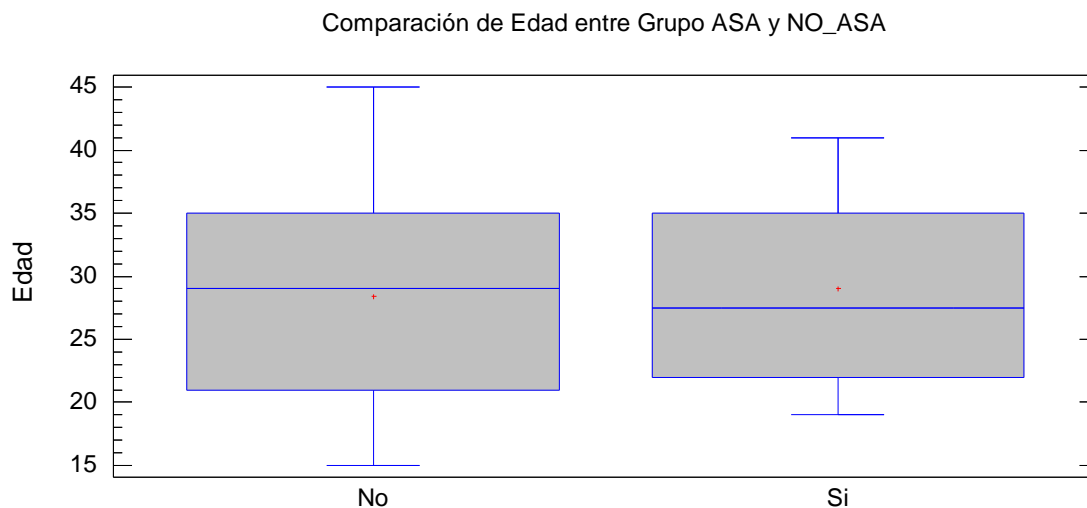
CITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes menores de 18 años
- Embarazos múltiples
- Embarazos complicados por anomalías fetales
- Mujeres inconscientes o gravemente enfermas o enfermedad mental grave

Las pacientes incluidas en el estudio se le realizo seguimiento durante las consultas de control prenatal establecidas por el ministerio de salud y protección social ; además una consulta intraparto y postparto para evaluar resultado perinatal.

Resultados:

Variables sociodemográficas



	N	Prom	Des. Est	Coef de Var	Mín	Máx	Sesgo Estand	Curt Estan
ASA=No	49	28,4	8,17	28,70%	15	45	0,3	-1,4
ASA=Si	50	29,1	7,21	24,81%	19	41	0,7	-2,0

El promedio de edad para ambos grupos fue de 28 ± 7 años, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos ($t = -0,394901$ valor-P = 0,69)

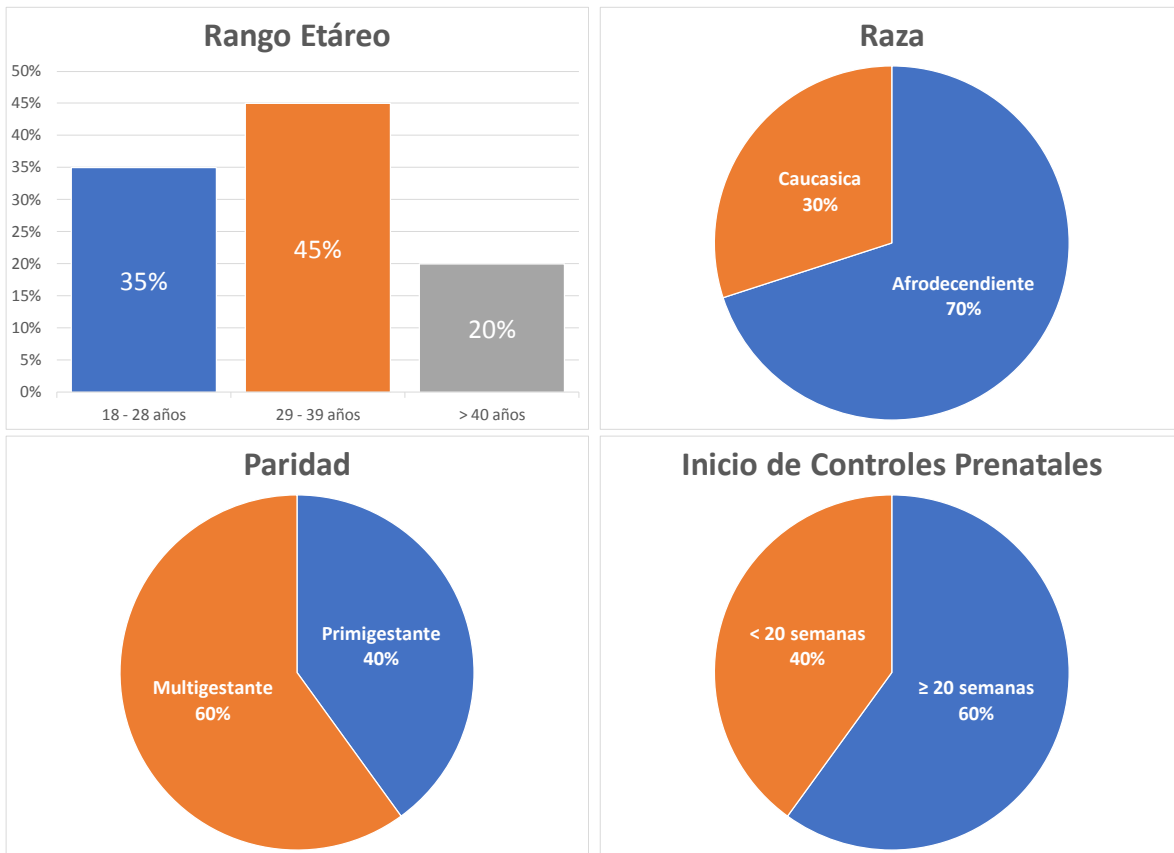


Ilustración 1 Variables Socio demográficas y Gestacionales

Ilustración 1: podemos observar las variables sociodemográfica que fueron tomadas en el estudio donde observamos, que en su mayor proporción fueron pacientes eran pacientes en rango de edad de 29 a 39 años, raza afrodescendiente , multigestantes , que iniciaron controles prenatales después de las 20 semanas de gestación.

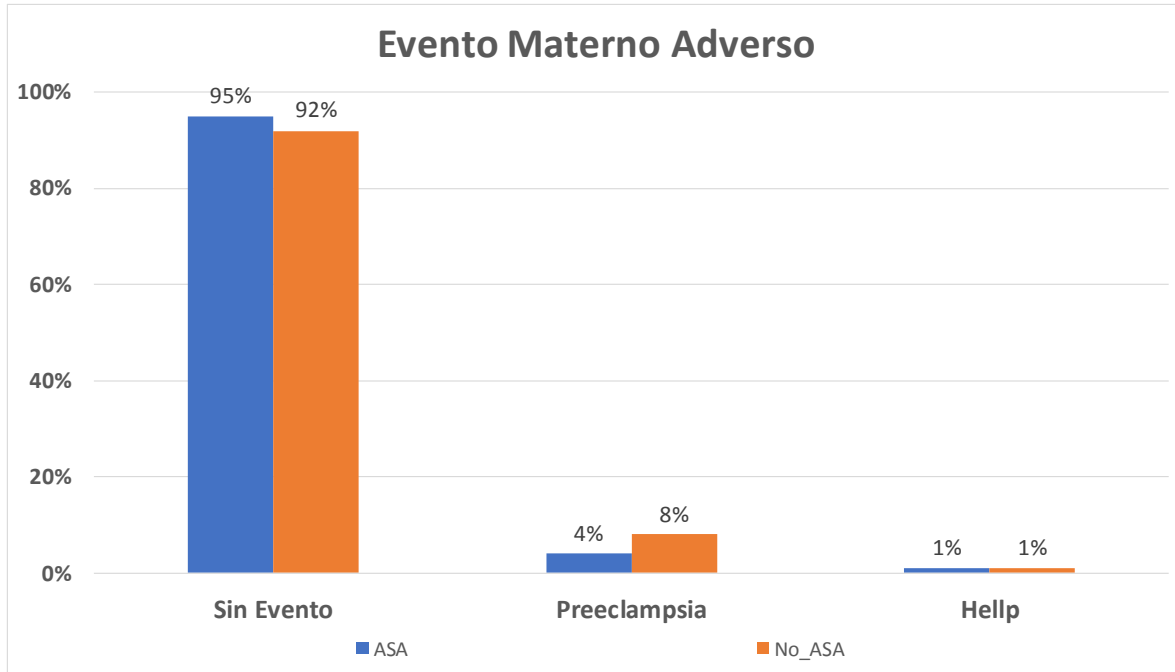


Ilustración 2 Comparación entre Grupo ASA y NO_ASA por Eventos Maternos

Ilustración 2: Podemos identificar que complicaciones maternas se presentaron en aquellas pacientes que presentaban alto riesgo para preeclampsia y se inicio ASA antes de semana 20 ,con un total de muestra de 50 pacientes , observando que se presentaron 2 complicaciones que equivalen a 4% de la totalidad y los cuales ocurrieron después de semana 37 uno de ellos preeclampsia severa en semana 38 y otro caso síndrome HELLP en semana 37 el 95% restante del total de pacientes no presentaron complicaciones maternas.

Ilustración 2. Podemos observar que complicaciones maternas se presentaron en aquellas pacientes las cuales tenían factor de riesgo para preeclampsia pero NO se inició ASA debido a que ingresaron posterior a semana 20 de gestación, fue un total de muestra de 49 pacientes en el cual podemos observar que en un 92% de los pacientes en el grupo

no presento complicaciones maternas mientras un 8% presento preeclampsia antes de semana 36 y 1 % presento síndrome de HELLP.

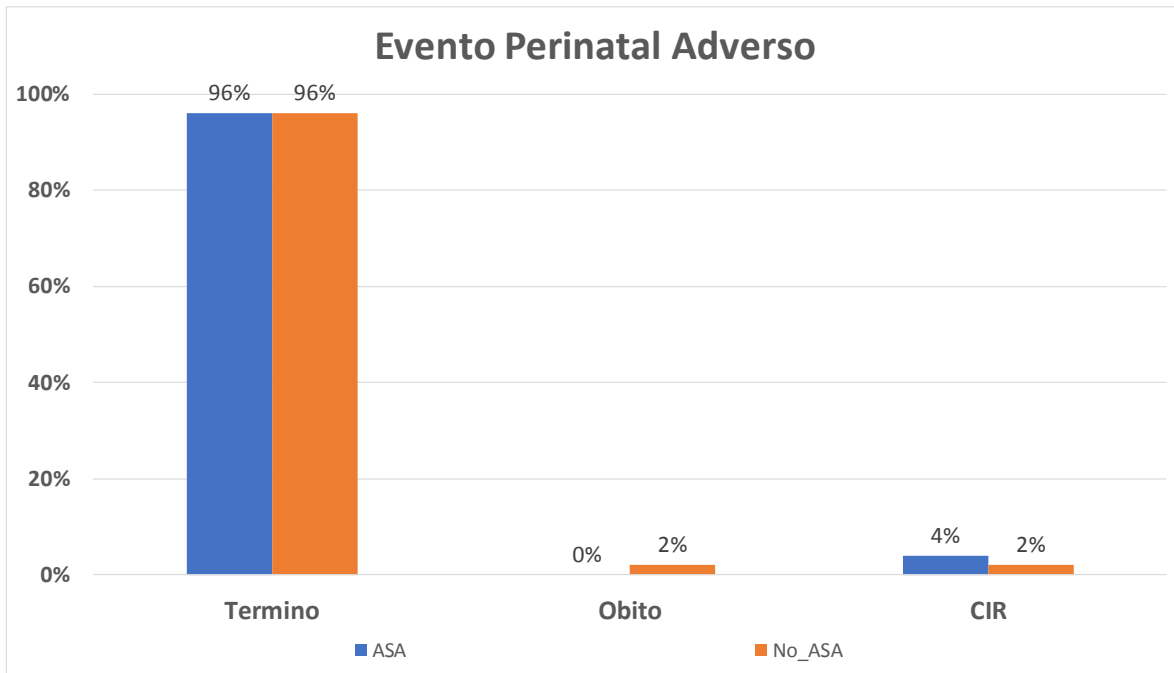


Ilustración 3 Comparación entre Grupo ASA y NO_ASA por Evento Perinatal Adverso

Ilustración 3: Podemos observar los resultados fetales en aquellas pacientes que tenían factor de riesgo para preeclampsia y que se indicó ASA antes de semana 20 fue un total de muestra de 50 pacientes en el cual el 96% de las pacientes no presento complicaciones fetales 2% de los casos se presento CIR y 1 muerte fetal que corresponde al 2%.

Ilustración 3: se inspeccionan las complicaciones fetales las cuales se presentaron en aquellas paciente quien NO se indicó ASA debido a que ingresaron posterior a semana 20 de gestación, un total de muestra de 49 pacientes dando como resultado que el 96% de los casos no se presentaron complicaciones fetales, con 4 % de paciente que presentaron CIR, y no se presento muerte fetal.

Se realizó una prueba de significancia estadística de diferencia entre dos proporciones de grupos independientes para examinar la diferencia entre el grupo ASA y NO_ASA de acuerdo a Evento Materno. El resultado de la diferencia fue del 2% (sigma: 0.583), esto indica que no hubo, al menos para los datos evaluados, una diferencia estadísticamente significativa (p-valor: 0.660). Es decir, que, para la población evaluada, el consumo de ASA antes de la 20 semanas no tuvo significancia estadística con respecto a las que no lo consumieron.

Es de observar que en el Grupo ASA se presentó un desenlace fatal, un óbito, causada por una preclamsia que conllevo un DDPNI.

Conclusiones:

Con este estudio se concluyó que la preeclampsia es una patología multifactorial, que se puede desencadenar en cualquier etapa del embarazo ,observamos que el mas de la mitad de las pacientes(70%) ingresadas en el estudio eran afrodescendientes, por lo cual podemos identificar que esta variable tiene un alto impacto asociado a complicaciones generadas por esta patología.

Además mediante este estudio podemos demostrar que la población objeto estudiada que tenían una alteración en el doppler el que era evaluado si el IP de arteria uterina es mayor al p95% , eran pacientes en edad entre 29-39 años de edad , multigestantes y raza afrodescendientes.

En cuanto a las complicaciones maternas en las cuales se inicio ASA antes de la semana 20 de gestación Vs grupo NO_ASA, se observó que aquellas paciente que se inicio ASA

antes de la semana 20 presento una reducción de complicaciones maternas con un porcentaje 4% vs 8% con relación a grupo de control , Además en lo que se refiere a complicaciones fetales debido a que a pesar el promedio entre ambos grupos es similar, el grupo de ASA se evidencia un impact factor como lo es el óbito fetal.

Como conclusión final de la investigación podemos observar, que no existió ninguna diferencia significativa en las pacientes que se indico ASA VS NO_ASA , debido a que al realizar el análisis estadístico diferencia estadísticamente significativa

(p-valor: 0.660).

REFERENCIAS

1. Centro latinoamericano de Perinatología Salud reproductiva y de la Mujer OMS edición Mayo 2019 pagina 60-65
2. Low Dose Of Aspirin And Pregnancy K. navaraham Z. Revic British Journal Of Obstetrics And Gynecology Edition Mayo 2019 pagina 1481-1490
3. Trastornos hipertensivos asociados a embarazo K. Nicolaides A. ambrosi American Collage Of Obstetrics And Gynecology June 2019 Paginas 85-95
4. Apirin for prevention of preterm and term preclampsia : systematic review and metaanalysis K. nicolaides E. Bujold S. Roberge American Journal Of Obstetrics And Gynecology junio 2017 paginas 287-291
5. Aprin for prevention of preeclampsia A. Atallah E. Lecarpentier F. Goffinet V Tsatsaris American Journal Obstetrics And Gynecology Marzo 2018
6. Aspirina Vs Placebo en embarazos con alto riesgo de preeclampsia temprana ASPRE New England Journal Of Medicine K. Nicolaides P. Matallana S. Cicero Agosto 2017 pagina 23-30
7. Manejo expentante de preeclampsia severa de inicio temprano estudio MEXPRE P. vigil A. Villar J. Lmir American Journal Obstetrics And Gynecology 2015 paginas 34 - 38
8. Apirine: idications et utilisation durant la grossesse N. Belhomme C. Doundnikoff E. Polard Ultrasound Journal Mayo 2019 pagina 10-25
9. The practica use of acetylsalicylic acid in the era of the ASPRE trial P. Kosinki U. Sarzynka-Nowacka M. Fiolna Fetal Medicine Foundation Abril 2019 paginas 24- 34

10. Riesgo de preeclampsia y evento perinatal adverso en pacientes Clínicas de Norteamérica 2019
11. Pritchard JA, Weissman R, Ratnoff OD, et al. Intravascular hemolysis, trombocitopenia, and other hematologic abnormalities associated with severe toxemia of pregnancy. *N Engl J Med.* 1954; 250: 89-98
12. World Health Organization (WHO), recommendations for Prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia, 2011.
13. . Lowe SA, Bowyer L, Lust K, McMahon LP, Morton MR, North RA. The SOMANZ Guidelines for the Management of Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2015.
14. Pennington KA, Schlitt JM, Jackson DL, Schulz LC, Schust DJ. Preeclampsia: múltiple approaches for a multifactorial disease. *Dis Model Mech.* 2012; 5:9-18
15. Visintin C, Muggleston MA, Almerie MQ, Nherera LM, James D, Walkinshaw S. Management of hypertensive disorders during pregnancy: summary of NICE guidance. 2010.
16. Vassalotti JA, Stevens LA, Levey AS. Testing for chronic kidney disease: a position statement from the National Kidney Foundation. *Am J Kidney Dis.* 2007.
17. Valdés E, Sepúlveda-Martínez Á, Tong A, Castro M, Castro D. Assessment of Protein: Creatinine Ratio versus 24-Hour Urine Protein in the Diagnosis of Preeclampsia. *Gynecol Obstet Invest.* 2016; 81:78-83.
18. Demirci O, Kumru P, Arinkan A, Ardiç C, Arısoy R, Tozkır . Spot protein/creatinine ratio in preeclampsia as an alternative for 24-hour urine protein. *Balk Med J.* 2015.

19. Cade TJ, Gilbert SA, Polyakov A, Hotchin A. The accuracy of spot urinary protein-to-creatinine ratio in confirming proteinuria in pre-eclampsia. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2012
20. . Restrepo M, Arango V, Gil-Pabón C, Campo-Campo M, Echavarría-Restrepo L. Evaluación de las características operativas de la relación proteína / creatinina en orina ocasional para la detección de proteinuria significativa en gestantes con sospecha de preeclampsia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2016
21. Shimajuko R, Rodríguez H, Uriol R, Lázaro H, Vera M. Relación proteína creatinina en orina para el diagnóstico de preeclampsia. 2013
22. Ginsberg, J.M.; Chang, B.S.; Matarase, R.A.; Garella, S.: Use of single voided urine