

Uso de la aspirina en la prevención de la preeclampsia.

POLICLÍNICO DOCENTE DE MILANÉS. MATANZAS.

Revista Médica Electrónica. 2002; 24(4).

Uso de la aspirina en la prevención de la preeclampsia.

The use of Aspirin in the Preeclampsia Prevention.

AUTORES

Dr. Pedro Rodríguez Domínguez. (1)

Dr. Armando Báez Villa (2)

Dra. Juana Elena Domínguez Rodríguez. (3)

(1) Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Asistente

(2) Especialista de I Grado en Medicina General Integral

(3) Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora.

Funcionaria Departamento Medicina General Integral. F.C.M.M.

RESUMEN

Fue realizado estudio prospectivo de gestantes captadas a partir del 1/1/96 y que parieron hasta el 30/4/99, pertenecientes a los consultorios del médico de familia de los equipos básicos de trabajo 1 y 2 del Policlínico Milanés y a las cuales se detectaron riesgos de padecer preeclampsia. A las gestantes del equipo básico de trabajo 1 se les administraron 60 mg diarios de aspirina, constituyendo éste el grupo tratado. Las gestantes del equipo básico de trabajo 2 no tomaron aspirina y conformaron el grupo no tratado o control. Se compilaron y se estudiaron una serie de variables, llegándose a la conclusión de que este medicamento en mujeres con riesgo de preeclampsia mostraron disminución en la incidencia de este trastorno, la severidad del proceso fue más baja, no hubo repercusión materno-fetal derivado de su empleo y las frecuencias de crecimiento intrauterino retardado y de bajo peso al nacer fueron menores.

DESCRIPTORES(DeCS)

PREECLAMPSIA/ prevención y control.

ASPIRINA/ uso terapéutico.

EMBARAZO/

HUMANO-ADULTO

INTRODUCCION

A pesar de la reducción ostensible de la mortalidad infantil, fetal y materna en nuestro país, la preeclampsia continúa siendo una complicación importante de muertes, tanto de la madre como la de su producto, (1) por lo que se han hecho intentos de prevenir esta morbilidad, entre la que figura la administración de aspirina. El uso de baja dosis de este medicamento, aproximadamente 60 mg diarios se basa en el razonamiento de que produce inhibición de la síntesis de prostaglandinas. La aspirina inhibe la producción del tromboxano A2 plaquetario y afecta mínimamente la producción de prostaciclina por el endotelio. La inhibición del tromboxano A2 puede suprimir la agregación plaquetaria, aminorar la formación de trombos y evitar daños endoteliales (2). Algunos autores han llamado la

atención sobre el uso de esta terapia en gestantes con riesgos. En análisis con ensayos clínicos con baja dosis de aspirina se encontró disminución considerable de esta enfermedad. Basado en lo anterior y teniendo en cuenta la alta incidencia de este trastorno en nuestro medio, emprendemos el presente estudio con la finalidad de conocer sus beneficios en mujeres con riesgo de padecer esta patología.

MÉTODO

El universo estuvo constituido por las gestantes captadas a partir del 1/1/96 y que parieron hasta el 30/4/99, pertenecientes a los consultorios del Médico de Familia de los equipos básicos de trabajo 1 y 2 del Policlínico Docente Milanés de Matanzas y a las cuales se identificaron factores de riesgo para esta afección (3,4). A las procedentes del equipo básico de trabajo No. 1 se les administraron 60 mg de aspirina diariamente, a partir de las 14 semanas del embarazo. Fueron instruidas para este tratamiento de forma adecuada. Se les orientó no tomar dosis adicionales de aspirina ni ningún otro medicamento que lo contenga. En caso de necesidad de analgésicos se orientó dipirona. Estas mujeres constituyeron el grupo tratado. Las grávidas con riesgo de preeclampsia procedentes del equipo básico de Trabajo No. 2 no tomaron aspirina y conformaron el grupo no tratado o grupo control. Todas estas embarazadas fueron seguidas en sus respectivos consultorios, de acuerdo a la metodología de la atención prenatal (5,6). En ambos grupos se compilaron y se estudiaron una serie de variables que se agruparon en tablas estadísticas de forma conveniente. Los datos fueron tomados del tarjetón obstétrico del consultorio y de la historia clínica hospitalaria donde tuvo lugar el parto.

RESULTADOS

De las 240 mujeres consideradas en este estudio, 120 procedían del equipo básico de Trabajo No. 1 y tomaron aspirina y las restantes (120 también) del equipo básico de Trabajo No. 2 no tomaron este medicamento y constituyeron el grupo control. En la tabla No. 1 se analiza la distribución por edades en ambos grupos. Las diferencias observadas carecen de significación estadística ($P > 0,05$).

La incidencia de los trastornos hipertensivos se exponen en la Tabla No. 2. El porcentaje de preeclampsia fue del 6 % en el grupo tratado con aspirina y de 10 % en el grupo control con diferencia altamente significativa ($P < 0,01$). Las variaciones en los porcentajes en ambos grupos en cuanto a la hipertensión arterial transitoria fueron mínimas y carecieron de significación ($P > 0,05$).

Solamente una grávida presentó preeclampsia severa entre las tratadas (0,8 %), mientras que fueron 5 (4 %) las que se reportaron en el grupo control, resultando discrepancia altamente significativa ($P < 0,01$). No hubo incidencia de eclampsia o síndrome HELLP en los casos estudiados.

La incidencia de oligoamnios, rotura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta y las hemorragias anterior y posterior al parto fueron parecidas, por lo que careció de significación estadística (tabla No. 3) ($P > 0,05$).

La repercusión feto-neonatal se muestra en la Tabla No. 4. Aquí la incidencia de crecimiento intrauterino retardado fue mucho menor que el grupo tratado con

aspirina (2 % contra 10 % en el grupo control) (P < 0,01). Similar resultado hubo en relación con el bajo peso al nacer (4 % contra 12 %) (P < 0,01). No se registraron discrepancias significativas entre el grupo aspirina y el grupo control referentes a las defunciones fetales tardías y las neonatales precoces. En ninguno de los grupos se registraron cefalohematomas, petequias, púrpuras o hemorragia cerebral.

TABLA No. 1. GRUPOS ETÁREOS

Edades	Grupo tratado	Grupo no tratado
19 años y menos	10 (8 %)	14 (12 %)
20 - 24	50 (42 %)	48 (40 %)
25 - 29	44 (37 %)	40 (33 %)
30 - 34	12 (10 %)	16 (13 %)
35 años y más	4 (3 %)	2 (2 %)
Total	120 (100 %)	120 (100 %)
(P > 0,05)		

TABLA No. 2. INCIDENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

Tipo de trastorno	Grupo. tratado	Grupo. no tratado	
Hipertensión arterial transitoria	10 (8 %)	8 (7 %)	(P > 0,05)
Preeclampsia	7 (6 %)	12 (10 %)	(P < 0,01)
. Leve	6 (5 %)	7 (5 %)	(P > 0,05)
. Severa	1 (0,8 %)	5 (4 %)	(P < 0,01)
Eclampsia	0	0	
Síndrome HELLP	0	0	

TABLA No. 3. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS.

Tipo de complicaciones	Grupo tratado	Grupo no tratado
Oligoamnios	3 (2 %)	4 (3 %)
Rotura prematura de membranas	5 (4 %)	6 (5 %)
Desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada	0	0
Hemorragia ante parto	0	0
hemorragia pos-parto	3 (2 %)	3 (2 %)
(P > 0,05)		

TABLA No 4. REPERCUSIÓN FETO-NEONATAL

Tipo de repercusión	Grupo tratado	Grupo no tratado	
Crecimiento intrauterino retardado	3 (2 %)	13 (10 %)	(P < 0,01)
Bajo peso al nacer	5 (4 %)	14 (12 %)	(P < 0,01)
Defunciones fetales tardías	4 (3 %)	5 (4 %)	(P > 0,05)
Defunciones neonatales precoces	2 (2 %)	2 (2 %)	(P > 0,05)
Céfalo hematomas	0	0	
Púrpura o petequia	0	0	
Hemorragia cerebral	0	0	

DISCUSIÓN

El resultado de varios estudios muestran que la ingestión profiláctica de baja dosis de aspirina reduce la incidencia de preeclampsia, (7) sin embargo otras investigaciones muestran resultados desalentadores (2). En nuestro estudio no sólo se registró disminución significativa de la incidencia de esta enfermedad entre las que recibieron este tratamiento, sino que la severidad del proceso fue mucho menor que las del grupo control.

Dekker (8) y Brewer (9) han hallado otros beneficios atribuidos a la aspirina que incluye la menor frecuencia de crecimiento intrauterino retardado y mayor peso al nacer, todo a consecuencia de la prevención de la preeclampsia, mientras que Sibai (2) no halló ninguno de esos beneficios. Nuestro trabajo concuerda con Dekker y con Brewer al hallarse incidencias altamente significativas en la reducción del crecimiento intrauterino retardado y del bajo peso al nacer.

La aspirina ha sido implicada en un número de reacciones adversas que afectan al binomio madre-feto. Las complicaciones obstétricas son las hemorragias anterior y posterior al parto, oligoamnios, la rotura prematura de membranas y el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. Baha halló que las mujeres que recibieron baja dosis de aspirina presentaron desprendimiento prematuro de placenta con más frecuencia que las del grupo control (10). En nuestra investigación estos efectos adversos estuvieron ausentes entre las grávidas que tomaron 60 mg de aspirina por día durante el embarazo. Como conclusión de nuestro trabajo podemos plantear que la incidencia de preeclampsia se redujo debido al uso de baja dosis de aspirina (60 mg diarios) en mujeres con riesgos de padecer este trastorno y que no se registraron complicaciones maternas, fetales o neonatales a causa de este tratamiento, a la vez que se favoreció el crecimiento intrauterino y se logró mayor peso en los recién nacidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Ponce V, Lugo Sánchez A, Rodríguez Pérez A. Tratamiento de la hipertensión inducida por el embarazo. Rev. Cuba Obstet. Ginecol 1999; 25 (3): 159 - 64.
2. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev cubana obstet. Ginecol 2000; 26 (2) : 99 - 114.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Elementos de riesgo de enfermedad hipertensiva durante el embarazo. En: Manual de Diagnóstico y tratamiento

- Obstetricia. Y Ginecología Perinatología. La Habana: Edit Ciencias Médicas; 2000. p. 237- 52.
4. Garrido Riquenes C. Riesgo reproductivo. En: Temas de Medicina General Integral. La Habana. ECIMED; 2001, I: 273 - 78.
 5. Herrera Alcázar V. Atención prenatal. En: Temas de Medicina General Integral. La Habana:ECIMED;2001, I: 147- 51.
 6. Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil. Atención prenatal. En: APS. En: Procedimientos en Obstetricia-Ginecología para el médico de familia. La Habana: ECIMED ;1998. p. 8- 13.
 7. Cunill López M, Sanabria Negrin J G, González Pérez A. Dosis bajas de aspirina en la preeclampsia leve. Rev. cubana. obst. Ginecol. 1997; 23 (1): 43-48.
 8. Dekker G A, Sibai B M. Low dose aspirin in the prevention of preeclampsia and fetal growth retardation rationale and clinical trials. Am J Obst. Ginecol; 1995; 168: 214-27.
 9. Brewer H A, Wallenburg H C. Aspirin in pregnancy. Fetal Matern Med. Rev. 1995; 4: 37-57.
 10. Baha M. Prevention of preeclampsia with low dose aspirin in healthy, nulliparous pregnant women. N Engl J Med.;1993; 329. 1213- 8.

SUMMARY

Beginning January 1/1996 a prospective study was performed in pregnant women who gave birth until April 30 th /1999, enrolled family physician offices, from basic working teams#1 and 2 at Milanés Polyclinic and in whom risks of suffering from eclampsia were deleted. Sixty mg of Aspirin daily was given to pregnant women in basic working team #2 did not take aspirin and conformed the control or untreated group. A series of variables were compiled and studied, arriving to the conclusion that this drug showed are incidence reduction in women at preeclampsia risk, process severity was lower, there were no maternal nor fetal repercussion derived from etc,. usage and retarded intra-uterine growth plus low-weight at birth frequencies were minor.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Rodríguez Domínguez P, Báez Villa A, Domínguez Rodríguez J E. Uso de la aspirina en la prevención de la preeclampsia. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2002; 24(4).. Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista medica/año2002/tema1.htm> [consulta: fecha de acceso]