

USO DE LA ASPIRINA EN LA PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA

Pedro Rodríguez Domínguez,¹ Armando Báez Villa² y Juana Elena Domínguez Rodríguez³

RESUMEN: Se realizó un estudio prospectivo de gestantes captadas a partir del 1/1/96 y que parieron hasta del 30/4/99, pertenecientes a los consultorios del Médico de Familia de los equipos básico 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 EBT 1 se les administraron 60 mg diarios de aspirina, constituyendo este el grupo problema. Las grávidas del EBT 2 no tomaron aspirina y conformaron el grupo control. Se compilaron y se estudiaron una serie de variables, y llegamos a la conclusión de que la ingestión de este medicamento en mujeres con riesgo de preeclampsia mostró 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.

DeCS: ASPIRINA/uso terapéutico; PREECLAMPSIA/quimioterapia; EMBARAZO; FACTORES DE RIESGO.

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, por lo que se han hecho intentos de prevenir esta morbilidad y entre ellos 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 una inhibición grande del tromboxano, que resultaría protector

contra los fenómenos de vasoconstricción y coagulación.¹

Algunos autores han llamado la atención sobre el uso de esta terapia en gestantes con riesgo.² En análisis con ensayos clínicos con baja dosis de aspirina³ se encontró una 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

¹ Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Instructor de la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Subdirectora Docente del Policlínico "Milanés", Matanzas

aparentemente sanas, pero con riesgo de padecer esta patología.

Como objetivo general pretendemos contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal; pero más específicamente queremos determinar la eficiencia del tratamiento profiláctico con dosis baja de aspirina en mujeres con riesgo de preeclampsia, así como conocer, en los casos en que se desarrolle la enfermedad, su severidad en gestantes bajo este tratamiento. Igualmente podremos detectar la repercusión materno-fetal derivada de su empleo.

Métodos

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 EBT 1 y 2 del Policlínico Docente "Milanés" de Matanzas, y a las cuales se identificaron factores de riesgo para esta afección.⁴

A las procedentes del EBT 1 se les administraron 60 mg de aspirina diariamente a partir de las 14 semanas del embarazo. Fueron instruidas para este tratamiento por su médico correspondiente y se les orientó no tomar dosis adicionales de aspirina ni ningún otro medicamento que lo contuviera. En caso de necesidad de analgésicos se orientó dipirona. Estas mujeres constituyeron el grupo tratado o grupo problema.

Las grávidas con riesgo de preeclampsia procedentes del EBT 2 no tomaron aspirina y conformaron el grupo control. Todas estas embarazadas fueron seguidas en sus respectivos consultorios, de acuerdo con la metodología de la atención prenatal.⁵

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

TABLA 1. Grupos etéreos

Edades (en años)	Grupo tratado	Grupo no tratado
19 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 y más	4 (3 %)	2 (2 %)
Total	120 (100 %)	120 (100 %)

La frecuencia de los trastornos hipertensivos se expone en la tabla 2. La incidencia 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 .

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

TABLA 2. Incidencia de trastornos hipertensivos

Tipo de trastorno	Grupo tratado	Grupo no tratado
Hipertensión arterial transitoria	10 (8 %)	8 (7 %)
Preeclampsia	7 (6 %)	12 (10 %)
· Leve	6 (5 %)	7 (5 %)
· Severa	1 (0,8 %)	5 (4 %)
Eclampsia	0	0
Síndrome Hellp	0	0

La incidencia de oligoamnios, rotura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada y las hemorragias anterior y posterior al parto fueron parecidas, por lo que carecieron de significación estadística (tabla 3) ($P > 0,05$).

La repercusión feto-neonatal se muestra en la tabla 4. Aquí la incidencia de crecimiento intrauterino retardado fue mucho menor en 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.

Discusión

El resultado de varios estudios prospectivos mostraron que la ingestión profiláctica de baja dosis de aspirina reduce la incidencia de preeclampsia,^{6,7} sin embargo, en 2 experiencias, una sobre mujeres con bajo riesgo para esta enfermedad⁸ y otra sobre mujeres con riesgo elevado,⁹ los resultados fueron equívocos. En la experiencia

TABLA 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 anteparto	0	0
Hemorragia posparto	3 (2 %)	3 (2 %)

TABLA 4. Repercusión feto-neonatal

Tipo de repercusión	Grupo tratado	Grupo no tratado
Crecimiento intrauterino retardado (menos del 3er percentil)	3 (2 %)	13 (10 %)
Bajo peso al nacer (menos de 2 500 g)	5 (4 %)	14 (12 %)
Defunciones fetales tardías	4 (3 %)	5 (4 %)
Defunciones neonatales precoces	2 (2 %)	2 (2 %)
Cefalohematoma	0	0
Púrpura o Petequia	0	0
Hemorragia cerebral	0	0

anterior⁸ hubo un 70 % de reducción en la incidencia de preeclampsia entre las mujeres que recibieron aspirina, mientras que en la siguiente la aspirina no presentó resultados.⁹ En nuestro estudio no solo 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*¹⁰ y *Brewer*¹¹ 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*⁹ no encontró ninguno de esos beneficios. Nuestro trabajo concuerda con *Dekker*¹⁰ y con *Brewer*¹¹ 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 afec-

tan al binomio madre-feto.^{10,11} 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. *Sibai*⁹ comprobó que las mujeres que recibieron baja dosis de aspirina presentaron desprendimiento prematuro de placenta con más frecuencia que las del grupo placebo, otros estudios mostraron similares resultados.^{12,13} En nuestra investigación estos efectos adversos estuvieron ausentes entre las grávidas que tomaron 60 mg 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 estos trastornos, y no se registraron complicaciones maternas, fetales o neonatales a causa de este tratamiento; a su vez se favoreció el crecimiento intraútero y se logró mayor peso en los recién nacidos.

SUMMARY: A prospective study of pregnant women who were diagnosed from January 1st, 1996 on and gave birth to their babies up to April 30th, 1999, was performed. They were seen at the family physician's office belonging to the basic work teams 1 and 2 from "Milanés" polyclinics and were detected risks of preeclampsia. A daily dose of 60 mg of aspirin was given to the pregnant women in Basic Work Team 1, being this the problem group. Pregnant women of the other basic group did take no aspirin and this was the control group. A number of variables were studied. We concluded that administration of this drug to women with preeclampsia risks brought about a reduction in the incidence of this disease, a lower severity of the process, no effect on mother and child, and the frequencies of retarded intrauterine growth and low birth weight decreased.

Subject headings: **ASPIRIN/therapeutic use; PRE-ECLAMPSIA/drug therapy; PREGNANCY; RISK FACTORS.**

Referencias bibliográficas

1. Brown MA. Non pharmacological management of pregnancy-induced hypertension. *J Hypertens* 1994;8:295-301.
2. Cunningham FG, Gant NF. Prevention of preeclampsia-a reality. *N Engl J Med* 1989; 321:606-7.
3. Collins R, Wallenberg HC. Pharmacological and treatment of hypertensive disorders in pregnancy. En: Chalmer I, Enkin M, Keirse MJNG, eds. *Effective care in pregnancy and child birth*. Pregnancy Oxford: University Press, 1989, Vol 1: 512-33.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Enfermedad hipertensiva del embarazo. En: *Manual*

- de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1997:237-52.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Metodología de la atención prenatal. En: Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1997:35-46.
 6. Uzan S, Beaufils M, Preart G, Bazin B, Capitant C, Paris J. Prevention of fetal growth retardation with low-dose aspirin: finding of the EPREDA trial. *Lancet* 1991;337:1427-31.
 7. Imperiale TF, Petrusis AS. A meta-analysis of low-dose aspirin for the prevention of pregnancy induced hypertensive disease. *JAMA* 1995;266:260-4.
 8. Hauth JC, Goldenberg RL, Parker CR Jr, Philips JB, Copper RL, Dubard MB, et al. Low dose aspirin therapy to prevent preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1083-93.
 9. Sibai Baha M. Prevention of preeclampsia with low-dose aspirin. *J Med* 1993;329 (17):1213-18.
 10. Dekker GA, Sibai BM. Low-dose aspirin in the prevention of preeclampsia and fetal growth retardation: rationale and clinical trials. *Am J Obstet Gynecol* 1995;168:214-27.
 11. Bewer HA, Wallenburg HC. Aspirin in pregnancy. *Fetal Matern Med Rev* 1995;4:37-57.
 12. Beaufils M, Uzan S, Donsimoni R, Colan JC. Prevention of preeclampsia by early antiplatelet therapy. *Lancet* 1995;1:1810-12.
 13. Mc Parland P, Pearce JM, Chamberlain GVP. Doppler ultrasound and aspirin recognition and prevention of pregnancy-induced hypertension. *Lancet* 1990;335:1552-5.
- Recibido: 27 de junio de 2000. Aprobado: 11 de octubre de 2001.
- Dr. Pedro Rodríguez Domínguez.* Calle 314 # 9109 entre 91 y 95, Matanzas, Cuba.