



COMENTARIOS AL ARTÍCULO “COMPARACIÓN DE DOS PROTOCOLOS DE MANEJO EN PREECLAMPSIA SEVERA LEJOS DEL TÉRMINO, Y RESULTADOS MATERNOS Y NEONATALES: UNA COHORTE HISTÓRICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ, POPAYÁN (COLOMBIA)”

Comments on: “Comparison of two protocols for the management of early severe pre-eclampsia, and of maternal and neonatal outcomes: A historic cohort Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia)”

27 de agosto del 2016

Trujillo (Perú)

Estimado editor:

Hemos leído con interés el artículo: “Comparación de dos protocolos de manejo en preeclampsia severa lejos del término, y resultados maternos y neonatales: una cohorte histórica, Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia)”, de César Augusto Rendón-Becerra *et al.* La preeclampsia severa lidera aún las causas de morbimortalidad materna y perinatal a nivel mundial, con una incidencia global del 3 al 5 % de todos los embarazos.

Quisiéramos aportar en relación con la aplicabilidad de la investigación, la cual tiene ciertas limitaciones metodológicas con impacto sobre su validez externa al no tomarse en cuenta características importantes de las pacientes que pudieran afectar el resultado, tales como: el uso de aspirina como profiláctico de

preeclampsia, ya que este medicamento, a dosis bajas durante el embarazo, se ha asociado con reducciones moderadas pero consistentes en el riesgo relativo de preeclampsia, parto antes de las 34 semanas de gestación y de tener un embarazo con un resultado adverso grave; asimismo, otra característica es el sexo del producto; existen estudios en donde se establece la asociación de altos niveles séricos del biomarcador antiangiogénico fetal sflt-1 y la razón sflt-1/PIGF (factor de crecimiento placentario) con el sexo femenino del producto, ambos relacionados con el desarrollo de preeclampsia con consecuencias adversas maternas y partos inminentes. También mencionamos la obesidad, porque se ha demostrado que las mujeres obesas y con obesidad mórbida tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia de aparición tardía con características graves. Además, nos parece importante recalcar que en su estudio no se da a conocer el inicio de aparición de la preeclampsia, lo cual se considera importante al

haberse propuesto en estudios previos que el manejo expectante puede mejorar los resultados neonatales en aquellas pacientes con preeclampsia de aparición temprana; sin embargo, al mismo tiempo existe un mayor riesgo de disfunción cardiopulmonar materna que aumenta la mortalidad.

Por lo expuesto creemos que sería de mucha utilidad considerar las características mencionadas y así mejorar la aplicabilidad del estudio y de los posteriores que pudieran realizarse.

Lucía Fernanda Galarreta-Gálvez

Universidad Privada Antenor Orrego,
Trujillo (Perú)

María Alejandra Llirod-Ravello

Universidad Privada Antenor Orrego,
Trujillo (Perú). mariale_ll@hotmail.com

REFERENCIAS

1. Helou A, Walker S, Stewart K, George J. Management of pregnancies complicated by hypertensive disorders of pregnancy: Could we do better? *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2016. doi: 10.1111/ajo.12499
2. Andersen L, Jørgensen J, Herse F, Andersen M, Christesen H, Dechend R. The association between angiogenic markers and fetal sex: Implications for preeclampsia research. *Journal of Reproductive Immunology.* 2016;117:24-29.
3. Durst J, Tuuli M, Stout M, Macones G, Cahill A. Degree of obesity at delivery and risk of preeclampsia with severe features. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2016;214:651.e1-651.e5.
4. Guan F, Ye J, Lin J. Risk factors for cardiopulmonary dysfunction in early-onset severe pre-eclampsia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2016. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.05.002
5. Askie L, Duley L, Henderson-Smart D, Stewart L. Antiplatelet Agents for Prevention of Pre-eclampsia: A Meta-Analysis of Individual Patient Data. *Obstetrical & Gynecological Survey.* 2007;62:697-9.

12 de septiembre del 2016

Trujillo (Perú)

Señor editor

Hemos leído con interés el artículo de Rendón-Becerra C. y Ortiz-Martínez R., sobre la comparación en el manejo activo y expectante de la preeclampsia severa lejos del término. Los autores, a través de una cohorte histórica, no encontraron diferencias en los resultados maternos y neonatales en el manejo expectante comparado con el activo (1). Y hemos creído conveniente analizar las guías y evidencias a nivel mundial para tomar las mejores decisiones en beneficio del binomio madre-feto.

Los resultados que se presentaron eligiendo manejo expectante, según el estudio Mexpre Latin, no mostraron beneficios en la morbimortalidad perinatal, a pesar de que se ganaron ocho días más de gestación; por el contrario, hubo un incremento de desprendimiento prematuro de placenta y de neonatos pequeños para su edad gestacional (2); además, una revisión Cochrane, donde se incluyeron cuatro ensayos clínicos, resaltó que existen insuficientes datos para alcanzar cualquier conclusión referente a los resultados maternos y neonatales, pero hacen la acotación de que si se opta por dicho manejo se debe justificar con beneficios en la morbilidad neonatal y evitar daño en la madre (3); igualmente, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) recomienda el manejo expectante siempre y cuando, tanto la madre como el feto estén estables (4); por último, Arif *et al.*, no encontraron diferencia significativa en el desarrollo neurológico durante el primer año de los recién nacidos cuyas madres fueron sometidos a tratamiento expectante (5).

Respecto al manejo activo, según la ACOG, se debe realizar tan pronto como se estabilice a la madre, además si se sigue esta ruta se debe garantizar la existencia de una unidad de cuidados intensivos materno y neonatal, si el feto está en el umbral de la viabilidad, debe sopesar más el estado materno; además, recomienda dicho manejo en aquellas pa-

cientes que presenten algún criterio de severidad o esté comprometido el bienestar fetal (4). Por otro lado, el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG), considera que el manejo de la preeclampsia severa precoz está basado en la evaluación cuidadosa, estabilización, continua monitorización y el término de la gestación en el tiempo óptimo para la madre y su bebé (6).

Así se evidencia que se justifica realizar un manejo expectante en pacientes preeclámpicas severas antes de las 34 semanas de gestación, porque se requiere el tiempo prudente para la maduración pulmonar fetal, aunque se debe sopesar el riesgo materno en comparación con los beneficios fetales y continuar con la finalización de la gestación, conclusión que también apoyamos siempre y cuando se realice mínimo en un hospital de tercer nivel.

Hernán Ramal-Aguilar, MD

Ginecoobstetra, Maestrando en Ciencias en Investigación Clínica, Universidad Privada Antenor Orrego, Hospital de Alta Complejidad “Virgen de la Puerta”-EsSalud, Trujillo (Perú)
hernanramal@gmail.com

Adela Escobedo-Medina, MD
Ginecoobstetra, Maestrando en Ciencias en Investigación Clínica, Universidad Privada Antenor Orrego, Hospital “Santa Isabel”, Trujillo (Perú).

REFERENCIAS

1. Rendón C, Ortiz R. Comparación de dos protocolos de manejo en preeclampsia severa lejos del término, y resultados maternos y neonatales: una cohorte histórica hospital universitario San José, Popayán (Colombia). *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2016;67:26-35
2. Vigil P, Reyes O, Calle A, Tellez G, Yuen Chon V, Herrarte E et al. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: the MEXPRE Latin Study, a randomized, multicenter clinical trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(5):425.e1-8.
3. Churchill D, Duley L, Thornton JG, Jones L. Interventionist versus expectant care for severe pre-eclampsia between 24 and 34 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul 26; 7.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013; 122(5):1122-31.
5. Arif A, Bilge K, Meryem K, Gülsa I, Sükriye D, Mehmet A, et al. Does aggressive and expectant management of severe preeclampsia affect the neurologic development of the infant? *Int J Clin Exp Med.* 2015;8(10):325-331.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of severe pre-eclampsia/eclampsia. RCOG Guideline No. 10; 2006.

**14 de septiembre del 2016
Trujillo (Perú)**

Señor editor:

Leí con interés el artículo publicado en su revista, escrito por Rendón-Becerra y Ortiz-Martínez (1), donde se comparan dos protocolos utilizados para el tratamiento de preeclampsia severa lejos del término: manejo expectante vs. terminación inmediata de la gestación, sin encontrar diferencias significativas en resultados perinatales entre ambos grupos.

Es necesario resaltar que este trabajo trata de aportar a la escasa evidencia respecto a un tema muy importante, ya que el parto pretérmino iatrogénico por preeclampsia severa es uno de los mayores contribuyentes de morbimortalidad neonatal (2).

Quisiera precisar respecto al comentario que hacen los autores: “es posible que no se encontraran diferencias, no porque no las haya, sino porque el estudio no tiene el poder suficiente para encontrarlas

(potencia menor a un 80 %)", lo cual es correcto y se puede comprobar haciendo los cálculos respectivos; sin embargo, en dos de los ensayos más importantes que existen al respecto (3, 4) se utilizaron muestras de similar o de menor tamaño (de 98 y 38 pacientes, respectivamente), encontrando diferencias en resultados neonatales en ambos estudios (a favor del manejo expectante).

Por lo que considero que hay que tomar en cuenta otros factores como por ejemplo, el hecho de que la única muerte neonatal que se reporta fue en el grupo de manejo expectante, todo lo opuesto a lo que uno esperaría encontrar, lo cual puede deberse a que la edad gestacional media fue de 33 y 31 semanas en grupo de manejo activo y expectante, respectivamente; estando muy próximos a que esta diferencia sea estadísticamente significativa ($p = 0,6$), lo que podría implicar una falta de comparabilidad de ambos grupos; además, la mayoría de trabajos al respecto (3-5) consideran una edad gestacional media mucho menor (30 semanas), y, por tanto, implica una morbilidad neonatal mayor, ya que hay consenso general que a partir de las 34 semanas es mejor el manejo activo.

Otros aspectos que se deben tener en cuenta son: la naturaleza del presente trabajo (cohorte histórica), la definición pendiente de variables importantes como: hipertensión severa no controlada y también las causas de terminación de la gestación en el grupo de manejo expectante.

Por tanto, considero que aún persiste la controversia respecto al manejo de la preeclampsia severa lejos de término, y hace necesaria la realización de estudios con adecuada potencia y diseño para poder aclarar este tema.

Elard I. Jiménez Garay

Ginecoobstetra, subespecialista en Medicina Materno Fetal, Hospital Regional de Trujillo (Perú), Maestrando en Ciencias en Investigación Clínica, Escuela de Posgrado, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo (Perú).
eijgaray@hotmail.com

REFERENCIAS

1. Rendón-Becerra CA, Ortiz-Martínez RA. Comparación de dos protocolos de manejo en preeclampsia severa lejos del término, y resultados maternos y neonatales: una cohorte histórica, Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia). *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2016;67:26-35.
2. Frey H, Klebanoff M. The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth; *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine.* 2016;21:68e73.
3. Odenaal HJ, Pattison RC, Bam R, et al. Aggressive or expectant management for patients with severe preeclampsia between 28 and 34 weeks' gestation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 1990;76:1070-5.
4. Sibai BM, Mercer BM, Schiff E, et al. Aggressive versus expectant management of severe preeclampsia at 28 to 32 weeks' gestation: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;171:818-22.
5. Vigil-De Gracia P, Reyes Tejada O, Calle Minaca A, et al. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: the MEXPRES Latin Study, a randomized, multicenter clinical trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209:425.e1-8.