

Aspirina para la prevención de preeclampsia en pacientes con riesgo de *abruptio placentae* y de hemorragia anteparto.

Elisa Simón San José. Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid.

PALABRAS CLAVE: Aspirina, *abruptio placentae*, hemorragia anteparto, preeclampsia, gestación.

KEYWORDS: Aspirin, *placental abruption*, *antepartum hemorrhage*, *preeclampsia*, *pregnancy*.

Especialidades: Ginecología

Enlace revista original: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29305829>

ABSTRACT

El empleo de aspirina a dosis profilácticas (≥ 100 mg/día) antes de la semana 16 de gestación en pacientes con riesgo incrementado de desarrollar preeclampsia parece disminuir el riesgo de *abruptio placentae*. Sin embargo, el inicio del tratamiento tras la semana 16, podría incrementar tanto el riesgo de *abruptio* como el de hemorragia anteparto, sin necesariamente reducir el riesgo de preeclampsia.

The use of low dose aspirin (≥ 100 mg/day) before 16 weeks of gestation in women at high risk for development of preeclampsia seems to reduce the risk of abruption. However, both risk of abruption and risk of antepartum hemorrhage may increase if the treatment is initiated after 16 weeks of gestation, thus without reducing the risk of preeclampsia.

ARTÍCULO

La existencia de una placentación insuficiente durante las 16 primeras semanas de gestación está relacionada con el riesgo de desarrollo de preeclampsia, bajo peso al nacer y *abruptio placentae*. Numerosos ensayos clínicos han investigado la potencial utilidad del uso de aspirina a bajas dosis para la prevención de la preeclampsia. Sin embargo, tanto los criterios de estudio (dosis, edad gestacional de inicio...) como los resultados obtenidos se presentan dispares.

Este metanálisis de ensayos clínicos se plantea con el fin de estimar el efecto de la aspirina sobre el riesgo de *abruptio placentae* o de hemorragia anteparto, en relación con la edad gestacional de comienzo del tratamiento y con la dosis empleada. Para ello se analizaron los 20 ensayos clínicos que reunieron los criterios de inclusión establecidos. Con dosis de aspirina < 100 mg/día, no presenta efectos significativos ni en el riesgo de *abruptio* ni en el de hemorragia anteparto. Sin embargo, y aunque las diferencias no resultaron estadísticamente significativas, la aspirina a dosis ≥ 100 mg/día iniciada antes de las 16 semanas de gestación parece reducir el riesgo de *abruptio* y hemorragia anteparto (RR 0.62, IC 95%: 0.31-1.26),

mientras que su inicio más allá de las 16 semanas podría incrementar el riesgo de ambas (RR 2.08, IC 95%: 0.86-5.06).

COMENTARIO

La aspirina empleada a dosis $\geq 100\text{mg/día}$ desde antes de la semana 16 de gestación podría suponer una reducción del riesgo de preeclampsia sin un claro aumento del riesgo de *abruptio* o de hemorragia anteparto.

Tanto el *abruptio* como la hemorragia anteparto son complicaciones poco prevalentes. Dado que *abruptio* y preeclampsia son patologías con frecuencia asociadas, parece lógico pensar que una reducción de la segunda produciría una reducción de la primera. Por otro lado, el efecto antiagregante plaquetario de la aspirina haría pensar en un mayor riesgo tanto de hemorragia anteparto como de *abruptio*. De ahí que resulte prudente, a la luz de este estudio, plantear el empleo de aspirina para la reducción del riesgo de preeclampsia solamente en aquellas gestantes con riesgo incrementado de preeclampsia, iniciando el tratamiento antes de la semana 16 de gestación y a dosis $\geq 100\text{mg/día}$.

Desde 2006 las guías nacionales de práctica clínica [1] incluyen la aspirina como potencial reductor de la incidencia de preeclampsia y de mortalidad perinatal en población con factores de riesgo para desarrollar preeclampsia. Además, diversos estudios, el último en diciembre 2017 [2], han demostrado que la aspirina (150mg/día iniciada entre las semanas 12 y 14 de gestación) reduce significativamente el riesgo de preeclampsia precoz (<37 semanas, si bien por debajo de la semana 34 la reducción no resulta significativa). Sin embargo, pocos estudios (los 20 registrados en este metanálisis) analizan los potenciales efectos secundarios de dicho empleo, por lo que en este metanálisis podría existir un sesgo tanto de selección como de publicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía práctica de asistencia actualizada en 2006. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). (<https://sego.es/db/download.php?doc=23854>).
2. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O'Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, et al. N Engl J Med. 2017 Aug 17;377(7):613-622.