

4 VOCES EN 10 MINUTOS: Más allá del control de la glucemia en embarazo

Coordinadora: Dra. María Elena Rodríguez

¿Se puede prevenir la preeclampsia?

Dra. Celeste Muntaner

Médica Tocoginecóloga, especialista en Diagnóstico Prenatal y Embarazo de Alto Riesgo, Profesora Adjunta Regular, Universidad Nacional de Comahue, Neuquén, Argentina

La preeclampsia es una enfermedad multisistémica, exclusiva del ser humano, que afecta del 2-4% de la totalidad de los embarazos. En 2022, en Argentina fue la principal causa de muerte materna. Las estrategias de prevención de la preeclampsia más efectivas incluyen la administración de aspirina, la suplementación con calcio, si la ingesta diaria fuera inferior a 900 mg/día, y la actividad física¹. La importancia de la prevención no solo reside en evitar la morbimortalidad materna y fetal, sino también los riesgos a largo plazo de hipertensión, enfermedad cardiovascular y muerte, entre otros, que están probadamente aumentados en pacientes que han tenido preeclampsia^{1,2}.

Según el estudio ASPRE, la administración a pacientes con alto de riesgo de padecer preeclampsia de 150 mg de ácido acetilsalicílico antes de las 16 semanas, por la noche y regularmente hasta las 36 semanas de edad gestacional, disminuyó la preeclampsia antes de las 37 semanas un 62% (1,6 vs. 4,3%) y la preeclampsia antes de las 34 semanas un 82% (0,4 vs.1,8%)^{3,4}. La administración de calcio a pacientes con riesgo de preeclampsia e ingesta de calcio inferior a 900 mg/día reduce un 50% la incidencia de preeclampsia. La dosis sugerida es de al menos 500 mg/día ya que se han visto resultados similares con esquemas de alta y baja dosis. La administración puede iniciarse en cualquier momento del embarazo ya que no presenta riesgo de teratogénesis². La realización de ejercicio moderado de 140 minutos o más en la semana reduce 40% el riesgo de preeclampsia¹. Si bien aún no se ha incorporado a la terapéutica habitual, hay estudios que demuestran que el uso de pravastatina (20 mg) administrado en embarazos de 35-36 semanas con alto riesgo de preeclampsia tardía reduciría la incidencia de la misma¹.

Dado que las estrategias son eficientes, el desafío es la detección de la paciente con alto riesgo de padecer preeclampsia. Si bien los modelos multivariados que involucran factores de riesgo maternos y biomarcadores, como el de *la Fetal Medicine Foundation* detectan aproximadamente el 90% de las pacientes de alto riesgo en el primer trimestre, son de difícil implementación en muchas regiones de nuestro país. Debido al impacto en la morbimortalidad materna y fetal de la preeclampsia, se siguen analizando nuevos marcadores de riesgo, como es el caso del doppler de la arteria oftálmica materna que próximamente se incorporará al *screening*^{3,4}.

Palabras clave: preeclampsia; diabetes.

Bibliografía

1. Magee LA, Nicolaidis KH, von Dadelszen P. Preeclampsia. N Engl J Med 2022 May 12;386(19):1817-1832. doi: 10.1056/NEJMra2109523.
2. Wo Kinshella ML, et al. Calcium for pre-eclampsia prevention: A systematic review and network meta-analysis to guide personalised antenatal care. BJOG 2022 Oct;129(11):1833-1843.
3. Rolnik DL, et al. ASPRE trial: performance of screening for preterm pre-eclampsia. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017 Oct;50(4):492-495.
4. Rolnik DL, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. N Engl J Med 2017 Aug 17;377(7):613-622.

4 VOICES IN 10 MINUTES: Beyond blood sugar control during pregnancy

Coordinator: Dr. María Elena Rodríguez

Can pre-eclampsia be prevented?

Dr. Celeste Muntaner

Obstetrician-gynecologist, specialist in Prenatal Diagnosis and High-Risk Pregnancy, Regular Associate Professor, National University of Comahue, Neuquén, Argentina

Pre-eclampsia is a multisystemic disease, unique to humans, affecting 2-4% of all pregnancies. In Argentina, it was the leading cause of maternal death in 2022. The most effective strategies for preventing pre-eclampsia include aspirin administration, calcium supplementation if daily intake is less than 900 mg/day, and physical activity¹. The importance of prevention lies not only in avoiding maternal and foetal morbidity and mortality but also the long-term risks of hypertension, cardiovascular disease and death, among others, which are proven to be increased in patients who have had pre-eclampsia^{1,2}.

According to the ASPRE study, administration to patients at high risk of pre-eclampsia of 150 mg acetylsalicylic acid before 16 weeks, at night and regularly until 36 weeks gestational age decreased pre-eclampsia before 37 weeks by 62% (1.6 vs. 4.3%) and pre-eclampsia before 34 weeks by 82% (0.4 vs. 1.8%)(3)(4). Administration of calcium to patients at risk of pre-eclampsia with calcium intake below 900mg/day reduces the incidence of pre-eclampsia by 50%. The suggested dose is at least 500 mg/day as similar results have been seen with high and low dose schedules. Administration can be initiated at any time during pregnancy as there is no risk of teratogenesis². Moderate exercise of 140 minutes or more per week reduces the risk of pre-eclampsia by 40%¹. Although not yet incorporated into standard therapy, studies have shown that the use of pravastatina (20 mg) given to 35-36 week pregnancies at high risk of late pre-eclampsia would reduce the incidence of late pre-eclampsia¹.

Given that the strategies are efficient, the challenge is the detection of the patient at high risk of pre-eclampsia. Although multivariate models involving maternal risk factors and biomarkers, such as that of the Fetal Medicine Foundation, detect approximately 90% of high-risk patients in the first trimester, they are difficult to implement in many regions of our country. Given the impact of pre-eclampsia on maternal and foetal morbidity and mortality, new risk markers continue to be analysed, such as the maternal ophthalmic artery Doppler, which will soon be incorporated into screening^{3,4}.

Key words: pre-eclampsia; diabetes.