



RESPUESTAS A: COMENTARIOS SOBRE 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)”

Answering to: 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)”

*Asunto: Respuesta de carta al editor de
Lucía Fernanda Galarreta Gálvez y
María Alejandra Llirod Ravello, Universidad
Privada Antenor Orrego, Trujillo (Perú)*

Hemos revisado las sugerencias aportadas por las doctoras Lucía Fernanda Galarreta Gálvez y María Alejandra Llirod Ravello, y hay algunos aspectos por aclarar dentro de la metodología del estudio.

El primer punto con respecto al uso de aspirina, si bien es pilar fundamental dentro de la prevención de preeclampsia severa en pacientes con factores de riesgo, la metodología del estudio, al ser una cohorte retrospectiva, solamente realizó un análisis comparativo de cada uno de los protocolos tanto activo como expectante y dichas pacientes ya tenían, al momento de la selección, el diagnóstico de preeclampsia severa lejos del término dado que no se trataba de un estudio de prevención y no se catalogó como criterio de inclusión que tuviéramos que considerar, que afectara los resultados.

Por otra parte, actualmente se ha generado evidencia suficiente que correlaciona alteración en los niveles de sflt-1 y el factor de crecimiento placentario (PIGF) con un curso mayor de severidad tanto en las complicaciones como en la edad gestacional de aparición de la preeclampsia; en un futuro, dichos marcadores serán útiles para aplicación clínica de pronóstico y complicaciones maternas, pero en el tiempo en que se seleccionaron las pacientes para el estudio aún estaban bajo investigación y no existía una evidencia clara de ello, además de que no estaban incluidos dentro del protocolo institucional.

Por último, la obesidad como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia y pobre resultado perinatal están claramente relacionados, pero la obesidad no se encuentra como criterio para excluir a una paciente, ya sea en un manejo expectante o activo, por cual no consideramos que afectaran los resultados encontrados.

Agradecemos de antemano el interés y las sugerencias realizadas por el grupo y por preocuparse por la

búsqueda de la información para contribuir en mejorar la salud de nuestras maternas de Latinoamérica.

César Augusto Rendón

Roberth A. Ortiz

Autores

REFERENCIAS

1. Askie LM, Duley L, Henderson-Smart DJ, Stewart LA, PARIS Collaborative Group. Antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet*. 2007;369(9575):1791-8.
2. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Sibai BM. Evaluation and management of severe preeclampsia before 34 weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(3):191-8.
3. Crovetto F, Crispi F, Scaccocchio E, Mercade I, Meler E, Figueras F, et al. First-trimester screening for early and late small-for-gestational-age neonates using maternal serum biochemistry, blood pressure and uterine artery Doppler. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2014;43(1):34-40.
4. Stepan H, Herraiz I, Schlembach D, Verlohren S, Brennecke S, Chantraine F, et al. Implementation of the sFlt-1/PlGF ratio for prediction and diagnosis of pre-eclampsia in singleton pregnancy: implications for clinical practice. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015;45(3):241-6.
5. Gómez-Arriaga PI, Herraiz I, López-Jiménez EA, Gómez-Montes E, Denk B, Galindo A. Uterine artery Doppler and sFlt-1/PlGF ratio: usefulness in diagnosis of pre-eclampsia. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;41(5):530-7.
6. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG. High Risk of Pre-eclampsia Identification Group. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ*. 2016;353:i1753.
7. Sibai BM, Barton JR. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment, and delivery indications. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(6):514.e1-9.

Popayán, 14 de septiembre de 2016

Asunto: Respuesta de carta al editor de los doctores Hernán Ramal-Aguilar y Adela Escobedo-Medina, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo (Perú)

Nuevamente agradecemos por el interés por el documento publicado dado que dicho tema es de interés en salud pública y las altas de tasa de prematuridad iatrogénica producida por la preeclampsia severa lejos del término.

Es importante, dentro de la evidencia, evaluar qué tanto nuestro estudio, como el estudio Mexpre Latin publicado por Vigil de Gracia fueron protocolos de manejo aplicados a la población Latinoamericana y no los podríamos extrapolar a las pacientes manejadas en población norteamericana, dado que las condiciones clínicas podrían variar y no serían comparables. Entendemos la preocupación emitida por ustedes ya que las guías actuales de la Sociedad de Medicina Materno-Fetal de Estados Unidos consideran el manejo expectante a pacientes con preeclampsia severa antes de las 34 semanas de gestación y, de cierta forma, estamos comprometidos con estos protocolos de manejo de guías emitidas por sociedades importantes.

Por el momento, aunque nuestro estudio no genera un grado de recomendación fuerte por el tipo de diseño, actualmente la evidencia en Latinoamérica no recomendaría el manejo expectante en preeclampsia severa en los casos en que no se cuente con los recursos necesarios para la atención de la prematuridad y las complicaciones maternas con unidades de alta dependencia. Es importante anotar que para cada caso de preeclampsia lejos del término, una vez completada la maduración pulmonar, se debe realizar un manejo individualizado según los recursos de la institución, por lo cual quedaría a criterio del grupo tratante dado que actualmente tenemos una brecha de conocimiento real acerca de qué protocolo de manejo se debe ofrecer a estas pacientes dado que las revisiones sistemáticas no nos arrojan resultados claros.

Por último, hacemos un llamado a las sociedades latinoamericanas de ginecología y obstetricia, y a las sociedades de medicina materno-fetal a fin de crear guías propias aplicadas a nuestra población y a los recursos que están disponibles en nuestros países.

Agradecemos nuevamente los comentarios realizados por el grupo de especialistas y por preocuparse por la búsqueda de la información para contribuir en mejorar la salud de nuestras maternas de Latinoamérica.

César Augusto Rendón
Roberth A. Ortiz

Autores

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. 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.
3. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Sibai BM. Evaluation and management of severe preeclampsia before 34 weeks' gestation. Am J Obstet Gynecol. 2011;205:191-8.

Popayán, 14 de septiembre de 2016

Asunto: Respuesta de carta al editor del doctor Elard I. Jiménez Garay, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo (Perú)

Nuevamente agradecemos el interés por el documento publicado y damos nuestros comentarios con respecto al tipo de diseño del trabajo. Es importante anotar que la evidencia del estudio no es la más fuerte

por el tipo de diseño, al tratarse de una cohorte retrospectiva, por eso hemos considerado este apartado dentro de las debilidades, dado que contamos con poca evidencia y un solo ensayo clínico aplicado a población latinoamericana en el estudio Mexpre, el cual favorece al manejo activo. En nuestra opinión, se debe generar más evidencia realizando nuevos ensayos clínicos aplicados a nuestra población latina y a nuestros recursos disponibles, dado que no podemos extrapolar los datos arrojados y los resultados neonatales de países desarrollados, por lo que nuevamente enfatizamos que el manejo expectante debe ser individualizado y aplicado a los recursos y las condiciones maternas óptimas para mejores resultados neonatales, dado que si no se cuenta con estas condiciones podríamos aumentar los resultados maternos adversos.

Agradecemos nuevamente los comentarios realizados por el especialista y por preocuparse por la búsqueda de la información para contribuir en mejorar la salud de nuestras maternas de Latinoamérica.

César Augusto Rendón
Roberth A. Ortiz

Autores

Correspondencia: ceare123@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. 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.
3. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Sibai BM. Evaluation and management of severe preeclampsia before 34 weeks' gestation. Am J Obstet Gynecol. 2011;205(3):191-8.