

## DetECCIÓN DE FALSOS POSITIVOS DEL CRIBADO DE PREECLAMPSIA DEL PRIMER TRIMESTRE EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO (ENSAJO STOPPRE)

Bonacina E.<sup>1</sup>; Mendoza M.<sup>1</sup>; García-Manau, P.<sup>1</sup>; López, M.<sup>2</sup>; Caamiña, S.<sup>3</sup>; Vives A.<sup>4</sup>; López-Quesada E.<sup>5</sup>; Ricart M.<sup>6</sup>; Maroto A.<sup>7</sup>; De Mingo L.<sup>8</sup>; Pintado E.<sup>9</sup>; Armengol-Alsina M.<sup>1</sup>; Carreras E.<sup>1</sup>; Suy A.<sup>1</sup>

### Introducción

La preeclampsia (PE) es un grave trastorno multisistémico que complica del 2% al 4% de los embarazos y es responsable de más de 70.000 muertes maternas y 500.000 muertes fetales en todo el mundo cada año. Puede cribarse en diferentes momentos del embarazo, pero el cribado del primer trimestre es el más útil, ya que se puede empezar a tomar ácido salicílico (AAS) antes de las 16 semanas de gestación (SG), lo que ha demostrado reducir la incidencia de preeclampsia pretérmino en un 62%. Con este cribado se puede detectar el 85% de la PE precoz (<34 semanas) y el 60% de la pretérmino (<37 semanas)(1). El mayor inconveniente de este cribado es el elevado número de falsos positivos. Aproximadamente el 10% de la población sometida a cribado se clasifica como de alto riesgo de PE y, por tanto, será tratada con AAS. De este 10%, sólo alrededor del 10% tendrá una PE precoz, incluso si no son tratados con AAS (2). Por lo tanto, hasta el 90% de las restantes pacientes clasificadas como de alto riesgo, estarán tomando AAS diariamente de forma innecesaria durante todo su embarazo. El cociente sFlt-1/PIGF <38 tiene un alto valor predictivo negativo (VPN) para la PE(3), por lo que podría ser útil para descartar a las pacientes que han sido clasificadas erróneamente como de alto riesgo en el cribado del primer trimestre.

### Método

Se trata de un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, abierto y de grupos paralelos. El cribado rutinario de PE en el primer trimestre se realizó en los 9 centros participantes. El cribado se realizó mediante el algoritmo de Gauss con la combinación de la historia materna, las características maternas, la proteína plasmática A asociada al embarazo (PAPP-A), el factor de crecimiento placentario (PIGF) y el índice de pulsatilidad Doppler de las arterias uterinas(1).

Las mujeres de alto riesgo fueron tratadas con 150 mg de AAS al día.

Las mujeres que aceptaron participar, firmaron el

consentimiento informado y se midió la ratio sFlt-1/PIGF entre las semanas 24+0 y 28+0 de gestación.

Las participantes con sFlt-1/PIGF <38 fueron distribuidas aleatoriamente (1:1) en dos grupos. En el grupo control, se continuó con AAS hasta las 36 semanas. En el grupo intervención, el AAS se suspendió en el momento de la aleatorización. Se realizó un seguimiento mensual en ambos grupos y se compararon los resultados perinatales. El resultado principal fue la tasa de PE pretérmino (que requiere parto antes de las 37 semanas).

### Resultado

Entre mayo de 2019 y junio de 2021, 968 mujeres cribadas presentaron un alto riesgo de PE. Un total de 484 mujeres fueron asignadas al grupo de intervención y 484 al grupo de control. 32 de ellas fueron excluidas por pérdida de seguimiento (n=26), por retirar su consentimiento (n=3) o por error en la inclusión (n=3). Finalmente, se analizaron 473 (50,5%) mujeres en el grupo intervención y 463 (49,5%) en el grupo control. En el grupo intervención se diagnosticaron 7 (1,48%) PE pretérmino y 8 (1,72%) en el grupo control (RR 0,86; 95% IC 0,31-2,34). No se encontró ningún caso de PE precoz en el grupo control y sólo se diagnosticó un caso en el grupo intervención.

### Conclusiones

Las mujeres con alto riesgo de PE en el cribado del primer trimestre y sFlt-1/PIGF <38 a las 24-28 semanas de gestación, pueden suspender con seguridad el tratamiento con AAS sin que aumente la incidencia de PE pretérmino, lo que podría reducir el riesgo de complicaciones debidas al tratamiento innecesario con AAS.

### Bibliografía

1. Serra B, Mendoza M, Scazzocchio E, Meler E, Nolla M, Sabrià E, Rodríguez I, Carreras E. Un nuevo modelo de cribado de preeclampsia de inicio temprano. Am J Obstet Gynecol. 2020 Jun;222(6):608.e1-608.e18.
2. Rolnik DL, W right D, Poon LC, O'Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, et al. Aspirina versus placebo en embarazos con alto riesgo de preeclampsia prematura. N Engl J Med. 2017 17;377(7):613-22.
3. Villa PM, Hämmäläinen E, Mäki A, Räikkönen K, Pesonen AK, aipale P, Kajantie E, Laivuori H. Vasoactive agents for the prediction of early and late-onset preeclampsia in a high-risk cohort. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 May 12;13:110.