

**BJOG**An International Journal of
Obstetrics and Gynaecology

Mini comentario Acceso libre

DetECCIÓN e intervención para la restricción del crecimiento fetal tardío

GCS Smith

Publicado por primera vez: 23 diciembre 2019

<https://doi.org/10.1111/1471-0528.16072>

Artículo vinculado: Este es un mini comentario sobre RJ Selvaratnam et al., Pp. 581-589 en este número. Para ver este artículo visita: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16038>

Selvaratnam y col. describen un estudio de cohorte retrospectivo, que demostró que el informe público de un indicador de rendimiento de detección para la restricción del crecimiento fetal a término (FGR) se asoció con una reducción acelerada en la tasa de muerte fetal (BJOG 2020; 127: 581-9). La reducción fue más marcada en las muertes fetales con un peso al nacer por debajo del tercer percentil, lo que apoya una asociación causal. Sin embargo, la bienvenida reducción en la muerte fetal ocurrió a costa de aumentar las tasas de morbilidad neonatal iatrogénica.

La asociación con una mayor morbilidad probablemente refleja el hecho de que la intervención primaria que modifica el cuadro para prevenir la muerte fetal es el nacimiento médicamente indicado. Dada la fuerte relación inversa entre la semana de gestación y los riesgos de morbilidad neonatal (excluyendo el período posterior al término), la intervención puede prevenir la muerte fetal en un pequeño número de casos, pero puede causar morbilidad en un mayor número de embarazos donde el resultado sería mejor en ausencia de intervención. En esencia, cuanto más amplia sea nuestra red tratando de identificar embarazos con mayor riesgo de muerte fetal, más falsos positivos identificaremos.

El problema de aumentar el número de falsos positivos se puede entender a través de las estadísticas de detección. El reverendo Thomas Bayes, nacido en 1701, sentó las bases. En resumen, el riesgo de un evento es el producto de las probabilidades anteriores multiplicado por la razón de probabilidad. La razón de probabilidad positiva cuantifica el aumento proporcional del riesgo asociado con un resultado positivo de la prueba, mientras que las probabilidades anteriores reflejan el estado de riesgo inicial del individuo. Por lo tanto, a medida que extendemos nuestra aplicación de ultrasonido a las mujeres con un riesgo cada vez menor, aumentaremos tanto el número como la proporción de resultados falsos positivos. Las manifestaciones de la teoría se observan en el mundo real.

El estudio de predicción de resultados del embarazo comparó las asociaciones entre el peso fetal estimado por debajo del décimo percentil en las ecografías clínicamente indicadas versus la ecografía universal. El riesgo de peso real al nacer por debajo del tercer percentil fue del 20% después de una exploración clínicamente indicada, pero solo del 12% cuando todas las mujeres fueron exploradas (Sovio et al. Lancet 2015; 386: 2089-97).

La dirección de viaje parece ser que la mayor exploración e intervención y, en consecuencia, la reducción adicional en la tasa de muerte fetal, se combinará con mayores aumentos en la morbilidad iatrogénica. Por lo tanto, una prioridad para futuras investigaciones es desarrollar mejoras en nuestras pruebas que aumenten la sensibilidad y la especificidad, es decir, podríamos desarrollar pruebas que tengan menos dificultades de omitir casos y de clasificar incorrectamente los embarazos saludables como de alto riesgo. Un elemento clave es desarrollar pruebas que estratifiquen correctamente el feto a corto plazo sospechado ultrasónicamente pequeño para la edad gestacional en tres grupos principales:

(i) no pequeño, (ii) pequeño sano y (iii) pequeño enfermo (FGR).

Algunos investigadores se centran en indicadores ultrasónicos adicionales de FGR (Khalil et al. Am J Obstet Gynecol 2015; 213: 54-10). Un enfoque alternativo es combinar el ultrasonido con biomarcadores, ambos biomarcadores placentarios específicos (Gaccioli et al. Lancet Child Adolesc Health 2018; 2: 569-81) y usar métodos 'ómic' (¿?) * para identificar nuevos biomarcadores de FGR tardía (Sovio et al. Nat Med 2020, en prensa). El objetivo práctico de prevenir la muerte fetal sin aumentar el daño iatrogénico depende de nuestra capacidad para identificar, desarrollar y evaluar nuevos

métodos de detección y diagnóstico.

Los desarrollos increíbles en la ciencia que sustentan el descubrimiento de imágenes y biomarcadores nos torna optimistas en que se puede lograr el objetivo, pero necesitamos realizar estudios específicos y aprovechar el poder de las nuevas tecnologías en imágenes, laboratorio y ciencia de datos.

Declaración de intereses

GCSS recibe / ha recibido apoyo de investigación de GE, Roche, GSK y Sera Prognostics. GSCS y Roche le pagaron a GCSS para asistir a las juntas asesoras y Roche le pagó para hablar en una reunión. GCSS ha actuado como consultor remunerado de GSK y se le paga como miembro de un Comité de Monitoreo de Seguridad de Datos de GSK. GCSS es nombrado como uno de los tres inventores en una nueva prueba de biomarcadores para el crecimiento fetal presentada por Cambridge Enterprise. Un formulario completo de divulgación de intereses está disponible para ver en línea como información de respaldo.

* (N. del T.)

Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani

Información de respaldo

Nombre de archivo – Descripción:

[bjo16072-sup-0001-ICMJE1.pdf](#) PDF document, 1.2 MB

Tenga en cuenta: el editor no es responsable del contenido o la funcionalidad de cualquier información de respaldo proporcionada por los autores. Cualquier consulta (que no sea contenido faltante) debe dirigirse al autor correspondiente para el artículo.

FULL TEXT: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.16038>