

11217



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"

PREVALENCIA DE LA PURPURA TROMBOCITOPENICA  
AUTOINMUNE Y EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE  
GINECOOBTTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"



276332

DIVISION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION MEDICA  
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"  
M.S.S.

## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:  
DRA. ALMA OLIVIA DE LA CRUZ ORTIZ

ASESOR: DRA. ESPERANZA YAÑEZ MALDONADO



MÉXICO, D.F.

2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PREVALENCIA DE LA PURPURA TROMBOCITOPENICA  
AUTOINMUNE Y EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE  
GINECOOBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"



DIRECTOR  
DR. FERNANDO ALFONSO RIOS MONTIEL



JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA  
DR. MARTIN SERGIO PEÑA SANDOVAL

ASESOR:  
DRA. ESPERANZA YAÑEZ MALDONADO



## INDICE

|                         |    |
|-------------------------|----|
| RESUMEN.....            | 1  |
| INTRODUCCION.....       | 2  |
| MATERIAL Y METODOS..... | 8  |
| RESULTADOS.....         | 9  |
| DISCUSION.....          | 11 |
| CONCLUSIONES.....       | 12 |
| GRAFICOS.....           | 13 |
| BIBLIOGRAFIA.....       | 22 |
| ANEXO.....              | 24 |

# **AGRADECIMIENTO**

**A MIS PADRES:**

**POR SER MI MAS GRANDE ORGULLO Y EJEMPLO.  
GRACIAS POR SU CARIÑO, COMPRESION Y APOYO  
INCONDICIONAL.**

**HECTOR Y EMMA**

## RESUMEN

De la Cruz, A. Yañez, E. Prevalencia de la púrpura trombocitopénica autoinmune y embarazo en el Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala" IMSS.

### OBJETIVO:

Demostrar la prevalencia de la PTA durante el embarazo en el Hospital Luis Castelazo Ayala, nuestra experiencia en su manejo, y los resultados perinatales.

### DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo, observacional y retrospectivo.

### MATERIAL Y METODOS

Se registraron en éste estudio 12 pacientes con diagnóstico de PTA y embarazo, manejadas en el servicio de Medicina Perinatal, en el periodo comprendido del 1º de marzo de 1997 al 1º de marzo de 1999, que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, las variables analizadas fueron: edad, antecedentes de importancia, forma de diagnóstico, tratamiento empleado, vía de interrupción, complicaciones asociadas y resultado perinatal.

Se analizaron los datos mediante la prueba de varianza, utilizando el software EPI-info6.

### RESULTADOS

Se incluyeron un total de 12 pacientes en el estudio, una prevalencia de 6 casos por año. Con diagnóstico previo de PTA en el 91.6%, determinación de anticuerpos antiplaquetas en el 27.2%, esplenectomía previa 33.3%. Se trataron con esteroides el 83.3% de las pacientes, con esplenectomía el 8.3%, y sin tratamiento el 16.6%. La vía de interrupción fue abdominal en el 91.6% vs. vaginal en el 9.3%. Las complicaciones perinatales observadas fueron: trombocitopenia en el 23%, síndrome de adaptación pulmonar en el 7.6%.

### CONCLUSIONES

La prevalencia de la PTA en nuestro Hospital, no mostró cambio de acuerdo a lo reportado en la literatura. La modificación en la cuenta plaquetaria en las pacientes manejadas con esteroides demostró discreta mejoría, la vía de resolución del embarazo más frecuente fue la abdominal y se encuentra asociada a la trombocitopenia como principal complicación neonatal.

Palabras clave: PTA, embarazo, trombocitopenia neonatal.

## INTRODUCCION

La púrpura trombocitopénica autoinmune (PTA) es un síndrome caracterizado por trombocitopenia y hemorragia en el que existe acortamiento de la vida de las plaquetas que se encuentran opsonizadas por anticuerpos y son fagocitadas por los macrófagos. Llamada así con el descubrimiento por Shulman y col. En 1965 que los anticuerpos de tipo inmunoglobulina G causaban la destrucción plaquetaria. (1,)

La incidencia de PTA es tres veces mayor en mujeres que en hombres y suele manifestarse en el segundo a cuarto decenio de la vida, su incidencia varía entre uno y dos casos por 10,000 embarazos durante el primero y segundo trimestres y en 3 a 4 % de pacientes púerperas. (2)

La inmunidad humoral parece tener participación central en la patogenia de esta entidad. Aunque se desconoce la causa precipitante de la producción de anticuerpos. Se cree que el anticuerpo dirigido contra un antígeno relacionado con plaquetas es el mecanismo causal de esta enfermedad. La naturaleza exacta del antígeno participante es indeterminada, pero pudiera incluir una glucoproteína localizada en la membrana externa de la plaqueta, se cree que el bazo es la fuente principal de anticuerpos, con contribución adicional de hígado y médula ósea. En algunas pacientes se puede depositar complemento o ambos se unen a las plaquetas de la paciente, ocurre fagocitosis por macrófagos, sobre todo en el bazo; el hígado y la médula ósea actúan como sitio secundario. (3,4)

En 1994 la Sociedad Americana de Hematología estableció un protocolo para el diagnóstico y manejo de la PTA (5).

El diagnóstico de PTA se basa principalmente en la historia clínica, exámen físico, biometría hemática completa y exámen de frotis de sangre periférica, para excluir otras causas de trombocitopenia. El diagnóstico de esta entidad en el embarazo generalmente no requiere de pruebas de laboratorio especiales; debe medirse la presión sanguínea de las pacientes para excluir preeclampsia como

alternativa diagnóstica; las pruebas de función hepática son normales. Las pacientes con factores de riesgo para HIV deben ser sometidas a pruebas de anticuerpos contra HIV. (6)

Cuando se detecta trombocitopenia (cifra plaquetaria menor de 150,000 por  $\text{mm}^3$ ), el primer paso diagnóstico debe ser el estudio microscópico de un frótsis de sangre periférica. La principal categoría de causas se relaciona con disminución de la producción medular; el hiperesplenismo constituye la segunda categoría principal como causa de trombocitopenia; la tercera categoría de causa implica destrucción periférica de plaquetas. Deben hacerse tiempo de protrombina(TP), tiempo parcial de tromboplastina(TPT) y cuantificación de fibrinógeno para excluir otras enfermedades. El 59% de las embarazadas no trombocitopénicas tienen resultado positivo para el análisis PA-IgG, por tanto, es cuestionable el uso de esta prueba para el diagnóstico de PTA en el embarazo. (7,8)

El embarazo no exagera la PTA; esta hipótesis es válida para la mujer diagnosticada antes de la concepción. En ciertas pacientes, no obstante, se diagnostica trombocitopenia incidental de varios grados en el embarazo.

Suele ocurrir morbilidad importante en el embarazo con PTA durante el período anteparto, debido a hemostasia inadecuada también puede ocurrir hemorragia postparto en el 23% de los casos, a nivel del sitio de episiotomía o una laceración perineal. (9,10,11)

Se sabe que el transporte placentario de anticuerpos antiplaquetarios tipo IgG maternos en la PTA produce trombocitopenia fetal. La mortalidad parece estar aumentada en embarazos complicados con PTA debido a hemorragia intracraneal. La incidencia de trombocitopenia neonatal es de 27% en madres con cifras plaquetarias mayores de 100,000 por  $\text{mm}^3$ ; Kelton y col. Se encontraron que la cifra plaquetaria materna no predice qué neonato presentará trombocitopenia. (11).

Existe poca evidencia para distinguir el manejo de la PTA en pacientes embarazadas respecto a las no embarazadas. Sin embargo, el manejo en el período anteparto es distinto debido a la teratogenicidad de ciertas drogas, el

tiempo para la resolución de embarazo, los requerimientos para obtener buena hemostasia durante el parto ó cesárea, y el riesgo de hemorragia neonatal. Algunos neonatos nacidos de madres con PTA desarrollan trombocitopenia debido a la transferencia placentaria de anticuerpos antiplaquetarios, incrementando el riesgo de hemorragia intraventricular. La importancia clínica de hemorragia intrauterina no ha sido reportada en PTA, en contraste con la trombocitopenia autoinmune. (12,13)

Se recomienda la interrupción del embarazo mediante cesárea y no por parto vaginal, asumiendo que esta vía es menos traumática para el recién nacido; sin embargo no hay una evidencia directa de este beneficio. Pueden obtenerse muestras de sangre fetal en el periodo anteparto o transparto mediante punción percutánea para obtención de sangre umbilical o bien obtención de una muestra de cuero cabelludo al existir ya dilatación cervical; sin embargo estos procedimientos pueden aumentar la mortalidad fetal. (14)

Dentro de la PTA tienen especial importancia aquellos casos refractarios al tratamiento convencional que aunque ocurren en un porcentaje mínimo representan un problema complejo ya que la mayoría de los medicamentos están contraindicados durante la gestación. Existe calidad de refractario cuando se observa persistencia de la trombocitopenia, incremento de la trombocitopenia o manifestaciones de hemorragia en una paciente que se ha sometido a manejo con glucocorticoides o inclusive a la práctica de esplenectomía. (14,15)

La resistencia al tratamiento puede presentarse tanto en los casos de PTA aguda como subaguda y crónica.(14,15)

La mujer embarazada con PTA y cuenta plaquetaria mayor de 50,000 por  $\text{mm}^3$  no requieren tratamiento en forma rutinaria y no deben recibir glucocorticoides o gammaglobulina como terapia inicial de rutina. Las pacientes con cuentas plaquetarias entre 30,000 a 50,000 por  $\text{mm}^3$  en el primer o segundo trimestre tampoco lo requieren. El tratamiento es requerido en mujeres con cuenta plaquetaria menor de 10,000 por  $\text{mm}^3$ , o en aquellas con cuentas plaquetarias

entre 10,000 o 30,000 por  $\text{mm}^3$  en el segundo ó tercer trimestre o con sangrado activo. (15)

Dado el curso clínico de esta entidad la mayoría de las pacientes se les establece rápidamente manejo con glucocorticoides y cerca del 25% de ellas tendrán respuesta completa, definida como cuenta plaquetaria normal después de suspender el tratamiento durante un tiempo de observación de 3 a 10 años. El más comúnmente usado es la Prednisona a dosis de 1-2 mg/kg/día; Su principal mecanismo de acción es el incremento en la producción de plaquetas por la médula ósea. (13,14,15).

Existen otras alternativas como la Dexametasona en dosis de 40 mg/día por 4 días o Metilprednisolona 30-50 mg/kg/día por 8 días o bolos de 1 g/día por 3 días. (8,12).

La gammaglobulina hiperinmune constituye la segunda línea de manejo en la paciente embarazada. Su mecanismo de acción es crear un bloqueo inmunológico de los receptores Fc sobre los macrófagos del sistema reticuloendotelial; la dosis usual es de 400 mg/kg/día por 5 días observando su efecto en 4 a 6 días y obteniendo respuesta en 70% de los casos; la dosis usual puede incrementarse hasta 1000 mg/día por 6 días manteniendo incremento en la cuenta plaquetaria hasta por 4 a 5 semanas. El grave inconveniente es su elevado costo. Constituye el tratamiento inicial apropiado para pacientes con cuenta plaquetaria menor de 10,000/ $\text{mm}^3$  en el tercer trimestre y para pacientes con cuenta plaquetaria entre 10,000 a 30,000/ $\text{mm}^3$  con sangrado activo. (12).

La inmunoglobulina anti-D actúa mediante sensibilización del eritrocito causando un bloqueo del sistema reticuloendotelial. Con su administración se obtiene respuesta en 70% de los casos sin requerir otra terapia adicional; se utiliza en dosis de 200 a 1000 mcg/da por 1 a 5 días también con un elevado costo. (12).

La esplenectomía durante el embarazo es controvertida; su indicación sería cuando existe falla con las otras alternativas terapéuticas, se aconseja realizarla mediante laparoscopia y nunca en el segundo trimestre, aunque es apropiada en

este trimestre en aquellas pacientes con cuenta plaquetaria menor de  $10,000/\text{mm}^3$  con sangrado activo; se asocia con mortalidad fetal entre 11-31%. (13,15).

El uso del Danazol se reserva a aquellos casos en que se diagnostica feto masculino solamente ya que en el embarazo con feto femenino puede causar virilización; actúa bloqueando los receptores de la IgG de los macrófagos, normaliza la relación de linfocitos T auxiliares y supresores, la dosis recomendada es entre 200-800 mg/día. (12).

La transfusión de concentrados plaquetarios debe reservarse para aquellos casos con evidencia de hemorragia o cuando haya inminencia de algún evento quirúrgico ya que el consumo plaquetario se incrementa por formación de mayor número de anticuerpos. (13).

Los inmunosupresores han sido usados desde 1960 en la PTA refractaria fuera del embarazo. La experiencia durante la gestación es poca y aunque no ha mostrado causar anomalías congénitas, pueden ocasionar retardo en el crecimiento intrauterino en el 40% de los casos. (12).

La Ciclofosfamida es uno de los más ampliamente usados; produce remisión completa en 24-45%. La dosis recomendada es de 2 mg/kg/día durante 2 a 5 días pero su uso en el primer trimestre se asocia a anomalías digitales, su uso en el segundo y tercer trimestres no tienen efectos adversos. La Azatriopina produce remisión completa en el 12% de los casos con dosis de 2 mg/kg/día pero como su mecanismo de acción es sobre la síntesis y utilización de RNA y DNA tiene potencial teratogenicidad, oncogenicidad y toxicidad materna por lo que no se recomienda durante el embarazo. (14,15).

Los alcaloides de la Vinca producen rápida pero transitoria mejoría en las plaquetas en el 50% de las pacientes y en un 5 a 10% presentan remisión completa; hasta el momento se han utilizado sin reportarse efectos adversos. La dosis usual es de 2 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal por semana. Estos agentes deben usarse en el embarazo sólo después de que se han agotado otras opciones valorando el impacto sobre el crecimiento fetal y el rápido desarrollo cerebral. (14,15)

Debido a la mayor incidencia de la PTA en la mujer respecto al hombre y su aparición en la edad reproductiva es de vital importancia el estudio de esta entidad, su manejo y los resultados perinatales con relación al embarazo.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de expedientes en sujetos femeninos con diagnóstico de PTA y embarazo, manejadas en el Servicio de Medicina Perinatal del Hospital de Gineco-Obstetricia LCA IMSS, en el período comprendido del 1° de marzo de 1997 al 1° de marzo de 1999, que cumplieron con los criterios de inclusión siendo éstos pacientes con embarazo y PTA; utilizando una forma de recolección de datos entre los cuales se analizaron las variables citadas en el anexo 1 mediante la prueba de varianza utilizando el sistema software EPI INFO6.

Se registraron los datos de las pacientes y sus recién nacidos de los expedientes correspondientes para determinar la prevalencia de la PTA durante el embarazo, nuestra experiencia en su manejo y los resultados perinatales.

Este proyecto fue presentado al Comité Local de Investigación y fue aprobado bajo las normas éticas y metodológicas.

## RESULTADOS

Se analizaron expedientes clínicos de 12 pacientes femeninos con edades comprendidas (21-37 años) las cuales cursaban con embarazo de (27-41) semanas siendo uno de ellos gemelar, con diagnóstico previo de PTA en 11 pacientes (91.66%), y en un sujeto de estudio se diagnosticó PTA durante el control prenatal (8.33%).

Con determinación de anticuerpos antiplaquetas en 3 pacientes (27.27%), y en 8 pacientes (72.72%) el diagnóstico se realizó por exclusión.

El promedio de gestas fue de 2, Para 1, aborto 1, y cesáreas 1.

El antecedente de importancia encontrado fue la esplenectomía previa en 4 pacientes (33.33%); se encontró en una paciente la toma de insulina NPH para manejo de Diabetes Mellitus Gestacional que fue la única complicación materna encontrada.

El tratamiento utilizado durante el embarazo fueron: esteroides en 10 pacientes (83.33%), esplenectomía en 1 paciente (8.33%), y sin tratamiento 2 pacientes (16.66%). Con seis determinaciones plaquetarias en promedio, y cuenta plaquetaria promedio de 220,000 sin encontrar aumento significativo con el manejo a base de esteroides.

La vigilancia fetal se realizó mediante ultrasonido obstétrico y prueba sin estrés en 11 pacientes (91.66%), y una sin control prenatal (8.33%) con óbito diagnosticado a su ingreso, cuya vía de interrupción fue vaginal detectándose malformación del tubo neural (encefalocele).

La vía de resolución del embarazo fue abdominal en 11 pacientes (91.66%) y una vía vaginal; dentro de las indicaciones de interrupción abdominal se encontraron: sufrimiento fetal (SFA) diagnosticado mediante prueba sin estrés en 4 pacientes (36.36%), desproporción cefalopélvica (DCP) en 1 paciente (9.09%), retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU) en 1 paciente (9.09%), PTA en 3

pacientes (27.27%), cesárea iterativa 1 paciente (9.09%) y embarazo prolongado 1 paciente (9.09%).

El peso del recién nacido (RN) promedio fue de 2463gr, con un Apgar al minuto de 6 y a los 5 minutos de 8; talla 44.6 cm; sexo femenino en 4 pacientes (30.76%) y masculino en 9 pacientes (69.23%). Con Valoración de Capurro correspondiente a amenorrea.

Las placentas presentaron calcificaciones en 6 pacientes (50%), impregnadas de meconio 4 pacientes (33.33%) y dos no tuvieron anomalías.

El líquido amniótico se encontró meconial en 8 pacientes (66.66%), hemático en 1 paciente (8.33%) y 3 de características normales.

La cuenta plaquetaria promedio del RN encontrada fue de  $234,460 \text{ mm}^3$ .

Las complicaciones neonatales fueron: trombocitopenia neonatal en 3 pacientes (23.07%), la cual respondió a manejo, siendo egresados los recién nacidos en promedio en 72hrs y sin patología agregada, y síndrome de adaptación pulmonar en 1 paciente (7.69%).

## DISCUSION

En base a lo reportado en la literatura (11) la incidencia y prevalencia observada en nuestro Hospital fue similar el comportamiento de esta patología. Con la administración de esteroides demostró lo esperado siendo valorado en relación a la no disminución en la cuenta plaquetaria materna durante el embarazo. Se confirmó que la mejor vía de interrupción del embarazo, es la abdominal ya que dentro de los resultados perinatales no se presentó hemorragia intraventricular ni aún en aquellos recién nacidos con trombocitopenia. (1,5,7)

Para determinar una respuesta completa se requiere que la cuenta plaquetaria se mantenga normal después de suspender el esteroide por un tiempo de observación de 3 a 10 años por lo que sería importante realizarse seguimiento de estas pacientes.

## CONCLUSIONES

La prevalencia de la PTA en nuestro Hospital fue de 6 casos por año, la incidencia de 1 caso en 2 años.

El diagnóstico en las pacientes estudiadas se realizó en la mayoría de los casos por exclusión; con determinación de anticuerpos antiplaquetas únicamente en tres pacientes, los cuales no son indispensables para el diagnóstico debido a que hasta un 59% de las embarazadas no trombocitopénicas tienen resultado positivo para éste estudio.

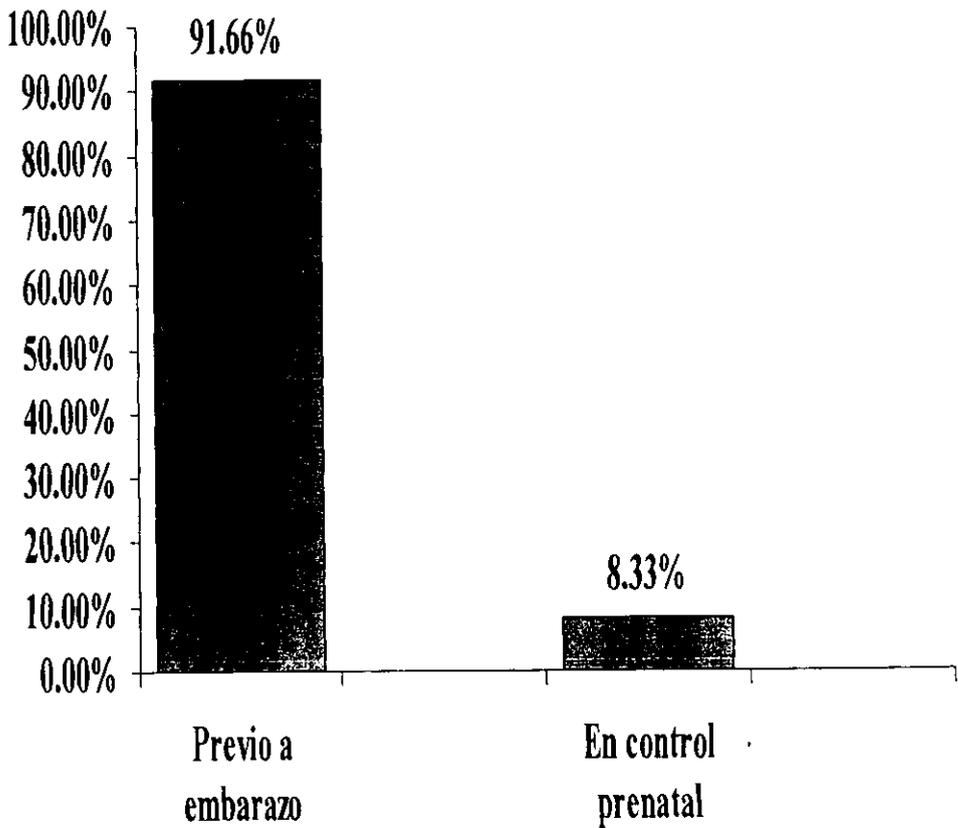
La modificación en la cuenta plaquetaria en aquellos sometidos a tratamiento con esteroides demostró discreta mejoría, sin presentar disminución de la misma en ningún caso.

La vía de resolución del embarazo más frecuente fue la vía abdominal siendo considerada la PTA como indicación de la misma, además de otras indicaciones, siendo considerada ésta vía menos traumática para el recién nacido, sin presentar morbilidad materna posterior a la interrupción.

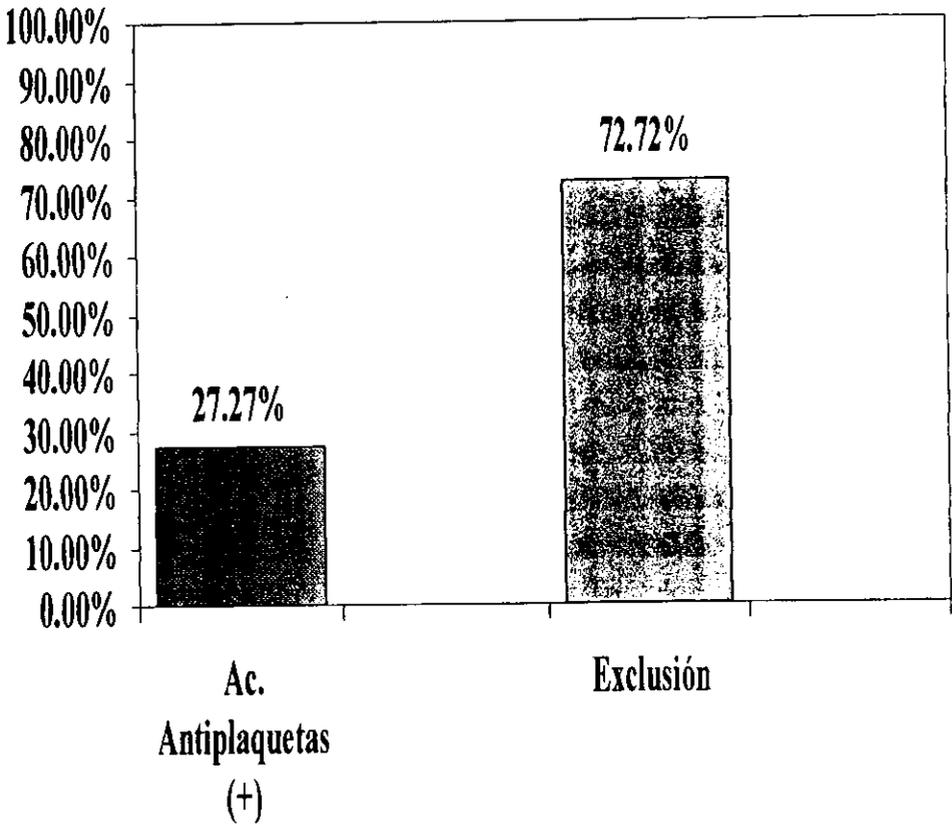
La vigilancia fetal realizada no incluyó ningún método invasivo para determinación de plaquetas fetales, obteniéndose neonatos con buenos resultados (cuenta plaquetaria promedio de  $234,460/\text{mm}^3$ ). Dentro de las complicaciones neonatales encontramos trombocitopenia ya esperada debido al transporte plaquetario de los anticuerpos antiplaquetas tipo IgG sin poder predecir esta complicación sobre la base de la cifra plaquetaria materna y sin guardar relación directa con la patología en estudio.

Los hallazgos en cuanto a peso y Apgar del recién nacido y características de la placenta y líquido amniótico no aportaron datos significativos.

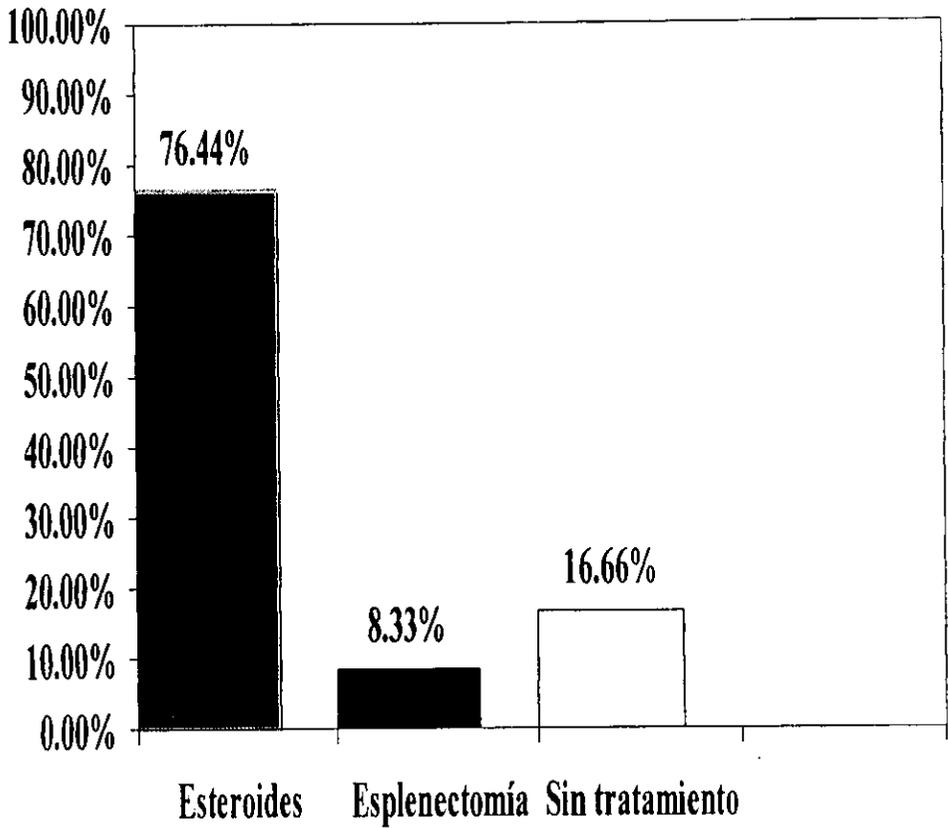
# Diagnóstico de P.T.A.



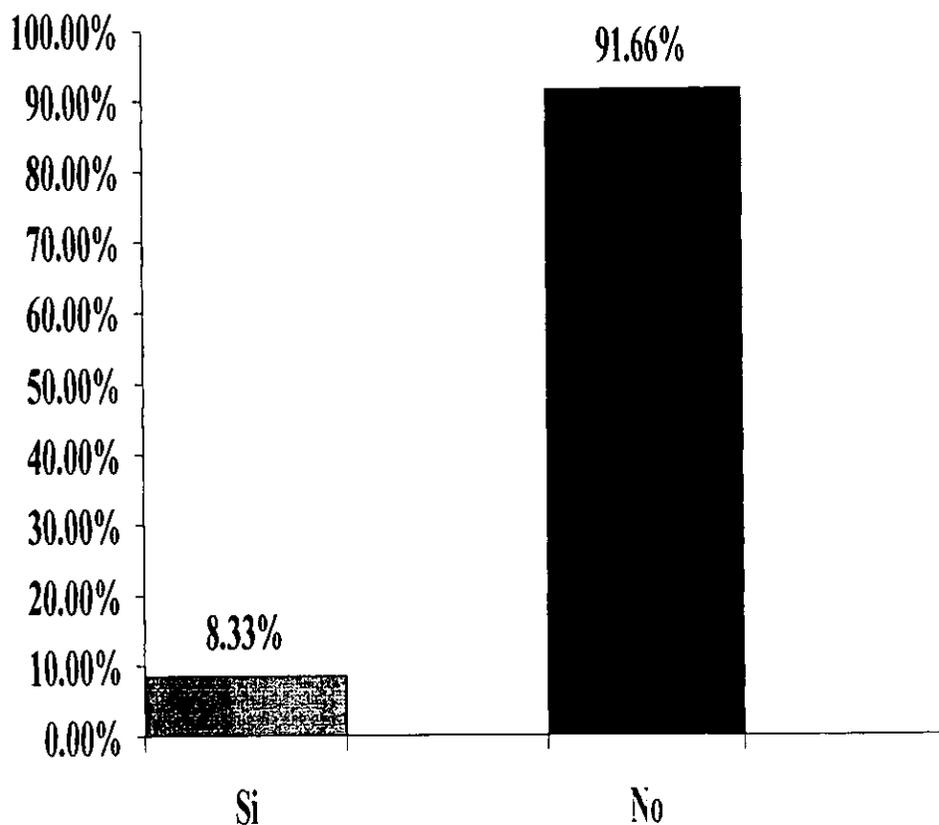
# Diagnóstico de P.T.A.



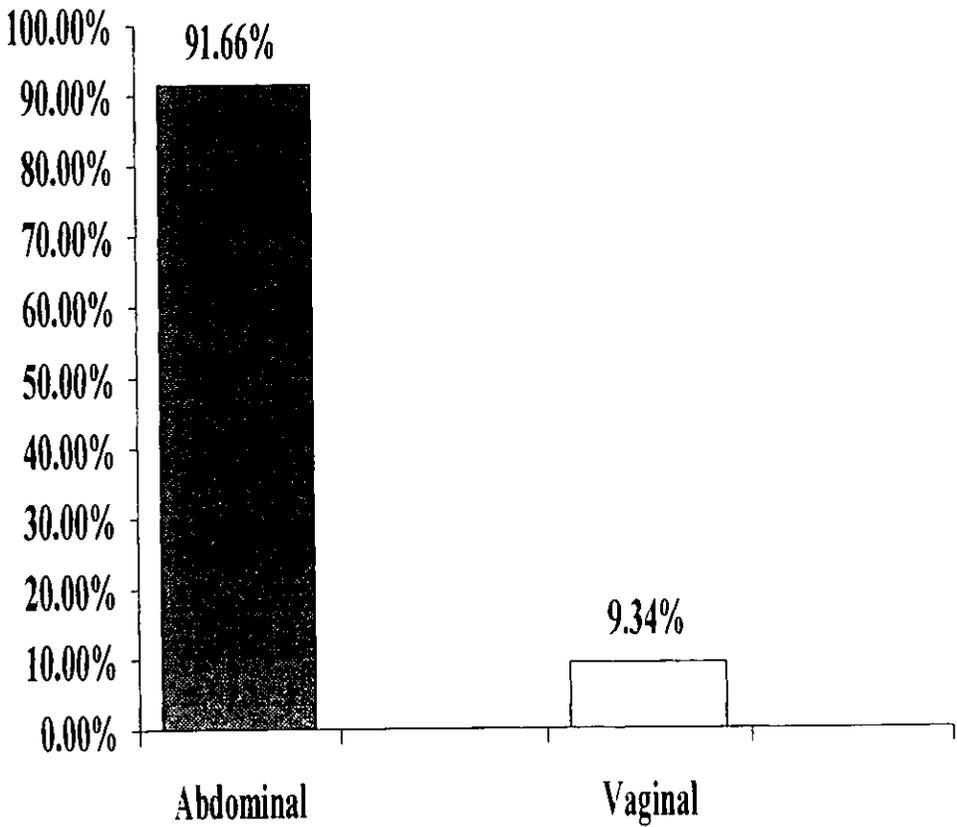
# Tratamiento utilizado



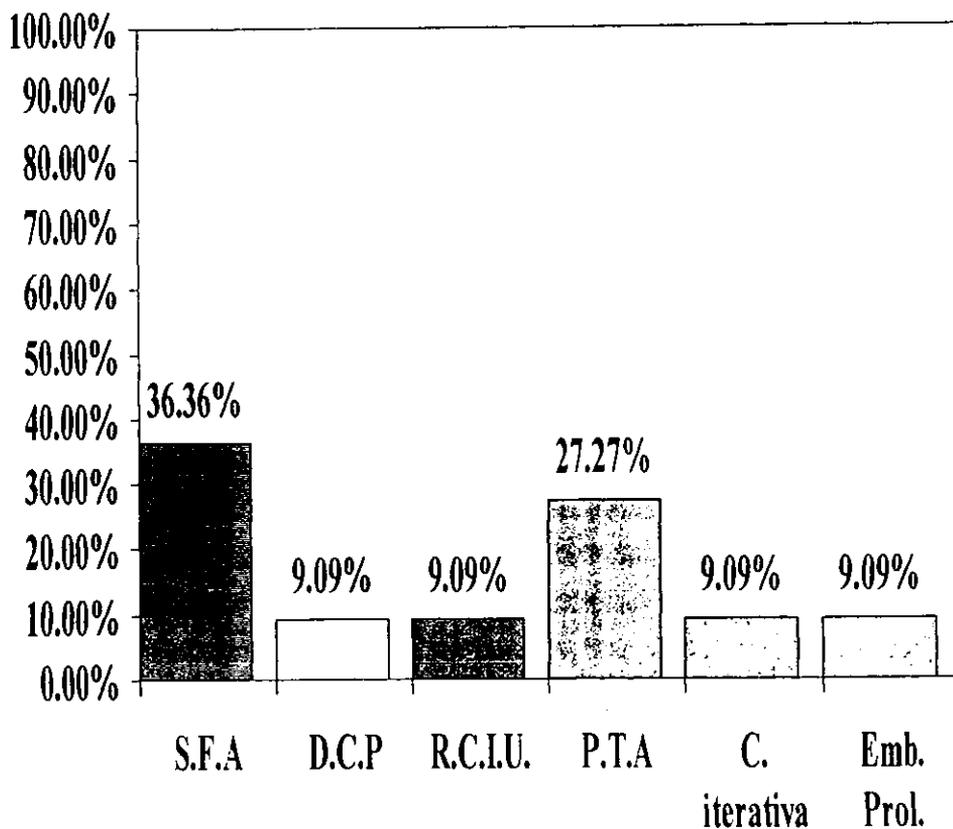
# Complicaciones maternas



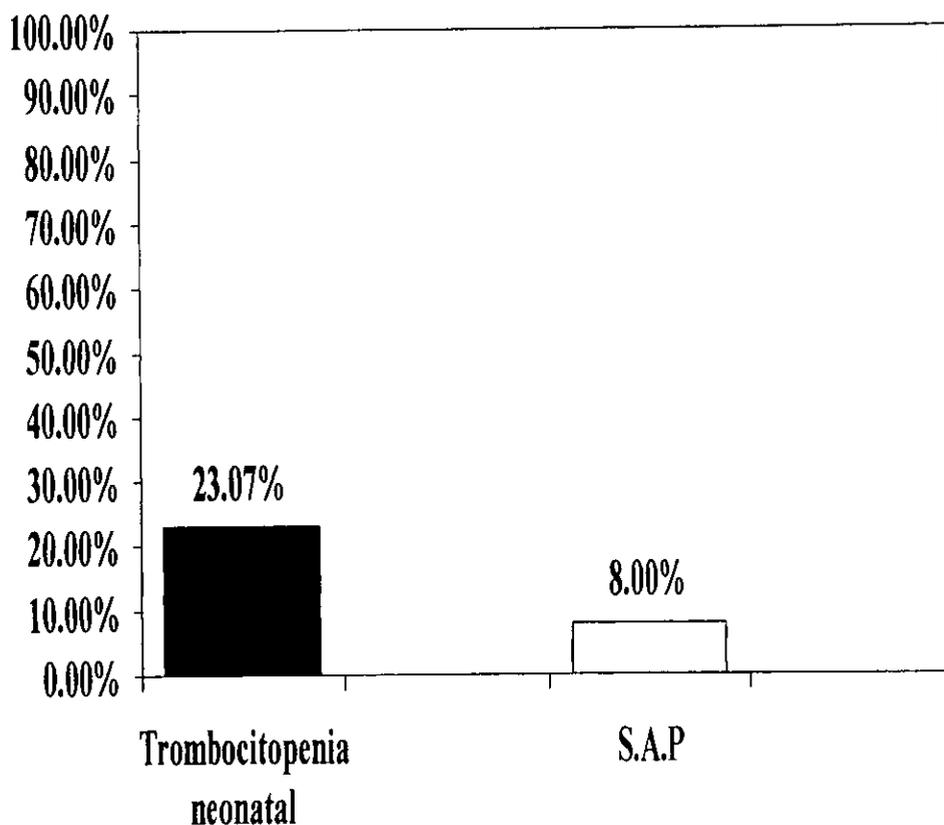
# Vía de interrupción



# Indicaciones de cesárea

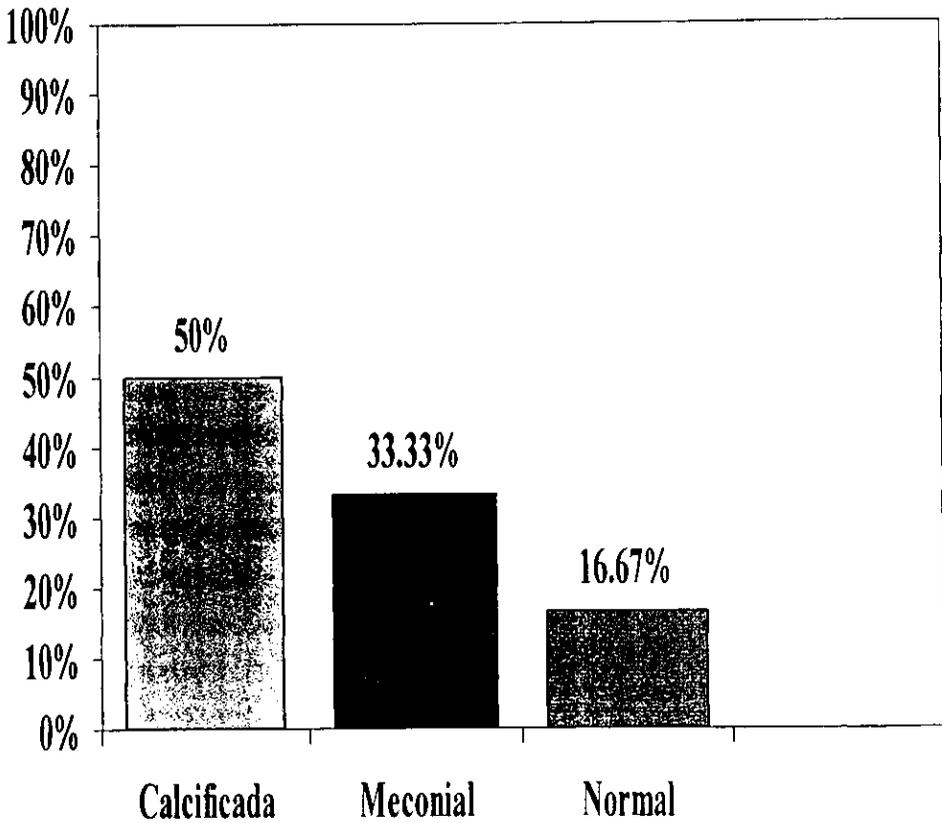


# Complicaciones neonatales

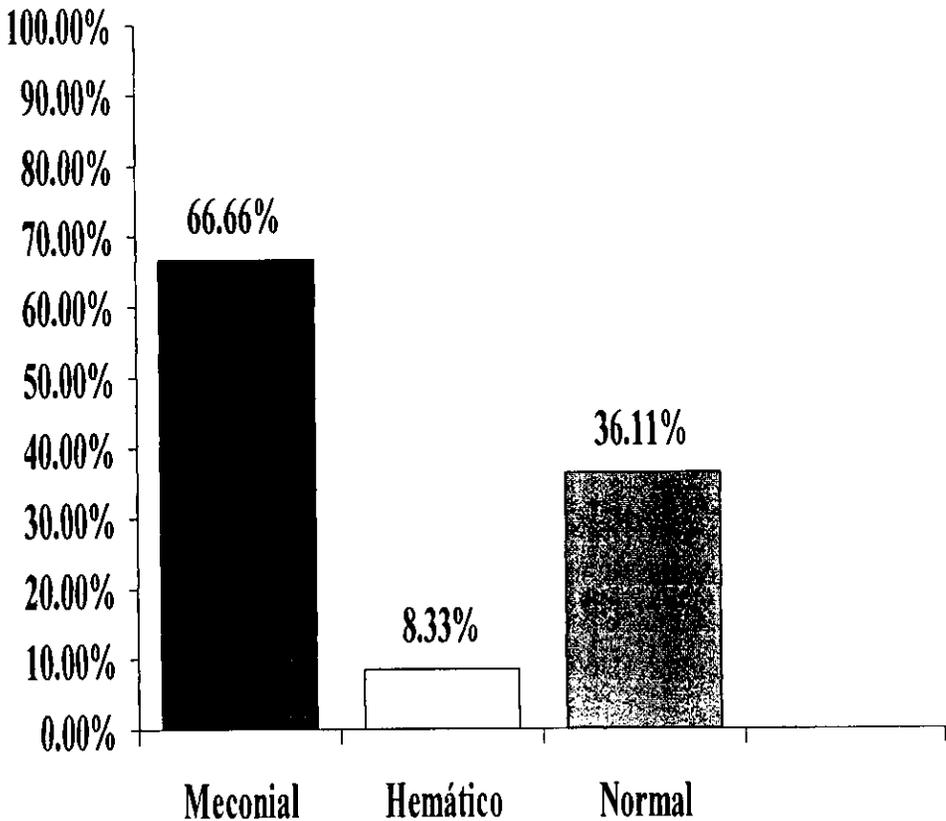


**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

# Características de la placenta



# Características del líquido amniótico



## BIBLIOGRAFIA

1. Yañez E, López A, Izquierdo J. Manejo de la púrpura trombocitopénica autoinmune refractaria durante el embarazo. *Ginecol Obstet .Mex* 1997;65:254-7.
2. Gross Z, Rodriguez J, Stalnaker B. Vincristine for refractory autoimmune thrombocytopenic purpura in pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1995;40(10):739-42.
3. Silver R, Branch D, Scott J. Maternal thrombocytopenia in pregnancy: time for a reassessment. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(2):479-82.
4. Al-Mofada S, Osman M. Risk of thrombocytopenia in the infants of mothers with idiopathic thrombocytopenia. *Am J Perinatol* 1994;11(6):423-6.
5. Lescale K, Eddleman K, Cines D. Antiplatelet antibody testing in thrombocytopenia pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(3):1014-8.
6. George J, el-Harake M, Raskob E. Chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. *N Engl J.Med* 1994;331(18):1207-11.
7. Byrne J, Incerpi M, Goodwin M. Idiopathic thrombocytopenic purpura in pregnancy treated with pulsed high-dose oral dexamethasone. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177(2):468-70.
8. Schneider P, Wehmeier A, Schneider W. High-dose intravenous immune globuline and the response to splenectomy in patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. *New Engl. J Medicine* 1997;337(15):1087-89.
9. Law C, Marcaccio M, Tam P. High dose intravenous immune globuline and the response to splenectomy in patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. *New Engl. J Med* 1997;336(21):1494-98.
10. Burrows R, Kelton J. Trombocitopenia Perinatal. *N Engl .J Med* 1993;329:1463-66.

11. Moise K. Púrpura trombocitopénica autoinmunitaria durante el embarazo. Am J Obstet Gynecol 1990;162:1237.
12. Sullivan C, Martin J. Management of the obstetric patient with thrombocytopenia. Clinical Obstet. Gynecol 1995;38(3):521-34.
13. Burrow-Ferris. Complicaciones médicas durante el embarazo. Ed. Med. Panamericana. Aspectos hematológicos del Embarazo. 4ª edición. 1996.62-82.
14. Williams. Obstetricia. Ed. Masson. Trastornos Hematológicos durante el embarazo. 4ª edición. 1996.1153-80.
15. George J, Raskob G. Idiopathic thrombocytopenic purpura: A practice guideline developed by explicit methods for the American Society of Hematology Blood Vol. 1996;88(1):3-40.

## PURPURA TROMBOCITOPENICA AUTOINMUNE Y EMBARAZO

NOMBRE:

TEL. AFILIACION  
EDAD FECHA DE NACIMIENTO  
FECHA DE ELABORACION  
GESTA PARA ABORTO CESAREA OTRO  
FUM FECHA DE PRIMERA VISITA AL HOSPITAL  
ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

TOMA ALGUN MEDICAMENTO ( indicarlo)

COMO SE HIZO EL DIAGNOSTICO DE PTA

ANTICUERPOS ANTIPLAQUETAS PRESENTES

FECHA PLAQUETAS FECHA PLAQUETAS

TRATAMIENTO:

MEDICAMENTO DOSIS FECHA

OTRO TRATAMIENTO (esplenectomía, eritrocitos opsonizados, etc.)  
DESCRIBIR.

VBIGILANCIA FETAL:

USG FECHA RESULTADO

PSS FECHA ANOMALIA

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO (RPM, RCIU, EHIE, OTRAS) DESCRIBIR.

VIA Y FECHA DSE RESOLUCION DEL EMBRAZO

INDICACION DE LA RESOLUCION

PESO APGAR TALLA SEXO

CARACTERISTICAS DE LA PLACAENTA

CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO COPPLICACIONES NEONATALES.

AMNIOTICO

CUENTA PLQUETARIA DSEL RECEN NACIDO