



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

**“FRECUENCIA DE LA RELACION ENTRE LAS ENFERMEDADES
AUTOINMUNES Y LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD
HIPERTENSIVA ASOCIADA AL EMBARAZO EN LAS
PACIENTES DE LA UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA
DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO DE ENERO DEL
2006 A DICIEMBRE DE 2009”**

T E S I S D E P O S T G R A D O

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
DRA. REYNA LAURA LOPEZ SANCHEZ



MEXICO, D.F. JULIO DE 2010



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.

DR. ANTONIO GUERRERO HERNANDEZ
JEFE DE LA UNIDAD PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
POSTGRADO

DRA. ROCIO GUERRERO BUSTOS
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN Y PROFESOR ADJUNTO DEL
CURSO DE POSTGRADO

DRA. MARTHA LEÓN ALCÁNTARA
ASESOR DE TESIS
MEDICA ADSCRITA AL SERVICIO DE PERINATOLOGÍA

DRA. REYNA LAURA LÓPEZ SÁNCHEZ
AUTOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme formar parte de esta aventura hermosa llamada vida.

A mis padres por haberme dado la vida, Papá se que desde el cielo cada noche se ilumina una estrella para mi, Leo gracias por todo el amor, el apoyo, la comprensión, no tengo más que agradecerte todo lo que has hecho de mí.

A mis hermanos por ser parte fundamental de mi vida por acompañarme durante el camino.

A Erick por su apoyo incondicional, por tener siempre para mí una palabra de aliento, por formar parte de mi vida. Gracias mo.

A la Dra. Martha León por su apoyo para la realización de esta tesis, así como todas sus experiencias y enseñanzas.

A mi segunda familia la Guardia "C", la mejor de todas: A Víctor por la amistad que nos une, por haber emprendido juntos la especialidad, por sus consejos. TQM. A mis amigos Amanda, Betty, Alfredo, Ingrid, Renata, Gerardo, Araceli, Pepe, Ariadna, Malú, Leti, Rosa, Mario, y Bere, porque compartimos trabajo, desvelos, risas, llanto, por los momentos especiales.

Agradezco el apoyo de los todos médicos que contribuyeron a mi formación.

A mis compañeros de generación, Ana, Alex, Mich, Leo, Israel, Morelia, Silvia y Mónica, por su apoyo y compañía.

INDICE

Resumen	5
Introducción	6
Inmunología de embarazo	6
Generalidades	7
Lupus Eritematoso Sistémico	7
Efecto durante el embarazo	12
Artritis Reumatoide	13
Efecto durante el embarazo	16
Síndrome de Anticuerpos Antifosfolipidos	20
Justificación	23
Hipótesis	23
Objetivos	23
Diseño y duración	23
Material y métodos	23
Variables cuantitativas	24
Variables cualitativas	24
Criterios de inclusión y exclusión	25
Resultados	26
Discusión	37
Conclusiones	39
Bibliografía	41

Resumen

El embarazo aunado a la presencia de una enfermedad autoinmune es por definición, un evento de alto riesgo, tanto por la elevada frecuencia de resultados fetales adversos, como por el riesgo potencial para la madre. Las exacerbaciones durante el embarazo afectan principalmente los sistemas cutáneos y/o articular. Los datos obtenidos de estudios prospectivos demuestran que solamente una minoría de pacientes sufre de complicaciones severas. Dentro de las enfermedades autoinmunes se encuentran las más frecuentes como son el lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide y el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, estas pacientes tienen predisposición para desarrollar durante el embarazo alguna enfermedad hipertensiva y así modificar el curso de la gestación.

Una correcta valoración de las mujeres embarazadas con alguna enfermedad autoinmune demanda una frecuencia aumentada de visitas médicas, siendo ideal un control de un equipo interdisciplinario formado por el reumatólogo, el ginecoobstetra, y cuando sea necesario el hematólogo. El estudio de estas pacientes es indispensable con el fin de establecer su pronóstico y de precisar su tolerancia frente al embarazo.

Objetivo.

Determinar la frecuencia de la relación entre las enfermedades autoinmunes y la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo.

Material y métodos.

Se realizó un estudio de investigación clínica, retrospectivo y analítico. Se revisaron expedientes de pacientes ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México en el periodo comprendido de enero de 2006 a diciembre del 2009. Se excluyeron expedientes clínicos incompletos y pacientes atendidas fuera del HGM. Se revisaron resultados sobre la frecuencia de cada tipo de enfermedad autoinmune, frecuencia de alguna enfermedad hipertensiva o alguna enfermedad concomitante, vía de interrupción y repercusión sobre los productos. Los datos se procesaron mediante hoja de cálculo de Excel y se reportaron mediante graficas.

Resultados.

Se revisaron 33 expedientes de pacientes embarazadas con alguna enfermedad autoinmune en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México. En cuanto a la frecuencia de enfermedad autoinmune la más común encontraba fue LES (54.4%), seguido de artritis reumatoide (36.2%), dos pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y una de ellas con esclerosis sistémica. El 21.2% de las pacientes desarrollaron alguna enfermedad hipertensiva durante el embarazo.

FRECUENCIA DE LA RELACIÓN ENTRE LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ASOCIADA AL EMBARAZO EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE ENERO DEL 2006 A DICIEMBRE DE 2009

INTRODUCCION

Una de las características del sistema inmunitario tradicionalmente aceptada es su capacidad para distinguir lo propio de lo ajeno. La mayor parte de los animales son capaces de reconocer una amplia serie de materiales extraños y de generar reacciones contra ellos, pero en circunstancias normales, no ponen en marcha respuestas inmunitarias contra los antígenos propios, por lo cual se toleran a si mismos. El conocimiento de los propios desempeña un papel importante en la génesis de los receptores inmunitarios de los linfocitos T y B y un papel primordial en el reconocimiento de los antígenos nominales por los linfocitos T pero, en general, se evita el desarrollo de respuestas inmunitarias potencialmente nocivas contra los autoantígenos. La autoinmunidad, por lo tanto, representa el resultado final del fracaso de uno o de más mecanismos básicos que regulan la tolerancia inmunitaria.

Las enfermedades autoinmunitarias constituyen un espectro amplio que abarca desde aquellas que afectan específicamente a un solo órgano hasta los trastornos generalizados con afección de varios órganos.

Las enfermedades autoinmunitarias sistémicas difieren de las específicas de órgano en que las lesiones afectan a órganos y tejidos múltiples y diferentes. La característica distintiva de estos procesos es la demostración de las manifestaciones autoinmunitarias pertinentes asociadas, que probablemente constituyen la causa de la alteración orgánica. El prototipo por sus abundantes fenómenos autoinmunitarios es el lupus eritematoso generalizado. (1).

INMUNOLOGIA DEL EMBARAZO

El embarazo es una situación fisiológica caracterizada por diversos cambios inmunoendocrinos con el objeto de que el sistema inmunitario alcance tolerancia a los antígenos paternos y fetales. Los procesos que participan en este fenómeno de tolerancia inmunológica son complejos y no están totalmente dilucidados. Se requieren diversos factores locales en la interfase materno-fetal para mantener la tolerancia y asegurar la supervivencia total.

El rechazo del trofoblasto se evita a través de la expresión regulada de antígenos del HLA por las células del trofoblasto placentario (HLA-G), y por la prácticamente ausencia de antígenos HLA de clase I, lo que favorece la tolerancia materna.

Las citoquinas Th2 (IL4, IL10 y factor inhibidor de leucemia) favorecen la regulación de procesos fundamentales para la supervivencia embrionaria, como la vascularización y el control de la reacción inmunitaria materna.

Existe evidencia de que se produce un cambio en la respuesta de las células T helper 1 a T helper 2 durante el embarazo. Esto produce una inhibición de la inmunidad celular y un aumento de la inmunidad humoral. Este cambio en el patrón de citoquinas se ve influenciado por cambios hormonales.

GENERALIDADES

A continuación se tratara brevemente de cada una de las enfermedades autoinmunes más representativas y frecuentes.

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

El lupus eritematoso generalizado es una enfermedad, autoinmune, crónica, multisistémica de evolución variable, caracterizada por los periodos remisión y reactivación. Las características clínicas de esta patología varían según los órganos afectados, y a su vez la diversidad clínica se caracteriza serológicamente por un amplio espectro de autoanticuerpos, el evento fisiopatológico central de la enfermedad. Se ha señalado al respecto que la apoptosis celular jugaría un rol, al provocar respuesta inmune. (2).

El lupus eritematoso sistémico afecta principalmente a mujeres, sobre todo en edad reproductiva. Su prevalencia en la población general es de 3-4/1.000 y en obstetricia tiene una incidencia de 1:1600 a 3000 partos.

Respecto a la etiología, se citan factores genéticos como la presencia de alelos nulos HLA DR2-3 y 4; factores medioambientales como la exposición a sol y fármacos. (3). También las hormonas principalmente estrógenos han sido relacionados, lo que explicaría su alta prevalencia en mujeres.

Desde el punto de vista obstétrico la paciente lúpica tiene mayor riesgo de aborto, prematuridad, retardo en el crecimiento intrauterino, preeclampsia y lupus neonatal. (3).

Desde el punto de vista reumatológico, se sabe que ocurren más exacerbaciones de lupus durante el embarazo, especialmente en el último trimestre y puerperio. (4).

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico característico y la presencia de autoanticuerpos. Los criterios para clasificarlos se enumeran en el cuadro 1 y el cuadro 2. La finalidad de los criterios es confirmar el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en los pacientes que participan en los estadios clínicos. Cualquier combinación de cuatro o más de los 11 criterios, comprobados durante la historia clínica, aumenta las probabilidades de que se trate de LES (especificidad y sensibilidad de aproximadamente 95 y 75%, respectivamente). (1).

Los once criterios necesarios para el diagnóstico de lupus eritematoso

Criterio	Definición
Eritema Malar	Ronchas en la mejillas
Eritema Discoide	Ronchas en placas levantadas
Fotosensibilidad	Reacción a la luz solar produciendo un aumento del eritema en la piel
Ulceras Orales	Ulceras en la nariz o boca, habitualmente indoloras
Artritis	Artritis no erosiva que afecta dos o más articulaciones periféricas (artritis en donde el hueso cercano a la articulación no llega a destruirse)
Serositis	Pleuritis o pericarditis (inflamación de la tela que envuelve el corazón o pulmón)
Afección renal	Exceso de proteínas en la orina (mayor de 0.5 gramos al día, o 3+ en las tiras diagnósticas de laboratorio) y/o cilindros celulares (elementos anormales que se forman de glóbulos rojos o blancos y/o células en el túbulo renal)
Afección Neurológica	Convulsiones y/o psicosis en ausencia de medicamentos o trastornos neurológicos, los cuales pueden producir éstas manifestaciones.
Afección Hematológica	Anemia hemolítica o leucopenia (globulos blancos por debajo de 4,000 células por milímetro cúbico)

o linfopenia (menos de 1,500 linfocitos por milímetro cúbico o trombocitopenia (menos de 100,000 plaquetas por milímetro cúbico). La leucopenia y linfopenia se deben detectar en dos o más ocasiones. La trombocitopenia se debe detectar en ausencia de medicamentos que pueden producir esta disminución.

Anticuerpos Antinucleares	Prueba positiva para los anticuerpos antinucleares (ANA) en ausencia de las drogas sabidas para inducirlo.
Afección Inmunológica	Examen de laboratorio positivo para anti ADN de doble cadena, anti Sm positivo, o falsas positivas para la sífilis (VDRL).

Adapted from : Tan, E.M. et al. The 1982 Revised Criteria for the Classification of SLE. Arth. Rheum. 25: 1271-1277. (Referencia de: Tan, E.M. y col. Revisión de criterios de 1982 para la clasificación de LES. Arth Rheum 25: 1271-1277.)

Tabla de Síntomas

Síntomas	Porcentaje
Dolores articulares (artralgias)	95%
Fiebre de más de 100 F° (38 C°)	90%
Artritis (articulaciones inflamadas)	90%
Fatiga prolongada o extrema	81%
Ronchas en la piel	74%
Anemia	71%
Afección de los riñones	50%
Dolor en el pecho con respiración profunda (pleuresía)	45%
Roncha en forma de mariposa en las mejillas y nariz	42%
Sensibilidad a la luz solar (fotosensibilidad)	30%
Pérdida del cabello	27%
Problemas en la coagulación de la sangre	20%
Fenómeno de Raynaud (dedos que se ponen blancos y/o morados-azules con el frío)	17%
Convulsiones	15%
Úlceras en la Boca o la Nariz	12%

Manifestaciones diseminadas

Al principio el LES suele dañar uno o varios órganos y sistemas pero con el tiempo aparecen mas manifestaciones. La mayor parte del tiempo se manifiestan síntomas generalizados como fatiga, mialgias y artralgias. (1).

Manifestaciones musculoesqueleticas

La mayor parte de los individuos con LES padece poliartritis intermitente, leve o discapacitante, caracterizada por edema de los tejidos blandos e hipersensibilidad articular, casi siempre de las manos, muñecas y rodillas. La presencia de sinovitis visible sugiere que la enfermedad es diseminada y activa. Solo el 10% de los pacientes manifiestas deformidades articulares. Es raro observar erosiones en las radiografías y su presencia sugiere artropatía inflamatoria distinta del lupus como artritis reumatoide.

Manifestaciones cutáneas

La dermatitis por lupus se clasifica en lupus eritematoso discoide, eritema generalizado, lupus eritematoso cutáneo subagudo y otros.

Las lesiones discoides son circulares, con bordes eritematosos, hiperpigmentadas, escamosas, y ligeramente elevadas con centros atróficos. Las lesiones llegan a causar desfiguración, en particular en la cara y el cuero cabelludo. El tratamiento consiste en la aplicación local de glucocorticoides y la administración generalizada de antipalúdicos.

Manifestaciones renales

La nefritis suele ser la manifestación mas grave del lupus, puesto que está y las infecciones constituyen las principales causas de mortalidad durante los primeros diez años de evolución. La nefritis es asintomática en casi todos los pacientes con lupus, de manera que es importante realizar un examen general de orina en todos paciente con sospecha de esta enfermedad.

Manifestaciones del sistema nervioso central

La manifestación mas frecuente del lupus difuso en el SNC, es disfunción cognoscitiva, en particular problemas de la memoria y el razonamiento. También son frecuentes las cefalalgias, cuando son muy intensas indican exacerbación de lupus y cuando son leves son difíciles de distinguir de la migraña y la cefalalgia tensional. El lupus puede suscitar convulsiones de cualquier tipo.

Manifestaciones pulmonares

La manifestación pulmonar más común de LES es la pleuritis, con o sin derrame pleural. Las manifestaciones pulmonares más peligrosas son la inflamación intersticial que origina fibrosis y la hemorragia intraalveolar.

Manifestaciones cardíacas

Las manifestaciones cardíacas más frecuentes es la pericarditis, casi siempre responde al tratamiento con antiinflamatorios y rara vez origina taponamiento. Los problemas cardíacos más graves la miocarditis y endocarditis fibrinosa de Libman-Sachs.

Manifestaciones hematológicas

La manifestación hematológica más frecuente es la anemia, por lo general de tipo normocítico normocrómico, lo que refleja la presencia de una enfermedad crónica. En algunos casos la hemólisis comienza pronto y es muy intensa, por lo que debe administrarse una dosis alta de glucocorticoides, casi siempre con resultado positivo. También es común observar leucopenia, que suele consistir en linfopenia. No obstante, la trombocitopenia puede ser un problema recurrente. Si la cuenta plaquetaria es mayor de 40 000 mil y no hay hemorragia no es necesario administrar tratamiento alguno.

Manifestaciones digestivas

Algunas exacerbaciones del lupus se manifiestan por náusea, vómito, dolor abdominal difuso por peritonitis autoinmunitaria. La vasculitis intestinal puede ser peligrosa, algunas de las complicaciones pueden ser perforación, isquemia, hemorragia y sepsis. (5).

Efecto durante el embarazo

La actividad del lupus eritematoso sistémico está asociada con varias complicaciones; pérdida del embarazo, parto pretérmino, preeclampsia o síndrome de HELLP. Igualmente los embarazos planeados, durante la etapa de inactividad del lupus se observan complicaciones maternas tales como hipertensión y parto pretérmino. (6).

La historia de nefropatía no impide un embarazo exitoso, pero la nefritis activa se relaciona con pérdida del embarazo. La historia obstétrica de pérdidas previas de embarazos es uno de los factores más importantes para predecir pérdidas futuras. La enfermedad renal activa y la hipertensión materna son importantes predictores de pérdidas fetales y nacimientos prematuros.

Las principales complicaciones del recién nacido son la prematurez, retardo en el crecimiento, lupus neonatal (que ocurre por el paso trasplacentario de anticuerpos anti-SS-A-Ro de la madre al producto). Los anticuerpos antiRo/SSA de 52 KD se encuentran asociados al bloqueo cardiaco congénito. (6).

Las exacerbaciones afectan principalmente el sistema cutáneo y/o articular, solo una minoría de pacientes sufre complicaciones severas. El compromiso renal es de 43% entre las exacerbaciones del LES. Sin embargo durante el embarazo solo el 11% del total de exacerbaciones fue considerado como severas, acorde a los rangos de actividad. (7).

La hipertensión se desarrolla entre 37 a 56 %. Ciertamente la preeclampsia es la causa que complica el embarazo en 30% de las mujeres. (8).

La actividad renal es uno de los principales riesgos. La necesidad de diferenciar la falla renal lúpica de la preeclampsia ocurre en un 25% de los casos de mujeres lúpicas embarazadas, aunque no exista un método significativo para distinguir estas dos entidades. Los métodos actuales clínicos y de laboratorio discriminan pobremente entre exacerbación y preeclampsia.

La enfermedad renal activa es un predictor estadísticamente significativo de pérdidas fetales.

Complicaciones obstétricas

Las complicaciones obstétricas más frecuentes en la embarazo lúpica son: muerte fetal 41%, retardo en el crecimiento intrauterino 32%, ruptura prematura de membranas 11%.

ARTRITIS REUMATOIDE

Es una enfermedad sistémica crónica de etiología desconocida. El embarazo es una situación fisiológica que ejerce una influencia definida sobre la evolución clínica de la misma, benéfica en la mayoría de los casos. Además, los fármacos utilizados pueden llegar a afectar al feto adversamente. Es una enfermedad que afecta las principalmente las pequeñas articulaciones de las manos y los pies de forma simétrica.

La prevalencia de la artritis reumatoide (AR) es cercana al 0.8% de la población. Las mujeres se afectan con una frecuencia casi tres veces más alta que los varones.

La prevalencia aumenta con la edad (máxima incidencia entre los 40 a 60 años) y las diferencias entre los sexos disminuyen en el grupo de población de edad avanzada. La AR se observa en todo el mundo y afecta a todas las razas. (9).

Etiopatogenia

La causa sigue siendo desconocida, se ha sugerido que esta enfermedad es una manifestación de la respuesta del huésped con predisposición genética a un agente infeccioso, entre los que se encuentran *Mycoplasma*, virus de *Epstein barr*, *Citomegalovirus*, *Parvovirus* y virus de la Rubeola. (10).

El proceso por que el agente infeccioso podría desencadenar la artritis inflamatoria crónica es también un tema controvertido. La infección persistente de las estructuras articulares o la retención de los productos microbianos en los tejidos sinoviales, generaría una reacción inflamatoria crónica.

Manifestaciones Clínicas

En la evolución anatomoclínica, se distinguen tres periodos. No hay separación neta entre ellos, más bien se superponen se pasan de manera imperceptible uno de otro.

Periodo de comienzo: es la forma de comienzo más frecuente, ya desde las primeras semanas, la artritis afecta varias articulaciones de manera simultánea, preferentemente la de las muñecas, las manos, los pies y las rodillas, la tendencia a la simetría y evolución lentamente progresiva.

Periodo de estado: se caracteriza por la plena afirmación de todos los caracteres clínicos y radiológicos típicos de la enfermedad.

Periodo de secuelas: las deformaciones articulares son consecuencia de la destrucción de cartílago y del hueso, de la hiperlaxitud o de la retracción de las formaciones capsuloligamentarias, de alteraciones tendinosas y de contractura o atrofia muscular.

Articulares

Las muñecas se afectan en casi todos los casos; también es casi constante la afección de las articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas proximales de las manos, metatarsofalángicas y rodillas; siguen por su frecuencia los tobillos, los hombros, los codos, las caderas, las temporomandibulares, las esternoclaviculares y las acromioclaviculares. La columna cervical es el único segmento vertebral que se afecta en la AR.

Clínicamente, la sinovitis se manifiesta por dolor, tumefacción y disminución de la movilidad articular. El dolor varía desde una pequeña molestia hasta un dolor intenso y persistente. Se exagera con la presión y la movilización. La tumefacción articular se desarrolla a expensa de la inflamación de las partes blandas y por la presencia de líquido intrarticular. (1)

Hay aumento de calor local pero no enrojecimiento. La movilidad articular esta medida en parte por el dolor y en parte por la tensión intrarticular. La rigidez intrarticular después de la inactividad es otro síntoma muy frecuente. Es característica la rigidez matutina, sensación de entumecimiento de las manos que se nota al despertarse por la mañana y que puede durar más de una hora. Al cabo de unos meses de evolución se aprecia atrofia en los músculos próximos a las articulaciones afectas.

Las deformaciones más características en las manos son: desviación cubital de los dedos, hiperextensión de las interfalángicas proximales con flexión compensadora de las interfalángicas distales (deformación en cuello de cisne), y en el primer dedo, hiperextensión de la interfalángica y flexión de la metacarpofalángica.

Extrarticulares

La astenia y la anorexia son frecuentes. Se comprueba fiebre en caso de comienzo agudo y cuando existen manifestaciones extrarticulares (vasculitis necrosante o serositis). Si hay fiebre y no se dan estas circunstancias, hay que pensar en la supresión brusca de glucocorticoides o en una complicación infecciosa.

Nódulos reumatoides: Se hallan en alrededor del 20% de los enfermos, casi exclusivamente en los seropositivos. Se localizan en el tejido subcutáneo, el olécranon, la superficie dorsal de los dedos, la rodilla, la cara anterior de la tibia, las zonas de roce del tobillo y del dorso del pie y los tendones y sus vainas.

Vasculitis: Pueden aparecer diversos tipos. La variedad de mayor trascendencia es la vasculitis necrosante. Se asocia a títulos altos de factor reumatoide, IgM e IgG y disminución del complemento sérico. Este cuadro se acompaña de fiebre, adelgazamiento y leucocitosis, y puede ser causa de muerte.

Manifestaciones pleuropulmonares: Son raras y se observan sobre todo en los varones. Incluyen pleuritis, fibrosis intersticial, bronquiolitis obliterante, nódulos pleuropulmonares e hipertensión pulmonar.

Alteraciones cardíacas: En las autopsias las alteraciones cardíacas (serosis, nódulos, vasculitis, depósito de amiloide, aterosclerosis) son frecuentes, pero solo una pequeña proporción causa manifestaciones clínicas. Con el ecocardiograma se detectan derrames pericárdicos en casi la mitad de los enfermos hospitalizados, pero la pericarditis con manifestaciones clínicas o con expresión radiológica o electrocardiográfica es rara.

Manifestaciones neurológicas: Pueden tener tres orígenes: a) polineuropatía o mononeuritis múltiple relacionada con la vasculitis; b) compresión de nervios periféricos que esta situada cerca de una sinovial engrosadas, y c) manifestaciones derivadas de las alteraciones cervicales.

Manifestaciones oculares: En ojo las principales manifestaciones son la epiescleritis y la escleritis. La epiescleritis es transitoria y benigna.

La escleritis, generalmente bilateral, se manifiesta por dolor intenso, lagrimeo y signos inflamatorios; la esclerótica se adelgaza provocando ectasia y a veces perforación (escleromalacia perforante) con las correspondientes complicaciones, como endoftalmis, glaucoma agudo y pérdida total de la visión.

Alteraciones laríngeas: La artritis cricoaritenoides suele ser clínicamente latente y raras veces se manifiesta por sensación de cuerpo extraño en la garganta al hablar, ronquera, dolor en laringe y, en casos excepcionales, por síntomas obstructivos.

Diagnóstico

De acuerdo al Colegio Americano de Reumatología (ACR-American College of Rheumatology), se establece el diagnóstico de AR cuando están presentes cuatro de los siete criterios, siempre y cuando de los criterios uno al cuatro, estén presentes al menos 6 semanas.

1. Rigidez matutina de al menos una hora de duración.
2. Artritis en 3 o más áreas articulares.
3. Artritis de las articulaciones de la mano.
4. Artritis simétrica.
5. Nódulos reumatoides.
6. Cambios radiológicos compatibles con AR.
7. Factor reumatoide positivo.

Como es de notarse, el factor reumatoide es el criterio menos importante, ya que no todos los pacientes con AR lo tienen positivo y algunas personas sanas, lo tendrán positivo, sin significar tener la enfermedad. Además de síntomas tales como edema, calor, enrojecimiento y movimiento limitado de las articulaciones, la presencia de un anticuerpo (factor reumatoide) puede ser un indicio de AR, aunque aparece también en muchas personas que no la padecen.(8)

Efecto durante el embarazo

El efecto del embarazo sobre el curso clínico de la enfermedad es benéfico en la mayoría de los casos. La tendencia de las pacientes con AR a mejorar durante el embarazo ha sido advertida en varias comunicaciones retrospectivas. En la mayoría de las pacientes, la mejoría tuvo lugar durante el primer trimestre. La remisión en un embarazo a menudo indica que puede esperarse una remisión similar en gestaciones posteriores. La mayoría de las pacientes que mejoraron durante el embarazo presentaron una recaída entre las 6 semanas y los 6 meses posparto. Recientemente se ha demostrado un efecto protector del embarazo contra el desarrollo de la AR.

No existen evidencias de que las mujeres con AR tengan incremento en el riesgo de presentar abortos espontáneos, preeclampsia o parto pretérmino. Sin embargo, la relación no se ha investigado de manera exhaustiva.

No parece ejercer efectos significativos sobre la capacidad para tener un embarazo un parto y un recién nacido normal. No se observaron indicios de infertilidad, pero la fecundidad (la probabilidad de concepción) fue menor. (9).

Reactivación de la enfermedad

A las pocas horas del parto los niveles plasmáticos de CRH, ACTH, cortisol y progesterona declinan precipitadamente. La lactancia materna incrementa los niveles plasmáticos de prolactina y oxitocina. Existe además una producción deficiente de hormonas adrenales y gonadales. Es probable que exista predominio de citoquinas Th1 y función subóptima de la inmunidad mediada por células.

Tratamiento

Es posible controlar la inflamación y aliviar así el dolor, restablecer la función y prevenir las deformidades y el daño resultantes de la inflamación persistente. Para alcanzar estos objetivos se recurre a una combinación de tratamiento farmacológico, educación del paciente, fisioterapia y terapia ocupacional.

Salicilatos

Es el pilar del tratamiento farmacológico. Aunque inespecíficos, son excelentes agentes antiinflamatorios y sirven para controlar la inflamación reumatoidea. Se impone la medicación regular en cantidades suficientes para observar los efectos antiinflamatorios (3,6 a 4 g/día) para lograr un nivel nivel sanguíneo suficiente de salicilatos de 20 mg/100 ml.

Se prefiere el ácido acetilsalicílico, que en comparación con otros antiinflamatorios, los efectos colaterales son mínimos. Pueden aparecer complicaciones gastrointestinales, por ejemplo, las irritaciones son comunes en preparados sin revestimiento, pero se evitan en gran medida con los preparados con revestimiento entérico. Interfieren en la agregación plaquetaria, pero esto rara vez provoca una hemorragia clínicamente significativa. (10).

Por lo general la aspirina es relativamente segura durante la gestación. Dos estudios retrospectivos han mostrado una mayor incidencia de gestación prolongada, prematurez, trabajo de parto más prolongado y mayor pérdida de sangre durante el embarazo y el parto, así como una incidencia más alta de anemia en las mujeres que toman grandes cantidades de aspirina durante el embarazo.

Los salicilatos no estarían contraindicados durante el embarazo, pero se recomienda suspender su utilización por lo menos siete días antes del parto, ya que se ha sugerido que la ingesta de aspirina dentro de los diez días del parto determina anomalías hemostáticas maternas y fetales. Además se sabe que los salicilatos atraviesan la placenta, y que también son excretados en la leche materna, pero no se han observado efectos graves. A pesar de estos riesgos, se prefieren los salicilatos para el tratamiento de la AR durante el embarazo. (11).

Medicamentos supresores

Estas medicaciones se utilizan para controlar la inflamación articular persistente que no responde a los salicilatos ni a otros agentes antiinflamatorios no esteroides.

Sales de oro

Algunos estudios controlados han mostrado su eficacia para mejorar la inflamación reumatoide. No se conoce bien el mecanismo de acción del oro, pero hay evidencias de que produce una reducción de los títulos del factor reumatoide y de las concentraciones de otras inmunoglobulinas.

Es un agente potencialmente tóxico. Su efecto colateral más frecuente es la erupción cutánea (clásicamente pruriginosa). Aunque se ha continuado el tratamiento en pacientes con reacciones cutáneas, se lo debe suspender en casos de reacciones graves y si hay compromiso de las mucosas. (12).

Agentes antipalúdicos

En estudios controlados han demostrado ser eficaces, y que se comparan favorablemente con el tratamiento con oro en los estadios tempranos de la enfermedad. Tienen la ventaja sobre las sales de oro que se administran por vía oral una vez al día, y que carecen de complicaciones renales y hematológicas. *Principal efecto adverso:* irritación gastrointestinal y daño ocular, que resulta de su depósito en la retina. Esto parece estar relacionado con la dosis, y suele ser reversible. Los depósitos corneanos no constituyen una contraindicación del tratamiento antipalúdico. Se recomiendan exámenes oftalmológicos regulares para detectar toxicidad retiniana precoz, y se debe suspender el tratamiento si se detectan signos de toxicidad retiniana. (13).

Los antimaláricos se utilizan como fármacos modificadores de la enfermedad en la AR, y también en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico para manifestaciones articulares y cutáneas. (13).

Penicilamina

Esta droga atraviesa la placenta, y puede provocar considerable daño fetal. Por lo tanto, teniendo en cuenta la mejoría de la AR durante el embarazo, es conveniente suspender el tratamiento hasta el final del embarazo.

Sulfasalazina

Es el único fármaco que fue desarrollado originalmente para el tratamiento de la AR. Su utilización durante el embarazo sólo ha sido comunicada en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, en las que parece ser segura.

Aparentemente no aumenta el número de alteraciones fetales ni la frecuencia de abortos. Como sucede con otros agentes que modifican la enfermedad, es preferible no utilizarlo durante el embarazo. Tiene dos metabolitos activos: el 5 amino-salicílico y la sulfapiridina. Esta última atraviesa la placenta, y sus concentraciones en el feto son casi similares a las maternas.

Medicamentos inmunosupresoras y citotóxicos

Cuando las medicaciones supresoras de la enfermedad son insuficientes para controlar la actividad de la enfermedad o provocan efectos colaterales inaceptables o reacciones tóxicas, se debe considerar el siguiente paso de la pirámide terapéutica: Azatioprina, ciclofosfamida y metrotexate. Todas son supresoras de la médula ósea, y han demostrado eficacia en estudios controlados. La ciclofosfamida parece presentar efectos colaterales más graves que las otras dos. La azatioprina tiene efectos colaterales dermatológicos y gastrointestinales. (14).

El metrotexato presenta efectos colaterales hepáticos, gastrointestinales y pulmonares. La ciclofosfamida produce cistitis hemorrágica, y ha causado malformaciones fetales después de la exposición al fármaco en el primer trimestre. Los tres fármacos predisponen a infecciones, y la ciclofosfamida y la azatioprina han sido implicadas como posibles causas de patología maligna. Dado que la mayoría de las pacientes con AR mejoran durante la gestación, a veces no es necesario considerar el tratamiento inmunorregulador durante el embarazo. La dificultad surge cuando se desea iniciar este tipo de tratamiento en una paciente que desea quedar embarazada; en esta situación sería más seguro indicar tratamiento con oro, sulfasalazina o azatioprina. (15).

SINDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDOS

El Síndrome antifosfolípido, (SAAF), es una enfermedad del sistema inmune en la cual existen anticuerpos con aparente especificidad por fosfolípidos con carga eléctrica negativa. Existe una asociación entre Ac. antifosfolípidos y Síndrome de hipercoagulabilidad. El SAAF se define como la ocurrencia de trombosis, aborto recurrente, o ambos, junto con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos circulantes, (Anticoagulante lúpico, anticardiolipinas y b2-glicoproteína I.) (16).

Incidencia

De las coagulopatías 3,5% a 6%.

Clasificación trombofilias:

1. Trombofilias adquiridas:

- Síndrome antifosfolípidos.
- Defectos endoteliales.
- Activación plaquetaria y aumento de viscosidad sanguínea 2ª: Neoplasias, falla renal, etc.

2. Trombofilias hereditarias:

- Deficiencias de proteína S, C.
- Deficiencias de Antitrombina III.
- Hiperhomocisteinemia.
- Resistencia a la proteína C activada.

3. Otras: Muy baja frecuencia.

Clasificación SAAF

Primario: 50% de las pacientes obstétricas con SAAF.

La mayoría no progresaran a un LES y pueden presentar períodos de remisión (clínica y de laboratorio) con escaso riesgo de manifestaciones trombóticas.

Secundario: Se presenta en pacientes con LES u otras enfermedades del tejido conectivo (esclerosis sistémica o AR, etc.).

Asociado: Infecciones, fármacos y otras de muy baja frecuencia.

Cuadro clínico

Reproductiva. Aborto espontáneo recurrente, muerte fetal en el segundo o inicios del tercer trimestre, restricción del crecimiento fetal y preeclampsia severa de inicio precoz (antes de las 28 semanas).

Vascular. Trombosis arterial o venosa en cualquier territorio pero más frecuente en las extremidades inferiores. (Sintomatología durante el embarazo o con el uso de anticonceptivos orales). (17).

Otras. Trombocitopenia, alteraciones de las válvulas cardíacas, livedo reticularis, migraña, úlceras extremidades inferiores, mielopatía, corea e hipertensión pulmonar. (18).

Criterios clínicos mayores:

- Aborto recurrente
- Muerte fetal 2º - 3er trimestre
- Trombosis venosa (trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, etc.)
- Trombosis arterial (ataque isquémico transitorio (AIT), amaurosis fugax, accidente vascular cerebral, etc.)
- Trombocitopenia

Criterios clínicos menores

- VDRL falso (+).
- Test de Coombs (+).
- Anormalidades de válvulas cardíacas.
- Livedo reticularis.
- Migraña.
- Úlceras de piernas.
- Mielopatía.
- Corea.
- Hipertensión pulmonar.
- Necrosis avascular.

Diagnóstico

Un criterio clínico mayor + alteración reproductiva o vascular + una prueba serológica positiva activación de células endoteliales (ACL) positivo y/o ACP IgG o IgM en títulos moderados o altos. (> 15 - 20 unidades GLP). Debe repetirse 6 semanas después para obtener confirmación. El 2 a 3% de la población obstétrica normal, presenta títulos bajos y estos hallazgos no parecen estar asociados a un pronóstico adverso. (19).

Indicaciones para estudio SAAF

- Dos o más abortos consecutivos de primer trimestre.
- Muerte fetal no explicada de segundo o tercer trimestre.
- Trombosis arterial o venosa, EVC, AIT , o amaurosis fugax.
- LES u otra enfermedad del tejido conectivo
- Preeclampsia de inicio precoz (< 28 sem).
- RCIU severo (percentil de crecimiento < 5).
- VDRL falso (+).
- TTPK prolongado.
- Trombocitopenia autoinmune.

Factores de riesgo para trombofilias:

- Antecedente familiar de trombosis antes de 45 años.
- Trombosis extremidades inferiores sin etiología clara.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Ataque isquémico transitorio.
- Accidente vascular encefálico trombótico o embólico.
- Aborto recurrente de causa no explicada.
- Preeclampsia severa y/o de inicio < 30 semanas.
- Obito fetal de causa no explicada.
- Restricción de crecimiento intrauterino severo de causa no explicada.
- Fenómenos trombóticos y tromboembólicos neonatales.
- Púrpura neonatal.
- Fenómenos trombóticos de placenta y cordón umbilical.
- Trombosis mesentérica, venas superficiales abdominales.

Tratamiento y manejo

Durante el embarazo, los resultados perinatales mejoran con el uso de:

- Heparina 5.000 UI c/12 h (o de bajo peso molecular) vía subcutánea.
- Acido acetilsalicílico 100 mg/día oral. Una vez establecida la vitalidad embrionaria (5 a 7 semanas de amenorrea).

Se recomienda usar heparina sólo al principio (primeras 10 semanas) y al final (48 horas previas al parto y primeras 24 horas postparto). La dosis de heparina se ajusta para prolongar el TTPK 1,5 veces su valor normal, 3 a 6 h, después de indicada. Los anticoagulantes orales se utilizan durante el resto de la gestación, ajustada a un INR que no exceda a 2,0. Por el alto riesgo trombogénico durante el peri y postparto, es recomendable reiniciarlo a las 12 horas postparto y mantenerlo por tres meses. Adicionalmente administrarse al menos 1 g de calcio diario debido al efecto osteopénico de heparina. (20).

JUSTIFICACION

La presente investigación realizo con el fin de conocer la frecuencia de la relación entre las enfermedades autoinmunes y la presencia de enfermedad hipertensiva asociada al embarazo en las pacientes de la unidad de ginecoobstetricia del Hospital General de México con el fin de observar el comportamiento de las mismas y su coincidencia con las complicaciones reportadas en la literatura, para realizar así un diagnostico y manejo oportunos.

HIPOTESIS

Las pacientes con embarazo y presencia de alguna enfermedad autoinmune tienen mayor riesgo de desarrollar alguna enfermedad por el estado de inmunosupresión que se tiene durante el mismo.

OBJETIVOS

- Conocer la frecuencia de la relación entre las enfermedades inmunológicas y enfermedad hipertensiva asociada al embarazo.
- Observar la co-morbimortalidad que pueda existir en este tipo de pacientes.
- Conocer la edad gestacional mas frecuente a la que se presenta la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo.

DISEÑO Y DURACION

Se realizo un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional que consistió en la revisión de registros de ingreso de pacientes con el diagnostico de algunas enfermedad autoinmune en el servicio de embarazo de Alto Riesgo de la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México de enero de 2006 a diciembre de 2009, que contaron con el diagnostico confirmado de la patología.

MATERIAL Y METODOS

Se utilizaron los expedientes clínicos de las pacientes que presentaron enfermedades autoinmunes y embarazo de enero de 2006 a diciembre del 2009.

VARIABLES CUANTITATIVAS

- Edad materna
- Edad gestacional
- Número de embarazos
- Frecuencia del tipo de enfermedad autoinmune
- Frecuencia de enfermedad hipertensiva
- Peso del recién nacido
- Apgar

VARIABLES CUALITATIVAS

- Enfermedad asociada
- Vía de resolución del embarazo

DEFINICION DE VARIABLES Y OPERALIZACION DE VARIABLES

Nombre de la Variable	Definición	Definición operacional	Nivel de medición
Edad	No. De años completos transcurridos entre la fecha de nacimiento de la persona y la fecha de ingreso.	15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 >40	Porcentaje
Gesta	Número de veces que se ha embarazo	1, 2, 3, 4 o mas	MEDIA
Edad gestacional	Semanas de gestación al momento del estudio	< 20, 20-24 25-29 30-34 35-39 >40	Porcentaje
Peso del recién nacido	Peso en gramos del producto al nacer	2500 a 4000, > 4000 < 2500	Porcentaje
Apgar al Minuto	Calificación al minuto de nacer	Menos de 7, 7 a 8, 9	Porcentaje
Apgar a los 5 minutos	Calificación de apgar a los 5 minutos	Menos de 7, 7 a 8, 9	Porcentaje

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes embarazadas con diagnostico de alguna enfermedad autoinmune que acudieron al Hospital General de México.
- Pacientes embarazadas con diagnostico de enfermedad autoinmune y enfermedad hipertensiva asociada al embarazo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con expedientes incompletos.
- Pacientes con resolución del embarazo fuera del Hospital General de México.

RESULTADOS

Se realizó una búsqueda de expedientes clínicos los cuales se registraron en el archivo del Hospital General de México con diagnóstico de enfermedad autoinmune y embarazo, en el periodo comprendido de enero del 2006 a diciembre del 2009 recabándose 33 expedientes clínicos que cumplieron de manera adecuada con los criterios de inclusión mencionados previamente.

Los resultados de todos los expedientes fueron los siguientes:

Figura 1. La edad de la pacientes estudiadas fue de 16 a 40 años con un promedio de 25.5 años.

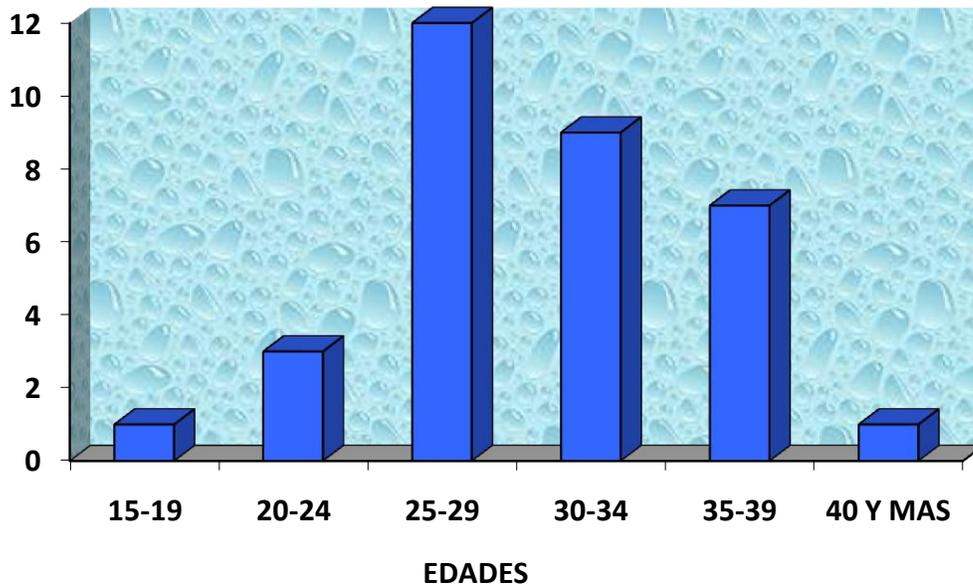
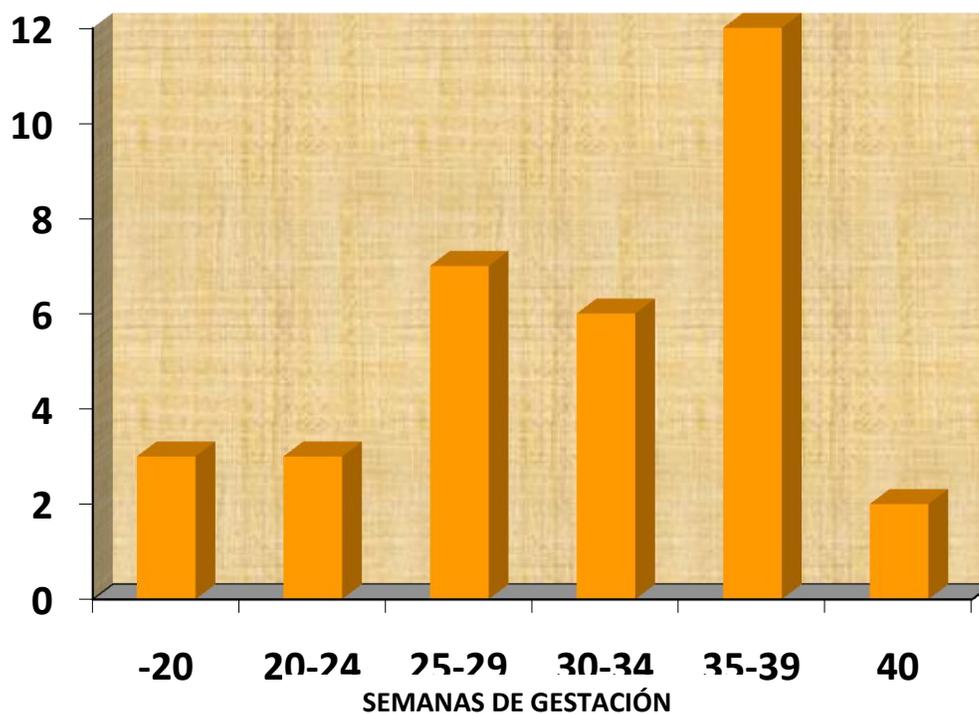
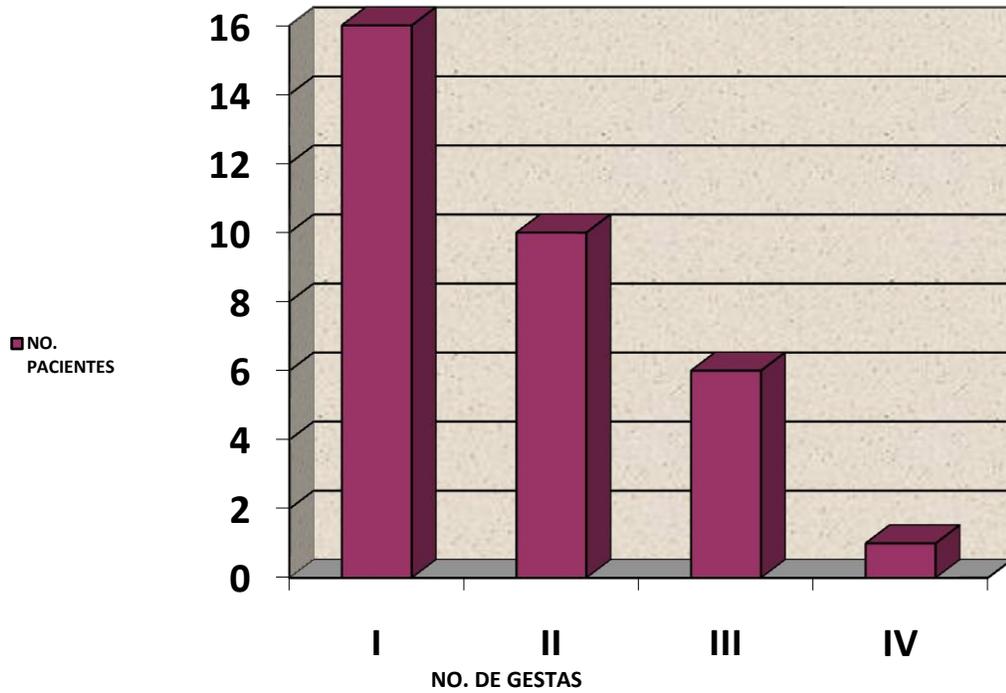


Figura 2. Edad gestacional.



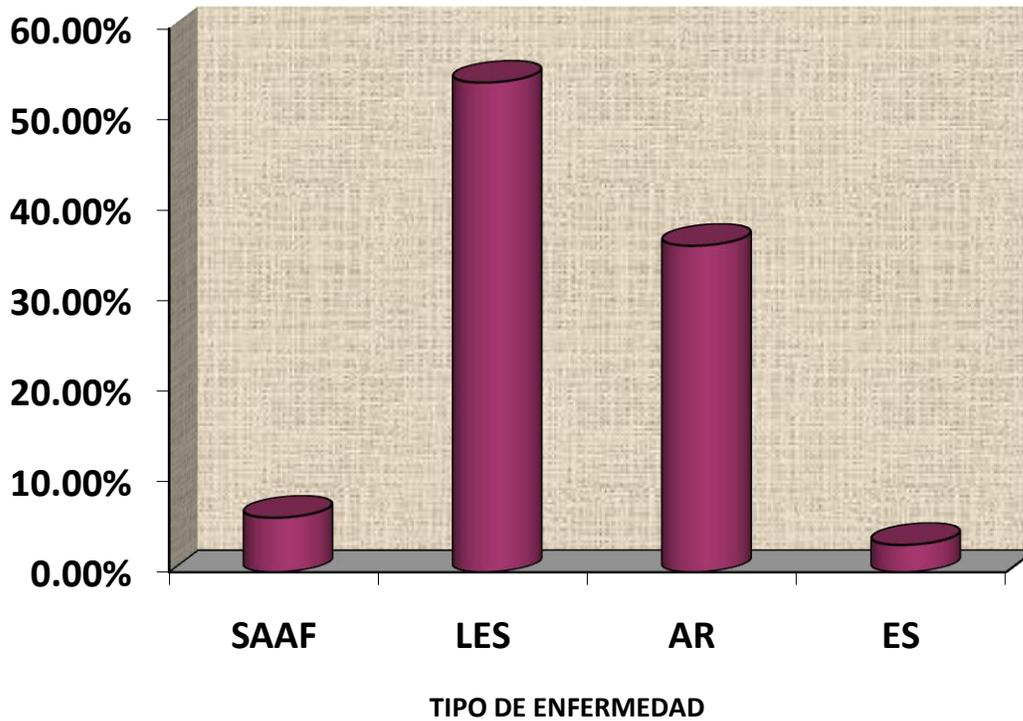
En cuanto a las semanas de gestación en que se encontraban, 12 pacientes (36.3%) estaban entre las 35 a 39 semanas de gestación, 7 pacientes (21.2%) de 25 a 29 SDG, 6 pacientes (18.1%) de 30 a 34 semanas, 3 pacientes (9.09%) menos de 20 semanas, 3 pacientes (9.09%) entre la semana 20 a 24, y 2 (6.06%) se encontraban con más de 40 semanas de gestación.

Figura 3. En cuanto al número de gestaciones se encontraron desde 1 hasta 4 gestas encontrando mayor número de primigestas.



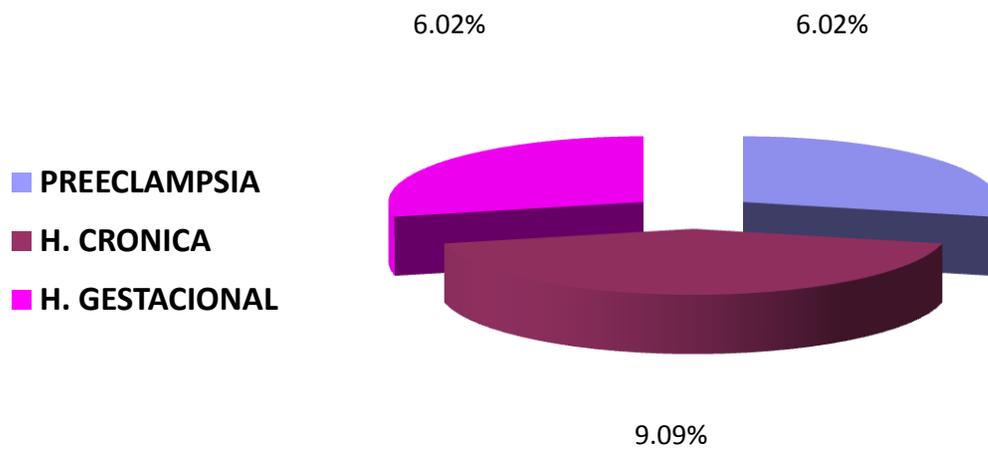
La mayoría de las pacientes eran primigestas un 16 pacientes (48 %), 10 pacientes segundigestas (30%), seis pacientes tercigestas (18%), y solo una paciente gesta IV (3%).

Figura 4. Frecuencia del tipo de enfermedad autoinmune.



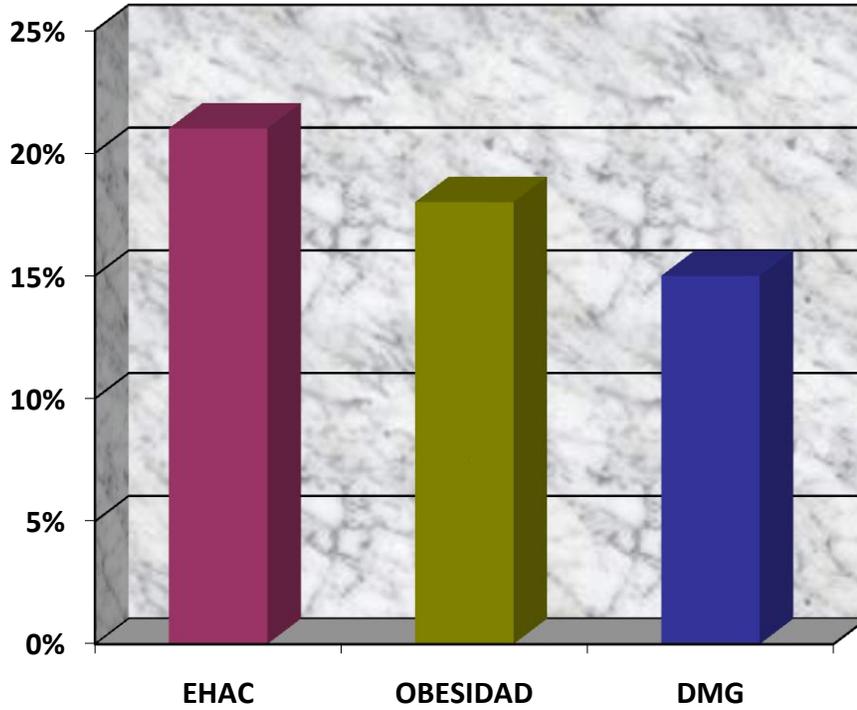
En cuanto al tipo de enfermedad y frecuencia de la misma, 18 pacientes ingresaron con el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (54.4%), 12 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (36.2%), 2 pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolipidos (6.06%), y 1 paciente con diagnóstico de esclerosis sistémica (3.03%).

Figura 5. Frecuencia de enfermedad hipertensiva asociada al embarazo.



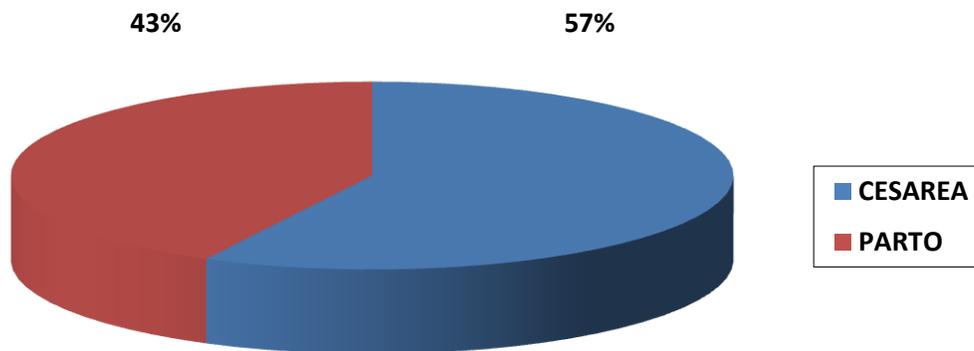
Con referencia a la frecuencia de alguna enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, solo 7 (21.2%) de las 33 pacientes, presento alguna enfermedad hipertensiva, 3 pacientes (9.09%) presento hipertensión crónica, dos de ellas ya se conocían con el diagnostico, 2 pacientes (6.02%) presentaron preeclampsia severa, y 2 pacientes (6.02%) desarrollaron hipertensión gestacional.

Figura 6. Enfermedad asociada



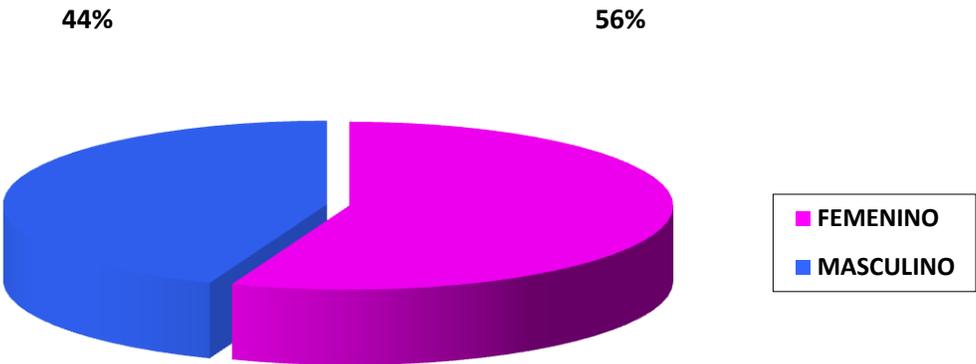
En relación a la presencia de alguna enfermedad asociada a la enfermedad autoinmune, 18 pacientes (54.5%) presentaron alguna enfermedad asociada, 7 pacientes (21.2%) enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, 6 pacientes (18.1%) obesidad, 5 pacientes (15.1%) diabetes gestacional.

Figura 7. Vía de resolución del embarazo.



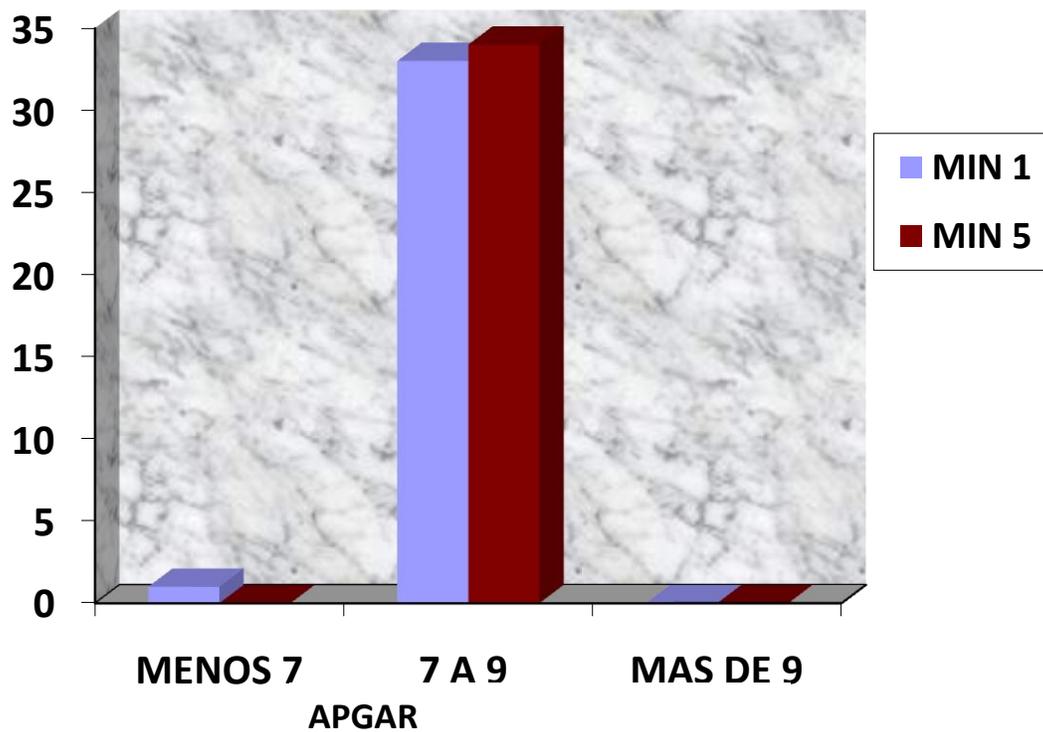
La vía de resolución del embarazo más común fue la Cesárea encontrándose en 19 de los 33 casos correspondientes, 57% aproximadamente y solo 14 partos. Teniéndose como causas de la misma, cinco por baja reserva fetal dos de ellos con registros cardiotograficos no reactivos, además de presentar inversión de flujos en el perfil hemodinámico, tres por falta de progresión del trabajo de parto, tres por desproporción cefalopélvica de estos dos a expensas de pelvis materna, y uno por producto macrosómico, dos por preeclampsia severa, dos por anhidramnios, dos productos pélvicos, un embarazo gemelar y uno con doble circular de cordón.

Figura 8. Sexo de los recién nacidos.



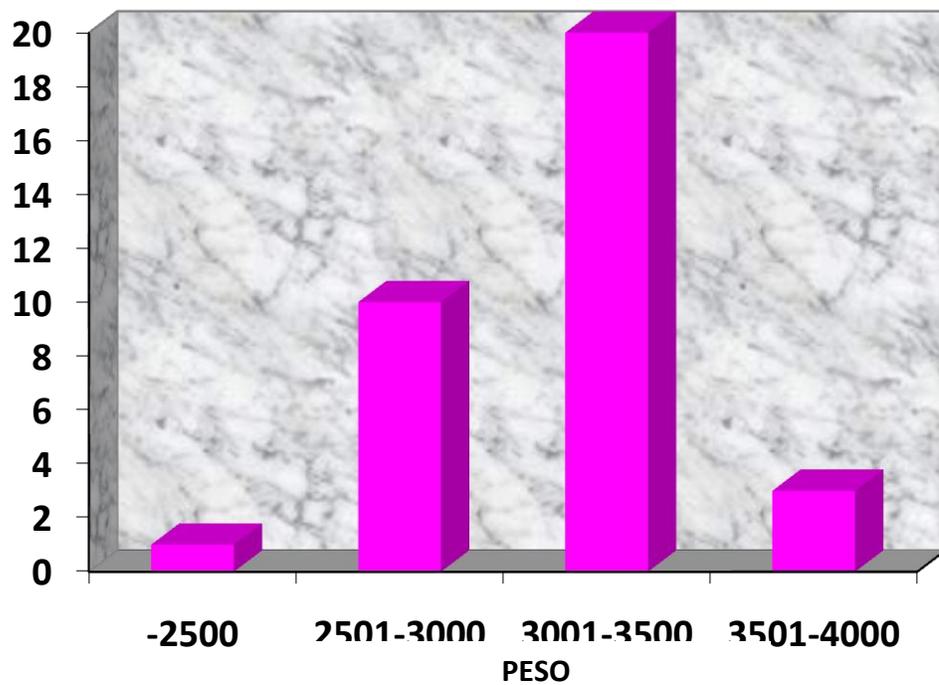
En cuanto a los productos se encontró 19 del sexo femenino (56%), 15 del sexo masculino (44%).

Figura 9. Apgar de los recién nacidos.



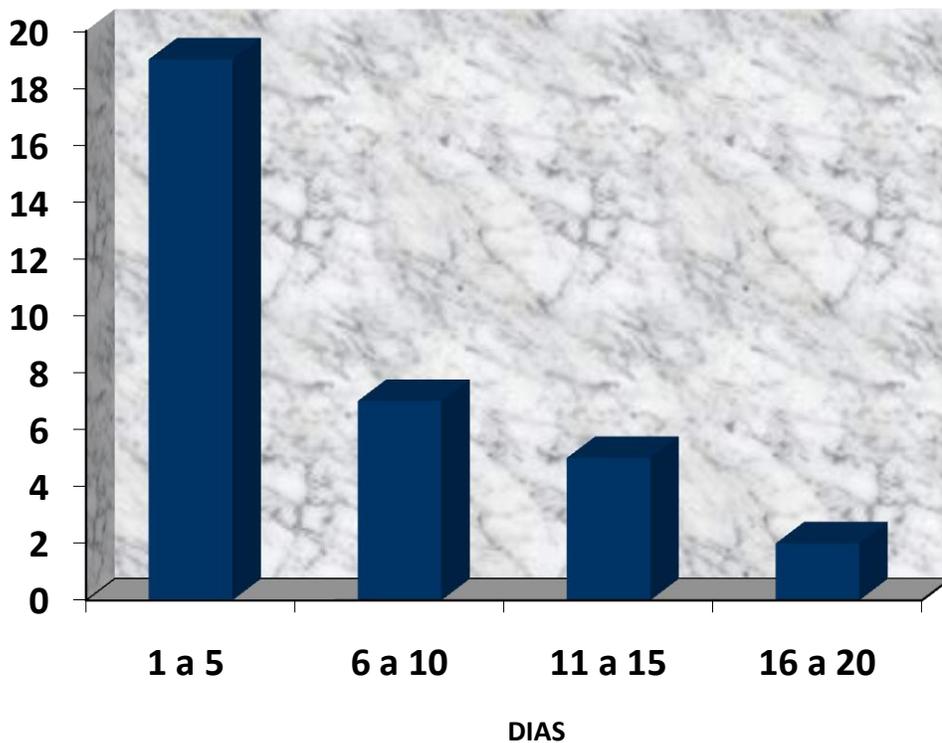
El apgar de los productos oscilo entre 7 a 9 en el primer minuto, solo un producto con menos de 7, de igual manera de 7 a 9 en el quinto minuto.

Figura 10. Peso al nacer.



El peso de los recién nacidos, 20 productos (56.8%) tuvo un peso entre 3001 a 3500 gr. 10 productos (29.4%) entre 2501 a 3000 gr. 3 recién nacidos (8.8%) entre 3501 a 4000 gr. Y solo un producto tuvo peso menor de 2500 gr.

Figura 11. . Días de estancia intrahospitalaria.



Se contó con una estancia intrahospitalaria que varió desde dos hasta los 20 días de internamiento, dentro de estos se encontró que 5 pacientes se ingresaron al servicio de terapia intensiva del servicio de ginecología y obstetricia para su mayor vigilancia.

La mayoría de la pacientes 19 de ellas (57.5%) su estancia fue de 1 a 5 días, 7 pacientes (21.2%) de 6 a 10 días, 5 pacientes (15.1%) de 11 a 15 días, y dos pacientes (6.06%) de 16 a 20 días de hospitalización.

DISCUSIÓN

Con base en los datos obtenidos se puede observar que las pacientes con alguna enfermedad autoinmune pueden cursar con embarazos normoevolutivos, contando con adecuada vigilancia de los mismos, todas las pacientes examinadas ya contaban con el diagnóstico de enfermedad autoinmune, así como vigilancia por parte del servicio de reumatología 60% de los casos, el resto de interconsulta durante el control prenatal o durante el internamiento.

Podemos observar que el mayor porcentaje de pacientes eran primigestas, la edad de las pacientes fue de 16 a 40 años de edad, el mayor porcentaje (48%) se ubicó entre los 25 a 29 años. Se observó que una tercera parte se encontraban entre los 35 a 39 años de edad.

En cuanto a la frecuencia de enfermedad autoinmune la más común encontraba fue LES (54.4%), seguido de artritis reumatoide (36.2%), dos pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y una de ellas con esclerosis sistémica.

Se observó que 21.2% de las pacientes desarrollaron durante su embarazo o bien se conocían con alguna enfermedad hipertensiva, el mayor porcentaje ya contaba con el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica crónica.

Dentro de las patologías asociadas 54.5% de las pacientes contaba con alguna enfermedad asociada a la patología autoinmune.

La vía más común de resolución del embarazo fue la abdominal (previamente ya se mencionaron las causas). Los productos además tuvieron una adecuada evolución independientemente de la vía de interrupción del embarazo, 56% de ellos del sexo masculino, 44% femeninos, se encontró un solo recién nacido con Apgar al minuto menor de 7, en cual la vía de interrupción fue abdominal con anestesia general endovenosa a lo cual podría atribuírsele dicha calificación. Sin embargo, posteriormente no se encuentra consignada ninguna complicación. El resto de los productos (97%) tuvo un Apgar entre 8 a 9.

Las madres tuvieron una evolución satisfactoria a su egreso, aunque dentro de esto los días de estancia intrahospitalaria sean tan variables, ya que algunas de le inicio protocolo de estudios para diabetes e hipertensión prolongando así su estancia dentro del hospital. También se tiene informe de una muerte materna por nefritis lúpica la más grave de las complicaciones del lupus, sin embargo no se conto con más datos por no tener acceso al expediente clínico.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos se concluye:

- Las pacientes con alguna enfermedad autoinmune son más propensas a desarrollar alguna enfermedad concomitante durante el embarazo, sin embargo con respecto a la enfermedad hipertensiva en las pacientes estudiadas fue menor la incidencia a la reportada en la literatura.
- No se observó un aumento del número de interrupciones del embarazo por vía abdominal por la patología de base, en sí, más bien, por indicaciones obstétricas directas.
- En cuanto a las complicaciones de los productos no se encontró en ningún caso de las pacientes estudiadas en nuestra Unidad.
- La actividad lúpica durante el embarazo ha sido objeto de muchas investigaciones y debates. Todos los datos concuerdan con un aumento de la actividad, que puede ocurrir en cualquier trimestre del embarazo, así como durante el puerperio; sin embargo, la mayoría de las exacerbaciones son leves, afectando la piel o las articulaciones, y si no se compromete el riñón, no se presentará un pronóstico adverso.
- La actividad renal en el LES es uno de los principales riesgos durante el embarazo. La ausencia de una historia previa de compromiso renal no excluye la posibilidad de desarrollar enfermedad renal durante el embarazo o el puerperio.
- La artritis reumatoide no suele presentar serios problemas cuando coexiste con el embarazo, ya que las formas con manifestaciones sistemáticas no suelen aparecer en edades fértiles.

- Se considera importante recalcar la detección oportuna de este tipo de pacientes, por lo que se debe realizar con un adecuado control prenatal, lo cual lleva consigo un mejor manejo y pronóstico para las pacientes, así como la importancia también del manejo multidisciplinario con el servicio de Reumatología para el tratamiento y control adecuado de este tipo de pacientes.
- La presente investigación se deja abierta para continuar la vigilancia de estas pacientes y en un futuro corroborar los datos encontrados en la literatura.

BIBLIOGRAFIA.

1. Principios de Medicina Interna. 16ª Edición. 2005. Vol. II. Editorial McGraw-Hill.2154-2167 pp.
2. Burrow G. et al. Complicaciones médicas durante el embarazo. 2002. 5ª Edición. Editorial Médica Panamericana.
3. Petri M, Allbritton J. Fetal outcome of lupus pregnancy: a retrospective case-control study of the Hopkins lupus cohort. J Rheumatol. 2007;20:650-6.
4. Otaño L. Embarazo y lupus eritematoso sistémico. Publicaciones ALUA. On line.
5. Lupus Foundation of America. Inc.
6. Embarazo y Lupus Eritematoso Sistémico. Rev Cubana Gen Integra 2001;17(6):580-3.
7. Nelson JL, Ostensen M. Pregnancy and rheumatoid arthritis. Rheum Dis Clin North Am 1997, 23: 195.
8. Escofer DR. Artritis Reumatoide. En: Farreras VP, Rozman C y col. Medicina Interna. 13ª ed. España, Madrid: Harcourt Brace Publishers International, 1995: vol 1: 1005-1012.
9. Boumpas DT, Fessler BJ, Austin HA. Systemic lupus erythematosus: emerging concepts. Ann Intern Med 1995;123:42-53.
10. Bulmash JM. Rheumatoid arthritis and pregnancy. Obstet Gynecol Annu 2006, 8:
11. Hazes JM, Dukmans BA y col. Pregnancy and the risk of developing rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2006, 33: 1770.
12. Gordon DA. Gold compounds and penicillamine in the rheumatic diseases. En:Kelley WN, Harris ED, Ruddy S y col. Textbook of Rheumatology. 5a. ed. Philadelphia: WB Saunders, 2005:vol 1: 759.

13. Rynes RI. Antimalarial drugs. En:Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB y col. Textbook of Rheumatology. 4a. ed. Philadelphia: WB Saunders, 1993: vol 1: 731.
14. Roubenoff R, Hoyt J, Petri M y col. Effects of anti-inflammatory and immunosuppressive drugs on pregnancyand fertility. Semin Arthritis Rheum 2005, 18:88.
15. Ostensen MA. Treatment whith immunosuppressive and disease modifying drugs during pregnancy and lactation. Am J Reprod Immunol 1992, 28:148.
16. The Antiphospholipid Syndrome, Levine JS, Branch W, Rauch J. N Engl J Med 2002; 346(10): Review.
17. Síndrome Antifosfolipidos y Embarazo. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006;67(3): 296-200.
18. Greer IA: The challenge of thrombophilia in maternalfetal medicine. N Engl J Med 2006; 342(6): 424-5.
19. Kupfermine MJ, Eldor A, Steinman N et al: Increased frequency of genetic thrombophilia in women with complications of pregnancy. N Engl J Med 2004; 340(1): 9-13.
20. Balasch J, Carmona F, López-Soto A et al: Low-dose aspirin for prevention of pregnancy losses with primary Antiphospholipids syndrome. Hum-Reprod 1993; 8:2234-9.