

11217

33  
207



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3  
CENTRO MEDICO LA RAZA**

**ANALISIS DE LOS RESULTADOS DEL MANEJO DE  
LA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO  
SISTEMICO Y EMBARAZO EN H.G.O. No. 3 C.M.R.**

*Handwritten signature*

**TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA  
Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**DRA. LETICIA GONZALEZ MARTINEZ**

**MEXICO, D. F.**

**1984-1987**



**IMSS**  
SEGURIDAD PARA TODOS

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## **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 está 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.

# I N D I C E

	PAG
INTRODUCCION .....	2
GENERALIDADES .....	4
- Etiología y Frecuencia .....	5
- Diagnóstico y manifestaciones clínicas. ....	7
- Efectos del Embarazo sobre el LES.....	9
- Efectos del LES sobre el embarazo .....	10
- Tratamiento .....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
RESULTADOS .....	18
DISCUSION .....	32
CONCLUSIONES .....	37
BIBLIOGRAFIA .....	39

I N T R O D U C C I O N

## INTRODUCCION

El Lupus eritematoso sistémico, es una enfermedad crónica de causa desconocida y la cual es considerada un miembro de la familia de las enfermedades reumáticas (2.8), como se menciona, su etiología es desconocida, en la que la alteración principal parece ser una reactividad inmunológica alterada (1). Muchas publicaciones del siglo XIX, entre otras las de Bateman, Bielt, Hebra, Kaposi, describieron lo que hoy conocemos como Lupus de la piel (4). En 1851 Casanave, fué el primero en utilizar el nombre de Lupus erithemateus; Kaposi en 1872 describe la participación general del Lupus y describe las "alas de mariposa". Hargrave en 1948 describe las células LE y Friou en 1957 la prueba del factor anti-nuclear por inmunofluorescencia (6). Respecto a su asociación con el embarazo, la primera revisión fué hecha por Donalson en 1952, en el que concluye que no había relación o efectos en el curso de un embarazo con Lupus (9,1). Elis y Beroston publicaron un estudio en el que haciendo la correlación del LES y embarazo, reportan 30% de daño fetal. Turner, Levine y Rotham reportan una mortalidad materna de 20 a 60% y un 30 a 50% de morbilidad fetal (3).

Por otro lado, la característica principal de esta enfermedad es el número de diferentes tejidos que pueden estar involucrados cuya variación clínica dependerá de paciente a paciente. Sus características clínicas son la cronicidad, con períodos de remisión y exacerbación; así como su actividad multisistémica; su evolución, puede ser fulminante y la defunción puede ocurrir unas cuantas semanas después, pero más a menudo es crónica por muchos años (7).

La mayoría de las pasientes se quejan de anorexia, malestar general, fatiga artralgias, exantema y fiebre, así como pérdida de peso, durante los períodos de actividad, sobre todo en el tercer trimestre de embarazo y puerperio.

Las lesiones multisistémicas son principalmente a piel, membranas mucosas linfáticos bazo, pulmones, riñón, tubo digestivo y sistema nervioso central (9).

En cuanto al manejo del Les y embarazo, sólo se da tratamiento específico en los períodos de actividad lúpica, si esto no ocurre, bastan medidas generales como evitar la exposición a la luz solar, la cirugía electiva, traumatismos, stress emocional, medicamentos supérfluos y productos derivados del suero como transfusiones y todo aquello que pueda exacerbar el LES.

**G E N E R A L I D A D E S**

## ETIOLOGIA Y FRECUENCIA

El LES no es un trastorno raro, su frecuencia real se ha considerado casi igual al del linfoma (2). Por estudios llevados a cabo en Nueva York, se estableció la frecuencia de 2.6 por 100 mil habitantes. La enfermedad es más frecuente en la raza negra que en la blanca (7). Las mujeres son afectadas 6 a 8 veces más que el hombre; ocurriendo frecuentemente en edades comprendidas entre los 20 y 40 años (3).

La etiología del LES es desconocida; no hay una correlación epidemiológica o serológica con infecciones estreptocócicas, se ha sospechado una predisposición genética pero nunca se ha establecido.

Se ha observado en algunos familiares de personas que sufren LES, que padecen otro tipo de enfermedades inmunológicas o de la colágena, como la esclerodermia, artritis reumatoide, dermatomiositis, fiebre reumática, glomerulonefritis, Síndrome de Sjögren, tiroiditis de Hashimoto, hipoglobulinemia gamma, anemia hemolítica y trombocitopenia con una frecuencia mayor a la de la población general. Se ha dicho también acerca de una inmunidad alterada (10,9,6),



como lo es la presencia de muchos tipos de anticuerpos sericos y de gamma globulinas localizadas a lesiones del riñón (5), bazo o piel; los bajos niveles de complemento circulante y a la presencia de hipergammaglobulinemia y posiblemente una incidencia aumentada de enfermedad reumática en relación a pacientes con LES.

Es conocido también el hecho de que las pacientes con LES tienen exacerbaciones cuando tienen cuadros bacterianos o virales o mala respuesta a la terapéutica (8). Esto se traduce como una disminución del sistema inmunológico, los síntomas que presentan se exacerban por una gran variedad de estímulos, como son la exposición a los rayos solares, ingestión de fármacos, reacciones emocionales intervenciones quirúrgicas, así como el embarazo, observándose que la enfermedad tiende a remitir durante los dos últimos trimestres del mismo (10,13,15).

La recaída viene en el primer trimestre y nuevamente en el puerperio. Los anovulatorios producen exacerbación del LES así mismo puede producir la enfermedad, o al menos un síndrome semejante, por el uso de ciertos medicamentos como difenilhidantoina y otros anticonvulsivantes, hidralazina, isoniacida, fenotiacinas, procainamida, quinidina, sulfonamidas y tiouracilos. (11,10,1).

## DIAGNOSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El diagnóstico de LES a menudo aparece oscurecido por sus manifestaciones variadas y su tendencia a períodos de exacerbación y remisión. (3,8,9,14)

Un criterio específico preliminar para estandarizar el diagnóstico de LES fué propuesto por Chen y Col. en 1971 en el cual mencionan que la artritis o artralgiás se presentan en el 90% (6,8,9) las manifestaciones dermatológicas en un 70-80%, la enfermedad renal en el 46%, las anormalidades hematológicas en el 50%, y el proceso cardiovascular afecta el 30-50% (14,13,11,5).

Además de estas manifestaciones, se encuentran: eritema malar lupus discoide, fotosensibilidad, úlceras orales, células LE, proteinuria pleuritis o pericarditis, psicosis o convulsiones, anemia hemolítica leucopenia o trombocitopenia.

De los aspectos hematológicos, la anemia es la más común (57-78%); leucopenia (50%), existe un descenso absoluto de granulocitos circulantes, así como de células B y T y el descenso de células T es paralelo al curso de la enfermedad (10,11,7,4).

La primera manifestación de LES puede aparecer durante el embarazo y puerperio, en ambos casos el diagnóstico inicial de LES puede ser muy difícil, sobre todo para diferenciar una toxemia de una nefritis, en el tercer trimestre de la gestación, la toxemia a menudo está asociada a manifestaciones renales y puede estar presente solo en el 18 al 25%.

Los anticuerpos antinucleares estarán presentes solo en el LES y no así en pacientes normales o con preeclampsia (4,7).

En una edad gestacional entre 27 y 30 semanas, la severidad de una hipertensión, la gravedad de la implicación renal, anemia, trombocitopenia, defectos en la coagulación y anticuerpos circulantes pueden ser manifestaciones atípicas sugerentes de enfermedades multisistémicas coexistentes. (10,15)

El análisis de varios estudios indica que de los embarazos complicados con LES el 9-21% primero tuvieron manifestaciones durante el embarazo.

## EFFECTOS DEL EMBARAZO SOBRE EL LES

No existe un acuerdo unánime del efecto del embarazo sobre la evolución del LES. Es del sentir general que un embarazo concebido, durante un periodo de remisión sea probable que no altere su evolución y por lo tanto permanezca inactivo sin sufrir exacerbaciones, si aparecen éstas suelen ser de leves a moderadas. En cambio cuando el LES se encuentra activo, la probabilidad de exacerbación es mucho mayor; sin embargo los reportes en relación a exacerbaciones durante el embarazo, varían mucho reportándose una mayor propensión a la descompensación del LES.

Durante el primer trimestre de la gestación y en el puerperio inmediato (13,15,11,1,2)

Los efectos benéficos del embarazo, en la evolución del LES se cree que sean debidos a los cambios hormonales que ocurren durante toda la gestación como lo es el aumento de estrógenos y progesterona, pero principalmente el aumento de esteroides suprarrenales, los cuales tienen función supresora (7,11,15), que mejoran la enfermedad por su origen inmunológico.

## EFECTOS DEL LES SOBRE EL EMBARAZO

El efecto del Lupus eritematoso sistémico sobre el embarazo va a depender de la evolución del mismo Lupus eritematoso, - es decir, que cuando existe un embarazo en pacientes sin actividad lúpica, lo más probable es que pueda llevarse un embarazo practicamente normal.

En cambio cuando el embarazo ocurre en pacientes con Lupus-eritematoso sistémico de larga evolución que ha condicionado cambios renales, e hipertensión crónica, el pronóstico - de éste embarazo se vuelve sombrío y la mortalidad materna- se eleva.

Reportándose que existe un aumento en el 1er trimestre de - la gestación y exacerbación de la enfermedad, en el puerperio inmediato(11,13,15,16).

## T R A T A M I E N T O

El tratamiento hasta el momento no es curativo, sin embargo con un manejo juicioso la enfermedad puede ser controlada - lo suficientemente para permitir una vida activa con un mínimo de incapacidad o molestias ( 2,3,5,8)

Medidas generales: Debe evitarse la exposición a la luz solar directa, cirugía electiva, traumatismos, stress emocional, medicamnetos superfluos y productos derivados del suero como transfusiones y todo aquello que pueda exacerbar el LES. una medida básica es el evitar el embarazo, sobre todo en los periodos activos.

Medidas específicas: Salicilatos, corticoides y algunos anti maláricos.

Corticoides: Su uso ha aumentado el promedio de vida, el --- cual hasta antes de su administración, era de 2 años. la cor tisona no interviene en la ovulación ni en la fecundación, - por lo tanto no impide el embarazo (15) .El uso de éstos me dicamnetos debe reservarse, solo cuando la enfermedad no se puede controlar con medidas generales.

Dentro de sus indicaciones están: Nefropatía activa, miocardi tís aguda, erupciones progresivas o desfigurantes, participa ción del sistema nervioso central, neumonitis lúpica, anemia hemolítica, trombocitopenia, fiebre acentuada y síntomas de - ataque al estado general.

Se pueden identificar 3 grados en la respuesta de los pacientes a la terapéutica con corticoides: en el primer grado desaparecen los síntomas agudos, fiebre, rash artritis, serositis, que pueden remitir en horas. El segundo grado, incluye corrección de las anomalías hematológicas y serológicas, con la desaparición de la anemia, leucopenia, hiper-gammaglobulinemia y los anticuerpos anormales con retorno de la velocidad de sedimentación a lo normal.

Generalmente ésto requiere de 3 a 4 semanas de tratamiento.

(8,9,11)

El tercer grado, es en el que desaparecen las manifestaciones renales, usualmente en un periodo de 6 a 10 semanas de tratamiento, con dosis adecuadas de prednisona de 1 mg/Kg por día, se observa que desaparece la hematuria, anemia, disminuye o desaparece la proteinuria y mejora la filtración glomerular. (14,15,16)

Cuando existen lesiones cardíacas por el LES, lo mejor es administrar corticoides, restricción de líquidos y digital

La pericarditis y la pleuritis responde bien al reposo y a los esteroides, si hay aumento de líquido, lo mejor será evacuarlo por punción.

La anemia hemolítica y la trombocitopenia no necesitan tratamiento a menos que sean sintomáticos y generalmente responden bien a los esteroides, pero de persistir se efectuará esplenectomía.

En un estudio efectuado por Sharon en 1974 se les dió Azathioprina, a razón de 2.5 mg/Kg/Día durante la concepción (12), en 2 pacientes se discontinuó su uso antes de la semana 12 y abortaron en forma espontánea, tres la ingirieron durante todo el embarazo y tuvieron parto normal, pero con productos de bajo peso. Los cariotipos examinados, los test de inteligencia y la evaluación de malformaciones y estudio neurológico de recién nacidos y al año de edad, no mostraron anomalías en ningún niño, aunque en animales se produce paladar hendido, malformaciones esqueléticas, y decremento del tamaño del timo, por lo que debe tenerse precaución durante el embarazo.

El uso de ciclofosfamida está indicado a razón de 100 a 200 mg/día para prolongar la supresión de la glomerulonefritis difusa, las manifestaciones del S.N.C. y las miocarditis pero en pacientes no embarazadas(2,5,8,).

Para los casos menos agudos, se usan los salicilatos sobre -



todo en la fiebre y las artralgiás a razón de 60 mg/Kg/día-

Los antimaláricos como la cloroquina, a razón de 400 a 800-  
mg/día como dosis inicial para lesiones de la piel y artritis(2,13,14).

Debemos tener muy en cuenta, las alteraciones secundarias -  
de el uso de corticoides, como son el efecto diabetogénico,  
un Cushig iatrogénico, adelgazamiento de la piel, aumento de-  
la susceptibilidad a las infecciones, balance nitrogenado ne-  
gativo y osteoporosis.

La hidroxicloroquina puede dar lesiones a nivel ocular, como  
son visión borrosa general, debida a una pérdida de la capa  
de acomodación y opacificación de la córnea, que de-  
saparece al suspender el medicamento.

P L A N T E A M I E N T O

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por el número de pacientes que son vistas en nuestra Unidad con ésta patología, y por los antecedentes científicos en relación al pobre pronóstico que se les otorga a éstas pacientes y sus productos, se decidió hacer el presente trabajo con el siguiente objetivo:

- 1.- Conocer la evolución del embarazo en pacientes con Lupus eritematoso sistémico.
- 2.- Determinar si algún medicamento tiene mayor riesgo de producir alteraciones en el producto.

Para lograr lo propuesto, se efectuaron las siguientes hipótesis:

- 1.- NULA: Todas las drogas utilizadas, controlan a las pacientes, durante el embarazo adecuadamente y no tienen efecto sobre el producto.
- 2.- ALTERNATIVA: Algunos medicamentos utilizados controlan mejor a las pacientes durante el embarazo, y si tienen repercusión sobre el producto.

El plan de trabajo se desarrolló con el siguiente material:  
Se analizaron todos los expedientes de las pacientes con --

Lupus eritematoso sistémico y embarazo que fueron atendidas en H.G.O. No. 3 CMR en el periodo de enero de 1985 a agosto de 1986.

Analizando a cada expediente:

- a) Edad
- b) Tipo de medicamento utilizado
- c) Tiempo de ingesta del medicamento
- d) Dosis
- e) Evolución del embarazo
- f) Tipo de resolución del embarazo
- g) Condiciones del producto al nacer
- h) Condiciones de la madre al egreso

## R E S U L T A D O S

## E D A D

MINIMA	21 AÑOS
MAXIMA	36 AÑOS
MEDIA	26.6 AÑOS

La edad de las pacientes fluctuó entre los 21 y los 36 años con una media de 26.6 años.

## G E S T A C I O N E S

GESTA I	10
GESTA II - III	8
GESTA IV o MAS	2

La gran mayoría fué primigesta en un 50%, GII y GIII en un

40% y GIV o más en el 10%.

## EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

6 - 24 meses	8
25 - 72 meses	7
73 - o más meses	5
Media	3.8 años

El tiempo de evolución de la enfermedad, el mayor número de pacientes, lo encontramos en el período de 6 a 24 meses -- siendo este del 40%, el período de 25 a 72 meses del 35% - y el período de 73 meses o más del 25%.



## TIPO DE MEDICAMENTO

	No. de pacientes	%
PREDNISONA	20	100
NAPROXEN	6	30
ALFAMETILDOPA	6	30
ACIDO ACETIL S.	5	25
HIDRALAZINA	5	25
CLOROQUINA	2	10
CLORAMBUCIL	2	10
VALPROATO, SODICO	1	5
D.F.H.	1	5

El 100% de nuestras pacientes requirieron prednisona, siendo de un 30% el naproxen y alfametildopa, y en menor porcentaje el ácido acetilsalicílico, hidralazina, cloroquina y clorambucil y en un porcentaje mínimo el valproato sódico y la difenilhidantoina.

## EVOLUCION DEL EMBARAZO

Sin actividad lúpica	9	45%
Con actividad lúpica	11	55%

La mayoría de las pacientes 55% presentó actividad lúpica -  
durante su gestación.

## T I E M P O D E A C T I V I D A D

1er. TRIMESTRE	2	10%
2o. TRIMESTRE	4	20%
3er. TRIMESTRE	3	15%
PUERPERIO	2	10%

La mayoría presentó actividad en el 2o. trimestre de gestación y en menor proporción en el primer trimestre y puerperio.

T I P O D E A C T I V I D A D L U P I C A

	No. de pacientes	%
ARTRALGIAS	9	45
MUCOCUTANEAS	9	45
VASCULITIS	9	45
HIPERTENSIÓN	6	30
ERITEMA PALMAR	3	15
EDEMA PALPEBRAL	2	10
CAIDA DE CABELLO	2	10
CRISIS CONVULSIVAS	1	5
HIPERESTESIA	1	5
MIGRAÑA	1	5

El tipo de actividad lúpica, se manifestó en la mayoría de las pacientes, como artralgias, lesiones mucocutaneas y vasculitis en un 45%, la hipertensión en un 30% y en menor proporción, el eritema palmar, edema palpebral, caída de cabello 10 - 15% y en un número muy pequeño crisis convulsivas, hiperestesia y migraña en 5%.

## TIEMPO DE INGESTA DE MEDICAMENTOS

PREDNISONA	45.6 MESES
NAPROXEN	14.1
ALFA METILDOPA	1.8
AC. ACETIL SALICILICO	13.2
HIDRALAZINA	1.8
CLOROQUINA	4.3
CLORAMBUCIL	1.2
VALPROATO SODICO	1.0
DIFENILHIDANTOINA	1.0

Como se puede apreciar en el cuadro, la prednisona es el medicamento más utilizado durante la enfermedad, en mínimo número el valproato sódico y la difenilhidantoína.

## D O S I S

PREDNISONA	60 mg/día
NAPROXEN	1500
ALFAMETILDOPA	1500
AC. ACETIL SALICILICO	1500
HIDRALAZINA	150
CLOROQUINA	400
VALPROATO SODICO	400
DIFENILHIDANTOINA	300

## RESOLUCION DEL EMBARAZO

ABORTO	3	15%
PARTO	6	30%
CESAREA	11	55%

La cesárea fué la vía de resolución del embarazo más frecuente en un 55%, en menor proporción el parto 35% y el aborto en un 15%.

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

**CONDICIONES DEL PRODUCTO**

NACIDOS VIVOS	13	65%
NACIDOS MUERTOS	7	35
MALFORMACIONES	0	0



## P E S O

0 - 100 g	4	20%
1001 - 2500 g	3	15%
2501 - 3000 g	5	25%
3001 - 4000 g	8	40%

El peso de los productos fué en mayor frecuencia de más de 3001 g en el 40% aunque también fué importante el número \_ de productos con peso menor a 1000 g.

## CALIFICACION APGAR

0	7	35%
6 a 7	6	30%
8 a 9	7	35%

Las condiciones generales de los productos al nacer fueron buenas en un 35%. En el 65% se obtuvieron calificación de Apgar mayores o iguales a 6.

## D I S C U S I O N

En nuestro estudio, la frecuencia de LES y embarazo fué de .1%, la edad promedio de éstas pacientes fué de 26.6 años, - ésto es explicable debido a que el LES, se presentó en la - 3a y 4a década de la vida, que corresponde a la edad fértil de la mujer.

El 90% de las pacientes se engloba dentro del grupo de 1 a 3 embarazos, y solo el 10% se consideró como multigesta. Es te hecho se correlaciona con el de la edad promedio de las pacientes cuya primera gestación se está iniciando después de los 20 años, a diferencia de los reportes anteriores en los que el 1er embarazo ocurría en la 2a y 3a década de la vida.

El rtimepo de evolución de la enfermedad obtuvo un promedio de 3.8 años, lo que traduce la cronicidad del padecimiento.

En relación al tipo de medicamento para el control del LES, encontramos que el 100% requirió prednisona, debido como se ha mencionado a su efecto inmunosupresor, en base al origen inmunológico de la enfermedad; en mucha menor proporción --

(30%) se empleó naproxen y alfa metil dopa, ésta última para corregir trastornos hipertensivos que ocurrieron como complicación en el 3er. trimestre del embarazo.

En el 25% de los casos se empleo acido acetil salicilico e hidralazina, es de hacer notar que el empleo de hidralazina debió efectuarse como vasodilatador por los mismos estados hipertensivos agregados al embarazo en los que se empleó alfa metil dopa.

Este hecho puede ser discutido en base a los reportes que tienen en relación a que la hidralazina puede condicionar síndromes lupoides cuando se emplea a largo plazo, lo que podría confundir al clinico no avezado en ésta entidad patológica a pensar que la paciente está presentando un cuadro de exacerbación lúpica.

Como medicamentos en forma especial y temporal tenemos a la cloroquina, y al clorambucil en un 10%, el valproato sodico y la difenilhidantoína en el 5% de ellos. Esta diversidad de medicamentos, puede ser explicada por un lado a lo multisistémico del padecimiento y por otro a las complicaciones que se agregan al embarazo.

El tiempo de administración de los medicamentos reporta un promedio de 45.6 meses en la prednisona, 14.1 meses para naproxen y 13.2 para ácido acetil salicílico, ésto vuelve a - confirmar la cronicidad del padecimiento y que está de a--- cuerdo con el tiempo promedio de evolución del mismo.

Las dosis de los medicamentos fueron en promedio: Para prednisona de 60mg/día, naproxen 1.5 g, ácido acetil salicílico -- 1.5 g, hidralazina 150 mg/día; las cuales se consideran dentro de las dosis terapéuticas reportadas en la literatura - mundial.

En relación a la evolución del embarazo se encontró que el 45% de ellos no presentó datos de actividad lúpica, en cambio el 55% si la tuvo, manifestada en orden de frecuencia - por artralgias, lesiones mucocutáneas, vasculitis, hipertensión, eritema palmar, caída del cabello, edema palpebral, - crisis convulsivas, hiperestesia y migraña.

Las exacerbaciones ocurrieron sin diferencia significativa - en relación al tiempo de gestación ya que 2 ocurrieron en - el 1er trimestre, 4 en el 2o, 3 en el 3o. y 2 en el puerperio, dato que no está en relación a lo reportado, pero que -

sin embargo puede ser debido al bajo número de casos estudiados.

La resolución del embarazo ocurrió por aborto en 3 casos -- (15%) parto en 6 (30%) y cesárea en 11 casos (55%).

El porcentaje de abortos se encuentra por arriba del rango normal para la población general que es del 12%, las cesáreas ocupan un lugar importante, debido principalmente a las complicaciones hipertensivas que se agregaron al embarazo.

Las condiciones del producto reportan 65% de nacidos vivos y 35% de pérdidas fetales, este último dato alarmante pero explicable, por un lado porque se incluyeron los tres abortos y por otro a la vasculitis que produce la enfermedad y a las enfermedades hipertensivas que complicaron al embarazo, lo que traduce un sufrimiento fetal crónico. Siendo en total 25% de obitos que si se compara con el porcentaje de -- este hospital que es del 4.2% se encuentra un  $\chi^2$  de 17.76 con un gl de una P menor de .001, lo cual es altamente significativo.

Es de hacer notar que en este estudio no se encontraron mal-

formaciones a pesar de los reportes que mencionan que la ---  
prednisona predispone a la aparición de labio leporino y pa  
ladar hendido

En el 35% de los casos los productos tuvieron un peso menor  
de 2500g lo que traduce la disminución del flujo placenta--  
rio por la vasculitis que produce el LES.

En cuanto a la calificación Apgar 13 productos obtuvieron un  
puntaje igual o mayor a 6 y los otros 7 fueron obitos o aboru  
tos.

## CONCLUSIONES

- 1.- El LES es la enfermedad inmunológica que mas se asocia al embarazo.
- 2.-Su frecuencia en el estudio fué del .1%
- 3.-El tratamiento primordial del LES fué prednisona en el 100% de los casos con dosis promedio de 60mg/día.
- 4.-El empleo de prednisona no produjo malformaciones congénitas.
- 5.-Cuando existen manifestaciones articulares de la enfermedad se recomienda el empleo de naproxen que se utilizó con éxito en el 30% de las pacientes.
- 6.-El empleo de hidralazina durante periodos cortos no produce exacerbación del LES.
- 7.-No se reportó ninguna malformación congénita con los medicamentos empleados.
- 8.-El tratamiento del LES y embarazo deben ser específicos de acuerdo a los sistemas que se encuentren afectados.
- 9.-Cuando ocurre embarazo en paciente con LES activo el 55% de ellos sufrió exacerbaciones y se agregaron complicaciones que ensombrecieron el pronóstico para los productos, con un significativo porcentaje de pérdidas fetales. El embarazo no mejoró la evolución del LES.



10.-La principal complicación agregada al embarazo fué la hipertensión que se presentó en el 3er. trimestre.

11.-La indicación de la operación cesárea obedece principalmente a factor obstétrico (DCP y Preeclampsia).

12.-Cuando el LES se encuentra inactivo las condiciones del producto al nacer son iguales a la población general.

13.-No ocurrió exacerbación del LES en el puerperio en el 90% de los casos.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Baldwin D.S. Lowestein J. Rothfield. The clinical course of proliferative and membranouse form of lupus nephritis. Ann Intern. Med. 73:929-942, 1970.
- 2.- Beeson P.B. Mc. Dermott W. Tratado de Medicina Interna. - Editorial Interamericana. Décimo tercera edición. Philadelphia, U.S.A 1972. Pág. 854 -860.
- 3.- Beck. Tratado de Obstetricia. Novena edición, Editorial Interamericana. Philadelphia, U.S.A. 1973. Pág. 411.
- 4.- Bitteer; Sistemic Lupus Erithematosus Antinuclear Serology and Cell Mediated Immunity in the Light of Clinic Hematologic Diagnostic Criteria. Schweiz Med. Wachr. 101: 181 -186. 1971.
- 5.- Ciba Colection of Medical Illustrations. Lupus Nephritis. - Pag. 141.1973.
- 6.- Fraga y Col. Lupus Eritematoso Sistémico, Encuesta Radiográfica en las Manos de 80 Pacientes. Rev. Med. I.M.S.S. - 11; 136-241. 1972.
- 7.- Gordon B. L. Lo esencial de la inmunología, Edit. El Manual Moderno. Mex. D.F., 1975, pag. 209-215.

- 8.- Harrison. Medicina Interna. Edit. La Prensa Médica Mexicana, 4a. ed. Boston, U.S.A. 1976. pag 2193-2198.
- 9.- Krupp, Chatton M. diagnostico clinico y tratamiento .Edit El Manual Moderno, 11a. Ed. 1976. pag 535.
- 10.- Mackenzie M. R. clinics Hematology disorders of immunohematology impregnancy 2/3 515-523 .1973.
- 11.- Rotstein J. Reumatology I, Immunosuppression, Lupus erythematosus. An. Ann rev. Lupus Erithematosus, 5: 55-187.- 1974.
- 12.- Sharon E., Jones, J., Diamond H., Kaplan D. Pregnancy and azathioprine in sistemic lupus erithematosus AM.J.Obtet Ginecol. JanI : 25-27. 1974 .
- 13.- Siegel M. Et al. relationship to race and pregnancy -- survivorship in systemic lupus erythematosus .Arthritis and reumatism 12:25-27. 1969.
- 14.- Slate W. Graham Schleroderma and pregnancy. Am J.Obstet Gynecol 101: 355- 1968.
- 15.- Turner Levine Rotham. Lupos erythematosus and pregnan-- cy .Am J.Obstet Gynecol 70: 107-108 1955

16.- Villarreal H. Riñón y electrolitos, Edit. Mendez Oteo-  
México D.F. 1970 pag. 255.