

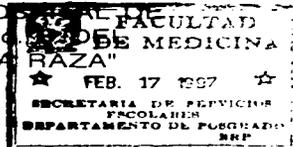
11217  
19  
E'



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3  
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

EVOLUCION Y MANEJO DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTEMICO Y EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NO. 3  
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"



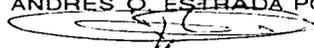
TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DRA. LAURA MA. GARMAS RAMOS

ASESORES

DRA. NELLY JUDITH GONZALEZ LOPEZ  
DR. ARMANDO MARTINEZ MARTINEZ  
DR. ANDRES O. ESTRADA PORTILLA



COLABORADOR

DR. ALEJANDRO ROA MENDOZA



CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"  
Hosp. de Gineco-Obstetricia  
Jefe de Enseñanza e Investigación



MEXICO, D.F.

MARZO DE 1996

7

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**EVOLUCION Y MANEJO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y EMBARAZO  
EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No 3  
CENTRO MEDICO LA RAZA**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS NUESTRO SEÑOR**

**Por darme vida salud y fortaleza**

### **A MIS PADRES**

**Por el apoyo, cariño y confianza brindada ya que con ellos el camino se ha hecho menos difícil**

### **A MIS MAESTROS**

**En especial a la Dra. González y el Dr. Martínez que contribuyeron en forma importante para la realización de esta tesis.**

### **A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS**

**Que durante este tiempo han formado parte de mi familia compartiendo conmigo alegrías y tristezas.**

## INDICE

	<b>Página</b>
<b>Antecedentes científicos</b> .....	<b>1</b>
<b>Planteamiento del problema</b> .....	<b>6</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>7</b>
<b>Hipótesis</b> .....	<b>8</b>
<b>Material y Métodos</b> .....	<b>9</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>10</b>
<b>Tablas y gráficas</b> .....	<b>12</b>
<b>Discusión resultados</b> .....	<b>26</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>28</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>29</b>

## ANTECEDENTES

El Lupus Eritematoso sistémico (LES) se define como una enfermedad multisistémica, de etiología desconocida con evolución variable con un fondo autoinmune (1), crónica y de límites clínicos indefinidos (2).

Su descripción primera ocurrió en 1230, influenciada por la lesión característica en región malar que hace semejar la cara del paciente a la de un lobo que es vocablo de Lupus. En 1851 Cazenave describe por primera vez a la enfermedad como "Lupus Eritematoso". En 1948 se describen las células L:E (1).

Ataca a la mujer en proporción al hombre de 10:1 (3). Y entre las edades de 14 a 40 años (2). Se presenta frecuentemente en mujeres jóvenes en edad reproductiva, en un promedio de 28 a 30 años de edad (2,3). Es la enfermedad vascular de la colágena que con mayor frecuencia afecta el embarazo (4).

Schwartz, sugiere un defecto genético en el sistema regulador inmune a nivel de los linfocitos B, que resulta en una producción excesiva de anticuerpos (3). La presencia de anticuerpos atípicos, característicamente contra componentes nucleares, son rasgo distintivo del proceso. La teoría actual más común implica una infección viral en individuos con predisposición genética(4).

Se menciona que las pacientes con Lupus eritematoso sistémico no tienen disminuida su fertilidad (5,10). Por lo general se cree que la fecundidad se afecta sólo en presencia de insuficiencia renal grave (creatinina sérica mayor de 3 mg/dl) (4).

La importancia en obstetricia reside en el aumento de la tasa de abortos, medida básicamente por la presencia de anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipina (6), que si bien es cierto que estos se encuentran en población obstétrica abierta, asintomática,(7) la incidencia de estos no justifica su búsqueda de rutina en pacientes obstétricas, salvo las que tengan historia de pérdidas repetidas de la gestación (8), aunque en estas pacientes también deberá descartarse la presencia de anticuerpos antitiroideos (9).

En ocasiones es difícil el diagnóstico de LES por signos y síntomas, que pudieran ser muy sutiles y difíciles de vincular entre sí (10).

Los criterios clínicos diagnósticos continúan siendo los de la Asociación Americana de Reumatología, de los cuales se deben de presentar al menos cuatro o más de estos 11 criterios en forma seriada o simultánea para confirmar el diagnóstico de LES.

- Exantema malar (distribución en mariposa)
- Exantema discoide
- Fotosensibilidad
- Úlceras bucales (por lo general indoloras)
- Artritis (por lo general múltiple y periférica)
- Seroicitis (pleuritis y pericarditis)
- Afección renal (proteinuria persistente 0.5 g ó cilindros celulares)
- Afección neurológica (convulsiones o psicosis)
- Afección hematológica (anemia hemolítica, leucopenia, linfopenia o trombocitopenia).
- Datos inmunológicos de alteración (células positivas para Lupus eritematoso, anticuerpos anti DNA, anticuerpos anti SM o pruebas serológicas de sífilis falsas positivas).
- Anticuerpos antinucleares (4).

La presencia de anticuerpos antinucleares son casi indispensables para el diagnóstico (4). La mayoría de las mujeres con LES se diagnostican antes del embarazo.

El embarazo es más frecuente en pacientes que presentan el padecimiento controlado, por meses previos al mismo, siendo de mejor pronóstico la gestación (11).

Aunque la evolución del padecimiento es incierta, ya que algunos autores relacionan el embarazo con un aumento en la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones del cuadro y otros lo contrario (1). Pero se ha observado que el pronóstico del embarazo se relaciona con la actividad o inactividad del LES, así como a la presencia o no de Nefritis lúpica (3). Las exacerbaciones pueden presentarse durante el embarazo en cualquier momento (12). Aunque hay autores que reportan mayor frecuencia en el primer trimestre (2,13).

La nefritis lúpica por lo general se presenta previa al embarazo (4), y esto repercute frecuentemente en un incremento en la proteinuria, hipertensión y deterioro de la función

renal (14).

La nefritis lúpica se presenta también en cualquier momento del embarazo, acompañada de una proteinuria intensa (4).

Las complicaciones maternas y fetales que se reportan en pacientes con LES incluyen aborto espontáneo, retardo en el crecimiento intrauterino, parto prematuro, preeclampsia-eclampsia, muerte perinatal, empeoramiento de la función renal (11). Alternativamente, la hipertensión inducida por el embarazo es una enfermedad que ocurre después de las 24 semanas del embarazo. El riesgo de presentar preeclampsia aumenta si presentan hipertensión crónica (4).

La experiencia ha demostrado una mayor tendencia a la pérdida fetal cuando hay una afección renal (4). El porcentaje de pérdidas fetales varía del 16% a 42% (3).

Las madres tienen un incremento del riesgo de tener niños afectados con Lupus eritematoso neonatal (LEN). La mayoría de los niños afectados adquieren autoanticuerpos Ro/SS-A, transplacentariamente desde la circulación materna, y estos se asocian a trastornos cardíacos (15).

Esta enfermedad en el neonato es poco común y se manifiesta por lesiones cutáneas, defecto de la conducción cardíaca, o ambas, que aparecen in útero o a un plazo corto después de nacer (10). Pueden presentar Anticuerpos antinucleares, los cuales desaparecen de la circulación alrededor de los 25 días de nacido, y Anti-U1RNP que se relaciona con lupus neonatal (3).

Las pacientes con LES y embarazo requieren un seguimiento disciplinado durante todo el embarazo. Buyon y col. señalaron que existe una relación importante entre los niveles de C3 y C4 con la exacerbación de la enfermedad. Demostraron que C3 y C4 estaban elevados en el embarazo normal y madres con LES tenían cifras mucho menores de C3 y C4 (10,16).

Los estudios de laboratorio en pacientes lúpicas embarazadas deben incluir cuantificación de complemento, anticuerpos antinucleares y anticuerpos contra DNA, sin faltar sus exámenes básicos de laboratorio, biometría hemática, química sanguínea, así como depuración de creatinina en orina de 24 hrs.

Las valoraciones se garantizarán más frecuentes en presencia de cualquier alteración o datos de posible actividad. Haciendo un seguimiento del crecimiento fetal de manera regular con ultrasonidos y a partir de la mitad del segundo trimestre se puede realizar prueba de la frecuencia cardiaca fetal, así como perfil biofísico y si hay sospechas de un retardo en el crecimiento intrauterino, cuantificación del flujo sanguíneo umbilical con sistema Doppler (10).

El tratamiento como ya se mencionó debe ser invocado antes del embarazo, ya que el buen control de la enfermedad durante algunos meses previos al mismo mejora el pronóstico. Actualmente no se cuenta con un manejo estandar para el padecimiento, sin embargo se puede dividir en dos apartados, uno en el control de la enfermedad durante el embarazo y el otro es el tratamiento de un brote de agudización de la enfermedad durante el embarazo.

Del primero se han mencionado el uso de glucocorticoides, anticoagulantes y el uso de antiagregante plaquetarios, también indicados en pacientes con historia de pérdidas repetidas de la gestación medidos por anticoagulante lúpico (17,18,19) siendo el manejo especialmente difícil en pacientes con nefritis lúpica (4).

Los resultados sugieren que la combinación de la terapia de altas dosis de prednisona y dosis bajas de salicílicos pueden facilitarse en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos positivos y con Lupus eritematoso sistémico, lográndose obtener recién nacidos vivos para las fechas programadas.

Los esteroides no son inócuos, siendo sus efectos secundarios importantes durante el embarazo como son la aparición o empeoramiento de la tolerancia a los carbohidratos, llegando al extremo de la diabetes, la predisposición a las infecciones, y algunos esteroides como la Betametasona y Dexametasona cruzan libremente la placenta reportándose algunos casos de insuficiencia suprarrenal fetal (4).

El manejo del brote de la enfermedad durante el embarazo se haya más uniforme siendo los principios generales el suprimir las manifestaciones graves de la enfermedad como son la glomerulonefritis, trombocitopenia grave, anemia hemolítica, la afección del sistema nervioso central, miocarditis y vasculitis con infarto (4).

Para lograr lo anterior se recomienda:

- Hospitalizar al enfermo
- Prednisona a dosis de 60 mg/día durante 2 a 3 semanas, otros autores reportan hasta 200 mg/día según sea necesario para lograr datos clínicos y de laboratorio de respuesta.
- Después de lograr el control se disminuye la dosis en forma gradual hasta la dosis mínima que controle los síntomas clínicos, también esta disminución puede ser el 10% de la dosis cada 7 días hasta lograr mínima dosis de sostén (4,10).
- Si ocurre una exacerbación, debe aumentarse la dosis de prednisona de manera gradual de 5 a 10 mg/día hasta controlar los síntomas (10).
- En circunstancias más difíciles se puede optar por el manejo pulsátil iniciando 1 gr de prednisona al día por 3 a 7 días o el esquema de 2mgs/kg/día (4,10).
- Si en tres días no hay respuesta, se debe añadir Azatioprina 1-2 mgs/kg/día o Ciclofosfamida 2-3 mg/kg/ día (4,10).
- La primera se ha utilizado durante el embarazo sin incremento en la tasa de malformaciones fetales (4,10).

El manejo de la paciente con LES y embarazo debe ser multidisciplinario, según sea necesario(4). En cuanto a planificación familiar se debe hacer con métodos de barrera o definitivos de la pareja. No se recomienda el uso de anticonceptivos hormonales o dispositivo intrauterino, por el aumento del riesgo de la enfermedad o de proceso infeccioso respectivamente (4).

Aunque en estudios que se están realizando, mencionan que el uso de anticonceptivos hormonales y la terapia hormonal de reemplazo en mujeres menopáusicas, parecen no causar deterioro clínico en las pacientes con LES.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad del tejido conectivo prevalente en la mujer de edad reproductiva. Es motivo de controversia si el embarazo aumenta el riesgo de exacerbación de LES. Pero en el caso que se presente actividad del padecimiento durante la gestación, esto va hacer deletéreo para el embarazo. Por lo que las pacientes requieren un manejo multidisciplinario y tratamiento especial, y a nivel institucional su manejo deberá ser en un hospital de tercer nivel.**

**Por tales razones decidimos evaluar la experiencia de nuestro hospital en cuanto a la evolución diagnóstica y su manejo del LES y embarazo, correlacionando los resultados con los de la literatura.**

## **OBJETIVO GENERAL**

**Evaluar la experiencia de la evolución y manejo del Lupus eritematoso sistémico y embarazo en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico La Raza.**

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Conocer la evolución del embarazo asociado a Lupus eritematoso sistémico.
- Conocer la evolución del Lupus eritematoso sistémico durante el embarazo.
- Analizar la modalidad terapéutica, la resolución del embarazo y las condiciones del producto al nacer en pacientes con Lupus eritematoso sistémico y embarazo.

## HIPOTESIS

**H1** La evolución y el manejo actual del Lupus eritematoso sistémico en la mujer embarazada, en nuestro hospital es similar a los estándares publicados en la literatura.

**H0** La evolución y el manejo actual del Lupus eritematoso sistémico en la mujer embarazada, en nuestro hospital no es similar a los estándares publicados en la literatura.

## **MATERIAL Y METODOS**

El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, Centro Médico la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo comprendido del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1995.

El estudio incluyó a las pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso sistémico y embarazo, cuyo control y resolución obstétrica se llevó a cabo en nuestra unidad hospitalaria.

Se enlistaron los nombres y números de afiliación de las pacientes con diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico y embarazo obtenidas de las hojas de concentración de diagnósticos del archivo del hospital previa autorización del jefe de este servicio.

Se revisaron los expedientes de las pacientes captadas del archivo y se recopiló la información en la hoja de captación de datos, una vez que cumplieran con los criterios de inclusión.

Se valoró la edad de la paciente, historia reproductiva, tiempo del diagnóstico del LES, condición del LES al inicio del embarazo, evolución del LES durante el embarazo, evolución del embarazo asociado al LES, tipo de medicamentos utilizados, estudios paraclínicos, edad gestacional y vía de resolución del embarazo, así como condiciones del producto al nacer.

## RESULTADOS

Durante el período comprendido de enero 1995 a diciembre 1995 se recabaron 11 expedientes de pacientes con Lupus eritematoso sistémico que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio.

De las 11 pacientes la edad menor fué de 15 años, la mayor de 33 años con un promedio de 24.5 (tabla 1).

La historia reproductiva fue: el mayor número de gestas fue de 5 y el menor de 1 con un promedio de 2.18 embarazos por paciente, de estas el mayor número de paridad fue de 2, de abortos fue de 2 y el mayor de cesáreas fue de 1. (tabla 2) El total de primigestas en el estudio fue de 4 (36.36%), de multigestas 4 (36.36%) y de secundigestas de 3 que correspondió a un 27.27% (tabla 3).

El tiempo de evolución del LES al presentarse el embarazo fué desde 4 meses hasta 11 años con un promedio general de 4.9 años. Al presentarse el embarazo en 10 pacientes el Lupus se encontraba inactivo (90%) y únicamente en una paciente se encontraban datos de actividad lúpica manifestados por eritema facial, artralgias y eritema palmar. El tiempo de inactividad es un dato que no se plasma con frecuencia en el expediente clínico.

En nuestra casuística 3 presentaron reactivación del Lupus durante el transcurso del embarazo a las 12,25 y 38 semanas respectivamente manifestándose por caída de cabello, artralgias y en una de ellas plaquetopenia que ameritó el aumento de esteroides. 8 de ellas no presentaron reactivación de la enfermedad (72%) a pesar de que en una de ellas tenía antecedente de nefropatía lúpica desde su ingreso. (tabla 4)

9 cursaron con complicaciones durante el embarazo (81.1%) y 2 evolucionaron normalmente (13.4%) (tabla 5), entre las complicaciones más frecuentes se reportó IVU en 5 (33%), amenaza de parto pretérmino en 3 (20.1%), amenaza de aborto en 1 (6%) y retraso en el crecimiento intrauterino en 1 (6%) entre otras. (tabla 5). La paciente con nefropatía lúpica presentó amenaza de aborto a las 6 semanas y abortó a las 8 semanas, así mismo una paciente presentó huevo muerto y retenido a las 7 semanas de gestación. Una paciente presentó preeclampsia moderada a las 37 semanas que ameritó la interrupción del embarazo.

10 pacientes (90%) se manejaron durante el embarazo con prednisona con dosis que oscilaron entre 5 y 30 mgs diarios con un promedio de 10.7 mgs diarios durante todo el embarazo, así mismo dos de ellas ameritaron la administración de antiinflamatorios no esteroideos por sintomatología articular. Una paciente que se manejaba con cloroquina

previa no ameritó tratamiento durante el embarazo. Las pacientes que presentaron reactivación lítica ameritaron el aumento de dosis de esteroide desde 5 hasta 10 mgs disminuyéndose una vez compensadas.

De los auxiliares de diagnóstico se realizaron 20 exámenes básicos que comprendían biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, cuantificación de plaquetas, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina de los cuales el 80% se reportaron como normales, 3 pacientes presentaron datos de infección de vías urinarias (15%) y una reportó plaquetopenia (5%).

La depuración de creatinina se solicitó en 6 de 11 pacientes (54.5%) con un promedio de 2 estudios por paciente de los cuales el 50% se encontraron alterados en algún momento del embarazo con depuraciones menores de 90 ml/min sin corroboración clínica.

Se realizó ultrasonido a 9 de 11 pacientes (81.8%) con un promedio de 1.5 estudios, de los cuales en 4 se encontraron datos ominosos como oligohidramnios en 3 después de las 30 semanas y en una se encontró huevo muerto y retenido a las 7 semanas.

Se realizaron pruebas de monitorización fetal a 4 de 11 pacientes (36.3%) con un promedio de 1.5, encontrándose datos de baja reserva fetal en una paciente a las 30 semanas con reporte de trazo no reactivo patrón silente con oligohidramnios severo por ecografía que ameritó la interrupción del mismo por vía abdominal.

Las pruebas de reacción de complemento se realizaron únicamente a 2 pacientes encontrándose bajas en una de ellas sin datos clínicos de actividad.

La edad de resolución del embarazo osciló desde las 7 semanas hasta las 39 semanas con un promedio de 31.3 semanas. (tabla 6) La vía de resolución fue mediante parto eutócico en 6 pacientes (54.2%), cesárea en 3 pacientes (27.2%) un caso por oligohidramnios severo y baja reserva fetal, un caso por desproporción cefalo pélvica clínica y un caso por enfermedad hipertensiva aguda inducida por el embarazo. Dos pacientes ameritaron legrado intrauterino (18.1%) por huevo muerto y retenido y por aborto incompleto.

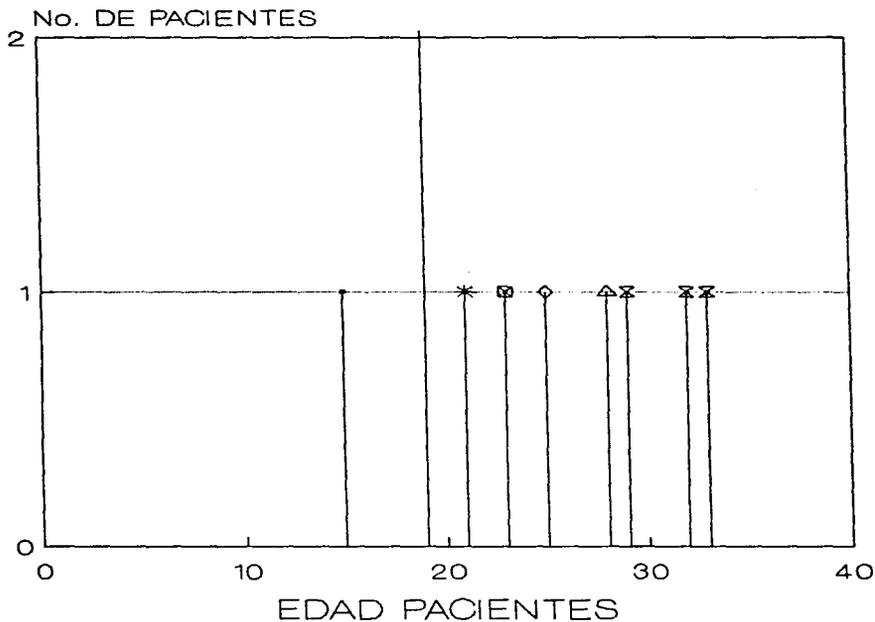
De las 9 cuyos embarazos superaron las 30 semanas el peso menor de los productos fue de 1250 grs y el mayor de 3,625 grs con un promedio de 2,684 grs. Con respecto al sexo 5 recién nacidos correspondieron al sexo femenino (55.5%) y 4 al sexo masculino (44.4%). El menor Apgar obtenido fue de 6-8 y el mayor de 9-9 con un promedio general de 7-8. Se reportaron dos calcificaciones placentarias y en una otra paciente líquido francamente meconial.

**LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y EMBARAZO****TABLA 1****EDAD DE PACIENTES.**

<b>Edad</b>	<b>No. pacientes</b>
15 años	1
19 años	2
22 años	1
23 años	1
24 años	1
26 años	1
28 años	1
29 años	1
32 años	1
33 años	1

# GRAFICA 1

## LUPUS ERITEMATOSO Y EMBARAZO



—●— Series A    —+— Series B    —\*— Series C    —□— Series D  
 —x— Series E    —◇— Series F    —△— Series G    —x— Series H

EDAD DE PACIENTES

## LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y EMBARAZO

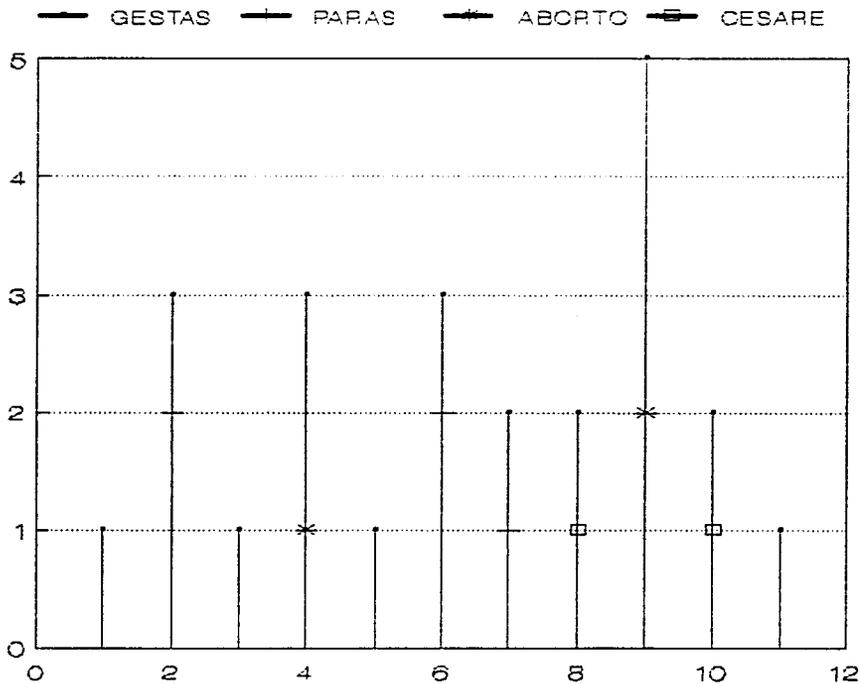
TABLA 2

## NUMERO DE EMBARAZOS

Pacientes	Gestas	Partos	Abortos	Cesáreas
1	1			
2	3	2		
3	1			
4	3	1	1	
5	1			
6	3	2		
7	2	1		
8	2			1
9	5	2	2	
10	2			1
11	1			

# GRAFICA 2

## LUPUS ERITEMATOSO Y EMBARAZO



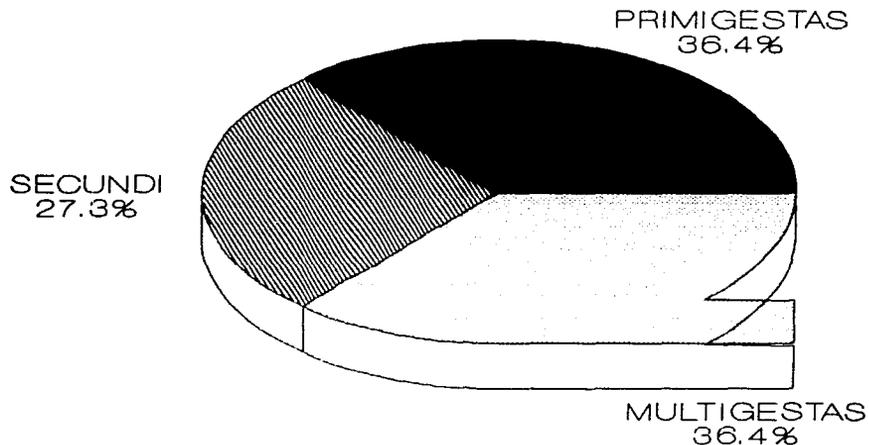
NUMERO DE EMBARAZOS

**LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y EMBARAZO****TABLA 3****PORCENTAJE DE EMBARAZOS**

<b>No. Embarazos</b>	<b>No. pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Primigestas</b> .....	<b>4</b> .....	<b>36.4%</b>
<b>Secundigestas</b> .....	<b>3</b> .....	<b>27.3%</b>
<b>Multigestas</b> .....	<b>4</b> .....	<b>36.4%</b>

# GRAFICA 3

## LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y EMBARAZO



PORCENTAJE DE EMBARAZOS

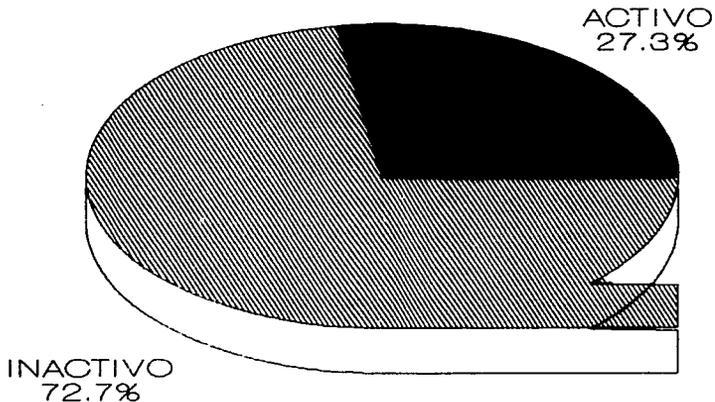
**LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y EMBARAZO****TABLA 4****EVOLUCION DEL LUPUS DURANTE EL EMBARAZO**

<b>Edo. Lupus</b>	<b>No. pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Activo</b>	<b>3</b>	<b>27.3%</b>
<b>Inactivo</b>	<b>8</b>	<b>72.7 %</b>

ESTA TESIS NO DEBE  
SMOR DE LA BIBLIOTECA

# GRAFICA 4

## LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y EMBARAZO



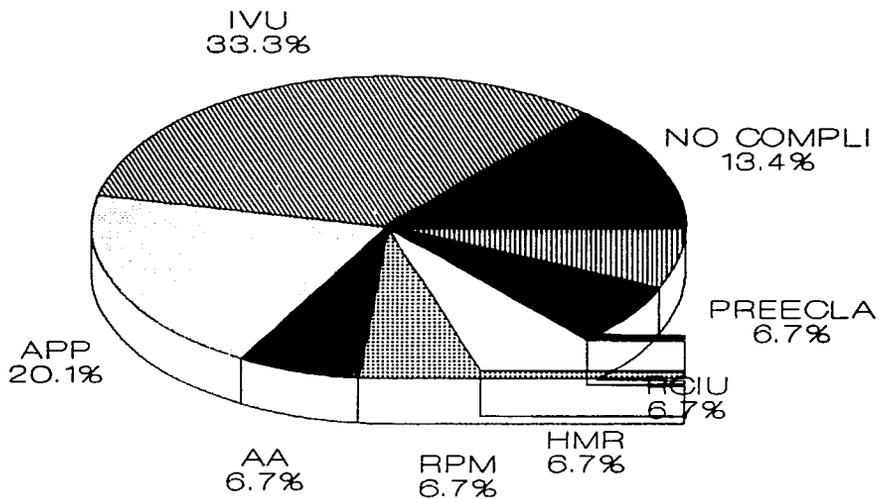
EVOLUCION DE LUPUS DURANTE EL EMBARAZO

**LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y EMBARAZO****TABLA 5****COMPLICACIONES MEDICAS DURANTE EL EMBARAZO**

<b>Complicaciones</b>	<b>No. pacientes</b>	<b>porcentaje</b>
<b>No complicaciones</b>	<b>2</b>	<b>13.4%</b>
<b>IVU</b>	<b>5</b>	<b>33.3%</b>
<b>APP</b>	<b>3</b>	<b>20.1%</b>
<b>Amenaza aborto</b>	<b>1</b>	<b>6.7%</b>
<b>RPM</b>	<b>1</b>	<b>6.7%</b>
<b>HMR</b>	<b>1</b>	<b>6.7%</b>
<b>RCIU</b>	<b>1</b>	<b>6.7%</b>
<b>Preclampsia</b>	<b>1</b>	<b>6.7%</b>

# GRAFICA 5

## LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y EMBARAZO



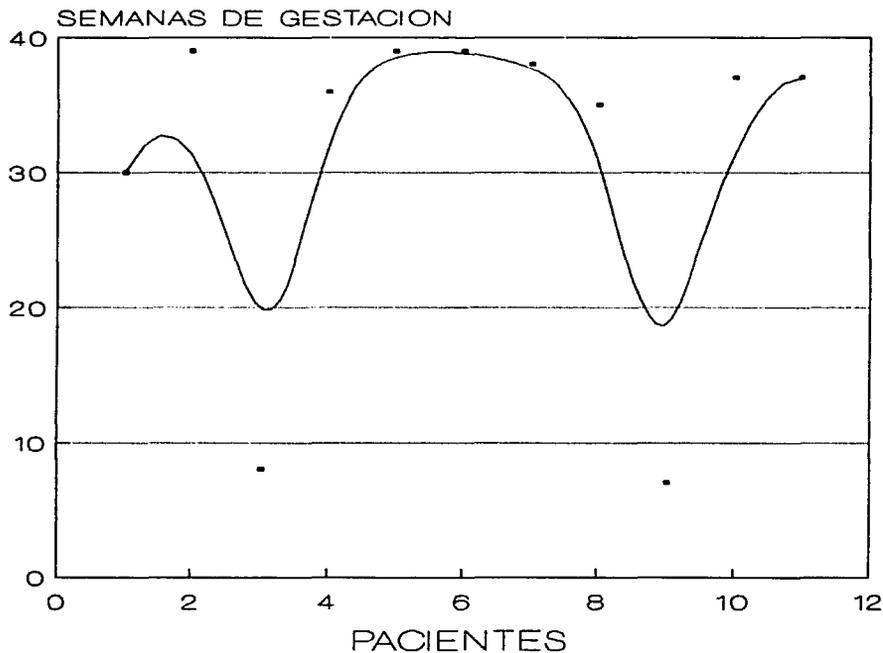
COMPLICACIONES MEDICAS AGREGADAS

**LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y EMBARAZO****TABLA 6****EDAD INTERRUPCION DEL EMBARAZO**

<b>Pacientes</b>		<b>Edad gestacional</b>
1	.....	30 semanas
2	.....	39 semanas
3	.....	8 semanas
4	.....	36 semanas
5	.....	39 semanas
6	.....	39 semanas
7	.....	38 semanas
8	.....	35 semanas
9	.....	7 semanas
10	.....	37 semanas
11	.....	37 semanas.

# GRAFICA 6

## LUPUS ERITEMATOSO Y EMBARAZO



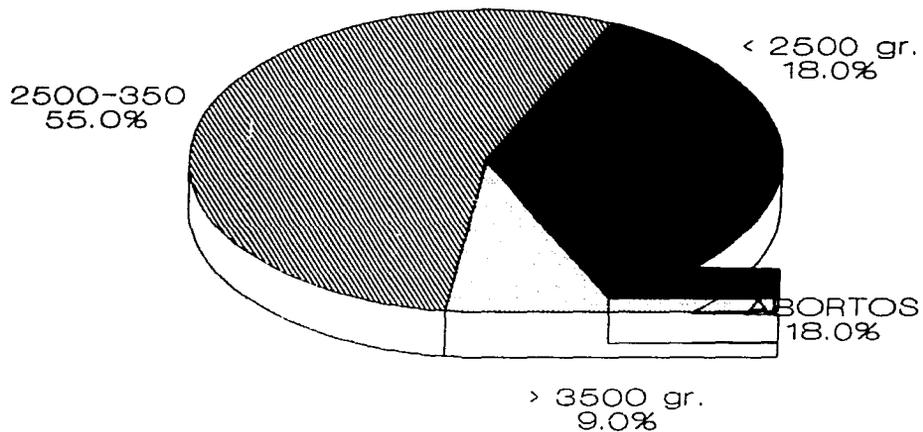
EDAD DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO

**LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y EMBARAZO****TABLA 7****PESO DE PRODUCTOS AL NACIMIENTO**

<b>Peso</b>	<b>No. Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
< 2,500 grs	2	18%
2,500 - 3,500 grs	6	55%
> 3,500 grs	1	9%
abortos	2	18%

# GRAFICA 7

## LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y EMBARAZO



PESO DE PRODUCTO

## DISCUSION DE RESULTADOS.

El Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 Centro Médico La Raza es una institución de 3er nivel de atención en donde se atienden pacientes con complicaciones médicas del embarazo que corresponden dentro de la población general a un 30% , de ellas, la población de estudio motivo de esta tesis reacional es una de las colangenopatías más importantes llegando a corresponder a un 2% y que llega a alterar de manera importante las tasas de morbimortalidad perinatal. Es por eso mi preocupación de conocer en forma más profunda la historia natural de este padecimiento que afecta de manera importante el crecimiento y desarrollo fetal así como el antecedente de niños de bajo peso para la edad gestacional que cursan con probables secuelas neurológicas a corto o largo plazo y que sin embargo podemos decir categóricamente que a pesar de ese estado desarrollo fetal cursa con la menor morbimortalidad perinatal comparada con otras complicaciones médicas del embarazo. Es importante señalar que en esta población de pacientes lúpicos debería existir un control médico inicial primero para poder embarazarse, el cual una vez logrado debe ser vigilado por un grupo integral multidisciplinario que evite la descompensación bajo tratamiento y vigilancia periódica prenatal. Dicha vigilancia periódica apoyada por estudios paraclínicos que apoyan los criterios de la sociedad americana de Reumatología, permiten llevar a un feliz término alcanzando una mayor viabilidad posible ya que como hemos visto generalmente nunca llega al término y se altera la reserva respiratoria feto-placentaria con datos de verdadero sufrimiento fetal crónico.

Existe una verdadera asociación con alteraciones del crecimiento y desarrollo fetal con la resolución del embarazo que es dada por estudios paraclínicos como son: oligohidramnios severo, senescencia placentaria, retraso en el crecimiento intrauterino, disminución de la gelatina de Warton, cordones cortos, nudos reales de cordón a cuello o al cuerpo fetal, tinción del líquido amniótico que corresponde a sufrimiento fetal agudo y probablemente lo más importante la calificación de la Dra. Virginia Apgar por debajo de 7 considerada como de baja reserva fetal; es por eso que tratando de unificar criterios la resolución del embarazo, esta debe ser oportuna considerándose que es una gestación de alto riesgo y como esta, debe llevarse a cabo como punto clave a las 38 semanas en que ya existe viabilidad fetal.

En el momento actual y a pesar de lo ya mencionado sigue siendo una controversia aún en centros de perinatología de alto prestigio, no solo en nuestro país sino en el extranjero que cuenta con alta tecnología y equipo sofisticado paraclínico el permitir el embarazo complicado con lupus inactivo permitiendo la resolución por vía vaginal; consideramos que su vigilancia , su atención y envío oportuno debe ser en un hospital de 3er nivel de

atención ya que por tratarse de niños de bajo peso ameritan cuidados en la unidad de cuidados intensivos neonatales que son las metas que justifican la vigilancia inicial multidisciplinaria. Consideramos que la monjeja de un producto de la gestación tiene derecho a vivir pero a vivir bien gracias al conocimiento integral del grupo multidisciplinario.

... Sabemos que esta patología se asocia frecuentemente con toxemia por lo que no llevar una vigilancia periódica exacerba la morbilidad perinatal.

Consideramos que este trabajo redonda en el objetivo fijado unificar criterios en la paciente hípica embarazada.

## CONCLUSIONES.

1. El Lupus eritematoso sistémico y embarazo es una complicación de alto riesgo que debe ser manejada en un hospital de tercer nivel de atención médica.
2. El Lupus eritematoso sistémico es un colagenopatía que complica el embarazo en un 2%.
3. El LES descompensado o activo es causa de aborto e infertilidad, así como en la segunda parte del embarazo de prematuridad, retraso en el crecimiento intrauterino y muerte intrauterina.
4. El LES y embarazo se complica con infección de vías urinarias, ruptura prematura de membranas, prematuridad y preeclampsia aumentando la morbimortalidad perinatal.
5. El LES y embarazo se maneja con esteroides a dosis de 5 a 10 mg diarios, así como antiinflamatorios no esteroideos con una baja incidencia de reactivaciones.
6. El LES y embarazo se asocia de manera importante con niños bajos de peso para la edad gestacional que ameritan vigilancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
7. Debe valorarse la interrupción temprana de la gestación a las 38 semanas cuando se considere existe viabilidad fetal o bien cuando existen datos ominosos tanto de monitoreo fetal como de ecografía.
8. Debe seleccionarse la interrupción del embarazo adecuadamente ya sea por parto o por operación cesárea evitando secuelas neurológicas posteriores que pueden ser a corto o largo plazo con repercusión importante para el individuo mismo, para la familia e incluso para la sociedad.