

Repaso obstetricia Parte 4

Ana María Caicedo Bolaños
Residente III año Ginecología y Obstetricia
Universidad de Antioquia

CONTENIDOS

- Trastornos hipertensivos (THAE)
- Diabetes gestacional
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Monitoreo fetal
- Trabajo de parto
- Síndrome de parto pretérmino
- Hemorragia posparto (Código rojo)
- Hemorragias en el embarazo)
- Sepsis obstétrica
- Puerperio normal y anormal
- Enfermedad tiroidea y embarazo
- Enfermedades crónicas y embarazo: LES y SAF

Enfermedad tiroidea

ENF. TIROIDEA

Enfermedad tiroidea y diabetes mellitus son las dos endocrinopatías más frecuentes del embarazo.

TSH: antecedente familiar de enfermedad tiroidea o autoinmune, bocio, síntomas de disfunción tiroidea, DM1, aborto o parto prematuro, infertilidad, radioterapia en cabeza o cuello, tratamiento con amiodarona, mayores de 30 años.

Inmediatamente haya diagnóstico de embarazo
Cada 6 semanas en las primeras 20 semanas
Segundo y tercer trimestre
8-12 semanas posparto

ENF. TIROIDEA

INCREMENTO de la dosis de LVT en embarazo:

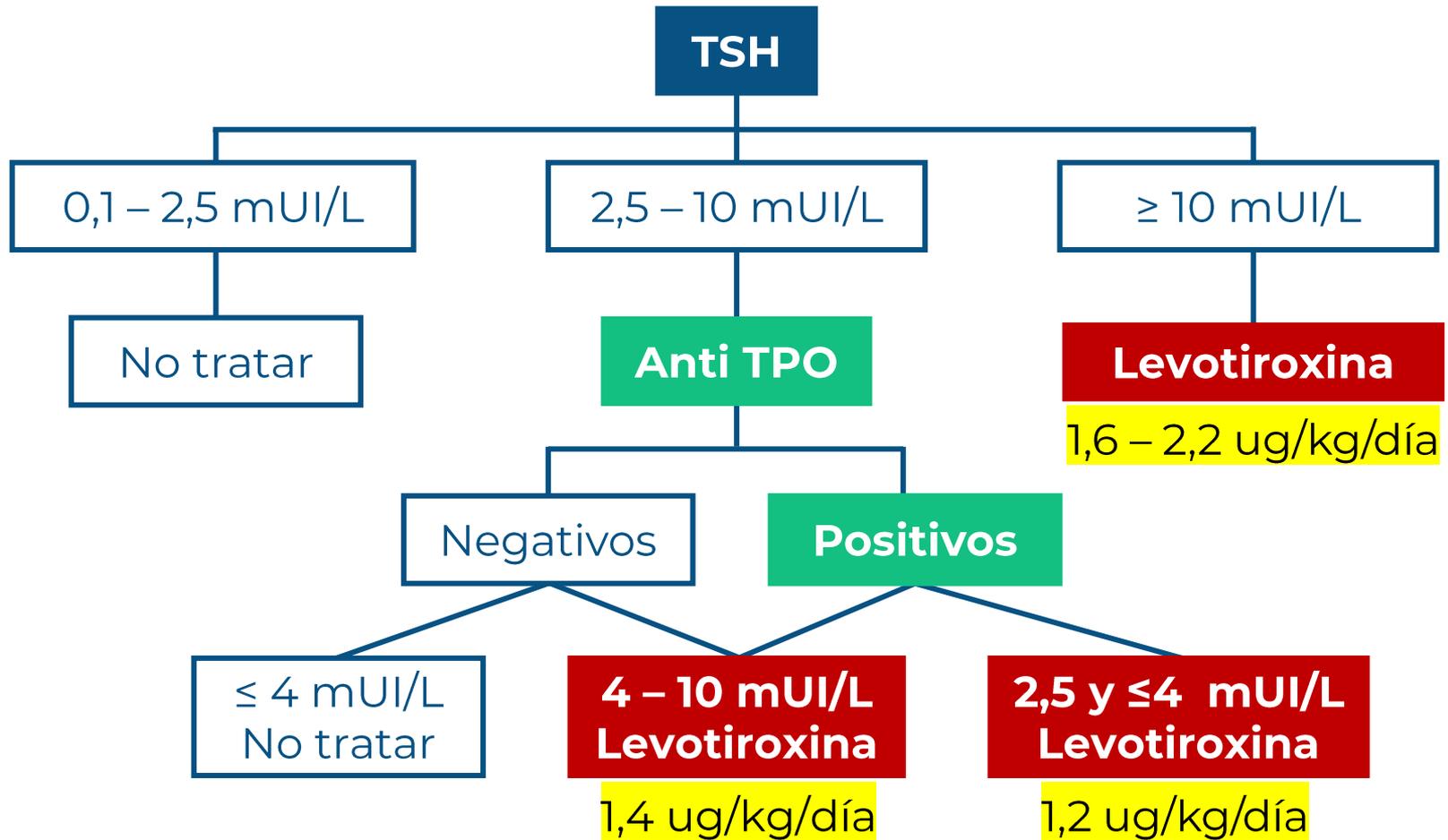
Incremento fisiológico de globulinas transportadoras de hormona tiroidea por aumento de estrógenos.

2 TABLETAS EN LA DOSIS TOTAL SEMANAL

30% DE LA DOSIS TOTAL

REDUCIR la dosis una vez finalice la gestación a la **dosis preconcepcional que tenía bien controlada a la paciente.**

Enf. tiroidea



Enf. tiroidea

HIPERTIROIDISMO PRIMARIO AUTOINMUNE o ENFERMEDAD DE GRAVES

85 – 90% de los casos de hipertiroidismo en el embarazo. Otras causas son el bocio multinodular tóxico, nódulo autónomo, hipertiroidismo transitorio gestacional (**hiperemesis gravídica**).

Bocio difuso, orbitopatía distiroidea, antiTPO elevados.

TSH suprimida ($< 0,08$ mUI/L) con T4 libre y T3 elevadas*

***T3 únicamente medirla cuando TSH suprimida con T4 normal.**

Primer trimestre

Propiltiouracilo 5 mg/kg/día, repartida en 3 dosis.

Iniciar dosis menor de 300 mg/día.

Segundo a tercer trimestre

Metimazol 15-20 mg/día

*En caso de alergia al PPT en 1er trimestre, puede iniciarse con metimazol

Enfermedades reumatológicas

Enf. reumatológicas

Espectro amplio, incluye:

Prevalencia de enfermedades reumatológicas durante el embarazo (por 100.000)

Artritis psoriásica
130/100.000 (edad 18-49 años)

Artritis reumatoidea
120/100.000 (edad 16-44 años)

Espondilo artritis axial
117/100.000 (edad 15-44 años)

Lupus eritematoso sistémico
80/100.000 (edad 20-49 años)

Esclerosis sistémica
7/100.000 (edad 16-39)

Vasculitis sistémica y Síndrome de Sjogren
Bajas

Mujeres con **LES** (con o sin SAF):

- Tasa de prematuridad 25-35%
- THAE 15%
- RCIU 14%
- SPP 18,6%
- HELLP 1,5%.

Enf. reumatológicas

• **Tabla 1.** Contraindicaciones para la gestación en pacientes con LES

- Crisis lúpica severa en los últimos 6 meses
- Nefritis lúpica activa en los últimos 6 meses
- ACV en los últimos 6 meses
- Antecedente de preeclampsia severa y precoz o HELLP a pesar de tratamiento
- Hipertensión pulmonar severa (PSAP > 50 mmHg o sintomática)
- Enfermedad pulmonar restrictiva severa (capacidad vital forzada < 1lt)
- Falla renal crónica (creatina > 2.8 mg/dl)
- Falla cardíaca

VALORACIÓN AL INGRESO

Función renal, hepático y tiroideo completo.

Actividad: AntiDNA, complemento C3-C4.

ENAs si no se han realizado previamente en los últimos 6 meses.

Anticuerpos antifosfolípido.

Cada trimestre: Función hepática, renal y control de actividad.

Ecografías **IGUALES.**
Se adiciona Doppler de arterias uterinas a la semana 22.

Enf. reumatológicas

ENAS POSITIVOS

Anticuerpos nucleares extractables, especialmente **anti-Ro y anti-La** positivos, incrementan el riesgo de **bloqueo cardiaco congénito y lupus neonatal**.

- Anticuerpos cruzan placenta alrededor de la semana 16.
- Anti-Ro ≥ 50 U/mL
- BAV grado III se asocia a hidrops fetal en 40% de los casos, mortalidad 50%.
- **Valoración con ecocardio fetal** a la semana 16 y cada 2 semanas hasta la semana 28-20: Se mide intervalo PR mecánico (90 – 140 mSg).
- La única intervención que parece disminuir el riesgo de bloqueo cardiaco congénito es el uso de hidroxicloroquina.
- Lupus neonatal: Antcuerpos cruzan placenta, se resuelve 6-8 meses después del nacimiento.

Enf. reumatológicas

ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDO

Positivos hasta en el 25-50% de las pacientes con LES: **Mayor riesgo de pérdida fetal.**

El mejor predictor de complicaciones es el anticoagulante lúpico.

Tratamiento depende:

- **Portadora asintomática:** Deben recibir ASA desde la semana 12.
- **SAF obstétrico:** Antecedente de pérdida gestacional. Debe recibir ASA + HBPM a dosis profilácticas.
- **SAF con trombosis sistémica:** Anticoagulación con dosis plenas de HBPM.

Enf. reumatológicas

TRATAMIENTO

	LES y otras ERA	AR y otras artritis inflamatorias	SAF
Medicamentos basales	Aspirina Hidroxicloroquina Vitamina D +/- Dosis bajas de glucocorticoides	Hidroxicloroquina +/- Sulfasalazina +/- Inhibidores FNT Vitamina D	Aspirina HBPM Vitamina D

Enf. reumatológicas

TROMBOPROFILAXIS EN EL PUERPERIO

aPL: Anticuerpos antifosfolípidos - AVK: Antagonistas vitamina K - AAS: Aspirina

SAF concomitante	aPL positivos	Otros factores de riesgo para trombosis	Tromboprofilaxis
No	No	No	Medidas generales (movilización y medias de compresión primera y segunda semanas)
No	Sí	No	HBPM por 7-10 días + medidas generales
No	No	Sí	HBPM por 7-10 días + medidas generales
No	Sí	Sí	HBPM durante 6 semanas + medidas generales
Sí			SAF con antecedente trombotico: reiniciar AVK tras el parto. SAF obstétrico: HBPM durante 6 semanas + medidas generales; posteriormente AAS