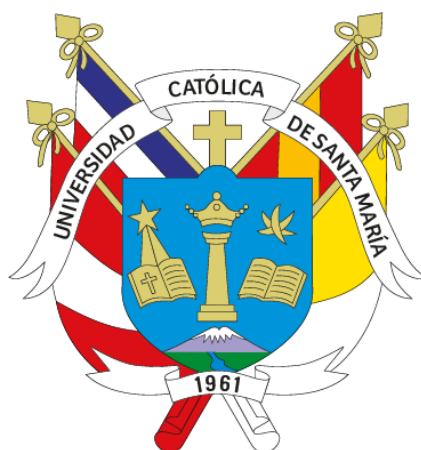


Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico



ENFERMEDAD AUTOINMUNE MATERNA COMO CONDICIÓN ASOCIADA A HIDROPS FETAL

Trabajo Académico presentado por la Lic.

Halanocca Ccacya, Griss Sesil

Para optar el título de:

Segunda especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Asesora: Mgter. Sotomayor Martínez, Victoria
Aurora

Arequipa – Perú

2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTETRICO
SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 02 de Noviembre del 2023

Dictamen: 010929-C-EPOYP-2023

Visto el borrador del expediente 010929, presentado por:

2019975922 - HALANOCCA CCACYA GRISS SESIL

Titulado:

**ENFERMEDAD AUTOINMUNE MATERNA COMO CONDICIÓN ASOCIADA
A HIDROPS FETAL**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29528535 - ARENCIO HEREDIA MARCELINA LOURDES
DICTAMINADOR**



**29642489 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH
DICTAMINADOR**



**29630138 - MEZA FLORES FABIOLA CARMEN
DICTAMINADOR**



ENFERMEDAD AUTOINMUNE MATERNA COMO CONDICIÓN ASOCIADA A HIDROPS FETAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%

INDICE DE SIMILITUD

10%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|--|----|
| 1 | idoc.pub Fuente de Internet | 4% |
| 2 | www.comteruel.org Fuente de Internet | 2% |
| 3 | www.kerwa.ucr.ac.cr Fuente de Internet | 1% |
| 4 | www.fesemi.org Fuente de Internet | 1% |
| 5 | multimedia.elsevier.es Fuente de Internet | 1% |
| 6 | id.scribd.com Fuente de Internet | 1% |

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

A Yahshua Ha Mashiaj por darme la vida, la salud y el conocimiento.

A mi madre Santusa, mi maestra, educadora y amiga en esta vida terrenal.

A la Universidad Católica Santa María por ser una base para adquirir conocimiento.



Las enfermedades no nos llegan de la nada, se desarrollan a partir de pequeños pecados diarios contra la naturaleza, cuando se hayan acumulado suficientes pecados, las enfermedades aparecerán de repente.

HIPÓCRATES

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo revisar el caso clínico de una gestante con enfermedad autoinmune y feto con hidrops fetal del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo (HNCASE –AREQUIPA) 2023; para así describir las características personales de la gestante con antecedente de enfermedad autoinmune, determinar el diagnóstico de hidrops fetales y de enfermedad autoinmune, determinar cuál es el tratamiento indicado para hidrops fetales y para la enfermedad autoinmune, determinar las acciones de obstetricia frente al caso clínico y finalmente determinar las acciones del médico ginecológico - obstetra frente al caso clínico.

Presentamos el caso de una gestante de 34 años de edad, que acude a las 27 semanas por emergencia con diagnóstico de hidrops fetal. Durante la hospitalización el examen ecográfico revela hidrops fetal severo con cardiopatía, en el análisis de Microblot array – ANA PLUS se encuentra la presencia de anticuerpos de origen autoinmune de origen materno AntiRo60 251.24U/ml, Anti RNPc 890.23 U/ml positivos que confirmarían la enfermedad autoinmune en la gestante y complicaría el estado de hidrops fetal.

El presente caso clínico concluye con una gestante de 27 semanas que acudió por el servicio de emergencia de ginecología y obstetricia en forma oportuna, el diagnóstico para hidrops fetal y enfermedad autoinmune sistemática fue suficiente; no obstante el tratamiento y las intervenciones realizadas y un factor en contra fue la edad gestacional del neonato que predijo la mortalidad neonatal intrauterino.

Se debe reportar al área de obstetricia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo (HNCASE) los casos clínicos que relacionan la enfermedad autoinmune sistemática en gestante con hidrops fetal para que los médicos especialistas que trabajan en dicha institución tengan una terapia prenatal apropiada y mejoren la supervivencia fetal y neonatal.

Palabras claves: embarazo, enfermedad autoinmune sistemática, hidrops fetal.

ABSTRACT

Present work is to review the clinical case of prenan at woman with autoimmune diase and fetus with fetal hydrops at the Carlas Alberto Seguin Escoebedo National Hospital (HNCASE-Arequipa) 2023, in order to describe the personal charactersiticas of the pregnant woman with a history os autoimmune disease, determine the diagnosis of fetal hydrops, determine the treatment indicated for autoimmune disease, determine the obstetric actions and final, determine the actions of the gynecological obstetrician in the fase of the clinical case.

We present the case of a 34-year-old pregnant woman, who present woman, who presented at 27 weeks for emergency with a diagnosis of hydrops fetalis. During hospitalization, ultrasound examinations revealed severe hydrops fetalis, with heart disease, laboratory examination in the analysis of Microblot array - ANA PLUS found the presence of antibodies of autoimmune origin Anti Ro60 251.24 U / ml, Anti RNP C 890.23 U / ml positive that would confirm the autoimmune disease in the pregnant woman.

The present clinical case concludes with a 27-week pregnant wonman who went the emergency service od gynecology and obstetrics department of the newborn, which predicted intrauterine neonatal mortality, clinical cases that link systemic autoimmunediases in pregnant women with fetalydrpss should be report.

It is required to report every clinical case related to systemic autoimmune disease in pregnant women with hydrops fetalis in order to improve fetal and neonatal survival and to have an appropriate prenatal therapy.

Key words: pregnancy, systemic autoimmune disease, hydrops fetalis

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|-----|
| DEDICATORIA..... | III |
| EPÍGRAFE..... | IV |
| RESUMEN..... | V |
| ABSTRACT..... | VI |
| Introducción..... | 1 |
| Marco Conceptual..... | 3 |
| 1. Bases teóricas | 4 |
| 1.1 Enfermedad autoinmune sistemática durante la gestación | 4 |
| 1.1.1 Enfermedades autoinmunitarias..... | 4 |
| 1.1.2 Etiología..... | 4 |
| 1.1.3 Pasos para reconocer una enfermedad autoinmune..... | 5 |
| 1.1.4 Enfermedad autoinmune sistemática y embarazo..... | 6 |
| 1.2 Hidrops fetal | 8 |
| 1.2.1 Definición..... | 8 |
| 1.2.2 Fisiopatología..... | 8 |
| 1.2.3 Etiología..... | 10 |
| 1.2.4 Hallazgos fetales..... | 13 |
| 1.2.5 Hallazgos maternos..... | 13 |
| 1.2.5 Protocolo de diagnóstico etiológico..... | 14 |
| 1.2.6 Patologías asociadas a hidrops fetal no inmune..... | 17 |
| CASO CLÍNICO..... | 22 |
| DISCUSIÓN..... | 41 |
| CONCLUSIONES..... | 44 |
| RECOMENDACIONES..... | 45 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA..... | 46 |
| ANEXOS | 48 |

INTRODUCCIÓN

La enfermedad autoinmune sistemática es una enfermedad del sistema inmune, las defensas del paciente atacan sus propias estructuras, órganos y diferentes sistemas provocando inflamación y sino se trata a tiempo produce daño al organismo.

La enfermedad autoinmune sistémica (EAS) durante la gestación, es un trastorno en la que hay transferencia pasiva de autoanticuerpos de la madre al feto, los principales hallazgos son defectos cardiacos fetales y cutáneos.

«El embarazo puede exacerbar la enfermedad de base materna, causar importante morbimortalidad durante la gestación y producir efectos potencialmente graves en el feto» (1,5).

No existen datos exactos de prevalencia e incidencia de esta enfermedad, y falta registros a nivel mundial, nacional y local.

La Organización Mundial de Salud (OMS) en el año 2016 y la sociedad Española Multidisciplinar de enfermedades autoinmunes sistemáticas refieren que se estima que la prevalencia de las enfermedades autoinmunes a nivel mundial es de 3% a 7% de este porcentaje, se estima que el 80% de las personas que sufren alguna de estas patologías son mujeres. Dentro de las EAS, las más frecuentes son el síndrome de Sjogren, el lupus eritematoso, las sarcoidosis y el síndrome antifosfolípido. El resto de las enfermedades autoinmunes sistemáticas tiene una prevalencia inferior un caso por cada 2000 personas, por lo que son clasificados como enfermedades poco frecuentes como son la esclerosis sistémica, las miopatías inflamatorias y las vasculitis sistémicas (1).

Según la OMS las enfermedades autoinmunes sistemáticas tienen una prevalencia inferior a 1 caso por cada 2.000 personas, por lo que son clasificadas como enfermedades raras o poco frecuentes.

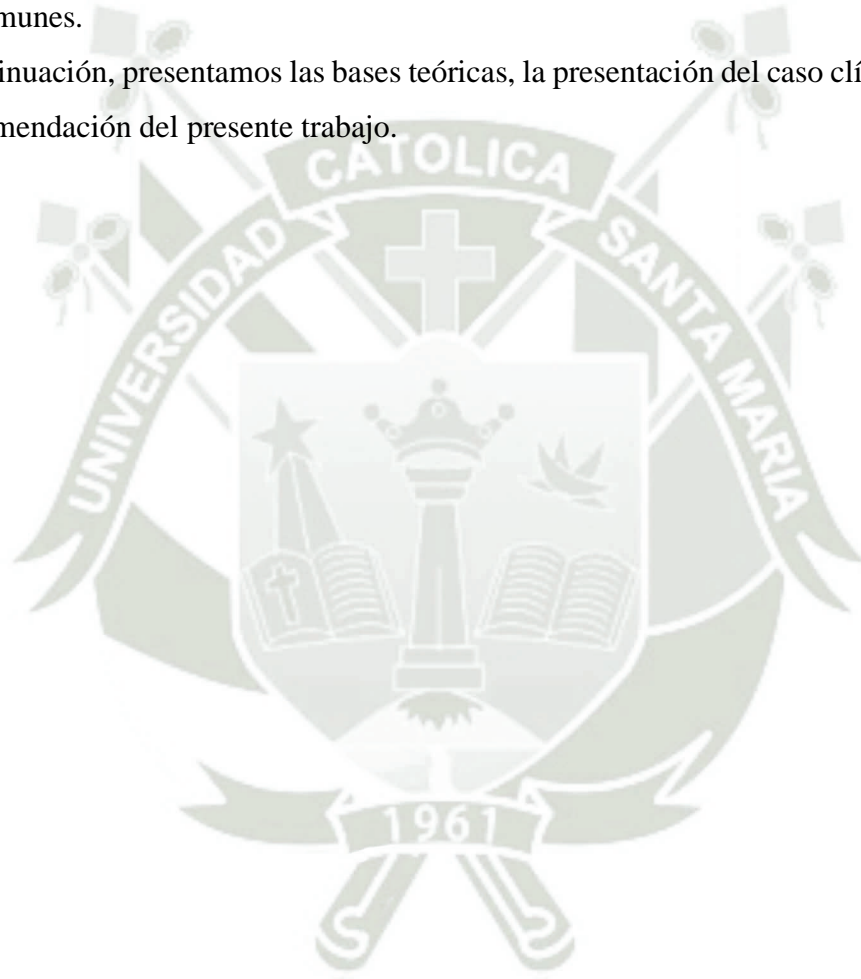
En nuestro país no contamos con registros oficiales sobre enfermedades autoinmunes, pero podríamos extrapolar de las estadísticas de enfermedades raras; si somos 35 millones de peruanos y peruanas y el 3% a 7% padece de una enfermedad rara en el Perú, entonces 1,7 millones a 2,4 millones de peruanos estaría padeciendo esta enfermedad autoinmune una cifra que está haciéndose más grande. Además, el Ministerio de Salud en el 2021 a través del Dr. Serna, refiere que el 80 % de personas que padece esta enfermedad las posee desde su nacimiento debido a que tienen una base o carga genética.

Las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), afectan especialmente a mujeres en edad fértil.

Esto conlleva entonces a motivos de preocupación en cuanto al manejo clínico de una mujer embarazada y más cuando hay una alta posibilidad de riesgo de morbilidad fetal y neonatal añadido a un feto o neonato de sexo femenino.

Por lo que no se aconsejaría el embarazo en mujeres fértiles con este tipo de enfermedades autoinmunes.

A continuación, presentamos las bases teóricas, la presentación del caso clínico, la discusión y recomendación del presente trabajo.





MARCO CONCEPTUAL

1 BASES CONCEPTUALES DE LA PROBLEMÁTICA

1.1 Enfermedad autoinmune sistemática durante la gestación

Para la sociedad española de medicina interna una enfermedad autoinmune se caracteriza por una respuesta patológica en el que una respuesta inmunitaria aberrante dirigida a un constituyente corporal normal provoca inflamación, lesión celular o una alteración funcional con manifestaciones clínicas (3,4).

Por lo tanto, es una enfermedad inmunomediada debida al paso transplacentario de autoanticuerpos circulantes que afecta directamente al feto.

1.1.1 Enfermedades autoinmunitarias

Los trastornos autoinmunitarios constituyen un grupo amorfo de enfermedades adquiridas, en los que participan factores genéticos, ambientales e inmunológicos.

Estos padecimientos comparten ciertas características clínicas y debido a esto a menudo resulta difícil diferenciarlos. Los datos comunes incluyen sinovitis, pleuritis, miocarditis, endocarditis, pericarditis, peritonitis, vasculitis, miositis, exantemas cutáneos, alteraciones de tejidos conjuntivos y nefritis (4).

1.1.2 Etiología

Aún se desconoce, pero se ha propuesto la participación de diversos factores como:

- **Infeccioso:** concretamente de un virus, se propuso debido a diversas observaciones clínicas y biológicas.
- **Hormonal:** se deduce la clara prevalencia en el sexo femenino e individuos con síndrome de Klinefelter. En animales de experimentación la enfermedad se modifica con estímulos estrogénicos.
- **Genética:** en raza negra.
- **Ambiental:** tenemos las radiaciones ultravioletas, como desencadenante de ciertas lesiones cutáneas y determinadas dietas ricas en grasas, con capacidad para modificar la respuesta inmunológica.
- **Químico:** algunos fármacos como la hidralazina o la procainamida, entre otros, induzcan la aparición de un seudolupus ha justificado la hipótesis que sugiere la participación de un elemento externo de tipo químico.

Los factores señalados serían más inductores del proceso crucial en la patogenia de la enfermedad, la etiología aún se desconoce, aunque la selección al nivel del timo es extraordinariamente eficiente a la hora de suprimir la respuesta inmunitaria frente a antígenos propios, se producen fallos y estos errores dan lugar a las enfermedades autoinmunitarias (2).

En muchos casos, la razón por la que se generan anticuerpos o células T que reaccionan con el propio organismo no está aún muy clara. Sin embargo, en otros casos, organismos infecciosos como virus o bacterias pueden desempeñar un papel inductor. La infección provoca la generación de anticuerpos y células T que reaccionan con muchos epítomos distintos del organismo infeccioso.

1.13 Pasos para reconocer una enfermedad autoinmune

La determinación de que una enfermedad es autoinmune será mediante evidencia clínica y de laboratorio.

Ensayo de anticuerpos antinucleares (ANA): pueden detectar anticuerpos contra muchos antígenos nucleares y citoplasmáticos diferentes (3).

Autoinmunidad clínica: se reconoce clínicamente en el momento en que el paciente experimenta manifestaciones de la enfermedad en términos de signos y síntomas (fatiga, malestar general, fiebre, pérdida de peso, artralgias, mialgias, poliartritis, miopatías, anemia, hemólisis, leucopenia, trombocitopenia, exantema malar, fotosensibilidad, úlceras bucales, alopecia, exantema del resto de la piel, disfunción cognoscitiva, síndromes cerebrales orgánicos, psicosis y convulsiones, pleuritis, pericarditis, proteinuria, síndrome nefrótico, anorexia, náusea, dolor abdominal, diarrea, trombosis venosa y arterial, conjuntivitis, abortos recurrentes, preeclampsia temprana y óbitos fetales). En ayuda con la información genética o los antecedentes familiares, las presencias de niveles elevados de autoanticuerpo pueden ser altamente predictiva a la aparición posterior de un trastorno autoinmune y respaldar los esfuerzos de prevención en personas con alto riesgo de enfermedad. (2,3)

Evidencia directa de casualidad: un nivel estricto de evidencia de autoinmunidad, requiere una respuesta autoinmune produzca los rasgos patológicos característicos de la enfermedad. Esto suele implicar la reproducción total o parcial de la enfermedad mediante la transferencia de autoanticuerpos de un paciente a un receptor sano.

Trasferencia transplacentaria de autoanticuerpos de persona a persona: puede resultar de

la transmisión transplacentaria de la enfermedad. La mayoría de las manifestaciones clínicas en la descendencia son temporales porque el autoanticuerpo en estos casos se proporciona a través de la transferencia pasiva del suero de la madre. Una excepción es el bloqueo cardíaco congénito y otras anomalías cardíacas del lupus neonatal, que son persistentes y potencialmente mortales. En esta situación, el bloqueo cardíaco puede ser el resultado de una intensa inflamación local que daña las células del sistema de conducción (3).

1.1.4. Enfermedad autoinmune sistemática y embarazo

Las gestantes que sufren enfermedad autoinmune sistemática con efectos de riesgo sobre el feto y neonato.

a) **Lupus Eritematoso Sistémico** según Colegio Americano de Reumatología criterios de clasificación del ACR (Colegio Americano de Reumatología), desarrollados en 1982 y revisados en 1997

Para ello, debe cumplir al menos 4 de los siguientes puntos :

1. Eritema facial: eritema fijo, plano o elevado sobre eminencias malares. Influencia de los autoanticuerpos en los resultados gestacionales de pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas.
2. Lupus discoide: lesiones cutáneas eritematosas, con cambios en la pigmentación y cicatrices residuales.
3. Foto sensibilidad: exantemas causados por exposición a radiación ultravioleta.
4. Úlceras orales: en cavidad oral o nasofaríngea, algunas veces no siempre observadas.
5. Artritis: no erosiva, que afecte a dos o más articulaciones periféricas con dolor, inflamación o derrame articular.
6. Serositis: pleuritis o pericarditis o roce o evidencia de derrame pericárdico.
7. Alteración renal: proteinuria $> 0,5$ g/dl o $> 3+$ o cilindros celulares o hemáticos.
8. Alteración del sistema nervioso central: convulsiones o psicosis, sin otra causa neurológica.
9. Alteración hematológica: anemia hemolítica, leucopenia ($< 1.500/mm^3$) en dos o

más ocasiones o trombocitopenia ($< 100.000/\text{mm}^3$), en ausencia de fármacos que las produzcan.

10. Alteración inmunológica: anticuerpos anti-DNA, anticuerpos antifosfolípidos.
11. Anticuerpos antinucleares: título elevado de anticuerpos antinucleares (ANA) por inmunofluorescencia indirecta (IFI) o ensayo equivalente en algún momento de la evolución, en ausencia de fármacos que los induzcan. (3)

b) Enfermedad Indiferenciada del Tejido Conectivo (UCTD, Undifferentiated Connective Tissue Disease), entendiéndose como tales a pacientes con un número insuficiente de criterios de clasificación de enfermedades autoinmunes.

Se incluirían en este grupo por ejemplo pacientes con citopenias, lesiones cutáneas o artralgias con anticuerpos antinucleares positivo (ANA +) o algún otro autoanticuerpo positivo, una vez descartadas otras etiologías.

Según un panel de consenso desarrollado en Japón en el año 2019 propusieron un conjunto revisado de criterios diagnósticos para la UCTD, que divide las características de la enfermedad en las siguientes cuatro categorías entre ellas se encuentran los siguientes:

- Fenómeno de Raynaud
- Manifestación inmunológica como el anticuerpos anti-U-RNP
- La afectación de órganos incluye hipertensión arterial pulmonar, meningitis aséptica, neuropatía del trigémino.
- Se presenta manifestaciones superpuestas de esclerosis sistémica, polimiositis y dermatomiositis similares al lupus eritematoso.

c) Síndrome Antifosfolípido en sus formas Primario (sin enfermedad autoinmune asociada) y Secundario (asociada a otra enfermedad autoinmune), según criterios internacionales actuales

Para que se considere diagnóstico, debe cumplir al menos un criterio clínico y uno de laboratorio sin que sea necesario que exista correlación temporal:

Criterios Clínicos como: trombosis Vascular, uno o más episodios de trombosis venosa, arterial microvascular, en cualquier tejido u órgano.

Complicaciones en el embarazo como:

- 3 o más abortos de primer trimestre sin causa cromosómica.

- Muerte inexplicada de feto de más de 10 semanas morfológicamente normal.
- 1 o más nacimientos prematuros (4).

d) Lupus neonatal

Es una enfermedad autoinmune consiste en la transferencia pasiva de autoanticuerpos de la madre a feto da como resultado una enfermedad fetal y neonatal. Las principales manifestaciones son hallazgos cardíacos y cutáneos. La complicación más grave del lupus neonatal es el bloqueo cardíaco completo (aproximadamente el 20% tiene una miocardiopatía asociada en el diagnóstico inicial o la desarrolla más tarde) (2).

Como Castro et al. es el caso del lupus neonatal donde implica una lesión del sistema de conducción como el bloqueo cardíaco congénito, siendo el bloqueo auriculoventricular (AV) completo el más característico, ocurre en aproximadamente el 2% de los hijos de mujeres, que tiene anticuerpos contra Ro/SSA, también tienen el riesgo de desarrollar manifestaciones cutáneas (5).

1.2 Hidrops fetal no inmune

1.2.1 Definición: presencia de edema fetal subcutáneo acompañados por derrames serosos en una o más cavidades (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico) con prueba de Coombs indirecta negativa (6).

1.2.2. Fisiopatología: el compartimento de líquido extracelular en el humano está dividido en un compartimento intravascular y otro intersticial. El espacio intersticial consiste en espacios transcelulares y del líquido linfático. La acumulación de líquido y el hidrops fetal generalmente se origina de un desbalance entre la tasa de formación de fluido intersticial debido a la ultrafiltración de los capilares; la cual excede la tasa de fluido intersticial de retorno del lado venular o del sistema linfático

Tenemos seis posibles causas de desarrollo de hidrops fetal no inmune:

- Fallo miocárdico primario
- Fallo cardíaco de alto gasto
- Disminución de la presión oncótica en el plasma
- Aumento de la permeabilidad capilar, especialmente secundaria a hipoxia

tisular o sepsis

- Obstrucción al flujo venoso
- Obstrucción al flujo linfático. (7)

1.2.3 Etiología

Se presenta una recopilación de las causas descritas de hidrops fetal según (3,8) en el siguiente cuadro:

Tabla N°1

Condiciones asociadas con Hidropesía No Inmune

| | |
|-----------------------------------|--|
| Infecciosas | <ul style="list-style-type: none"> -Parvovirus B19 -Citomegalovirus -Sífilis -Toxoplasma -Herpes virus -Adenovirus -Coxsackievirus -Varicela -Rubeola -Listeria -Leptospira -Hepatitis -Enfermedad de chagas -Virus sincitial respiratorio -Virus de la coriomeningitis -Linfocítica congénita |
| Anormalidades cromosómicas | <ul style="list-style-type: none"> -Trisomía 21, 13,15,16,18. -Síndrome de Turner -Triploidía -Tetraploidía -Monosomía X |

| | |
|---|---|
| | <p>-Mosaico XX/XY</p> |
| <p>Anomalías estructurales fetales</p> | <p>Craneal</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aneurisma de vena de galeno -Hemorragia fetal intracraneal <p>Cardíaca</p> <ul style="list-style-type: none"> -Canal aurículo ventricular -Síndromes de heterotaxia -Displasia tricúspide o anomalías de Ebstein -Ventrículo único -Obstrucción al tracto de salida derecho -Cierre prematuro del ductus venoso -Cierre prematuro del foramen oval -Tumores cardíacos -Cardiomiopatía dilatada o restrictiva -Miocarditis <p>Pulmonar y mediastinal</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hidrotórax o quilotórax primario -Linfangiectasia pulmonar <p>Gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fibrosis hepática -Hemocromatosis -Hipertensión portal |

| | |
|--|---|
| | <p>Ovárico renal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trombosis de la vena renal - Enfermedad poliquística renal - Obstrucción uretral con ruptura de la vejiga - Nefrosis - Torsión de quiste <p>Tumores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teratoma - Hepatoblastoma |
| | <p>Malformación arterio-venosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemangioma del cordón umbilical - Neuroblastoma congénito diseminado <p>Displasias esqueléticas</p> |
| <p>Farmacológicas</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Indometacina |
| <p>Trastornos hematológicos</p> | <p>Hemorragia feto materna</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infección por parvovirus B-19 - Anemias diseritropoyéticas - Leucemia congénita - Hemoglobinopatías (Alfa talasemia) - Desordenes de la membrana del eritrocito - Síndrome de Kasabach- Merrit |

| | |
|---|---|
| <p>Enfermedades metabólicas</p> | <p>Enfermedades del depósito lisosomal—</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermedad de Niemann Pick -Gangliosidosis -Enfermedad de Farber -Enfermedad de Gaucher -Mucopolisacaridosis -Sialidosis <p>Enfermedad del depósito de ácido siálico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermedad de woman <p>Enfermedades del depósito del glicógeno(pompe)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deficiencia de carnitina - Deficiencia de piruvato kinasasa - Deficiencia de 6 DPG |
| <p>Anomalías del cordón umbilical y placentarias</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Coriangioma -Hematoma placentario subcorial -Trombosis de la vena coriónica -Nudos verdaderos del cordón -Aneurisma de la vena umbilical -Torsión del cordón umbilical -Síndrome de transfusión fetal-fetal |

*Elsevier. Grafico 70066 versión 3.0 Uptodate–Hidropesía fetal no inmune de Charles J. Lockwood,Svena Julien,

1.2.4 Hallazgos fetales

Se describen los siguientes hallazgos según Charles:

- **Ascitis:** en etapa inicial, la ascitis fetal aparece como un borde de líquido ecolúcido justo dentro de la pared abdominal o que rodea la vejiga o el hígado. Si hay gran cantidad de ascitis, el intestino puede aparecer comprimido en el abdomen central y sus paredes pueden acentuarse debido a la mayor transmisión de ultrasonido que brinda el exceso de líquido intraabdominal. La pseudoascitis, que es una banda hipoecogénica formada por músculos de la pared abdominal, no debe confundirse con ascitis (6).

- **Derrames pleurales:** los derrames pleurales aparecen como un borde de líquido hipoecogénico justo dentro de la pared torácica, que delimita los pulmones. El derrame puede ser unilateral o bilateral y puede comprimir el tejido pulmonar. Los derrames persistentes que se desarrollan antes de las 20 semanas de gestación pueden inhibir el crecimiento y desarrollo pulmonar, lo que resulta en hipoplasia pulmonar, que puede ser fatal en el período neonatal. Se ha informado sobre una variedad de técnicas para el diagnóstico prenatal de hipoplasia pulmonar grave, pero ninguna es consistentemente confiable (6).
- **Edema cutáneo:** el edema cutáneo generalizado es un signo tardío de hidrops fetal, el edema cutáneo patológico se ha definido como un grosor del tejido subcutáneo > 5mm, sin embargo, la grasa debajo del cuero cabelludo o en la región nuchal posterior podría confundirse con un edema cutáneo (6).

1.2.5. Hallazgos maternos

Las pacientes que tienen un feto hidrópico pueden tener un tamaño uterino grande para las fechas y pueden notar una disminución del movimiento fetal. El polihidramnios grave puede provocar dificultad para respirar, lo que puede requerir tratamiento o parto.

Aunque la hidropesía es una afección fetal, en algunos casos existen trastornos maternos asociados, como el síndrome del espejo y los quistes tecoluteínicos.

- **Síndrome del espejo:** (también llamado síndrome de ballantynes) se refiere a una condición de edema materno generalizado, a menudo con afectación pulmonar, que “refleja” el edema del feto hidrópico y placenta. Aunque generalmente se asocia con hidrops fetales no inmune (NIHF), también puede ocurrir con hidropesía inmunomediada. La patogenia no se ha establecido firmemente, pero al menos en algunos casos, la placenta hidrópica aumenta la producción de tirosina quinasa similar a forma soluble, que es un medidor importante de las anomalías endoteliales y vasculares maternas en la preeclampsia. Puede ocurrir en cualquier momento durante el periodo anterior al parto y puede persistir después del parto. Puede presentarse con una

presentación clínica y un curso similar a la preeclampsia con características graves. A diferencia de la preeclampsia, el hematocrito materno suele ser bajo (hemodilución) en lugar de alto (hemoconcentración) el volumen de líquido amniótico suele ser alto (polihidramnios) en lugar de bajo (oligohidramnios) y el feto siempre muestra signos de hidropesía. Una revisión sistemática de informes sobre el síndrome de Mirror señaló que los signos maternos clave eran, edema (80 a 100 %) hipertensión (57 a 78%) y proteinuria (20 a 56 %) y la tasa general de muerte fetal fue de 56 %. Se produjeron complicaciones maternas graves, como edema pulmonar, en el 21 % de los casos (6).

1.2.6. Protocolo de diagnóstico etiológico

En la hidrops fetal no inmune hallar la causa no es fácil y a pesar de seguir un estricto protocolo diagnóstico, hasta el 20 % de los casos se catalogan como idiopático. Determinar la etiología es fundamental tanto para el tratamiento clínico del caso como para establecer su pronóstico.

El protocolo diagnóstico es complejo e incluye tanto los antecedentes maternos y su historia obstétrica como pruebas maternas y fetales según José et al. (8).

Tabla 2: Protocolo de Diagnóstico

| Antecedentes maternos e historia obstétrica | |
|---|---|
| Raza | Afro descendiente |
| Patología materna: anemia, infecciones, diabetes mellitus | Preguntamos sobre la exposición reciente con personas, en particular niños con infección. |
| Consanguinidad | |
| Antecedentes obstétricos | Hijo previo afectado, por abortos recurrentes, antecedente de muerte intrauterina. |
| Gestación actual | Gestación múltiple, presencia de sintomatología de |

| | |
|---|--|
| | infección, edad gestacional, medicación. |
| Pruebas maternas | |
| Grupo sanguíneo y RH | Para descartar hidropesía inmune |
| Prueba de Coombs indirecta | Para descartar hidropesía inmune |
| Hemograma completo | Incluyendo el volumen corpuscular medio para buscar enfermedades hematológicas |
| Pruebas de Kleihauer-Betke | Para detectar si hubo hemorragia ya se fetal y/o materna |
| Prueba de tolerancia oral a la glucosa | Para detectar diabetes como causa de malformaciones. La miocardiopatía hipertrófica puede ser causa de insuficiencia cardíaca. |
| Cribado de infecciones | TORCH (Toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes simple y Virus de inmune deficiencia adquirida) y Parvovirus19. |
| En aquellos casos en que se considere indicado se realizara otras pruebas adicionales | |
| Electroforesis de hemoglobina | Para detectar portadoras de alfa-talasemia ante volúmenes corpusculares bajos. |
| Bioquímica materna | Para identificación de anomalías fetales y complicaciones de la gestación. |
| Cribado de déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa. | Para descartas anemia hemolítica congénita |
| Determinación de anticuerpos anti -Ro y Anti-La | En presencia de conectivopatías o ante hallazgos de un bloqueo auriculo-ventricular (AV) fetal. |

| | |
|--|---|
| Estudio fetal no invasivo | |
| Estudio ecográfico morfológico completo y detallado, así como del líquido amniótico, placenta y cordón umbilical | Una ecocardiografía en modo B y M aplicando también doppler color y pulsado para descartar no solo anomalías estructurales si no alteraciones del ritmo y signos de insuficiencia cardíaca. |
| Estudio de la velocidad máxima de la Arteria Cerebral Media (ACM), mediante doppler color y pulsado. | Se toma una velocidad máxima en la ACM 1,5 índice de promedio de (MoM) como punto de corte para establecer la sospecha de anemia grave. Habitualmente estos fetos presentan ascitis importante y cardiomegalia, y la causa más frecuente es la infección por Parvovirus B19. La transfusión intrauterina puede revertir la hidropesía y llegar a obtener un recién nacido vivo y sano. |
| Ecografía | Para ver la progresión de hidropesía y posible afección hemodinámica. |
| Técnicas invasivas | |
| Amniocentesis en líquido amniótico | Cariotipo fetal Reacción en cadena de la polimerasa (PCR, Polymerase chain reaction) y cultivo para TORCH y PVB19 |
| Cordocentesis | Cariotipo fetal, hemograma completo con fórmula leucocitaria. Grupo sanguíneo y prueba de Coombs directa Funciones hepáticas |
| Radiografía fetal | Para descartar displasias esqueléticas |

* José M. Carrera, Asim Kurjak. Ecografía en diagnóstico prenatal. 1 ed. Madrid. Elsevier. 2018

1.2.7. Patologías asociadas a hidrops fetal no inmune

1. Alteraciones estructurales: las anomalías cardíacas que más frecuentemente se asocian a hidropesía son las malformaciones de las válvulas auriculoventriculares (AV), especialmente la displasia tricúspide, la enfermedad de Ebstein y el canal AV, ya sea aislado o asociado a trisomía 21 y en combinación con síndromes de heterotaxia. En estos casos, el desarrollo de la hidropesía es secundario a una insuficiencia cardíaca congestiva, debida a la regurgitación tricúspide y al incremento de presión que esta genera a nivel de la aurícula derecha. También, aunque con menos frecuencia, las anomalías de las válvulas semilunares pueden ser causas de hidropesía, como el truncus arterioso, el síndrome de corazón izquierdo hipoplásico. En estas cardiopatías de tramos de salida, el aumento de la postcarga puede llegar a ocasionar insuficiencia tricúspide o mitral. Debido a la alta asociación entre defectos estructurales cardíacos y aneuploidías, especialmente trisomía 21, 18 y síndrome de Turner, la mortalidad perinatal en estos casos es muy alta oscilando entre el 85 y el 100% (6).

2. Arritmias cardíacas

Taquiarritmias: la taquicardia supra ventricular junto con el flutter auricular son los dos principales tipos de taquiarritmias fetales. Una frecuencia cardíaca fetal superior a los 200 latidos por minuto (6).

1.3. ANTECEDENTES

Título: Los títulos maternos de anticuerpos anti-Ro obtenidos con inmunoensayos comerciales están fuertemente asociados con cardiopatías fetales inmunomediadas.

Autores: Jaeggi E, Kulasingam V, et al.

Las gestantes con anticuerpos anti-Ro positivos son remitidas con frecuencia a ecocardiografías regulares debido al riesgo fetal de desarrollar bloqueo cardíaco y fibroelastosis endocárdica. Poco se sabe de porque solo algunos y no todos los hijos desarrollan estas manifestaciones cardíacas de lupus neonatal (LNN). Este estudio prospectivo examino las asociaciones entre los títulos de anticuerpo anti-Ro y el LNN fetal. Se incluyeron madres con anticuerpos positivos remitidas desde 2018 para ecocardiografía fetal con riesgo de LNN (grupon1, n=240) o con LNN (grupo n=18).

Los títulos se anticuerpos maternos se midieron con un inmunoensayo quimioluminiscente (CIA). Se realizaron pruebas adicionales en muestras de suero diluidas para cuantificar los títulos de anticuerpos anti-Ro 60 por encima del rango de medición analítica (AMR) del CIA estándar (≥ 1.375 unidades quimioluminiscentes [CU]).

De un total de 27 gestantes con diagnóstico fetal de LNN, todas presentaron títulos de anticuerpos anti-Ro 60 que superaban al menos 10 veces el AMR del CIA. De las 122 gestantes del grupo 1 que se sometieron a pruebas adicionales de anticuerpos anti -Ro 60, las tasas de eventos de LNN (n=9) fueron del 0% (0 de 45) entre las gestantes con títulos de anticuerpos anti-Ro 60 de 1.375-10.000 CU, del 5% (3-56) entre las gestantes con título de anticuerpos anti -Ro 60 10.000- 50.000 CU, pero del 29% (6 de 21) entre las madres con títulos > 50.000 CU (odds ratio 13,1;p=0.0008). De las gestantes del grupo 2 con diagnóstico primario de LNN, el 0% (0 a 18 gestantes) tenían títulos de anticuerpos anti-Ro 60 < 10.000 CU, el 44% (8 de 18 gestantes) tenían títulos > 50.000 CU.

Entonces la LNN este asociado con títulos de anticuerpos anti-Ro sustancialmente más altos que los obtenidos utilizando un CIA estándar. Aumentar el rango de medición del ensayo permite mejorar la especificidad de la identificación de embarazos con riesgo de LN (12).

Título: Bloqueo auriculo-ventricular congénito completo secundario a Lupus neonatal.

Autores: Csotey S, Martin N, et al

El bloqueo cardiaco congénito (BCC) es una entidad poco frecuente que se produce por la lesión del tejido de conducción cardíaco, con una alteración secundaria de la transmisión de los impulsos auriculares a los ventrículos. Se puede asociar a cardiopatías estructurales y a enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico o a la presencia de autoanticuerpos anti-Ro y anti-La. El diagnóstico prenatal se realiza mediante ecografía y ecocardiografía al objetivar bradicardia fetal mantenida; ambas técnicas permiten asimismo el seguimiento y la valoración de finalización de la gestación ante la presencia de signos deterioro hemodinámico.

El tratamiento médico intrauterino es con fármacos inotrópicos y corticoides y una vez finalizada la gestación la terapia definitiva generalmente será la implantación de un marcapaso.

Se presenta seis pacientes con diagnóstico de Bloque auriculo-ventricular (BAV) congénito secundario a Lupus Neonatal. Cinco fueron diagnósticos intrauterina, tres BAV completos y dos de segundo grado con progresión a completo en uno. El diagnóstico posnatalmente fue de primer grado con evolución posterior anormalidad. Todas las madres fueron portadoras de anti Ro y anti La pero solo dos presentaban diagnóstico pregestacional de enfermedad autoinmune. Solo un caso preciso tratamiento farmacológico y colocación de marcapasos en época neonatal con buen pronóstico.

Se concluyo lo siguiente la gravedad de BAV hace imprescindible un seguimiento ecográfico gestacional detallado y la determinación de anticuerpos anti Ro y anti La materno (13).

Título: Información sobre las enfermedades autoinmunes de nueva aparición después de la vacunación contra la COVID-19.

Autores: Guo M, Liu X, et al.

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID19), causada por el coronavirus 2 el síndrome respiratorio agudo grave, ha provocado más de 670 millones de infecciones y casi. Sin embargo, cada vez hay más pruebas que sugieren que la vacunación contra el COVID-19 puede causar enfermedades autoinmunes de nueva aparición, como glomerulonefritis autoinmunitaria, enfermedades reumáticas autoinmunitarias y hepatitis autoinmunitaria. Sin embargo, la relación causal entre las vacunas contra la COVID-19 y estas enfermedades

autoinmunitarias aún no se ha demostrado. Los autores proporcionan evidencia de que la vacunación induce autoinmunidad y resumen los posibles mecanismos de acción, como el mimetismo molecular, por parte de los transeúntes y los adyuvantes. El objetivo fue crear conciencia sobre los riesgos potenciales de la vacunación contra el COVID-19 (14).

Título : Fenómenos autoinmunes de nueva aparición después de la vacunación contra la COVID-19

Autores : Chen Y, Xu Z, et al.

Los programas de vacunación se están implementando en todo el mundo, pero la mayoría de estas vacunas han sido aprobadas sin previos estudios exhaustivos sobre sus efectos secundarios y eficacia.

Recientemente, se han notificado cada vez más fenómenos autoinmunes de nueva aparición después de la vacunación contra la COVID-19 (por ejemplo trombocitopenia trombótica inmunitaria, enfermedades hepáticas autoinmunes, síndrome de Guillain Barré, nefropatía por IgA, artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico). El mimetismo molecular, la producción de autoanticuerpo particulares y el papel de ciertos adyuvantes de vacunas parecen contribuir sustancialmente a los fenómenos autoinmunes. Sin embargo, aún no se ha dilucidado si la asociación entre la vacuna contra el COVID-19 y las manifestaciones autoinmunes es una coincidencia o causal (15).

Título : Evolución de una embarazada con enfermedad mixta del tejido conectivo en un hospital de atención terciaria de la india: Informe de un caso

Autores : Rathore A, Bidisha R, et al.

La enfermedad mixta del tejido conjuntivo (EMTC) es un término que engloba las características de la esclerosis sistémica lúpica, polimiositis, artritis reumatoide y un título elevado de anticuerpos antiribonucleoproteína (RNP).

Sin embargo, se desconoce la etiología exacta de la enfermedad. La EMTC se caracteriza por daño microvascular, junto con activación de sistema inmunitario que provoca inflamación y deposición excesiva de colágeno en la piel, pulmones, corazón, tracto gastrointestinal y riñones. Las mujeres se ven más afectadas, sobre todo después del parto, puede deberse a la hipótesis del microquimerismo, cuya patogénesis es una migración bidireccional de las células fetales a través de la placenta, Aunque no se puede curar completamente pero el tratamiento con corticoides es útil. Las complicaciones fueron

preeclampsia, parto prematuro, retraso del crecimiento fetal, eclampsia, trombocitopenia e infecciones como neumonía, síndrome sepsis-like. La tasa de mortalidad materna es de aproximadamente de 325/100000. Encontrar un caso similar de trastorno mixto del tejido conectivo en una paciente de 24 años con 29 semanas de gestación, la paciente había concebido espontáneamente después de 5 años de diagnóstico y había presentado todas las complicaciones conocidas de la enfermedad, incluida fibrosis pulmonar, RGF, preeclampsia y ascitis. Sin embargo, dio a luz y posteriormente se estabilizó, aunque su bebé tuvo que ser internado en UCIN para tratamiento prolongado (16).





MARCO METODOLÓGICO

1. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Multigesta de 34 años de edad, que acude al servicio de emergencias obstétricas por referencia del Centro de Atención Primaria III Alto Selva Alegre con diagnóstico de hidrops Fetal, dilatación decámara cardíaca, cesárea anterior dos veces, es ingresada por emergencias obstétricas al Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo con gestación de 27 semanas el día 25/05/2023.

2.1. DATOS DE LA PACIENTE

Filiación

- Apellidos y nombres: E.M.G.M.
- Número de cama: 407-A
- Número de historia clínica: 653475
- Edad: 34 años
- Sexo: femenino
- Religión: católica
- Raza: Mestiza
- Estado Civil: casada
- Ocupación actual: ama de casa
- Lugar de procedencia: Moquegua
- Lugar de nacimiento: Arequipa
- Fecha de nacimiento :12/10/1988
- Grado de instrucción: superior
- Fecha de ingreso: 24/05/2023
- Fecha de alta: 26/06/2023

Antecedentes personales

- Nacida de parto: eutócico
- Alergias: niega

- Quirúrgicos: cesárea 2 veces y 2 aborto
- Patológicos: vitíligo
- Medicación: niega
- Transfusiones: niega
- Grupo sanguíneo: O+
- Grupo sanguíneo de pareja: A+
- Inmunización: Refiere tener esquemas completa de vacunas.
 - Vacuna contra covid 19: Moderna TX (10/08/2022)
 - Vacuna contra la influenza adulto (29/09/2022)
 - Vacuna contra covid 19: Pfizer (03/01/2022)
 - Vacuna contra covid 19: sinopharm (30/09/2021)
 - Vacuna contra covid 19: sinopharm (09/09/2021)
 - Vacuna diftoteránica pediátrico (21/11/2021)
 - Vacuna contra la influenza adulto (21/11/2021)

Antecedentes ginecológicos

- Menarquia: 10 años
- Régimen catamenial: Irregular, 4/28-32
- Inicio de relaciones sexuales: 19 años
- Número de parejas sexuales: 01
- Método anticonceptivo: Medroxiprogesterona 150mg/ml por un periodo de un año.

Antecedentes obstétricos

- G4P2022
 - Número de gestaciones: 4
 - Número de partos a término:
 - En el 2014: parto distócico, por doble circular de cordón.
 - En el 2016: parto distócico por cesárea anterior.
 - Número de partos prematuros: 0
 - Número de abortos: 2
 - En el 2012: gestación anembrionada, se realiza legrado.
 - En el 2019: aborto espontaneo con legrado.
 - Número de hijos vivos: 2
- FUR: 16/11/22

- FPP: 22/08/23
- Partos: cesáreas
- Controles prenatales durante esta gestación actual: 5 controles
- Embarazo: deseado

Antecedentes familiares:

- Padre: diabetes mellitus tipo 2
- Madre: sano
- Esposo: sano
- Hijos: sanos

Antecedentes de estilo de vida

- **Historia alimentaria**
 - Niega consumo de proteínas de origen vegetal
 - Niega consumo de verduras
 - Consumo diario de proteínas de origen animal
 - Consumo diario de frutas
 - Dieta rica en carbohidratos
 - Consumo diario de alimentos industrializados* (consumo casi diario de mantequilla)
- **Hábitos**
 - Actividad física: activo
 - Fuma: niega
 - Alcohol: niega
 - Drogas: niega.

2.2. ENFERMEDAD ACTUAL DE LAGESTANTE

2.2.1. Vitíligo

Tiempo de enfermedad: 3 años

Síntomas principales: despigmentación de piel presenta machas blancas en la axila y en dedos.

Curso: progresivo

Tratamiento: fototerapia y cremas indicado por medico dermatólogo. Fue tratada con rayos ultravioleta B (UVB) tres veces por semana durante el primer mes de

gestación para luego sersuspendido por el médico especialista.

2.2.2. Enfermedad autoinmune (enfermedades específicas con compromiso sistematicedel tejido conjuntivo)

Hidroxicloroquina 400mg VO c/24 horas 3 dosis

2.3. ENFERMEDAD ACTUAL DEL FETO

2.3.1. Hidrops fetal severo

Diagnosticado por ecografía en fecha de 22 /05/2023

Tiempo de aparición: a las 27 semanas del segundo trimestre

Forma de inicio: insidioso

Curso: progresivo

Tratamiento: dexametasona 6mg cada 12/hrs IM por 4 dosis (fecha 24/05/2023);

betametasona 4ng IM C/24 h 3dosis. (22/06/2023)

2.3.2. Cardiopatía

Diagnosticado por ecografía en fecha de 25 /05/2023

Tiempo de aparición: a las 27 semanas segundo trimestre

Forma de inicio: insidioso

Curso: progresivo

Tratamiento: sin tratamiento.

2.4. EXAMEN FÍSICO

- A la exploración física presenta: 110/70 mmHg, peso 70 kg, talla 163 cm, índice de masa corporal (IMC) 25.2 desde el inicio de la gestación. Saturación de oxígeno 95%.
- ABEG, ABEH, ABEN, LOTEP.
- Piel húmeda y mucosas hidratadas; llenado capilar mayores 2 segundos.
- Cabello: buena implantación, color negro.
- Ojos: pupilas simétrico isocoras, foto reactivas, agudeza visual es conservado.
- Nariz: normal sin secreciones.
- Cuello: sin adenopatías.

- Orofaringe: no congestivo.
- Tórax: simétrico, amplexación y elasticidad, murmullo vesicular que pasa en ambos campos pulmonares.
- Miembros inferiores presencia de edemas con fovea en una cruz (+).

2.52. Ecografías

Tabla 4
Ecografías obstétricas

| Fecha | Ecografía | Conclusión |
|------------|--|--|
| 22/05/23 | <p>Peso fetal: 1200</p> <p>Feto único vivo</p> <p>-Se observa edema alrededor de cabeza y tórax y abdomen.</p> <p>-Se observa corazón con cámaras asimétricas.</p> <p>-Se observa imagen anecogénica alrededor de corazón y pulmones y abdomen.</p> | <p>-Feto único de 28 semanas 0 días con un peso fetal acorde con edad gestacional</p> <p>-Hidrops fetal severo</p> <p>-Doppler espectral demuestra excelencia redistribución vascular. Caracterizada por disminución de la fase sistólica a nivel cerebral que relaciona a un sufrimiento fetal agudo.</p> |
| 25/05/2023 | <p>Feto en único en</p> <p>Longitud Cefálico Izquierdo</p> <p>Diámetro biparietal: 7,2 cm</p> <p>Circunferencia cefálica: 24,9cm</p> <p>Circunferencia abdominal: 23.5 cm</p> <p>Longitud de fémur: 5 cm</p> <p>Latidos cardio fetales:128x min</p> <p>Peso fetal: 1057 gr</p> <p>Sexo: femenino</p> | <p>-Gestación de 27 ss</p> <p>-Hidrops fetal</p> <p>-Índice cerebro placentario <1</p> <p>-Cardiopatía.</p> <p>-Descartar, atresia mitral e hipoplasia de ventrículo izquierdo.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>Placenta posterior fúndica de 60 mm.</p> <p>Tono fetal conservado, cordón con 2 arterias y una vena, dilatación de aurícula izquierda, reflujo de izquierda a derecha septum secundum. No se objetiva ventrículo izquierdo, ni válvula mitral.</p> <p>Ducto venoso con inversión de onda A.</p> <p>Estómago, riñones y vejiga normales.</p> <p>Se objetiva edema de cuero cabelludo, derrame pleural, derrame pericárdico y ascitis.</p> <p>Índice de líquido amniótico:</p> <p>Pozo mayor 6</p> <p>Arteria Cerebral Media:</p> <p>Índice de pulsatilidad 0.81,</p> <p>Índice de resistencia 0.56.</p> <p>Arteria uterina</p> <p>Índice de pulsatilidad 1, Índice de Resistencia 0.82</p> <p>No signos de reserva ni latido venoso.</p> | |
|--|--|--|

* A partir de datos de la Historia clínica- imágenes ecográficas 2023

2.5.2. Ecografía fetal doppler

Tabla 5
Ecografías doppler

| Fecha | Ecografía fetal Doppler |
|------------|---|
| 03/06/2023 | <p>Feto en longitudinal cefálico izquierdo</p> <p>Peso ponderado 1387 gr</p> <p>Arteria Cerebral Media: Índice de pulsatilidad 1.44 <P5</p> <p>Arteria uterina: Índice de pulsatilidad 1.38 <95</p> <p>Ductus venoso: Índice de pulsatilidad 1.18 <P5</p> <p>Vena umbilical sin latido</p> |
| 15/06/2023 | <p>Feto en longitudinal cefálico izquierdo.</p> <p>Ponderado fetal 2110 gr</p> <p>Arteria cerebral media: Índice de pulsatilidad 1.15 <P5</p> <p>Arteria uterina: índice de pulsatilidad P 1.36 <95</p> <p>Ductus venoso índice de pulsatilidad 1.18 <P5</p> <p>Ductos venoso: onda A reversa</p> |
| 23/06/2023 | <p>Feto en longitudinal cefálico izquierdo.</p> <p>Ponderado fetal: 2400 gr</p> <p>Arteria cerebral media índice de pulsatilidad 1.55 <P5</p> <p>Arteria uterina: Índice de pulsatilidad 1.81 > 95</p> <p>Índice de líquido amniótico adecuado</p> |


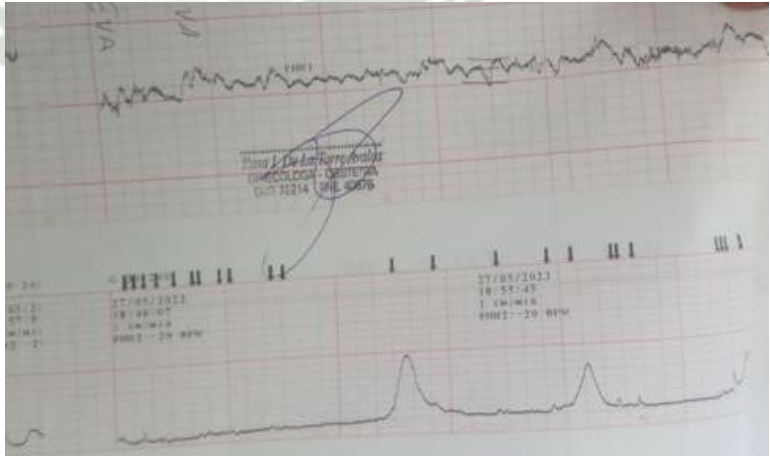
* A partir de la Historia clínica-datos ecográficos 2023

2.5.5. Pruebas de test no estresante

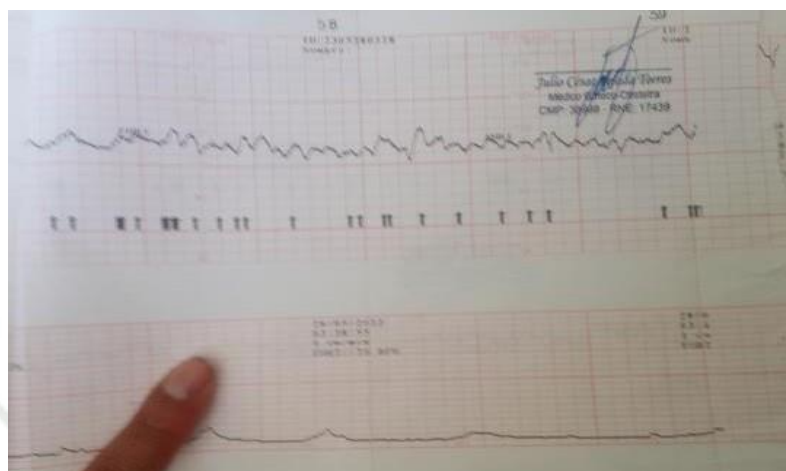
Se realiza la lectura de las pruebas de test no estresante, también se presenta los resultados del monitoreo electrónico fetal en hydrops fetal.

Tabla 6

Pruebas de test no estresante

| | |
|--|--|
| <p>Paciente: G.E.M. Edad:34 años Fecha:26/05/2023 Hora: 12:52 Día de hospitalización:1</p> |  |
| <p>Paciente: G.E.M. Edad:34 años Fecha:27/05/2023 Hora: 18:55 Día de hospitalización:2</p> |  |

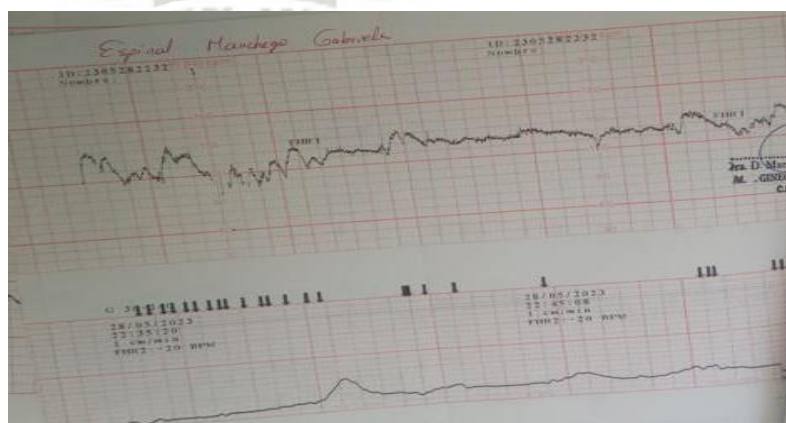
Paciente: GEM
Edad: 34 años
Fecha: 28/05/2023
Hora: 14:55
Día de
hospitalización: 3



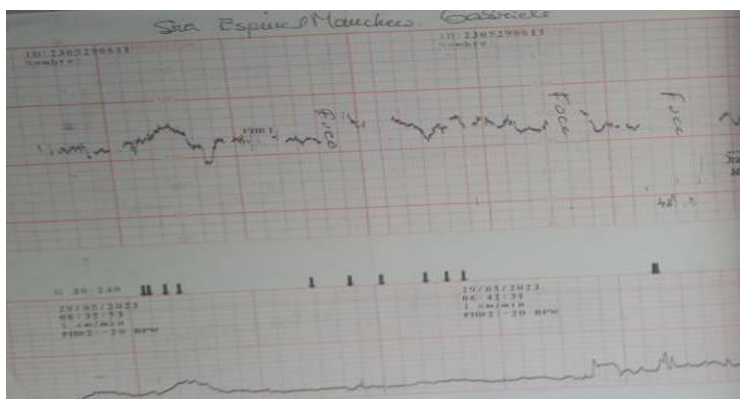
Paciente: GEM
Edad: 34 años
Fecha: 28/05/2023
Hora: 22:45
Día de
hospitalización: 3



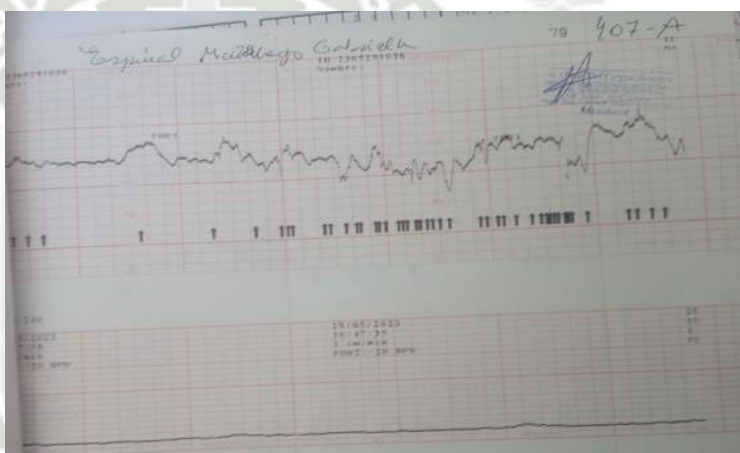
Paciente: GEM
Edad: 34 años
Fecha: 28/05/2023
Hora: 12:55
Día de
hospitalización: 3



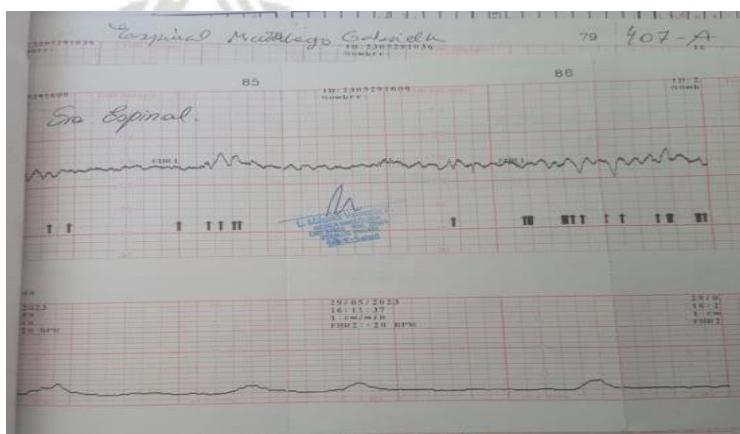
Paciente: GEM
Edad: 34 años
Fecha: 29/05/2023
Hora: 06:42
Día de
hospitalización: 4

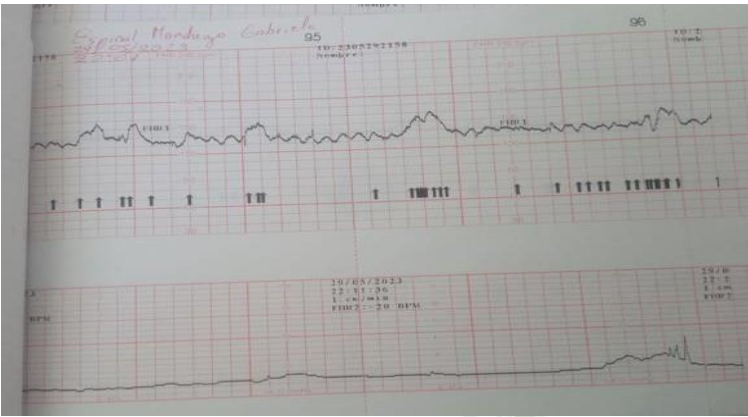
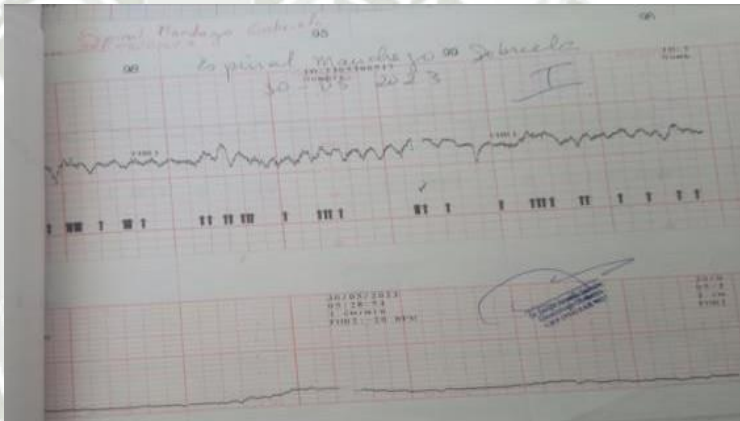
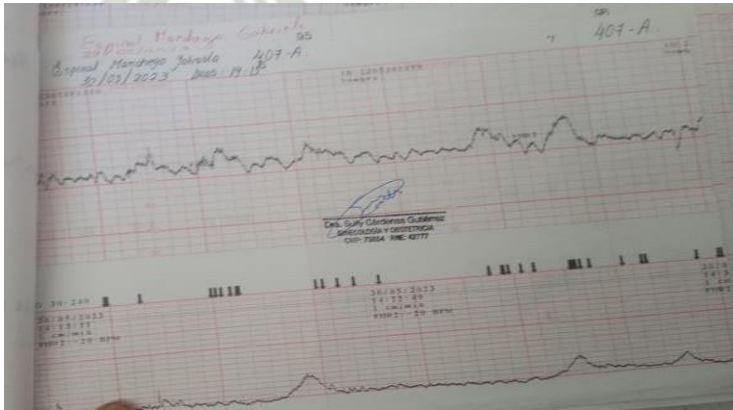


Paciente: GEM
Edad: 34 años
Fecha: 29/05/2023
Hora: 10:47
Día de
hospitalización: 4



Paciente: GEM
Edad: 34 años
Fecha: 29/05/2023
Hora: 16:11
Día de
hospitalización: 4



| | |
|--|--|
| <p>Paciente: GEM Edad: 34 años Fecha: 29/05/2023 Hora: 22:01 Día de hospitalización: 4</p> |  |
| <p>Paciente: GEM Edad 34 años Fecha: 30/05/2023 Hora: 05:28 Día de hospitalización: 5</p> |  |
| <p>Paciente: GEM Edad: 34 años Fecha: 30/05/2023 Hora: 14:22 Día de hospitalización: 5</p> |  |

Paciente: GEM

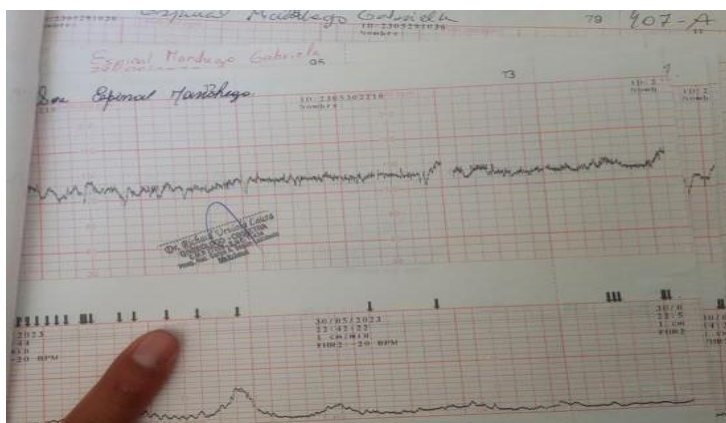
Edad: 34 años

Fecha: 30/05/2023

Hora: 22:42

Día de

hospitalización:5



Paciente: GEM

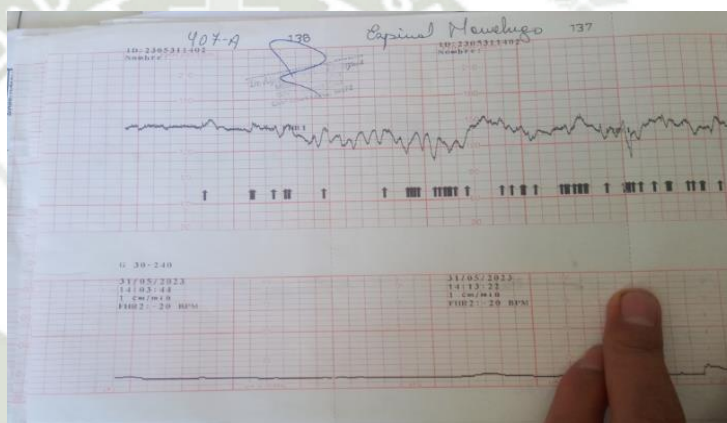
Edad: 34 años

Fecha:31/05/2023

Hora: 14:13

Día de

hospitalización:6



Paciente: GEM

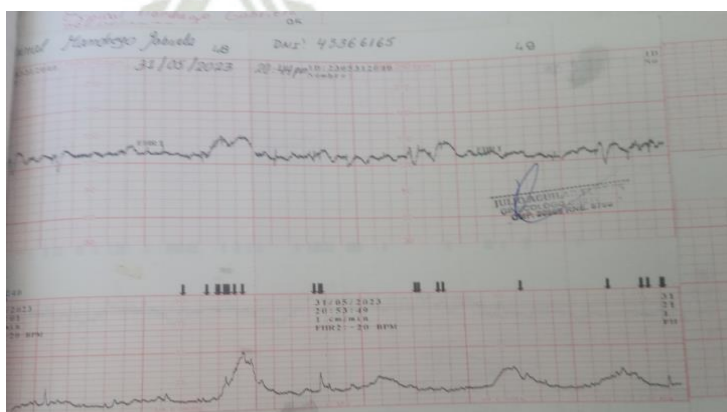
Edad: 34 años

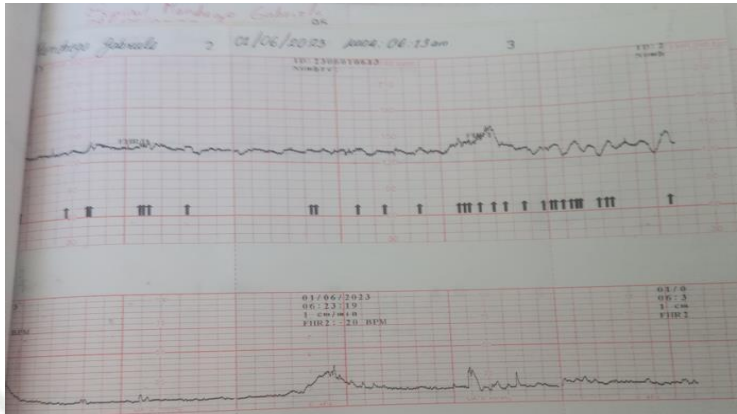
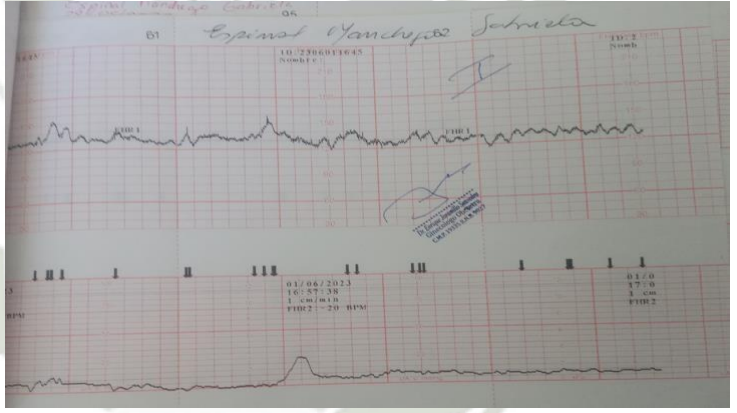
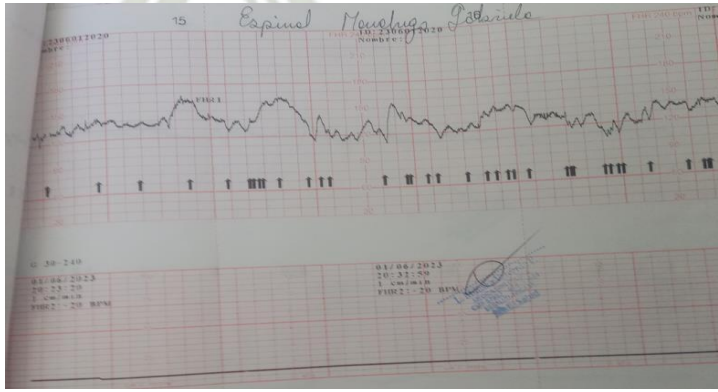
Fecha:31/05/2023

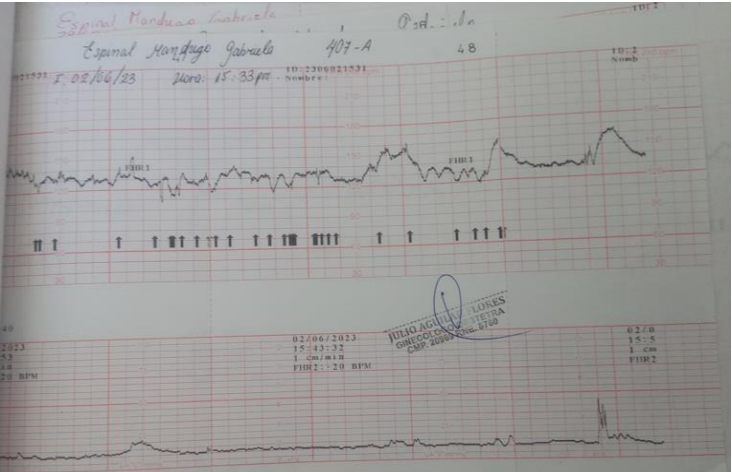
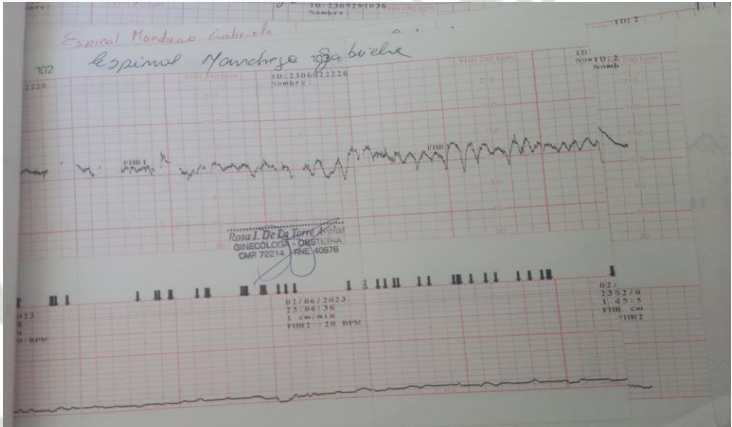

Hora: 20:53

Día de

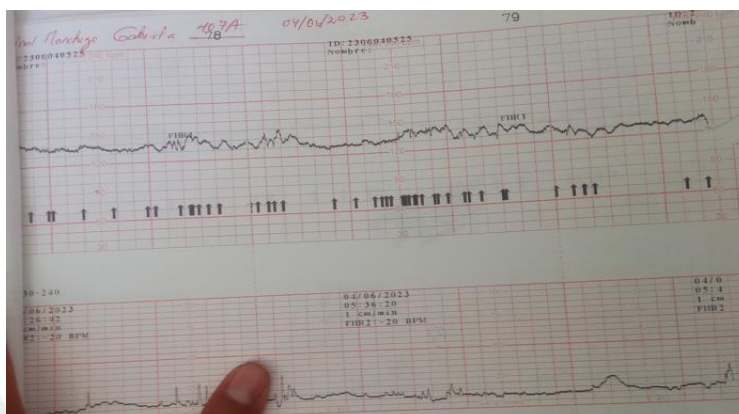
hospitalización:6



| | |
|--|--|
| <p>Paciente: GEM Edad: 34 años Fecha:01/06/2023 Hora: 23:19 Día de hospitalización:7</p> |  |
| <p>Paciente: GEM Edad: 34 años Fecha:01/06/2023 Hora: 16:57 Día de hospitalización:7</p> |  |
| <p>Paciente: GEM Edad: 34 años Fecha:01/06/2023 Hora: 20:32 Día de hospitalización:7</p> |  |

| | |
|--|--|
| <p>Paciente: GEM Edad: 34 años Fecha: 01/06/2023 Hora: 15:43 Día de hospitalización: 7</p> |  |
| <p>Paciente: GEM Edad: 34 años Fecha: 02/06/2023 Hora: 23:06 Día de hospitalización: 8</p> |  |
| <p>Paciente: GEM Edad: 34 años Fecha: 03/06/2023 Hora: 07:07 Día de hospitalización: 9</p> |  |

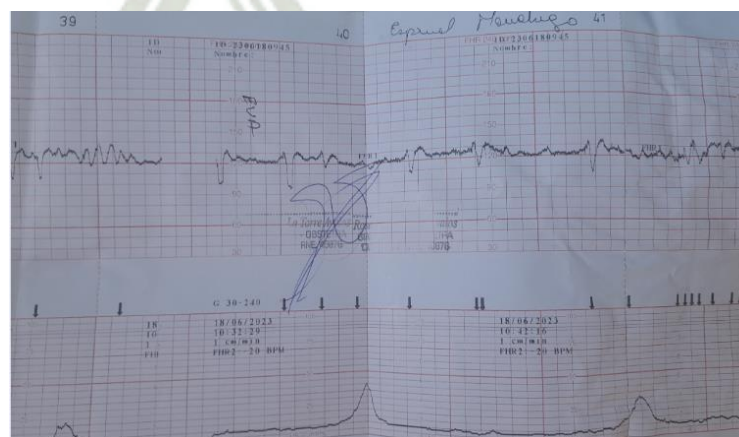
Paciente: GEM Edad:
34 años
Fecha:03/06/2023
Hora: 07:07
Día de
hospitalización:9



Paciente: GEM Edad:
34 años Fecha:
14/06/2023 Hora:
09:42
Día de
hospitalización:20



Paciente: GEM Edad:
34 años
Fecha:18/06/2023
Hora: 10:32
Día de
hospitalización:24



Paciente: GEM

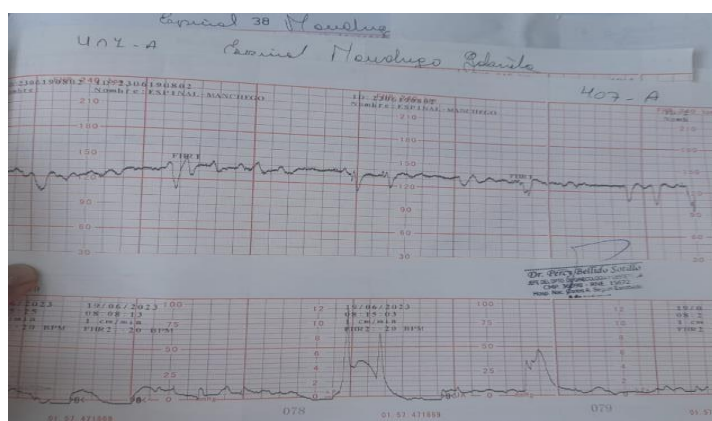
Edad: 34 años

Fecha: 18/06/2023

Hora: 10:32

Día de

hospitalización: 24



Paciente: GEM

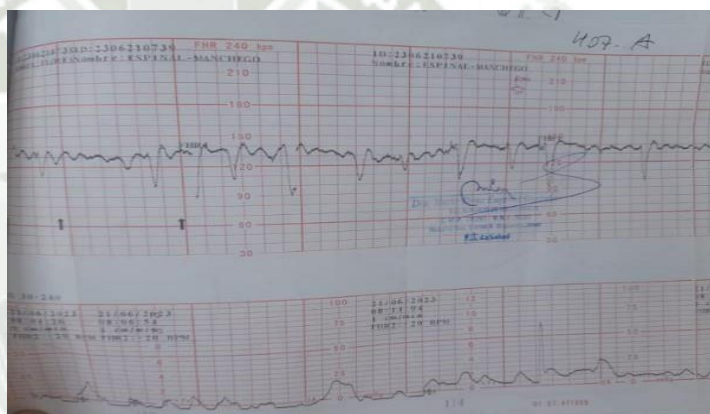
Edad: 34 años

Fecha: 21/06/2023

Hora: 8:11

Día de

hospitalización: 27



Paciente: GEM

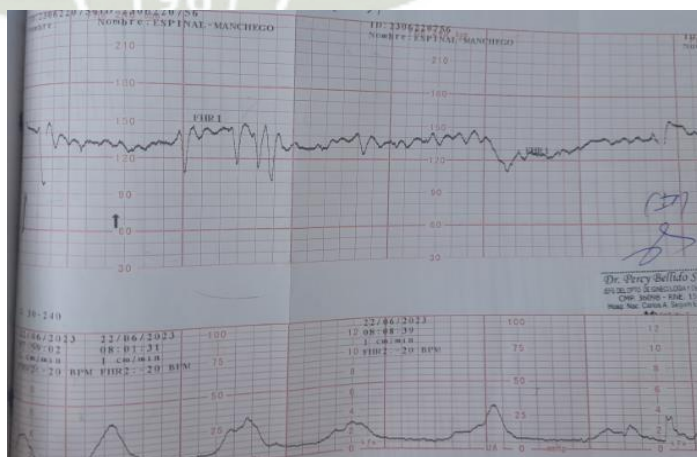
Edad: 34 años

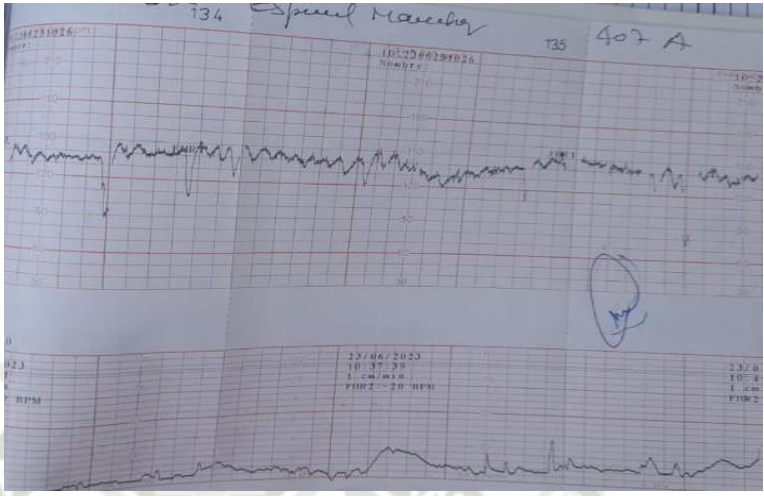
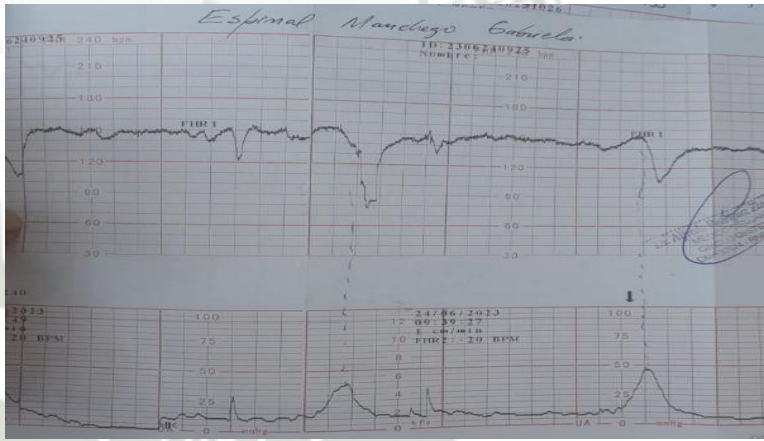
Fecha: 21/06/2023

Hora: 10:32

Día de

hospitalización: 27



| | |
|--|---|
| <p>Paciente: GEM Edad:34 años Fecha:23/06/2023 Hora: 10:37 Día de hospitalización:29</p> |  |
| <p>Paciente: GEM Edad:34 años Fecha:24/06/2023 Hora: 09:39 Día de hospitalización:30</p> |  |

* A partir de la Historia clínica-datos de pruebas no estresantes 2023



DISCUSIÓN

La enfermedad autoinmune es más frecuente en mujeres, se presentó el caso de una gestante de 34 años de edad con un feto de sexo femenino, con antecedente de vitíligo desde hace 3 años. Antecedentes familiares padre diabético los demás miembros de familia aparentemente sanos.

Gestante sin atención preconcepcional, inicia su embarazo con un estado nutricional no adecuado por tener un índice de masa corporal de 25.2 que se clasifica como escala de sobrepeso.

Estilos de vida saludable con respecto a la genética y biología, encontramos que hubo cambios genéticos (fototerapia con rayos ultravioletas, vacunas genéticas, alimentación industrializada). Con respecto a su conducta alimentaria, es una alimentación no saludable; no consume proteínas de origen vegetal, no consume verduras y un excesivo consumo de grasa saturada.

Gestante recibió 5 controles prenatales realizado por médico, acude a su sexto control prenatal donde es referida de forma oportuna a un hospital de mayor complejidad.

Benito Csotey Silvia, Martín Ruiz Nuria, Castaño Vicente Carolina, Parra LLorca Anna (5) en su investigación : Bloqueo auriculo-ventricular congénito completo secundario a Lupus neonatal. El bloqueo cardíaco congénito (BCC) es una entidad poco frecuente que se produce por la lesión del tejido de conducción cardíaco, con una alteración secundaria de la transmisión de los impulsos auriculares a los ventrículos. Se puede asociar a cardiopatías estructurales y a enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico o a la presencia de autoanticuerpos anti-Ro y anti-La. El diagnóstico prenatal se realiza mediante ecografía y ecocardiografía al objetivar bradicardia fetal mantenida; ambas técnicas permiten asimismo el seguimiento y la valoración de finalización de la gestación ante la presencia de signos de deterioro hemodinámico. El tratamiento médico intrauterino es con fármacos inotrópicos y corticoides y una vez finalizada la gestación la terapia definitiva generalmente será la implantación de un marcapaso. En el caso clínico asignado vemos que si hubo riesgo materno y fetal, como fue que la gestante complicó su estado de exámenes laboratoriales normales a anormales como son Hemoglobina 10.7g/dl, plaquetas 119 U/L, y un hemograma con segmentados en 80% y

con lo que respecta al feto este no solo se complicó si no que termino en muerte neonatal.

El seguimiento requiere un equipo multidisciplinar, controles analíticos seriados y ecografía con doppler de la circulación materno fetal. El tratamiento estará destinado a controlar adecuadamente estas enfermedades y emplear la terapéutica efectiva para la enfermedad al menor riesgo para el feto, optimizando así los resultados obstétricos.

El diagnóstico de hidropesía fetal se realiza mediante de ecografía obstetricia y ecocardiocografía.

Se realizó la ecografía correspondiente al segundo trimestre con ecocardiografía en modalidad M (modalidad que estudia válvulas cardiacas, mide el grosor de pared cardiaca, el tamaño de cámara cardiaca) que utiliza técnica de ultra modo dimensional), que corroboro la cardiopatía fetal, el edema subcutáneo, hidrops fetales, derrame pleural e hidrotórax quizá con un desenlace de muerte fetal como en nuestro caso clínico presentado (6,10).

Se realizó ecografía para la valoración del estado hemodinámico fetal y un manejo perinatal óptimo.

Para lo que se realizó 2 ecocardiogramas en fechas de 09/06/2023 y 15/06/2023 donde se observa una disfunción cardiaca modera y disfunción cardiaca severa respectivamente.

Se realiza asimismo 2 ecografías en fechas de 22/06/2023 y 25/06/2023 en el que se diagnosticó el Hidrops fetal.

No existe aún guías establecidas, pero el tratamiento debería estar encaminado a la reducción de la respuesta inflamatoria generalizada mediante fármacos inmunosupresores (11).

La hidroxiclороquina es un antimalárico más empelado como tratamiento de enfermedades autoinmunes sistémicas, puesto que interfieren con la función de fagocitosis, lo que determina una alteración en la presencia de antígenos, fundamentalmente en auto antígenos y en menor medida en antígenos exógenos.

Se debe hacer tomas de presión arterial materna al menos semanalmente para detectar el desarrollo del Síndrome de mirror en la gestante.

La vigilancia fetal prenatal se realiza diariamente debido al alto riesgo de muerte fetal,

para lo cual se realizó exámenes cardiotocográficos (pruebas sin estrés), la cual debe hacerse cada 12 horas, debido a la alta mortalidad neonatal. Pero en nuestro caso clínico toma los primeros 15 días de hospitalización pruebas sin estrés cada 12 horas, para luego tomar cada 24 horas.

De los resultados del monitoreo electrónico fetal se concluye lo siguiente: Línea base: se encontró en el intervalo de 110 a 149.

Variabilidad: presento variabilidad moderada, disminuida y en su mayoría variabilidad silente. Aceleraciones: presentes hasta el día 15 de hospitalización, partir del día 15 de hospitalización no hubo aceleraciones.

Desaceleración: presente desde el día 19 de hospitalización persiste hasta el día 30 de hospitalización, ese día presenta una desaceleración tardía y prolongada signo de inminencia de muerte fetal.

Movimientos fetales: buenos movimientos hasta el día 25 de hospitalización para luego tener una disminución marcada de movimientos fetales.

Ecografía doppler de la vena umbilical, ya que el desarrollo de pulsaciones venosas umbilicales en fetos hidróticos es un hallazgo siniestro asociado con la muerte en más del 70 %. La velocimetría Doppler seriada de la arterial cerebral media no es útil en ausencia de sospecha de anemia fetal. La velocimetría doppler de la arteria umbilical no es útil en ausencia de restricción del crecimiento fetal.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se realizó la revisión el caso clínico de una gestante con diagnóstico de hidrops fetal y enfermedad autoinmune atendida en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, la cual fue atendida bajo conducta expectante.

SEGUNDA: Gestante que acudió a su estudio ecográfico correspondiente al segundo trimestre de gestación, estudio concluye hallazgo de hidrops fetales severo. La ecografía sigue siendo el principal instrumento de ayuda para el diagnóstico.

TERCERA: La determinación de diagnóstico de enfermedad autoinmune se realizó mediante cuadro clínico y se confirma mediante pruebas anticuerpos antinucleares (ANA).

CUARTA: El tratamiento para hidrops fetal es el parto inmediato, el cual no se efectuó por la edad gestacional de 28 semanas por lo que se indicó maduración pulmonar y neuroprotección, para lo que se debió posteriormente finalizar la gestación por cesárea de emergencia.

QUINTA: No tuvo un tratamiento adecuado para la enfermedad autoinmune sistemática. El tratamiento para enfermedad autoinmune requiere medicamentos para disminuir la actividad del sistema inmunológico (inmunosupresores) o bloquear la inflamación (antiinflamatorios) que provocan lesiones tisulares. Por lo que el uso de dexametasona o betametasona controlaría la actividad del sistema inmunológico y la hidroxicloroquina disminuiría la inflamación.

SEXTA: Se observa el cumplimiento de la terapéutica efectuada por las obstetras indicado por los médicos ginecoobstetras.

Se observa exámenes cardiotocográficos evaluados y clasificados como “categoría 1” cuando solo esta clasificación es aceptada en monitoreo intraparto (MEFI).

SÉPTIMA: Las acciones de los médicos ginecoobstetras dieron el tratamiento de acuerdo a su experiencia adquirida.

RECOMENDACIONES

1. La enfermedad autoinmune en la gestación trae como resultados fetos hidrópicos por lo que sería conveniente realizar estudios inmunológicos que descarten enfermedades autoinmunes en los familiares de las pacientes afectadas por las enfermedades autoinmunes, sobre todo en sus progenies de sexo femenino. Confirmado la enfermedad autoinmune se debe evitar el embarazo en mujeres en edad fértil y proceder a dar consejería y orientación en planificación familiar.
2. Se debe concientizar a las gestantes, familia y sociedad sobre la importancia de estilos de vida saludable, así como prohibirse algunos alimentos y medicamentos durante la gestación para tener hijos sanos. Enfatizar la atención preconcepcional y atenciones prenatales.
3. El MINSA y ESSALUD debería implementar un registro electrónico de pacientes con enfermedades autoinmunes a nivel nacional para contar con una verdadera incidencia y prevalencia de esta patología.
4. Es conveniente que pueda implantarse un protocolo de guía en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo (HNCASE –AREQUIPA), para encontrar el diagnóstico de enfermedad autoinmunes sistemáticas en todas las gestantes por ser de alto riesgo obstétrico materno fetal.
5. Al personal de obstetricia que trabaja en el área de Alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo (HNCASE–AREQUIPA), debe estar familiarizado con estas dos patologías.
6. Se debería reportar los casos clínicos de enfermedades autoinmune y hidrops fetal para identificarla asociación de estas dos enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Medicina Interna. España. Enfermedades autoinmunes; 2023. [internet] [Consultado el 04 de Octubre del 2023] Disponible en: <https://www.fesemi.org/informacion/prensa/semi/presentados-nuevos-consensos-y-criterios-de-valoración-de-las-eas-y>
2. Bohorquez C, Movasat A, et al. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la astenia de las enfermedades autoinmunes [sede web]. España. Medicine. 2021. [Consultado el 10 de Octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541221001189>
3. Pisetsky, D. Descripción general de la autoinmunidad. Editorial Wolters Kluwer, España:2022.
4. Sociedad Española de Medicina de Laboratorio. España. Labtestsonline (2019) .[internet] [Consultado el 10 de Octubre del 2023] Disponible en: <https://www.fesemi.org/informacion/prensa/semi/presentados-nuevos-consensos-y-criterios-de-valoracion-de-las-eas-y>
5. Benito S, Martín N. et al. Bloqueo auricular ventricular congénito secundario a Lupus neonatal. Revisión de casos. España. Revista Atalaya Médica n° 19/2020.
6. Charles J. Hidrops fetal no inmune [en línea]. Pensilvania.UpToDate.[17 de agosto de 2022] URL disponible en: https://www.uptodate.com/contents/nonimmune-hydrops-fetalis?search=%20fetal%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
7. Calderón M., Mesa M, et al. Hidrops fetal no inmunológico. Revista Cubana de obstetricia Ginecología. 2019; 45(2): e 452.
8. Becerra S, Medina L. et al. Causas del hidrops fetal: experiencia en un hospital obstétrico del Occidente de México. Ginecología y obstetricia. México. Vol.90. n° 7. 2022. Disponible en : <https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.6623>
9. Pitta G, Frontanilla T, et al. Prevalencia de los autoanticuerpos antinucleares en médicos residentes aparentemente sanos del Hospital de Clínicas San Lorenzo. Revista virtual Sociedad de Médicos Internistas Vol. N°1. Paraguaya.2022. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2022.09.01.71>.
10. Moreno R, López C. Hijo de madre con patología autoinmune. Sociedad de

Reumatología. Pediatría. 2020; 2: 129-139.

11. Cabrera A, Lifshitz A, et al. Dexametasona vigencia y permanencia: Experiencias, usos y precisiones. Ediciones y Servicios Editoriales. 1ra Edición. 2020. México.p29-34.

12. Jaeggi E, Kulasingam V, et al. Los títulos maternos de anticuerpos anti-Ro obtenidos con inmunoensayos comerciales están fuertemente asociados con cardiopatías fetales inmunomediadas. *Arthritis Rheumatol* 2023 (9): 1556-1565.

13. Csotey S, Martin N, et al . Bloqueo auriculo-ventricular congénito completo secundario a Lupus neonatal. *Revista Atalaya Media* n° 19 /2020.

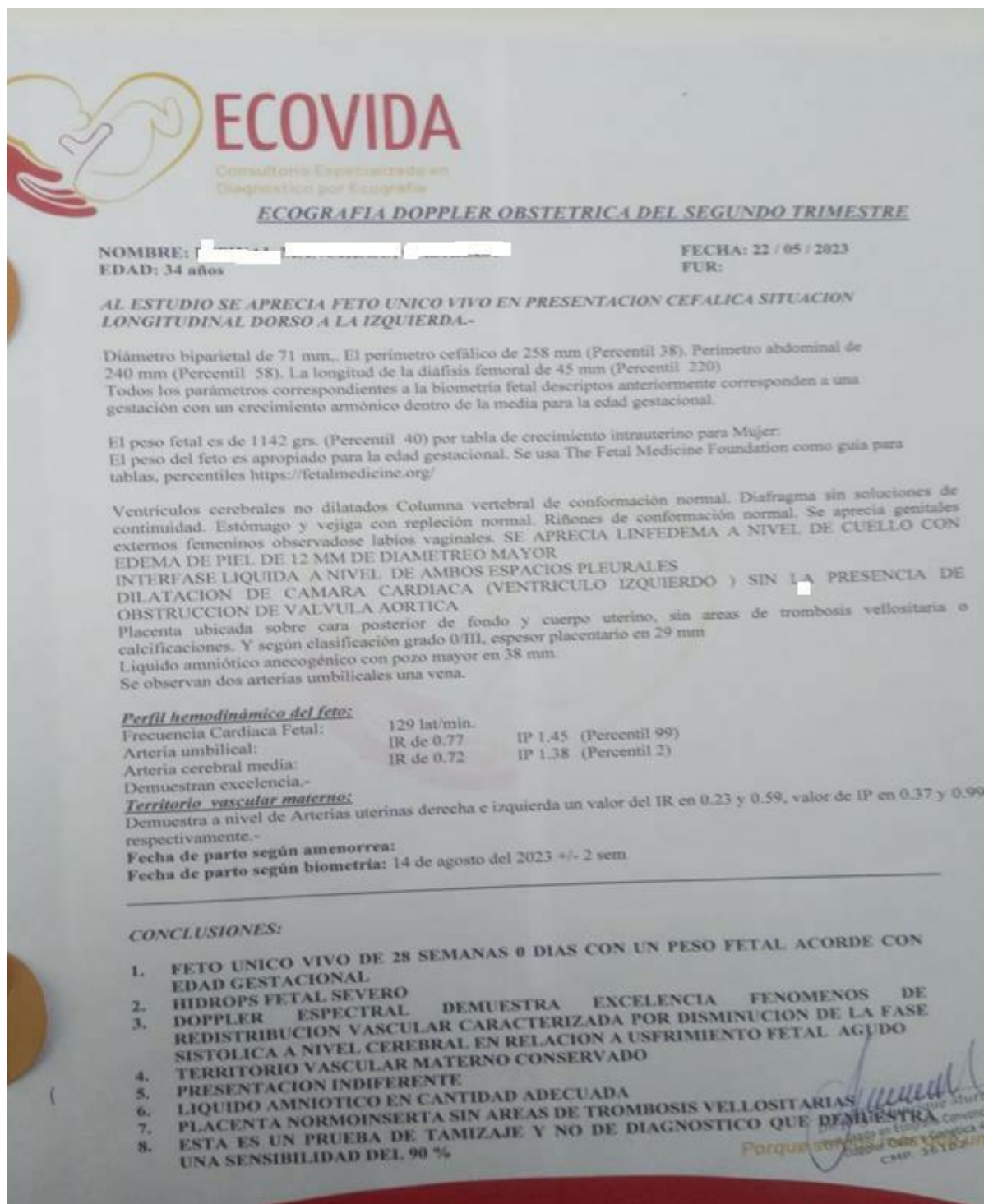
14. Guo M, Liu X, et al. Información sobre las enfermedades autoinmunes de nueva aparición después de la vacunación contra la COVID-19. *Autoimmun Rev.* Julio de 2023 ; 22(7): 103340.

15. Chen Y, Xu Z, et al. Fenómenos autoinmunes de nueva aparición después de la vacunación contra la COVID-19. *Inmunología.* Abril de 2022; 165(4) :386-401.

16. : Rathore A, Bidisha R, et al. Evolución de una embarazada con enfermedad mixta del tejido conectivo en un hospital de atención terciaria de la india: Informe de un caso *International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology, India*:2020; 4(3):09-11. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.33545/gynae.2020.v4.i3a.567>.



**ANEXO N°1: HALLAZGO ECOGRAFICO PARTICULAR, TRAI DO POR LA
PACIENTE. DIAGNOSTICO DE HIDROPS FETAL**



ECOVIDA
Consultorio Especializado en
Diagnostico por Ecografía

ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA DEL SEGUNDO TRIMESTRE

NOMBRE: [REDACTED] FECHA: 22 / 05 / 2023
EDAD: 34 años FUR:

AL ESTUDIO SE APRECIA FETO UNICO VIVO EN PRESENTACION CEFALICA SITUACION LONGITUDINAL DORSO A LA IZQUIERDA.-

Diámetro biparietal de 71 mm., El perímetro cefálico de 258 mm (Percentil 38), Perímetro abdominal de 240 mm (Percentil 58). La longitud de la diáfisis femoral de 45 mm (Percentil 220)
Todos los parámetros correspondientes a la biometría fetal descriptos anteriormente corresponden a una gestación con un crecimiento armónico dentro de la media para la edad gestacional.

El peso fetal es de 1142 grs. (Percentil 40) por tabla de crecimiento intrauterino para Mujer:
El peso del feto es apropiado para la edad gestacional. Se usa The Fetal Medicine Foundation como guía para tablas, percentiles <https://fetalmedicine.org/>

Ventriculos cerebrales no dilatados Columna vertebral de conformación normal. Diafragma sin soluciones de continuidad. Estómago y vejiga con repleción normal. Riñones de conformación normal. Se aprecia genitales externos femeninos observándose labios vaginales. SE APRECIA LINFEDEMA A NIVEL DE CUELLO CON EDEMA DE PIEL DE 12 MM DE DIAMETRO MAYOR INTERFASE LIQUIDA A NIVEL DE AMBOS ESPACIOS PLEURALES DILATACION DE CAMARA CARDIACA (VENTRICULO IZQUIERDO) SIN LA PRESENCIA DE OBSTRUCCION DE VALVULA AORTICA
Placenta ubicada sobre cara posterior de fondo y cuerpo uterino, sin areas de trombosis vellositaria o calcificaciones. Y según clasificación grado 0/III, espesor placentario en 29 mm
Líquido amniótico anecogénico con pozo mayor en 38 mm.
Se observan dos arterias umbilicales una vena.

Perfil hemodinámico del feto:

| | | |
|----------------------------|--------------|------------------------|
| Frecuencia Cardíaca Fetal: | 129 lat/min. | |
| Arteria umbilical: | IR de 0.77 | IP 1.45 (Percentil 99) |
| Arteria cerebral media: | IR de 0.72 | IP 1.38 (Percentil 2) |

Demuestran excelencia.-

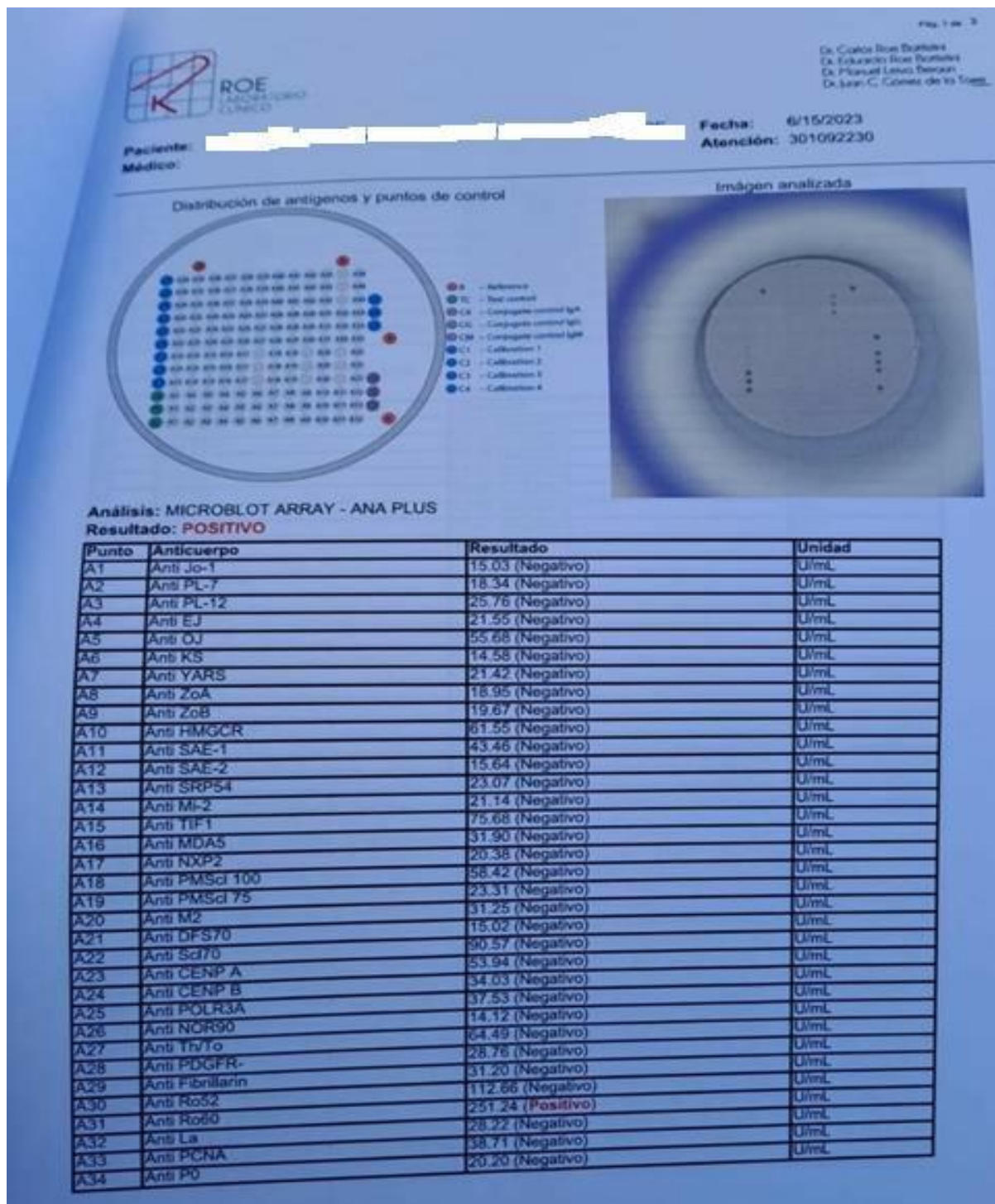
Territorio vascular materno:
Demuestra a nivel de Arterias uterinas derecha e izquierda un valor del IR en 0.23 y 0.59, valor de IP en 0.37 y 0.99 respectivamente.-
Fecha de parto según amenorrea:
Fecha de parto según biometría: 14 de agosto del 2023 +/- 2 sem

CONCLUSIONES:

1. FETO UNICO VIVO DE 28 SEMANAS 0 DIAS CON UN PESO FETAL ACORDE CON EDAD GESTACIONAL
2. HIDROPS FETAL SEVERO
3. DOPPLER ESPECTRAL DEMUESTRA EXCELENCIA FENOMENOS DE REDISTRIBUCION VASCULAR CARACTERIZADA POR DISMINUCION DE LA FASE SISTOLICA A NIVEL CEREBRAL EN RELACION A USFRIMIENTO FETAL AGUDO
4. TERRITORIO VASCULAR MATERNO CONSERVADO
5. PRESENTACION INDIFERENTE
6. LIQUIDO AMNIOTICO EN CANTIDAD ADECUADA
7. PLACENTA NORMOINSERTA SIN AREAS DE TROMBOSIS VELLOSIARIAS
8. ESTA ES UN PRUEBA DE TAMIZAJE Y NO DE DIAGNOSTICO QUE DEMUESTRA UNA SENSIBILIDAD DEL 90 %

Porque siempre es mejor prevenir
Calle Comercio 400
CAMP. 36102

**ANEXO N°2: CONFIRMACION DE LA ENFERMEDAD AUTOINMUNE POR
MICROBLOT ARRAY- ANA PLU**



LABORATORIO CLÍNICO

Paciente: [REDACTED] Fecha: 6/15/2023
Médico: [REDACTED] Atención: 301092230

| Punto | Anticuerpo | Resultado | Unidad |
|-------|-----------------|-------------------|--------|
| A35 | Anti SmB | 31.30 (Negativo) | U/mL |
| A36 | Anti SmD | 63.17 (Negativo) | U/mL |
| A37 | Anti Nucleolin | 40.29 (Negativo) | U/mL |
| A38 | Anti Nucleosome | 35.65 (Negativo) | U/mL |
| A39 | Anti Histone | 18.11 (Negativo) | U/mL |
| A40 | Anti RNP A | 14.14 (Negativo) | U/mL |
| A41 | Anti RNP 68 | 32.08 (Negativo) | U/mL |
| A42 | Anti RNP C | 890.23 (Positivo) | U/mL |
| A43 | Anti Ku | 97.74 (Negativo) | U/mL |
| A44 | Anti dsDNA | 67.41 (Negativo) | U/mL |

Análisis: MICROBLot ARRAY - Myositis
Resultado: NEGATIVO

| Punto | Anticuerpo | Resultado | Unidad |
|-------|----------------|-------------------|--------|
| A1 | Anti Jo-1 | 15.03 (Negativo) | U/mL |
| A2 | Anti PL-7 | 18.34 (Negativo) | U/mL |
| A3 | Anti PL-12 | 25.76 (Negativo) | U/mL |
| A4 | Anti EJ | 21.55 (Negativo) | U/mL |
| A5 | Anti OJ | 55.68 (Negativo) | U/mL |
| A6 | Anti KS | 14.58 (Negativo) | U/mL |
| A7 | Anti YARS | 21.42 (Negativo) | U/mL |
| A8 | Anti ZoA | 18.95 (Negativo) | U/mL |
| A9 | Anti ZoB | 19.67 (Negativo) | U/mL |
| A10 | Anti HMGCR | 61.55 (Negativo) | U/mL |
| A11 | Anti SAE-1 | 43.46 (Negativo) | U/mL |
| A12 | Anti SAE-2 | 15.64 (Negativo) | U/mL |
| A13 | Anti SRP54 | 23.07 (Negativo) | U/mL |
| A14 | Anti Mi-2 | 21.14 (Negativo) | U/mL |
| A15 | Anti TIF1 | 75.68 (Negativo) | U/mL |
| A16 | Anti MDA5 | 31.90 (Negativo) | U/mL |
| A17 | Anti NXP2 | 20.38 (Negativo) | U/mL |
| A18 | Anti PMScl 100 | 58.42 (Negativo) | U/mL |
| A19 | Anti PMScl 75 | 23.31 (Negativo) | U/mL |
| A21 | Anti DFS70 | 15.02 (Negativo) | U/mL |
| A30 | Anti Ro52 | 112.66 (Negativo) | U/mL |
| A43 | Anti Ku | 97.74 (Negativo) | U/mL |

Análisis: MICROBLot ARRAY - Scleroderma
Resultado: POSITIVO

| Punto | Anticuerpo | Resultado | Unidad |
|-------|-----------------|-------------------|--------|
| A18 | Anti PMScl 100 | 58.42 (Negativo) | U/mL |
| A19 | Anti PMScl 75 | 23.31 (Negativo) | U/mL |
| A20 | Anti M2 | 31.25 (Negativo) | U/mL |
| A21 | Anti Scl70 | 90.57 (Negativo) | U/mL |
| A22 | Anti Scl70 | 53.94 (Negativo) | U/mL |
| A23 | Anti CENP A | 34.03 (Negativo) | U/mL |
| A24 | Anti CENP B | 37.53 (Negativo) | U/mL |
| A25 | Anti POLR3A | 14.12 (Negativo) | U/mL |
| A26 | Anti NOR90 | 64.49 (Negativo) | U/mL |
| A27 | Anti Th/To | 28.76 (Negativo) | U/mL |
| A28 | Anti PDGFR- | 31.20 (Negativo) | U/mL |
| A29 | Anti Fibrinogen | 112.66 (Negativo) | U/mL |
| A30 | Anti Ro52 | 14.14 (Negativo) | U/mL |
| A40 | Anti RNP A | 32.08 (Negativo) | U/mL |
| A41 | Anti RNP 68 | 890.23 (Positivo) | U/mL |
| A42 | Anti RNP C | 97.74 (Negativo) | U/mL |
| A43 | Anti Ku | | |



ROE
LABORATORIO
CLÍNICO

Dr. Carlos Roe Barr
Dr. Eduardo Roe B
Dr. Manuel Leiva B
Dr. Juan C. Gómez

Paciente: [REDACTED]
Médico:

Fecha: 6/15/2023
Atención: 301092230

Análisis: MICROBLOT ARRAY - SLE and other connective tissue disease (SjS, MCTD)

Resultado: **POSITIVO**

| Punto | Anticuerpo | Resultado | Unidad |
|-------|-----------------|-------------------|--------|
| A26 | Anti NOR90 | 14.12 (Negativo) | U/mL |
| A30 | Anti Ro52 | 112.66 (Negativo) | U/mL |
| A31 | Anti Ro60 | 251.24 (Positivo) | U/mL |
| A32 | Anti La | 28.22 (Negativo) | U/mL |
| A33 | Anti PCNA | 38.71 (Negativo) | U/mL |
| A34 | Anti P0 | 20.20 (Negativo) | U/mL |
| A35 | Anti SmB | 31.30 (Negativo) | U/mL |
| A36 | Anti SmD | 63.17 (Negativo) | U/mL |
| A37 | Anti Nucleolin | 40.29 (Negativo) | U/mL |
| A38 | Anti Nucleosome | 35.65 (Negativo) | U/mL |
| A39 | Anti Histone | 18.11 (Negativo) | U/mL |
| A40 | Anti RNP A | 14.14 (Negativo) | U/mL |
| A41 | Anti RNP 68 | 32.08 (Negativo) | U/mL |
| A42 | Anti RNP C | 890.23 (Positivo) | U/mL |
| A43 | Anti Ku | 97.74 (Negativo) | U/mL |
| A44 | Anti dsDNA | 67.41 (Negativo) | U/mL |

| Interpretación cuantitativa de los resultados | |
|---|----------------|
| Nivel de anticuerpos (U/mL) | Interpretación |
| Menor que 185 | Negativo |
| 185-210 | Indeterminado |
| Mayor que 210 | Positivo |


Juan C. Gómez (padre) Jaime P.
CMB: 53355 - RNE: 15289
Laboratorio Clínico

ANEXO N°3: TRATAMIENTO

| | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| 035.8 | ATENCION MATERNA POR OTRAS (PRESUNTAS) ANORMALIDADES Y LESIONES FETALES | DEFINITIVO | | |
| 235.9 | SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION | DEFINITIVO | | |
| Plan de Trabajo (24002587-02/07/2023 18:47-10.56.1.188) | | | | |
| Indicaciones (24002587-02/07/2023 18:47-10.56.1.188) | | | | |
| INDICACIONES: DIETA BLANDA REPOSO RELATIVO CONTROL DE FSVS CONTROL OBSTÉTRICO : MF, LCF, DU CONTROL DE SIGNOS DE ALARMA CONTROL DE DIURESIS | | | | |
| <p>HIGIENE VULVOPERINEAL PERFIL TORCH 25/05 SE DE HEPATITIS 25/05 PERIL HEPATICO 25/05 ECOGRAFIA OBSTETRICA HOY IC A INFECTOLOGIA IC A CARDIOLOGIA PEDIATRICA</p> <p>MEDICACIÓN CANDADO SALINIZADO DEXAMETASONA 4 MG, 1 AMP Y MEDIA 1M CADA 12 H VIM X 4 DOSIS</p> | | | | |
| Resultado de la Atención | | PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO | Tipo de Atención | VISITA HOSPITALARIA |
| Solicitudes Interconsulta (24002587-02/07/2023 18:47-10.56.1.188) | | | | |
| Solicitud | Acto Médico Fecha y Hora | Servicio | Motivo | Estado |
| 299141 | 5249557 25/05/2023 09:33 | ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES | EVALUACION Y TRATAMIENTO | Atendido |
| 299065 | 5249557 25/05/2023 07:40 | HEMATOLOGIA CLINICA | EVALUACION Y TRATAMIENTO | Atendido |
| 299064 | 5249557 25/05/2023 07:39 | CARDIOLOGIA PEDIATRICA | EVALUACION Y TRATAMIENTO | Atendido |
| Exámenes Auxiliares Solicitados en la Secuencia de Atención (24002587-02/07/2023 18:47-10.56.1.188) | | | | |
| Medicamentos Recetados (24002587-02/07/2023 18:47-10.56.1.188) | | | | |
| Procedimientos del Acto Médico (24002587-02/07/2023 18:47-10.56.1.188) | | | | |



| | |
|--|---|
| Plan de Trabajo | (24002587-02/07/2023 18:28-10.56.1.186) |
| Indicaciones | (24002587-02/07/2023 18:28-10.56.1.186) |
| INDICACIONES: DIETA BLANDA + LOV REPOSO RELATIVO CONTROL DE FSVS CONTROL OBSTÉTRICO : MF, LCF, DU CONTROL DE SIGNOS DE ALARMA CONTROL DE DIURESIS HIGIENE VULVOPERINEAL NST C/24H MEDICACIÓN HIDROXICLOROQUINA 400MG, 1TB C/24H VO BETAMOTASONA 4MG, 1 AMP C/24H EV | |

Resultado de la Atención PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO Tipo de Atención VISITA HOSPITALARIA

| | | | | | |
|--|--|--------------|----------|--------|-----------------------|
| Solicitudes Interconsulta | (24002587-02/07/2023 18:28-10.56.1.186) | | | | |
| Solicitud | Acto Médico | Fecha y Hora | Servicio | Motivo | Estado |
| Exámenes Auxiliares Solicitados en la Secuencia de Atención (24002587-02/07/2023 18:28-10.56.1.186) | | | | | |
| Medicamentos Recetados (24002587-02/07/2023 18:28-10.56.1.186) | | | | | |
| Receta No 2023318 | | | | | |
| Código | HIDROXICLOROQUINA 400 MG (310 MG BASE) | TB | | | Cantidad 1,00 |
| Dosificación | | | | | |
| Indicaciones | 1 TAB C/24 H VO | | | | |
| Código | MISOPROSTOL 200 MCG | TB | | | Cantidad 10,00 |
| Dosificación | | | | | |
| Indicaciones | CADA 2 HRS 1 TAB | | | | |
| Código | DIMETICONA ACTIVADA (SIMETICONA) 80 MG O MAS/ML GOTAS ORALES X 10 ML A 15 ML | FR | | | Cantidad 1,00 |
| Dosificación | | | | | |
| Indicaciones | CADA 24 HRS V.O. | | | | |
| Código | CLORURO DE SODIO 0.9 % X 1 L | FR | | | Cantidad 2,00 |
| Dosificación | | | | | |
| Indicaciones | MEDICACION EV | | | | |
| Procedimientos del Acto Médico (24002587-02/07/2023 18:28-10.56.1.186) | | | | | |

20/06/23 PERFIL ENA PARTICULAR: ANTI RO60 +, ANTI RNP C +,

A: EVOLUCIÓN ESTACIONARIA. COMPLETO MADURACION FETAL. COMPLETO NEUROPROTECCION, MANEJO EXPECTANTE

P: CONTROL OBSTETRICO, NST C/24H
SE INFORMA A PACIENTE SOBRE MANEJO A SEGUIR

IM CALDERON MR CONDORI

| | | |
|---|---|-------------------------|
| Diagnostico | (24002587-02/07/2023 18:30-10.56.1.187) | |
| Código | Descripción | Nombre Tipo Diagnóstico |
| M35.8 | OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS CON COMPROMISO SISTEMICO DEL TEJIDO CONJUNTIVO | PRESUNTIVO |
| Plan de Trabajo | (24002587-02/07/2023 18:30-10.56.1.187) | |
| Indicaciones | (24002587-02/07/2023 18:30-10.56.1.187) | |
| INDICACIONES: DIETA BLANDA + LOV REPOSO RELATIVO CONTROL DE FSVS CONTROL OBSTÉTRICO : MF, LCF, DU CONTROL DE SIGNOS DE ALARMA CONTROL DE DIURESIS HIGIENE VULVOPERINEAL NST C/24H MEDICACIÓN CANDADO SALINIZADO HIDROXICLOROQUINA 1 TB C/24 HORAS VO BETAMOTASONA 4MG CADA 24H EV | | |

Resultado de la Atención PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO Tipo de Atención VISITA HOSPITALARIA

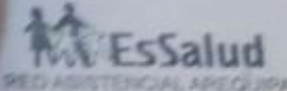
| | | | | | |
|--|---|--------------|----------|--------|--------|
| Solicitudes Interconsulta | (24002587-02/07/2023 18:30-10.56.1.187) | | | | |
| Solicitud | Acto Médico | Fecha y Hora | Servicio | Motivo | Estado |
| Exámenes Auxiliares Solicitados en la Secuencia de Atención (24002587-02/07/2023 18:30-10.56.1.187) | | | | | |
| Medicamentos Recetados (24002587-02/07/2023 18:30-10.56.1.187) | | | | | |
| Procedimientos del Acto Médico (24002587-02/07/2023 18:30-10.56.1.187) | | | | | |
| Fecha del Procedimiento: 25/06/2023 | | | | | |
| Código: | Resultado : | | | | |
| C7001 | MONITOREO | | | | |
| Fecha del Procedimiento: 25/06/2023 | | | | | |
| Código: | Resultado : | | | | |
| 94760 | PULSO OXIMETRIA PARA SATURACION SIMPLE | | | | |
| Fecha del Procedimiento: 25/06/2023 | | | | | |

| Diagnostico (24002587-02/07/2023 18:45-10.56.1.189) | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--------|-------------|
| Código | Descripción | Nombre Tipo Diagnóstico | | |
| O34.2 | ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA | DEFINITIVO | | |
| O35.8 | ATENCION MATERNA POR OTRAS (PRESUNTAS) ANORMALIDADES Y LESIONES FETALES | DEFINITIVO | | |
| Z35.9 | SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION | DEFINITIVO | | |
| Plan de Trabajo (24002587-02/07/2023 18:45-10.56.1.189) | | | | |
| Indicaciones (24002587-02/07/2023 18:45-10.56.1.189) | | | | |
| INDICACIONES: DIETA BLANDA REPOSO RELATIVO CONTROL DE FSVS CONTROL OBSTETRICO : MF, LCF, DU CONTROL DE SIGNOS DE ALARMA CONTROL DE DIURESIS HIGIENE VULVOPERINEAL | | | | |
| MEDICACIÓN CANDADO SALINIZADO DEXAMETASONA 4 MG, 1 AMP Y MEDIA IM CADA 12 H VIM (2/4) SOMG 2 AMP EN 500 CLNA 0.9% EN 20MIN LUEGO 1 GR POR HORA | | | | |
| Resultado de la Atención | PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO | Tipo de Atención VISITA HOSPITALARIA | | |
| Solicitudes Interconsulta (24002587-02/07/2023 18:45-10.56.1.189) | | | | |
| Solicitud | Acto Médico Fecha y Hora | Servicio | Motivo | Estado |
| Exámenes Auxiliares Solicitados en la Secuencia de Atención (24002587-02/07/2023 18:45-10.56.1.189) | | | | |
| Medicamentos Recetados (24002587-02/07/2023 18:45-10.56.1.189) | | | | |
| Procedimientos del Acto Médico (24002587-02/07/2023 18:45-10.56.1.189) | | | | |
| Fecha del Procedimiento: 25/06/2023 | | | | |
| Código: | | | | Resultado : |
| C7001 MONITOREO | | | | |

| Procedimientos del Acto Médico (24002587-02/07/2023 18:45-10.56.1.189) | | | | |
|---|--|--|--|-------------|
| Fecha del Procedimiento: 25/06/2023 | | | | |
| Código: | | | | Resultado : |
| 94760 PULSO OXIMETRIA PARA SATURACION SIMPLE | | | | |



ANEXO N° 4: CONDUCTA GINECOOBSTETRICA

 **EsSalud**
RED ASISTENCIAL AREQUIPA

JUNTA MÉDICA

Centro Asistencial : HUCASE
Departamento : Ginecología Servicio: Ginecología
Servicios convocados : Obstetricia, con asistencia de Cardiólogo pediatra
Dr. [redacted] Dr. [redacted] Dr. [redacted] Dr. [redacted]
Fecha: 26/10/12 Hora: Los médicos convocados en el servicio Clínico () Quirúrgico ()
realizan la presente Junta Médica a solicitud de:

1. Jefe de Servicio / Guardia ()
2. Médico Asistente / Guardia ()
3. Otros ()

Paciente:
[redacted] Edad: 34 Sexo: F
APELLIDOS - NOMBRES

DNI: 45364165 Seguro Social N° 453476 Piso: 4 Cama: 425-B

Diagnóstico de ingreso:
1. Gestación de 27ss
2. Hidrops fetal
3.
4.

En la Actualidad el paciente cursa con los siguientes problemas:
1. Hidrops fetal de posible causa cardíaca: cardiopatie dilatada.
2. de VI
3. Prematuridad
4.
5.

Motivo de la Junta y estado actual del paciente:
Decidir manejo de paciente.

EsSalud
RED ASISTENCIAL AREQUIPA

• Conclusiones:

- Mal pronóstico fetal y perinatal con actual tiempo de gestación sumado a hidrops.
- Terminó de gestación ante alteración de bienestar fetal.
- Las técnicas de doppler fetal no es adecuado para evaluación y decisión del presente caso.

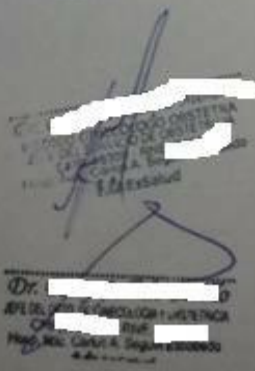
• Recomendaciones:


- Monitoreo 3 veces al caso.
- IC a cardiología pediátrica para manejo materno fetal por escrito.

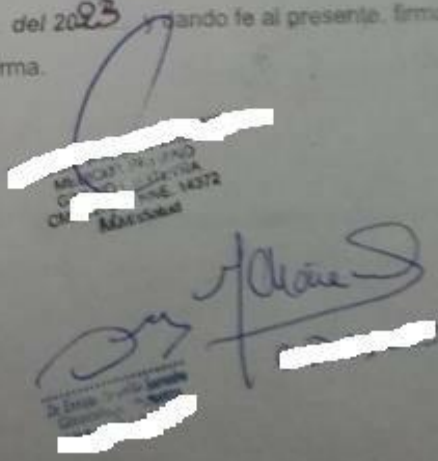
• Pronóstico: Malo fetal

1. Los resultados de la Junta Médica serán comunicados e informados al familiar responsable.
2. Se Adjunta en la Historia Clínica el original y la copia al Servicio de la realización de la presente Junta Médica.

Siendo las: 8:09 del Día 26 de 05 del 2023 dando fe al presente. firman los Médicos que asistieron a la Junta Médica Sello - Firma.


Dr. [Redacted]
[Redacted]
[Redacted]


[Redacted]
[Redacted]


[Redacted]
[Redacted]

EsSalud
SERVICIO ASISTENCIAL INTEGRADO

JUNTA MÉDICA

Centro Asistencial _____
Departamento _____ Servicio _____

Servicios convocados
Neonatólogo, Cardiología pediátrica, Obstetricia

Fecha 02/07/23 Hora 09:10 AM Los médicos convocados en el servicio Clínico () Quirúrgico ()
realizan la presente Junta Médica a solicitud de:

| | |
|-------------------------------|---|
| 1. Jefe de Servicio / Guardia | (<input checked="" type="checkbox"/>) |
| 2. Médico Asistente / Guardia | (<input checked="" type="checkbox"/>) |
| 3. Otros | () |

Paciente: _____ Edad 34 años Sexo F
APELLIDOS - NOMBRES _____
DNI: _____ Seguro Social N° 653476 Piso 4to Cama 407-A

Diagnóstico de ingreso:

- Gestante 28 ss + fue.
- Hidrops fetal
- _____
- _____

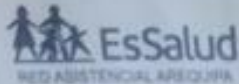
En la Actualidad el paciente cursa con los siguientes problemas:

- Prematuro
- Hidrops fetal - no simétrico
- no estructural cardíaco
- _____
- _____

Motivo de la Junta y estado actual del paciente:

Conducta obstétrica frente a problema fetal manejo local o en Liana

C. 50020689

 **EsSalud**
RED ASISTENCIAL AREQUIPA

CONCLUSIONES:

- Acuerdo a evidencia actual manejo de la gestación ser expectante hasta semana 34 en Arequipa.
- Valoración de bienestar fetal con cardiotocografía y doppler de vena umbilical

RECOMENDACIONES:

- Explorar innovaciones terapéuticas en Lima
- Explorar trombopatías
- Contactar a personal de seroposición fetal - cardiotocografía

Diagnóstico: Malo fetal, Maltrato en evolución

1. Los resultados de la Junta Médica serán comunicados e informados al familiar responsable
2. Se adjunta en la Historia Clínica el original y la copia al Servicio de la realización de la presente Junta Médica

En el día 9^o del mes de Julio del 2023, y dando fe al presente, firman los Médicos que asistieron a la Junta Médica Sello - Firma

