



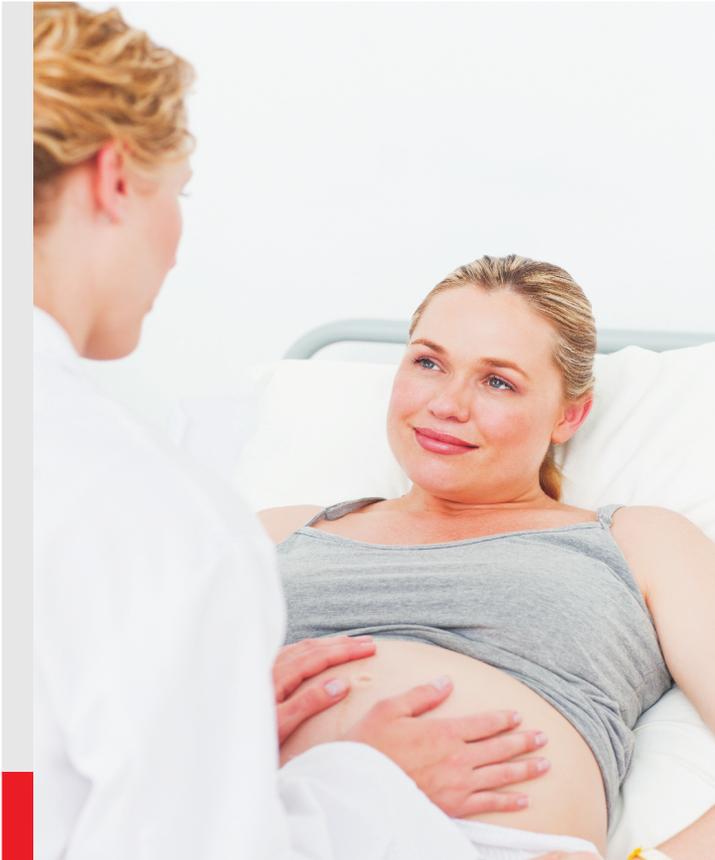
Hospital Universitario Infanta Elena

Comunidad de Madrid

## III JORNADAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

para atención primaria a través de  
casos clínicos

Lunes 24 de noviembre de 2014



Hospital Universitario Infanta Elena

Comunidad de Madrid

# PATOLOGÍA MÉDICA EN LA GESTACIÓN

Esther Pérez Carbajo

Yurena Diaz Bidart

Hospital Universitario Infanta Elena

Primigesta de 30 años.

Antecedentes personales de asma, adenoidectomía y apendicectomía.

Gestante de 6 semanas, acude por primera vez a la consulta de obstetricia para el control de embarazo. Refiere tener una crisis asmática nocturna a la semana. Dice que desde hace 2 semanas, que se ha enterado de la gestación ha suspendido sus inhaladores, y ha iniciado el ácido fólico.

¿Cuál actitud es la correcta?

A) Bien hecho. Los corticoides inhalados aumentan el riesgo de malformaciones embrionarias, como el labio leporino, con o sin paladar hendido. Pasando del 0.1 % de la población general al 0.3 %

B) Reiniciar los inhaladores: Budesonida 1 inhalación cada 12 horas y Salmeterol 2 inhalaciones cada 12 horas.

C) Explicarle que el asma empeora con el embarazo. Instaurar tratamiento con corticoides orales.

D) El asma, no se asocia a peores resultados obstétricos. Le pautaremos b-2 agonistas a demanda para no dejarla desprovista de tratamiento.

Primigesta de 30 años.

Antecedentes personales de asma, adenoidectomía y apendicectomía.

Gestante de 6 semanas, acude por primera vez a la consulta de obstetricia para el control de embarazo. Refiere tener una crisis asmática nocturna a la semana. Dice que desde hace 2 semanas, que se ha enterado de la gestación ha suspendido sus inhaladores, y ha iniciado el ácido fólico.

¿Cuál actitud es la correcta?

A) Bien hecho. Los corticoides inhalados aumentan el riesgo de malformaciones embrionarias, como el labio leporino, con o sin paladar hendido. Pasando del 0.1 % de la población general al 0.3 %

**B) Reiniciar los inhaladores: Budesonida 1 inhalación cada 12 horas y Salmeterol 2 inhalaciones cada 12 horas.**

C) Explicarle que el asma empeora con el embarazo. Instaurar tratamiento con corticoides orales.

D) El asma, no se asocia a peores resultados obstétricos. Le pautaremos b-2 agonistas a demanda para no dejarla desprovista de tratamiento.

## EL ASMA EN LA GESTACION:

- 4-8% de las embarazadas.
- Un tercio empeora, un tercio mejora y un tercio se queda igual.
- Se asocia a resultados obstétricos adversos:

Aumento de mortalidad perinatal.

Aumento de fetos con Bajo peso para la edad gestacional (PEG).

Mayor riesgo de preeclampsia.

*A mejor control del asma... mejores resultados obstétricos.*

## TRATAMIENTO Y PERFIL DE SEGURIDAD DURANTE LA GESTACIÓN

### OBJETIVOS:

- Mínimos o escasos síntomas diurnos y nocturnos
- Minimizar las exacerbaciones
- No tener limitaciones ante la actividad física.
- Mantener una normal función pulmonar
- Minimizar el uso de B2 agonistas de acción corta
- Minimizar los efectos adversos de la medicación.

**QUICK REFERENCE**  
**NAEPP EXPERT PANEL REPORT**  
**Managing Asthma During Pregnancy:**  
**Recommendations for Pharmacologic Treatment—2004 Update**

Classify Severity: Clinical Features Before Treatment or Adequate Control		Medications Required To Maintain Long-Term Control
	Symptoms/Day Symptoms/Night	PEF or FEV <sub>1</sub> PEF Variability
<b>Step 4</b> Severe Persistent	Continual Frequent	≤60% >30%
<b>Step 3</b> Moderate Persistent	Daily >1 night/week	>60%–<80% >30%
<b>Step 2</b> Mild Persistent	>2 days/week but <daily >2 nights/month	≥80% 20%–30%
<b>Step 1</b> Mild Intermittent	≤2 days/week ≤2 nights/month	≥80% <20%
<b>Quick Relief</b> All Patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Short-acting bronchodilator: 2–4 puffs <b>short-acting inhaled beta<sub>2</sub>-agonist</b>‡ as needed for symptoms.</li> <li>■ Intensity of treatment will depend on severity of exacerbation; up to 3 treatments at 20-minute intervals or a single nebulizer treatment as needed. Course of systemic corticosteroid may be needed.</li> <li>■ Use of short-acting inhaled beta<sub>2</sub>-agonist‡ &gt;2 times a week in intermittent asthma (daily, or increasing use in persistent asthma) may indicate the need to initiate (increase) long-term-control therapy.</li> </ul>	

**Daily Medications**

- Preferred treatment:
  - High-dose inhaled corticosteroid\*
  - AND
  - Long-acting inhaled beta<sub>2</sub>-agonist
  - AND, if needed,
  - Corticosteroid tablets or syrup long term (2 mg/kg per day, generally not to exceed 60 mg per day). (Make repeat attempts to reduce systemic corticosteroid and maintain control with high-dose inhaled corticosteroid.\*)
- Alternative treatment:
  - High-dose inhaled corticosteroid\*
  - AND
  - Sustained release theophylline to serum concentration of 5–12 mcg/mL.

- Preferred treatment:
 

EITHER

  - Low-dose inhaled corticosteroid\* and long-acting inhaled beta<sub>2</sub>-agonist

OR

  - Medium-dose inhaled corticosteroid.\*
  - If needed (particularly in patients with recurring severe exacerbations):
  - Medium-dose inhaled corticosteroid\* and long-acting inhaled beta<sub>2</sub>-agonist.
- Alternative treatment:
  - Low-dose inhaled corticosteroid\* and either theophylline or leukotriene receptor antagonist.†

If needed:

  - Medium-dose inhaled corticosteroid\* and either theophylline or leukotriene receptor antagonist.†

- Preferred treatment:
  - Low-dose inhaled corticosteroid.\*

- Alternative treatment (listed alphabetically): cromolyn, leukotriene receptor antagonist† OR sustained-release theophylline to serum concentration of 5–12 mcg/mL.

- No daily medication needed.
- Severe exacerbations may occur, separated by long periods of normal lung function and no symptoms. A course of systemic corticosteroid is recommended.



- **PASO 1: Asma intermitente.**

**B2 agonistas de acción corta. Salbutamol(1)**

- **PASO 2: Asma leve persistente**



**Baja dosis de corticoides inhalados. Budesonida.**

Se mantendrán otros corticoides si era el tratamiento previo al embarazo.

Otros: teofilinas, antagonistas de leucotrienos, no de elección

- **PASO 3: Asma moderado persistente**



**Corticoides inhalados de baja dosis + B2 Agonistas de acción larga**

**Aumentar la dosis de Corticoides inhalados a dosis media**

- **PASO 4: Asma grave**

**Corticoides inhalados de alta dosis + B2 Ag acción larga + Corticoides orales**

# SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO

## B2 AGONISTAS:

**ACCIÓN CORTA:** Salbutamol y Terbutalina.

Son seguros durante el embarazo. Existen más estudios para el salbutamol

**ACCIÓN LARGA:** Formoterol y Salmeterol.

No existen muchos estudios sobre su uso en el embarazo.

Toxicidad y perfil farmacológico es similar a los de acción corta.

## TEOFILINAS.

Estudios clínicos han demostrado su seguridad con respecto a los corticoides inhalados a las dosis adecuadas. ( En estudios con animales se demostraron resultados adversos con teofilinas a altas dosis).

Sin embargo parece tener mayores efectos secundarios y peor adherencia que los corticoides

## SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO

**CORTICOIDES INHALADOS:** Han demostrado:

**Disminuyen el riesgo** de exacerbaciones asmáticas y mejoran el FEV1

**No aumentan las malformaciones ni empeoran los resultados obstétricos**

El más estudiado es la budesonida.

**CORTICOIDES ORALES.** Resultados controvertidos

**Aumentan el riesgo de labio leporino**, con o sin paladar hendido administrado durante el primer trimestre. De **0.1%** (población general) al **0.3%**

(estudios mal diseñados, pocas pacientes, dosis y tiempo de exposición no aclarado).

**Aumenta el riesgo de preeclampsia y parto prematuro:**

Difícil diferenciar si es efecto 2º de los corticoides orales o del asma mal controlada.

## CONCLUSIONES

El correcto tratamiento y manejo del asma: **MEJORA LOS RESULTADOS OBSTÉTRICOS**

Tratamiento del asma con B2 agonistas y corticoides inhalados es **SEGURO** y esta **INDICADO** para control sintomatología.

*A mejor control del asma... mejores resultados obstétricos.*

# HIPOTIROIDISMO EN LA GESTACION



**Elevación de la TSH** durante la gestación: TSH inadecuada durante la gestación

**Hipotiroidismo subclínico HSC/HC:** según nivel de T4.

↑ **Riesgo de complicaciones obstétricas:**

Parto prematuro

Bajo peso al nacer

DPPNI

Aborto / muerte fetal 60% aumenta el riesgo si no se trata

HTA y embarazo 22% riesgo de HTA

**Efectos sobre el neurodesarrollo fetal.**

## PREVALENCIA :

HSC: 4,5-6,5%... 2-3% EEUU\*<sup>1</sup> (Stagnaro-green et al.)

HC: 1,5%... 0,2-0,3% EEUU

## ETIOLOGÍA:

Hashimoto...si el aporte de yodo es adecuado

HSC: 50% AC antitiroideos +

HC: 80% Ac antitiroideos +

Otros: déficit de yodo, hipotiroidismo central (Tumor HPF productor de TSH, Tiroides resistente a Ht)

Bocos-Terraz Thyroid hormones according to gesttional age n pregnant spanish women. BMC Res Notes. 2009; 2: 237

## TRATAMIENTO

Objetivo es mantener TSH dentro de los valores de referencia de c/ trimestre

### CAPTACIÓN EN 1º TRIMESTRE

Si TSH >2.5-5: sustitución con eutirox 25

Control con Servicio Endocrinología en un mes con analítica previa con anticuerpos.

Si TSH >5: sustitución con eutirox 50 y remitimos preferente a Endocrino.

TSH	DOSIS DE T4
5-10	50 µg
10-20	75µg
>20	100µg

ional age n  
9; 2: 237

## SEGUIMIENTO

- Seguimiento mensual hasta 20 semanas
- Control entre 26-32 semanas
- **Objetivo: TSH dentro de los valores de referencia**

Hasta el 85% de las hipotiroideas requerirán aumento de LT4.

# YODO Y GESTACIÓN

- **Deficiencia severa.**

Cretinismo. RM, sordera, rigidez. Causa mas frecuente de RM prevenible

- **Deficiencia moderada.**

Resultados adversos en la función cognitiva, déficit de atención e hiperactividad.

- **Bocio.** Materno fetal

- **Aumento de mortalidad perinatal, abortos, fetos muertos, Bajo peso, Alteraciones del neurodesarrollo.**

143. Perrine CG, 2010 Some subgroups of reproductive age women in the United States may be at risk for iodine deficiency. J Nutr 140:1489–1494.

# YODO Y GESTACIÓN

## Si la deficiencia es severa...

La suplementación de yodo implica:

- ↓ INC.Cretinismo
- ↓ Muertes fetales intrauterino
- ↓ Mortalidad neonatal.

## Si la deficiencia es moderada...

El yodo implica:

Mejoría de los déficit intelectuales. Antes de la semana 10-20

## YODO Y GESTACIÓN

La OMS recomienda una ingesta de **250 µg** en gestantes y mujeres lactando.

Comprimidos de Yoduro potásico. 150 µg / 300 µg

Dieta: Sal yodada, marisco, algas, pescado...

La dosis no debe de ser superior a 500-110 µg por riesgo de desarrollar Hipotiroidismo Congénito por efecto Wolff-Chaikof

# PARTO PREMATURO



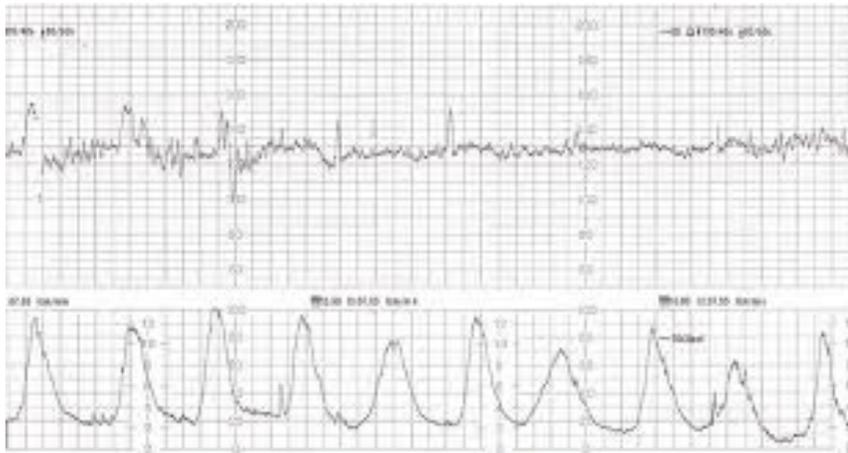
# PARTO PREMATURO

- **Organización Mundial de la Salud:** Parto prematuro es el que ocurre entre las 20 y 37 semanas gestacionales
- •50% Espontáneo •30% RPM  
•20% Yatrogénico
- 5%-8% de todos los partos en países desarrollados
- **Principal causa de morbimortalidad neonatal:** 75% del total de la mortalidad perinatal.

# MEDICIÓN DEL CERVIX POR ECOGRAFÍA VÍA VAGINAL

## PACIENTES SINTOMÁTICAS

Nos ayuda a diferenciar el falso trabajo de parto de la verdadera amenaza de parto prematuro.



## PACIENTES ASINTOMÁTICAS

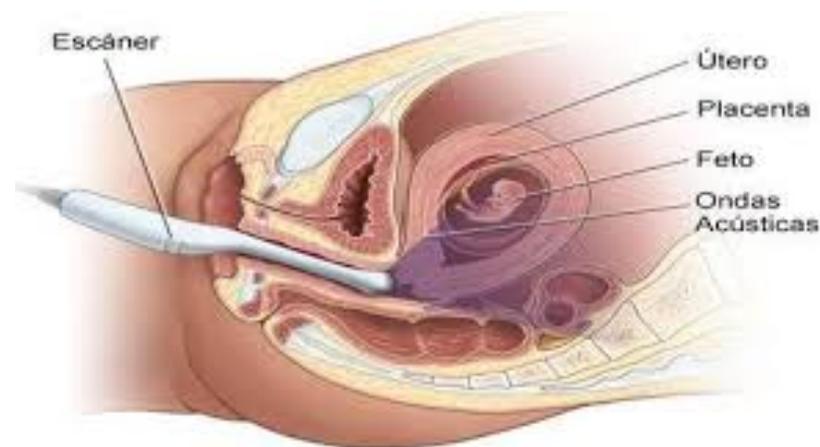
### Método de cribado poblacional

Grupo de población de riesgo de desarrollar parto prematuro en algún momento.



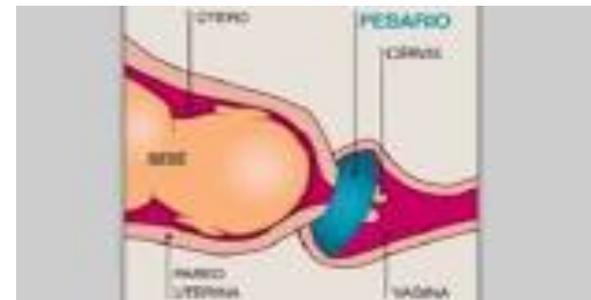
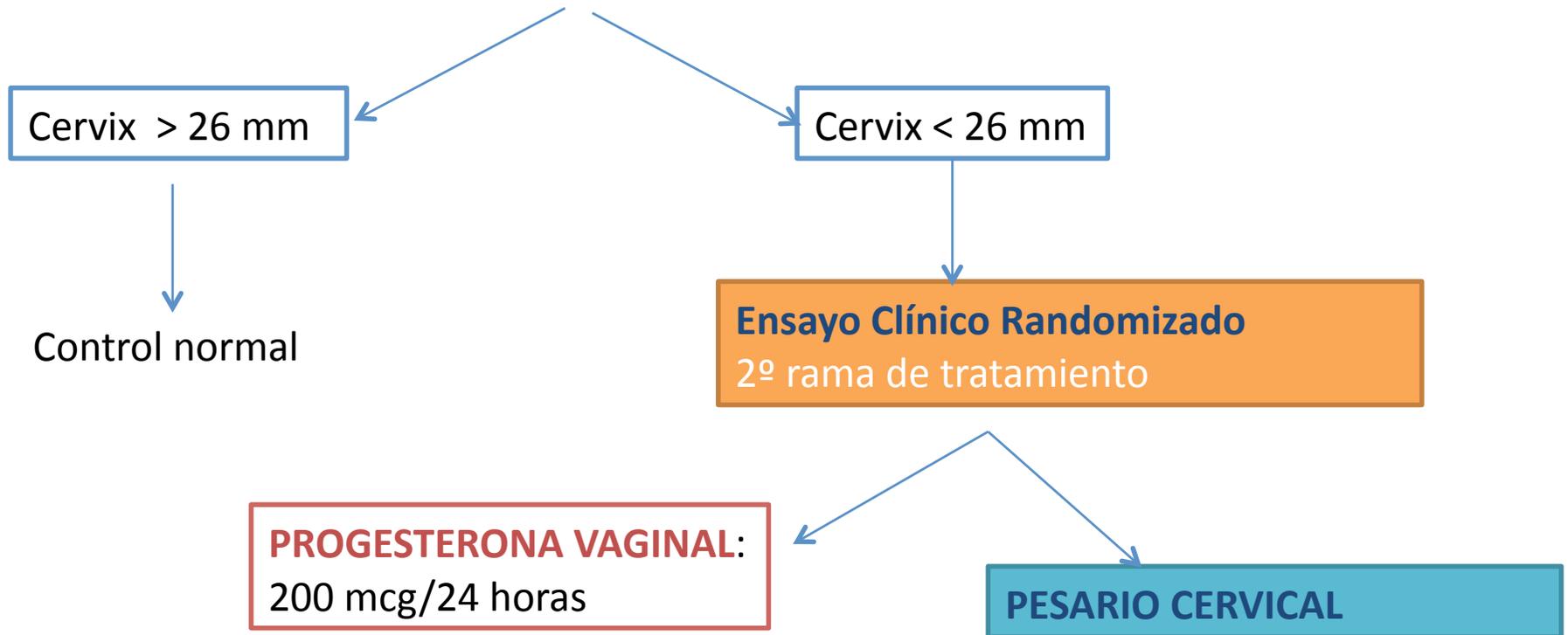
## MEDICIÓN DEL CÉRVIX POR ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL. CRIBADO POBLACIONAL.

- Parece predecir mejor el parto pretérmino, que otros test utilizados anteriormente
- Su especificidad y sensibilidad dependen el punto de corte utilizado (25 mm o 15 mm), edad gestacional al que se hace el cribado, población estudiada, prevalencia de parto pretérmino etc...
- Su valor predictivo positivo también depende de la incidencia de parto pretérmino en la población estudiada.



## ESTUDIO PESAPRO

Medición cervix en **ecografía semana 20**: cribado poblacional



## OBJETIVOS

Comparar en términos de eficacia al **PROGESTERONA VAGINAL** frente a la colocación del **PESARIO CERVICAL** en gestantes con cuello corto.

### CRITERIOS DE INCLUSION

Cervix acortado < 25 mm en eco 20  
Gestación unica  
Edad mínima 18 años  
Acepte participar en estudio

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Malformación fetal o uterina mayor  
Antecedente de conización cervical  
Cerclaje o placenta previa  
Sangrado, RPM en randomización  
Alergia cacahuete  
Incapacidad para dar consentimiento  
Decisión del investigador.



Controles **mensuales** hasta la **semana 37**: **Retirada tratamiento**

Toma de exudados en 1º visita y tratamiento si presencia de infección: **SI INFECCIÓN NO ES PRECISO RETIRAR TRATAMIENTO**

**UNICAMENTE SE RETIRARA TRATAMIENTO si...**

- Reacción adversa
- Deseo paciente
- TRABAJO DE PARTO**

**Nunca** retirar medicación si:

- Amenaza de parto prematuro
- Rotura prematura membranas
- Ingreso por otros motivos.



**RECORDAR QUE PESARIO AUMENTA EL FLUJO VAGINAL POR REACCIÓN CUERPO EXTRAÑO**

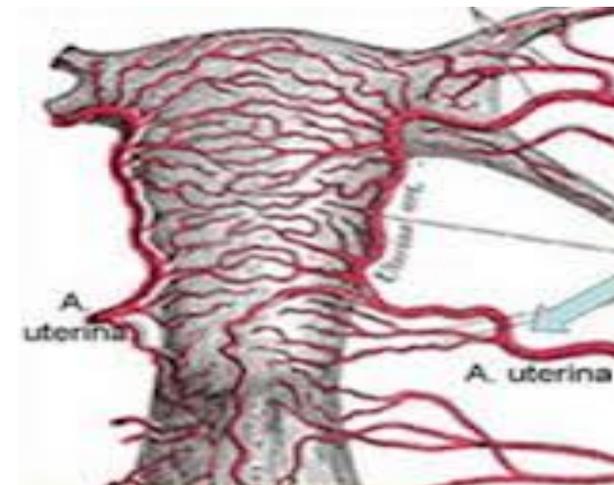
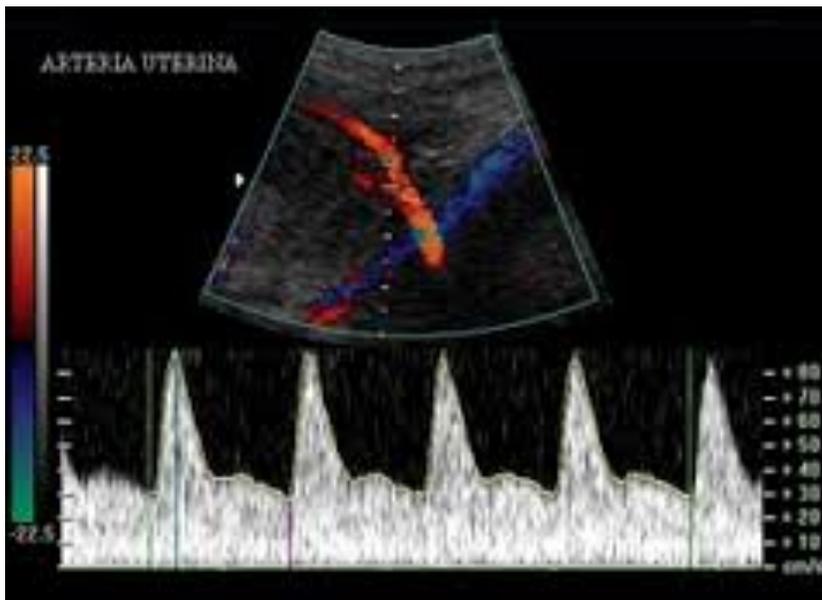
Si paciente asintomática y exudados negativos no precisa tratamiento ni retirar pesario.

Explicar a la paciente sintomatología frecuente.

## PREVENCIÓN PRECLAMPSIA PRECOZ

MEDICIÓN del **Índice de pulsatilidad de las arterias Uterinas** en ecografía de 1º trimestre y semana 20.

Método adecuado para seleccionar pacientes con alto riesgo de desarrollar **preclampsia precoz** o **bajo peso para edad gestacional**



## PREVENCIÓN PRECLAMPSIA PRECOZ

### DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Paridad

Preeclampsia previa

Hipertensión

Enfermedad renal

Coagulopatía

Diabetes

Grupo étnico (europea, magrebi, latinoamericana, asiatica, otros)

### Datos BIOMETRICOS MATERNOS

Edad

Altura (cm)

Peso (kg)

### Datos ECOGRAFÍA 1ºTRIMESTRE

CRL (mm)

PAPP-A (MoM)

Tension arterial

IPM arterias uterinas

**Riesgo >1/70: ALTO RIESGO**

Comenzamos tratamiento **ADIRO 100** diario por la noche hasta semana 32.

**MUCHAS GRACIAS!!**



**Para cualquier duda:**

**Tfno: 91 894 8410 Extensión 2472, 2473, 2229**

**Email: [ginecología.hie@idcsalud.es](mailto:ginecología.hie@idcsalud.es)**