

259

M.E.O.
Tesis
F363r
2003

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
INVENTARIO: Biblioteca

03/10/04
20/01/04

Código de inventario
-12

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
HOSPITAL MATERNO INFANTIL "GERMAN URQUIDI"
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
RESIDENCIA GINECOOBSTETRICIA
COCHABAMBA BOLIVIA
2004.**

RECUESTO PLAQUETARIO COMO FACTOR PRONOSTICO EN LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES DE H.M.I.G.U. (2003)

**EXPOSITOR: DR. J.A.FERNÁNDEZ C.
NIVEL: SEGUNDO AÑO.
TUTOR: DR. ANTONIO PARDO N.**

COCHABAMBA, FEBRERO DEL 2004.

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEORICO	5
HIPOTESIS	8
OBJETIVOS	
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
MATERIAL Y MÉTODOS	11
MUESTRA	11
TIPO DE ESTUDIO	12
RECOLECCION DE DATOS	14
CRONOGRAMA DEL PROYECTO	
CONCLUSIONES	19
RECOMENDACIONES	19
BIBLIOGRAFÍA	23

las concentraciones plaquetarias de la extensa variedad de enfermedades microangiopáticas que se producen durante el embarazo representado un difícil desafío diagnóstico para el obstetra que asiste a la paciente con el objetivo de prevenir eventualidades que pongan en riesgo al binomio madre-niño. La relación que existe de la mujer embarazada con la enfermedad hipertensiva del embarazo en el segundo, tercer trimestre, parto y puerperio con el número de plaquetas y las consecuencias a largo plazo que presentan este tipo de pacientes con diversos factores de riesgo es muy variable considerando la heterogeneidad de las pacientes embarazadas.

RECuento PLAQUETARIO COMO FACTOR PRONOSTICO EN LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO.

En el embarazo normal el número de plaquetas va disminuyendo a medida que avanza el embarazo, si bien el recuento plaquetario por lo común permanece dentro del margen de 150.000 a

INTRODUCCIÓN.-

400.000/mm³. el volumen plaquetario medio aumenta debido a la

aparición de plaquetas más jóvenes en la circulación ; este aumento

Las alteraciones en el recuento plaquetario va adquiriendo capital

es necesario debido a la leve disminución de la expectativa de vida

importancia en la paciente con embarazo de alto riesgo en el

de las plaquetas de 9.7 días a 9.2 días, las evidencias sugieren que

contexto de poder discernir causas fisiológicas de alteraciones en

el aumento de la utilización de las plaquetas durante el embarazo

las concentraciones plaquetarias de la extensa variedad de

ocurre en la placenta, donde hay una coagulación localizada

enfermedades microangiopáticas que se producen durante el

crónica.

embarazo representado un difícil desafío diagnóstico para el

El diagnóstico y tratamiento de las trombocitopenias del embarazo

obstetra que asiste a la paciente con el objetivo de prevenir

durante el embarazo requieren cautela, la causa de la

eventualidades que pongan en riesgo al binomio madre-niño

trombocitopenia puede ser más grave que la trombocitopenia

La relación que existe de la mujer embarazada con la enfermedad

propia de dicha; la mayoría de las pacientes con

hipertensiva del embarazo en el segundo, tercer trimestre, parto y

trombocitopenia >70.000/mm³. no corren riesgos por lo general

puerperio con el número de plaquetas y las consecuencias a largo

plazo que presentan este tipo de pacientes con diversos factores

trombocitopenia consisten en un aumento de la destrucción de

de riesgo es muy variable considerando la heterogeneidad de las

plaquetas, el secuestro de plaquetas y la disminución de

pacientes embarazadas.

producción de plaquetas. Sin embargo la trombocitopenia aislada

casi siempre se debe a un índice aumentado de destrucción de

MARCO TEORICO de una perspectiva clínica la trombocitopenia prenatal aislada en una paciente ambulatoria mas a menudo

En el embarazo normal el numero de plaquetas va disminuyendo a medida que avanza el embarazo, si bien el recuento plaquetario por lo común permanece dentro del margen de 150.000 a 400.000/mm³. el volumen plaquetario medio aumenta debido a la aparición de plaquetas mas jóvenes en la circulación ; este aumento es necesario debido a la leve disminución de la expectativa de vida de las plaquetas de 9.7 días a 9.2 días, las evidencias sugieren que el aumento de la utilización de las plaquetas durante el embarazo ocurre en la placenta, donde hay una coagulación localizada crónica.

El diagnostico y tratamiento de las trombocitopenias del embarazo durante el embarazo requieren cautela, la causa de la trombocitopenia puede ser mas grave que la trombocitopenia propiamente dicha; la mayoría de las pacientes con trombocitopenia >70.000/mm³. no corren riesgos por lo general no requieren un tratamiento per se. Las causas generales de trombocitopenia consisten en un aumento de la destrucción de plaquetas, el secuestro de plaquetas y la disminución de producción de plaquetas. Sin embargo la trombocitopenia aislada

casi siempre se debe a un índice aumentado de destrucción de plaquetas, desde una perspectiva clínica la trombocitopenia prenatal aislada en una paciente ambulatoria mas a menudo obedece a un mecanismo inmunológico y es crónico; otras causas de trombocitopenia son: 1) Lupus Eritematoso sistémico; 2) Hipertensión inducida por el embarazo; 3) Coagulación Intravascular Diseminada; 4) Purpura Trombocitopenica Trombotica; 5) Purpura Postransfusional; 6) Trombocitopenia inducida por fármacos; 7) Hígado graso del embarazo; 8) la Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana; 9) otras.

Es posible detectar alteraciones en el numero de plaquetas en un 15-30%, en pacientes embarazadas con enfermedad hipertensiva inducida en el embarazo. Las tasas de morbilidad y mortalidad materno-fetales son elevadas en los embarazos complicados por este trastorno, por tanto la disminución en el recuento plaquetario en el 2do y 3er trimestre debe ser analizado en los controles prenatales. El embarazo, según el grado de disminución del numero de plaquetas se ha dividido en distintas clases.

La patógenia de la disminución del numero de plaquetas en la preeclampsia no ha sido establecido claramente pero se relacionan con los siguientes mecanismos:

- Destrucción acelerada del numero de plaquetas.

- Aumento de la actividad megacariocítica.

Las alteraciones en el recuento de plaquetas en la enfermedad hipertensiva del embarazo va acompañado de aumento de los niveles de transaminasas piruvica y oxalacetica, tiempo de Protrombina , tiempo de tromboplastina, con disminución de niveles de fibrinogeno. (indices de hemolisis microangiopatica).

La disminución del numero de plaquetas se acompaña de mayor probabilidad de padecer complicaciones hemorrágicas de diversa índole y que los recién nacidos suelen presentar diversa sintomatología has ser muchas de ellas causa de morbimortalidad neonatal, mas aun cuando los recién nacidos presentan patologías de base que se complican con patologias maternas del tipo de las trombocitopenias en la enfermedad hipertensiva del embarazo.

La formación de microtrombos y las coagulopatias son complicaciones frecuentes en la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, según el grado de disminución del numero de plaquetas se ha dividido en distintas clases.

- Clase I : > 100.000 .

- Clase II: 50.000 a 100.000.

- Clase III: < 50.000 .