



VI Reunión GEAS

17 y 18 de Octubre de 2013
Auditorio - Palacio de Congresos de Zaragoza

Zaragoza

18:55-19:10 h.

Experiencia de una unidad de gestación y enfermedades autoinmunes

Dr. Luis Sáez Comet

Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza



CONFLICTOS DE INTERÉS

Speaking fees from GlaxoSmithKline

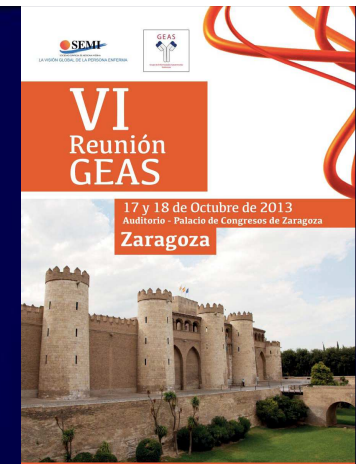
Capilaroscopy courses for Acthelion

Sent cases to BIOGEAS, RESCLE, RELES,

REVAS, REGAS

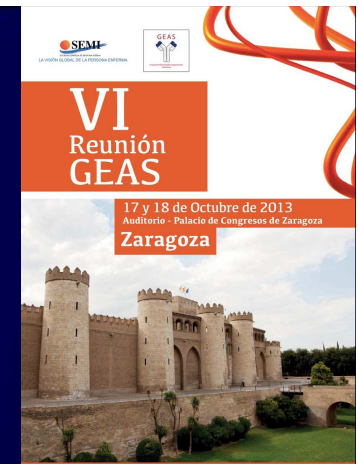
Participating in anti-TWEAK trial

Participated in DUO registry



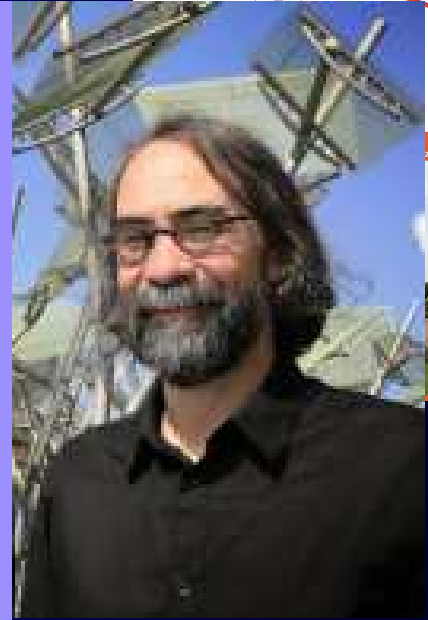
UNIDAD DE GESTACIÓN Y EAS (SEGUIMIENTO GESTANTES EN UEAS)

- Gestación del protocolo
- Protocolo asistencial
- Resultados
- Asistenciales
- Docentes
- Investigación
- Casos clínicos
- Temas no resueltos



PROTOCOLO CONSULTA AUTOINMUNES Y EMBARAZO HOSPITAL DE CRUCES

SEMANA	8	12	16	20	24	28	30	32	33	34	36	36	37	38	39	40	COMENTARIOS
TA																	TODAS
HRP y perfil																	TODAS
Sedimento orina																	TODAS
Orina 24 h																	Sedimento +
DNA, C3, C4																	LES
Eco																	TODAS
Doppler Umbilical																	aFL, NEFROPATÍA HTA
Doppler Uterinos																	TODAS
Ecocardiografía																	Ra y Aa La +
CTG																	TODAS



2007: contactos con:

- UEAS Cruces
- Ginecología HUMS: JS, UAR, ecos...
- Coagulación
- Enfermería
- ...



Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragones de Salud (2009)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TITULO
 SEGUIMIENTO CONJUNTO DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO POR SOSPECHA DE SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO O ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Luis Sáez Comet
Profesión Facultativo Especialista de Área de Medicina Interna
Lugar de trabajo Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza
Sector de SALUD: Zaragoza II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: lsaezcomet@gmail.com ; lsaezc@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976785500 ext2799

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 José Velilla Marco	Jefe Sección	Hosp. Univ. Miguel Servet
2 José Manuel Campillos Maza	Jefe Sección	Hosp. Univ. Miguel Servet
3 Pilar Andrés	FEA	Hosp. Univ. Miguel Servet
4 Isabel Lahoz Pascual	FEA	Hosp. Univ. Miguel Servet
5 Maña Lapresta	FEA	Hosp. Univ. Miguel Servet
6 Alberto Pérez Falo	Jefe Sección	Hosp. Univ. Miguel Servet



“Puertas abiertas” Sesiones mensuales Teléfono directo



UEAS UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERRET
ZARAGOZA
Tel.975755000 Ext.2738

PROTOKOLO EMBARAZO + ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____ N.º: _____ EDAD: _____
FUR: _____ FPP: _____

Hª OBSTÉTRICA PREVIA: SI NO

Infertilidad: _____
IA previas: nº/éxito: _____
FV previas: nº/éxito: _____
 Abortos 1ª (<10sem): nº _____ sems: _____
 Pérdidas fetales (>=10sem): nº _____ sems: _____

Prematuridad nº _____ sems: _____
 RN bajo peso nº _____ sems: _____
 Eclampsia/preclampsia
 Bloqueo cardíaco congénito/ Lupus neonatal (si Ro+)

Otras: _____

HTA
 DM
 CLP
 Tabaco, cantidad _____ cig/d
 Alcohol, cantidad _____ u/d
 Drogas, cantidad _____ g/d

TROMBOSIS: Fecha: _____ Localización: _____

ENFERMEDADES AUTOINMUNES:
 LUPUS ERMATOSO SISTÉMICO
 SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO
 ANTI-CUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDO
 CONECTIVOPATÍA INDEFERENCIADA
 SÍNDROME DE SJOÖGREN
 ESCLERODERMIA
 ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO
 OTRAS: _____

ESTUDIO DE AUTOINMUNIDAD:
 ANA
 n-DNA
 IGG ACL
 IGM ACL
 IGG AB2-GP1
 IGM AB2-GP1
 ANTICOAGULANTE LÚPICO

RO
 LA
 SM
 RNP
 JO1
 SCL-70

Clinica fundamental: _____

GESTACIÓN DE ALTO RIESGO EN PACIENTES LES:
 Hª obstétrica previa desfavorable
 Nefritis lúpica
 Insuficiencia renal +
 Insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar
 Enfermedad intestinal pulmonar
 Enfermedad activa
 Alto grado de daño orgánico irreversible
 Altas dosis de corticoides
 AAF+, SAF
 Ro, La
 Gestación múltiple
 Edad >40

MUTACIONES/TROMBOFILIA:
C677T MTHFR heterocigoto homocigoto
G2010A protrombina heterocigoto homocigoto
R506Q (FV Leiden) heterocigoto homocigoto
Otras: _____

TRATAMIENTO PROPUESTO DURANTE GESTACIÓN
 AAS 100 preconceptual
 HBPM:
 profiláctica: _____ dosis: _____ /24h
 terapéutica: _____ dosis: _____ /24h
 Doiquine (hidroxicloroquina)
 Prednisona 10 mg/d durante 1º trimestre
 HBPM en dosis progresivas
Otras: _____

RESULTADO GESTACIÓN:
 Aborto 1ª (<10sem): FECHA _____ sems: _____ CAUSA: _____
 Pérdida fetal (>=10sem): FECHA _____ sems: _____ CAUSA: _____
 Prematuridad sems: _____
 RN bajo peso _____ g
 Eclampsia/preclampsia: HTA Proteinuria Edemas
 Bloqueo cardíaco congénito/ Lupus neonatal (si Ro+)
Otras: _____
 TROMBOSIS: Inicio sems: _____ Localización: _____
 BROTE CONECTIVOPATÍA: Inicio sems: _____ Final sems: _____
Clinica bruto: _____

UEAS UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERRET
ZARAGOZA
Tel.975755000 Ext.2738

PROTOKOLO DE VISITAS

Nº VISITA	CLÍNICA	EXPLORACION	RESPONSABLE
FECHA: _____ 1ª visita Preconceptual	Repasar antecedentes obstétricos Repasar clínica sistémica Valorar tto preconceptual con AAS Otros ttos (retirar teratógenos)	TA _____ mm Hg Proteinuria: _____ g/____ l. <input type="checkbox"/> 24h Edemas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Médica
FECHA: _____ 2ª visita (aprox. 4ª sem)	Confirmar gestación Valorar tto con HBPM u otros ttos Clínica: _____	TA _____ mm Hg Proteinuria: _____ g/____ l. <input type="checkbox"/> 24h Edemas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Médica
FECHA: _____ 3ª visita (aprox 8ª sem)	Clinica: _____	TA _____ mm Hg Proteinuria: _____ g/____ l. <input type="checkbox"/> 24h Edemas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Enfermería
FECHA: _____ 4ª visita (aprox 12ª sem)	Clinica: _____	TA _____ mm Hg Proteinuria: _____ g/____ l. <input type="checkbox"/> 24h Edemas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Enfermería
FECHA: _____ 5ª visita (aprox 16ª sem)	Clinica: _____ Ecocardi fetal: _____	TA _____ mm Hg Proteinuria: _____ g/____ l. <input type="checkbox"/> 24h Edemas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Enfermería
FECHA: _____ 6ª visita (aprox 20ª sem)	Clinica: _____ Doppler arterias Uterinas: Ecocardi fetal: _____	TA _____ mm Hg Proteinuria: _____ g/____ l. <input type="checkbox"/> 24h Edemas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Médica
FECHA: _____ 7ª visita (aprox 24ª sem)	Clinica: _____ Ecocardi fetal: _____	TA _____ mm Hg Proteinuria: _____ g/____ l. <input type="checkbox"/> 24h Edemas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Enfermería
FECHA: _____ 8ª visita (aprox 30ª sem)	Clinica: _____ Ecocardi fetal: _____	TA _____ mm Hg Proteinuria: _____ g/____ l. <input type="checkbox"/> 24h Edemas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Enfermería
FECHA: _____ 9ª visita (aprox 34ª sem)	Clinica: _____	TA _____ mm Hg Proteinuria: _____ g/____ l. <input type="checkbox"/> 24h Edemas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Enfermería
FECHA: _____ 10ª visita (aprox 38ª sem)	Clinica: _____ Planificar fin de embarazo Tratamiento postparto: _____	TA _____ mm Hg Proteinuria: _____ g/____ l. <input type="checkbox"/> 24h Edemas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Médica
FECHA: _____ 11ª visita Parto	Clinica: _____ Edad gestacional: _____ sem Peso al nacer: _____ kg Sexo: _____ Complicaciones parto: _____ Lactancia natural prevista: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Consulta Médica/ Enfermería
FECHA: _____ 12ª visita 3-4m Postparto	Clinica: _____	TA _____ mm Hg Proteinuria: _____ g/____ l. <input type="checkbox"/> 24h Edemas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Médica

PROTOCOLO EMBARAZO + ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____ NHC: _____ EDAD: _____
 FUR: _____ FPP: _____

ENFERMEDADES AUTOINMUNES:

- LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
 SÍNDROME ANTIPOSFOLÍPIDO

GESTACIÓN DE ALTO RIESGO EN PACIENTES LES:

- Hª obstétrica previa desfavorable
 Nefritis lúpica
 Insuficiencia renal +
 Insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar

MUTACIONES

C677T MTHFR
 G2010A proth
 R506Q (FV Le
 Otras: _____

RESULTADO GESTACIÓN:

- Aborto IT (<10sem): FECHA: _____ sems: _____
 Pérdida fetal (>=10sem): FECHA: _____ sems: _____
 Prematuridad sems: _____
 RN bajo peso _____ g
 Eclampsia/pre eclampsia: HTA Proteinuria Ede
 Bloqueo cardíaco congénito/ Lupus neonatal (si Ro+)
 Otras: _____
 TROMBOSIS: Inicia sems: _____ Localización: _____
 BROTE CONECTIVOPATÍA: Inicia sems: _____ Fin
 Clínica brate: _____

PROTOCOLO DE VISITAS

Nº VISITA	CLÍNICA	EXPLORACIÓN	RESPONSABLE
FECHA: _____ 1ª visita Preconcepcional	Repasar antecedentes obstétricos Repasar clínica sistémica Valorar tto preconcepcional con AAS Otros ttos (rebrar teratógenos)	TA: ___/___ mm Hg Proteinuria: _____ g/□ l. □24h Edemas: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Médica
FECHA: _____ 2ª visita (aprox. 4ª sem)	Confirmar gestación Valorar tto con HBPM u otros ttos Clínica:	TA: ___/___ mm Hg Proteinuria: _____ g/□ l. □24h Edemas: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Médica
FECHA: _____ 3ª visita (aprox. 8ª sem)	Clínica:	TA: ___/___ mm Hg Proteinuria: _____ g/□ l. □24h Edemas: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Enfermería
FECHA: _____ 4ª visita (aprox. 12ª sem)	Clínica:	TA: ___/___ mm Hg Proteinuria: _____ g/□ l. □24h Edemas: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Enfermería
FECHA: _____ 5ª visita (aprox. 16ª sem)	Clínica: Ecocardi fetal:	TA: ___/___ mm Hg Proteinuria: _____ g/□ l. □24h Edemas: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Enfermería
FECHA: _____ 6ª visita (aprox. 20ª sem)	Clínica: Doppler arterias Uterinas: Ecocardi fetal:	TA: ___/___ mm Hg Proteinuria: _____ g/□ l. □24h Edemas: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Médica
FECHA: _____ 7ª visita (aprox. 24ª sem)	Clínica: Ecocardi fetal:	TA: ___/___ mm Hg Proteinuria: _____ g/□ l. □24h Edemas: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Enfermería
FECHA: _____ 8ª visita (aprox. 30ª sem)	Clínica: Ecocardi fetal:	TA: ___/___ mm Hg Proteinuria: _____ g/□ l. □24h Edemas: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Enfermería
FECHA: _____ 9ª visita (aprox. 34ª sem)	Clínica:	TA: ___/___ mm Hg Proteinuria: _____ g/□ l. □24h Edemas: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Enfermería
FECHA: _____ 10ª visita (aprox. 38ª sem)	Clínica: Planificar fin de embarazo Tratamiento postparto:	TA: ___/___ mm Hg Proteinuria: _____ g/□ l. □24h Edemas: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Médica
FECHA: _____ 11ª visita Parto	Clínica: Edad gestacional: _____ sem Peso al nacer: _____ kg Sexo: Complicaciones parto: Lactancia natural prevista: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Edad gestacional: Peso al nacer:	Consulta Médica/ Enfermería
FECHA: _____ 12ª visita 3-4m Postparto	Clínica:	TA: ___/___ mm Hg Proteinuria: _____ g/□ l. □24h Edemas: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta Médica

Mujer edad fértil con EAS

Hª gral

Hª autoinmune

Hª obstétrica/infertilidad

Ttos previos

Deseo gestación (→ + AAS si APA+) → momento gestación

Test embarazo + → UAR, analítica + confirmación test

Valoración tto y sgto según:

- Subgrupo (UCTD, SLE, APA+, UCTD APA+, SLE APA+, PAPS)
- Ants obstétricos/trombóticos
- Infertilidad/IA/FIVs previas
- Edad
- Ro+, La+
- Deseo madre

Seguimiento en II UAR, UEAS, coagulación (Xa)?

- Eco 1T, screening combinado
- 12s amniocentesis? Bx corial?
- Ecocardiogramas si Ro+/La+ (16-28s)
- 20s: doppler uterinas
- 24s: doppler uterinas
- 28s y ss: biometrías fetales
- Consulta pre-parto: plan terapéutico parto y postparto
- Visita en ingreso?
- Revisión postparto → tromboprolifaxis? Tto mantº

HCQ?

PRED?

INMN-?

AAS?

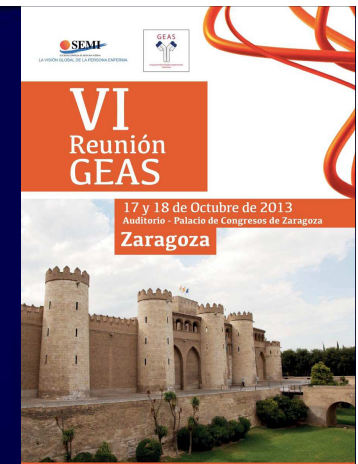


Table 2

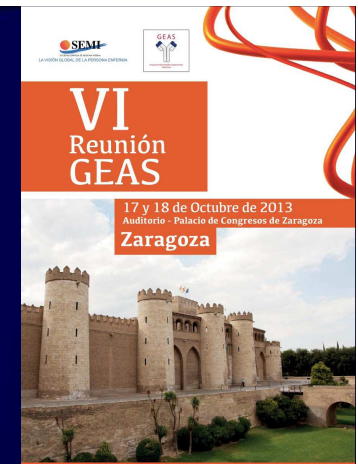
Treatment groups

Features

Group 1
aPL positive
No history of pregnancy loss
No history of thrombosis
Yes/no concomitant autoimmune disease

Treatment

Group 1
Education
Low doses of aspirin may be prescribed
Strict control



Review

Obstetric antiphospholipid syndrome

Claudio Galarza-Maldonado ^{a,*}, Maria R. Kourilovitch ^a, Oscar M. Pérez-Fernández ^b, Mariana Gaybor ^{a,c,d}, Christian Cordero ^{a,c}, Sonia Cabrera ^a, Nikolai F. Soroka ^e

^a Unit of Rheumatic and Autoimmune Diseases UNERA, Lupus Center, Mont Sinai Hospital, Cuenca, Ecuador

^b Center for Autoimmune Diseases Research (CREA), School of Medicine and Health Sciences, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

^c Unit of Obstetrics and Gynecology, Mont Sinai Hospital, Cuenca, Ecuador

^d Unit of Obstetrics and Gynecology, Rio University Hospital, Cuenca, Ecuador

^e National Center of Rheumatic Diseases, Hospital N 9, Minsk, Belarus

Table 2

Treatment groups

Features

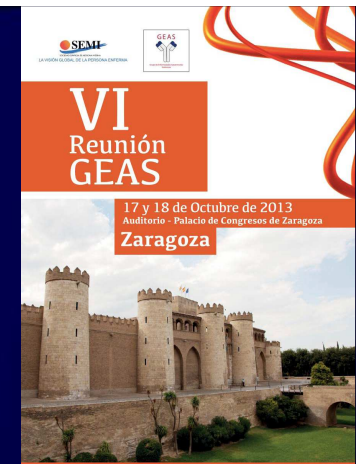
Group 1
aPL positive
No history of pregnancy loss
No history of thrombosis
Yes/no concomitant autoimmune disease

Treatment

Group 1
Education
Low doses of aspirin may be prescribed
Strict control

Group 3
Obstetric APS secondary to SLE or other autoimmune diseases with or without history of thrombosis

Group 3
Education
Individual management strategy (e.g. glucocorticoids for SLE flares)
Daily administration of LMWH plus low-dose aspirin
Warfarin discontinued before 6th week of pregnancy



Autoimmunity Reviews 11 (2012) 288–295



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Autoimmunity Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/autrev



Review

Obstetric antiphospholipid syndrome

Claudio Galarza-Maldonado ^{a,*}, Maria R. Kourilovitch ^a, Oscar M. Pérez-Fernández ^b, Mariana Gaybor ^{a,c,d}, Christian Cordero ^{a,c}, Sonia Cabrera ^a, Nikolai F. Soroka ^e

^a Unit of Rheumatic and Autoimmune Diseases UNERA, Lupus Center, Mont Sinai Hospital, Cuenca, Ecuador

^b Center for Autoimmune Diseases Research (CREA), School of Medicine and Health Sciences, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

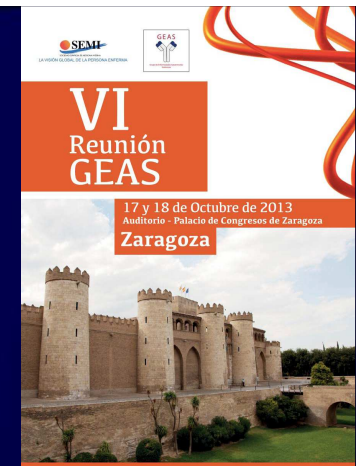
^c Unit of Obstetrics and Gynecology, Mont Sinai Hospital, Cuenca, Ecuador

^d Unit of Obstetrics and Gynecology, Rio University Hospital, Cuenca, Ecuador

^e National Center of Rheumatic Diseases, Hospital N 9, Minsk, Belarus

Table 2
Treatment groups in Obstetric APS.

Features		
Group 1 aPL positive No history of pregnancy loss No history of thrombosis Yes/no concomitant autoimmune disease	Group 2 aPL positive History of two or more miscarriages	Group 3 Obstetric APS secondary to SLE or other autoimmune diseases with or without history of thrombosis
Treatment		
Group 1 Education Low doses of aspirin may be prescribed Strict control	Group 2 Education Plan A. • Aspirin 81–100 mg before conception and then throughout pregnancy Plan B. • Aspirin 81–100 mg before conception and then aspirin 81–100 mg + LMWH throughout pregnancy	Group 3 Education Individual management strategy (e.g. glucocorticoids for SLE flares) Daily administration of LMWH plus low-dose aspirin Warfarin discontinued before 6th week of pregnancy



Autoimmunity Reviews 11 (2012) 288–295



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Autoimmunity Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/autrev



Review

Obstetric antiphospholipid syndrome

Claudio Galarza-Maldonado ^{a,*}, Maria R. Kourilovitch ^a, Oscar M. Pérez-Fernández ^b, Mariana Gaybor ^{a,c,d}, Christian Cordero ^{a,c}, Sonia Cabrera ^a, Nikolai F. Soroka ^e

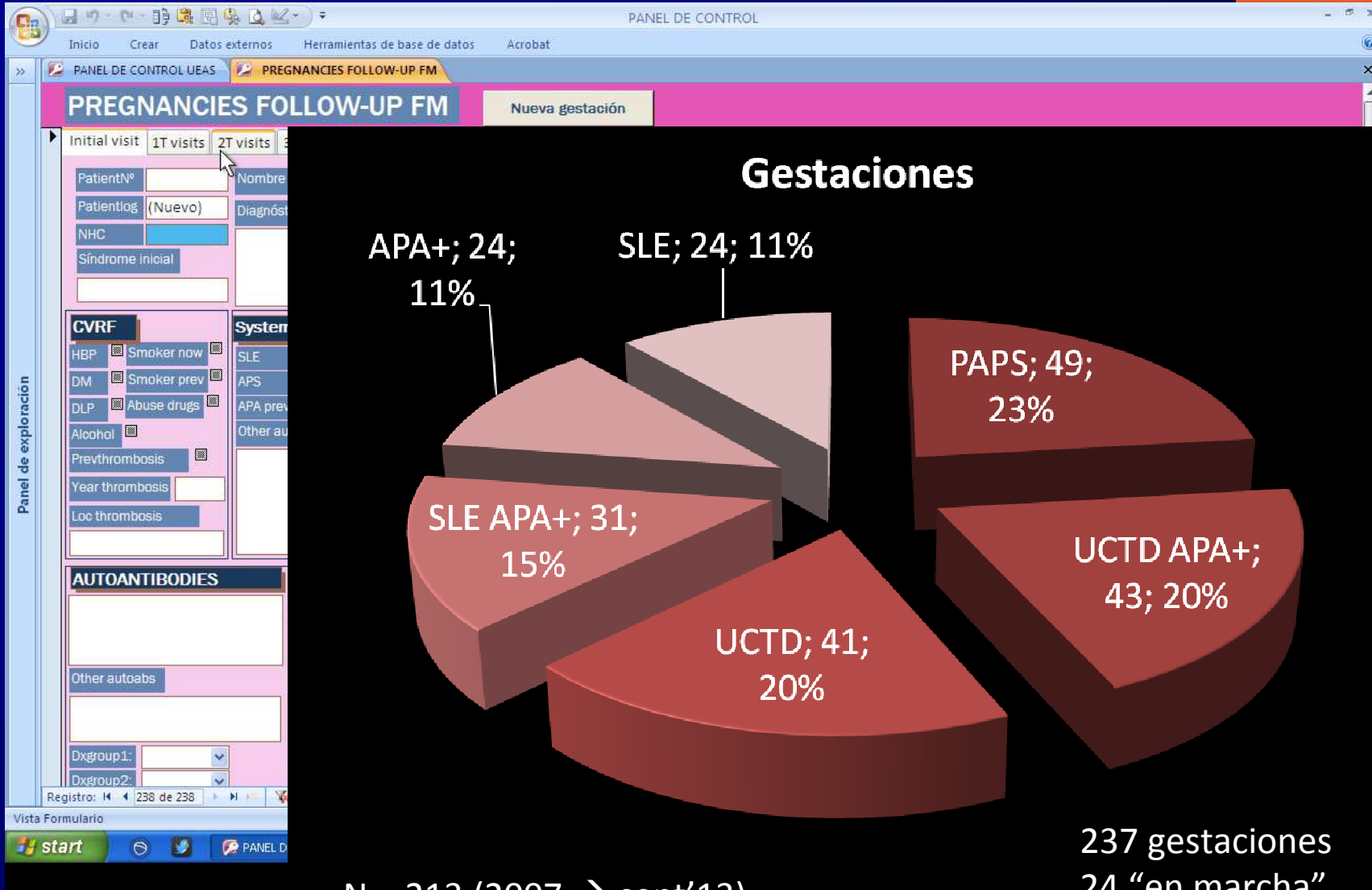
^a Unit of Rheumatic and Autoimmune Diseases UNERA, Lupus Center, Mont Sinai Hospital, Cuenca, Ecuador

^b Center for Autoimmune Diseases Research (CREA), School of Medicine and Health Sciences, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

^c Unit of Obstetrics and Gynecology, Mont Sinai Hospital, Cuenca, Ecuador

^d Unit of Obstetrics and Gynecology, Rio Unversitary Hospital, Cuenca, Ecuador

^e National Center of Rheumatic Diseases, Hospital N 9, Minsk, Belarus



PANEL DE CONTROL

Inicio Crear Datos externos Herramientas de base de datos Acrobat

PANEL DE CONTROL UEAS PREGNANCIES FOLLOW-UP FM Nueva gestación

Initial visit 1T visits 2T visits

PatientN° Nombre
Patientlog (Nuevo) Diagnóstico
NHC
Síndrome inicial

CVRF System
HBP Smoker now SLE
DM Smoker prev APS
DLP Abuse drugs APA prev
Alcohol Other au
Prevthrombosis
Year thrombosis
Loc thrombosis

AUTOANTIBODIES
Other autoabs
Dxgroup1:
Dxgroup2:

Registro: 238 de 238

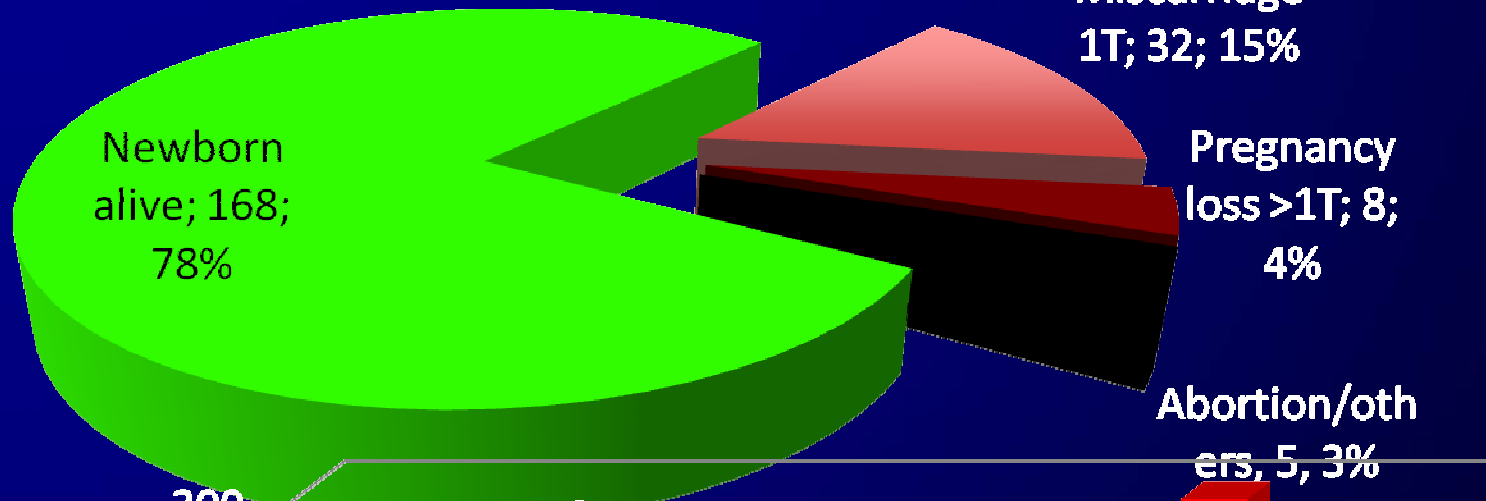
Vista Formulario

start PANEL D

SEGUIMIENTO GESTANTES EN UEAS: Resultados asistenciales

N = 213

Pregnancy results

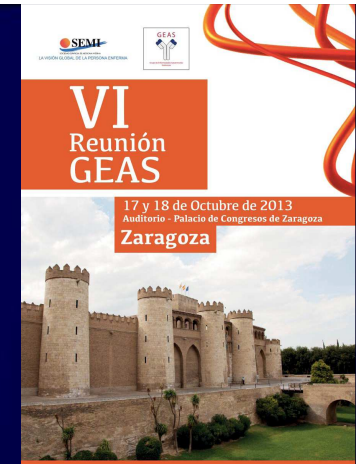


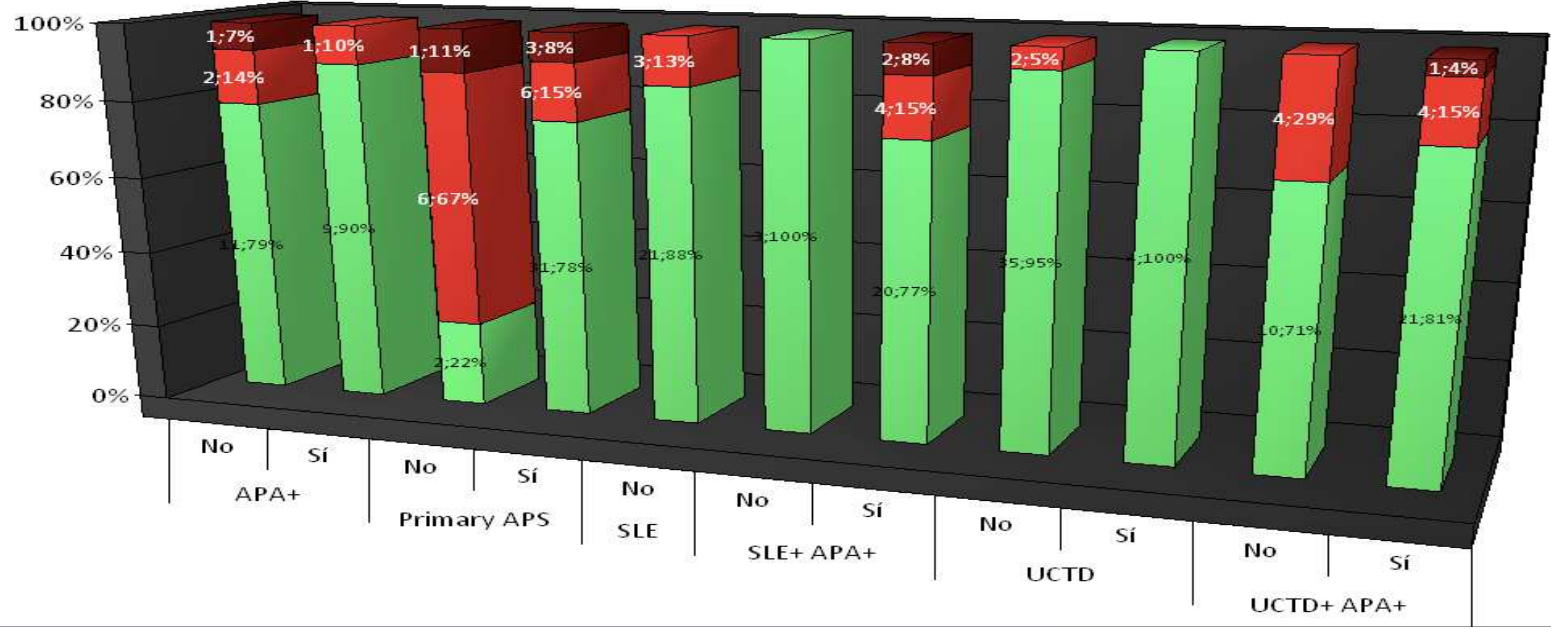
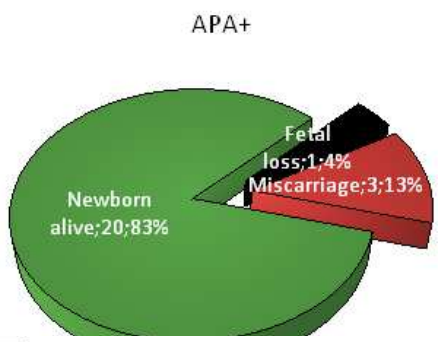
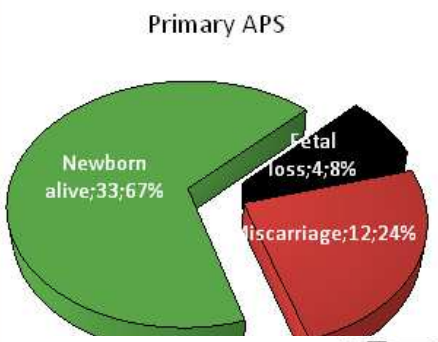
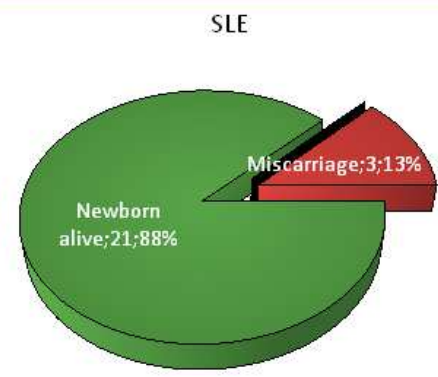
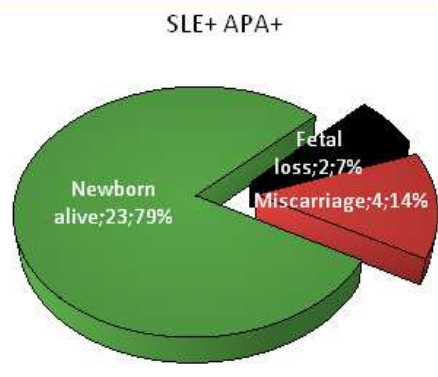
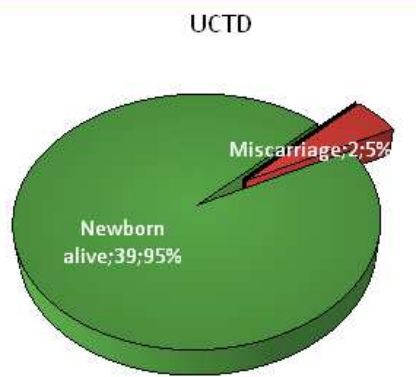
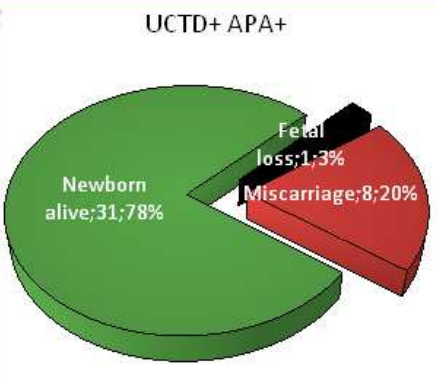
237 gestaciones
24 "en marcha"

Miscarriage
1T; 32; 15%

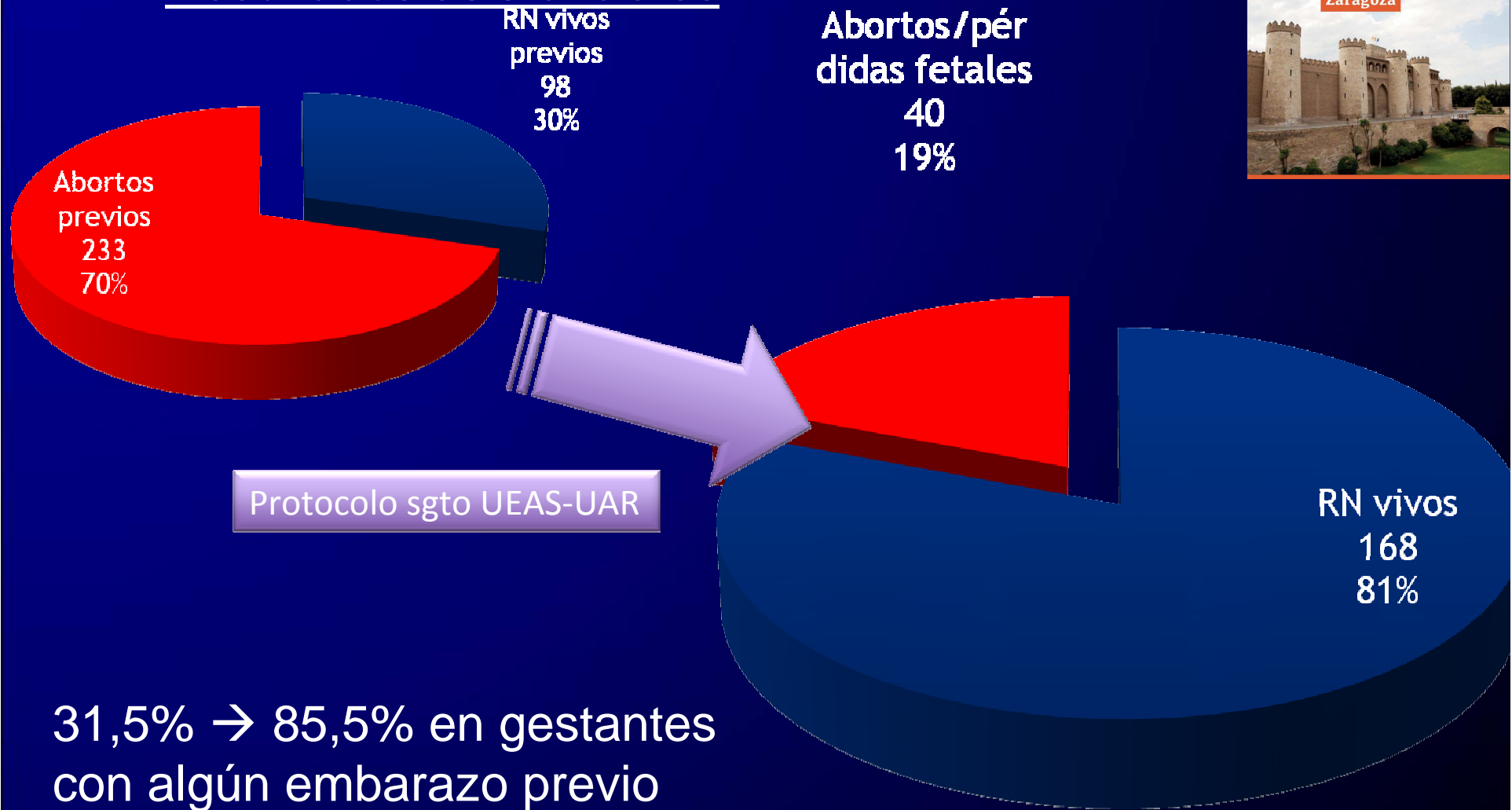
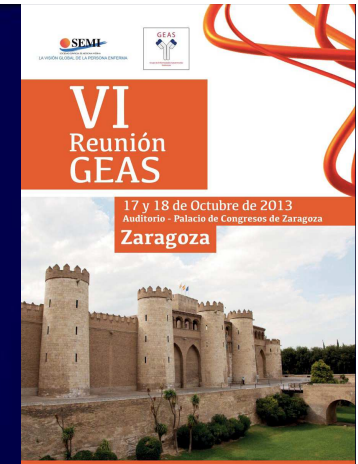
Pregnancy
loss >1T; 8;
4%

Abortion/oth
ers, 5, 3%

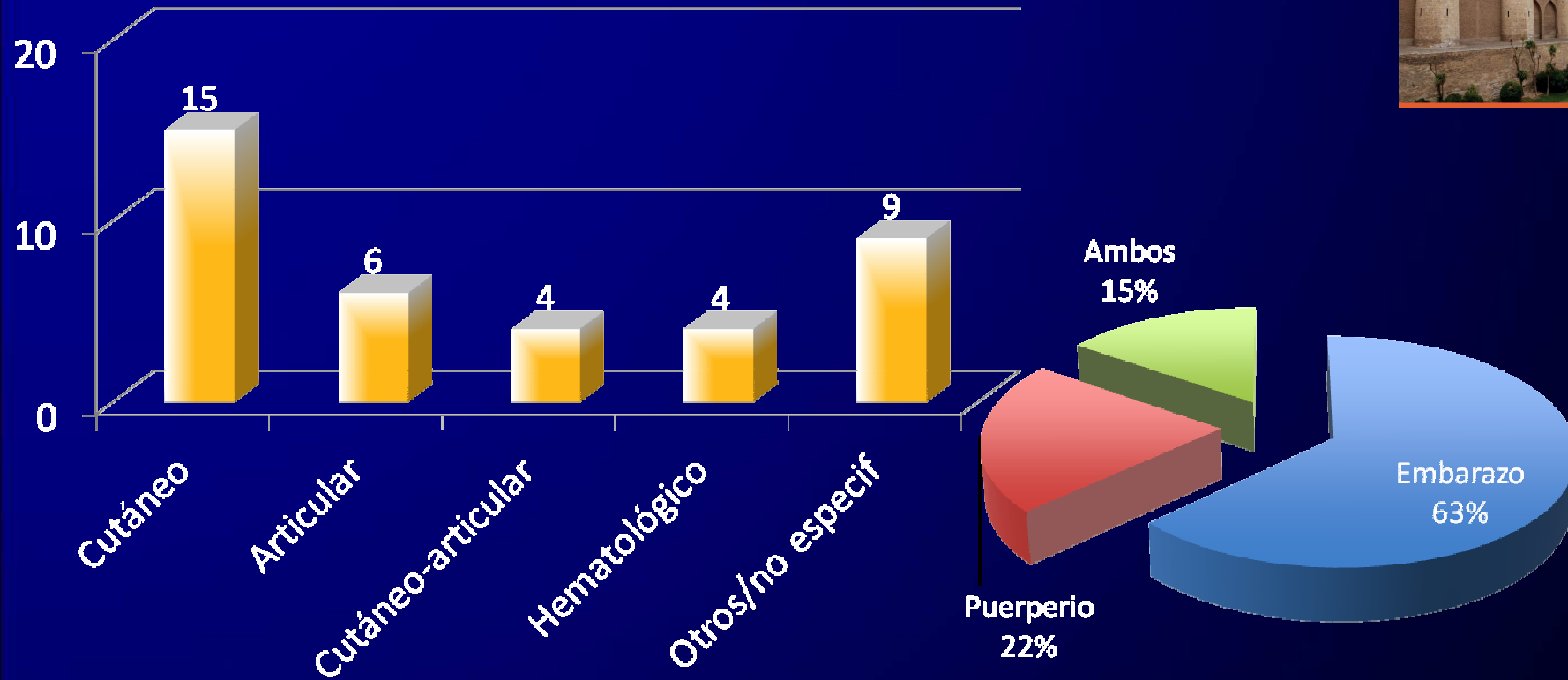




SEGUIMIENTO GESTANTES EN UEAS: Resultados asistenciales



SEGUIMIENTO GESTANTES EN UEAS: Resultados asistenciales



BROTOS
VI
Reunión
GEAS
22-19%



	Madazli et al, 2010	Cordeiro et al, 2009	Carvalheiras et al, 2010	Mecacci et al, 2009	Foocharoen et al, 2009	Whitelaw et al, 2008	Wong et al, 2006
Hospital	Estambul	Lisboa	Oporto	Florenzia	Thailandia	Sudáfrica	Taipei
Periodo	2002-2007	1993-2007	1993-2007	1998-2006	1997-2006	1998-2007	1995-2005
Nº y Tipo ptes	42 LES AL 33% IgG ACL 16.6% IgM ACL 19%	136 LES 28% AAF+	51 LES 21,6% SAF2º	62 LES 12,9% SAF2º 32,2% AAF+	37 LES	47 LES	24 LES
Abortos/pérdidas fetales	7,1%	5,9%	6%	17,8%	27,3%	33%	4,2%?
RCIU	14,3%	14%		19,6%		14%	20,8%
Preeclampsia	2,4%	3,7%		14%			12,5%
Prematuridad	23,1%	28%	16%	29,4%		39%	41,6%
Brote			42%		54,5%	13%	

	HUMS	CRUCES
Periodo	Sept'06 -> Sept'13	2007-2011
% mujeres con abortos previos	53.4%	40% (10% PF)
Nº y Tipo ptes	169 ptes, 208 gestaciones 23% PAPS (49) 20% UCTD APA+ (43) 20% UCTD (41) 15% SLE APA+ (31) 11% APA+ (24) 11% SLE (24)	116 gestaciones: SLE APS Sjögren Systemic sclerosis ANA+, APA+ or Ro+
Abortos/pérdidas fetales	19%	13%
RCIU	9,1%	6.8%
Preeclampsia	3,8%	1.7%
Prematuridad	5,3%	12%
Trombosis	0	1
Brote	22%	23% (pts SLE)





INFLUENZA AUTOINMUNES



Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza

ANEXO II:



Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza

ANEXO II:

INFORME / EVALUACIÓN DEL DIRECTOR

ALUMNO: D. JAVIER MORENO DÍAZ

TÍTULO DEL TRABAJO: RESULTADOS GESTACIONALES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Fecha de Presentación / Depósito (Sello):

DIRECTOR (-ES) (Departamento): JOSÉ VELILLA MARCO, LUIS SÁEZ COMET

GESTACIONALES
IENTES CON

S SÁEZ COMET

a.
"Iniciación a la
ina"
: José Velilla Marco/

Luis Sáez Comet.

10 de Septiembre de 2012.

ÁREAS DE INCERTIDUMBRE

Niveles AAF

Elección del tto

Tto SAF obstétrico refractario

Tromboprolifaxis a largo plazo

SNAPs

Infertilidad y AAF (y tto?)



Temas no claros

- AL+ débil

Estudios de Hipercoagulabilidad

Motivo de Consulta: TEP y AL+. Tto con ACO.

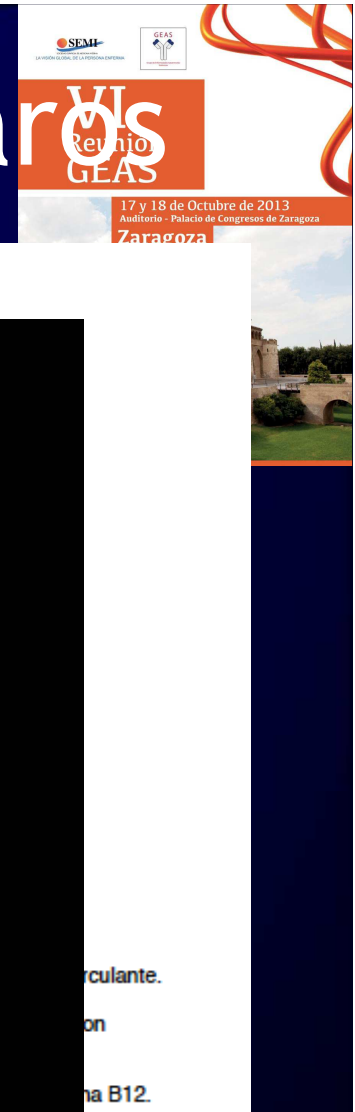
Olga, 37^a, gestante 15sem

2 abortos 8sem

2 AL+ débil, ACL-, AB2-

3^a Gestación 15sem: AAS 100 → HBPM 2-3D →
amniocentesis → AAS 100

26sem: prolapso cordón, CIR, rotura prematura
bolsa → cesárea → feto muerto 740 g



Temas no claros

• SAF OBSTÉTRICO REFRACTARIO

From bloodjournal.hematologylibrary.org at UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA on September 13, 2011. For THROMBOSIS AND HEMOSTASIS [personal use only.](#)

Brief report

First-trimester low-dose prednisolone in refractory antiphospholipid antibody-related pregnancy loss

*Kate Bramham,¹ *Mari Thomas,² Catherine Nelson-Piercy,³ Munther Khamashta,⁴ and Beverley J. Hunt⁵

¹Maternal and Fetal Research Unit, King's College London, London, United Kingdom; ²Department of Haematology, Guy's and St Thomas' National Health Service (NHS) Foundation Trust, London, United Kingdom; ³Obstetric Medicine, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, United Kingdom; ⁴Lupus Research Unit, King's College London, London, United Kingdom; and ⁵Thrombosis and Haemostasis and Lupus Unit, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, United Kingdom

The objective of this study was to assess pregnancy outcome in women with a history of refractory antiphospholipid antibody-associated pregnancy loss(es) who were treated with early low-dose prednisolone in addition to aspirin and heparin. Eighteen women with antiphospholipid antibodies who had refractory pregnancy loss(es) were given prednisolone (10 mg) from the time of their positive pregnancy test to 14 weeks' ges-

tation. Before low-dose prednisolone was given as treatment, 4 (4%) of 97 pregnancies had resulted in live births. Among 23 pregnancies supplemented with prednisolone, 9 women had 14 live births (61%), including 8 uncomplicated pregnancies. The remainder were complicated by preterm delivery, preeclampsia, and/or small-for-gestational-age infants. There were 8 first-trimester miscarriages and 1 ectopic pregnancy. There were no

fetal deaths after 10 weeks' gestation and no evidence of maternal morbidity. The addition of first-trimester low-dose prednisolone to conventional treatment is worthy of further assessment in the management of refractory antiphospholipid antibody-related pregnancy loss(es), although complications remain elevated. (*Blood*. 2011;117(25):6948-6951)

Clinical and Experimental Rheumatology 2011; 29: 551-554.

Adjusted prophylactic doses of nadroparin plus low dose aspirin therapy in obstetric antiphospholipid syndrome. A prospective cohort management study

A. Ruffatti¹, M.T. Gervasi², M. Favaro³, A.T. Ruffatti², A. Hoxha¹, L. Punzi¹

¹Rheumatology Unit, Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Padua, Padua, Italy; ²Obstetrics and Gynecology Unit, University-Hospital of Padua, Padua, Italy.

Amelia Ruffatti, MD, PhD
Maria T. Gervasi, MD
Maria Favaro, MD
Alessandra T. Ruffatti, MD
Riela Hoxha, MD
Leonardo Punzi, MD, PhD

Please address correspondence to:
Amelia Ruffatti, MD,
Rheumatologia,
Ospedale Civile Universitario,
Via Giustiniani 2,
35128 Padova, Italy.
E-mail: amelia.ruffatti@unipd.it

Reprints will not be available from the author.

Received on September 30, 2010; accepted in revised form on February 11, 2011.

© Copyright CLINICAL AND EXPERIMENTAL RHEUMATOLOGY 2011.

Key words: nadroparin, neonatal outcome, obstetric antiphospholipid syndrome, pregnancy outcome

ABSTRACT

Objective. Current guidelines for the treatment of patients with obstetric antiphospholipid syndrome (APS) recommend low dose aspirin (LDA) and prophylactic doses of low molecular weight heparin (LMWH). Most clinicians use a fixed dosage of LMWH in pregnant APS women despite the fact that there are no clinical trials establishing that fixed doses are more efficacious than adjusted ones in preventing pregnancy complications. The efficacy and safety of adjusted single daily doses of LMWH (nadroparin) combined with LDA have thus been evaluated in 33 consecutive pregnancies in women with diagnosed obstetric APS.

Methods. LMWH doses were augmented as the pregnancies progressed and maternal/foetal weight increased. 70–80–90 U/Kg doses ranging between 3800 and 6650 U were administered daily during the first, second and third trimesters, respectively. LDA (100 mg/day) was also prescribed.

Results. Pregnancy outcome was successful in 97% of the patients studied, who delivered, between the 29th and 41st weeks of gestation (mean 37.4 ± 2.1 SD), 32 infants with a mean birth weight of 3084 g ± 514 SD. One woman (3%) experienced a spontaneous abortion at the 8th week of gestation.

Conclusion. The high live birth rate, the satisfactory mean gestational age and weight at birth and the absence of major pregnancy/neonatal-associated complications indicate that adjusted, once daily doses of LMWH together with LDA could be an efficacious treatment option for pregnant APS patients with no history of thrombosis.



- Tromboprofilaxis primaria tras gestación

Retrospectivo

32 pts SAF obstétrico

AAS postparto → Sgto 50 ± 37 m

Tasa trombosis:

3.3/100 pacientes-año

4.6/100 pacientes-año si 2 AAF+

4.5/100 pacientes-año si ANA+

10/100 pacientes-año si LES asociado



Full Text

Thrombotic events during long-term follow-up of obstetric antiphospholipid syndrome patients

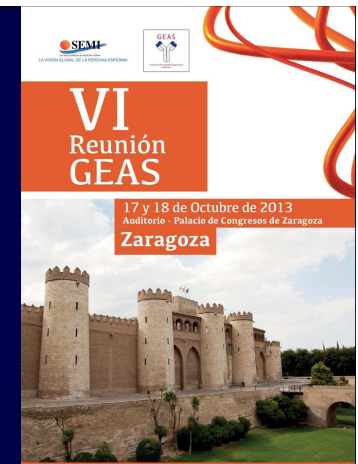
Lupus July 2011 20: 861-865, first published on May 5, 2011

Lefèvre G et al

Department of Internal Medicine,
National Reference Centre for Systemic
Sclerosis, University Hospital, Université
Lille Nord de France, Lille, France.

The thrombosis rate was high after obstetric APS diagnosis, even for patients taking aspirin.





• Tromboprofilaxis primaria tras gestación

Risk of thromboembolic events after recurrent spontaneous abortion in antiphospholipid syndrome: a case-control study

Maria Angeles Martinez-Zamora,¹ Sara Peralta,¹ Montserrat Creus,¹ Dolors Tassies,² Juan Carlos Reverter,² Gerard Espinosa,³ Ricard Cervera,³ Francisco Carmona,¹ Juan Balasch¹

¹Institut Clinic of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, Faculty of Medicine, University of Barcelona, Hospital Clinic – Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, Spain

²Service of Hemotherapy and Hemostasis, Faculty of Medicine, University of Barcelona, Hospital Clinic – Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, Spain

³Service of Autoimmune Diseases, Faculty of Medicine, University of Barcelona, Hospital Clinic – Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, Spain

Correspondence to
Juan Balasch, Institut Clinic of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, Hospital Clinic, Villarroel, 170. 08 Barcelona, Spain;
jbalasch@ub.edu

Accepted 3 August 2011
Published Online First
6 September 2011

ABSTRACT

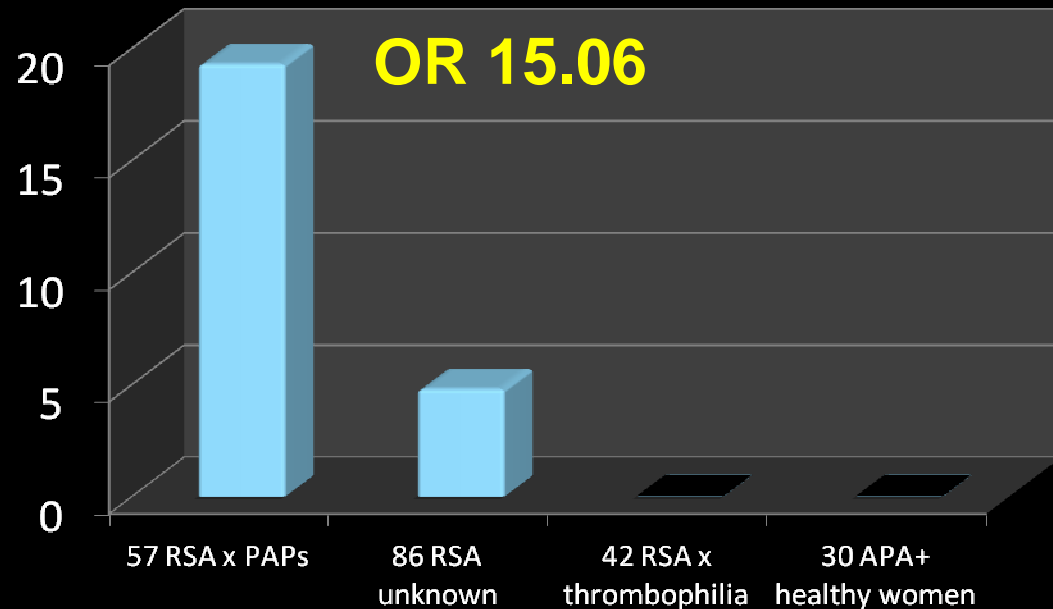
Objective To investigate whether patients having antiphospholipid syndrome (APS) as the only aetiological factor for recurrent spontaneous abortion (RSA) are at increased risk of thrombosis later in life.

Methods A case-control study at a tertiary university referral centre. The study group consisted of 57 primary APS and RSA women (APS-RSA group). Control groups included: 86 patients with RSA of unknown aetiology (uRSA group), 42 patients with RSA and thrombophilic genetic defects as the only aetiological factor for RSA (tRSA group) and 30 antiphospholipid antibody (aPL) positive but otherwise healthy women (aPL group). The main measurement was the thrombosis rate after long-term follow-up.

Results APS-RSA patients had a significantly higher 12-year cumulative thrombotic incidence rate compared with the three comparator groups (19.3% vs 4.8%, 0.0% and 0.0%, respectively (log rank), $p < 0.001$). Patients in the APS-RSA group had 25.6 thrombotic events per 1000 patient-years [95% CI 12.8 to 45.9]. The OR of thrombosis in relation to the presence (APS-RSA group or absence (uRSA and tRSA groups) of aPL in patients with RSA was 15.06 (95% CI 3.2 to 70.5).

Conclusions Our data indicate that a history of RSA associated with aPL is a risk factor for subsequent thrombosis in the long term.

12y cumulative thrombotic incidence rate





• Tromboprofilaxis primaria tras gestación

Comparative incidence of a first thrombotic event in purely obstetric antiphospholipid syndrome with pregnancy loss: the NOH-APS observational study

Jean-Christophe Gris,¹⁻³ Sylvie Bouvier,¹⁻³ Nicolas Molinari,⁴ Jean-Philippe Galanaud,^{2,5} Éva Cochery-Nouvellon,^{1,2} Érik Mercier,¹⁻³ Pascale Fabbro-Peray,⁴ Jean-Pierre Balducchi,⁶ Pierre Marès,⁷ Isabelle Quéré,^{2,5} and Michel Dauzat^{2,5}

¹Department of Hematology, University Hospital, Nîmes, France; ²Research Team EA2992, Dysfonction Nîmes, France; ³Laboratory of Hematology, Faculty of Pharmacy and Biological Sciences, Montpellier 1 Biostatistics, Epidemiology and Medical Information, ⁴Department of Vascular Medicine, ⁵Department of Obstetrics, University Hospital, Nîmes, France

The incidence of thrombosis in the purely obstetric form of antiphospholipid syndrome is uncertain. We performed a 10-year observational study of 1592 nonthrombotic women who had experienced 3 consecutive spontaneous abortions before the 10th week of gestation or 1 fetal death at or beyond the 10th week of gestation. We compared the frequencies of thrombotic events among women positive for antiphospholipid Abs (n = 517), women carrying the F5 6025 or F2 rs1799963 polymorphism (n = 279),

and women with negative thrombophilia screening results (n = 796). The annual rates of deep vein thrombosis (1.46% range, 1.15%-1.82%), pulmonary embolism (0.43%; range, 0.26%-0.66%), superficial vein thrombosis (0.44%; range, 0.28%-0.68%), and cerebrovascular event (0.32%; range, 0.18%-0.53%) were significantly higher in aPLAbs women than in the other groups despite low-dose aspirin primary prophylaxis. Women carrying 1 or the 2 polymorphisms did not experience more thrombotic events than women wh

10y follow-up of 1592 women:

- without thrombosis
- With 3 consecutive abortions or 1 fetal death >10w

2630 GRIS et al BLOOD, 15 MARCH 2012 • VOLUME 119, NUMBER 11

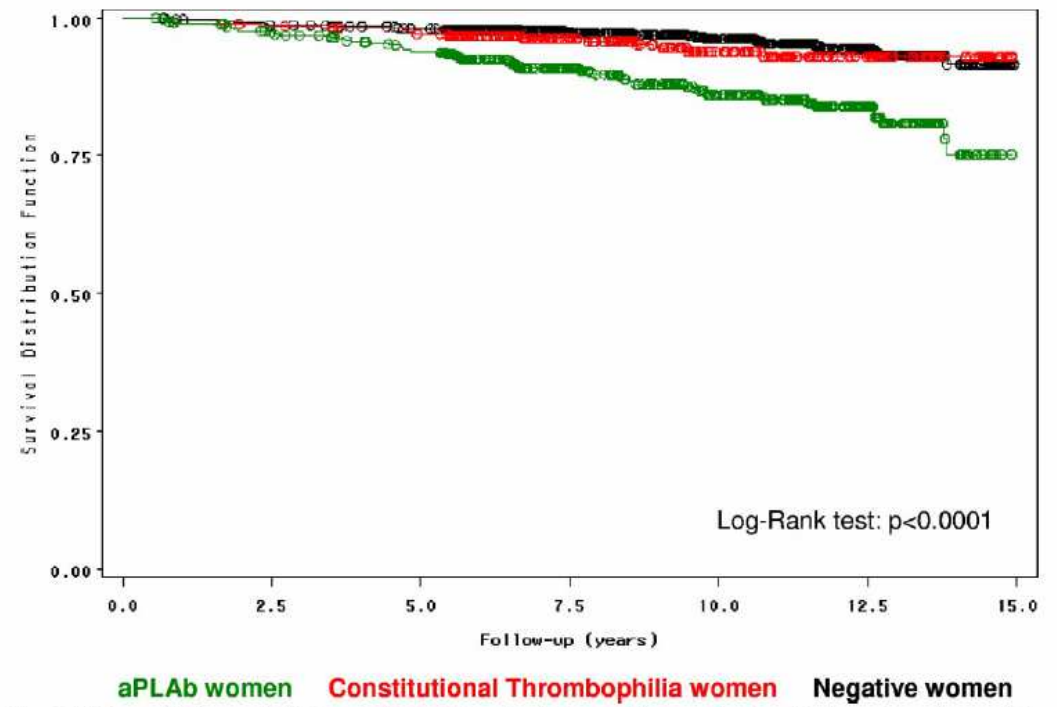


Figure 2. VTE-free survival. Shown are the VTE-free survival rates in initially nonthrombotic women with pregnancy loss (3 unexplained consecutive spontaneous abortions before the 10th week or 1 unexplained fetal death at or beyond the 10th week) with positive aPLAbs, with a positive F5 6025 or F2 rs1799963 polymorphism (constitutional thrombophilia), or with a negative thrombophilia screening (negative).

Temas no claros: SN-APS

ELR, 32^a

2 abortos 1T, tras
inseminación artificial
Raynaud 10^a evolución
Descenso C3, rash malar,
discoide? → UCTD?
AAF REP -

3^a gestación → pérdida
fetal 17sem

4^a gestación → SAF
seronegativo? → AAS +
HBPM → RN 39sem
3040g

Antiphospholipid syndrome

Seronegative antiphospholipid syndrome

G R V Hughes, M A Khamashta

History repeats itself

Ann Rheum Dis 2003;**62**:1127.
doi: 10.1136/ard.2003.006163

CONCISE REPORT

Clinical manifestations of antiphospholipid syndrome (APS) with and without antiphospholipid antibodies (the so-called 'seronegative APS')

Jose Luis Rodriguez-Garcia,¹ Maria Laura Bertolaccini,¹ Maria Jose Cuadrado,^{1 2} Giovanni Sanna,^{1 2} Oier Ateka-Barrutia,¹ Munther A Khamashta¹

Rodriguez-Garcia JL, Khamashta MA, Bertolaccini ML, et al. *Ann Rheum Dis* (2011). doi:10.1136/annrheumdis-2011-200614

SEM

GEAS

VI
Reunión
GEAS

17 y 18 de Octubre de 2013

torio - Palacio de Congresos de Zaragoza

Zaragoza



Lucy, 45a



G5A4P0:

- 1ª gestación: pérdida fetal de 23 semanas en 2005, tras amniocentesis en 14sem, con hematoma retrocorial desde semana 11. Cariotipo 46XY. Estudio entonces en Escocia N: oligoamnios tras amniocentesis. Biopsia placenta entonces: 14x8x2.5 cm, peso 144g ("trimmed weight"), con cordón umbilical de 25 cm, con 3 vasos. Membranas adheridas traslúcidas pero posiblemente incompleta. Superficie materna placentaria completa pero con área deprimida central. Coágulo de 9x8x2.5 cm con peso 64g, con contorno similar a la depresión descrita. Sin anomalías en sección. Confirman hematoma retroplacentario, con depósitos de hemosiderina que sugieren cronicidad.
- 2ª gestación: en 2006, aborto de 6 semanas.
- 3ª gestación: en 2007, aborto de 8-9 semanas.
- 4ª gestación: en 2008, aborto de 7 semanas. Tras este aborto fue enviada a infertilidad donde detectaron AAF positivos.
- 5ª gestación (actual, con FUR 13/6/9).

Historia actual

Paciente enviada de ginecología por gestación actual y antecedente de 3 abortos de 1T (y una pérdida fetal de 23sem tras amniocentesis), junto con el hallazgo de anticuerpos antifosfolípido positivos (3 IGM ACL+, 1 AL+ MODERADO). Refiere náuseas desde que conoce su embarazo actual (FUR 13-6-9). No vómitos.







Anticoagulación y Embarazo

Arbol de Consulta para la Anticoagulación durante el Embarazo y Puerperio

Presentación	Tríptico	Dosis	Pruebas Invasivas	Contraindicaciones	Trombofilias	Seguridad
--------------	----------	-------	-------------------	--------------------	--------------	-----------

PRESENTACIÓN



La anticoagulación está tomando cada día más relevancia dentro del campo de la obstetricia y está permitiendo llevar a término y sin complicaciones las gestaciones que así lo precisen. Es un tema complejo, sin protocolos estrictos establecidos, por todo esto es importante que el médico y la paciente conozcan bien las indicaciones de profilaxis

antitrombótica. Tomando como referencia los últimos protocolos publicados, hemos desarrollado este programa, *descargable desde el icono que se encuentra a la derecha*, que guiará al médico de una forma sencilla para *poder realizar un informe personalizado* sobre el tratamiento recomendado más adecuado para cada paciente.

Dr. Ricardo Savirón Cornudella,
Dra. Ana Cristina Lou Mercadé,
Dra. Rosa Cornudella Lacasa

[Iniciar Aplicación](#)



Descarga

Ultima versión 1.06

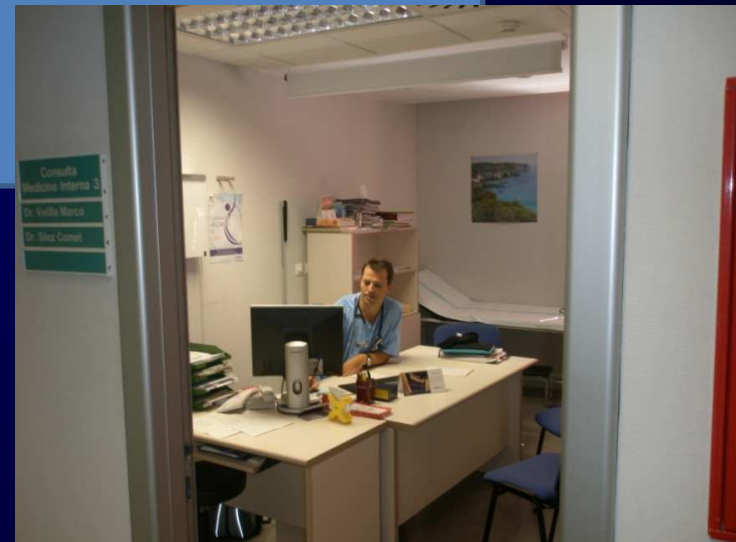
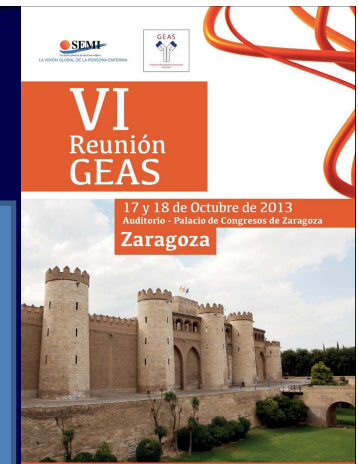
Capturas de la Aplicación

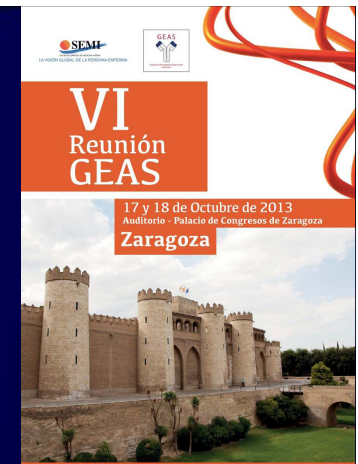
[nivo_slider
source="post=158" link="image" size="150x150" limit="10"
effect="fold" speed="600" delay="3000"] Próximamente en App

Página auspiciada por

Take-home-messages:

- Colaboración UAR-UEAS: imprescindible para buenos resultados obstétricos en EAIS
- Se necesita:
 - Planificación + Seguimiento coordinado
 - H^a previa obs y AI, y perfil inmunológico
 - “Política de puertas abiertas”
 - Teléfono directo
 - Sesiones conjuntas





UEAS 

Dr. José Velilla Marco
Dr. Luis Sáez Comet
ATS Lola Pamplona Neri

Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza
Edificio de Consultas Externas
C/Padre Arrupe, s/n
50009 Zaragoza

Tel 976765500 ext 2799

e-mail: ueas.servet@salud.aragon.es



VI
Reunión
GEAS

17 y 18 de Octubre de 2013
Auditorio - Palacio de Congresos de Zaragoza

Zaragoza



Factors involved in worse pregnancy prognosis are shown in the next table

Factor	P
Diagnostic Group	0,029
Lupus Anticoagulant	0,025
IgM Anticardiolipin	0,047
Any APA	0,010
Previous Miscarriage	<0,001
ANA +	0,044
AAS previous to pregnancy	0,001

CONCLUSIONS

We report worse pregnancy outcomes in patients with APA with a higher rate of miscarriages than in CTD alone.





	Gestaciones UEAS	DEA Dra. Vicente Iturbe
Hospital	HUMS	HUMS
Periodo	Sept'06 -> Sept'13	Ene'04 - Jul'09
Nº y Tipo ptes	169 ptes, 208 gestaciones 23% PAPS (49) 20% UCTD APA+ (43) 20% UCTD (41) 15% SLE APA+ (31) 11% APA+ (24) 11% SLE (24)	42 ptes, 64 gestaciones: 60% LES (25), 28% AAF+ 17% SAF 19% UCTD 2% ESP 2% Artritis psoriásica
Abortos/pérdidas fetales	19%	12%
RCIU	9,1%	22.9%
Preeclampsia	3,8%	14.3%
Prematuridad	5,3%	18.4%
Brote	22%	20%