

00125

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS**



**“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES CON SAAF EN EL
HOSPITAL 1º DE MAYO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2010”.**

Informe Final de Tesis de Grado presentado por:

Dra. Reyna Carmina Rodríguez Fuentes.

Dr. Manuel Ernesto Salinas Mejía.

Para Optar al Título de Especialista en:

Ginecología y Obstetricia.

Asesor de tema y metodológico:

Dr. Emilio Guerra Martínez.

San Salvador, El Salvador. 11 de septiembre de 2013.



“SALUD INTEGRAL A TRAVÉS DE LA INFORMACIÓN”

950
12696
2013

INDICE

I.	RESUMEN DE LA INVESTIGACION	3
II.	INTRODUCCIÓN	5
III.	MATERIALES Y MÉTODOS	8
IV.	RESULTADOS	11
V.	CONCLUSIONES	19
VI.	RECOMENDACIONES	20
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21



"SAUD INTEGRAL A TRAVES DE LA INFORMACION"

I. RESUMEN DE LA INVESTIGACION.

Resumen: Las pacientes con Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos (SAF) están expuestas a un número no despreciable de potenciales complicaciones materno-fetales durante la gestación. El conocimiento de la influencia recíproca entre el SAF y el embarazo es un importante punto de partida para asegurar la correcta monitorización de las pacientes, así como lo es la realización de una exhaustiva valoración preconcepcional con el fin de evaluar de forma individualizada el riesgo de cada paciente. El perfil epidemiológico, los antecedentes de nefropatía, la historia obstétrica previa, el daño crónico y la actividad son puntos clave que condicionarán el perfil de riesgo. Por último, es fundamental asegurar un correcto manejo farmacológico en este período, teniendo en cuenta el perfil de seguridad de los diversos tratamientos durante el embarazo y la lactancia.

Objetivo: describir el perfil epidemiológico de las pacientes embarazadas con diagnóstico de síndrome de anticuerpo antifosfolípidos en el Hospital Materno Infantil 1 Mayo en los años 2009 al 2010.

Métodos: se realizó un estudio de tipo descriptivo, longitudinal. En pacientes que cumplían los criterios de SAF. Dicha información se obtuvo de la revisión de expedientes clínicos, de los cuales se recopiló la información de la historia clínica y valores de AcL y Ac. Anticardiolipinas.

Resultados: Se observó durante el estudio que las pacientes en su mayoría se encontraban entre las edades de 31-35 años (53%), que la mayoría de ellas cursaron el nivel académico de bachillerato el (76%) y de procedencia urbano el (88%) y el 100% de las pacientes se encontraba en relación de pareja estable.

En cuanto a las complicaciones de las pacientes con SAAF, podemos evaluar que la más frecuente fue la plaquetopenia en un (29.4%), y además se relacionó con otras patologías como fue la Hipertensión Arterial Crónica, Diabetes Gestacional y Obesidad Mórbida.

Entre los resultados perinatales podemos evaluar que el 82.36% fueron recién nacidos de término, de los cuales el 88.23% con APGAR de 7-9 puntos, con pesos mayor de 2,500 gr el (70.58%), mas sin embargo cabe recalcar que de estos recién nacido uno presento muerte perinatal relacionado con la prematurez y muy bajo peso al nacer.

Además el 100% de las pacientes se encontraban tratadas con HBPM y/o ASA de acuerdo a la severidad del cuadro clínico.

Conclusiones: el SAF puede presentarse con un amplio espectro de manifestaciones clínicas y comprometer cualquier órgano de la economía. La mayor incidencia de SAF y embarazo ocurre en la tercera década de la vida.

II. INTRODUCCION

Definición de SAAF: es una enfermedad del sistema inmune (trombofilia), en la cual existe anticuerpos con aparente especificidad por fosfolípidos con carga eléctrica negativa, se define como la ocurrencia de trombosis, aborto recurrente o ambos junto con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos circulante (anticoagulante lúpico, anticardiolipinas y b-2-glicoproteína I).

Dicha patología causa complicaciones en la madre y con ello pérdidas gestacionales, por lo que es importante para el gineco-obstetra identificarla y darle un adecuado tratamiento para obtener adecuados resultados perinatales. Debe destacarse que en nuestro hospital, a pesar de ser un hospital de 3er nivel de atención, al momento solo se ha realizado un estudio del comportamiento de dicha patología. Por lo tanto se espera, que dicho trabajo contribuya al desarrollo científico de la institución.

A través de los tiempos se ha venido estudiando dicha patología y el concepto ha cambiado notablemente de acuerdo con la información científica disponible en un momento determinado.

Dicho síndrome se asocia a trombosis arterial y venosa, pérdidas fetales recurrentes y trombocitopenia auto inmunitaria.

Se calcula una prevalencia de anticuerpos antifosfolípidos en LES en 35%, para anticardiolipinas 44%, para eventos trombóticos 42%.

El diagnostico de dicha patología se realiza con criterios tanto médicos que incluye; trombosis vasculares, arterial, perdida gestacional y además criterios de laboratorio que incluye; niveles séricos de anticuerpo lúpico, niveles séricos anticardiolipinas y niveles de beta-2 glicoproteína I (este último marcador no se

encuentra disponible en el centro de atención donde se realizó el presente estudio, por lo cual no fue considerado como criterio de inclusión al mismo).

Dicha patología se relaciona con complicaciones médicas como trombosis venosa, arterial, trombocitopenias y complicaciones obstétricas como Preeclampsia, pérdida gestacional, restricción del crecimiento intrauterino y pérdida de bienestar fetal, entre otras.

Se sabe que en el embarazo, parto y postparto inmediato se produce un estado de hipercoagulabilidad fisiológico que impide el sangrado excesivo. Por tanto, las pacientes que presentan riesgo de trombosis deben ser vigiladas estrechamente durante este período.

Las pacientes con SAF merecen especial atención: estas mujeres constituyen un grupo de muy alto riesgo de presentar trombosis. Aquellas pacientes que han seguido profilaxis con HBPM durante el embarazo deben mantenerla durante 6 semanas tras el parto. Las pacientes con anticuerpos antifosfolípidos persistentes que no hayan recibido anticoagulación durante el embarazo, deben recibir tromboprofilaxis con HBPM durante al menos 7 días tras el parto. Este período se puede extender hasta 6 semanas si la paciente presenta otros factores de riesgo para el desarrollo de trombosis. Aquellas pacientes en tratamiento con HBPM durante períodos prolongados y durante la lactancia materna deben recibir tratamiento con calcio y vitamina D para evitar el desarrollo de osteoporosis.



OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL:

Describir las características de pacientes embarazadas con Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos en Hospital Materno infantil 1º de Mayo en el período del 2009-2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el perfil epidemiológico de las pacientes embarazadas con Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos manejada en el Hospital Materno infantil 1º de Mayo.
- Conocer las principales complicaciones maternas en pacientes embarazada con Síndrome de Anticuerpo Antifosfolípidos en el actual embarazo.
- Describir el resultado perinatal en pacientes con Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos manejadas en el Hospital Materno infantil 1º de Mayo.

III. MATERIALES Y METODOS.

a) Tipo de Diseño: El estudio ha realizado es de tipo Descriptivo, Retrospectivo.

b) Población diana: mujer gestante con diagnóstico de Síndrome de Anticuerpo Antifosfolípidos.

Población de estudio: mujer embarazada con diagnóstico de síndrome de anticuerpo antifosfolípidos, quien ha sido tratada por médicos del Hospital Materno Infantil 1° de Mayo en el periodo establecido para el estudio.

c) Muestra: mujer gestante con diagnóstico de Síndrome de Anticuerpo Antifosfolípidos en los años 2009 – 2010.

La unidad de análisis fueron los expedientes de cada paciente.

La selección de la Muestra, se realizó del total de las pacientes tratadas durante dicho periodo, se revisó el 100% de expedientes clínicos de las pacientes atendidas, solicitándolos a archivo clínico del Hospital 1° de Mayo de los censos médicos en los años 2009 y 2010.

d) Fuente de Información :

- Expediente Clínico.
- Artículos.
- Colector de datos.
- Revisión Bibliográfica.

Técnica de obtención de información.

- Revisión de expedientes clínico.
- Historia clínica.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

A. CRITERIO DE INCLUSION

Un criterio clínico que incluye:

- 1) Trombosis vascular, uno o más episodios clínicos de trombosis venosa, arterial o de pequeños vasos en cualquier tejido u órgano.

La prueba debe confirmarse por prueba de imagen o doppler o estudio histopatológico.

- 2) Morbilidad gestacional:

- Una o más muertes fetales inexplicables de más de 10 semanas.
- Uno o más partos prematuros de menos de 34 semanas.
- Tres o más abortos espontáneos.

Un criterio de laboratorio que incluye:

- 1) Niveles de Anticuerpos Anticardiolipinas IgG e IgM.
- 2) Niveles de Anticuerpo Lúpico.

B. CRITERIOS DE EXCLUSION.

1. Paciente embarazada ya conocida con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico.

2. Paciente embarazada ya diagnosticada con otras Trombofilias.
3. Paciente embarazada con cuadro de trombosis venosa profunda.
4. Paciente embarazada con pérdidas gestacionales de causa infecciosa, anatómica, endocrinológica.
5. Paciente que no cuente con estudio de laboratorio con Anticuerpos Anticardiolipinas ni Anticuerpos lúpico.
6. Paciente que aun teniendo diagnóstico de anticuerpos antifosfolípidos, no se encuentre registrado en expediente los valores de anticardiolipinas y/o anticoagulante lúpico.

Método de Muestreo: A dichos expedientes se revisaran las historias clínicas y recogerá la información en una manta de información con las variables a estudiar.

Procedencia de Sujetos: Toda paciente embarazada con diagnóstico de SAAF manejada, durante el periodo de 2009-2010, en la consulta externa de perinatología.



IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

GRAFICO 1:

El rango de edad en que más se presentó el SAAF y embarazo fue de 31-35 años en un (53%).

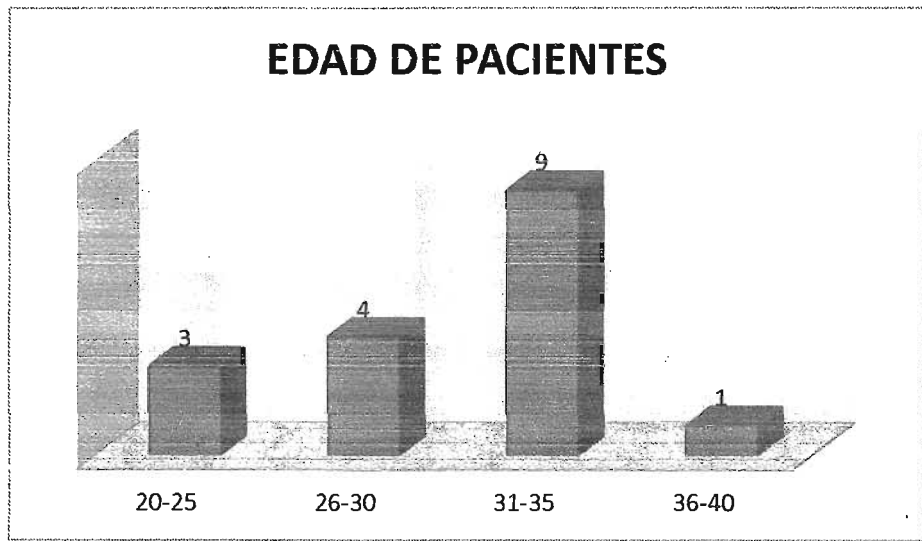


GRAFICO 2:

El nivel educativo de las pacientes el más frecuente es bachillerato en un (76%).

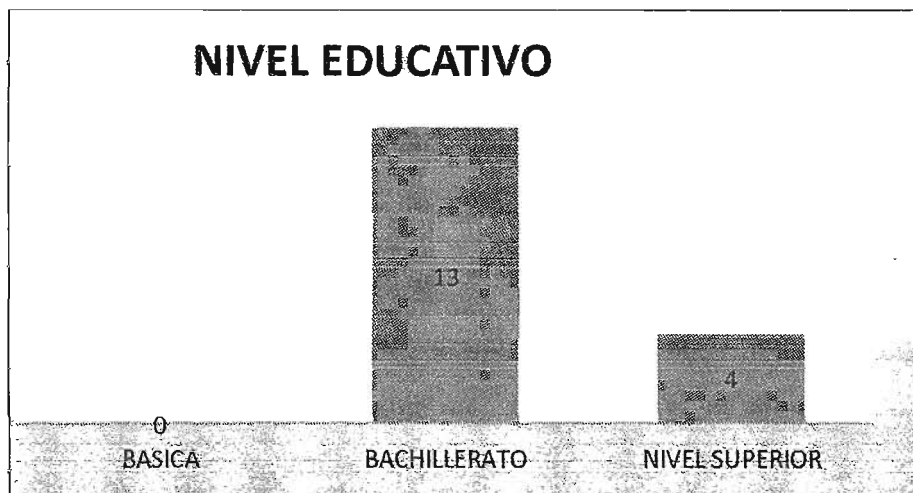


GRAFICO 3:

La procedencia de las pacientes del estudio se encontraba a nivel del área urbana en un (88%).

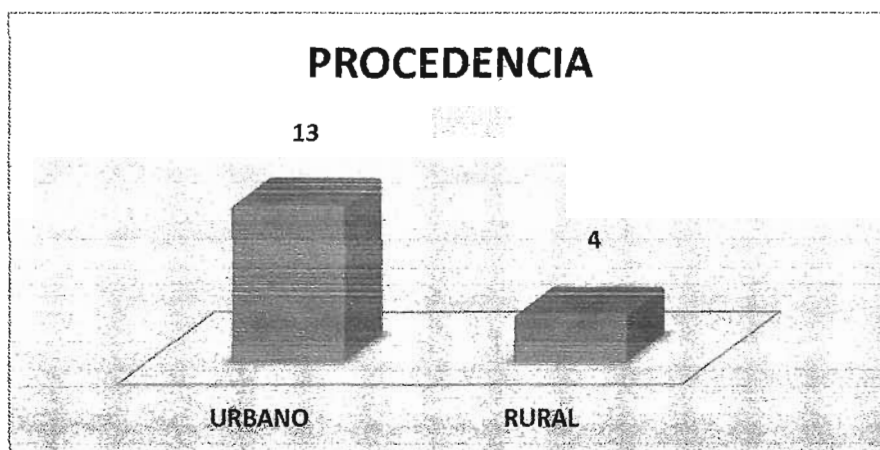


GRAFICO 4:

La mayoría de las pacientes del estudio habían presentado 1 pérdida previa en un (47.1%).

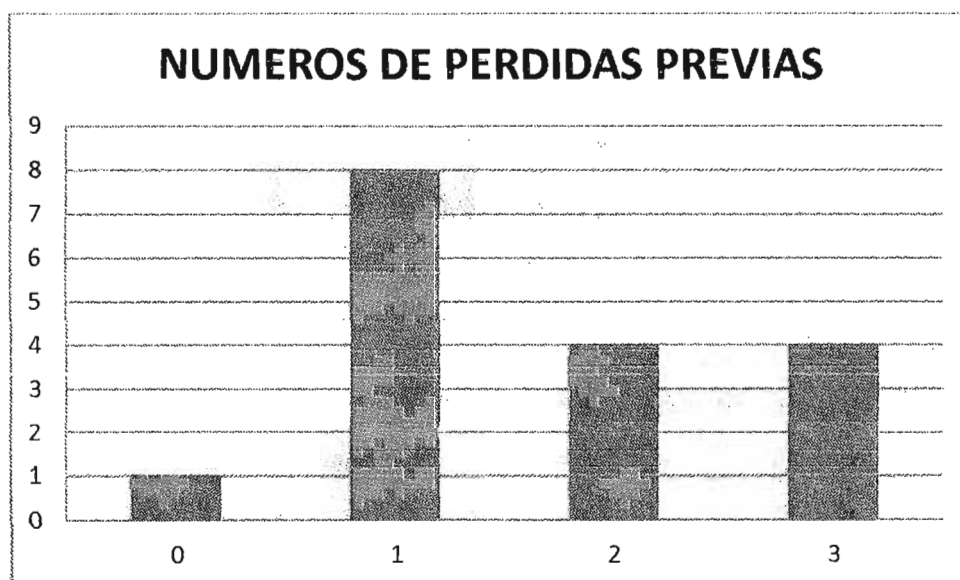
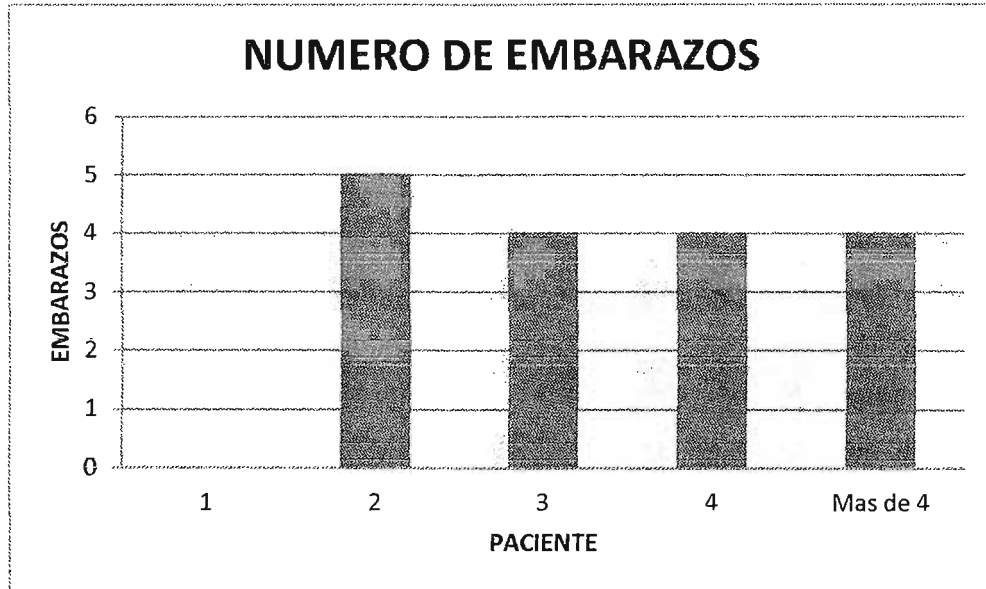


GRAFICO 5:

En el estudio la mayoría de las pacientes tenía tres o más embarazos.



GRAVIDEZ	
PACIENTE	NUMERO DE EMBARAZOS
1	0
2	5
3	4
4	4
Más de 4	4

GRAFICO 6:

En la mayoría de las pacientes del estudio llegaron a término su embarazo en un (82.36%).

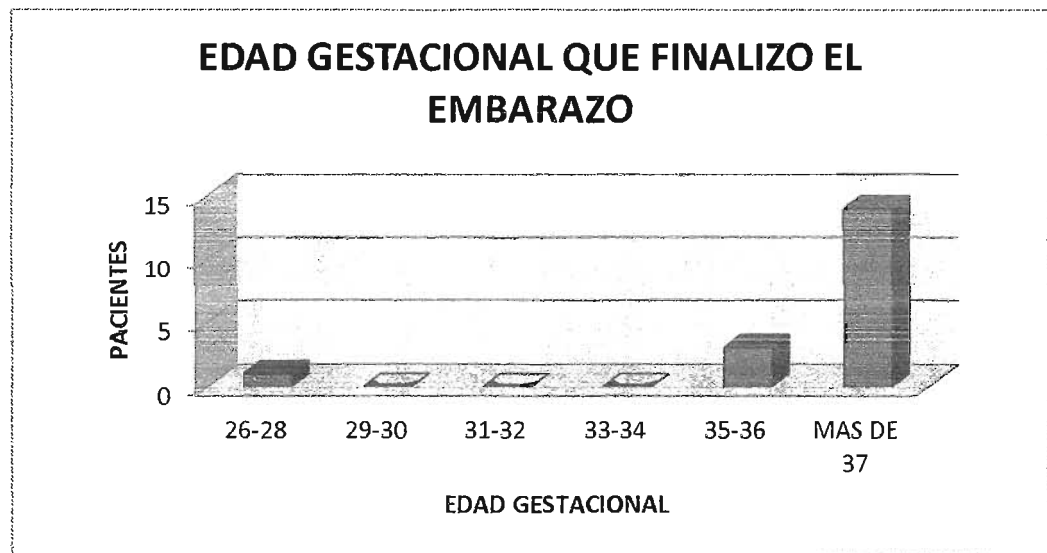


GRAFICO 7:

La vía del parto de las pacientes atendidas, en su mayoría fue vía abdominal en un (59%).



N=17

GRAFICO 8:

En el estudio realizado la vía de evacuación del producto fue en un 59% vía abdominal, de las cuales las principales indicaciones para dicho procedimiento fue indicación obstétrica.

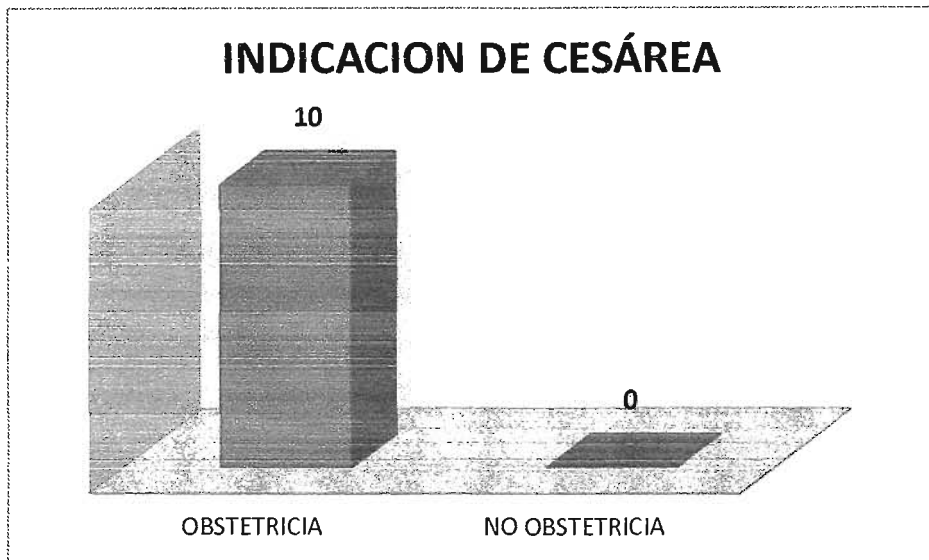
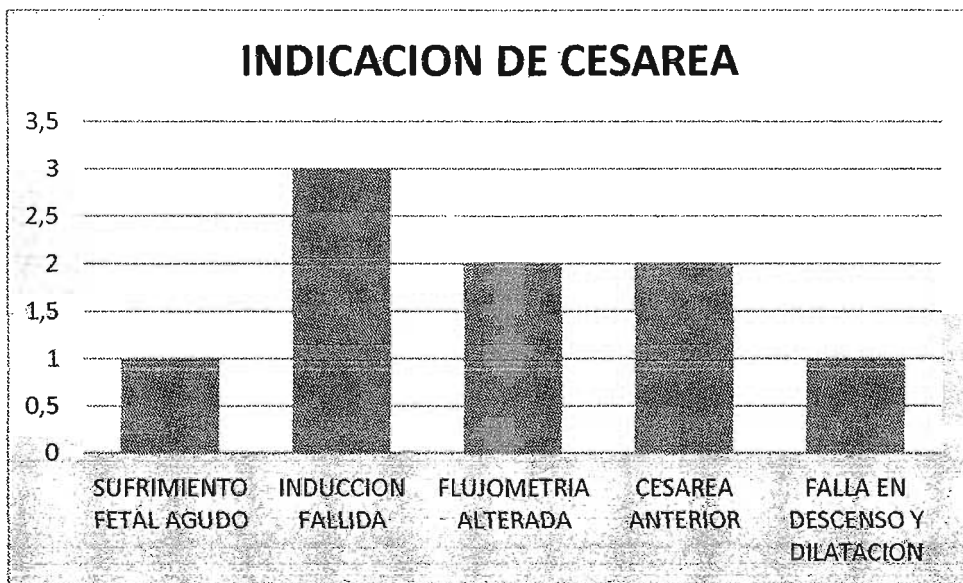


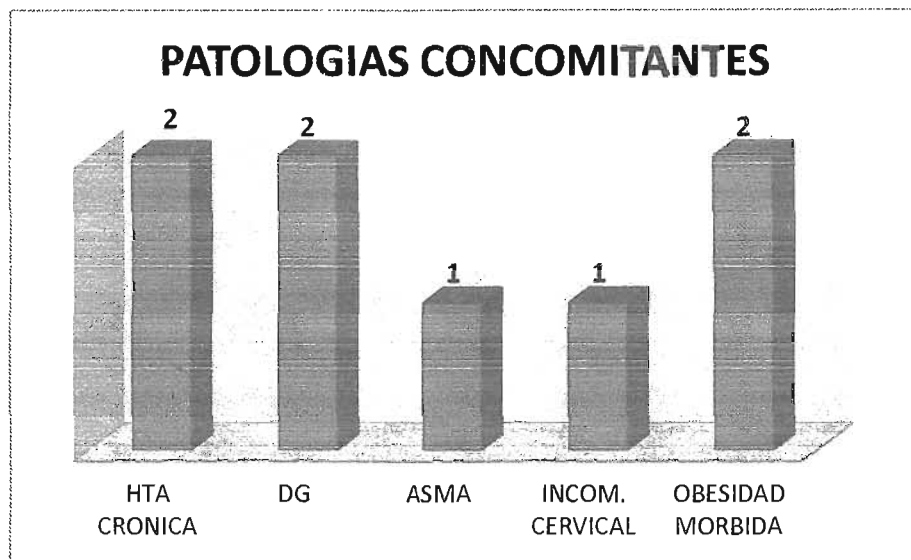
GRAFICO 9.

En el estudio realizado de los 10 casos atendidos vía abdominal, las principales indicaciones para dicho procedimiento quirúrgico fue la inducción fallida en el (17.64%).

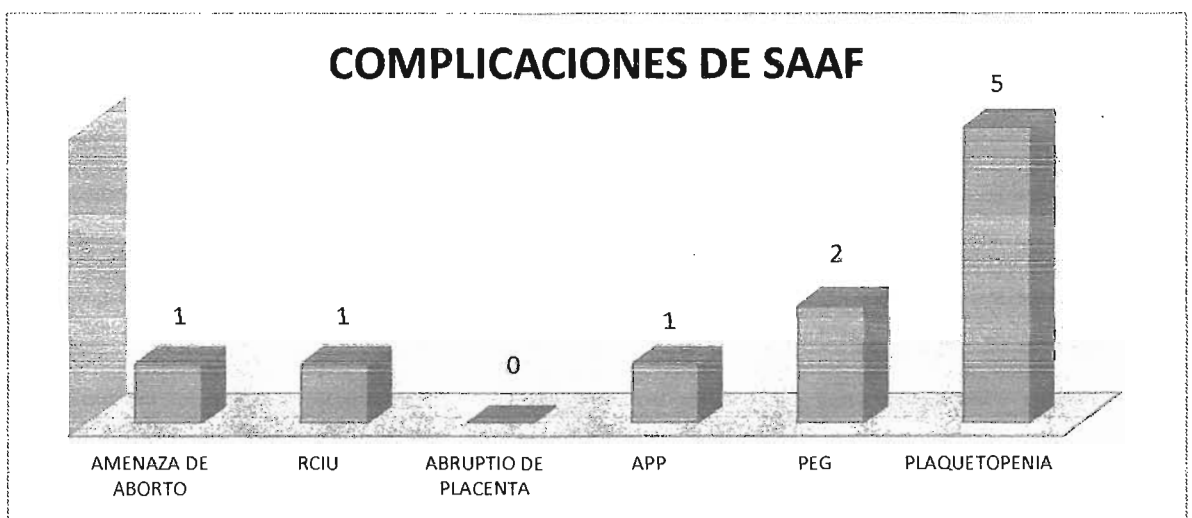


**GRAFICO 10:**

En las pacientes en estudio, las patologías concomitantes de mayor frecuencia se encuentran la Hipertensión Arterial Crónica, Diabetes Gestacional y Obesidad Mórbida.

**GRAFICO 11:**

La principal complicación del SAAF de las pacientes fue la Plaquetopenia en un (29.4%), seguida de la Preeclampsia Grave de inicio temprano en un (11.76%).



COMPLICACIONES DE SAAF	
AMENAZA DE ABORTO	1
RCIU	1
ABRUPTIO DE PLACENTGA	0
APP	1
PEG	2
PLAQUETOPENIA	5

GRAFICO 12:

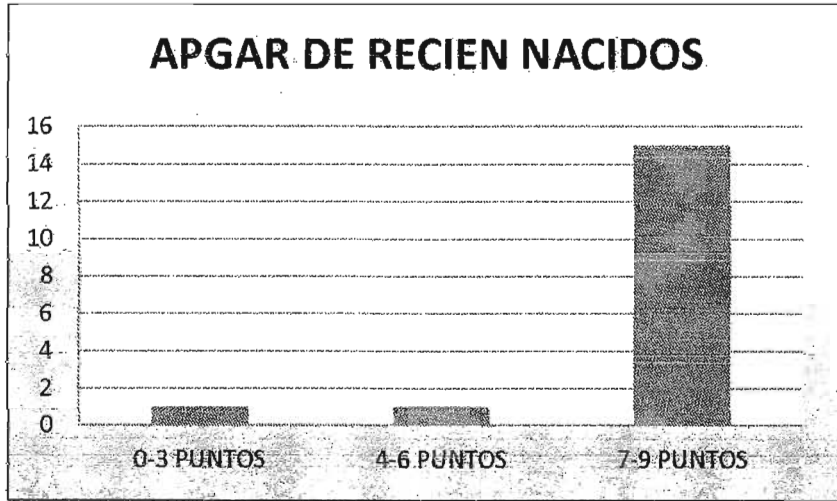
En cuanto al estudio se obtuvieron resultados perinatales adversos como fue una muerte perinatal y una asfixia perinatal.



N=17.

GRAFICO 13:

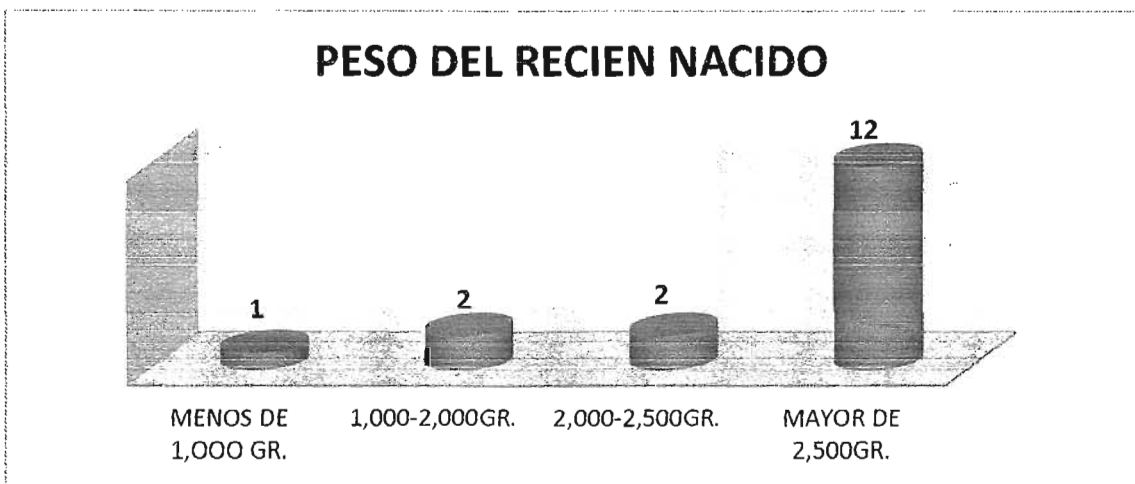
En el estudio realizado de los 17 casos de recién nacidos se obtuvieron resultados de APGAR favorables de 7-10 puntos el (88.23%).



N: 17.

GRAFICO 14:

En el estudio realizado de los 17 recién nacidos de los cuales la mayoría el (70.58%) obtuvieron un peso mayor de 2,500 gramos.



N=17

V. CONCLUSIONES.

Se observó durante el estudio que las pacientes en su mayoría se encontraban entre las edades de 31-35 años (53%), que la mayoría de ellas cursaron el nivel académico de bachillerato el (76%) y de procedencia urbano el (88%) y el 100% de las pacientes se encontraba en relación de pareja estable.

En cuanto a las complicaciones de las pacientes con SAAF, podemos evaluar que la más frecuente fue la plaquetopenia en un (29.4%), y además se relacionó con otras patologías como fue la Hipertensión Arterial Crónica, Diabetes Gestacional y Obesidad Mórbida.

Al analizar los resultados perinatales podemos evaluar que el 82.36% fueron recién nacidos de término, de los cuales el 88.23% con APGAR de 7-9 puntos, con pesos mayor de 2,500 gr el (70.58%), mas sin embargo cabe recalcar que de estos recién nacido uno presento muerte perinatal relacionado con la prematurez y muy bajo peso al nacer.

El (59%) de partos fueron partos atendidos vía abdominal, donde la indicación más frecuente fue la inducción fallida en un (17.64%), seguida de flujometría alterada y cesárea anterior (11.76).

El 100% de las pacientes se encontraban tratadas con HBPM y/o ASA de acuerdo a la severidad del cuadro clínico

VI. RECOMENDACIONES.

- 1) Debe establecerse un adecuado registro de las patologías de acuerdo al CIE-10. Debido a que el no hacerlo, limita las posibilidades de obtener información adecuada y necesaria para realizar estudios de investigación de este tipo. A la vez, debe evitarse el subregistro de patologías.
- 2) Debe realizarse estudio sistemático de SAF en pacientes que presenten pérdidas gestacionales recurrentes, preeclampsia de inicio temprano y perfil epidemiológico compatible con SAF.



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1- Albert E. Riece John Hobbins. Obstetricia Clínica, pagina de 2010-2312.
2. Belfort Michael, Clínica Care Obstetricia 5ª Edición A. Wiley Black Well. 2010. Página 3080-3082.
3. Comingham Levono. Bloom. William Obstetrícia 23º edición. Mc Graw Hill Interamericana editores 2011. Página 2017-2018.
4. Luis Cabero Roura. Tratado de Ginecología y Obstetricia y Medicina de la Reproducción 2006. Página 646-654.
5. LI. Cabero I. Roura Medicina Materno Fetal, Perinatología, 2ª Edición pagina 209-213.