

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA II



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS
EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO
QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UNA
INSTITUCIÓN PRIVADA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO
2009 A ENERO DE 2012.**

AUTORES:

Sánchez L, Jorge L.

Sosa M, Jorge E.

Tassoni G, Gabriele.

Tutor Metodológico: Msc. Amílcar Pérez

Tutor Clínico: Dr. José A. Cabrera

Naguanagua, Octubre 2012



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DPTO. DE SALUD PÚBLICA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA II



CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Los suscritos miembros del jurado designado para examinar el Trabajo de investigación titulado:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2009 A ENERO DE 2012.

Presentado por los bachilleres:

Sánchez Jorge C.I. 19.320.029

Sosa Jorge C.I. 20.180.685

Tassoni Gabriele C.I. 19.755.984

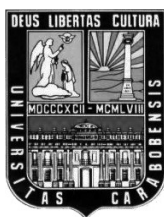
Hacemos constar que hemos examinado y aprobado el mismo, y que aunque no nos hacemos responsables de su contenido, lo encontramos correcto en su calidad y forma de presentación.

Fecha: _____

Profesor

Profesor

Profesor



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA II



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS
EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO
QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UNA
INSTITUCIÓN PRIVADA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO
2009 A ENERO DE 2012.**

Autores: Sánchez Jorge; Sosa Jorge; Tassoni Gabriele
Tutor Metodológico: Msc. Amílcar Pérez
Tutor Clínico: Dr. José A Cabrera
Naguanagua, Octubre 2012

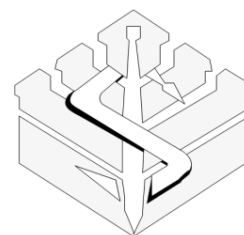
RESUMEN

El Síndrome Antifosfolipídico (SAF) se define como un estado de hipercoagulabilidad adquirido de origen autoinmune, que se manifiesta con la aparición de trombosis arteriales o venosas, pérdidas fetales recurrentes, trombocitopenia moderada y la presencia en el suero de anticuerpos antifosfolipídico (AAF). **Objetivo General:** Analizar las características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas con diagnóstico de SAF que acuden a la consulta de medicina interna de una institución privada en el período comprendido entre Enero 2009 a Enero de 2012. **Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio de tipo observacional descriptivo, de diseño no experimental, transversal, retrospectivo. La muestra fue de tipo no probabilístico intencional, representada por 67 pacientes con diagnóstico de SAF. Se utilizó la técnica de la revisión documental y como instrumento se utilizó la ficha de registro. **Resultados:** De las 67 pacientes con SAF se registró una edad promedio de 32,82 años \pm 0,66, predominando aquellas pacientes con 29 y 36 años (52,24%); con II y III gestas (47,76%); con II abortos (42,37%), con 1 para (5 casos). El método diagnóstico más común fue la combinación del Anticuerpo Anticardiolipina (ACA) + Anticuerpo beta -2-glicoproteína-1 (B2GP1) (53,73%), seguido del Anticuerpo Anticardiolipina (ACA) (41,79%). Del último embarazo, todas fueron sometidas a cesárea (100%); predominando las pacientes con embarazos a término (76,09%= 35 casos); siendo los recién nacidos adecuados para la edad gestacional los más frecuentes (95,65%= 44 casos). Predominando los recién nacidos del sexo masculino (54,35%) y solo presentaron ruptura prematura de membrana (16,13%). **Conclusión:** De acuerdo a los hallazgos obtenidos en la presente investigación se concluye la edad promedio, el estrato socioeconómico, nivel de instrucción, características obstétricas y método diagnóstico más eficaz para este síndrome lo que nos permite estratificar el riesgo de cada paciente de acuerdo a su perfil.

Palabras Clave: características clínicas, epidemiológicas, síndrome antifosfolipídico.



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
“Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera”
Valencia. Estado Carabobo



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2009 A ENERO DE 2012.

Autores: Sánchez Jorge; Sosa Jorge; Tassoni Gabriele
Tutor Metodológico: Msc. Amílcar Pérez
Tutor Clínico: Dr. José A Cabrera
Naguanagua, Octubre 2012

ABSTRACT

The antiphospholipid syndrome (APS) is defined as an acquired hypercoagulable state of autoimmune origin, manifested by the appearance of arterial or venous thrombosis, recurrent fetal loss, moderate thrombocytopenia and the presence in the serum of antiphospholipid antibodies (APA). **General Objective:** To analyze the clinical and epidemiological characteristics of pregnant women with antiphospholipid syndrome diagnosis attending the internal medicine clinic at a private institution between January 2009 to January 2012. **Materials and Methods:** This study was an observational descriptive, non-experimental, cross sectional and retrospective. The sample was not intentional probabilistic type, represented by the 67 patients diagnosed with APS. We used the technique of document review and was used as a tool tab. **Results:** Of the 67 patients with APS was a mean age of 32.82 years \pm 0.66. Those patients with predominantly 29 and 36 years (52.24%), with II and III exploits (47.76%), with II abortions (42.37%), with 1 to (5 cases). The most common diagnosis method was the combination of anticardiolipin antibody (ACA) + Antibody beta-2-glycoprotein-1 (B2GP1) (53.73%), followed by the anticardiolipin antibody (ACA) (41.79%). The last pregnancy, all underwent cesarean (100%) patients with predominant term pregnancies (76.09% = 35 cases); Being newborns appropriate for gestational age the most common (95.65% = 44 cases). Newborns predominantly male (54.35%) and most had no premature rupture of membranes (16,13%). **Conclusion:** According to the findings obtained in the present study concludes the average age, socioeconomic level, level of instruction, obstetric features and method Diagnostics more efficient for this syndrome which allow us to stratify the risk of each patient according to his profile.

Keywords: clinical, epidemiological, antiphospholipid syndrome.

INTRODUCCIÓN

El SAF se define como un estado de hipercoagulabilidad adquirido de origen autoinmune, que se manifiesta con la aparición de trombosis arteriales o venosas, pérdidas fetales recurrentes, trombocitopenia moderada y la presencia en el suero de anticuerpos antifosfolípido (AAF), ya sea anticoagulante lúpico (AL), anticardiolipina (AAC) y anti-beta-2-glicoproteína. Estos anticuerpos no son solamente marcadores serológicos del síndrome, sino al parecer, juegan un papel patogénico importante. ⁽¹⁾

El SAF puede clasificarse en dos tipos: aquel que no está asociado a evidencias clínicas de otra enfermedad, que se denomina SAF primario, y al estar asociado a otras enfermedades autoinmunes sistémicas, especialmente lupus eritematoso sistémico (LES) o Artritis Reumatoide se denomina SAF secundario. ⁽²⁾

Los anticuerpos son proteínas que se producen por el sistema inmunitario del organismo para luchar contra la infección por bacterias y virus. En algunas enfermedades, el sistema inmune produce anticuerpos que de forma errónea atacan los propios tejidos corporales. El resultado es una enfermedad autoinmune de la que el SAF es un ejemplo. ⁽¹⁻²⁾ Los fosfolípidos son moléculas grasas que contienen fósforo y se encuentran en todas las células del organismo, particularmente en las membranas celulares. La diana de los anticuerpos antifosfolípido son los propios fosfolípidos corporales y también las proteínas que se unen a ellos. ⁽²⁾

El SAF algunas veces se denomina "síndrome de la sangre viscosa" y los pacientes presentan una tendencia a formar coágulos en los vasos sanguíneos (trombosis). Cualquier vaso sanguíneo puede afectarse, ya sean las venas o las arterias. Como resultado de este aumento en la coagulación, los pacientes pueden desarrollar coágulos de forma repetida, por ejemplo en las venas de las piernas (trombosis venosa profunda) o en las arterias que llevan la sangre al cerebro, causando accidentes cerebro-vasculares (trombosis cerebral). ⁽²⁾

Entre los estudios que sustentan el objeto de estudio planteado en el presente trabajo de investigación se pueden citar el realizado por Hamstem y Cols en un estudio realizado en Suecia quienes determinaron en pacientes jóvenes con infarto del miocardio, la presencia en un 21% de ellos de Anticuerpos antifosfolipídico (AAF). Entre los síntomas más frecuentes se presentaron las cefaleas, incluyendo migrañas, con mayor frecuencia que las personas que no tienen el síndrome. Encontraron un porcentaje de pacientes con pérdidas de memoria o anomalías más sutiles como dificultad para concentrarse y también son más frecuentes la epilepsia y el corea. A menudo aparecieron unas lesiones cutáneas rojo-violáceas finas con aspecto de red denominadas “*livedos reticularis*” especialmente en la región de muñecas y rodillas. ⁽²⁾

Los pacientes con síndrome antifosfolipídico secundario suelen presentar síntomas en relación con su enfermedad de base. Por ejemplo los pacientes con lupus eritematoso sistémico pueden contar síntomas como eritema en las mejillas, reacciones en la piel con la luz solar, dolores articulares, úlceras en la boca, pérdida excesiva de cabello, ojos secos, frialdad y color violáceo de los dedos y algunas veces dolores torácicos agudos. ⁽²⁾

Según el estudio realizado por Sefer Gezer en el 2003 que llevó por nombre: “Síndrome Antifosfolipíco” se demostró que los anticuerpos antifosfolípido prevalecen del 1% al 5% en los jóvenes sujetos a control, pero la incidencia aumenta con la edad y la enfermedad crónica coexistente. El síndrome se produce con mayor frecuencia en adultos jóvenes y de mediana edad encontrándose también en niños y ancianos con mucha menos frecuencia. ⁽⁴⁾

Durante el embarazo esta enfermedad afectaría las arterias uterinas que irrigan la placenta y daría como resultado una disminución en la llegada de nutrientes y oxígeno hacia el feto, pudiendo desencadenar problemas como hipertensión arterial materna severa durante el embarazo, abortos, partos prematuros y hasta interrupción de embarazo. Los abortos en el SAF suelen presentarse en el segundo y tercer trimestre pero a veces pueden aparecer también en el primero. El 15% de las mujeres con tres o más abortos consecutivos tienen anticuerpos antifosfolípido positivos. ⁽²⁾

Hay pacientes con SAF que tienen embarazos a término sin necesidad de tratamiento, aunque hay mayor riesgo de complicaciones en la parte final del embarazo, incluyendo "pre-eclampsia" (tensión arterial elevada y proteínas elevadas en orina), retraso de crecimiento intrauterino (retraso en el crecimiento del feto en el útero). El SAF es una enfermedad que muchas personas pueden padecer sin saberlo. Se plantea que alrededor del 2% de las mujeres la padecen y no significa que todas ellas sufran de algún problema asociado. ⁽¹⁾

El diagnóstico depende de la historia clínica, el examen físico y las pruebas especiales. El médico indagará sobre problemas previos de coagulación (cualquier historia de coágulos en las piernas o pulmones), accidentes cerebro vasculares o ataques cardiacos previos (y si ocurrieron a una edad joven) y también sobre síntomas menos específicos como cefalea, migraña, pérdida de memoria y confusión. A las mujeres se les preguntará sobre los embarazos que han tenido y si ha habido complicaciones en ellos. También se preguntará específicamente el trimestre en cual han ocurrido los abortos y/o partos prematuros. Las pruebas especiales serian la presencia en el suero de anticuerpos antifosfolípido, ya sea anticoagulante lúpico, anticardiolipína y antibeta-2-glicoproteína. ⁽²⁾

Según el estudio realizado por JThromb Haemost en el 2012 titulado "Precisión clínica para el diagnóstico de síndrome antifosfolípido en el LES: evaluación de 23 combinaciones posibles especificidades de anticuerpos antifosfolípido." se propuso como objetivo general evaluar la validez clínica de los anticuerpos antifosfolípido especificados tanto, en forma individual y / o en combinación que pueden proporcionar la mejor precisión para el diagnóstico de SAF. Conclusiones: se demostró que el diagnóstico combinado de LA, anti- β (2) GPI y EPA / PT mejora la capacidad diagnóstica y ayuda a estratificar el riesgo de cada paciente. ⁽³⁾

El objetivo fundamental del tratamiento suministrado a este tipo de pacientes es disminuir la tendencia de la sangre a coagularse. Esto habitualmente se consigue con tratamiento o terapia con anticoagulantes orales llamados dicumarínicos.

Se prescriben, requiriendo análisis periódicos de sangre para asegurar que el grado de anticoagulación sea el adecuado. Esto se hace mediante un análisis de sangre llamado INR que compara la tendencia a coagular de la sangre del paciente con un estándar. Los pacientes con SAF que han tenido trombosis en varias ocasiones deben recibir tratamiento con anticoagulantes orales. ⁽²⁾

Las pacientes con SAF que han tenido abortos de repetición deben ser tratadas, pero no con anticoagulantes orales, pues éstos pueden causar malformaciones en el feto si se dan durante el embarazo. El tratamiento de estas pacientes puede ser con aspirina, heparina o, a veces, con ambas. La heparina también es un anticoagulante pero es inefectivo por vía oral, y durante el embarazo es necesario darla diariamente por inyección subcutánea. Generalmente es posible que la inyección la realice el propio paciente. Existen jeringas de inyección pensadas para esta cuestión que permiten una administración cómoda y sencilla. A diferencia de los dicumarínicos no se suelen requerir análisis de sangre para controlar su margen de efecto y prevenir la sobredosificación. ⁽²⁾

Algunos pacientes dan positivo en la prueba de anticuerpos antifosfolípido pero nunca han tenido trombosis o abortos. Actualmente se está investigando cuál es el mejor tratamiento para estos pacientes y de momento se recomienda aspirina en dosis bajas. La aspirina actúa en las plaquetas (pequeñas células sanguíneas que intervienen en la formación de coágulos) para reducir su agregación y, de esta forma, reducir la capacidad de la sangre para coagularse. ⁽²⁾

En virtud de lo antes expuesto y ante la carencia de datos clínicos y epidemiológicos definitivos, que permitan conocer las características propias de las mujeres embarazadas con diagnóstico de SAF, representa la razón principal de la realización del presente estudio por lo cual se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas con diagnóstico de SAF? Para darle respuesta a esta interrogante se estableció como Objetivo General de la investigación: Analizar las características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas con diagnóstico de SAF que

acuden a la consulta de Medicina Interna de una institución privada en el período comprendido entre Enero 2009 a Enero de 2012.

Para la consecución del objetivo anteriormente planteado se establecieron como objetivos específicos: Clasificar a las embarazadas estudiadas de acuerdo a sus características epidemiológicas (edad, estado civil, estrato socioeconómico y nivel de instrucción). Describir las características obstétricas más frecuentes en las embarazadas con diagnóstico de SAF (menarquia, sexarquia, gestas, abortos, paras o número de hijos). Identificar el método diagnóstico más común entre las pacientes estudiadas según la edad. Describir las características del último embarazo de las pacientes estudiadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Según las características y los objetivos de esta investigación se trata de un estudio de tipo Observacional Descriptivo pues se caracterizaron a aquellas pacientes embarazadas con diagnóstico de SAF que acuden a la consulta de Medicina Interna de una institución privada. Por otra parte, se trata de un diseño no experimental, ya que se realizó sin manipular deliberadamente variables, lo que se hace en este tipo de investigación es observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. De igual forma se trata de un diseño transversal pues se recolectaron datos de un solo momento en un tiempo único. Según la temporalidad en el momento de recopilar los datos es retrospectivo ya que la información fue recopilada de registros pasados en la consulta inicialmente planteada.

La población en estudio estuvo representada por todas aquellas pacientes embarazadas que acudieron a la consulta de Medicina Interna de una institución privada en el período comprendido entre Enero 2009 a Enero de 2012, las cuales ascienden a un total de 540 pacientes. La muestra por su parte, fue de tipo no probabilístico intencional, representada por los 67 pacientes cuyo principal criterio de inclusión fue presentar diagnóstico de SAF.

Para la recopilación de la información necesaria se hizo uso de la técnica de la revisión documental, basado en la revisión de las historias médicas de las pacientes que conformaron la muestra. Como instrumento se utilizó una ficha de registro, que contuvo aspectos propios de cada paciente como: edad, estado civil, estrato socioeconómico, nivel de instrucción, senarquia, sexarquia, gestas, abortos, paras o número de hijos, síntomas y signos iniciales más frecuentes.

Una vez recopilados los datos de los pacientes se sistematizaron en una tabla maestra a partir del programa Microsoft® Excel, para luego ser analizados en tablas de distribución de frecuencias. A las variables cuantitativas se les calculó tendencia central, variabilidad, dato máximo y mínimo según su distribución (Continua o Discreta). Todo se realizó a partir del procesador estadístico Statgraphics Plus 5.1, adoptando como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05.

RESULTADOS

De las 67 pacientes con diagnóstico de SAF atendidas en consulta de Medicina Interna de una institución privada se registró una edad promedio de 32,82 años \pm 0,66, con una variabilidad promedio de 5,41 años, con una edad mínima de 21 años, una máxima de 45 años y un coeficiente de variación de 16% (serie homogénea entre sus datos).

TABLA N° 1
CLASIFICACIÓN DE LAS EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO. CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA. PERIODO ENERO 2009 A ENERO DE 2012

EDAD		F	%
1	21 – 28	14	20,90
2	29 – 36	35	52,24
3	37 – 45	18	26,87
ESTADO CIVIL		F	%
1	Soltera	5	7,46
2	Casada	54	80,60
3	Concubina	8	11,94
ESTRATO SOCIOECONÓMICO		F	%
1	I	13	19,40
2	II	42	62,69
3	III	12	17,91
4	IV	0	0
5	V	0	0
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		F	%
1	Analfabeta	0	0
2	Primaria completa	0	0
3	Secundaria completa	8	11,94
4	Técnico superior	20	29,85
5	Universitaria	39	58,21
TOTAL		67	100

Fuente: Datos propios de la Investigación

Según los intervalos propuestos en la distribución se tiene que aquellas pacientes con 29 y 36 años predominaron con un 52,24% (35 casos) seguidas de aquellas con 37 y 45 años (26,87%= 18 casos). El estado civil más frecuente fueron las casadas con un 80,60% (54 casos). El estrato socioeconómico más frecuente fue el II con un 62,69% (42 casos) y el nivel de instrucción predominante fue la educación universitaria con un 58,21% (39 casos).

TABLA N° 2
DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS MÁS FRECUENTES EN
LAS EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME
ANTIFOSFOLIPÍDICO. CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UNA
INSTITUCIÓN PRIVADA. PERIODO ENERO 2009 A ENERO DE 2012

MENARQUIA (años)		F	%
1	10 – 11	45	67,16
2	> 11 años	22	32,83
SEXARQUIA (años)		F	%
1	14 – 16	6	8,96
2	17 – 19	53	79,10
3	>19	8	11,94
GESTAS		F	%
1	I	6	8,96
2	II – III	32	47,76
3	IV – VI	28	41,79
4	> VI	1	1,49
Total		67	100
ABORTOS (n=59)		F	%
1	I	16	27,12
2	II	25	42,37
3	III	14	23,73
4	> III	4	6,77
PARAS (n=10)		F	%
1	I	5	50
2	II	4	40
3	III	1	10

Fuente: Datos propios de la Investigación

La menarquia registró un promedio de 11,32 años \pm 0,67, con un registro mínimo de 10 años y una máxima de 13 años. Según los intervalos propuestos en la distribución fueron más frecuentes aquellas pacientes con menarquia entre los 10 y 11 años (67,16%= 45 casos).

En cuanto a la sexarquia se registró una edad promedio de 17,97 años \pm 1,34, con una sexarquia mínima de 14 años y una máxima de 24 años. Según los intervalos presentes en la distribución fueron más frecuentes aquellas pacientes con sexarquia entre los 17 y 19 años (79,10%= 53 casos).

Fueron más frecuentes aquellas pacientes con II y III gestas con un 47,76% (32 casos), seguidas de aquellas con IV y VI gestas con un 41,79% (28 casos).

En cuanto a los abortos, de las 59 pacientes que refirieron la información se obtuvo que aquellas con II abortos predominaron con un 42,37% (25 casos) y de aquellas pacientes que refirieron las paras (n=10) fueron más frecuentes aquellas con 1 para (5 casos).

TABLA N° 3
MÉTODO DIAGNÓSTICO MÁS COMÚN ENTRE LAS PACIENTES CON
SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO. CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE
UNA INSTITUCIÓN PRIVADA. PERIODO ENERO 2009 A ENERO DE 2012

	MÉTODO DIAGNÓSTICO	f	%
1	Anticuerpo Anticardiolipina (ACA)	28	41,79
2	ACA + Anticuerpo beta -2-glicoproteína-1 (B2GP1)	36	53,73
3	Antifosfatidil (AFL) + ACA	1	1,49
4	Anticuerpos antinucleares (ANA)	1	1,49
5	ANA + Anticoagulante Lúpico	1	1,49
	TOTAL	67	100

Fuente: Datos propios de la Investigación

Método diagnóstico más común entre las pacientes con síndrome antifosfolipídico fue la combinación del Anticuerpo Anticardiolipina (ACA) + Anticuerpo beta -2-glicoproteína-1 (B2GP1) con un 53,73% (36 casos), seguido del Anticuerpo Anticardiolipina (ACA) (41,79%= 28 casos).

TABLA N° 4
CARACTERÍSTICAS DEL ÚLTIMO EMBARAZO DE LAS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO. CONSULTA DE
MEDICINA INTERNA DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA.
PERIODO ENERO 2009 A ENERO DE 2012

RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO		F	%
1	Vaginal	0	0
2	Cesárea	46	100
EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO		F	%
1	A Término	35	76,09
2	Pre Término	11	23,91
PESO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL		F	%
1	AEG	44	95,65
2	PEG	2	4,35
SEXO DEL RECIÉN NACIDO		F	%
1	Femenino	21	45,65
2	Masculino	25	54,35
TOTAL		46	100
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA (n=31)		F	%
1	Si	5	16,13
2	No	26	83,87

Fuente: Datos propios de la Investigación

De las 46 pacientes de las que se obtuvo la información del último embarazo, todas fueron sometidas a cesárea (100%= 46 casos). Registraron una edad gestacional promedio de 37 sem \pm 0,19, con una variabilidad promedio de 1,31 sem, un registro mínimo de 32 sem, un máximo de 39 sem y un coeficiente de variación de 4% (serie homogénea entre sus datos). Predominaron las pacientes con embarazos a término con un 76,09% (35 casos)

El peso al nacer promedio fue de 2985,36 grs \pm 63,53, con una variabilidad promedio de 421,38 grs, un peso mínimo de 2400 grs, un máximo de 3950 grs y un coeficiente de variación de 14% (serie homogénea entre sus datos), siendo los recién nacidos adecuados para la edad gestacional más frecuentes (95,65%= 44 casos).

En lo que respecta a la talla al momento del nacimiento se registró un promedio de 48,99 cm \pm 0,36, con una variabilidad promedio de 2,41 cm, una talla mínima de 43 cm, una máxima de 57 cm y un coeficiente de variación del 5% (serie homogénea entre sus datos).

En cuanto al sexo, predominaron los recién nacidos del sexo masculino (54,35%= 25 casos) y solo 16,13% presentaron ruptura prematura de membrana (5 casos).

DISCUSIÓN

De las 67 pacientes con diagnóstico de SAF atendidas en consulta de Medicina Interna de una institución privada se registró una edad promedio de 32,82 años \pm 0,66. Predominaron aquellas pacientes con 29 y 36 años (52,24%= 35 casos). Esto coincide con el trabajo de Gezer quien demostró que el síndrome se presenta en los adultos jóvenes y de mediana edad entre los 28 y 37 años (55%= 230 casos) en su población de estudio. ⁽⁴⁾

El estado civil más frecuente fueron las casadas (80,60%). El estrato socioeconómico más frecuente fue el II (62,69%) y el nivel de instrucción predominante fue la educación universitaria (58,21%), aspectos que no son referidos en los trabajos revisados al respecto.

En cuanto a las características obstétricas, la menarquia registró un promedio de 11,32 años \pm 0,67, siendo más frecuentes aquellas pacientes con menarquia entre los 10 y 11 años (67,16%). La sexarquia se registró una edad promedio de 17,97 años \pm 1,34, siendo más frecuentes aquellas pacientes con sexarquia entre los 17 y 19 años (79,10%), aspectos que no se evidencian en los trabajos relacionados sobre estas variables.

Predominaron aquellas pacientes con II y III gestas (47,76%= 32 casos); fueron más frecuentes aquellas con II abortos (42,37%= 25 casos), con 1 para (5 casos).

El método diagnóstico más común entre las pacientes con síndrome antifosfolipídico fue la combinación del Anticuerpo Anticardiolipína (ACA) + Anticuerpo beta -2-glicoproteína-1 (B2GP1) representando un 53,73% (36 casos), seguido del Anticuerpo Anticardiolipína (ACA) (41,79%), lo cual coincide con el estudio realizado por J.Trhomb Haemost en el 2012 quien demostró que el anticuerpo más presente en estas pacientes es el Anticuerpo beta -2-glicoproteína-1 (B2GP1). ⁽³⁾

De las 46 pacientes de las que se obtuvo la información del último embarazo, todas fueron sometidas a cesárea (100%); predominando las pacientes con embarazos a término (76,09%= 35 casos), siendo los recién nacidos adecuados para la edad gestacional los más

frecuentes (95,65%= 44 casos), lo cual coincide con el estudio realizado por Castillo María Betzabeth*, Girón Juvenal*, Cabrera José Alberto** donde se demostró que un (76.5%= 157 casos) fue adecuada edad gestacional. ⁽⁷⁾

En lo que respecta a la talla al momento del nacimiento se registró un promedio de 48,99 cm \pm 0,36; predominando los recién nacidos del sexo masculino (54,35%= 25 casos) y solo presentaron ruptura prematura de membrana (16.13%= 5 casos).

CONCLUSIONES

De acuerdo a los hallazgos obtenidos en la presente investigación se concluye la edad promedio, el estrato socioeconómico, nivel de instrucción, características obstétricas y método diagnóstico más eficaz para este síndrome lo que nos permite estratificar el riesgo de cada paciente de acuerdo a su perfil.

Se observó que las 67 pacientes con diagnóstico de SAF estudiadas en la presente investigación, se registró una edad promedio de 32,82 años \pm 0,66, predominando aquellas pacientes con 29 y 36 años.

El estado civil más frecuente fueron las casadas. El estrato socioeconómico más frecuente fue el II y el nivel de instrucción predominante fue la educación universitaria.

En cuanto a las características obstétricas, la menarquia registró un promedio de 11,32 años \pm 0,67, siendo más frecuentes aquellas pacientes con menarquia entre los 10 y 11 años. La sexarquia se registró una edad promedio de 17,97 años \pm 1,34, siendo más frecuentes aquellas pacientes con sexarquia entre los 17 y 19 años.

Predominaron aquellas pacientes con II y III gestas; fueron más frecuentes aquellas con II abortos y con una para.

El método diagnóstico más común entre las pacientes con síndrome antifosfolipídico fue la combinación del Anticuerpo Anticardiolipina (ACA) + Anticuerpo beta -2-glicoproteína-1 (B2GP1), seguido del Anticuerpo Anticardiolipina (ACA).

De las 67 pacientes donde se obtuvo la información del último embarazo, todas fueron sometidas a cesárea; predominando las pacientes con embarazos a término, siendo los recién nacidos adecuados para la edad gestacional los más frecuentes.

En lo que respecta a la talla al momento del nacimiento se registró un promedio de 48,99 cm \pm 0,36; predominando los recién nacidos del sexo masculino y en su mayoría las pacientes no presentaron ruptura prematura de membrana.

RECOMENDACIONES

Fomentar la realización de investigaciones dirigidas a ampliar el estudio de dicha patología hacia otras instituciones de salud del estado Carabobo y el país, con el fin de incluir un número mayor de pacientes y así establecer nuevas estadísticas a nivel regional y nacional. Diseñar medidas estratégicas para el personal de salud sobre la importancia del diagnóstico oportuno del SAF, la determinación de su etiología y el correcto tratamiento que se debe aplicar, para así evitar los posibles abortos y manifestaciones trombóticas en las mujeres. Educar a las madres sobre la presentación clínica y la evolución de esta patología de manera tal, que sean capaces de identificar los síntomas prodrómicos y los factores desencadenantes de SAF.

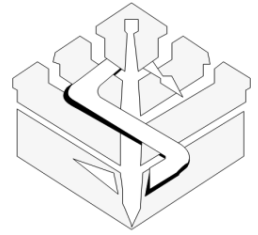
REFERENCIAS

1. Claudio Galarza Maldonado, Ricard Cervera Segura, Hernán Urgilez Morejon 2002 Hospital Monte Sinaí. Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas Hospital Clínica Barcelona, Cataluña, España.
http://www.medicosecuador.com/reumatologia_al_dia/rev_vol8_1/sindrome_antifosfolipidi_co.html [fecha de consulta: 15-7-12]
2. Dr. M. Y. Karim (especialista en Inmunología) , Dr. G. R. V. Hugues (especialista en Reumatología) 2011 <http://www.netdoctor.es/articulo/sindrome-antifosfolipido-o-hugues> [fecha de consulta: 17-7-12]
3. J Thromb Haemost. 2012. Clinical accuracy for diagnosis of Antiphospholipid Syndrome in SLE: evaluation of 23 possible combinations of antiphospholipid antibody specificities. Centro di Ricerche di Immunologia Clinica ed Immunopatologia e Documentazione su Malattie Rare (CMID), Università di Torino Louise Coote Lupus Unit, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, St Thomas' Hospital, London, UK.
4. Sefer Gezer 2003. Antiphospholipid syndrome. Annu Rev Med 2003; 54:409-24 Rush University Medical Center, Chicago, Illinois, USA.
5. Egerer K, von Landenberg P, Hiemann R, Feist E, Autoimmun Rev. 2012 Sep;11(11):821-6. doi: 10.1016/j.autrev.2012.02.016. Epub 2012 Feb 28. Antiphospholipid antibody profiling: time for a new technical approach? Burmester GR, Dörner T. Lausitz University of Applied Sciences, Senftenberg, Germany.
6. Gardiner C, Hills J, Machin SJ, Cohen H Lupus. 2012 Sep 17. [Epub ahead of print] Diagnosis of antiphospholipid syndrome in routine clinical practice. Department of Haematology, University College London Hospitals NHS Foundation Trust, London.
7. Castillo María Betzabeth*, Girón Juvenal*, Cabrera José Alberto**
Consulta de Medicina Interna. Instituto de Especialidades Quirúrgicas Los Mangos y Hospital Metropolitano del Norte, Estado Carabobo. Venezuela. Seguimiento de 157 pacientes embarazadas con síndrome antifosfolipídico (SAF)
*Trabajo en curso de publicación.

ANEXO A



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
“Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera”
Valencia. Estado Carabobo



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS
EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO
QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UNA
INSTITUCIÓN PRIVADA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO
2009 A ENERO DE 2012.**

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre	Edad	Edo. Civil	Estrato Socio-Económico	Nivel de Instrucción	Menarquía	Sexarquía	Gestas	Paras/ Cesárea	Abortos