



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**MANEJO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN EL EMBARAZO Y
PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES MATERNO-FETALES”**

Requisito previo para optar por Título de Médico.

Autor: Vaca Plazarte Jose Luis

Tutora: Dra. Esp. Belalcázar Sánchez Yajaira Monserrath

Ambato – Ecuador

Junio – 2019

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“MANEJO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN EL EMBARAZO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES MATERNO-FETALES” de Jose Luis Vaca Plazarte, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo de 2019

LA TUTORA

.....

Dra. Esp. Belalcázar Sánchez Yajaira Monserrath

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “MANEJO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN EL EMBARAZO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES MATERNO-FETALES” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo de 2019

EL AUTOR

.....

Vaca Plazarte, Jose Luis

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de este un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autor.

Ambato, Mayo de 2019

EL AUTOR

.....

Vaca Plazarte, Jose Luis

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de Caso Clínico sobre el tema: “MANEJO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN EL EMBARAZO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES MATERNO-FETALES” de Vaca Plazarte Jose Luis, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio de 2019

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1ER VOCAL

.....

2DO VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado:

A mis padres Héctor y Lilia quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque soy capaz de afrontar cualquier problema con esfuerzo y dedicación.

A una mujer muy especial, con un gran corazón, alguien que sin tener lazos de sangre me acogió en su hogar y su corazón apoyándome incondicionalmente e inculcándome con su ejemplo el respeto, la responsabilidad, benevolencia y amor por el prójimo; muchas gracias Madrinita Lic. Deifilia Landeta.

A mis hermanas Lía, Ángeles y Fernanda por su cariño y apoyo incondicional, por estar conmigo en todo momento, gracias. A toda mi familia porque con sus consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

A todos mis amigos/as, por apoyarme cuando más los necesito, por extender su mano en momentos difíciles y los grandes consejos, siempre los llevaré en mi corazón.

De igual forma, agradezco a mi Tutora de caso clínico, que gracias a sus consejos y correcciones hoy puedo culminar este trabajo. A los Profesores que me han visto crecer como persona, y gracias a sus conocimientos me he formado de la mejor manera.

Vaca Plazarte Jose Luis

AGRADECIMIENTO

A mis padres por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

A mi Universidad Técnica de Ambato por formarme y permitir ser un profesional en lo que tanto me gusta y apasiona, gracias a cada maestro que con su sabiduría, conocimiento y apoyo fueron parte de este proceso integral de formación.

Un agradecimiento especial a todos los médicos que tienen la gracia de enseñar con pasión y compartir conocimiento con las nuevas generaciones ya que con su experiencia, conocimiento y motivación me enseñaron a ser un excelente profesional.

Vaca Plazarte Jose Luis

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
RESUMEN	xi
SUMMARY.....	xiii
1 INTRODUCCIÓN	1
2 OBJETIVOS	2
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	2
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	2
3 RECOPIACION Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	3
3.1 DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS.....	3
4 DESARROLLO	4
4.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO	4
4.1.1 Datos de filiación	4
4.1.2 Antecedentes.....	4
4.1.3 Resumen de la evolución clínica.....	5
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	11
4.3 ANALISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	13
4.3.1 Acceso a la atención médica.....	13

4.3.2 Acceso a citas médicas de especialidad	13
4.3.3 Atención de emergencia	14
4.3.4 Oportunidades de remisión	14
4.3.5 Acceso a medicación para tratamiento.....	14
4.3.6 Acceso a exámenes inmunológicos.....	14
4.3.7 Trámites administrativos	15
4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	15
4.5 ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	16
4.6 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	18
4.6.1 Definición	18
4.6.2 Epidemiología	18
4.6.3 Patogenia	19
4.6.4 Predisposición Genética	19
4.6.5 Manifestaciones Clínicas.....	19
4.6.6 Diagnóstico	21
4.6.7 Manejo	24
4.6.8 Pronóstico	28
4.7 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	30
5 CONCLUSIONES.....	32
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
6.1 BIBLIOGRAFÍA.....	34
6.2 BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.....	35
7 ANEXOS	37
Anexo 1 ECOGRAFÍA DE TERCER TRIMESTRE.....	37
Anexo 2 ÁCIDO ACETILSALICÍLICO.....	38
Anexo 3 CALCIO	39
Anexo 4 HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Criterios de SYDNEY.....	23
Tabla N°2 Dosis profiláctica y terapéutica de Heparinas de bajo peso molecular.....	25
Tabla N°3 Recomendaciones para la prevención y el tratamiento a largo plazo de la trombosis en pacientes con AAF. Consenso e Galvestone (2010)	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1 Componentes principales del síndrome antifosfolípido.....	18
Figura N°2 Manifestaciones clínicas del síndrome antifosfolípido.....	20
Figura N°3 Componentes de atención prenatal.....	27

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**“MANEJO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN EL EMBARAZO Y
PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES MATERNO-FETALES”**

Autor: Vaca Plazarte Jose Luis

Tutor: Dra. Esp. Belalcázar Sánchez Yajaira Monserrath

Fecha: Mayo 2019

RESUMEN

Paciente femenina de 37 años con antecedentes patológicos personales de síndrome antifosfolípido diagnosticado hace 7 años mediante pruebas inmunológicas e historia de abortos por dos ocasiones, sin tratamiento y obesidad. Antecedentes quirúrgicos de cesárea previa hace 7 años. Antecedente familiar de hermana mayor con síndrome antifosfolípido; antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los 11 años inicio de vida sexual a los 19 años, gestas 4 abortos 3 partos 0 cesárea 1 hijos vivos 1. PAP test hace 2 años con resultados normales.

EMBARAZO ACTUAL: FUM: 18/05/2018 FPP: 25/02/2019 edad gestacional 37 semanas. Controles 7. Ecos 5. Embarazo no planificado. Recibe calcio 1 gramos, ácido acetilsalicílico 100 miligramos día y enoxaparina 40 miligramos subcutáneo día desde la semana 19 de gestación.

Paciente captada por consulta externa referida de primer nivel de atención de salud a las 22,5 semanas. Al momento asintomática sin referir molestias. Abdomen: útero gestante altura uterina de 25 centímetros, feto único vivo, cefálico, dorso derecho, frecuencia cardiaca fetal de 146 lpm, actividad uterina negativa. Región inguinogenital: no se evidencia leucorrea ni sangrado genital. Se mantiene ácido acetyl salicílico 100 mg vía

oral cada día junto a calcio 2 gramos vía oral cada día, se inicia enoxaparina 60 miligramos subcutáneo diario y sulfato ferroso 100 miligramos día; se continua seguimiento por consulta externa sin complicaciones, acude a consulta a las 37,2 semanas de embarazo refiriendo dolor abdominal de moderada intensidad se decide su ingreso para finalización de embarazo el cual se lleva a cabo sin complicaciones por cesárea obteniendo recién nacido vivo sin complicaciones, posterior a cumplir 48 horas de observación post quirúrgica, paciente egresa en buenas condiciones junto a recién nacido e indicación con enoxaparina 60 miligramos subcutáneo diario por 5 días y control por consulta externa.

PALABRAS CLAVES: SÍNDROME ANTICUERPO ANTIFOSFOLIPÍDICO (SAF), SÍNDROME ANTICUERPO ANTIFOSFOLIPÍDICO SERONEGATIVO, TROMBOSIS, ANTICOAGULACIÓN, ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**“MANAGEMENT OF ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME IN PREGNANCY
AND PREVENTION OF MATERNAL-FETAL COMPLICATIONS”**

Author: José Luis Vaca Plazarte

Tutor: Dra. Esp. Yajaira Monserrath Belalcázar Sánchez

Date: May 2019

SUMMARY

A 37-year-old female patient with a personal pathological history of antiphospholipid syndrome diagnosed 7 years ago by immunological tests and abortion history on two occasions, without treatment and obesity. Surgical history of a previous caesarean section 7 years ago. Family history of older sister with antiphospholipid syndrome; gynecological-obstetric history: menarche at age 11, beginning of sexual life at 19 years of age, gestations, 4 abortions, 3 deliveries, caesarean section, 1 live births, and PAP test 2 years ago with normal results.

CURRENT PREGNANCY: FUM: 05/18/2018 FPP: 02/25/2019 gestational age 37 weeks. Controls 7. Echoes 5. Unplanned pregnancy. Receives calcium 1 gram, acetylsalicylic acid 100 milligrams per day and enoxaparin 40 milligrams subcutaneous day from week 19 of gestation.

Patient captured by referral from the first level of health care at 22.5 weeks. At the moment asymptomatic without reporting discomfort. Abdomen: pregnant womb uterine height of 25 centimeters, single live fetus, cephalic, right back, fetal heart rate of 146 bpm, negative uterine activity. Inguinogenital region: there is no evidence of leucorrhoea or genital bleeding. Acetylsalicylic acid 100 mg orally is maintained every day with calcium 2 grams orally every day, enoxaparin 60 mg subcutaneous daily and ferrous sulfate 100 milligrams day; Follow-up is continued by external consultation

without complications, she comes to consultation at 37.2 weeks of pregnancy, referring abdominal pain of moderate intensity, her admission is decided for the end of pregnancy, which is carried out without complications by caesarean section obtaining a live newborn without complications , after completing 48 hours of post-surgical observation, patient withdraws in good conditions with newborn and indicated with enoxaparin 60 milligrams subcutaneous daily for 5 days and control by external consultation.

KEYWORDS: ANTIPHOSPHOLIPIDIC ANTIBODY SYNDROME (SAF),
SERONEGATIVE ANTIPHOSPHOLIPIDIC ANTIBODY SYNDROME,
THROMBOSIS, ANTICOAGULATION, ANTIFOSFOLIPÍDIC ANTIBODIES.

1 INTRODUCCIÓN

El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad sistémica autoinmune que se caracteriza por la aparición de trombosis, venosas y arteriales, complicaciones obstétricas y títulos elevados de anticuerpos antifosfolípidos (AAF). Se trata de un proceso de baja frecuencia, se estima a nivel mundial una prevalencia de 0,5-1% para el SAF primario (40 casos/100.000 habitantes) y una incidencia de 5 casos nuevos/100.000 habitantes/año), se caracteriza por ser una patología que afecta con mayor frecuencia a mujeres en relación 3-1⁸. Presenta una variedad de manifestaciones obstétricas de importancia clínica poco difundidas, se considera que del 5% al 20% de las mujeres con abortos recurrentes presentan AAF por lo que es un factor de riesgo durante el embarazo. La preeclampsia grave que aparece antes de la semana 34 se ha relacionado con el SAF haciendo que sea un predictor para complicaciones obstétricas. De hecho, del 11% al 17% de estas pacientes son positivas para AAF¹⁵. En cuanto a la restricción de crecimiento intrauterino, se presenta hasta en el 12% de las pacientes con anticuerpos cardiolipina y en el 30% de las pacientes con un SAF establecido antes del embarazo. El riesgo de trombosis es significativamente mayor durante la gestación con un riesgo global de trombosis del 5% al 12% durante el embarazo en pacientes con SAF; debido a las complicaciones mencionadas es importante conocer el manejo de la paciente embarazada con SAF, este manejo debe ser dirigido a evitar complicaciones tanto en la madre como en el feto por lo que se realiza antes durante y después del embarazo con seguimiento de títulos de anticuerpos¹. Se trata de un proceso de baja frecuencia, se estima a nivel mundial una prevalencia de 0,5-1% para el SAF primario (40 casos/100.000 habitantes) y una incidencia de 5 casos nuevos/100.000 habitantes/año), se caracteriza por ser una patología que afecta con mayor frecuencia a mujeres en relación 3-1⁸. El conocimiento de la situación actual del SAF en el Ecuador es escaso ocasionando que en un número considerable de casos no se realice un diagnóstico temprano de la patología produciendo pérdidas fetales recurrentes, retraso del crecimiento fetal, prematuridad, insuficiencia placentaria, sufrimiento fetal, preeclampsia, eclampsia, entre otras complicaciones. La complejidad y diversidad de los signos y síntomas, la falta de conocimientos y los pocos datos disponibles de incidencia de la enfermedad en el país hacen necesarios un enfoque más objetivo a esta importante patología para establecer un manejo oportuno y adecuado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las manifestaciones clínicas, factores de riesgo, manejo y complicaciones en la paciente con síndrome antifosfolípido durante el embarazo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Definir las manifestaciones obstétricas y clínicas del síndrome antifosfolipídico.
2. Conocer los métodos diagnósticos del síndrome antifosfolípido en el embarazo.
3. Conocer los factores de riesgo y las posibles complicaciones del síndrome antifosfolipídico en el embarazo.
4. Describir el manejo terapéutico adecuado de acuerdo con cada escenario clínico de la paciente con Síndrome antifosfolípido en el embarazo.
5. Identificar los puntos críticos en la atención de primer nivel y especializada de la paciente con Síndrome antifosfolípido en el embarazo.

3 RECOPIACION Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

3.1 DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

- Las fuentes de información que fueron utilizadas para la realización del presente caso clínico se detallan a continuación.
- Historia clínica de la paciente: es un documento médico legal el cual fue fotocopiado y recopilado para obtener la mayor parte de información acerca del presente trabajo, donde se encuentra la atención brindada en el Hospital General Latacunga, el cuadro clínico presentado al ingreso y su evolución, así como también el tratamiento administrado y resultados de pruebas de laboratorio y exámenes de imágenes solicitados en la casa de salud mencionada anteriormente, todo esto previo aprobación de la Gerente del hospital.
- Guías de práctica clínica y artículos de revisión científica, en los que se recopiló información acerca de las estrategias diagnósticas, terapéuticas para el adecuado manejo de una paciente y además se obtuvieron definiciones, protocolos estandarizados, y medidas terapéuticas.
- Revisiones Bibliográficas, Linkografía, Libros de texto de Ginecología y Obstetricia para la actualización teórica de la patología que presentaba la paciente.

4 DESARROLLO

4.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

4.1.1 Datos de filiación

Paciente femenina de 37 años, nace y reside en Latacunga, parroquia San Felipe, católica, casada, instrucción superior, ocupación que haceres domésticos, mestiza, grupo sanguíneo ORH+.

4.1.2 Antecedentes

- Antecedentes personales:
 - Alergias: no refiere
 - Hábitos: micción cuatro veces al día, deposición: dos veces al día
alimentación: dieta hipercalórica,
 - Antecedentes patológicos personales clínicos: síndrome antifosfolipídico diagnosticado hace 7 años y en tratamiento durante el embarazo actual con enoxaparina y ácido acetilsalicílico iniciado en la semana 19 de gestación.
 - Antecedentes patológicos personales quirúrgicos: hernioplastia umbilical hace dos años, cesárea hace 7 años teniendo como motivo síndrome antifosfolipídico.
- Antecedentes patológicos familiares: hermano fallece con diabetes, hermana mayor presenta síndrome antifosfolipídico con complicaciones obstétricas (3 abortos).
- Antecedentes gineco obstétricos: menarquia a los 11 años, ciclos menstruales regulares por 4 días, inicio de vida sexual activa a los 21 años, parejas sexuales 1, enfermedades de transmisión sexual no refiere, PAP test hace dos años de resultado normal. Gestas: 5, abortos: 3 (espontáneos, consecutivos el 1ro a los 25 años a las 15 semanas de gestación, el 2do a los 26 años a las 12 semanas de gestación y el tercero a los 27 años con 13 semanas de gestación, en todos se realizó legrado uterino instrumental), partos 0, cesárea: 1, hijos vivos: 1, último embarazo peso normal, fecha de fin de embarazo anterior 27/01/2011.
- Gesta actual: Fecha de última menstruación 18 de mayo 2018 (confiable), fecha probable de parto: 25/02/2019 embarazo no planificado, si deseado; no refiere utilización de métodos anticonceptivos, edad gestacional 37 semanas, controles

7, ecos 5 a partir de la semana 8 de embarazo, no refiere exposición a alcohol, tabaco o drogas durante embarazo; no refiere violencia o agresión durante su embarazo, antirubeola inmunizada previamente, antitetánica colocada en el 6to y 7mo mes de embarazo, toxoplasmosis IGG - IGM negativas, VIH negativo, recibe suplementación con ácido fólico 1mg , hierro 100 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg y calcio 1 gramo desde la semana 19 de gestación. Durante embarazo no presenta complicaciones u hospitalizaciones.

- Antecedentes socio económicos: Vivienda propia, de hormigón. Cuenta con 3 dormitorios, cocina, baño, sala, comedor y todos los servicios básicos. Hay presencia de animales domésticos (dos perros) en el interior de la casa.

4.1.3 Resumen de la evolución clínica

Motivo de consulta: control prenatal

Enfermedad actual: paciente de 37 años que acude a control prenatal referida de centro de salud por embarazo de 22,5 semanas más antecedente de síndrome antifosfolípido tratado con enoxaparina 40 miligramos desde la semana 19 de embarazo, al momento paciente asintomática, niega sangrado u otra sintomatología.

Examen físico:

- **Signos Vitales**
 - **Pulso:** 78 lpm
 - **Temperatura Axilar:** 36,2°C
 - **T.A:** 117/72 mmHg
 - **FR:** 18 rpm
 - **SO2:** 95%
 - **Peso:** 86 kg
 - **Talla:** 1.48 cm
 - **SCORE MAMA:** 0
- **General:** Paciente gestante, consiente, orientada hidratada, afebril.
- **Regional:** piel rosada, **cabeza:** normocefálica, pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y acomodación, escleras sin tinte patológico, pirámide nasal sin patología, mucosas orales hidratadas **Tórax:** expansible corazón ruidos cardiacos r1 y r2 presentes no soplos, campos pulmonares murmullo vesicular conservado no ruidos sobreañadidos **Abdomen:** suave, depresible a la

palpación, no hepato-esplenomegalia, ruidos hidroaéreos presentes. Útero gestante altura uterina de 20 centímetros, feto único vivo, movimientos fetales presentes, cefálico, dorso derecho, frecuencia cardiaca fetal de 146 lpm, actividad uterina negativa. **Extremidades:** simétricas, no edema, pulsos distales presentes, llenado capilar 2 segundos, tono y fuerza conservado. Región inguino genital: genitales externos de nulípara no evidencia leucorrea ni sangrado. **Sistema Neurológico:** sin patología aparente, pares craneales sin patología.

Exámenes complementarios:

- **Biometría Hemática:** normal
 - Hematocrito: 45%
 - Hemoglobina: 13.2 g/dl
 - HCM: 35,2
 - CMHC: 34,1
 - Plaquetas: 230,000
 - Leucocitos: 7,600
 - Neutrófilos: 60.5%
 - Monocitos 1%
 - Linfocitos: 35%
 - Eosinófilos: 2%
 - Basófilos: 0.1%
- **Ecografía obstétrica:** (28/06/2018) Útero gestante conteniendo producto único vivo, provisto de actividad cardiaca cuya frecuencia es de 154 latidos por minuto, la longitud cefalocaudal de 1,72cm que responde a 8 semanas de gestación no hay signos de hematoma subcorial, Conducto cervical cerrado.
- **Impresión diagnóstica:** Embarazo confirmado de 22.5 semanas más síndrome antifosfolípido más obesidad más cesárea anterior.
- **Plan:**

- **Plan Diagnóstico:** biometría hemática, TORCH, VIH, VDRL, anticuerpo anticardiolipina, anticuerpo antifosfolípido, anticuerpo anti-beta-2glicoproteína; eco obstétrico más flujometría,
- **Plan educativo:** Informar a paciente sobre posibles complicaciones. Explicar el tratamiento que se utilizará de manera clara, junto con sus posibles efectos adversos.
- **Plan terapéutico**
 - Dieta general hipograsa
 - Aseo personal cada 24 horas
 - Ácido acetilsalicílico 100 miligramos vía oral cada 24 horas
 - Calcio carbonato 2 gramos vía oral cada 24 horas
 - Enoxaparina 60 miligramos subcutáneo cada 24 horas
 - Ferroso sulfato 100 miligramos vía oral cada 24 horas
 - Control por consulta externa en 1 mes.

Paciente acude a control por 4 ocasiones más en las que se recibe resultado de exámenes y eco obstétrico sin complicaciones, en historia clínica se encuentra nota médica que indica valores de anticuerpo antifosfolípido elevados y demás valores negativos; no refiere molestias u otra sintomatología, en todos los controles los valores de presión arterial fueron normales menores a 140/90 acompañados de proteinuria negativa; a las 31,3 semanas se coloca además betametasona 12 miligramos intramuscular cada 24 horas por 2 ocasiones para maduración pulmonar.

En control prenatal de las 37,1 semanas paciente acude refiriendo dolor abdominal tipo cólico de leve a moderada intensidad localizado en hipogastrio con irradiación a cadera y región lumbar por lo que se decide su ingreso a maternidad para terminación de embarazo.

Evolución día 1

Paciente en buenas condiciones refiere dolor abdominal de tipo dolor abdominal tipo cólico de leve a moderada intensidad localizado en hipogastrio con irradiación a cadera y región lumbar que se constata con tocometría, peso: 90 kg TA: 120/80 frecuencia cardíaca: 78 lpm frecuencia respiratoria de 20 por minuto score mama de 0, al examen físico consciente orientada hidratada afebril, abdomen; útero gestante altura uterina en 41 cm feto único vivo longitudinal, dorso derecho se realiza monitoreo fetal categoría I

actividad uterina de 1 a 2 en 10 minutos de 30 segundos frecuencia cardiaca fetal de 146 lpm, tacto vaginal no se evidencia leucorrea ni sangrado, orificio cervical externo abierto, orificio cervical interno cerrado por lo que se suspende el ácido acetil salicílico, enoxaparina y se realiza eco obstétrico del tercer trimestre que reporta feto único vivo cefálico dorso derecho frecuencia cardiaca 136 Lpm, peso estimado de 3564 +- 520 gramos, placenta anterior grado de madurez II; exámenes de laboratorio (biometría hemática, glucosa, urea, creatinina, VIH, VDRL, TGO Y TGP) con resultados normales e indicación de realizar monitoreo fetal cada 4 horas más control de signos vitales, frecuencia cardiaca fetal y actividad uterina cada media hora, se administra betametasona 12 miligramos intramuscular por 1 ocasión y se prepara a paciente para cesárea.

Evolución Día 2: paciente refiere que dolor ha aumentado en intensidad y frecuencia, TA: 120/70 frecuencia cardiaca:82 lpm, frecuencia respiratoria de 20 por minuto score mama de 0 al examen físico consiente orientada hidratada afebril, abdomen; útero gestante altura uterina en 41 cm feto único vivo longitudinal, dorso derecho se realiza monitoreo fetal categoría I actividad uterina esporádica, frecuencia cardiaca fetal de 140 lpm, tacto vaginal no se evidencia leucorrea ni sangrado, cérvix posterior dilatado 3 centímetros borrado 10 por ciento. Se realiza visita por anestesiología quien autoriza realización de cesárea confirmando retiro de anticoagulación por 24 horas.

Nota pre-quirúrgica: paciente femenino de 37 años cursando gestación de 37,2 semanas más síndrome antifosfolípido diagnosticad

o en gesta previa hace 7 años ha recibido anticoagulación durante todo el embarazo, suspende ácido acetil salicílico hace 24 horas, recibió ultima dosis de enoxaparina hace 24 horas 1 de corticoides antenatales hace 22 horas, y antibiótico profilaxis hace 1 hora. Al momento refiere dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio 8/10 con irradiación hacia región lumbosacra. Al examen físico se evidencia paciente consciente, orientada, hidratada, TA:109/70 FC: 72lpm FR: 18 por minuto SPO2: 95%, temperatura 36,5 grados centigrados, score MAMA:0 abdomen gestante, altura de fondo uterino 41 cm, feto único vivo cefálico dorso derecho, Frecuencia cardiaca fetal: 135 lpm actividad uterina esporádica, movimientos fetales presentes, monitoreo fetal electrónico categoría I, región inguinogenital: genitales externos de nulípara, no evidencia sangrado,

secreciones o hidrorrea, cérvix posterior dilatado 3 centímetros borrado 10 por ciento
Impresión diagnóstica: embarazo de 37,2 semanas + síndrome antifosfolípido +
obesidad + paridad satisfecha + labor de parto en fase latente + cesárea anterior.

Plan: cesárea + esterilización tubárica.

Nota postquirúrgica:

Diagnóstico pre quirúrgico embarazo de 37,2 semanas + síndrome antifosfolípido +
obesidad + paridad satisfecha+ cesárea anterior + labor de parto en fase latente.

Diagnóstico postquirúrgico embarazo de 37,2 semanas + síndrome antifosfolípido +
obesidad + paridad satisfecha+ cesárea anterior.

Procedimiento programado: cesárea + esterilización tubárica.

Procedimiento realizado: cesárea + esterilización tubárica.

Hallazgos:

1.- cicatriz pfannestiel previa 2.- panículo adiposo importante 3.- útero gestante, altura
de fondo uterino grande para edad gestacional 4.- segmento uterino grueso 5.- líquido
amniótico claro con grumos en elevada cantidad 6.- recién nacido vivo único cefálico,
masculino, peso: 3750gr, talla: 51cm, perímetro cefálico:35,5 cm APGAR: 8-9 Capurro:
38,5 semanas 7.- placenta fúndica posterior. 8 anexos bilaterales macroscópicamente
normales.

Complicaciones: ninguna.

Sangrado aproximado de 400 ml.

Diuresis 700 ml de orina concentrada.

Material blanco: completo.

Tipo de cirugía: limpia-contaminada.

Anestesia: raquídea.

Tiempo quirúrgico: 1 hora.

Plan:

1. Control de signos vitales+ altura fondo uterino + sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas. Score mama de acuerdo a puntaje. Control ingesta excreta.
2. Reposo absoluto.
3. Aseo perineal cada 8 horas y por razones necesarias.
4. Nada por vía oral durante 6 horas, luego dieta blanda.
5. Ringer lactato 1000ml, intravenoso a 125 ml/hora.
6. Cefazolina 1 gramo intravenoso cada 8 horas por 7 días.
7. Ketorolaco 30 miligramos intravenoso cada 8 horas.
8. Tramadol 100 miligramos intravenoso cada 8 horas, pasar diluido y lento.
9. Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas.
10. Ranitidina 50 miligramos intravenoso cada 12 horas.
11. Enoxaparina 80 miligramos intravenoso cada 12 horas, iniciar después de 12 horas.
12. Biometría hemática y tiempos de coagulación en 6 horas.
13. Novedades.
14. Apego precoz, alojamiento conjunto, lactancia materna exclusiva a libre demanda.

Nota: se retira sonda vesical después de 12 horas con gasto urinario de 0.9 ml x kg x hora

Se recibe valores de biometría hemática y tiempos de coagulación.

Hemoglobina de 13,4mg/dl, hematocrito: 39,7 mg/dl, plaquetas: 183000

TP: 9,8 TTP 26,2 INR: 0,92

Evolución Día 3: paciente en buenas condiciones cursando puerperio inmediato post cesárea por embarazo de 37,2 semanas + síndrome antifosfolípido+ obesidad + esterilización tubárica por paridad satisfecha al momento paciente refiere dolor leve en

sitio de herida quirúrgica. Al examen físico TA: 110/70, FC: 87lpm, FR: 19 spo2: 94%
Score MAMA: 0 senos turgentes secretantes no dolorosos. Abdomen presencia de herida limpia y seca cubierta por apósito, suave depresible levemente doloroso a la palpación en hipogastrio. Región inguino-genital loquios hemáticos en poca cantidad.

Paciente tolera bien dieta blanda, se suspende líquidos intravenosos y tramadol intravenoso y se agrega paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas, tras cumplir 24 horas post quirúrgico se retira apósito seco manchado de sangre en poca cantidad

Evolución Día 4: paciente en buenas condiciones cursando puerperio mediano post cesárea por embarazo de 37,2 semanas + síndrome antifosfolípido+ obesidad + esterilización tubárica por paridad satisfecha al momento paciente refiere dolor leve en sitio de herida quirúrgica. Al examen físico TA: 114/82, FC: 75lpm, FR: 19 spo2: 93%
Score MAMA: 0 senos turgentes secretantes no dolorosos. Abdomen presencia de herida limpia y seca, suave depresible levemente doloroso a la palpación en hipogastrio. Región inguino-genital loquios hemáticos en poca cantidad.

Paciente que ha cumplido 48 horas post cesárea con evolución favorable, sin presentar complicaciones se decide alta médica más indicaciones de seguimiento por centro de salud tipo b. Paciente egresa en buenas condiciones junto a su hijo.

Indicaciones de alta:

1. Dieta general.
2. Evitar relaciones sexuales por 1 mes.
3. No realizar esfuerzo físico por 1 mes.
4. Cefalexina 500 miligramos vía oral cada 6 horas por 5 días.
5. Paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas por 3 días.
6. Enoxaparina 80 miligramos subcutáneo diario por 5 días.
7. Control post parto en centro de salud.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

La OMS define como factor de riesgo a cualquier característica, rasgo o exposición de un individuo que aumente la probabilidad de sufrir alguna enfermedad o lesión.

Existen factores de riesgo que se relacionan con un aumento de la morbimortalidad de los individuos.

El síndrome antifosfolípido es considerado una enfermedad sistémica autoinmune la cual se caracteriza por la aparición de trombosis, venosas y arteriales, complicaciones obstétricas que se manifiestan con abortos recurrentes y títulos elevados de anticuerpos antifosfolípidos circulantes que son el anticoagulante lúpico, anticardiolipinas y β 2-glicoproteína I.

Dentro de los principales factores de riesgo para el desarrollo de síndrome anticuerpo antifosfolípido encontramos:

Factores genéticos: La mayoría de las enfermedades autoinmunitarias, el SAF tiene un componente genético directo, aunque no se transmite directamente de padres a hijos.

Género: El SAF se ha visto que es más común en las mujeres que en los hombres.

Trastornos del sistema inmunitario: La comorbilidad con otro trastorno autoinmune, como el lupus o el síndrome de Sjogren, aumenta el riesgo de sufrir el síndrome antifosfolípido.

Infecciones: Se ha demostrado que este trastorno es más común en personas que tienen ciertas infecciones, como la sífilis, el VIH/SIDA, la hepatitis C o la enfermedad de Lyme.

Factores de riesgo para trombofilias:

- Antecedente familiar de trombosis antes de 45 años.
- Trombosis extremidades inferiores sin etiología clara.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Ataque isquémico transitorio.
- Accidente vascular encefálico trombótico o embólico.
- Aborto recurrente de causa no explicada.
- Preeclampsia severa o inicio < 30 semanas.
- Óbito fetal de causa no explicada.
- Restricción de crecimiento intrauterino severo de causa no explicada.
- Fenómenos trombóticos y tromboembólicos neonatales.

Dentro del análisis del caso clínico se pudo constatar en los antecedentes personales de nuestra paciente la existencia de más de 3 abortos consecutivos y espontáneos sin una causa específica, además se encontró títulos elevados de anticuerpos antifosfolípidos,

además dentro de los antecedentes familiares su hermana tuvo SAF con complicaciones obstétricas. Con estos antecedentes se hizo más fácil asociar la dificultad para lograr que embarazos anteriores lleguen a término.

En las guías de práctica clínica se recomienda tener precaución con pacientes que presenten antecedentes de abortos espontáneos sin causa específica, además se recomienda un diagnóstico oportuno y seguimiento durante toda la gestación para que esta pueda llegar a término, un tratamiento adecuado es indispensable dentro de estas pacientes para evitar las complicaciones mencionadas antes.

4.3 ANALISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

4.3.1 Acceso a la atención médica

En la actualidad el acceso a la atención médica abarca casi la totalidad de población tanto urbana como rural, aunque se ha visto que en la población rural se torna más difícil por falta de conocimiento por parte de la población. En nuestro caso la paciente al darse cuenta de que por varias ocasiones sufre abortos inexplicables solicita una cita médica a la cual accede sin mayor inconveniente, sin embargo, el tiempo de espera aún es largo tomando en cuenta la cantidad de pacientes que quieren acceder a una cita de especialidad en el sistema de salud pública.

4.3.2 Acceso a citas médicas de especialidad

Para que una persona pueda acceder una cita médica de especialidad debe en primer lugar ser atendido en una unidad de primer nivel en donde se evalúa y valora la necesidad de ser referido a un nivel superior de atención, esto en cierto punto es adecuado debido a que únicamente las pacientes que en realidad necesitan ser atendidos en un nivel superior acceden a estas citas, ya que en el primer nivel de salud se debe categorizar a las pacientes de acuerdo a la complejidad de su patología y referir según el nivel de atención que cada paciente requiera, sin embargo el panorama se torna complicado cuando en unidades de primer nivel no se realiza una adecuada valoración de las pacientes y no se envían a aquellas que necesitan una atención el siguiente nivel de salud, como es el caso de nuestra paciente quien accedió a la atención médica en un primer nivel de atención y no se le dio la referencia oportuna a un segundo nivel a pesar de sus antecedentes de abortos recurrentes.

4.3.3 Atención de emergencia

La atención de emergencia dentro de las unidades de salud constituye un filtro importante para pacientes con patologías que ameritan pronta atención y que no pueden esperar por una cita médica. Un adecuado triaje contribuye a un buen funcionamiento de este servicio atendiendo así solo a pacientes que lo necesiten. En este caso nuestra paciente posterior a un sangrado que presentó durante su gestación acudió inmediatamente a emergencia en donde fue valorada y desde allí se le envió con un turno para atención por especialidad por consulta externa, reduciendo así el tiempo de espera de la paciente para un adecuado control prenatal.

4.3.4 Oportunidades de remisión

El ministerio de salud pública ofrece la posibilidad de referir a los pacientes a un nivel superior de atención en caso de que no se dispongan de los medios necesarios o el personal capacitado para resolver determinada patología, este sistema de referencia se realiza mediante la red pública de salud y se ven beneficiados los pacientes que requieren de este servicio. Si bien es cierto que en algunas ocasiones este proceso se ve retardado por la gran cantidad de pacientes, por lo que sería oportuno un paso en donde se filtren las necesidades de los pacientes y se dé prioridad según las patologías. En el caso de nuestra paciente no requirió de referencias debido a que la unidad de salud si cuenta con personal capacitado.

4.3.5 Acceso a medicación para tratamiento.

Esta patología requiere medicación anticoagulante de uso diario, la misma que sí está disponible en la unidad de salud junto con los insumos necesarios para su administración, el inconveniente es que no en todos los controles la paciente pudo adquirir la medicación por falta disponibilidad, por lo que tuvo que asumir los gastos de compra del medicamento con sus propios medios durante pocos días hasta el abastecimiento en la unidad de salud.

4.3.6 Acceso a exámenes inmunológicos.

La unidad de salud no cuenta con estos exámenes dentro de su cartera de servicios, sin embargo, estos se realizan por medio de convenios con instituciones privadas teniendo como intermediario al departamento de trabajo social lo cual facilita el acceso a dichos exámenes, pero implica demora por los trámites de tipo administrativo. En el caso de

esta paciente ella no accedió a este beneficio por decisión propia debido al tiempo necesario para llevar a cabo el proceso por lo que fue realizado de forma particular.

4.3.7 Trámites administrativos

Los trámites administrativos que se realizan dentro de la unidad que tiene como finalidad brindar ayuda a los pacientes atendiendo a sus necesidades tanto dentro como fuera del hospital, y así garantizar el bienestar de los usuarios y la cobertura de varios servicios.

4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- Investigación de posibles causas de abortos recurrentes espontáneos.
- Identificación y manejo de pacientes con títulos elevados de anticuerpos antifosfolípidos.
- No existe la cultura de las visitas pre concepcionales para estimar riesgo materno fetal y explicar posibles riesgos y complicaciones.
- Tratamiento con anticoagulantes subcutáneos durante la gestación, que requieren autoadministración y cumplimiento del régimen indicado.
- Limitada capacidad diagnóstica y de seguimiento por falta de reactivos para realización de pruebas inmunológicas como los anticuerpos antifosfolipídicos.
- Acceso a la atención médica oportuna y precoz durante el primer trimestre de gestación por retraso en captación de mujeres embarazadas.
- Identificación de comorbilidades que incrementen el riesgo del embarazo y posibles complicaciones obstétricas que dificultan que un embarazo llegue a término
- Suministro de medicación continúa para tratamiento de patologías crónicas que de no disponer el sistema público de salud resultan muy costosas de cubrir por parte del usuario.

4.5 ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- La paciente presenta abortos a repetición sin una causa específica, al no ser investigada de manera oportuna, no se pudo llegar a un diagnóstico precoz de su patología de base, sin embargo, una vez que pudo acceder a la atención médica se establece la sospecha de una enfermedad inmunológica, y confirma con la realización de exámenes complementarios.
- Una vez captada la paciente se le realizaron las pruebas necesarias para diagnosticar o descartar la patología que se sospechaba, cabe mencionar que dichos exámenes tuvieron que realizarse de manera particular ya que la unidad de salud no dispone de los medios para realizar pruebas inmunológicas; es por esto que muchas patologías no pueden ser diagnosticadas a tiempo principalmente en aquellas pacientes de bajos recursos económicos
- En el caso de la paciente se encontraron títulos elevados de anticuerpos antifosfolipídicos que junto con los criterios clínicos permitieron realizar el diagnóstico de síndrome antifosfolipídico e iniciar el manejo adecuado que permitió llevar un embarazo a término a diferencia de sus gestas anteriores.
- Al no existir la cultura de planificar un embarazo, los médicos no pueden brindar a la paciente el manejo preconcepcional adecuado para cada caso. Es así que la paciente tiene un nuevo embarazo no planificado y por lo tanto con riesgo de pérdida de la gestación; sin embargo, esta vez tuvo acceso a la atención médica y se pudo realizar controles prenatales con el manejo adecuado de su patología.
- El eco de arterias uterinas debe ser realizado con el fin de utilizarlo como predictor de preeclamsia ya que nos puede indicar placentación insuficiente y la inducción de una lesión vascular materna.
- Se confirma el diagnóstico de SAF y embarazo de la paciente por lo que se categoriza como un embarazo con alto riesgo obstétrico según la definición del MSP y se da atención prioritaria.
- Se deben realizar exámenes complementarios para identificar si existe otra patología autoinmune que pueda complicar la gestación, sin embargo en nuestra paciente esto no se pudo llevar a cabo por falta de reactivos en la unidad de salud, pero si se pudo evitar las complicaciones que conlleva el SAF con un tratamiento anticoagulante oportuno.

- Existe una captación tardía del embarazo, esto no solo por causa de sistema de salud, es un caso de alto riesgo obstétrico con antecedentes de abortos previos en conocimiento de la paciente quien también se retrasa en acudir a controles de embarazo.
- El tratamiento anticoagulante que requiere la paciente durante y después de su embarazo fue entregado por la unidad de salud por esto requiere un suministro continuo de medicación con el fin de evitar complicaciones en el embarazo; esta medicación debe ser entregada antes y hasta 6 semanas después del parto.
- El personal de salud debe capacitar a la paciente para la autoadministración de la medicación y crear conciencia de la importancia de la administración del anticoagulante y el seguimiento periódico de su embarazo para preservar su salud y la de su hijo.

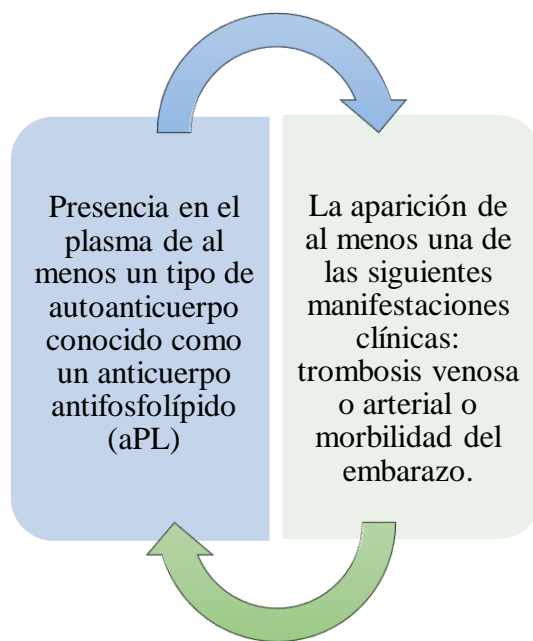
4.6 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

4.6.1 Definición

El síndrome antifosfolípido (SAF) se considera como un trastorno multiorgánico autoinmune el mismo que se identifica por eventos tromboembólicos arteriales, venosos o de vasos pequeños y morbilidad durante el embarazo en presencia de anticuerpos antifosfolípidos persistentes (aPL)¹⁵. Los aPL corresponden a un grupo heterogéneo de autoanticuerpos que tienen su acción contra proteínas de unión a fosfolípidos¹⁵. El SAF se presenta como una anomalía primaria o en conjunto de otra enfermedad autoinmune, en especial el lupus eritematoso sistémico (LES)^{15,7}.

El SAF se detalla por la presencia de dos componentes principales (figura N°1):

Figura N°1 Componentes principales del síndrome antifosfolípido.



. Vaca, J. Componentes del síndrome antifosfolípido Figura N°1
Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775316306662>

4.6.2 Epidemiología

Existen varios estudios en los cuales se intenta determinar la causa exacta de esta patología, sin embargo, en un análisis retrospectivo en donde se incluyó pacientes sin enfermedades autoinmunes descritos, los aPL estuvieron presentes en aproximadamente el 9% de los pacientes con pérdidas durante el embarazo, el 14% presentaban accidente cerebrovascular⁷, el 11% infarto de miocardio y el 10% con trombosis venosa profunda (TVP)¹⁴. Las estadísticas en Estados Unidos reportan que los aPL se asocian con 50,000

pérdidas de embarazos, 110,000 accidentes cerebrovasculares, 100,000 IM y 30,000 TVP anuales¹⁴.

4.6.3 Patogenia

La patogenia implica el resultado de una diversidad de efectos del anticuerpo antifosfolípido sobre las vías de coagulación, dentro de las que se incluyen las acciones procoagulantes con respecto a la proteína C, anexina V, plaquetas, proteasas de suero, los receptores tipo peaje, el factor tisular y la alteración de la fibrinólisis¹³. Los aPL pueden intervenir en los efectos mediante las vías de señalización como la del fosfatidilinositol 3-quinasa, además incrementan el riesgo de trombosis vascular a partir del aumento del tono vascular, lo que predispone a la aterosclerosis^{13,2}, pérdida fetal y daño neurológico.

El desarrollo de aPL se da en individuos susceptibles posterior a la exposición a agentes infecciosos o en el contexto de enfermedades reumáticas como el LES⁸. En la actualidad acerca de la patogenia del SAF se dice que una vez que están presentes los aPL, es necesario para el desarrollo del síndrome un estímulo desencadenante. Los factores para que esto se produzca son el tabaquismo, la inmovilización prolongada, el embarazo y el posparto, el uso de anticonceptivos orales, terapia de reemplazo hormonal, la malignidad, el síndrome nefrótico, la hipertensión y la hiperlipidemia^{2,8}.

4.6.4 Predisposición Genética

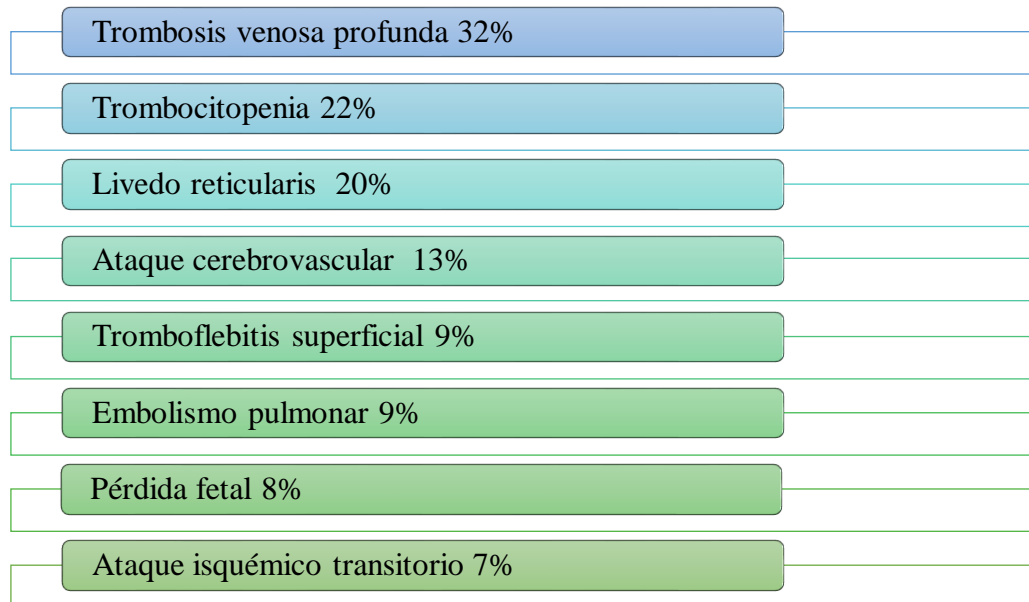
La genética juega un papel importante para el desarrollo de esta patología, entre los factores de riesgo genético se encuentra la recurrencia de mutaciones del factor de coagulación lo que produce el aumento del riesgo de trombosis asociada con el anticuerpo antifosfolípido⁶. En varios estudios se ha demostrado que el factor V Leiden, la mutación del gen de la protrombina y la resistencia a la proteína C activada se asociaron con un aumento del riesgo de tromboembolismo venoso en pacientes con aPL⁶.

4.6.5 Manifestaciones Clínicas

Dentro de las principales manifestaciones del SAF se incluyen: la trombosis arterial o venosa de pequeños vasos, complicaciones específicas del embarazo¹² que se mencionaron con anterioridad, sin embargo, existen otras características clínicas poco específicas como la trombocitopenia, ataque isquémico transitorio, el lívedo

reticularis(figura 2)^{6,12}. En ciertos casos poco comunes el SAF produce falla multiorgánica producida por trombosis de pequeños vasos, cuando esto ocurre se da la denominación de síndrome antifosfolípido catastrófico³.

Figura N°2 Manifestaciones clínicas del síndrome antifosfolípido.



Vaca J. (2019). Manifestaciones clínicas del síndrome antifosfolípido. Figura N°2
Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775316306662>

Aparte de las manifestaciones trombóticas, las complicaciones durante la gestación constituyen otra característica importante del SAF, dentro de estas complicaciones se incluyen la muerte fetal después de la décima semana de gestación, parto prematuro debido a preeclampsia grave o insuficiencia placentaria.⁴

Las pacientes con títulos positivos de aPL y que además presenten preeclampsia o síndrome de HELLP^{4,9}, se debe considerar la probabilidad de que presente un SAF catastrófico en evolución, en especial en pacientes con antecedentes de trombosis o abortos espontáneos.

La incidencia de la trombocitopenia que se observa con frecuencia va entre 22 y 42%¹¹, esta es mayor en el SAF que se asocia al LES; el grado de trombocitopenia va de leve a moderado con un recuento de plaquetas entre 100.000 y 140.000 y pocas veces se asocia con eventos hemorrágicos¹¹.

Existen casos en los que se observa hipocomplementemia en el SAF primario, equivalente a lo que se muestra en pacientes con LES¹³. En un estudio de una cohorte

que incluyó a 70 pacientes con SAF primario, la mitad tuvo niveles bajos de complemento.

4.6.6 Diagnóstico

Para sospechar que una paciente padece de SAF existen dos características clínicas principales que son:

1. Uno o más eventos tromboticos venosos o arteriales que no se pueden explicar, principalmente en pacientes jóvenes⁵.
2. Uno o más complicaciones relacionadas con la gestación, complicación que incluye muerte fetal después de la décima semana de gestación, parto prematuro debido a preeclampsia grave o insuficiencia placentaria⁵.

Cualquiera de las dos situaciones anteriores si se presenta en un paciente que además manifiesta livedo reticularis, enfermedad de la válvula del corazón o hallazgos neurológicos como déficits cognitivos y lesiones de la sustancia blanca, la sospecha diagnóstica de SAF se incrementa¹¹. También cuando existe una enfermedad autoinmune de base y se presentan las manifestaciones clínicas mencionadas se debe sospechar de SAF.

Los criterios de laboratorio aumentan la importancia diagnóstica de las características clínicas anteriores, entre ellas se incluyen la trombocitopenia leve, la prolongación de una prueba de coagulación sanguínea, o antecedentes de una prueba serológica falsa positiva para la sífilis, esta última se produce porque el antígeno de VDRL y las pruebas rápidas de reagin en plasma contiene cardiolipina⁵.

En pacientes con bajo riesgo de SAF como son los pacientes adultos mayores con tromboembolismo venoso o accidente cerebrovascular y en individuos que tienen otros factores de riesgo para tromboembolismo no se realiza la prueba de aPL¹⁸.

En pacientes sospechosos de SAF las pruebas de anticuerpos constan de inmuno ensayos para anticuerpos IgG e IgM para cardiolipina y glicoproteína beta2 y un ensayo para el fenómeno del anticoagulante lúpico (LA)¹⁰.

La detección de LA es una prueba dependiente de fosfolípidos de la hemostasia esta prueba se efectúa mediante la mezcla del plasma del paciente con plasma normal y no corrige la prueba de detección prolongada¹⁰. Con esto se suprime la probabilidad de que

la prolongación de la prueba se produzca por una deficiencia del factor de coagulación, mientras que, si la prueba de coagulación permanece prolongada posterior a la suma de plasma normal, existe un inhibidor¹⁰. La suma de exceso de fosfolípidos acorta o corrige la prueba de coagulación prolongada, esta sería la demostración de dependencia de fosfolípidos.

La asociación de los isotipos IgA de aCL y anti-beta2-GP I con la trombosis clínicamente demostrada sigue en controversia debido a que este se puede presentar en otros tipos de aPL. En nuestro medio no se realiza esta prueba en pacientes con SAF de forma rutinaria, a pesar de que en ciertos estudios de baja evidencias se menciona que en pacientes con SAF se presenta IgA de títulos altos en pruebas de laboratorio en relación con las manifestaciones clínicas¹⁰. Entonces, la utilidad se restringe a pacientes con sospecha clínica lata de SAF que presentan pruebas IgG o IgM negativos. Esta prueba debe realizarse después de un evento clínico, posterior de una prueba confirmatoria al menos 12 semanas después¹¹.

Evaluación para otras condiciones

Para realizar un diagnóstico definitivo de SAF se necesitan varios meses debido a que se realizan pruebas iniciales y confirmatorias, mientras esto ocurre se debe realizar otras pruebas adicionales para investigar otras causas posibles de los eventos clínicos¹⁸.

Entre estas se incluyen:

- Prueba de trombofilia: en este caso se mencionan las hereditarias como la mutación del factor V de Leiden, la mutación de protrombina G20210A; deficiencia de proteína S, proteína C y antitrombina; neoplasias mieloproliferativas; o hemoglobinuria paroxística nocturna^{11,5}.
- Evaluación de las citopenias inexplicadas
- Evaluación para el lupus eritematoso sistémico: los pacientes con otras características clínicas que sugieren LES también deben someterse a la evaluación apropiada para él LES. En una cohorte de 1000 pacientes con SAF, el 36% presentaba LES y el 5% un síndrome similar al lupus⁵.
- Evaluación de la trombocitopenia inducida por heparina

Criterios de SYDNEY

Estos criterios fueron creados, revisados y modificados para facilitar el diagnóstico de SAF en pacientes clínicamente sospechosos. Una serie de profesionales en el tema se reúnen en la ciudad de Sydney en 2006 para discutir del tema y llegar a un acuerdo, el mismo que se tomó en cuenta estudios publicados en varias regiones a nivel mundial para poder así universalizar estos criterios.

Tabla N°1 Criterios de SYDNEY.

Criterios de SYDNEY
Criterios clínicos (uno o más de los siguientes criterios)
Trombosis vascular: uno o más episodios de trombosis venosa, arterial o de vasos pequeños en cualquier tejido u órgano, con imágenes inequívocas o evidencia histológica de trombosis. La trombosis venosa superficial no satisface los criterios de trombosis para el APS.
Morbilidad en el embarazo: una o más muertes inexplicables de un feto morfológicamente normal a ≥ 10 semanas de gestación, o uno o más nacimientos prematuros de un neonato morfológicamente normal antes de las 34 semanas de gestación debido a eclampsia, preeclampsia o insuficiencia placentaria, o tres o más espontáneas pérdidas en el embarazo a < 10 semanas de gestación, inexplicables por anomalías cromosómicas o por causas anatómicas u hormonales maternas.
Criterios de laboratorio (uno o más de los siguientes)
Anticuerpos antifosfolípidos (aPL) en dos o más ocasiones con al menos 12 semanas de diferencia
Anticuerpos anticardiolipina IgG y / o IgM (aCL) en títulos moderados o altos (> 40 unidades de GPL o MPL, respectivamente, o un percentil de título > 99 para el laboratorio de pruebas), medidos mediante un ensayo de inmunoabsorción enzimática estandarizado (ELISA).
IgG y / o IgM anti-beta2-glicoproteína (GP) ≥ 40 unidades de GPL o MPL, respectivamente, o un percentil > 99 para el laboratorio de pruebas, medido por un ELISA estandarizado de acuerdo con los procedimientos recomendados.

Vaca J. (2019). Criterios de Sydney. Tabla N°1 Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775316306662>

Pacientes que cumplen criterios de clasificación

Se diagnostica con SAF a pacientes que presentan con los criterios de clasificación de Sapporo con SAF definido, siempre que no exista otro diagnóstico diferencial para demostrar los hallazgos clínicos⁵.

Pacientes que no cumplen los criterios de clasificación

En ocasiones, se diagnostica SAF a pacientes que no cumplen con los criterios de SYDNEY. Entre estos pacientes se incluyen individuos con trombocitopenia,

enfermedad valvular del corazón, microangiopatía trombótica renal o por lo demás con eventos clínicos relacionados con la aPL y pruebas límite de la aPL⁵. Para los casos en que no se cumple se ha formado el término SAF seronegativo (SAF-SN). Se han descrito otros anticuerpos en pacientes con SAF dirigidos contra diferentes fosfolípidos o cofactores de proteínas, como protrombina, fosfatidiletanolamina, anexina V o el complejo vimentina/cardioplipina. Dichas pruebas no se pueden realizar como cribado por la dificultad en la realización de las mismas. En estos pacientes se puede encontrar criterios mayores como trombosis arterial o venosa o morbilidad obstétrica más criterios no clasificados pero presentes en la patología (Figura 2); muchas veces esta seronegatividad conlleva a un manejo inadecuado y por ende a mayores complicaciones relacionadas con la patología¹⁰.

4.6.7 Manejo

Terapia antitrombótica

El tratamiento antitrombótico para mujeres gestantes con SAF tiene variación en dependencia de si el SAF se asocia a trombosis previa o a morbilidad del embarazo previa. Siendo así, cuando se selecciona terapia de anticoagulación durante la gestación, la heparina de bajo peso molecular (HBPM) a la heparina no fraccionada¹ es la de primera elección, evitando anticoagulantes orales como la warfarina. En los casos de trombocitopenia inducida por heparina, que raramente se produce durante el embarazo, el fondaparinux es una opción lógica⁹.

Se puede emplear ASA (ácido acetil salicílico) a dosis bajas solo o combinado con anticoagulación dependiendo de la clínica de la paciente, sin embargo, su utilidad no está clara. Un metaanálisis indica que la dosis segura podría ser de 100 a 150 mg¹¹.

Pérdida temprana o tardía

En los casos de pacientes gestantes con SAF que presentan pérdidas tardías más de una pérdida fetal más de 10 semanas de gestación o temprana más de tres pérdidas espontáneas consecutivas inexplicables de menos de 10 semanas, se recomienda el uso de ASA a dosis bajas es decir 50 a 100 miligramos durante la etapa preconcepcional y se añade heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas cuando se confirma el embarazo^{1,16}.

Se analizaron varios estudios con respecto al tema y se encontró que en tres metaanálisis de ensayos aleatorios de gestantes con SAF, el uso de ASA en combinación con heparina redujo en mayor porcentaje la morbilidad fetal. Sin embargo, la tasa de recién

nacidos vivos no varía mucho con relación a la terapia solo con ASA en donde se presentó un 42 a 80% de nacidos vivos y en la terapia combinada un 71 a 84%¹⁰.

Parto prematuro relacionado con insuficiencia uteroplacentaria

En mujeres con SAF relacionado a títulos elevados de aPL y más de un parto pretérmino de un bebe morfológicamente normal antes de las 34 semanas de gestación por preeclampsia o eclampsia asociado a insuficiencia placentaria, el tratamiento que se debe emplear es ASA a dosis bajas una vez por día iniciando al final del primer trimestre hasta el parto¹.

Pacientes con solo aPL positivo

Existen casos en se presentan mujeres gestantes únicamente con títulos elevados de aPL sin presentar criterios de clasificación para SAF, en estos se ha demostrado que más del 50% de pacientes logran llevar un embarazo sin complicaciones sin tratamiento médico⁵.

En casos de que sea necesario se puede emplear las terapias antes mencionadas como ASA solo o ASA combinado con heparina a dosis profilácticas, esta decisión se debe tomar en cuenta según el caso individual de cada paciente¹⁷.

La base para el empleo de ASA a dosis baja es que, al mismo tiempo que presenta efectos antiplaquetarios, también aumenta la producción de interleucina-3 derivada de leucocitos, que favorece el crecimiento normal de trofoblastos y la expresión de hormonas¹⁹.

Tabla N°2 Dosis profiláctica y terapéutica de Heparinas de bajo peso molecular

Nombre genérico	Dosis profiláctica		Dosis terapéutica	
	24h		12h	24h
Enoxaparina	<50 kg	20 mg	1 mg/Kg	1.5 mg/Kg
	50-90 kg	40 mg		
	>90 kg	60 mg		
Dalteparina	50-90 kg	5000 UI	100 UI/Kg	200 UI/Kg
	>90 kg	7500 UI		

Vaca J. (2019). Dosis profiláctica y terapéutica de Heparinas de bajo peso molecular Tabla N°2 Recuperado de:

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/saf-y-embarazo.html>

Tabla N°3 Recomendaciones para la prevención y el tratamiento a largo plazo de la trombosis en pacientes con AAF. Consenso e Galvestone (2010)

<p>Portadores de AAF Control estricto de los factores de riesgo cardiovascular en todos los pacientes con perfil de AAF de alto riesgo</p> <p>Profilaxis de trombosis a dosis habitual con heparina de bajo peso molecular en situaciones de riesgo como cirugía, inmovilización prolongada o puerperio</p>	<p>No determinado.</p> <p>1C</p>
<p>Tromboprofilaxis primaria en pacientes con LES y AAF Hidroxicloroquina (1) y AAS (2) a baja dosis</p>	<p>1B (1) 2B (2)</p>
<p>Tromboprofilaxis primaria en sujetos con AAF sin LES Profilaxis a largo plazo con AAS a baja dosis en pacientes con perfil de AAF de alto riesgo, especialmente en presencia de otros factores de riesgo de trombosis</p>	<p>2C</p>
<p>Tromboprofilaxis secundaria Los pacientes con SAF definido y primer evento trombótico venoso deberían recibir anticoagulación oral (INR: 2-3)</p> <p>Los pacientes con SAF definido y trombosis arterial deberían ser tratados con anticoagulación oral (INR > 3) o tratamiento combinado con antiagregación (INR: 2-3), aunque otras opciones tales como antiagregación solo o anticoagulación para INR 2-3 podrían ser opciones igualmente válidas (ausencia de consenso) Se debe prestar atención al riesgo de sangrado, previamente a recomendar anticoagulación de alta intensidad o tratamiento combinado con antiagregación</p> <p>Los pacientes con SAF no asociado a LES que presentan un primer episodio arterial cerebral no cardioembólico, con perfil de AAF de bajo riesgo y la presencia de factores de riesgo desencadenantes reversibles podrían ser considerados de modo individual como candidatos para tratamiento antiagregante</p>	<p>1B</p> <p>No determinado (ausencia de consenso)</p> <p>No determinado</p>
<p>Duración del tratamiento Los pacientes con diagnóstico definido de SAF deberían recibir tratamiento antitrombótico indefinido</p> <p>En caso de primer evento trombótico venoso, perfil AAF de bajo riesgo y factor desencadenante conocido transitorio, la anticoagulación podría limitarse a 3-6 meses.</p>	<p>1C</p> <p>No determinado</p>

Vaca J. (2019). Recomendaciones para la prevención y el tratamiento a largo plazo de la trombosis en pacientes con AAF. Consenso e Galvestone (2010) Tabla N°3 Recuperado de:
<https://www.revclinesp.es/es-avances-interes-clinico-el-diagnostico-articulo-S0014256512001865>

Monitoreo anteparto

En pacientes con SAF se deben realizar los mismos cuidados y citas prenatales que en pacientes sin SAF para un control adecuado del embarazo³, sin embargo, estudios recomiendan que estos controles se realicen con más frecuencia y menos intervalo de tiempo.

La atención prenatal de rutina incluye (Figura N°3):

Figura N° 3 Componentes de atención prenatal



1. Recuento de plaquetas de referencia, concentración de creatinina en suero, relación proteína de creatinina en orina, ALT y AST para comparación en el caso de SAF activo u otras complicaciones más adelante en el embarazo.



1. Detección de anticuerpos anti-Ro y anti-La. Si hay un autoanticuerpo relacionado con el lupus, también puede haber otro, y estos anticuerpos tienen implicaciones para el feto.



El monitoreo, la evaluación y el manejo del bloqueo cardíaco fetal se revisan por separado.



La ecografía antes de las 20 semanas de gestación. También se realiza ecografías en serie aproximadamente cada cuatro semanas a partir del segundo trimestre o principios del tercer trimestre para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico.



Semanalmente o dos veces por semana. Pruebas sin estrés o puntuación del perfil biofísico comenzando a las 32 semanas de gestación debido al aumento del riesgo de muerte fetal antes del parto.

Vaca J. (2019). Componentes de atención prenatal. Figura N°3. Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775316306662>

Labor de parto y parto

En un embarazo sin complicaciones y con buena adherencia al tratamiento se debe programar la terminación del embarazo a las 39 semanas¹ para poder realizar la interrupción del antitrombótico. El SAF no se considera como contraindicación para parto vaginal. El parto vaginal es forma de elección para terminar el embarazo, por el riesgo de trombosis del doble que presenta la cesárea. Esta decisión se tomara teniendo en cuenta las indicaciones obstétricas de la paciente.¹⁵

La anticoagulación en pacientes que reciben como terapia antitrombótica heparina de bajo peso molecular se debe modificar a dosis terapéuticas de heparina no fraccionada a las 36 a 37 semanas para poder aprovechar la vida media que es más corta de este último fármaco, con esto se hace posible administrar anestesia epidural y se disminuye el sangrado relacionado¹. Se recomienda que la anestesia se coloque con un intervalo de 24 horas entre la última dosis de heparina⁹.

En cuanto al ASA es posible suspenderse en cualquier momento posterior a las 36 semanas de gestación en mujeres que no tienen antecedentes de trombosis. La supresión del ASA se debe realizar de 7 a 10 días antes del parto para evitar el aumento del sangrado perioperatorio. Sin embargo, en gestantes con antecedentes de complicaciones trombóticas arteriales graves se debe continuar el ASA durante el trabajo de parto y el parto debido a que su beneficio de prevenir las complicaciones arteriales es mayor que el riesgo de hemorragia leve incisional¹⁹.

Posparto

La anticoagulación que deben seguir las pacientes con SAF se puede reiniciar de cuatro a seis horas después del parto vaginal o de seis a doce horas después del parto por cesárea⁵, esto no será posible si exista una hemorragia significativa o un riesgo de hemorragia significativa. La heparina y la warfarina no están contraindicadas en madres lactantes¹⁰.

Falla de tratamiento

En las pacientes con SAF obstétrico tratadas con ASA a bajas dosis y heparina de bajo peso molecular se puede requerir el uso de otros fármacos adicionales debido a que las terapias convencionales no evitan el riesgo obstétrico en el 20% de los casos¹.

La hidroxiquina que es un antimalárico, en estudios se observa que puede reducir los niveles de aPL. Sobre el tema no existen datos de alta calidad, sin embargo, los datos disponibles de estudios retrospectivos en humanos y animales experimentales sugieren que la hidroxiquina podría beneficiar a los pacientes con SAF. Este fármaco tiene su efecto de acción en tres meses posteriores a iniciar su tratamiento, por lo que este debería darse antes de que se produzca el embarazo¹.

4.6.8 Pronóstico

El SAF se asocia con un aumento de la morbimortalidad materno-fetal. En un estudio multicéntrico prospectivo de 1000 pacientes con SAF se encontró una tasa de supervivencia disminuida del 90,7% a los 10 años¹⁹. Las principales causas de muerte durante los 10 años de seguimiento incluyeron trombosis 31%, sepsis 27%, malignidad 14%, hemorragia 11%, afectación sistémica del lupus eritematoso 8% y SAF catastrófico 5%¹⁶.

La presencia aPL en el suero de pacientes con LES se ha identificado como un importante factor de riesgo que es independiente de muerte prematura¹. Esto se demostró en un estudio observacional de 667 pacientes con LES, de los cuales 49 murieron, con un mayor riesgo de muerte prematura en pacientes con aPL, trombocitopenia y oclusión arterial¹⁰.

En varios estudios prospectivos, el anticoagulante lúpico parece ser el principal factor predictivo de un mal pronóstico del embarazo en mujeres con SAF. El número de diferentes especificidades de aPL también parece ser un factor pronóstico²⁰. Por ejemplo, en un estudio de cohorte retrospectivo multicéntrico de 750 embarazos únicos con SAF primario tratado con ASA en dosis bajas y heparina de bajo peso molecular profiláctica en el primer trimestre, la incidencia de nacidos vivos fue del 80% en el 7% de las mujeres con anticoagulante lúpico solamente, el 56% en el 61% de las mujeres con anticuerpos anticardiolipina solamente, el 48% en el 17% de pacientes con anti-beta-2 glicoproteína-I solo, el 43% en el 12% de las mujeres con anticardiolipina y los anticuerpos anti-beta-2 glicoproteína I pero lupus anticoagulante negativo y el 30% en el 3% de las mujeres con los tres aPL¹⁹.

4.7 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Cuadro 1. Oportunidades de mejora

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Responsables	Nivel
Acceso limitado o tardío a la atención de salud de segundo y tercer nivel por saturación de las unidades	Contratación de médicos familiares en el primer nivel de salud que puedan brindar atención de casos específicos y referir aquellos de mayor complejidad		
Limitada capacidad de realización de pruebas diagnósticas de las unidades de salud	Destinar una mayor cantidad de recursos económicos para la implementación de áreas de imagen y laboratorio necesarios para realización de exámenes.		
Falta de control preconcepcional y planificación del embarazo	Realizar charlas educativas en zonas urbanas y rurales poniendo énfasis en captar a la mayor cantidad de mujeres en edad fértil.		
Realización de una Historia Clínica adecuada	Capacitar al personal de Salud sobre el llenado correcto de la historia clínica sin omitir datos que son importantes para el diagnóstico de determinadas patologías.		
Unidades de primer nivel con personal capacitado	Realizar jornadas de capacitación y actualización para el personal que labora en unidades de primer nivel con el fin de que se pueda realizar una referencia precoz de la mujer que cursa un embarazo de alto riesgo y en caso de no ser así poder brindar un manejo adecuado de determinadas patologías hasta el momento en el que se consiga la referencia al siguiente nivel de atención.		
Falta de personal especializado	Realizar la contratación de personal especializado para una adecuada recepción del paciente, diagnóstico y tratamiento, ya que la mayoría de patologías requieren un manejo interdisciplinario y sería adecuado que dicho manejo se realice en la misma unidad de salud.		

5 CONCLUSIONES

1. El síndrome antifosfolípido es una patología poco frecuente, que se relaciona a otras patologías autoinmunes, en muchas ocasiones no diagnosticado por falta de conocimiento acerca del tema, entre las manifestaciones clínicas del síndrome antifosfolípido se encuentran los eventos trombóticos una o más veces y las pérdidas tempranas o tardías durante el embarazo antes de las 34 semanas, todo esto más la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aPL) en dos o más ocasiones con al menos 12 semanas de diferencia más Anticuerpos anticardiolipina IgG y / o IgM (aCL) > 40 unidades medidos mediante Elisa y IgG y / o IgM anti-beta2-glicoproteína (GP) I > 40 unidades.
2. Hay que tener en cuenta ciertos factores de riesgo para presentar complicaciones como el daño orgánico irreversible, trombosis previa, anticoagulante lúpico y triple positividad de los anticuerpos antifosfolipídicos, todo lo anterior predispone a presentar complicaciones como trastornos hipertensivos por mala implantación placentaria, eventos trombóticos que se ven aumentados de 3 a 4 veces durante la gestación y la complicación más peligrosa para el bienestar materno fetal, el síndrome antifosfolipídico catastrófico presente solo en el 1% de las paciente que conlleva a daño multiorgánico por micro coagulación angiopática.
3. Es ideal el manejo preconcepcional de esta patología con dosis bajas de ácido acetilsalicílico entre 50 y 100 miligramos, y durante el embarazo añadir heparina de bajo peso molecular (HBPM) en dosis profiláctica o terapéutica dependiendo de los antecedentes de cada paciente, para evitar complicaciones maternas y/o fetales. A partir de la semana 36 se recomienda cambiar a heparina fraccionada y suspender el ácido acetyl salicílico 7 a 10 días antes de la finalización del embarazo principalmente en caso de cesárea y tener en cuenta el seguimiento postparto de por lo menos 6 semanas junto con la administración de anticoagulantes de acuerdo a las características clínicas y de laboratorio para prevenir complicaciones.

4. En el primer nivel de atención uno de los puntos críticos es el diagnóstico tardío de la patología debido al poco conocimiento que se tiene de la misma y por lo tanto no se establece como sospecha diagnóstica, esto sumado a la falta de datos estadísticos que permitan determinar la incidencia del síndrome antifosfolípido en el Ecuador, además la falta de métodos diagnósticos en laboratorio por lo que es necesaria la referencia a unidades de mayor complejidad para llegar a un diagnóstico oportuno.
5. En el caso de las pacientes con diagnóstico establecido de SAF que cursan un embarazo el manejo en el primer nivel debe darse con un control prenatal estricto, realización de exámenes para descartar patologías concomitantes como preeclampsia y posibles eventos trombóticos; y referencia oportuna a un nivel superior para el manejo multidisciplinario de la paciente hasta la finalización de embarazo.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6.1 BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera, D. M. A. C., Rodríguez-Jaimes, C., Acevedo-Gallegos, S., Gallardo-Gaona, J. M., Velazquez-Torres, B., & Ramírez-Calvo, J. A. (2017). Controversias del síndrome de anticuerpos antifosfolípidicos en obstetricia. *Reumatología Clínica*, 13(1), 30-36. Obtenido desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X16300419>
2. Cáliz, R. C., del Campo Fontecha, P. D., Izquierdo, M. G., Longo, F. J. L., Zamora, M. Á. M., Ortiz, A. S., ... & Pérez, E. C. C. (2019). Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre síndrome antifosfolípido primario. Parte I: Diagnóstico, evaluación y tratamiento. *Reumatología Clínica*. Obtenido desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X18302547>
3. Chighizola, C. B., Andreoli, L., de Jesus, G. R., Banzato, A., Pons-Estel, G. J., & Erkan, D. (2015). The association between antiphospholipid antibodies and pregnancy morbidity, stroke, myocardial infarction, and deep vein thrombosis: a critical review of the literature. *Lupus*, 24(9), 980–984. Obtenido desde: <https://doi.org/10.1177/0961203315572714>
4. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, A. (2012). Practice Bulletin No. 132: Antiphospholipid syndrome. *Obstetrics and gynecology*, 120(6), 1514. Obtenido desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=23168789>
5. Cruz-Contreras, D. G. (2016). Síndrome de anticuerpos antifosfolípidicos; patogénesis, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Hematología*, 17(4), 256-261. Obtenido desde: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69413>
6. Efthymiou M, Arachchillage DRJ, Lane PJ, et al. Antibodies against TFPI and protein C are associated with a severe thrombotic phenotype in patients with and without antiphospholipid syndrome. *Thromb Res* 2018; 170:60. Obtenido desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30121005>
7. Escalona, A. M., Pozo, Y. O., & Pupo, R. R. (2017). Síndrome Antifosfolípido. Avances de interés clínico en su diagnóstico y tratamiento. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 13(1), 1-45. Obtenido desde: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/436>
8. Forastiero, R. (2016). Diagnóstico de laboratorio de anticuerpos antifosfolípidos/2016. *Acta bioquímica clínica latinoamericana*, 50(2). Obtenido desde: <https://www.redalyc.org/html/535/53549261010/>
9. Gallo-Vallejo, J. L., Naveiro-Fuentes, M., Puertas-Prieto, A., & Gallo-Vallejo, F. J. (2017). Prevención del tromboembolismo venoso durante el embarazo y el puerperio en Atención Primaria y Especializada. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 43(6), 450-456. Obtenido desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359316301988>
10. Hughes, G. R. V., & Khamashta, M. A. (2019). ‘Seronegative antiphospholipid syndrome’: an update. *Lupus*, 28(3), 273–274. Obtenido desde:

https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0961203319826358?rfr_dat=cr_p ub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=lupa

11. López, Á., Pante, B., Pereira, L., Páez, A., Tovar, O., Ramírez, M., ... & CIADANA, A. D. A. D. N. A. (2016). LESIONES ESTROMALES Y TROFOBLÁSTICAS EN VELLOSIDADES PLACENTARIAS DE GESTANTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN TERAPIA ANTITROMBÓTICA. *Electronic Journal of Biomedicine*, (2). Obtenido desde: <https://www.biomed.uninet.edu/2016/n2/lopez.html>
12. Meroni, P. L., Chighizola, C. B., Rovelli, F., & Gerosa, M. (2014). Antiphospholipid syndrome in 2014: more clinical manifestations, novel pathogenic players and emerging biomarkers. *Arthritis research & therapy*, 16(2), 209. doi:10.1186/ar4549 Obtenido desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4060447/>
13. Pablo, R. D., Muñoz, P., López-Hoyos, M., Calvo, V., Riancho, L., & Martínez-Taboada, V. M. (2017). Trombocitopenia como factor de riesgo trombótico en pacientes con anticuerpos antifosfolipídicos sin criterios de enfermedad. *Medicina Clínica*, 148(9), 394-400. Obtenido desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775316306662>
14. Rodríguez Pérez, L., Castillo González, D., Cabrera Payne, Y., & Tejada González, M. (2015). Síndrome antifosfolípido en mujeres con pérdidas recurrentes de embarazo: diagnóstico de laboratorio. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 31(4), 340-348. Obtenido desde: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63109>
15. Servei de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona. (2017). Síndrome antifosfolipídico y embarazo. *Protocolo medicina fetal Barcelona*, 1-15. Obtenido desde: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/saf-y-embarazo.html>

6.2 BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

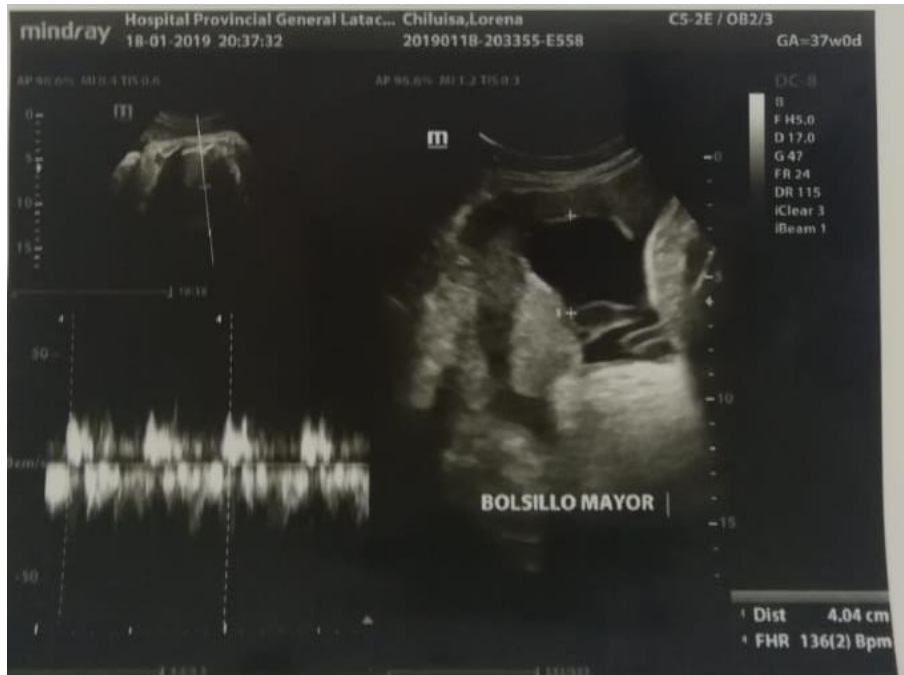
16. Antovic, A., Sennström, M., Bremme, K., & Svenungsson, E. (2018). Obstetric antiphospholipid syndrome. *Lupus Science & Medicine*, 5(1) doi: <http://dx.doi.org/10.1136/lupus-2016-000197>
17. Begum, N., Ganguly, S., & Islam, F. (2015). Antiphospholipid syndrome in pregnancy. *Journal of Bangladesh College of Physicians & Surgeons*, 33(2), 86-90. doi: <http://dx.doi.org/10.3329/jbcps.v33i2.28041>
18. Jose, O. L., Udry, S., Wingeyer, S. P., Diego Fernández Romero, Micone, P., & de Larrañaga, G. (2018). What is the best time to assess the antiphospholipid antibodies (aPL) profile to better predict the obstetric outcome in antiphospholipid syndrome (APS) patients? *Immunologic Research*, 66(5), 577-583. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12026-018-9024-5>
19. Mayer-Pickel, K. (2018) The antiphospholipid syndrome - The obstetric point of view *Zeitschrift für Gefassmedizin*, 15(4), pp. 9-13. Obtenido desde: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85057974464&origin=resultslist&sort=plf->

[f&src=s&st1=antiphos&st2=&sid=515c3dacea7d99adfc57352a152cf8c1&sot=b
&sdt=b&sl=23&s=TITLE-ABS-
KEY%28antiphos%29&relpos=0&citeCnt=0&searchTerm=](https://search.proquest.com/docview/2216140166/548DCCF92EC442DAPQ/2?accountid=36765)

20. Tektonidou, Maria G; Andreoli, Laura; Limper, Marteen; Tincani, Angela; Ward, Michael M. RMD Open; London Tomo 5, N.º 1, (2019). Management of thrombotic and obstetric antiphospholipid syndrome : a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. Obtenido desde:
[https://search.proquest.com/docview/2216140166/548DCCF92EC442DAPQ/2?
accountid=36765](https://search.proquest.com/docview/2216140166/548DCCF92EC442DAPQ/2?accountid=36765)

7 ANEXOS

Anexo 1 ECOGRAFÍA DE TERCER TRIMESTRE



Feto único vivo cefálico dorso derecho movimientos activos espontaneos, frecuencia cardiaca 136 Lpm

Bionetria fetal: DBP 9.3 cm CC 33,1 CA 35 cm LF 7,5 cm

Peso estimado:3564 +- 520 gramos

Placenta anterior grado de madurez II

Líquido amniótico en adecuada cantidad

Bolsillo mayor 4 centímetros

Anexo 2 ÁCIDO ACETILSALICÍLICO

ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	
Indicación	Prevención de preeclampsia – eclampsia
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral de 100 mg
Dosis	100 mg vía oral desde la semana 12 hasta el parto
Precauciones	Asma o antecedentes de hipersensibilidad a otros AINE Descontinuar la terapia si se presenta tinitus Historia de úlcera péptica, hipoclorhidria, hipoprotrombinemia, tirotoxicosis, deficiencia de vitamina K, litiasis renal
Contraindicaciones	Absolutas: sangrado gastrointestinal, anemia hemolítica, lactancia materna, pólipos nasales asociados con asma. Relativas: apendicitis, asma, diarrea crónica, obstrucción intestinal, deshidratación gastritis erosiva, hipoparatiroidismo
Efectos adversos	Frecuentes: náusea, vómito, dispepsia, dolor abdominal, hemorragias, urticaria, sangre oculta en las heces, tinitus, mareo, hiperuricemia Poco frecuente: sangrados severos y perforaciones gastrointestinales, trombocitopenia, anemia por deficiencia de hierro, anafilaxia, broncoespasmo, angioedema, leucopenia, hepatotoxicidad con altas dosis de ASA, nefrotoxicidad, salicilismo
Uso en el embarazo	Categoría D. Se ha reportado

	malformaciones fetales con su uso especialmente en el 1er trimestre. Su utilización en el 3er trimestre produce prolongación del embarazo y postmadurez, por inhibición de la síntesis de prostaglandinas. Aumenta el riesgo de sangrado en la madre y en el neonato. Hay riesgo de cierre prematuro del conducto arterioso en el neonato, con hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca
Uso en la lactancia	Los salicilatos y sus metabolitos pasan a la leche materna en pequeñas cantidades. Puesto que hasta ahora no se han observado efectos adversos en el infante después de un consumo ocasional, la interrupción del amamantamiento es usualmente innecesaria. Sin embargo, frente al uso regular o a la ingesta de dosis altas, el amamantamiento debe ser suspendido tempranamente. El ácido salicílico pasa a la leche materna y cruza la placenta

Anexo 3 CALCIO

CALCIO	
Indicación	Prevención de preeclampsia – eclampsia
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral de 500 mg
Dosis	1000 mg vía oral diaria durante todo el embarazo
Precauciones	En pacientes con deterioro de la función renal o cuando existe una tendencia

	evidente a la formación de cálculos urinarios, en el tratamiento de pacientes con patología cardiovascular, la administración oral de calcio en combinación con vitamina D puede intensificar el efecto de los glucósidos cardíacos.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al carbonato cálcico, colecalciferol. Hipercalcemia: niveles de calcio anormalmente elevados en sangre. Hipercalciuria: eliminación de calcio anormalmente elevada en orina. Litiasis cálcica, calcificación tisular. Insuficiencia renal crónica. Inmovilización prolongada acompañada por hipercalciuria y/o hipercalcemia.
Efectos adversos	Estreñimiento, flatulencia, náuseas, dolor abdominal y diarrea, Prurito, exantema y urticaria
Uso en el embarazo	Su uso como suplemento vitamínico y mineral durante el embarazo y la lactancia no está indicado, ya que la dosis diaria recomendada de vitamina D no debe superar las 600UI/día. Sin embargo, la utilización de este preparado en mujeres embarazadas o lactantes en situación de deficiencia nutricional establecida de calcio y vitamina D queda bajo criterio médico
Uso en la lactancia	La vitamina D y sus metabolitos pasan a la leche materna pasan a la leche materna en pequeñas cantidades. Puesto que hasta ahora no se han observado efectos

	adversos en el infante después de un consumo ocasional, la interrupción del amamantamiento es usualmente innecesaria. Sin embargo, frente al uso regular o a la ingesta de dosis altas, el amamantamiento debe ser suspendido tempranamente
--	---

Anexo 4 HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR

HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR	
Indicación	Prevención de trombosis
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 40000 y 60000 unidades
Dosis	40000 o 60000 unidades subcutáneo diario durante todo el embarazo y 6 semanas postparto
Precauciones	No administrar por vía intramuscular. Al igual que otros anticoagulantes, la inyección de enoxaparina debe usarse con extrema precaución en las situaciones con aumento de riesgo de hemorragia, tales como alteraciones de la coagulación, insuficiencia hepática, historia de úlcera péptica, hipertensión arterial grave no controlada, retinopatía hipertensiva o diabética, anestesia espinal o epidural, permanencia de catéteres intratecales o post-operatorio inmediato oftalmológico o neurológico.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a la enoxaparina. - Hipersensibilidad a la heparina o sustancias de origen porcino. -

	<p>Hemorragias activas. -Historia de trombocitopenia o trombosis secundaria a la enoxaparina. -Endocarditis séptica. - Lesiones orgánicas que puedan determinar hemorragia, como la úlcera péptica activa y el ictus hemorrágico no debido a embolismo sistémico. - Trastornos hemorrágicos importantes ligados a alteraciones de la hemostasia, salvo la coagulación intravascular diseminada no relacionada con la heparina. -En pacientes que reciban heparina con fines de tratamiento y no de profilaxis, está contraindicada la utilización de anestesia regional en las intervenciones quirúrgicas programadas.</p>
<p>Efectos adversos</p>	<p>Hemorragia, Trombocitopenia, Irritación local, Raras manifestaciones alérgicas, cutáneas o generales. En algunos casos, su existencia debe conducir a la detención del tratamiento. -Se han comunicado aumentos asintomáticos y reversibles de niveles de enzimas hepáticas. -Entre los efectos secundarios asociados a tratamiento con heparina no fraccionada, la caída de cabello y la cefalea se han comunicado excepcionalmente con enoxaparina. Igualmente, el riesgo de osteoporosis no se puede excluir, en caso de tratamiento prolongado. -Muy raramente, se han comunicado casos de hematomas espinales y epidurales asociados al uso</p>

	profiláctico de heparina en el contexto de un procedimiento anestésico –epidural
Uso en el embarazo	<p>Categoría B. Los estudios realizados en el animal no han mostrado evidencia de acción teratógena o fetotóxica. En la rata preñada, el paso de 35S-enoxaparina a través de la placenta hasta el feto es muy limitado. En la mujer embarazada no hay ninguna evidencia de que la enoxaparina atraviese la barrera placentaria durante el segundo y el tercer trimestre de la gestación. Por prudencia y por falta de experiencia, se desaconseja la utilización de la enoxaparina durante el primer trimestre del embarazo. Si se realiza una anestesia epidural, el tratamiento con enoxaparina debe ser interrumpido.</p>
Uso en la lactancia	<p>En la rata, durante el periodo de lactancia, la concentración de 35S-enoxaparina en la leche es muy baja. No se sabe si la enoxaparina se excreta en la leche humana, en las madres durante el periodo de lactancia. Por tanto, en este periodo, las madres no deben proceder a la lactancia materna, si están bajo tratamiento con enoxaparina.</p>