



# UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA

## **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. PERÍODO 2017-2019. CUENCA 2020.**

Proyecto de investigación previo a  
La obtención del título de Médico

### **AUTORES**

Alejandra Stephanie Pazmiño Ruiz

C.I: 0201934478

Correo electrónico: ale\_pazmino@hotmail.com

Edgar Eduardo Castillo Cevallos

C.I: 0302398326

Correo electrónico: edgar.castillo@ucuenca.edu.ec

### **DIRECTOR**

Dr. Manuel Jaime Ñauta Baculima

C.I: 0101835700

**CUENCA - ECUADOR  
07- Julio-2021**



## RESUMEN

**Antecedentes:** el Síndrome antifosfolipídico, es una trombofilia adquirida mediada por anticuerpos antifosfolipídicos, afecta mayormente a mujeres entre los 30 a 40. Si se presenta durante el embarazo, sin antecedente previo de trombosis, se denomina síndrome antifosfolipídico obstétrico.

**Objetivo general:** determinar las características epidemiológicas del síndrome antifosfolipídico en embarazadas del Hospital José Carrasco Arteaga, período 2017-2019. Cuenca, 2020.

**Metodología:** se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Mediante una revisión retrospectiva de 4302 historias clínicas de gestantes, que acudieron al Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga durante el periodo 2017-2019, con síndrome antifosfolipídico.

**Resultados:** el síndrome antifosfolipídico en pacientes embarazadas, tiene una tasa de prevalencia es de 2 por cada 1000 embarazadas en un período de 3 años. De 10 pacientes se observa: el 60% tiene entre 20 a 35 años con un promedio de 31.9. La Anti beta 2 glicoproteína se manifestó en un 50% y junto con las anticardiolipinas un 20%. El 50% presentó abortos espontáneos como criterio. El 20% recibió ácido acetil salicílico y tuvo un parto normal. Del 50% de pacientes que no recibieron tratamiento una terminó en aborto.

**Conclusiones:** el Síndrome Antifosfolipídico tuvo poca prevalencia y se presentó en un rango de edad entre los 20 a 35 años. El antecedente ginecoobstétrico más frecuente fue el de al menos una gesta previa, seguido por al menos un aborto previo que se considera como un criterio clínico. El tratamiento de elección fue el ácido acetil salicílico.

**Palabras clave:** Síndrome antifosfolipídico. Anticuerpos antifosfolipídicos. Aborto recurrente. Enfermedades autoinmunitarias.



## ABSTRACT

**Background:** Antiphospholipid syndrome, is an acquired thrombophilia mediated by antiphospholipid antibodies, it affects mostly women between 30 and 40. If it occurs during pregnancy, without a previous story of thrombosis, it is called obstetric antiphospholipid syndrome.

**General objective:** determine the epidemiological characteristics of antiphospholipid syndrome in pregnant women at the José Carrasco Arteaga Hospital, period 2017-2019. Cuenca, 2020.

**Methodology:** a descriptive cross-sectional study was carried out through a retrospective review of 4302 clinical records of pregnant women, who attended the José Carrasco Arteaga Specialty Hospital during the period 2017-2019, with antiphospholipid syndrome.

**Results:** antiphospholipid syndrome in pregnant patients has a prevalence rate of 2 per 1000 pregnant women in a period of 3 years. Of 10 patients observed: 60% are between 20 to 35 years old with an average of 31.9. Anti beta 2 glycoprotein was manifested in 50% and with anticardiolipins in 20%. 50% presented spontaneous abortions. 20% received acetylsalicylic acid and had a normal delivery. Of 50% of patients who did not receive treatment, one ended in abortion.

**Conclusions:** Antiphospholipid Syndrome had a low prevalence and appeared in an age range between 20 to 35 years. The most frequent gynecological and obstetric story was one previous pregnancy, followed by at least one previous abortion, which is considered a clinical criterion. The treatment of choice was acetylsalicylic acid.

**Key words:** Antiphospholipid syndrome, Antiphospholipid antibodies, Recurrent abortion, Autoimmune diseases.



## Contenido

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CAPITULO I.....	13
INTRODUCCIÓN.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS.....	14
CAPITULO II.....	16
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	16
Diagnóstico .....	17
Tratamiento .....	18
CAPITULO III.....	20
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	20
Objetivo general.....	20
Objetivos específicos.....	20
METODOLOGÍA.....	21
Tipo de estudio y diseño general.....	21
VARIABLES.....	21
Se describen las variables a estudiar agrupadas en la siguiente forma:.....	21
Operacionalización de variables (Anexo 1) .....	21
Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación .....	21
ÁREA DE ESTUDIO.....	21
POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	21
Criterios de inclusión y exclusión .....	21
Procedimientos para la recolección de información, instrumentos y métodos para el control y calidad de los datos .....	22
Técnica de observación.....	22
Procedimiento .....	22
Instrumento de recolección de datos: .....	22
Formulario (Anexo 1) .....	22
PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS .....	22
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	23
Métodos y modelos de análisis de los datos.....	23
Aspectos éticos.....	23
CAPÍTULO IV .....	24
RESULTADOS .....	24
Frecuencia por edad.....	24



Frecuencia por residencia .....	25
Frecuencia por nivel de instrucción .....	25
Frecuencia por edad gestacional .....	25
Frecuencia por antecedentes obstétricos .....	26
Frecuencia por métodos de diagnóstico por anticuerpos: .....	27
Frecuencia por evolución del embarazo con tratamiento .....	28
Frecuencia por evolución del embarazo con tratamiento. ....	29
Frecuencia por abortos y evolución del embarazo. ....	29
CAPÍTULO V .....	31
Discusión .....	31
CAPÍTULO VI .....	33
Conclusiones y Recomendaciones .....	33
Recomendaciones:.....	33
ÍNDICE DE TABLAS.....	35
Bibliografía.....	36
ANEXO 1: Definición de las variables.....	38
ANEXO 2: Formulario.....	39



**Cláusula de Licencia y Autorización para la Publicación en el Repositorio**

**Institucional:**

Edgar Eduardo Castillo Cevallos con numero de cedula 0302398326, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. PERÍODO 2017-2019. CUENCA, 2020", de conformidad con el Ar. 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, REACTIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 7 de julio del 2021

---

Edgar Eduardo Castillo Cevallos

CI: 0302398326



**Cláusula de Propiedad Intelectual**

Edgar Eduardo Castillo Cevallos con numero de cedula 0302398326, autora del proyecto de investigación "CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. PERÍODO 2017-2019. CUENCA, 2020", certifico que todas las ideas opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Cuenca, 7 de julio del 2021

---

Edgar Eduardo Castillo Cevallos

CI: 0302398326



**Cláusula de Licencia y Autorización para la Publicación en el Repositorio  
Institucional:**

Alejandra Stephanie Pazmiño Ruiz con numero de cedula 0201934478, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. PERÍODO 2017-2019. CUENCA, 2020", de conformidad con el Ar. 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, REACTIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 7 de Julio del 2021

Alejandra Stephanie Pazmiño Ruiz

CI: 0201934478



**Cláusula de Propiedad Intelectual**

Alejandra Stephanie Pazmiño Ruiz con numero de cedula 0201934478, autora del proyecto de investigación "CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. PERÍODO 2017-2019. CUENCA, 2020", certifico que todas las ideas opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Cuenca, 7 de Julio del 2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Alejandra P.', written over a horizontal line.

Alejandra Stephanie Pazmiño Ruiz

CI: 0201934478



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco en primer lugar a mi familia: a mi hermana Adriana, mi tía y madrina Magdalena Ruiz por estar siempre pendientes de mí y sobre todo a mi madre Flor, quienes con todo su cariño y apoyo me han dado fuerzas en los momentos más difíciles. A mis docentes, quienes han creído en mí y me han brindado los conocimientos necesarios para afrontar los retos profesionales que se vienen. También a mis compañeros, con quienes he compartido los momentos más difíciles dentro de la carrera y de quienes he aprendido mucho no solo de conocimientos, si no de valores.

Alejandra Stephanie Pazmiño



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi Padrino; Manuel Ortega que siempre creyó en mí para lograr todo lo que me he propuesto, sin él, mi presente sería otro. Agradezco a María Fernanda Espinoza por darme ese impulso y siempre velar por mí, tan cercana como mi familia.

A mi madre Marisol y mi hermano Kevin por estar pendientes de mí. Y sobre todo Gracias a mis maestros que guiaron mi formación, y a mis amigos que esta carrera me regaló. Los llevo a todos en mi corazón.

Edgar Eduardo Castillo Cevallos



## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a mi madre Flor Ruiz por su esfuerzo para educarme, a mi tía Magdalena Ruiz y a mi hermana por ser más que una hermana, por ser como una segunda mamá. A mi Boo querida que ha sido mi compañera durante todo este camino.

Alejandra Stephanie Pazmiño Ruiz



## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi padrino, que más que eso fuiste un padre, el mejor. Y a mis mascotas; Copo y Kyra, por estar conmigo siempre en esas largas noche de estudio.

Edgar Eduardo Castillo Cevallos



## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN

El síndrome antifosfolipídico (SAF) es una entidad mediada por auto anticuerpos que se caracteriza por trombosis arterial o venosa y manifestación en el embarazo por lo que afecta principalmente a mujeres. El síndrome puede presentarse solo (primario) o acompañado (secundario) a otras enfermedades auto inmunitarias; en especial el lupus eritematoso sistémico (1). El síndrome antifosfolipídico afecta a las mujeres en una relación 5:1 con respecto a los hombres, y con un diagnóstico habitual entre los 30 y 40 años de edad (2).

Se denomina como síndrome antifosfolipídico obstétrico (SAFO), cuando una mujer que presenta anticuerpos antifosfolipídicos en sangre, desarrolla morbilidad obstétrica luego de quedar embarazada, sin que exista trombosis arterial o venosa previa. Esta entidad es asociada a una amplia gama de complicaciones obstétricas que por lo general son: insuficiencia placentaria, aborto recurrente, óbito fetal, preeclampsia grave precoz, restricción del crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta y partos prematuros (3).

El síndrome antifosfolipídico es considerado una trombofilia adquirida, siendo la causa conocida más frecuente de pérdidas recurrentes durante el embarazo y de complicaciones obstétricas de origen vascular (4). Estudios han demostrado que entre 8-20 % de los embarazos se pierden en las primeras 20 semanas particularmente antes de la semana 12 en la cual ocurre 80 % de dichas pérdidas(5).

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la población general existe una prevalencia de anticuerpos antifosfolipídicos del 1 a 5%, pero solo una minoría desarrolla el SAF. Entre el 40 a 50% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico presentan SAF (6).

En mujeres embarazadas y con SAF, las pérdidas recurrentes del producto, suelen ser un hallazgo frecuente de entre el 8 al 42% (7). El mecanismo por el cual ocurre esto, se desconoce, pero se cree que se da por la unión de los anticuerpos antifosfolipídicos a



las células trofoblásticas lo cual provocaría defectos en la placentación. Los anticuerpos vinculados con la manifestación del síndrome son: el anticoagulante lúpico (AL), anticuerpos anticardiolipinas (ACL), anticuerpos anti-beta 2 glicoproteínas-I (anti-B2GPI). Los cuales cuentan con la capacidad antigénica para desarrollar las manifestaciones clínicas, al elevarse. Algunos autores refieren la existencia de nuevas dianas antigénicas que podrían estar involucradas en este proceso y que serán estudiadas a medida que progresen los métodos diagnósticos de laboratorio(5).

En Ecuador, existe limitada evidencia epidemiológica sobre el SAF. Actualmente, gracias a los avances en el método de diagnóstico, esta enfermedad es cada vez más frecuente. Por lo que es pertinente realizar estudios sobre las características epidemiológicas que evidencien su impacto en la sociedad, sobre todo a nivel obstétrico de nuestro medio como es el Hospital José Carrasco Arteaga. Además este proyecto de investigación servirá como base para futuras investigaciones sobre esta patología (8).

Por tal motivo se plantea la interrogativa: ¿Cuáles son las características epidemiológicas del síndrome antifosfolípídico en el Hospital José Carrasco Arteaga, de la ciudad de Cuenca durante el periodo 2017-2019?

## **JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS**

En Ecuador existen datos epidemiológicos poco exactos sobre la prevalencia del SAF, lo cual conlleva a la necesidad de determinar las características epidemiológicas del mismo, especialmente en mujeres embarazadas con antecedentes de trombocitopenia y pérdidas fetales.

El 1-3% de mujeres embarazadas sufre pérdidas recurrentes en el embarazo (PRE). Definiendo a las pérdidas recurrentes como 2 o más abortos reconocidos clínicamente. De estas pérdidas solo la mitad posee etiología conocida, mientras que a las demás se las considera de origen idiopático. El SAF, considerado una trombofilia adquirida, es la causa conocida más frecuente de pérdidas recurrentes durante el embarazo y de complicaciones obstétricas de origen vascular (4). Entre 8-20 % de los embarazos se pierden en las primeras 20 semanas particularmente antes de la semana 12 en la cual ocurre 80 % de dichas pérdidas(5).

El SAF se asocia además, con restricción del crecimiento intrauterino, estado hipertensivo del embarazo y sufrimiento fetal, debido a la trombosis múltiple placentaria, infartos y vasculopatías de las arterias espirales uterinas; conjuntamente un 32 %-65 % de los casos manifiestan prematuridad (9).



El SAF es una de las pocas causas tratables de aborto recurrente, la posibilidad de tener un recién nacido vivo sin tratamiento va del 10 al 20%, frente a un 96,6% con tratamiento adecuado (6).

Como la bibliografía lo demuestra, el determinar las características epidemiológicas del SAF en la sala de maternidad del Hospital José Carrasco Arteaga, va a sumar conocimiento en el área de ginecología ya que corresponde a la doceava línea de investigación sobre salud sexual y reproductiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y a la quinta área: materna, tercera línea de investigación: trastornos hipertensivos, sublínea uno: perfil epidemiológico, de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por lo que se vuelve pertinente realizar esta revisión para mejorar la visión sobre esta enfermedad dentro del hospital.



## CAPITULO II

### FUNDAMENTO TEÓRICO

En la población general existe una prevalencia de anticuerpos antifosfolipídicos del 1 a 5% (1). En Cuba la prevalencia general de síndrome antifosfolipídico es de 0,06 %, (IC / 0,01-0,25), afecta más a las mujeres 5 /1 en relación con los hombres y que suele ocurrir en etapa fértil y reproductiva de la vida(5).

Existe evidencia significativa de que los anticuerpos antifosfolipídicos pueden interferir con la unión de anexina A5 (una proteína de unión a fosfolípidos, calcio-dependiente con potentes propiedades anticoagulantes) a fosfolípidos y, de este modo, pueden promover pérdidas de embarazo y trombosis (10).

En la actualidad se ha demostrado que los anticuerpos antifosfolípidos forman complejos antígeno-anticuerpo en la superficie de diferentes células, las cuales podrían inducir la activación de diferentes vías de señalización, factores de transcripción, expresión de moléculas de adhesión y expresión de proteínas procoagulantes (11).

En una revisión sistemática y meta análisis realizada por Liu L y Sun D, en Baltimore en mayo de 2019: El embarazo en pacientes con síndrome antifosfolipídico primario, se llegó a la conclusión de que el riesgo de complicaciones obstétricas como: abortos espontáneos es de (RR: 1.33, IC 95%: 1.00–1.76; P = .05), la hipertensión inducida por el embarazo (RR: 1.81, IC 95%: 1.33 - 2.45; P = .0002), trombosis (RR: 2.83, IC 95%: 1.47–5.44; P = .002), parto prematuro (RR: 1.89, IC 95%: 1.52–2.35; P = .00001) y desprendimiento placentario (RR: 1.35, IC 95%: 0.78–2.34; P= .29) (12).

En su evolución, el síndrome antifosfolipídico tiende a preservar el patrón inicial de presentación (el segundo evento que aparece suele ser del mismo tipo que el primero). Se conoce que 15-20% de pacientes obstétricas presentan SAF refractario (13).

Cerca del 30% de las pacientes tienen la posibilidad de desarrollar alguna forma de daño orgánico en 8 años (14).

El síndrome antifosfolípido catastrófico se caracteriza por un estado de hipercoagulabilidad extrema. Se manifiesta aproximadamente en 1% de las pacientes con síndrome antifosfolípido y su impacto en la mortalidad es de hasta 50% de los casos(15).

En base a esta revisión bibliográfica nos damos en cuenta que el síndrome antifosfolipídico tiene un gran impacto en mujeres y sobre todo en aquellas que se



encuentran embarazadas. Por tanto, nace la necesidad de conocer la frecuencia de esta entidad en nuestro medio y poder usarlo en un análisis a fondo de su impacto (8).

### **Diagnóstico**

Para el diagnóstico de la SAF se requiere que se cumpla  $\geq 1$  criterio clínico y  $\geq 1$  criterio de laboratorio.

Criterios clínicos:

1) Trombosis:  $\geq 1$  episodio de trombosis arterial, venosa (con la excepción de la trombosis venosa superficial) o capilares en cualquier tejido u órgano, confirmado por una prueba de imagen, ultrasonografía doppler o histología. En el estudio histopatológico la trombosis no debe estar acompañada de inflamación de la pared vascular

2) Morbilidad obstétrica

a)  $\geq 1$  muerte fetal de un feto de  $\geq 10$  semanas de gestación morfológicamente normal, documentada por medio de ultrasonografía o por examen directo.

b)  $\geq 1$  nacimiento prematuro de un neonato morfológicamente normal antes de las 34 semanas de gestación debido a preeclampsia o eclampsia o insuficiencia placentaria severa.

c)  $\geq 3$  abortos espontáneos inexplicables antes de 10 semanas de gestación, habiendo descartado anormalidades anatómicas u hormonales de la madre y anormalidades cromosómicas tanto maternas como paternas.

Criterios de laboratorio:

1) Anticoagulante lúpico presente en el plasma, detectado  $\geq 2$  veces en intervalos de  $\geq 12$  semanas.

2) Anticuerpos anticardiolipinas inmunoglobulina G (IgG) o inmunoglobulina M (IgM), presentes en el suero o en el plasma en concentración media o alta (es decir  $>40$  GPL (anticuerpos anticardiolipina IgG) o MPL (anticuerpos anticardiolipina IgM) o  $>$ percentil 99), detectado  $\geq 2$  veces en un intervalo de  $\geq 12$  semanas, medido por enzimoimmunoensayo (ELISA) estandarizado.

3) Anticuerpos anti- $\beta 2$  glicoproteína presentes en el suero o plasma (título  $>$ percentil 99) detectado  $\geq 2$  veces en intervalo  $\geq 12$  semanas, medidos por ELISA estandarizado.



Interpretación: el síndrome antifosfolípídico se diagnostica cuando se cumple  $\geq 1$  criterio clínico y  $\geq 1$  criterio de laboratorio.

Los criterios no deben ser usados cuando los síntomas clínicos de la enfermedad ocurrieron en el período de  $< 12$  semanas o  $> 5$  años desde la detección de SAF.

Se ha encontrado que el riesgo aumenta cuando existe la presencia de triple positividad para AL, anti-CL y anti-Beta2GPI. La positividad para AL, la persistencia de anti-CL a niveles altos o moderados y el isotipo IgG para los anticuerpos antifosfolípídicos, se asocian a una alta probabilidad de SAF (16,17).

En las pacientes con SAF se recomienda la detección simultánea de los tres anticuerpos incluidos en los criterios de clasificación (positividad para la AL, anti-CL y anti-Beta2GPI), para establecer el riesgo de trombosis o de complicaciones obstétricas (18).

### **Tratamiento**

Más del 70% de los casos en el que una mujer embarazada es tratada oportunamente tendrán un hijo vivo. La aspirina junto con la heparina de preferencia de bajo peso molecular (enoxaparina) es el gold standard del tratamiento en SAF.

La aspirina inhibe la ciclooxigenasa plaquetaria generando menor tromboxano A, reduciendo así el estado proinflamatorio y prooxidante.

La enoxaparina no solo tiene efecto anticoagulante, sino también propiedades antiinflamatorias e inmunomoduladoras.

Un corticoide muy usado en la prevención del óbito en SAF, es la prednisona, sin embargo, se observó efectos secundarios en el embarazo como: hipertensión y diabetes gestacional, aumento de infecciones asintomáticas y prematuridad. Pese a esto, está indicada para el control de síntomas en lupus eritematoso sistémico y en la trombocitopenia autoinmune.

Los antipalúdicos, en especial la hidroxicloroquina muy usada en el tratamiento de enfermedades autoinmunes, así como su seguridad durante el embarazo y lactancia. La hidroxicloroquina es capaz de disociar los complejos anticuerpos antifosfolípídicos al sincitio y restaurar la expresión de la anexina A5 en membranas celulares.

El esquema es el siguiente:

1. La aspirina a dosis bajas de 100 mg/día en combinación con heparina no fraccionada con dosis 5.000-7.500 UI/12 horas vía subcutánea o con heparina de bajo peso molecular o fraccionada: enoxaparina 40 mg/24horas por vía



subcutánea. La terapia trombotrófica con enoxaparina debe prolongarse por mínimo 6 semanas y se continuará con aspirina a dosis profilácticas.

La profilaxis de la aspirina no está determinada, pero se recomienda mantenerla hasta dos años consecutivos después de la negatividad de los anticuerpos anti fosfolipídicos.

2. En embarazadas que manifiesten un evento trombocítico durante el periodo gestacional, la pauta recomendada es: aspirina a dosis bajas de 100mg/día, asociada a enoxaparina en dosis anticoagulantes; 1 mg/kg/12 h.
3. Se recomienda iniciar el tratamiento lo antes posible, incluso preconcepcionalmente. En pacientes con SAF que tengan más de 80 Kg o 130 Kg de peso que requieran trombotrófilaxis, la dosis de enoxaparina debe incrementarse a 60 mg y 80 mg diarios respectivamente.
4. En los casos de síndrome antifosfolipídico obstétrico refractario (15-20%).

Los suplementos de progesterona tienen un efecto inmunomodulador (13).

En SAF catastrófico, una asociación de anticoagulación, esteroides y plasmaféresis tiene una tasa de recuperación del 77.8% (19).



## CAPITULO III

### OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### Objetivo general

Determinar las características epidemiológicas del síndrome antifosfolipídico en embarazadas del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, período 2017-2019. Cuenca, 2020.

#### Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas (edad, residencia, nivel de instrucción) y gineco-obstétricas (edad gestacional, antecedentes obstétricos) de las embarazadas estudiadas.
- Determinar la frecuencia del síndrome antifosfolipídico en Hospital José Carrasco Arteaga
- Establecer el diagnóstico y tratamiento en el síndrome antifosfolipídico de las pacientes obstétricas estudiadas.
- Caracterizar la evolución del embarazo post diagnóstico (continuación del embarazo, aborto, óbito, parto pretérmino, parto normal, cesárea).



## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de estudio y diseño general**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Basado en historias clínicas de pacientes embarazadas diagnosticadas de síndrome antifosfolipídico en el Hospital José Carrasco Arteaga del IESS durante los años 2017 al 2019.

## **VARIABLES**

Se describen las variables a estudiar agrupadas en la siguiente forma:

Cuantitativas: Edad, edad gestacional.

Cualitativas: Diagnóstico de síndrome antifosfolipídico, residencia, nivel de instrucción, antecedentes obstétricos, método de diagnóstico, tratamiento, evolución del embarazo.

### **Operacionalización de variables (Anexo 1)**

### **Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación**

- Universo y muestra: todas las historias clínicas de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas con síndrome antifosfolipídico en el Hospital José Carrasco Arteaga del IESS durante los años 2017 al 2019.

## **ÁREA DE ESTUDIO**

El área de estudio que determina este trabajo de investigación fue en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga del IESS durante los años 2017 al 2019.

## **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Población de estudio: Historias clínicas de pacientes embarazadas diagnosticadas de síndrome antifosfolipídico, en el área de ginecología del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga del IESS durante los años 2017 al 2019.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

- Criterios de inclusión: historias clínicas de pacientes embarazadas diagnosticadas con SAF.
- Criterios de exclusión: pacientes no embarazadas en el periodo de estudio e historias clínicas incompletas.



## **Procedimientos para la recolección de información, instrumentos y métodos para el control y calidad de los datos**

### **Técnica de observación**

Método: observacional indirecto porque no existió relación de los investigadores con el paciente, sino a través de las historias clínicas puestas a disposición por el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga del IESS previo a las autorizaciones pertinentes.

### **Procedimiento**

Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes embarazadas que acudieron al Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga durante el periodo 2017-2019, que a su vez fueron diagnosticadas con síndrome antifosfolípídico, la información obtenida será registrada en un formulario de obtención de datos, elaborado y validado por los autores.

### **Instrumento de recolección de datos:**

Se recopiló la información mediante un formulario realizado por los autores a partir de la operacionalización de las variables y revisado por el director del proyecto Dr. Jaime Ñauta.

### **Formulario (Anexo 1)**

## **PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

- 1. Autorización:** solicitar autorización a la Unidad de Docencia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga el acceso a las historias clínicas de las pacientes embarazadas que acudieron a dicho establecimiento y fueron diagnosticadas con síndrome antifosfolípídico, la información obtenida será registrada en un formulario de recolección de datos.
- 2. Elaboración de formulario:** se realizó un formulario de recolección de datos que facilitará el procesamiento de datos.
- 3. Revisión de historias clínicas:** con la autorización respectiva se revisaron las historias clínicas y se registraron los datos necesarios para este trabajo.
- 4. Recolección de datos:** se aplicó el formulario elaborado y se registrará la información en una base de datos, en este caso: SPSS.
- 5. Capacitación en procesamiento de datos:** se realizaron mediante revisión bibliográfica y la consulta a tutor y asesores.
- 6. Supervisión:** por el Dr. Jaime Ñauta, tutor de esta tesis.



## **PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **Métodos y modelos de análisis de los datos**

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados en el programa SPSS versión 26.0, el cual permitió recolectar y organizar las variables, de esta manera se determinó la frecuencia y prevalencia del síndrome antifosfolípido, posteriormente a esto se confrontaron las variables:

Frecuencia con: edad, residencia, nivel de instrucción, edad gestacional, antecedentes obstétricos y método de diagnóstico.

Evolución del embarazo con tratamiento.

Antecedentes obstétricos (abortos espontáneos) con: tratamiento y evolución del embarazo.

### **Aspectos éticos**

Se reservó absoluta confidencialidad de los datos obtenidos en este estudio, mediante:

1. Código numérico
2. Los datos obtenidos fueron usados únicamente para este estudio
3. Una vez que se obtenga la calificación del trabajo de titulación los datos serán eliminados y destruidos.



## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

En total se revisaron 4302 historias clínicas de pacientes embarazadas en el periodo 2017-2019 en el servicio de consulta externa y hospitalización de ginecología en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, de la ciudad de Cuenca.

De las cuales se solicitaron perfiles inmunológicos a 153 pacientes, que incluían al menos una de los siguientes anticuerpos anti fosfolípidos: Anticardiolipinas, Anti Beta Glicoproteína y anticoagulante lúpico. Se obtuvo un total de 13 pacientes que resultaron positivos a uno de estos anticuerpos más un criterio clínico, sin embargo 3 pacientes fueron excluidas por no presentar el criterio de embarazo en el periodo en estudio, como resultado de esto, 10 pacientes cumplen con los criterios de inclusión.

Este proyecto analiza este síndrome en la población de embarazadas, por lo tanto nuestra prevalencia se formula de la siguiente manera: La frecuencia del síndrome anti fosfolípídico en 4302 pacientes embarazadas del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga durante el periodo 2017-2019 es de, con una tasa de prevalencia de 2.32 por cada 1000 embarazadas en el período antes especificado.

#### Frecuencia por edad

Tabla 1. Frecuencia del síndrome anti fosfolípido por rango de edad.

	Recuento	%
Menores a 20	1	10
De 20 a 35	6	60
Mayores a 35	3	30
Total	10	100

Elaborado por: Alejandra Pazmiño- Edgar Castillo

Fuente: Base de datos

#### Análisis:

El 10% (n=1) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolípídico, son menores de 20 años, mientras que el 60% (n= 6) se encuentran en el rango de edad de 20 a 35 años, además el 30% (n=3) son mayores a 35 años. Con un Promedio de edad de 31.9 años.

**Frecuencia por residencia**

Tabla 2. Frecuencia del síndrome anti fosfolípido por rango de residencia.

	Recuento	%
Urbano	7	70
Rural	3	30
Total	10	100

Elaborado por: Alejandra Pazmiño- Edgar Castillo

Fuente: Base de datos

**Análisis:**

El 30% (n=3) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolipídico, viven el área rural, mientras que el 70% (n= 7) residen en el área urbana.

**Frecuencia por nivel de instrucción**

Tabla 3. Frecuencia del síndrome anti fosfolípido por nivel de instrucción.

	Recuento	%
Secundaria	2	20
Superior	8	80
Total	10	100

Elaborado por: Alejandra Pazmiño- Edgar Castillo

Fuente: Base de datos

**Análisis:**

El 20% (n=2) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolipídico, cuentan con secundaria completa, mientras que el 80% (n= 8) con instrucción superior.

**Frecuencia por edad gestacional**

Tabla 4. Frecuencia del síndrome anti fosfolípido por edad gestacional.

	Recuento	%
Primer trimestre	3	30
Segundo trimestre	5	50
Tercer trimestre	2	20
Total	10	100

Elaborado por: Alejandra Pazmiño- Edgar Castillo

Fuente: Base de datos

**Análisis:**

El 20% (n=2) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolipídico, se encontraban en el tercer trimestre de embarazo, mientras que el 50% (n= 5) en el



segundo trimestre, finalmente el 30%(n=3). Se encontraba en el primer trimestre de embarazo que se encontraron al momento del ingreso.

### Frecuencia por antecedentes obstétricos

Tabla 5. Frecuencia del síndrome anti fosfolípido por antecedentes obstétricos.

		Recuento	%
Gestas previas	Ninguno	2	20
	Igual o mayor a 1	8	80
Abortos	Ninguno	6	60
	Igual o mayor a 1	4	40
Quistes y/o tumores	Ninguno	8	80
	Igual o mayor a 1	2	20
Intervenciones quirúrgicas	Ninguno	6	60
	Igual o mayor a 1	4	40

Elaborado por: Alejandra Pazmiño- Edgar Castillo

Fuente: Base de datos

### Análisis:

El 80% (n=8) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolípídico, presentaron al menos una gesta previa, mientras que el 20%(n=2), fueron primigestas. El 60% (n=6) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolípídico, no presentaron abortos previos, mientras que el 40%(n=4) presentaron uno o más abortos. El 20% (n=2) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolípídico, presentaron quistes y/o tumores (miomas). El 40% (n=4) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolípídico, presentaron al menos una gesta previa, atravesaron un procedimiento quirúrgico obstétrico previo al embarazo (cesáreas).

**Frecuencia por métodos de diagnóstico por anticuerpos:**

Tabla 6. Frecuencia del síndrome anti fosfolípido por anticuerpos.

		Recuento	%
Anticardiolipinas	No	5	50
	Si	5	50
Anti beta 2 glicoproteína	No	5	50
	Si	5	50
Anti beta 2 glicoproteína / anticardiolipinas	No	8	80
	Si	2	20
Anticoagulante lúpico	No	8	80
	Si	2	20

Elaborado por: Alejandra Pazmiño- Edgar Castillo

Fuente: Base de datos

**Análisis:**

El 50% (n=5) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolípido, presentaron positivo el anticuerpo anticardiolipina, al igual que el anticuerpo antibeta2glicoproteína.

El 80% (n=8) presentó positivo el anticoagulante lúpico.

**Por criterios clínicos:**

Tabla 7. Frecuencia del síndrome anti fosfolípido por criterios clínicos.

		Recuento	%
Nacimiento prematuro antes de las 34 semanas	No	7	70
	Si	3	30
Abortos espontáneos	No	5	50
	Si	5	50
Alteraciones de la coagulación	No	6	60
	Si	4	40

Elaborado por: Alejandra Pazmiño- Edgar Castillo

Fuente: Base de datos

**Análisis:**

En el 100% (n=10) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolípido no hubo muerte fetal, el 30% (n=3) tuvo partos prematuros antes de las 34 semanas de gestación. El 50% (n=5) presentó abortos espontáneos mientras que, otro 50% (n=5) no tuvo abortos espontáneos previos. El 60% (n=6) presentó alteraciones de la coagulación mientras que el 40% (n=4).

**Frecuencia por evolución del embarazo con tratamiento.**

Tabla 8. Evolución del embarazo con tratamiento.

		Enoxaparina	Ácido acetil salicílico	Enoxaparina y asa	No recibe tratamiento	Total
Continuación del embarazo	<b>Recuento</b>	0	0	1	0	1
	<b>%</b>	0	0	10	0	10
Aborto	<b>Recuento</b>	0	0	0	1	1
	<b>%</b>	0	0	0	10	10
Óbito	<b>Recuento</b>	1	0	0	0	1
	<b>%</b>	10	0	0	0	10
Parto pre termino	<b>Recuento</b>	0	0	1	1	2
	<b>%</b>	0	0	10	10	20
Parto normal	<b>Recuento</b>	0	2	0	0	2
	<b>%</b>	0	20	0	0	20
Cesárea	<b>Recuento</b>	0	0	0	3	3
	<b>%</b>	0	0	0	30	30
Total	<b>Recuento</b>	1	2	2	5	10
	<b>%</b>	10	20	20	50	100

Elaborado por: Alejandra Pazmiño- Edgar Castillo

Fuente: Base de datos

**Análisis:**

El 10% (n=1) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolipídico, que continuaron con el embarazo recibieron como tratamiento enoxaparina y ácido acetil salicílico. El 10% (n=1) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolipídico, que terminó su embarazo en aborto no recibieron tratamiento. El 10% (n=1) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolipídico, que culminó su embarazo en óbito recibieron como tratamiento enoxaparina. Además el 20% (n=2) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolipídico, tuvieron un parto pretermino de las cuales el 10% recibieron como tratamiento enoxaparina y ácido acetil salicílico mientras que el 10% no recibió tratamiento. En pacientes terminaron en parto normal 20% (n=2) recibieron tratamiento con ácido acetil salicílico. Finalmente el 30% (n=3) terminaron su embarazo en cesárea y no recibieron tratamiento.

**Frecuencia por evolución del embarazo con tratamiento.**

Tabla 9. Antecedentes ginecológicos (abortos previos) según tratamiento.

		Enoxaparina	Ácido acetil salicílico	Enoxaparina y asa	No recibe tratamiento	Total
Ninguno	<b>Recuento</b>	1	1	0	4	6
	<b>%</b>	10	10	0	40	60
Igual o más de 1	<b>Recuento</b>	0	1	2	1	4
	<b>%</b>	0	10	20	10	40
Total	<b>Recuento</b>	1	2	2	5	10
	<b>%</b>	10	20	20	50	100

Elaborado por: Alejandra Pazmiño- Edgar Castillo

Fuente: Base de datos

**Análisis:**

El 60% (n=6) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolipídico, no presentó abortos previos, de las cuales el 10% recibió enoxaparina, de igual manera el 10% recibió ácido acetil salicílico y el 40% no recibió tratamiento. Además, se observó de un 40% de pacientes que tuvieron igual o más de 1 aborto, el 10% recibió ácido acetil salicílico, el mismo porcentaje no recibió tratamiento, mientras que el 20% recibieron enoxaparina y ácido acetil salicílico.

**Frecuencia por abortos y evolución del embarazo.**

Tabla 10. Antecedentes ginecológicos (abortos previos) según evolución del embarazo.

		Continuación del embarazo	Aborto	Óbito	Parto pre termino	Parto normal	Cesárea	Total
Ninguno	<b>Recuento</b>	0	0	1	1	1	3	6
	<b>%</b>	0	0	10	10	10	30	60
Igual o más de 1	<b>Recuento</b>	1	1	0	1	1	0	4
	<b>%</b>	10	10	0	10	10	0	40
Total	<b>Recuento</b>	1	1	1	2	2	3	10
	<b>%</b>	10	10	10	20	20	30	100

Elaborado por: Alejandra Pazmiño- Edgar Castillo

Fuente: Base de datos

**Análisis:**

El 60% (n=6) de pacientes embarazadas con síndrome anti fosfolipídico, no presentó abortos previos, de las cuales el 10% termino en óbito, 10% en parto pretérmino, 10% parto normal y el 30% en cesárea. Además, se observó de un 40% de pacientes que tuvieron igual o más de 1 aborto, el 10% continuo con el embarazo, 10% en aborto, 10% en óbito y el 10% en cesárea.





## CAPÍTULO V

### Discusión

Con el estudio realizado se puede evidenciar que el síndrome antifosfolípido en pacientes embarazadas, tiene las siguientes características epidemiológicas: La tasa de prevalencia es de 2 por cada 1000 embarazadas en un período de 3 años. En comparación con la prevalencia de 1 a 5% realizado por Barreno S. et.al en México en el año 2018, es menor, sin embargo nuestro estudio es monocéntrico y pese a la gran demanda que tiene el hospital es una prevalencia baja.(6) De un total de 10 pacientes se observa que, el 10% es menor a 20 años, y el 60% tiene entre 20 a 35 años, en adición el 70% se concentra en el área urbana. El 20% posee formación secundaria completa y el 80% superior completa. La edad gestacional por la que cursaba durante su primer control fue del segundo trimestre, correspondiente al 50%.

El promedio de edad de presentación de Síndrome Antifosfolípido en este estudio fue de 31.9 años, siendo mayor que, en un estudio realizado por Gil A. Et. Al. en el año 2016 en donde se encontró que el promedio de edad era de 27 años. En este mismo estudio el 19% culminó su embarazo en abortos espontáneos, en contraste con el 10% de esta investigación.(5).

Se evidencia que el 80% tenía una o más gestas previas, el 40% uno o más abortos, el 20% tenía un tumor ginecológico (miomas) y el 40% intervenciones quirúrgicas (cesáreas).

Existe evidencia que el anticuerpo aceptado internacionalmente, es el anti beta 2 glicoproteína formando parte del diagnóstico y siendo aceptado en los criterios de Sídney (2006) para SAF. Sin embargo, el antiB2GPL no se expresa individualmente, ya que lo hace junto con la anticardiolipina. En nuestro estudio se determinó que la antiB2GPL se manifestó en un 50% de nuestra población y junto con las anticardiolipinas se presentó en un 20%. No se debe descartar la presencia del anticoagulante lúpico pese a que su valor diagnóstico disminuye cuando el paciente tiene alteraciones de la coagulación, su ausencia no descarta SAF. (20)

En el trabajo de Restrepo O. et. Al. de Colombia, que consistía en describir las características clínicas de gestantes con síndrome antifosfolípido, se evidenció que de 16 gestantes el 43,8% tenían antecedentes de aborto, en comparación con nuestra población de estudio, donde el 40% presentó como antecedente ginecoobstétrico abortos previos igual o mayores a uno. A su vez, el 50% de la población presentó abortos espontáneos como criterio clínico para SAF. Por lo tanto, se considera que la pérdida recurrente del producto de la concepción es un criterio de peso para el



diagnóstico de este síndrome. Sin embargo los pacientes que presentaron igual o mayor a un aborto, el 30% recibió tratamiento y el 10% no recibió .(21)

El pilar central del tratamiento de un paciente con antifosfolípidos se basa en la anticoagulación, esto es mencionado por Barrero Rocha et. A. I. en 2015, se han encontrado además, mejores resultados con el uso de terapias combinadas con aspirina o Warfarina como pilar central, pudiendo adicionar a una de éstas hidroxicloroquina, heparina o metilprednisolona. En este estudio se encontró que el 20% recibió ácido acetil salicílico y tuvo un parto normal. Quienes recibieron ácido acetil salicílico y enoxaparina constituyen el 20% de las cuales 10%, continuaron con su embarazo, el mismo porcentaje terminaron con parto pretérmino. Tan solo un 10% recibió enoxaparina y culminó su embarazo en óbito. Finalmente, del 50% de pacientes que no recibieron tratamiento una terminó en aborto.(6)



## CAPÍTULO VI

### Conclusiones y Recomendaciones

#### Conclusiones

- El Síndrome Antifosfolipídico se muestra con poca prevalencia y se presenta en su mayoría, en un rango de edad de entre los 20 a 35 años, se concentran en el área urbana, el nivel de instrucción en su mayoría es superior completa.
- El segundo trimestre de embarazo es en el que más se detecta el Síndrome Antifosfolipídico. El antecedente ginecoobstétrico más frecuente fue el de al menos una gesta previa, seguido por al menos un aborto previo que se considera como un criterio clínico de esta patología.
- De los criterios clínicos analizados en este estudio, la mitad de las pacientes presentó abortos espontáneos y el criterio con menor frecuencia, fue el nacimiento prematuro, en embarazos previos. Por lo que se considera que los abortos espontáneos son un criterio de peso para el diagnóstico del Síndrome Antifosfolipídico.
- Se determinó que la Anti beta 2 glicoproteína se manifestó en la mitad de la población. Y junto con las anticardiolipinas se presentó en dos pacientes.
- El tratamiento de elección en el hospital de estudio es el ácido acetil salicílico como monoterapia y asociado a enoxaparina. Además, las pacientes que presentaron al menos un aborto anterior recibieron ácido acetil salicílico.
- En la evolución del embarazo relacionado con el tratamiento recibido se observa que, el uso de ácido acetil salicílico en monoterapia está en relación con buena evolución del embarazo, en contraste con las pacientes que no recibieron tratamiento de las cuales la mayoría concluyó el embarazo en cesárea.
- Las pacientes con al menos un aborto previo, con diagnóstico de Síndrome Antifosfolipídico, la mayoría concluyó su embarazo en cesárea.

#### Recomendaciones:

- Por la baja prevalencia evidenciada en ese estudio, sería importante investigar en diversos centros médicos, para comparar resultados y que estos reflejen la realidad de este síndrome en nuestra ciudad.
- Se debe difundir información sobre esta enfermedad, a pesar de su baja prevalencia, ya que es una causa importante prevenible de abortos recurrentes.



- En las pacientes que presenten abortos espontáneos previos sin causa aparente y que cursen con un embarazo, se debería tener siempre presente la posibilidad de este síndrome para su diagnóstico.



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia del síndrome anti fosfolípido por rango de edad. ....	24
Tabla 2. Frecuencia del síndrome anti fosfolípido por rango de residencia. ....	25
Tabla 3. Frecuencia del síndrome anti fosfolípido por nivel de instrucción. ....	25
Tabla 4. Frecuencia del síndrome anti fosfolípido por edad gestacional. ....	25
Tabla 5. Frecuencia del síndrome anti fosfolípido por antecedentes obstétricos.....	26
Tabla 6. Frecuencia del síndrome anti fosfolípido por anticuerpos.....	27
Tabla 7. Frecuencia del síndrome anti fosfolípido por criterios clínicos. ....	27
Tabla 8. Evolución del embarazo con tratamiento. ....	28
Tabla 9. Antecedentes ginecológicos (abortos) según tratamiento. ....	29
Tabla 10. Antecedentes ginecológicos según evolución del embarazo. ....	29



## Bibliografía

1. Síndrome antifosfolípidos | Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. 2018 [citado 30 de julio de 2019]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2461&sectionid=211918923>
2. Síndrome Antifosfolipídico [Internet]. American College of Rheumatology. 2019 [citado 30 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Enfermedades-y-Condiciones/Sindrome-Antifosfolipidico>
3. Pérez L. et al. Síndrome antifosfolípido en mujeres con pérdidas recurrentes de embarazo: diagnóstico de laboratorio. Cuba. 2015. [citado 30 de julio de 2019]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-02892015000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892015000400002)
4. Perés W. et al. Trombofilia hereditaria y pérdidas de embarazo. Estudio de una cohorte de Argentina. Med Clínica. Argentina. 2019;152(7):249-54. [citado 15 de Agosto de 2019]. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/98534>
5. Reyes G. et al. Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos en Obstetricia en una serie de casos en Cuba. Rev Cuba Obstet Ginecol. Cuba. 2016;42(3):344-53. [citado 4 de Agosto de 2019] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2016000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300009)
6. Barreno S. et al. Síndrome antifosfolípidos, nociones generales. Medigraphic-Mex. México. 2018;13(3):6. [citado 4 de Agosto de 2019] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2018/rr183d.pdf>
7. Sanchez M. et al. Pérdida recurrente del embarazo: revisión bibliográfica. Ginecol Obstet México. 2016;12. [citado 4 de Agosto de 2019] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom168h.pdf>
8. Rojas M. et al. FACULTAD DE MEDICINA SINDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO OBSTÉTRICO: MANIFESTACIONES CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS. Ecuador. 2014;15. [citado 4 de Agosto de 2019] Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/3936>
9. Castillo M. et al. Patrón clínico en gestantes con síndrome antifosfolipídico (SAF). Rev Obstet Ginecol. Venezuela. marzo de 2014;74(1):3-9. [citado 30 de Julio de 2019] Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322014000100002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000100002)
10. Arietti A. et al. Niveles de anticuerpos anti-anexina A5 y manifestaciones de síndrome antifosfolípido primario obstétrico. Rev Argent Reumatol. Argentina. 2018;7. [citado 13 de Agosto de 2019] Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1003291>
11. Velásquez M. et al. Estrés oxidativo en células endoteliales inducido por el suero de mujeres con diferentes manifestaciones clínicas del síndrome antifosfolípido.



- Biomédica. Colombia. 2019;39(4):673-88. [citado 15 de Diciembre de 2019]  
Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4701>
12. Liu L. Sun D. Pregnancy outcomes in patients with primary antiphospholipid syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. Estados Unidos. 2019;98(20):e15733. [citado 30 de Julio de 2019] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31096533/>
  13. Esteve E. et al. Síndrome antifosfolípido obstétrico. *Rev Clínica Esp. España*. 2016;216(3):135-45. [citado 4 de Agosto de 2019] Disponible en: <https://medes.com/publication/108720>
  14. Sobrino C. et al. Síndrome antifosfolípido. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. España. 2017;12(27):1551-9. [citado 15 de Diciembre de 2019] Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-sindrome-antifosfolipido-articulo-S030454121730029X>
  15. Palacios M. et. al Tormenta trombótica: síndrome antifosfolípido catastrófico. *An Méd Asoc Médica Cent Méd ABC México*. 2018;63(4):299-305. [citado 15 de Diciembre de 2019] . Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc184j.pdf>
  16. Pereira L. et al. . Diagnóstico y monitorización de las enfermedades autoinmunes. Elsevier Health Sciences; España 2018. 138 p. [citado 27 de Agosto de 2019] Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/diagnostico-y-monitorizacion-de-las-enfermedades-autoinmunes/fernandez-pereira/978-84-9113-244-8>
  17. Síndrome antifosfolípido (SAF) - Enfermedades reumáticas - Enfermedades - Medicina Interna Basada en la Evidencia [Internet]. [citado 27 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.16.4>
  18. Cáliz R, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre síndrome antifosfolípido primario. Parte I: Diagnóstico, evaluación y tratamiento. *Reumatol Clínica*. 2019;España. [citado 15 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-recomendaciones-sociedad-espanola-reumatologia-sobre-articulo-S1699258X18302547>
  19. Flores D, et al.. Síndrome Antifosfolípidos Catastrófico : un reto a seguir viviendo. *Crea Cienc Rev Científica*. 2016;9(2):39-45. El Salvador [citado 29 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/CREACIENCIA/article/view/2873>
  20. Antovic A, et al. Obstetric antiphospholipid syndrome *Sci Med* 2016;5(1) Australia [citado 4 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6195166/>
  21. Restrepo C, et al. Manifestaciones clínicas y desenlaces maternos y perinatales en gestantes con síndrome antifosfolípido obstétrico de una institución de alta complejidad: estudio descriptivo. *Rev Colomb Reumatol*.;73-9.Colombia [citado 8 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2444440520300479>

**ANEXO 1: Definición de las variables**

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Diagnóstico de síndrome antifosfolipídico.</b>	El síndrome antifosfolipídico es una entidad mediada por autoanticuerpos que se caracteriza por trombosis arterial o venosa y manifestación en el embarazo por lo que afecta principalmente a mujeres.	Biológica y patológica.	Historia clínica.	1. Si. 2. No.
<b>Edad.</b>	Tiempo de un ser humano entre el nacimiento hasta el presente.	Cronológica.	Años cumplidos.	1. Menor de 20. 2. 20-35. 3. 36 y más.
<b>Residencia.</b>	Lugar en que habita.	Geográfica	Historia clínica.	1. Urbana. 2. Rural.
<b>Nivel de instrucción.</b>	Nivel de escolaridad aprobado.	Académica.	Historia clínica.	1. Analfabeta. 2. Primaria. 3. Secundaria. 4. Superior
<b>Edad gestacional.</b>	Período de gestación en el momento del ingreso.	Cronológica.	Trimestre de gestación	1. 1er trimestre. 2. 2do trimestre. 3. 3ro trimestre.
<b>Antecedentes obstétricos.</b>	Antecedentes previos de eventos obstétricos o ginecológicos de las pacientes.	Biológica Fisiológica.	Historia clínica.	1. Gestas previas. 2. Abortos. 3. Quistes y/o tumoraciones. 4. Intervenciones quirúrgicas
<b>Método de diagnóstico.</b>	Método por el cual se le diagnosticó la patología.	Biológica Fisiológica.	Historia clínica.	1. Exámenes de laboratorio.
<b>Tratamiento.</b>	Proceso terapéutico que cumplió la paciente.	Biológico.	Historia clínica.	1. Fármacos y métodos usados.



<b>Evolución del embarazo.</b>	Culminación del embarazo.	Biológico.	Historia clínica.	1. Continuación del embarazo. 2. Aborto. 3. Óbito. 4. Parto pretérmino. 5. Parto normal 6. Cesárea
--------------------------------	---------------------------	------------	-------------------	---

## ANEXO 2: Formulario



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN  
EMBARAZADAS DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. PERÍODO 2017-2019. CUENCA,  
2020**

## Formulario de recolección de datos

HC: Código: 

<b>Diagnóstico de síndrome antifosfolipídico</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Edad</b>	<input type="text"/>
<b>Residencia</b>	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
<b>Nivel de instrucción</b>	Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>
<b>Edad gestacional</b>	1er trimestre <input type="checkbox"/> 2do trimestre <input type="checkbox"/> 3ro trimestre <input type="checkbox"/>
<b>Antecedentes obstétricos</b>	Gestas previas. <input type="text"/> Abortos. <input type="text"/> Quistes y/o Tumoraciones. <input type="text"/> Intervenciones quirúrgicas <input type="text"/>
<b>Método de diagnóstico</b>	
<b>Tratamiento</b>	



<b>Evolución del embarazo</b>	Continuación del embarazo	<input type="checkbox"/>
	Aborto	<input type="checkbox"/>
	Óbito	<input type="checkbox"/>
	Parto pretérmino	<input type="checkbox"/>
	Parto normal	<input type="checkbox"/>
	Cesárea	<input type="checkbox"/>

---

**Firma de Responsabilidad**