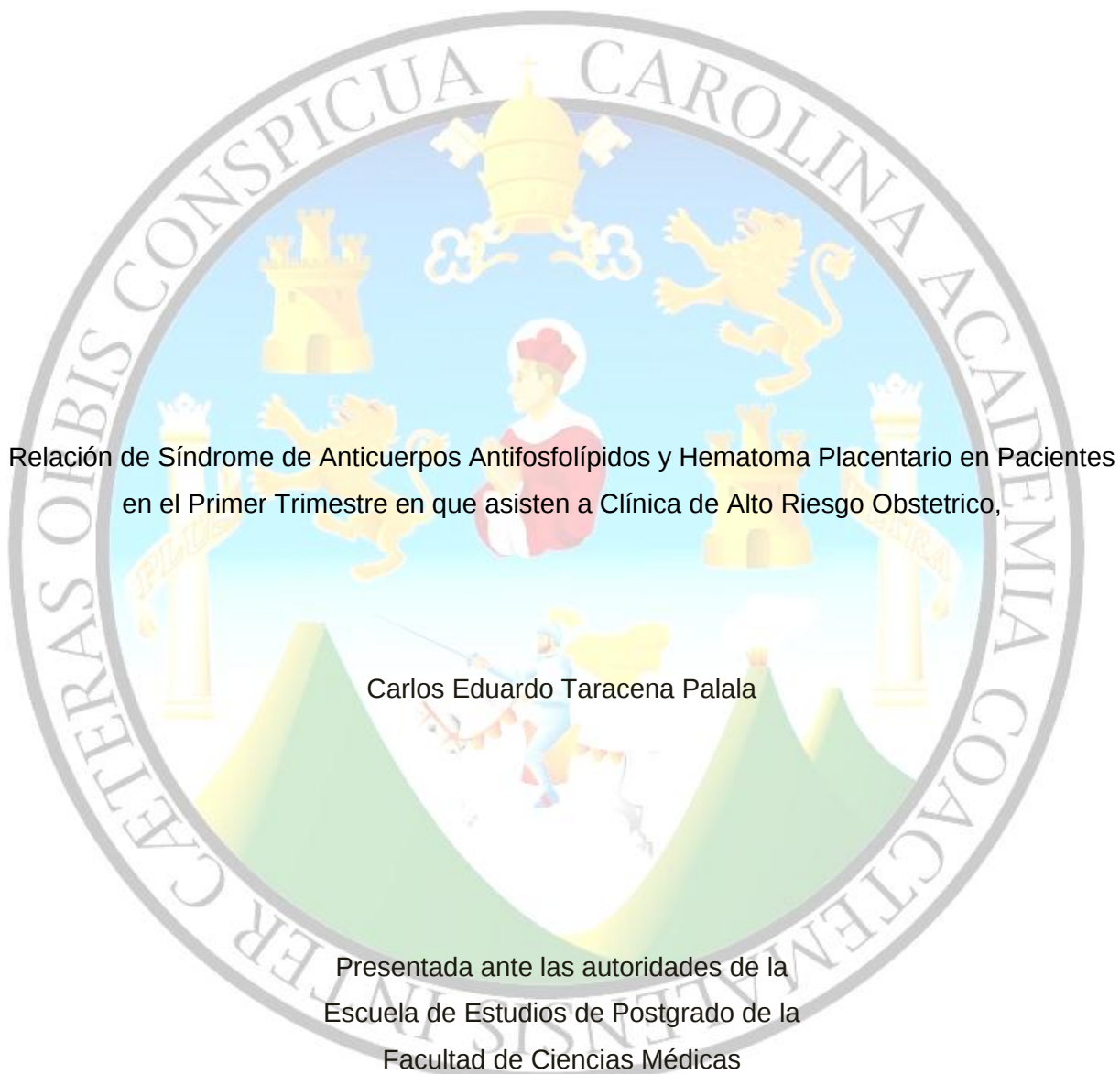


...

Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Estudio de Postgrado



Relación de Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos y Hematoma Placentario en Pacientes
en el Primer Trimestre en que asisten a Clínica de Alto Riesgo Obstétrico,

Carlos Eduardo Taracena Palala

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Ginecología y Obstetricia

Para obtener el grado de

Maestro en ciencias en Ginecología y Obstetricia en

Mayo 2013



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: **Carlos Eduardo Taracena Palala**

Carné Universitario No.: 100017933

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ciencias en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Relación de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y hematoma placentario en pacientes en el primer trimestre en que asisten a clínica de alto riesgo obstétrico"**.

Que fue asesorado: Dra. Gloria Verónica Ocampo Antillón MSc.

Y revisado por: Dr. Jorge David Alvarado Andrade MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para abril 2013.

Guatemala, 02 de abril de 2013

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

Guatemala 11 de Enero 2012.

Doctor
Edgar Herrarte
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad social

Por este medio le envío el Informe Final de Tesis "RELACIÓN DE SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS Y HEMATOMA PLACENTARIO EN PACIENTES EN EL PRIMER TRIMESTRE" PERTENECIENTE AL DR. CARLOS EDUARDO TARACENA PALALA, el cual ha sido revisado y APROBADO.

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dra. Gloria Ocampo
Asesora
Ginecóloga y Obstetra
Jefe de Servicio

Dra. Gloria Ocampo
Ginecóloga y Obstetra
Col. No 10,436

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Guatemala 11 de Enero 2012.

Doctor
Edgar Herrarte
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad social

Por este medio le envío el Informe Final de Tesis "RELACIÓN DE SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS Y HEMATOMA PLACENTARIO EN PACIENTES EN EL PRIMER TRIMESTRE" PERTENECIENTE AL DR. CARLOS EDUARDO TARACENA PALALA, el cual ha sido revisado y APROBADO.

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Jorge Alvarado
Revisor
Ginecólogo y Obstetra
Jefe de Servicio
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Agradecimientos

Primero quiero agradecer a Dios que siempre ha estado conmigo y ha hecho posible esto, así como también a mi esposa quien me ha brindado su apoyo incondicional, su amor y comprensión, a mi hijo que fue de mis principales motivaciones en todo momento. Agradezco también a mis padres que siempre me apoyaron y que sin ellos nunca lo hubiera logrado, a mis hermanos, además de mis tíos Edwin y Eddy que de una u otra manera han sido parte importante en mi vida y han contribuido a realizar mi meta. A mi demás familia y amigos también quiero agradecer por su cariño y amistad.

Resumen

"Relación de Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos y Hematoma Placentario en Pacientes en el Primer Trimestre en que asisten a Clínica de Alto Riesgo"

Introducción

El Síndrome antifosfolípido (SAAF) es una enfermedad del sistema inmune de anticuerpos con especificidad por fosfolípidos. Existe una asociación entre Anticuerpos Antifosfolípidos(AAF) y Síndrome de hipercoagulabilidad, ocurrencia de trombosis, aborto recurrente, o ambos. Estudio muestran que una 57% de pacientes con más de 2 abortos previos son positivas para AAF pudiendo ser tratado logrando un adecuado curso del embarazo.

Metodología

Se utilizó un diseño de Cohortes en pacientes embarazadas en primer trimestre de la Clínica de Alto Riesgo, HGO de enero a diciembre 2010 con sospecha clínica de SAAF. Se dividió en 2 grupos, AAF+, y AAF-, que se subdivide en pacientes con USG con hematomas placentarios, y otro que no. Se definió caso como positivas para AAF (> 5 U/L), y como control las que no cumplieran este criterio. Se recolectaron los datos de los expedientes y se realizó el análisis estadístico en Epi Info. Elaborándose cuadro de 2x2 para determinar RR.

Resultados: Obtuvimos un total de 192 pacientes donde 31 pacientes cursan con SAAF, y 162 tienen anticuerpos negativos para SAAF, 2 pacientes con hematoma placentario de 31 con SAAF positivo y 5 con hematoma de 162 pacientes con SAAF negativo, con una prevalencia de SAAF de 24%. Un RR de 1.92 con una p de 0.0007788089 al 95%.

Conclusiones

Se concluye que hay asociación entre SAAF con la formación de hematomas placentarios en el primer trimestre. Las pacientes con SAAF tienen más riesgos de cursar con hematomas placentarios que las pacientes que no lo tienen.

La prevalencia en pacientes con sospecha clínica es del 24%. Estas pacientes pueden tener mayor riesgo de formación de hematomas placentarios.

ÍNDICE

I. Introducción	8
II. Antecedentes	9
III. Objetivos	15
IV. Material y Métodos	15
V. Resultados	17
I. Discusión y Análisis	21
VII. Referencias Bibliográficas	25
VIII. Anexos	27

II. Introducción

El Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos (SAAF) es una entidad que se diagnostica cada día en nuestro medio asociada a trastornos en la coagulación, siendo una de las complicaciones la formación de hematomas en la placenta ⁽⁶⁾. Generalmente se diagnostica el síndrome hasta encontrar varias pérdidas de embarazos o cuando el embarazo ya es avanzado. La interrogante es si ¿tiene el Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos relación con la formación de hematomas placentarios en el primer trimestre?, por esto la importancia de realizar estudios para poder tomar conductas para control y manejo de este problema.

Los eventos tromboticos como la tromboembolia pulmonar, la trombosis venosa superficial, y otros incluyendo los hematomas retroplacentarios, son complicaciones descritas por la literatura en pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, encontrándose un riesgo aumentado para mujeres embarazadas en un 24% más que en las no gestantes, además de poder estar asociados a coagulopatías hereditarias como factor V de Leiden.^[7]

En nuestro medio muchas pacientes consultan en las emergencias por hemorragia en los primeros trimestres del embarazo encontrándose en algunas hematomas retroplacentarios, para la cual pueden haber diferentes causas.

Por esto es importante encontrar la prevalencia de estos anticuerpos en pacientes con hematomas retroplacentarios ya que si es así, pueden realizarse más estudios para incluir en el control prenatal la detección de este síndrome de manera temprana en las pacientes en el primer trimestre en el Hospital de Ginecología y obstetricia IGSS, pudiendo tratarlo de manera temprana y mejorar el pronóstico de los embarazos, así como prevenir las complicaciones de manera temprana en las pacientes.

Por lo tanto la hipótesis nula para realizar el siguiente estudio es “La presencia de hematomas placentarios en pacientes con embarazo del primer trimestre no es mayor en pacientes con SAAF” y la hipótesis alterna es “La presencia de hematomas placentarios en pacientes con SAAF y embarazo del primer trimestre es mayor a la observada en pacientes sin SAAF en la misma edad gestacional”.

III. Antecedentes

La historia de los anticuerpos antifosfolípidos (AAF) se inicia aparentemente en 1983 cuando Graham Hughes reconoció la asociación entre trombosis, abortos, enfermedad cerebral y anticoagulante lúpico, aun cuando en realidad comenzó a escribirse muchos años antes. En 1907 Augustus von Wasserman desarrolló una prueba para el diagnóstico de la sífilis, utilizando el hígado de un feto afectado por la forma congénita de esta enfermedad como fuente de antígeno para detectar la presencia de anticuerpos específicos en el suero de individuos infectados por el *Treponema pallidum*. Posteriormente, se encontró este antígeno en forma abundante en el corazón del buey por lo que se designó con el término "cardiolipína" (identificado luego como difosfatidil glicerol, un fosfolípido aniónico). [13]

El VDRL, prueba utilizada hoy en día para la detección de la sífilis, no es otra cosa sino una modificación de la reacción original de Wasserman; es altamente sensible pero no muy específica, ya que los resultados falsos positivos son frecuentes en otras enfermedades. En 1952 Conley y Hartman describieron dos casos de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) que presentaban un resultado falso positivo para el VDRL, trastornos de la coagulación y fenómenos hemorrágicos, hallazgos que fueron atribuidos a un "anticoagulante circulante". [13]

Posteriormente se encontró que la actividad de este "anticoagulante" podía ser neutralizada in vitro por la cardiolipína presente en el VDRL, hecho que proporcionaba evidencias de que este inhibidor de la coagulación era probablemente un anticuerpo dirigido contra fosfolípidos. En 1967 Bowie informó acerca de fenómenos trombóticos en pacientes con LES a pesar de la presencia de un anticoagulante circulante que prolongaba las pruebas de coagulación in vitro dependientes de fosfolípidos, especialmente el tiempo parcial de tromboplastina activada. Desde 1972 se designa como "anticoagulante lúpico" aunque se asocia con fenómenos trombóticos y no es exclusivo de los pacientes con LES. [13]

El mismo año en que Hughes describió la asociación de fenómenos trombóticos y abortos con el anticoagulante lúpico, algunos de sus colaboradores, liderados por Nigel Harris, describieron la prueba de ELISA (EnzymeLinkedImmunsorbentAssay) para la detección de los anticuerpos anticardiolipína IgG, IgM e IgA, utilizando como antígeno el fosfolípido en fase sólida, lo cual confiere una sensibilidad muy superior a la del VDRL. El síndrome anticardiolipína, consistente en fenómenos trombóticos, abortos recurrentes y

trombocitopenia en pacientes lúpicos con anticuerpos anticardiolipina, que definido en 1986 por Hughes, Harris y Gharavi. En 1988 Donato Alarcón-Segovia describió el síndrome antifosfolípidos primario en un grupo de pacientes que presentaban los hallazgos clínicos mencionados asociados a la presencia de anticuerpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico o VDRL falso positivo y en los cuales no existían criterios diagnósticos para el LES u otras enfermedades del colágeno; se establece entonces una diferencia entre estos pacientes y aquéllos con síndrome antifosfolípidos secundario, asociado principalmente al LES. [13]

Aun cuando las manifestaciones clínicas en la forma primaria y secundaria del síndrome antifosfolípidos son similares en lo que concierne a los fenómenos trombóticos y la pérdida fetal, es más frecuente encontrar afección de las válvulas del corazón en la forma secundaria, además de los hallazgos propios de las enfermedades del tejido conectivo tales como anemia hemolítica, linfopenia e hipocomplementemia, entre otros. [9]

En 1980 Firkin Sugiere relación entre aborto recurrente y anticoagulante lúpico. Deme et al, realiza un estudio en 40 pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES) con antecedente de 1 o más embarazos: 17 pacientes sin abortos; 23 pacientes con antecedentes de 60 abortos en total presentaban una alta frecuencia de anticoagulante lúpico y Ac. Anticardiolipina. Se ha establecido una asociación entre anticoagulante lúpico y aborto, por un lado, y óbito fetal y RCIU con Ac. Anticardiolipina [13]

El SAAF, es una enfermedad del sistema inmune en la cual existen anticuerpos con aparente especificidad por fosfolípidos, (Anticoagulante lúpico, anticardiolipina y b2-glicoproteína I. [11]) así como la ocurrencia de trombosis, aborto recurrente, o ambos.

Se reporta que de las coagulopatías ocupan una prevalencia de un 3,5% a un 6%. Se encuentra clasificada entre el grupo de las trombofilias adquiridas junto con los defectos endoteliales, y la activación plaquetaria y aumento de viscosidad sanguínea secundaria a neoplasias, falla renal, etc.[5]

El Síndrome anticuerpos antifosfolípidos se clasifica en:

Primario: 50% de las pacientes obstétricas con SAAF. La mayoría no progresaran a un LES y pueden presentar períodos de remisión (clínica y de laboratorio) con escaso riesgo de manifestaciones trombóticas. [11]

Secundario: Se presenta en pacientes con LES u otras enfermedades del tejido conectivo (esclerosis sistémica o AR, etc.) [11]

Asociado: Causado por infecciones, fármacos, u otras entidades de muy baja frecuencia.

Patogenia: Se han descrito 3 Hipótesis acerca de la patogenia del SAAF:

- La activación de células endoteliales: Ac ACL y b2-glicoproteína I secreción de citoquinas y alteración del metabolismo de las prostaciclina. [6]
- Daño oxidativo del endotelio vascular: Ac ACL y su reacción con LDL oxidado (ateroesclerosis) produciría el daño endotelial (por LDL y ACL). [6]
- Modulación de la coagulación: Ac ACL y b2-glicoproteína I (anticoagulante natural). (Protrombina, proteína C, anexina V, factor tisular). [6]

Cuadro clínico

La historia clínica y el cuadro clínico de las pacientes con SAAF se pueden clasificar en tres grandes aspectos de importancia a evaluar:

- **Reproductivo.** Aborto espontáneo recurrente, muerte fetal en el segundo o inicios del tercer trimestre, restricción del crecimiento fetal y preeclampsia severa de inicio precoz (antes de las 28 semanas). [3]
- **Vascular.** Trombosis arterial o venosa en cualquier territorio pero más frecuente en las extremidades inferiores. (Sintomatología durante el embarazo con el uso de anticonceptivos orales). [3]
- **Otras.** Trombocitopenia, alteraciones de las válvulas cardíacas, livedo reticularis, migraña, úlceras extremidades inferiores, mielopatía, corea e hipertensión pulmonar.

[3]

Diagnóstico

Para realizar diagnóstico se utiliza un criterio clínico mayor además de una alteración, reproductiva o vascular y una prueba serológica positiva, es decir ACL positivo y/o ACP IgG o IgM en títulos moderados o altos. (> 15 - 20 unidades GLP). [5] Los criterios menores sirven para sospecha del mismo.

- Debe repetirse 6 semanas después para obtener confirmación.
- El 2 a 3% de la población obstétrica normal, presenta títulos bajos y estos hallazgos no parecen estar asociados a un pronóstico adverso.

Criterios clínicos mayores [5]

Los criterios mayores son:

- Aborto recurrente

- Muerte fetal 2º - 3er trimestre
- Trombosis venosa (trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, etc.)
- Trombosis arterial (TIA, amaurosis fugax, AVE, etc.)
- Trombocitopenia

Criterios clínicos menores^[5]

Los cuales no hacen diagnóstico, sin embargo permiten sospechar y evaluar a la paciente sobre criterios mayores.

- VDRL falso (+).
- Test de Coombs (+).
- Anormalidades de válvulas cardíacas.
- Livedoreticularis.
- Migraña.
- Ulceras de piernas.
- Mielopatía.
- Corea.
- Hipertensión pulmonar.
- Necrosis avascular.

Indicaciones para estudio SAAF

Las indicaciones para realizar estudios para SAAF son:

- Dos o más abortos consecutivos de primer trimestre.
- Muerte fetal no explicada de segundo o tercer trimestre.
- Trombosis arterial o venosa, AVE, TIA, o amaurosis fugax.
- LES u otra enfermedad del tejido conectivo
- Preeclampsia de inicio precoz (< 28 sem).
- RCIU severo (percentil de crecimiento < 5).
- VDRL falso (+).
- TTPK prolongado.
- Trombocitopenia autoinmune.
- 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 y/o de inicio < 30 semanas.
- Óbito fetal de causa no explicada.
- Restricción de crecimiento intrauterino severa de causa no explicada.
- Fenómenos trombóticos y tromboembólicos neonatales.

Tratamiento y manejo

Durante el embarazo, los resultados perinatales mejoran con el uso de Heparina 5.000 UI c/12 h (o de bajo peso molecular) vía subcutánea, así como el ácido acetilsalicílico 100 mg/día oral. Una vez establecida la vitalidad embrionaria (5 a 7 semanas de amenorrea)^[2] se recomienda usar heparina sólo al principio (primeras 10 semanas) y al final (48 horas previas al parto y primeras 24 horas postparto). La dosis de heparina se ajusta para prolongar el TTPK 1,5 veces su valor normal, 3 a 6 h, después de indicada.^[2]

Los anticoagulantes orales se utilizan durante el resto de la gestación, ajustada a un INR que no exceda a 2,0. Por el alto riesgo trombogénico durante el peri y postparto, es recomendable reiniciarlo a las 12 horas postparto y mantenerlo por tres meses. ^[2] Adicionalmente administrarse al menos 1 g de calcio diario debido al efecto osteopénico de heparina. ^[2]

Control Prenatal

El control prenatal debe de ser frecuente con un equipo médico multidisciplinario. Debe evaluarse la función hematológica, renal y si se dispone de ultrasonido Doppler, monitorizar una adecuada circulación uteroplacentaria, por lo menos una vez al mes. A partir de las 34 semanas. La interrupción de la gestación estará dada por la existencia de compromiso materno, fetal, o desde las 36-37 semanas de gestación. ^[2]

Prevención primaria

Se recomienda la vigilancia estricta durante el embarazo que incluye la valoración con Dopplerduplex del sistema venoso de las extremidades inferiores. En el puerperio se recomienda el empleo de ACO en las 6 semanas que siguen al parto. [2]

IV.Objetivos

3.1 General

- 3.1.1 Determinar si el SAAF tiene relación con la formación de hematomas placentarios en el primer trimestre.

3.2 Específicos

- 3.2.1 Determinar la prevalencia de SAAF en pacientes con hematomas placentarios en la clínica de Alto Riesgo que estén en su primer trimestre de embarazo.
- 3.2.2 Realizar la comparación entre pacientes con SAAF y que no cursan con SAAF en relación a la presencia o no de hematomas placentarios.

V. Material y Métodos

4.1 Diseño del estudio:

- Diseño de Cohortes.

4.2 Población:

Pacientes embarazadas en su control prenatal en la Clínica de Alto Riesgo a las que se les haya realizado USG de primer trimestre, en el HGO de enero a diciembre de 2010, que se les haya realizado anticuerpos antifosfolípidos por sospecha clínica.

4.3 Muestra:

Toda la población.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Caso:

4.4.1.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes embarazadas de la clínica de Alto Riesgo.
- Pacientes con Anticuerpos para SAAF > 5 U.
- USG del primer trimestre.

4.4.1.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con historia de trauma.
- Hipertensas no controladas.
- DM > 10 años.

4.4.2 Control:

4.4.2.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes embarazadas de la clínica de Alto Riesgo.
- Pacientes con Anticuerpos para SAAF < 5 U.
- USG del primer trimestre.

4.4.2.1 Criterios de Exclusión

- Pacientes con historia de trauma.
- Hipertensas no controladas.
- DM > 10 años.

4.5 Variables del estudio

Tipo de Variable	Definición	Variable	Tipo
------------------	------------	----------	------

Dependiente:	Si/No	Hematoma placentario	Nominal
Independiente:	>20	Presencia de Anticuerpos Antifosfolípidos	Ordinal
Independiente:	<13 semanas	Edad gestacional	Ordinal

4.6 Análisis estadístico

Se tomara la muestra por conveniencia de las pacientes estén en su primer trimestre del embarazo que consulten a la clínica de CAR de enero a julio de 2010, con aborto recurrente u otra sospecha clínica de SAAF, y se dividirán en dos grupos pacientes que sean positivas para SAAF y pacientes que no lo sean. Esos dos grupos se subdividirán en pacientes con USG obstétrico que tengan hematomas placentarios en USG y pacientes que no lo tengan.

Se realizará un cuadro de 2 x 2 para determinar RR, el cual se analizara en el programa EpiInfo.

	Con Hematoma	Sin Hematoma
SAAF +		
SAAF -		

VI. Resultados

A partir de los datos obtenidos, se obtienen los siguientes resultados acerca de la presencia de hematomas placentarios en pacientes vistas en la clínica de Alto Riesgo que tienen menos de 13 semanas de embarazo los cuales se presentan a continuación:

Se obtuvo un total de 192 pacientes de las cuales 31 pacientes cursan con SAAF, y 162 tienen anticuerpos negativos para SAAF.

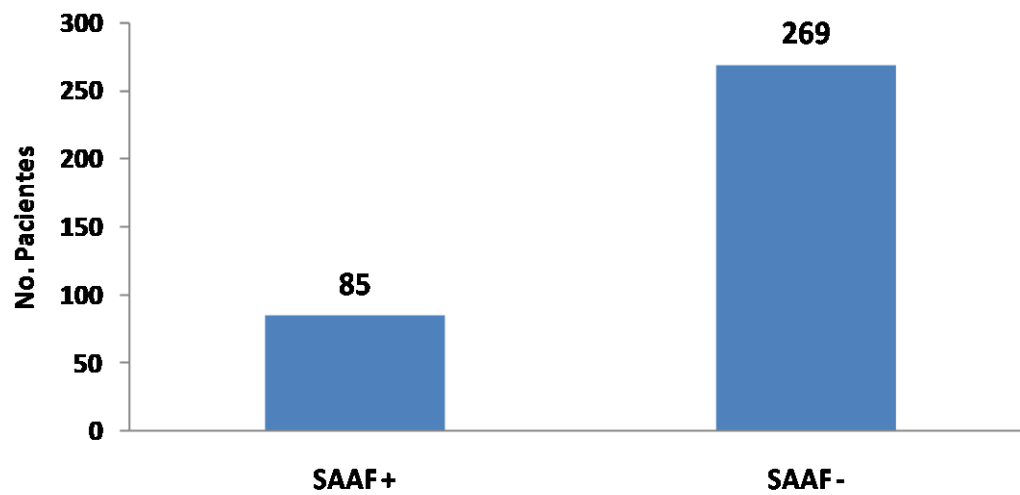
Se encontraron 2 pacientes con hematoma placentario de 31 pacientes con SAAF positivo y 5 pacientes con hematoma de 162 pacientes con SAAF negativo, con una prevalencia de SAAF de 24% de las pacientes con sospecha clínica, por lo que se realiza la tabla de 2 por 2 de a siguiente manera

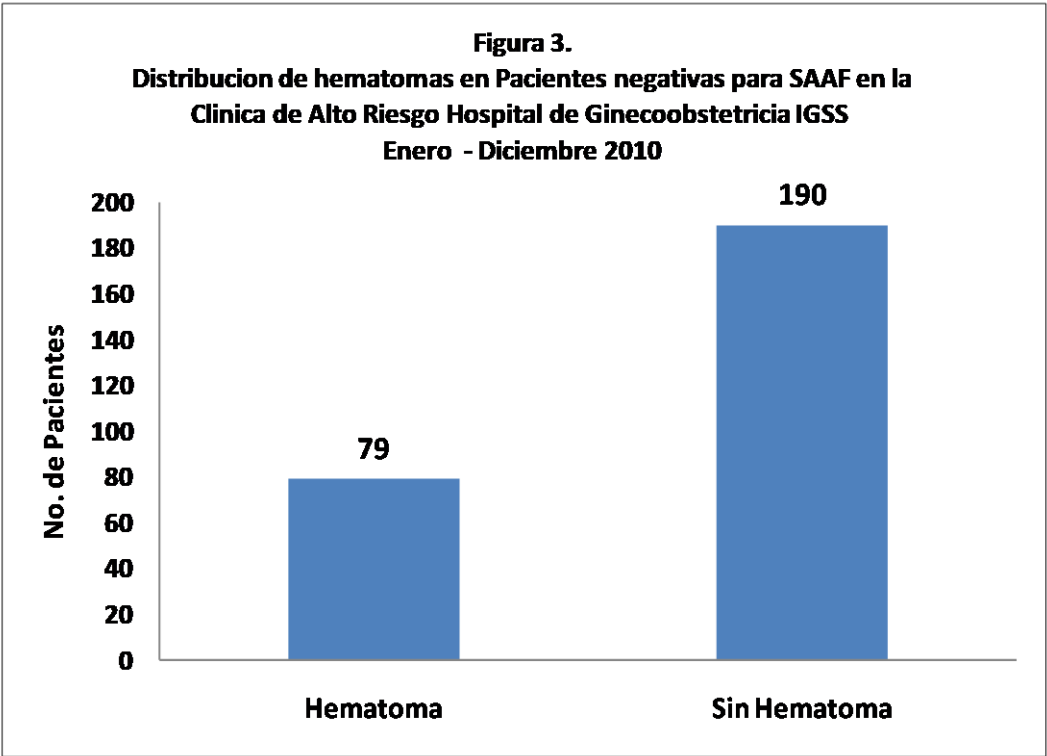
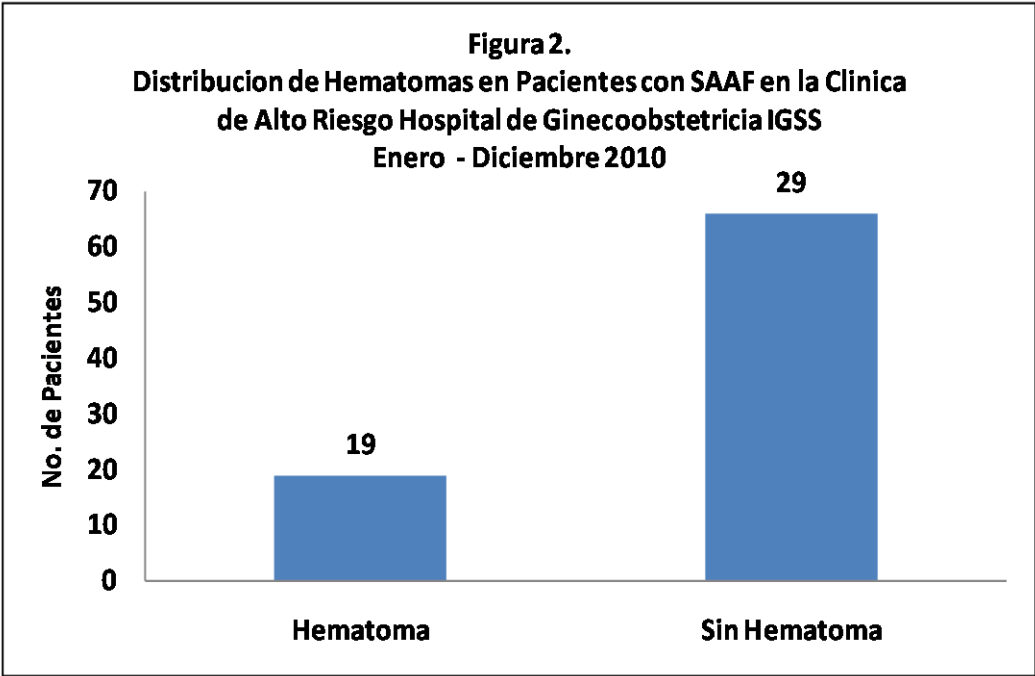
**Tablea1. PACIENTES CON EMBRAZO MENOR DE 13 SEMANAS DE LA CLINICA
DE ALTO RIESGO DE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 2010**

	Hematoma	Sin Hematoma	
SAAF +	19	66	85
SAAF -	79	190	269
	98	256	354

La cual da un RR de 1.93, con lo que se rechaza la hipótesis nula indicando que La presencia de hematomas placentarios en pacientes con SAAF y embarazo del primer trimestre es mayor a la observada en pacientes sin SAAF en la misma edad gestacional. Con una p de 0.0007788089 al 95%.

Figura 1.
Distribucion de Pacientes con Sospecha Clínica de SAAF en la Clinica
de Alto Riesgo Hospital de Ginecoobstetricia IGSS
Enero - Diciembre 2010





VI. Discusión y Análisis

Pudimos observar que la presencia de hematomas placentarios en pacientes con sospecha clínica de SAAF y embarazo del primer trimestre es mayor en pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, con un RR 1.93 con una p del 0.0007788089 al 95%. Siendo un resultado estadísticamente significativo a pesar de que la muestra fue difícil de obtener en la clínica de alto riesgo por no poder encontrar algunos de los expedientes médicos al indicar que no estaban presentes las diferentes carpetas de pacientes por depuración, estar en prestaciones, ingresos o el estar en trámite de suspensiones por ser pacientes de alto riesgo, por lo cual se eliminaron del estudio. También fue difícil obtener en algunas pacientes el resultado de anticuerpos antifosfolípidos ya que el correr una prueba tardaba más o menos un mes en estos meses por el trámite y tener que salir de la unidad para ser procesados ya que no se contaba con reactivos para realizar estas pruebas en la Unidad.

Sin embargo pudimos observar que el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos se encontró en un 24% en pacientes con sospecha clínica de SAAF en estos meses indicando que es una patología frecuente en pacientes abortadoras crónicas y con presencia de trombosis en nuestro medio por lo que debería de ser estudiada rutinariamente en pacientes con pérdidas gestacionales, sin tener que llegar a perder más de embarazos para poder estudiarlo. Al momento no hay estudios que indiquen la prevalencia de SAAF en pacientes con hematomas placentarios en la literatura, encontrando en nuestra institución un 19%, siendo un dato importante para el estudio de SAAF en estas pacientes que consultan por hemorragias en el primer trimestre y se detectan hematomas por ultrasonido.

6.1 Conclusiones

Podemos concluir que hay asociación entre el Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos con la formación de hematomas placentarios en el primer trimestre.

Podemos concluir que las pacientes con SAAF tienen más riesgos de cursar con hematomas placentarios que las pacientes que no lo tienen en el primer trimestre del embarazo.

Podemos concluir que la prevalencia del Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos en pacientes con hematomas placentarios en el primer trimestre es del 19% en la Clínica de Alto Riesgo del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Se pudo observar que los pacientes con Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos pueden tener mayor riesgo de formación de hematomas placentarios que pacientes que no cursan con este síndrome.

6. 2 Recomendaciones

En base a los resultados puedo recomendar el realizar rutinariamente estos laboratorios en pacientes con hematomas placentarios detectados por USG en el primer trimestre ya que la prevalencia es alta de pacientes con SAAF.

Después de realizar el presente trabajo puedo recomendar el poder realizar este tipo de trabajos con un archivo más ordenado ya que fue muy difícil poder obtener los datos por extravío de carpetas o por estar en cualquier otro lugar.

6.3 Limitaciones

La primera limitación fue el poder obtener datos de expedientes por no encontrarse por diversas razones en el archivo.

Otra limitación fue la obtención de resultados por el trámite de la prueba de SAAF

Otra limitación es la de que no todas las pacientes inician control prenatal temprano en el Seguro Social por no poder acreditar derecho por diversas razones administrativas pudiendo haber sido detectadas en el primer trimestre. Por lo mismo no a todas las pacientes se les pudo realizar USG en el primer trimestre.

VII. Referencias Bibliográficas

1. Schmidt JM, Greenspoon JS. Aloe vera dermal wound gel is associated with a delay in wound healing». *ObstetGynecol*(1998). 78 (1): 115–7.
2. J. Warren, R. Silver. Autoimmune disease in pregnancy: systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. Department of Obstetrics and Gynecology. University of Utah School of Medicine, *ObstetGynecolClin N Am* 31 (2004): 345– 372.
3. B. Bermas, et al. Clinical manifestations of the antiphospholipid syndrome. Official reprint from UpToDate®. (2008): 1-21.
4. B. Spirt, Et al. Clinically Silent Retroplacental Hematoma: Sonographic and Pathologic Correlation. *J Clin Ultrasound* 9 (1981) : 203-205,
5. B. Bermas, et al. Diagnosis of the antiphospholipid syndrome. Official reprint from UpToDate®. (2008): 1-9.
6. Jaime M. Shamonki, Et al. Excessive complement activation is associated with placental injury in patients with antiphospholipid antibodies. *Am J ObstetGynecol* 2007;196:167.e1-167.e5.
7. C. Salafia, A. Parke. Placental pathology in systemic lupus erythematosus and Phospholipid Antibody Syndrome. *Rheumatic Diseases Clinics of North America* - Volume 23, Issue 1 (1997): 85-97
8. J. Pezzullo. Placental pathologic features of preterm preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* - 173, 4(1995):1097-1105
9. Di Simone N. Pregnancies complicated with antiphospholipid syndrome: the pathogenic mechanism of antiphospholipid antibodies: a review of the literature. *Ann N Y Acad Sci.* 2007;1108:505-14.
10. C. Lockwood, P. Schur. Obstetrical manifestations of the antiphospholipid syndrome. Official reprint from UpToDate®. (2008): 1-9.
11. B. Bermas, et al. Pathogenesis of the antiphospholipid syndrome. Official reprint from UpToDate®. (2008): 1-21.
12. R.W. Redline. Placental Pathology: A Systematic Approach with Clinical Correlations. *Placenta* 29, Supplement A, *Trophoblast Research*, Vol. 22 (2008) S86eS91

13. P. Chalem. Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos: manifestaciones en el sistema nervioso central. ASOCIACION Colombiana De Neurologia. Bogota-Colombia. 2004.9:36-55'
14. M. Dighe, Et al. Sonography in First Trimester Bleeding. Radiology, University of Washington Medical Center, Seattle, WA 98195. Received 19 April 2007; accepted 1 October 2007
15. Stone S. The placental bed in pregnancies complicated by primary antiphospholipid syndrome. Placenta. 2006; 27(4-5): 457-6.
16. N. Lazebnik, R. Lazebnik. The role of ultrasound in pregnancy-related emergencies. RadiolClin N Am 42 (2004) 315– 327.
17. Le ThiHuong D. The second trimester Doppler ultrasound examination is the best predictor of late pregnancy outcome in systemic lupus erythematosus and/or the antiphospholipid syndrome. Rheumatology (Oxford) 2006; 45(3): 332-8

VIII. Anexos

Anexo

Relación de Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos y Hematoma Placentario en Pacientes en el Primer Trimestre en que asisten a HGO de los meses de enero a julio de 2010

Ficha de Recolección de Datos

No. _____ Fecha: _____

Afiliación: _____

Edad gestacional: ____ semanas x ____

SAAF +/- _____

USG: Fecha _____ edad semanas ____ Hematoma (S/N) ____

Enfermedades como DM, HTA, TRAUMA: si/no _____

Anexo

Relación de Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos y Hematoma Placentario en Pacientes en el Primer Trimestre en que asisten a HGO de los meses de enero a julio de 2010

Consentimiento Informado

Yo _____ de _____ anos, con cedula

Hago constar que voluntariamente, autorizo a utilizar los dato de mi expediente médico para participar en el estudio “Relación de Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos y Hematoma Placentario en Pacientes en el Primer Trimestre en que asisten a HGO de los meses de enero a julio de 2010”, habiéndoseme explicado que se revisaran los datos de mi expediente médico y serán comparados y publicados para esta finalidad sin revelar datos personales. Se me ha explicado que puedo decidir que no se tomen mis datos en el estudio en cualquier momento que yo decida.

Guatemala _____ días de _____ de 2010.

Firma _____

Anexo

Relación de Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos y Hematoma Placentario en Pacientes en el Primer Trimestre en que asisten a HGO de los meses de enero a julio de 2010

Tabla de Salida

	Con Hematoma	Sin Hematoma
SAAF +		
SAAF -		

Tabla 1. . Numero de casos con SAAF vrs Controles con y sin Hematoma placentario

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "Relación de Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos y Hematoma Placentario en Pacientes en el Primer Trimestre en que asisten a Clínica de Alto Riesgo Hospital de Ginecoobstetricia, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de los meses de enero a diciembre de 2010" para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.