

UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: LOURDES AURORA GONZÁLEZ TENE**

**ANGELA MELISA TINIZARAY CARRIÓN**

**DIRECTOR: DR. MARCO ANTONIO SIGÜENZA PACHECO MGS.**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: LOURDES AURORA GONZÁLEZ TENE**

**ANGELA MELISA TINIZARAY CARRIÓN**

**DIRECTOR: DR. MARCO ANTONIO SIGÜENZA PACHECO MGS.**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

**Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

**Lourdes Aurora González Tene** portadora de la cédula de ciudadanía N° **1900832948** y **Angela Melisa Tinizaray Carrión** portadora de la cédula de ciudadanía N° **1950001527**. Declaramos ser autoras de la obra: **“Síndrome Antifosfolípídico”**, sobre la cual nos responsabilizamos sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaramos finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **17 de abril del 2024**



Firmado electrónicamente por:  
**LOURDES AURORA  
GONZALEZ TENE**

**Lourdes Aurora Gonzales Tene**

**C.I. 1900832948**



Firmado electrónicamente por:  
**ANGELA MELISA  
TINIZARAY CARRION**

**Angela Melisa Tinizaray Carrión**

**C.I 1950001527**

## CERTIFICACIÓN

Yo Marco Antonio Sigüenza Pacheco, con cédula de identidad N° 0104049010 en calidad de Director del Trabajo de Titulación con el tema: “SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO”, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por LOURDES AURORA GONZÁLEZ TENE y ANGELA MELISA TINIZARAY CARRIÓN, bajo mi supervisión.



Firmado electrónicamente por:  
**MARCO ANTONIO  
SIGUENZA PACHECO**

DR. Marco Antonio Sigüenza, Mgs  
**DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN  
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

## **Agradecimiento**

Primeramente, agradecemos a Dios por permitirnos tener tan buena experiencia dentro de la universidad, y gracias a la universidad por favorecer nuestra formación en profesionales en el área de la salud. A la Universidad Católica de Cuenca, agradecemos por habernos aceptado como parte de ella y por abrir las puertas de su seno científico para permitirnos estudiar la carrera de enfermería. También queremos expresar nuestro agradecimiento a los diferentes docentes han compartido sus conocimientos y brindado su apoyo para que podamos avanzar día a día.

Queremos hacer una mención especial de agradecimiento al Dr. Marco Antonio Sigüenza, quien fue nuestro tutor y nos impartió todos sus conocimientos y apoyo desde el primer momento en el que empezamos a trabajar en el tema de investigación. Agradecemos su paciencia y por ser un excelente guía, acompañándonos siempre hasta culminar con nuestro trabajo de titulación. Le tenemos un profundo respeto y admiración.

Sabemos que el proceso no ha sido sencillo, pero gracias a las ganas de transmitirnos sus sabidurías y a la dedicación que nos ha guiado, hemos logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo del trabajo de titulación con éxito y obtener una gratificante titulación profesional.

**Lourdes Aurora González Tene**  
**Angela Melisa Tinizaray Carrión**

## **Dedicatoria**

En primer lugar, dedico este trabajo a Dios y a la Virgen del cisne por haber guiado mi camino y haberme brindado salud y vida para poder seguir adelante a pesar de todas las adversidades.

Dedico con todo mi corazón este trabajo de titulación a mi querida madre Rosa por sus palabras de aliento y sus abrazos reconfortantes que han sido mi fuente de inspiración en los momentos de duda y desánimo. Sin ti, no habría podido alcanzar esta meta la cual madre querida te la dedico.

Querida hermana María, quiero agradecerte por todo lo que has hecho por mí. Te has esforzado para que yo pueda culminar mis estudios y pueda mirarte con los ojos empapados de gratitud. Sin ti, no habría logrado mis sueños y no existen palabras suficientes para expresar mi agradecimiento. Te quiero con todo mi corazón hermana.

De la misma manera, agradezco a mi Padre José y a mi pareja Ángel, quienes desde el cielo me acompañan. A pesar de no estar físicamente presente, sus enseñanzas y buenos ejemplos influyeron enormemente en mi durante el proceso. Estoy segura que desde el cielo estarán orgullosos de verme convertida en una profesional de enfermería, ya que siempre lo anhelaron eso.

Agradezco infinitamente al Dr. Antonio Sigüenza, por su apoyo y motivación para culminar el trabajo de titulación, por transmitir su conocimiento y por ayudarme paso a paso para conseguir este logro.

Finalmente, agradezco a toda mi familia, quienes me han apoyado incondicionalmente durante estos cinco años para hacer realidad este sueño, sin esperar nada a cambio.

**Lourdes Aurora González Tene**

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo principalmente a Dios y a la Virgen del Cisne, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis queridos padres, Lidia y Jaime. Este logro académico es un reflejo del incansable esfuerzo que han invertido para brindarme una educación sólida. Cada sacrificio que han hecho, cada día de trabajo duro y cada decisión que tomaron en mi nombre son el fundamento de mi éxito. Su dedicación y compromiso con mi educación son un regalo que valoro más allá de las palabras.

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos. A mi novio, Lenin, que ha estado conmigo desde hace 8 años en todo momento; gracias por sus consejos, apoyo incondicional y por tenerme siempre paciencia.

A mi paciente asesor de titulación. Tu orientación y apoyo han sido invaluableles en el proceso de esta titulación. Tu conocimiento, paciencia y compromiso han sido fundamentales para mi éxito académico. Esta titulación es un testimonio de tu guía experta y amable. Gracias por ser un mentor excepcional.

A todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este trabajo de titulación, mi más sincero agradecimiento.

**Angela Melisa Tinizaray Carrión**

**INDICE****Contenido**

<b><u>RESUMEN</u></b> .....	<b>9</b>
<b><u>ABSTRACT</u></b> .....	<b>10</b>
<b><u>INTRODUCCIÓN</u></b> .....	<b>11</b>
<b><u>METODOLOGÍA</u></b> .....	<b>16</b>
<b><u>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</u></b> .....	<b>20</b>
<b><u>Prevalencia del síndrome antifosfolípido</u></b> .....	<b>20</b>
<b><u>Principales factores de riesgo asociados al síndrome antifosfolípido</u></b> ....	<b>22</b>
<b><u>Complicaciones del síndrome antifosfolípido</u></b> .....	<b>24</b>
<b><u>Abordaje terapéutico en pacientes con síndrome antifosfolípido</u></b> .....	<b>26</b>
<b><u>Intervenciones de enfermería en pacientes que sufren el síndrome antifosfolípido</u></b> .....	<b>28</b>
<b><u>CONCLUSIONES</u></b> .....	<b>32</b>
<b><u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b> .....	<b>34</b>

## RESUMEN

El síndrome Antifosfolipídico (SAF), también conocido como el síndrome de Hughes, fue descrito por primera vez en 1983. Este trastorno se caracteriza por atacar por error a las proteínas normales de la sangre generando hipercoagulabilidad y contribuye en la formación de coágulos de sangre venas, arterias y en los distintos órganos. Existen dos tipos de SAF: El SAF primario (SAFP) y el SAF Secundario (SAFS), en el que se entiende como secundario cuando está acompañado de otras enfermedades que afectan al sistema inmunitario como es el caso del Lupus eritematoso sistémico (LES), artritis reumatoide y el síndrome de Sjögren; Y se habla de primaria cuando se presenta sin causa aparente. Y en casos muy particulares se habla de SAF Catastrófico que genera una falla multiorgánica y puede causar la muerte de las personas que los padecen. Se estima que su prevalencia a nivel mundial, es del 1 al 5%, lo que representa de 40 a 50 casos por cada 100.000 individuos de la población mundial. Este síndrome afecta mayormente al género femenino que, al masculino, en el caso de las mujeres en estado de gestación, presentan un mayor riesgo de presentar abortos espontáneos y muertes fetales. El tratamiento más empleado para este síndrome es los anticoagulantes, en el caso de las mujeres gestantes se ha hecho el uso de heparina y aspirina en dosificación baja. Y entre los factores para un diagnóstico es la edad, género y en el caso de ser una mujer verificar que no se encuentre embarazada.

**Palabras Clave:** Síndrome Antifosfolipídico, Síndrome de Hughes, Complicaciones, Abordaje terapéutico, Factores de riesgo

## ABSTRACT

Antiphospholipid syndrome (APS), also known as Hughes syndrome, was first described in 1983. This disorder is characterized by mistakenly attacking normal blood proteins, causing hypercoagulability, and contributing to the formation of blood clots in veins, arteries, and organs. There are two types of APS: Primary APS (PAPS) and Secondary APS (SAPS), which is understood as secondary when it is accompanied by other diseases that affect the immune system, as in the case of systemic lupus erythematosus (SLE), rheumatoid arthritis, and Sjögren's syndrome; it is referred as primary when it occurs without any visible cause. In addition, in specific cases, it is called catastrophic APS, which generates a multiorgan failure and can cause the death of those who suffer from it. Its worldwide prevalence is estimated at 1 to 5%, which represents 40 to 50 cases per 100,000 individuals of the world population. This syndrome affects more females than males, and in pregnant women, there is a higher risk of miscarriages and stillbirths. The most commonly used treatment for this syndrome is anticoagulants; in the case of pregnant women, heparin and low-dose aspirin have been used. The factors for diagnosis include age and gender, and, in the case of a woman, to verify that the patient is not pregnant.

**Keywords:** Antiphospholipid Syndrome, Hughes Syndrome, Complications, Therapeutic Approach, Risk Factors

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome Antifosfolípídico (SAF), también conocido como síndrome de Hughes, es una afección de tipo autoinmune protrombótico que se caracteriza por ser un estado de hipercoagulabilidad (1). El SAF, fue identificado por primera vez en 1983, como el síndrome de anticardiolipina hasta 1992, posteriormente fue descrita por Ronald Asherson, como el síndrome de Asherson, luego fue reconocido como una alteración patológica bien delimitada y denominó como el síndrome antifosfolípido.

Este síndrome se clasifica en SAF primario (SAFP) y SAF secundario (SAFS). En el que se entiende como secundario cuando se presenta en conjunto con otras enfermedades autoinmunitarias como: es el caso del síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico (LES) y artritis reumatoide (2). Y primario cuando se manifiesta sin que exista una causa determinada, como es la trombofilia adquirida (3-5). Los pacientes con SAFP de mayor edad, pueden presentar con mayor frecuencia eventos cerebrovasculares, embolia pulmonar, trombocitopenia, trombosis venosa profunda y angina de pecho como manifestaciones clínicas (6). En el caso de SAFS puede estar asociado a infecciones, medicamentos y tumores malignos, así, como también de complicaciones específicas en el embarazo y en otras ocasiones pueden presentar accidente isquémico transitorio o trombocitopenia y livedo reticularis. Aunque, en ocasiones menos comunes podría presentar disfunción multiórgánica debido a la trombosis de los vasos pequeños conocido como síndrome antifosfolípídico catastrófico (SAC) (7). Está aparece en menos del 1% de la población y se da con trombosis intravascular en la que su afectación es de 3 o más tejidos, órganos y sistemas, esto puede suceder de manera simultánea o en el lapso de una semana (8).

El SAF generalmente se muestra por trombosis venosa o arterial causante de alteraciones hematológicas, así como del aumento de la morbimortalidad materno fetal, que pueden ser medidos por anticuerpos de los cuales los más conocidos son: las anticardiolipinas (aCL), anticoagulante lúpico (AL) y el anti B2 Glicoproteína I (a $\beta$ 2GPI) (1). Entre las evidencias clínicas más comunes se encuentran accidente cerebrovascular (ACV), tromboembolismo venoso (TEV) y abortos involuntarios (9).

Entonces el SAF, ocurre cuando el mecanismo inmune, concibe erróneamente herramientas de defensa, para combatir a los tejidos del organismo generando un mecanismo de acción; en el caso del SAF, los agentes protectores provocan la creación de masas de sangre mejor conocido como tromboelismo venoso, que se presenta en los diferentes órganos del cuerpo como: los riñones 73%, pulmones 60%, sistema nervioso central 56%, corazón 50% y piel 47%. También, se muestra en otros órganos con menor frecuencia como son: las glándulas adrenales, ovarios, testículos, próstata, intestino, bazo, médula ósea, retina del ojo y el páncreas (10).

Estos coágulos pueden ocasionar diferentes tipos de trombosis, complicaciones obstétricas, siendo considerado como uno de los principales responsables de la trombofilia adquirida y de los accidentes cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares u otras afecciones (2). En el caso de las personas bajo cuidado médico con presencia de insuficiencia renal, puede ver una disminución del flujo sanguíneo hacia los riñones o a su vez cuando sufren accidente cerebrovascular, es ahí donde hay una reducción en el fluido de la sangre hacia una parte del cerebro, ocasionando daños aerológicos permanentes (11).

Otra afectación que se puede manifestar es en los vasos retinianos (vasos sanguíneos pequeños en la parte posterior del ojo). Además, de la presencia de sangre en el olfato o en el tejido gingival (encías), periodo menstrual extrañamente cuantioso; emesis (vómito) que puede tornarse de color rojo brillante y dolor abdominal inexplicable (12). Así como también puede existir el taponamiento de pequeños vasos lo que puede afectar a la piel, retina del ojo, vasos cerebrales, renales, cardiacos, pulmonares y óseos (13). Estos pueden ser síntomas de padecer de este síndrome, por lo que es importante su diagnóstico temprano para evitar fenómenos trombóticos recurrentes. Considerando que la formación de coágulos de sangre es un factor principal de la enfermedad, ocasionando por la aceleración de unidades o células del endotelio, glóbulos blancos y plaquetas (8). La trombosis recurrente tiene un riesgo de mortalidad mayor a diferencia de la hemorragia en los pacientes con SAF (14).

Sin embargo, los análisis del genoma humano, es decir, su ADN y de los cambios o modificaciones que pueden existir en los genes, han aportado en la identificación de nuevas moléculas biológicas que enlazado con los agentes que presentan peligro, han logrado detallar herramientas patógenas involucradas en el progreso de trombos y

enfermedades cardíacas en estos pacientes (15). En las que del 10 al 15% de pacientes con LES, presentan manifestaciones de SAFS, en las que se ha evidenciado que el 15% desarrollan trastornos del estado de ánimo, del 8% al 18% presentan convulsiones y enfermedad cerebro vascular entre el 2% al 8% (16).

El grupo que presenta una mayor afectación por el SAF, son las mujeres. Por lo general, su diagnóstico se da entre los 30 a los 40 años de edad. La mayor parte de los trastornos son autoinmunes, este posee un componente genético, aunque no existe evidencia de que exista una transmisión directa de padres a hijos (12). En el caso de los niños, el SAF puede ocurrir en cualquier momento, desde el periodo de lactancia hasta la adolescencia, su diagnóstico se realiza entre los 15 a 50 años (17). Las mujeres en estado de gestación, que han sido diagnosticadas con este síndrome pueden tener un aborto espontáneo, en el que se puede dar la muerte del bebé antes de la décima semana de embarazo o darse un parto prematuro antes de la semana 34 sin motivo aparente (2).

Según la indagación efectuada por Pedraza et.al (2019), indica que las personas que tienen SAF Obstétrico (síndrome antifosfolípídico del embarazo), pueden presentar una variedad de manifestaciones obstétricas de importancia clínica como es el caso de: abortos recurrentes y preeclamsia grave que podría manifestarse previo a la semana 34 de gestación. También, existe una amenaza significativamente mayor de sufrir de trombosis, lo que representa del 5% al 12% (18). Durante el periodo de embarazo, este síndrome es el responsable del 10 al 25%, de los casos en los que una pareja ha sufrido 3 o más abortos de manera recurrente y el 5% al 50%, de muertes por complicaciones en el embarazo, entre las complicaciones más frecuentes son: la restricción del crecimiento intrauterino y los partos pretérminos (19).

Por lo que ha sido necesario establecer ciertos criterios en los que tanto la investigación Molnar et.al (2023) y Lema et.al (2022) coinciden, en la que es necesario establecer mediante la utilización de dos criterios: criterio clínico y de laboratorio para poder determinar si una mujer gestante padece de SAF. A continuación, se describen los dos criterios planteados por los autores (16,20).

**Criterios Clínicos:**

- Alteraciones durante el embarazo:
  - a) Uno o más partos prematuros antes de completar las 37 semanas de embarazo, provocados por preclamsia severa o desprendimiento de la placenta.
  - b) Pérdidas de embarazos frecuentes, que se dan antes de la décima semana 10 de embarazo.
- Trombosis vascular. – Presencia de coágulo sanguíneo en una vena profunda que afecta a cualquier tejido u órgano del cuerpo como: piernas, brazos, pelvis o muslos (16,20).

**Criterios de Laboratorio:**

- El test de coagulación o anticoagulante tipo lupus positivo, asociado con fenómenos trombóticos.
- Los Anticuerpos de las cardiolipinas mayores a 40, o sobre el percentil 99, que se miden a través del plasma (16,20).

En otro aspecto, se encuentra la presencia de anticuerpos antifosfolípídico (SAF o APS) en pacientes que no presentan síntomas incluidos los criterios de diagnóstico. En la exposición de los síntomas es fundamental hacer una valoración individual para determinar la posibilidad de que una persona sufra inconvenientes por SAF en el futuro, y adoptar medidas de prevención del primer episodio infeccioso en esta población. Los principales mecanismos de defensa identificados son la presencia de riesgo cardiovascular, perfil de anticuerpos antifosfolípídicos y de otras manifestaciones asociadas al SAF (no especificadas en los criterios) y el padecer de un trastorno autoinmunitario, como es el caso del LES (14).

Sin embargo, el método curativo para las personas que poseen este tipo de síndrome, no ha podido ser probado de manera óptima y genera controversia, debido al número reducido de pacientes dificulta la elaboración de estudios prospectivos y está en continua revisión, para obtener conclusiones definitivas (10). La urgencia de seguir una terapia a largo plazo con anticoagulantes orales, antitrombóticos y corticoides podría afectar de manera considerable la vida de los enfermos y crea la necesidad de controlar de manera periódica los efectos producidos por el uso de este tipo de medicación.

Especialmente se presta atención al proceso de anticoagulación en el caso de presentar riesgo de hemorragia y al proceso de alimentación (11).

Por todo ello, es preferible aconsejar con base a los casos vividos y al criterio tratado por colegas, acerca del procedimiento del síndrome antifosfolipídico. Con la finalidad de que las recomendaciones efectuadas den soporte en el momento de tratar con la enfermedad, tanto para analizar a la hora de que existan anticuerpos de este tipo, cómo para indicar un tratamiento terapéutico favorable (14).

Por último, para la valoración de un paciente con síndrome antifosfolipídico, es preciso tener en cuenta que puede presentar alguna otra enfermedad, como el lupus eritematoso sistémico. Por ello, es necesario estimular al paciente a que hable sobre antecedentes patológicos personales mientras se llena su historia clínica, prestando atención a cada detalle. Y si él decide puede comunicar a sus familiares para que ayuden o colaboren con la planificación del tratamiento. Luego de la valoración minuciosa del sujeto, teniendo énfasis en sus órganos cómo son: corazón, pulmones, el corazón y la piel, además, del sistema compuesto por el cerebro y la médula espinal (21).

Una vez comprendido en qué consiste el síndrome antifosfolipídico y cómo la enfermedad puede afectar al individuo, es necesario hacer un control sobre la presencia de ciertas inconvenientes durante el procedimiento, por lo que se aconseja a la persona que se cuide en la ingesta de alimentos, tome suficiente agua y realice ejercicios físicos de manera regular, para no tener consecuencias futuras, también, se puede compartir los hallazgos obtenidos sobre el síndrome antifosfolipídico con otros profesionales sanitarios y hablar sobre agentes de riesgo que pueden existir, cómo una trombosis o la carencia de estos factores (22).

Se determinó realizar una revisión bibliográfica acerca de este tipo, para enriquecer e incrementar el conocimiento que tienen los profesionales de enfermería con respecto al síndrome antifosfolipídico, a pesar de ser considerada una enfermedad prevalente, su comprensión y manejo es limitado. Por lo que se pretende al finalizar y defender el trabajo es que el personal de primera línea, sea capaz de reconocer con facilidad los signos y síntomas de la enfermedad. Por lo tanto, para desarrollo del presente tema se ha decidido abordar las siguientes preguntas: 1) ¿Cuál es la prevalencia del síndrome antifosfolipídico?, 2) ¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados al síndrome antifosfolipídico?, 3) ¿Cuáles son las complicaciones del síndrome

antifosfolipídico, 4) ¿Cuál es el abordaje terapéutico en pacientes con síndrome antifosfolipídico? Y 5) ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en pacientes que sufren el síndrome antifosfolipídico?

## METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la investigación bibliográfica o documental sobre el síndrome antifosfolipídico, se hizo una revisión bibliográfica de artículos relacionados al tema en los diferentes repositorios digitales disponibles en la biblioteca virtual de la Universidad Católica de Cuenca, en las que se utilizó bancos de datos como: Scielo, Redalyc, Pro Quest, Dialnet, Pubmed y Medigraphic, la misma que está respaldada por artículos científicos publicados entre el año 2019 hasta la actualidad, para su respectivo análisis se han tomado en consideración la prevalencia del síndrome Antifosfolipídico, sus factores de riesgo, complicaciones, enfoque terapéutico e intervenciones de enfermería.

Para la respectiva búsqueda del presente trabajo se procedió a colocar las palabras claves determinadas mediante los descriptores de la salud (DECS), establecido en el idioma inglés y español, tales como: “Síndrome Antifosfolipídico”, “Síndrome de Hughes”, “Prevalencia”, “Complicaciones”, “Factores de riesgo”, “Enfoque terapéutico” e “Intervenciones de enfermería”; la bibliografía revisada fue de los últimos 5 años desde el 2019 al 2023.

Para la respectiva indagación de información se empleó los siguientes operadores booleanos como: “AND”, “OR”, los mismo que fueron revisados y analizados con el fin de poder responder las preguntas de investigación planteadas sobre prevalencia del SAF, factores de riesgo, complicaciones, enfoque terapéutico e intervenciones de enfermería. Dentro de las palabras claves obtenidas dentro del DeCS hacen referencia a las siguientes: “Síndrome Antifosfolipídico”, “Prevalencia”, “Complicaciones”, “Cuidados de enfermería”, con las mismas que se pudo elaborar las ecuaciones de búsqueda usando operadores booleanos “AND”, “OR”, con los cuales se elaboraron las siguientes formulas: Antiphospholipid syndrome AND Prevalence, Antiphospholipid syndrome AND Complications, Nursing Care and Antiphospholipid syndrome, Prevention AND Antiphospholipid syndrome, Risk factors OR Treatment AND Antiphospholipid syndrome. Como se evidencia en las Tablas 1 y Tablas 2, que nos permiten determinar las palabras claves y los diferentes Operadores Booleanos.

**Tabla 1.** Descriptores de búsqueda

<b>Palabras Clave</b>	<b>Español</b>	<b>Inglés</b>
Síndrome	Síndrome	Antiphospholipid
Antifosfolipídico	Antifosfolipídico	Syndrome
Prevalencia	Prevalencia	Prevalence
Factores de riesgo	Factores de riesgo	Risk Factors
Atención de enfermería	Atención de enfermería	Nursing care
Síndrome Hughes	Síndrome Hughes	Hughes Syndrome
Complicaciones	Complicaciones	Complications

**Elaboración: Las autoras Año 2023**

**Tabla 2.** Operadores Booleanos como AND, OR, NOT

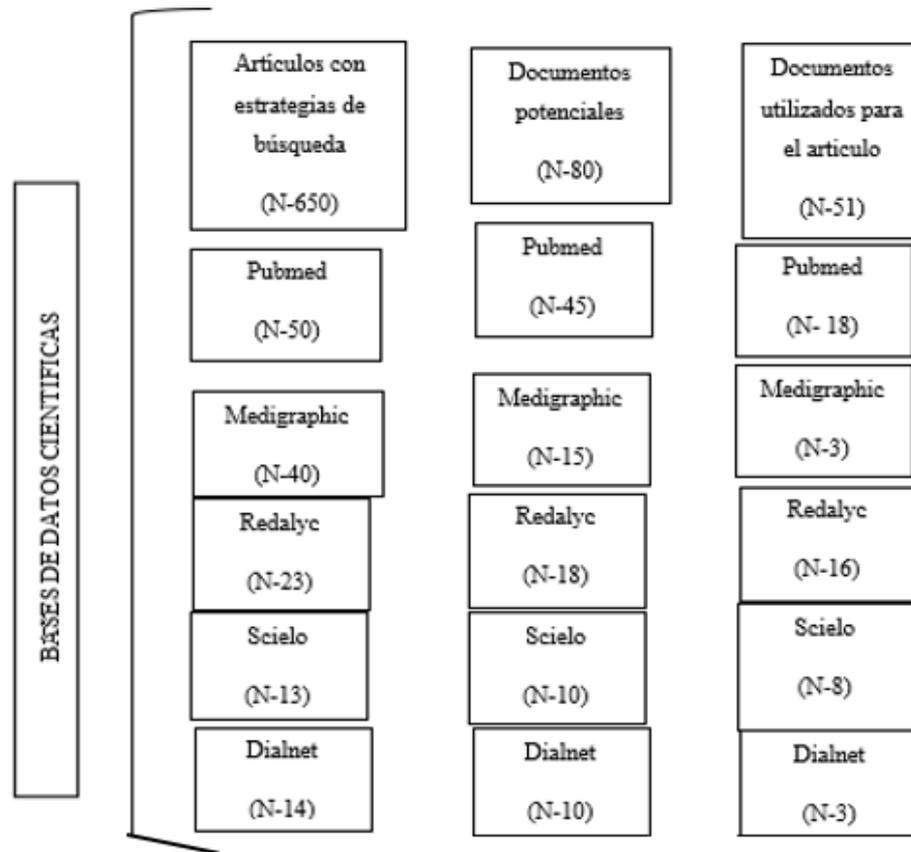
<b>Término 1</b>	<b>Operador Booleano</b>	<b>Término 2</b>	<b>Operador Booleano</b>	<b>Término 3</b>
Prevalence	AND	Antiphospholipid Syndrome		
Risks Factors	AND	Antiphospholipid Syndrome		
Complications	AND	Antiphospholipid Syndrome		
Nursing Care	AND	Antiphospholipid Syndrome		
Prevention	AND	Antiphospholipid Syndrome		
Risk factors	OR	Tratament	AND	Antiphospholipid Syndrome

**Elaboración: Las autoras Año: 2023**

Según estudios científicos acreditados se incluyeron las siguientes categorías: Síndrome Antifosfolipídico, prevalencia, factores de riesgo, complicaciones, enfoque terapéutico e intervenciones de enfermería, al mismo tiempo publicados en bases de datos científicas, con metodología de revisión bibliográfica, publicaciones originales en idiomas español e inglés. Por ende, los artículos científicos fueron revisados entre el año 2019 y 2023 mediante una selección a escala mundial, logrando así responder a las preguntas de investigación planteadas sobre “Síndrome Antifosfolipídico”, mediante los siguientes criterios de exclusión se descartaron: blogs, información de páginas web no relevantes, monografías y artículos científicos que no se encuentren dentro de los últimos 5 años de publicación.

Para la elaboración de la introducción se utilizaron 22 referencias bibliográficas. En cuanto a responder la primera pregunta sobre el síndrome antifosfolipídico fueron seleccionados 17 artículos científicos. Para la segunda pregunta en relación a los factores de riesgo asociados al síndrome antifosfolípido, se emplearon 13 artículos. Para dar respuesta a la tercera pregunta las complicaciones del síndrome antifosfolipídico 17 artículos científicos. Para la cuarta pregunta en torno al abordaje terapéutico en pacientes con este síndrome se requirieron de 19 artículos y finalmente para dar respuesta la quinta pregunta de las intervenciones de enfermería de los sujetos que padecen de SAF fue requerido del empleo de 2 artículos.

**Figura 1. Base de datos Científicos.**



**Elaboración: Las Autoras Año: 2023**

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Prevalencia del síndrome antifosfolípido

En la investigación realizada en la Universidad de Ambato por Nuñez y Analusia en el 2022, se estima que la prevalencia del SAF es de 40 a 50 pacientes por cada 100.000 individuos (23). Y en el estudio de zapata realizado en la ciudad de México coincide con el porcentaje de prevalencia del SAF de la población en general (24). En la investigación efectuado por Zuo et al. (25) y Pérez et al. (3) también, corrobora que la prevalencia poblacional estimada de las personas que padecen de SAF es de 50 casos por cada 100,000 habitantes. Según el estudio de Garate et al. (26), efectuado en un centro hospitalario de la ciudad de Cuenca en el año 2022, afirman que el SAF, tiene una prevalencia de 40-50 casos por 100.000 habitantes; en los que la trombofilia adquirida representa del 15% al 20% de trombosis venosa profunda, 1 de 3 de casos de accidentes cerebro vascular representando en personas de 50 años y del 10% a 15% de perdida fetal recurrente.

También, de acuerdo al estudio Nuñez et al. (23), dice que el SAF se presenta del 1% al 5% de las mujeres en edad fértil, lo que representa el 20% al 25% de los abortos recurrentes. En el estudio de Leal et al. con respecto al caso de mujeres con SAF y en estado gestación puede presentar partos prematuros, muertes fetales por insuficiencia placentaria, preeclampsia o eclampsia. Su principal complicación obstétrica, es la muerte fetal debido a hipercoagulabilidad acompañada de cambios fisiológicos propios de la edad gestacional, lo que podría aumentar la probabilidad de algún evento tromboembólico (22). Se describe en un estudio realizado por Redondo et al. en el en la ciudad Mexico del 2022 sobre el SAF obstétrico, (SAF en el embarazo), en lo que se indica puede existir durante el primer periodo de gestación, en el que se puede presentar el corea gravídico (conjunto de movimientos rápidos, involuntarios e irregulares) (27).

En esa misma línea es importante mencionar de acuerdo al estudio de Zapata et al, en la ciudad de México, se manifiesta que las personas que presentan SAF relacionado con lupus eritematoso sistemático (LES), tienen una mayor prevalencia a diferencia de los pacientes diagnosticados con SAF, en los que la prevalencia del LES oscila entre el 15% al 34%, considerado, además que los pacientes que padecen de ambas patologías tienen un porcentaje del 20% al 50% de desarrollar trombosis. Es casos extremos se puede

presentar el síndrome antifosfolipídico catastrófico, la cual evidencia una prevalencia menor al 1% de todos los casos (24).

De acuerdo al estudio de Sánchez et al, estudio realizado en la ciudad de México en el 2019, la prevalencia de personas jóvenes aparentemente sanas es de 1 al 5%, aumentando estos valores de acuerdo a la edad del paciente, en las que el grupo de mayor afectación son las mujeres con un 80% entre 20 y 40 años (23). En la investigación de Duarte et al. efectuado en 2019, también dice que la presencia de enfermedades autoinmunes como es el caso del síndrome de Sjogren o SAF, la artritis reumatoide y en particular el LES, se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres (28).

A pesar de que se desconoce su prevalencia exacta del síndrome antifosfolipídico, se revela que la enfermedad afecta al 5% de la población mundial, es decir pocas personas desarrollan SAF (7). Sin embargo, en los últimos periodos se dio el proceso de establecer la prevalencia de riesgo en determinados grupos específicos, personas menores de 45 años, manifiestan un AAF o SAF el 13% de los pacientes con ictus isquémico, infarto del miocardio con un 11%, trombosis venosas 9,5% y un 6% de los pacientes con morbilidad durante el embarazo (29). A diferencia de los pacientes con conectivopatías que presentan un 17%, con enfermedad cerebrovascular 13%, 11% enfermedad coronaria, con trombosis venosa 9,50% y con morbilidad gestacional 6%. El SAF es raro únicamente el 2,8%, presenta esta enfermedad antes de los 15 años. En un 21% al 30% de niños presentan SAF primario y tienen una posibilidad de avanzar con él LES, Síndrome de Sjögren y artritis reumatoide estos trastornos pueden ser hereditarios o autoinmune (11,30,31).

Al ser el COVID 19 una de las pandemias más grandes presentadas en los últimos tiempos, se han desarrollado estudios referentes sobre la prevalencia del SAF en pacientes que han presentado COVID19 grave, en las que se demuestran una positividad aproximadamente del 15%, mientras que su prevalencia del SAF en estos pacientes es del 25% al 50% (32).

También es necesario tomar en cuenta que la prevalencia de esta enfermedad con respecto a la comparación de géneros, ha demostrado que en las mujeres se presenta con mayor frecuencia en proporción de acuerdo a ciertos autores es de 9 a 1 mientras que otros afirman que solamente es de 4 a 1 y otros finalmente afirman que es de 5 a 1 (15,33).

En el estudio de Erkan y Sciascia en el 2020, de acuerdo a la información obtenida en el congreso internacional sobre el síndrome Antifosfolípido que se llevó a cabo por primera vez en Miami y es desarrollado cada tres años, muestra que esta epidemiología no tiene una mayor presencia en la población mundial, en las que se estima que su prevalencia es menor o igual al 5%, por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, al hacer la revisión de otros estudios anteriores, la prevalencia real es difícil de calcular debido a la falta de estudios poblacionales bien diseñados a gran escala y el desafío relativamente común del subdiagnóstico y sobrediagnóstico del SAF, por lo que se puede decir que tanto su incidencia y su prevalencia en nuestro medio y en todo el mundo es desconocida porque no se puede calcular con exactitud (34).

En este punto se puede decir que el síndrome antifosfolipídico es una enfermedad cuya prevalencia no afecta la mayor parte de la población y se presume que solo representa del 1 al 5% de la población mundial, es decir, de 40 a 50 casos por cada 100.000 habitantes, en las que el grupo de mayor afectación son las mujeres en edad fértil. Sin embargo, este porcentaje sigue siendo una estimación dado que no se han realizado estudios a profundidad sobre el tema a nivel mundial para dar un dato real. Otro punto a tomar consideración es la presencia de otras enfermedades como es el caso del Lupus erimatoso sistémico (LES) tienen una mayor probabilidad de padecer un SAF de tipo 2, lo que genera que su prevalencia sea más alta a diferencia de las personas que no padecen de estas enfermedades.

### **Principales factores de riesgo asociados al síndrome antifosfolipídico**

De acuerdo a estudios realizados por Cedillo et al. en la Universidad San Francisco de Quito en el año 2022, determino que los principales factores de riesgo asociados en el desarrollo del SAF es que padezca de enfermedades autoinmunes y llevar un tratamiento a base de corticoides (13). De la misma manera estos componentes de riesgos se encuentran asociados a eventos secundarios como por ejemplo ciertas infecciones, reposos prolongados y un estado inflamatorio, entre otros causantes que podrían contribuir en la progresión de este síndrome como se refleja en el estudio de Barreno (6). Además, este síndrome es el responsable del aumento del tono vascular lo que podría aumentar la susceptibilidad de aterosclerosis, daño neurológico y pérdida fetal. También el riesgo de sufrir una trombosis vascular (35).

En otro estudio realizado, por el colegio universitario de Yonsei de Medicina a 138 pacientes que padecen de virus adenoasociados (AAV), en los que el factor de riesgo depende mucho de la genética y de la situación inmunológica de las personas, a la vez existen personas con mayores riesgos que otros, como es el caso de las mujeres que tienen una mayor probabilidad de desarrollar coágulos sanguíneos, de acuerdo a lo indicado en el estudio realizado por Nuñez y Analuisa en el 2022 (36). Entre los factores que aumentan la probabilidad que se desarrolle SAF está los períodos de reposo por tiempos prolongados por algún factor (cirugía, embarazo de alto riesgo u otro factor que requiera reposo), fumar cigarrillos, tomar anticonceptivos o recibir una terapia de estrógenos, tener altos niveles de colesterol o triglicéridos. Otros factores por tratamiento pueden considerarse lo siguiente: hipertensión arterial, diabetes, mellitus tipo I, obesidad, disminución del filtrado renal, síndrome nefrótico, inmovilización, cirugía, neoplasia y anticonceptivos orales (11, 37).

De acuerdo al estudio de Quintana (2020), indica que este síndrome ha descrito gran cantidad de múltiples indicios que afectan en especial al sistema: renal, dermatológico, cardíaco y hematológico, entre otros. Entre las manifestaciones más comunes es la trombocitopenia que es vista en un 30% de los sujetos de investigación con diagnóstico de LES (8). También, pueden existir personas que presentan síntomas no comunes de las descritas con anterioridad, conocidas como extra criterio o no criterio, en las que se destaca el livedo reticularis, Afectación plaquetaria o trombocitopenia, la anemia hemolítica autoinmune, las úlceras en las extremidades, la nefropatía, el fenómeno de Raynaud, la demencia y las convulsiones; el corea gravídico y la migraña entre otras (3,11,19,50). Otro criterio de SAF, es la presencia de retardo del crecimiento intrauterino, desprendimiento de placenta y hematomas placentarios, además de esterilidad (38).

Se ha podido entender en este caso que existen muchos factores que pueden hacer que el SAF, se complique, En los que principalmente se encuentran las personas que padecen de otras enfermedades autoinmunes como es el caso de hipertensión arterial, algún tipo de diabetes, tipos de obesidad, trombosis arterial, etc. Por lo que se ha podido determinar que las personas que tienen una mayor afectación por este síndrome se encuentran en un rango etario de 40 a 50 años de edad, siendo el grupo de mayor vulnerabilidad las mujeres en las que aumentan sus probabilidades si se encuentran en estado de gestación. Otros factores que se toman en cuenta es lo hábitos que tienen por

ejemplo si fuma, es sedentaria, consume bebidas alcohólicas, tiene triglicéridos, colesterolos altos, etc.

### **Complicaciones del síndrome antifosfolípídico**

El SAF como mencionamos anteriormente puede tener complicaciones trombóticas (arteriales o venosas), además de otras enfermedades autoinmunes como el LES (6). En palabras de Dabit et al en su investigación efectuada en el 2022, corrobora que las características clínicas son variadas y se presenta con mayor frecuencia en venas y arterias de cualquier órgano que pueden verse afectados por trombosis (39). Presentando entre otras manifestaciones clínicas como la trombosis en diferentes aparatos y sistemas (trombosis microfocal, coagulación intravascular diseminada, microangiopatía trombótica, trombosis retiniana y trombosis renal), nefropatía y afecciones cardíacas (afección válvula cardíaca, hipertensión arterial) (15, 28,33, 40). En el estudio de Yoo y Soo (2019), contribuyen que la forma para realizar la detección de un evento trombótico es mediante una resonancia magnética o una tomografía computarizada el que nos permiten categorizar el tipo de evento trombótico (41). Otra forma es mediante el empleo de dos criterios que son los clínicos y los de laboratorio en lo que se dice que debe cumplir con al menos un resultado clínico o uno de laboratorio como es: la prueba serológica en las que se toman los anticuerpos sensibles y específicos, que pueden guiar de forma útil para el diagnóstico (38). Otro método es mediante el análisis de los resultados de laboratorio y resultados de imagenología (7).

En el caso del embarazo el SAF es una situación de peligrosidad para la madre debido a que produce abortos espontáneos tempranos, muerte del feto al interior del útero, también puede haber un parto pretérmino, debido a la eclampsia; esto puede ocurrir en cualquier etapa del embarazo, en especialmente entre los 3 y 6 meses. El SAF también es el causante de trombosis materna, restricción de crecimiento fetal, complicaciones fetales y de la morbilidad materno fetal (30,42,43). Y las complicaciones obstétricas se ha presentado la muerte fetal, preeclampsia, eclampsia y restricción del crecimiento intrauterino (50).

De acuerdo al estudio realizado por Rivera y Muñoz en el 2022, indica que también existen ciertas manifestaciones oculares presentadas en el 15% al 88% de las personas con tratamiento de SAF, como es el caso de la pérdida temporal de la visión en

un ojo que es ocasionada por falta de circulación de la sangre, es uno de los síntomas oculares más comunes, así como el bloqueo de arterias y venas retinianas en individuos menores de 50 años. Además, se han descrito algunos indicios leves como: la conjuntivitis, telangiectasia, queratitis y ojo seco. Y la uveítis también ha sido descrita en casos aislados, así como la escleritis; en la que la cámara anterior del ojo, rara vez se ve afectada (9). También se han encontrado alteraciones en la estructura valvular, presentes en el 15% al 30% de los sujetos. La válvula más afectada es la mitral y la válvula aórtica. El corazón tiene está funcional anormal con mayor frecuencia en individuos con SAFS. Otros signos como: necrosis de la piel, gangrena digital, pioderma gangrenoso y lesiones pseudo-vasculíticas (8).

En el caso del estudio efectuado por Milán et al en el 2020, describe el caso de una mujer joven diagnosticada con SAF, en la que presenta: lesiones erimatosas en su cuerpo, especialmente en la zona de las mejillas y la nariz, también ha manifestado dolores articulares con una ligera inflamación en el área del codo y sus manos. Otros síntomas que presentó sin causa evidente es dolor intenso en el brazo derecho y con reacción en el hombro del mismo brazo, 4 días después del dolor intenso en el brazo, su cuadro empeoró presentando sudoración, dificultad para respirar y dolor intenso en el dorso. Podemos decir que este es un caso excepcional del SAF, ya que presenta otro tipo sintomatología para esta enfermedad (15).

Entre las principales complicaciones se han podido encontrar es que el SAF es un síndrome que complica el sistema inmunológico y que puede ser controlado si se sigue el tratamiento correspondiente, pero si no se toma las medidas necesarias este se puede desarrollarse y convertirse en un SAF Catastrófico, generando en casos muy extremos la muerte del paciente. Entre las principales complicaciones que se han evidenciado en estudios relacionados está: anticoagulante lúpido, riesgos trombóticas (Hipertensión pulmonar, trombosis pulmonar aguda, trombos en la aurícula derecha y trombocitopenia, trombosis microfocal, trombosis retiniana y trombosis renal), coagulación intravascular diseminada, microangiopatía trombótica nefropatía y afecciones cardiacas (afección válvula cardiaca, hipertensión arterial) y en el caso de ser de sexo femenino y estar en estado de gestación se debe incluir los abortos espontáneos, muerte del feto al interior del útero, también puede haber un parto adelantado debido a la preclamsia grave que pudiera presentar la madre durante el embarazo, esto puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, en especialmente entre los 3 a 6 meses.

## **Abordaje terapéutico en pacientes con síndrome antifosfolípido**

Para el abordaje terapéutico en pacientes con SAF y de acuerdo a lo manifestado en el estudio realizado por Rivera y Muñoz en el 2022, indican que es necesario tener en cuenta ciertos factores como es el caso de la edad, factores de riesgo de trombosis, perfil antifosfolípido y enfermedades sistémicas (diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia, hiperlipemia, obesidad). Así como también, si posee hábitos como: el tabaquismo o alcoholismo y estados relacionados con la gestación (9,3). En el caso del SAF, se puede optar por anticoagulantes para prevenir eventos trombóticos en dosis profilácticas (27).

Según estudios de Lirola et al en el 2020 y de Rivera et al en el 2022, consideran que otro factor a tomar en cuenta es el género y la historia clínica de cada individuo, por lo que manifiestan que para el tratamiento de este síndrome se realiza de manera trombolítica (Mediante Receta de anticoagulantes) y Obstétrica en los que puede haber la combinación de los dos, agregando antiagregante, corticoides e incluso plasmaféresis (9, 11). En el estudio de Romero (2019), está de acuerdo que para el tratamiento de este síndrome es necesario el uso de anticoagulantes orales (ACO), así como también, habla sobre el uso ácido acetilsalicílico, heparina, glucocorticoides, azatioprina metotrexato e hidroxiclороquina (1).

En cambio, en la investigación de Sánchez et al en el año 2020, también coincide dice que para el tratamiento del SAF, se basa principalmente en anticoagulantes, manejo sintomático y medicamentos biológicos entre los que se ha empleado la Rituximab y Eculizumab (44). Con respecto a la investigación de Kulanchiyeva et.al desarrollado en el 2021, también comparte que el tratamiento más usado para este síndrome está basado en el uso de anticoagulantes y antigregantes, también, en el estudio de Duboscq et.al realizado en el 2019, dicen que la terapia más usada es anticoagulante con antagonistas de la vitamina k, la que permite la prevención de trombosis en pacientes con resultados positivos al SAF, siendo requerida el monitoreo constante, mediante el uso del Índice tradicional normalizado para ajuste de la dosis del medicamento (30). En la investigación llevada a cabo por Rodziewicz y D'Çruz en el 2020, afirman que el tratamiento de anticoagulante convencional ayuda para que las personas que padecen de SAF tengan una mejor esperanza de vida, sin embargo, la trombosis sigue siendo la causa más común de muerte (31). En palabras de Godínez et al en su artículo en el 2019, indica que los

glucocorticoides, los inmunosupresores y los anticoagulantes son efectivos para el tratamiento del LES Y SAF (24).

En el caso de las mujeres gestantes de acuerdo al artículo de Félix et al (2021), indica que el tratamiento recomendado es el ácido acetilsalicílico y heparina (HBPM), en la que la dosificación recomendada es 100mg cada 24 horas desde el inicio del embarazo hasta la semana 36, La Heparina se receta tras la confirmación de la gestación por ecografía (29). Pero, la combinación de estos dos medicamentos puede ayudar a las mujeres gestantes a mejorar el embarazo y disminuir la posibilidad de aborto (4). No obstante, de acuerdo a lo manifestado por Caballero et.al (2021) en su investigación establecen que la probabilidad de muerte fetal todavía sigue siendo alta a pesar de ser tratada con heparina y aspirina en bajas dosis (45).

En cambio, en el artículo de Pedraza et al (2019), con respecto al tratamiento de los sujetos con SAF, pueden recibir aspirina o hidroxiclороquina de 200mg a 400mg diarios. Y en mujeres en estado de gestación que manifiesten abortos recurrentes en su décima semana de gestación se puede indicar aspirina a baja dosis preconcepcional o heparina de bajo peso molecular a dosis trombo profiláctica (18). Además, en el estudio de Pedraza y Guzmán (2019), coincide en el uso de heparina de 1mg suministrado cada 12 horas, ha sido un tratamiento eficaz (51). Y de acuerdo al estudio de Leal en el 2021, indica que el uso de la aspirina ha demostrado ser eficaz en estos pacientes. En lo que respecta al tratamiento farmacológico se emplea el uso de anticoagulantes, aunque el tratamiento más empleado es la vitamina k que ha mostrado amplios beneficios. Y en lo que se refiere al régimen farmacológico obstétrico se dice que es la combinación de aspirina y heparina de bajo peso molecular (22).

El objetivo del síndrome antifosfolípido obstétrico es alcanzar un embarazo de término sin que exista complicaciones; hoy en día, desarrollo del tratamiento se basa en el manejo de Heparina y Ácido acetyl, que consta en el estudio de Calderón y Cordero (2020), en su estudio (46). De acuerdo al estudio de Zapata et al indica que el tratamiento profiláctico en la etapa de gestación está asociado a menores tasas de partos pretérmino, disminución en el número de abortos, menor restricción del crecimiento intrauterino y mayores tasas de recién nacidos vivos, convirtiéndose en un método preventivo para evitar coágulos sanguíneos y aumentar la posibilidad de nacidos vivos (40).

Sin embargo, con respecto a la investigación de Mathian en el 2020, dice que en la actualidad no es recomendable el uso de anticoagulantes orales directos, debido a que tiene una débil acción antitrombótica (47). Y de acuerdo al estudio de Mazo (2021) también existe una coincidencia en el uso de anticoagulantes orales de manera directa, ya que estos pueden generar un alto riesgo de recurrencia trombótica y no es eficaz para todos los pacientes que tienen SAF, debido a que existe la posibilidad de una recaída, riesgo de sangrado y riesgo de accidente cerebrovascular, sin embargo, tiene una mayor eficacia y seguridad en pacientes con bajo riesgo de padecer este síndrome (8).

Y en palabras de Bariloro, Espinosa y Cervera (2021), emplean que su eficacia, aún siguen siendo un tema de debate debido a la intensidad de su procedimiento, a pesar de que bien el tratamiento obstétrico arroja un porcentaje de eficacia mayor al 70%, lo que significa que el 30% de las mujeres todavía siguen presentando complicaciones (48). En cuanto al método farmacológico obstétrico se deduce que la combinación de aspirina y heparina de bajo peso molecular es la medicación más utilizada en la actualidad (38).

Para determinar el abordaje terapéutico es necesario considerar varios factores primero la edad del paciente, género del paciente y en el caso de ser mujer si se encuentra en estado de gestación, también si padece de enfermedades autoinmunes que podrían complicar su cuadro y además que medicación consumen para tratar las mismas. Otro factor necesario es conocer el riesgo de trombosis y el perfil antifosfolipídico. Toda esta información debe constar en la historia clínica del paciente para futuras decisiones y determinar el mejor tratamiento de acuerdo a la información proporcionada. Entre los principales tratamientos para este síndrome se realizan de manera trombolítica es decir mediante receta de anticoagulantes y obstétrica que es la combinación de los dos en las que se puede incluir antitromboticos, corticoides y plasmaféresis.

### **Intervenciones de enfermería en pacientes que sufren el síndrome antifosfolipídico**

La mejor intervención que puede realizar el personal de enfermería para los pacientes que sobrellevan el SAF es el manejo adecuado de la comunicación sobre la enfermedad al paciente. En la que es necesario que conozcan en que consiste la enfermedad y sus consecuencias en el organismo personal de salud encargados de tratar está enfermedad y tipos de tratamientos existentes. Pues esta información es importante que sea de conocimiento de todas los individuos involucrados en el proceso de

enfermedad y recuperación, lo que permitirá establecer un mejor diagnóstico, tratamiento específico y una mejor adherencia al tratamiento, además, con la tecnología que se dispone en la actualidad permite tener una mejor percepción, control del progreso de la enfermedad obteniendo beneficios de comportamiento saludable y de bienestar psicológico, lo que beneficiará en la mejora del estilo de vida de las personas incrementando el optimismo y disminuyendo la depresión (49).

En casos excepcionales en los que se presume de la existencia de esta enfermedad las enfermeras, necesitaran hacer una revisión de los signos vitales, para determinar si todo está bien, otra forma de realizar una detección adecuada es observar y medir los miembros inferiores que deben ser del mismo tamaño en la que signos de Homans (Dolor y sensibilidad de los músculos) y Pratt (Espasmos musculares) sean positivos (49).

Por lo que en este sentido se determina la importancia del papel que desempeñan las enfermeras para realizar los cuidados necesarios con el objetivo de mejorar la atención integral de pacientes con SAF, por lo que a continuación se detallan ciertos cuidados de personas que padecen esta enfermedad, en especial en el caso de mujeres que son el grupo de mayor afectación (36):

- Cuidados en Enfermería: Preconcepción.
- Cuidados en Enfermería: Embarazo y Parto.
- Cuidados en Enfermería: Posparto.

Tabla 6. Cuidado de enfermería en mujeres gestantes.

<b>CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MUJERES GESTANTES</b>		
<b>PRECONCEPCIÓN</b>	Valoración Preconcepcional	Informar al paciente sobre abortos recurrentes, que se debe hacer y detectar la causa y otorgar el tratamiento adecuado.
	Describir factores de riesgo y su intervención	Averiguar cualquier característica detectable de un materno fetal y ayudar a modificar ciertos hábitos.
	Educación y motivación de prácticas saludables	Comunicar a los pacientes sobre ciertos hábitos que pueden ser modificables como son: alimentación, actividad física e higiene.
	Apoyo Emocional	Dar seguimiento al paciente en cada procedimiento que tiene que realizar con el fin de despejar dudas y miedos.
	Antiagregación previa al embarazo	Es necesario la consideración antiagregación en pacientes que padecen el síndrome antifosfolipídico, previo al embarazo.
	Administración de suplementos	Otorgar la información de fármacos polivitamínicos que aportan vitaminas, minerales y otros nutrientes al organismo.
	Adherencia del tratamiento	El rol de las enfermeras es orientar al paciente para que reciba una atención individualizada y de está pueda recibir el tratamiento correspondiente.
<b>EMBARAZO Y PARTO</b>	Administración del tratamiento	Consiste en indicarle al paciente las dosis necesarias de medicación y cada que tiempo tiene que tomar cada dosis.
	Zona de rotación para la medicación	Se refiere a las zonas del cuerpo dónde deberá colocarse la medicación debido que durante el período de embarazo deberá aplicar la medicación en distintas zonas del cuerpo.
	Inmunización prioritaria en gestantes	Es importante comunicar que no existe contraindicación para que la gestante reciba vacunas para la influenza y la antitetánica.

<b>POSPARTO</b>	Toma rigurosa de signos vitales	Todo gestante debe tener un control permanente para detectar posibles complicaciones.
	Signos de complicaciones	Identificar signos y síntomas que indiquen complicaciones. Por ejemplo: náuseas y vómitos, sensibilidad a la luz, cefaleas y acufenos.
	Información acerca de las vías de parto	Informar sobre las vías de parto vaginal o cesárea. La elección de esta vía siempre será de acuerdo a las indicaciones del obstetra para cada caso en específico.
	Orientación antes y durante el nacimiento	Seguir indicaciones establecidas tanto para ante como para después del parto. Un ejemplo de esto es la suspensión de la heparina en dosis terapéuticas.
	Seguimiento clínico Posparto	Informar sobre los próximos controles durante las 4 a 6 semanas posteriores al parto.
	Educación sobre el manejo del recién nacido	El baño, la lactancia, la inmunización y los exámenes de rutina.
	Educación sobre Lactancia Materna	Se comunica como debe realizarse de manera correcta. En el caso de las madres con SAF, no existe contraindicaciones para su consumo puede aportar importantes beneficios.
	Educación sobre la anticoncepción	Dar a conocer los diferentes métodos anticonceptivos que serán bajo indicaciones del Obstetra y ginecológicas. En las que se utiliza principalmente gestágenos (hormona natural o sintética similar a la progesterona) y no estrógenos.

**Elaboración: Las Autoras**

**Año: 2023 Referencia: (36)**

Según información encontrada en la Biblioteca virtual de salud (BVS), Organización Mundial de Salud (OMS) y la base de datos Scielo, se ha descrito ciertos criterios básicos para el diagnóstico de esta enfermedad en los que se deben incluir anticoagulante lúpido, riesgos trombóticas y si el paciente es mujer se debe incluir los abortos espontáneos, debido que a que si no se presta la debida atención puede ser causante de la muerte del

paciente o desarrollar un SAF catastrófico, en la que ha sido necesario evaluar cada caso clínico (31)(34).

El rol desempeñado por el personal de enfermería es esencial para hacer el abordaje adecuado y el cuidado de los pacientes que padecen de esta enfermedad, en la que la mejor intervención que pueden realizar es el adecuado manejo de la comunicación sobre esta enfermedad a los pacientes y sus familiares o personas cercanas al mismo. En la que es necesario primero que conozcan ¿Qué es el a enfermedad? Y Sus consecuencias en el organismo, especialmente en el cerebro, corazón, piernas y pulmones. En segundo, tienen que hablar de los diferentes tipos de tratamientos existentes y los efectos que pueden generar en el organismo. Esta información es importante que sea de conocimiento de todos los involucrados en el cuidado y recuperación de un paciente, con el objetivo de establecer el mejor tratamiento posible y obtener una mejor adherencia al tratamiento, para el bienestar del paciente.

## **CONCLUSIONES**

Luego de hacer la revisión de información se concluye que la prevalencia de anticuerpos antifosfolípidicos es tan solo del 1% al 5% de la población general, de este porcentaje son pocas las personas que desarrollan el síndrome antifosfolípido (SAF). Varios autores coinciden que son de 40 a 50 personas por cada 100.000 habitantes que padecen del SAF también coinciden que el SAF afecta mayoritariamente a las mujeres en un 80% de edades comprendidas entre los 20 y 40 años. El SAF puede aparecer solo siendo llamado SAF primario o con otras condiciones autoinmunes como lupus eritematoso sistémico (LES) de los cuales un 20% a un 50% pueden desarrollar trombosis, síndrome de Sjögren y artritis reumatoide, como toda enfermedad autoinmune tiene componentes genéticos es decir es de padres a hijos.

El SAF causa enfermedades como la Trombofilia adquirida la cual puede tener episodios de trombosis venosa profunda en la que 1 de cada 3 personas que terminan con accidentes cerebrovascular (ACV). Además de la trombosis vascular incrementa la suspicacia de la aterosclerosis, daños neurológicos y pérdida fetal. En este último las mujeres embarazadas pueden tener un 80% de probabilidad de eventos obstétricos como son el aborto espontáneo y el parto prematuro.

Cabe mencionar que existen casos aislados en los cuales se toman los signos vitales del paciente y sus registros son normales, pero al realizar otros exámenes físicos

se encuentra que del paciente padecen de este síndrome, las complicaciones más comunes por el SAF son: pérdida fetal recurrente, restricción del crecimiento fetal (RCF), preclamsia, embolia pulmonar, afección cardíaca, hipertensión entre otros.

Para su tratamiento se debe considerar ciertos factores entre los cuales tenemos la edad del paciente e historia clínica, lo que permitirá realizar un mejor diagnóstico y de acuerdo a este análisis se puede administrar anticoagulantes como la Heparina y Warfamina, o anticuerpo monoclonal como el Rituximab y el Eculizumab; en el caso de las mujeres embarazadas se administra también la Aspirina como tratamiento preventivo.

Una de las principales funciones de la enfermera es comunicar todo lo referente al SAF y sus consecuencias tanto al paciente, como a sus familiares e incentivar que el tratamiento se cumpla de la mejor manera con la finalidad de evitar las complicaciones con enfermedades adyacentes.

En Ecuador existen pocos casos de SAF, por tal motivo, es necesario hacer más estudios al respecto para tener obtener mayor información y saber cómo se debe manejar este síndrome para tener un claro y efectivo desempeño de las enfermeras durante el proceso de la enfermedad. Se debería investigar profundamente su abordaje terapéutico, principales síntomas, maneras de detección y cómo se debe manejar de acuerdo al género, edad y si las personas sufren de alguna enfermedad que eviten generar posibles complicaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Romero M. Síndrome antifosfolipídico: espectro clínico, inmunológico y tratamiento. Revista Paraguaya de Reumatología: rpr [Internet] 2018; 4(2): 39-42. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/rpr/v4n2/2413-4341-rpr-4-02-39.pdf>
- 2) Medina G, Ordoñez I, Reyes I, Navarro G, López B, Saavedra M, Cruz M, et al. Síndrome antifosfolipídico primario con debut tardío en el adulto mayor. Revista médica del instituto mexicano del seguro social [Internet] 2021; 59 (3): 248-252. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457768119011/457768119011.pdf>
- 3) Pérez M, Barreto E, Ruiz L y Calzadilla Y. Factores de predicción relevantes en la supervivencia de pacientes con Síndrome antifosfolipídico. Cuba Salud [internet] 2022. Disponible en: <https://convencionsalud.sld.cu/index.php/convencionsalud22/2022/paper/download/2497/1098>
- 4) Kulanchiyeva Z, Ayazbekov A, Arynova G, Daniyarova A, Baltalleva A, Kussaiynova E, Dauletbakova A, Danagulova A. Enfoques de diagnósticos modernos para las primeras etapas de detección del síndrome antifosfolípido. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2021; 40 (2): 177-191. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55969713012/55969713012.pdf>
- 5) Llaguno R, Loján M, Lema A, Castillo E y Flores M. Manejo del síndrome antifosfolipídico primario en el embarazo. Correo Científico Médico GELCO Internacional Ecuador. 2020; 24(4): 1245-1262. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98403>
- 6) Barreno S, Aranda A, Muñoz D, Aceves J, Guzmán S, Rubio B y Nava A. Síndrome antifosfolípidos nociones generales. El residente [Internet] 2018; 13(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2018/rr183d.pdf>
- 7) Pelaes E, Chigne Y, Ríos W, Rebaza Y, Rodriguez M, Rodriguez B y Peña Camilo. Trombosis portal en Síndrome Antifosfolipíco: Reporte de caso. Revista Facultad de Medicina Humana [Internet]. 2022; 22(4); 882-887. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312022000400882](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312022000400882)
- 8) Mazo L. Actualización de la farmacoterapia para el síndrome antifosfolípido que reduce el número de abortos. Ciencia y Salud [Internet] 2021; 5(5): 35-44. Disponible en: <https://revistacienciasalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciasalud/article/view/328/446>
- 9) Rivera N, Muñoz K y Nassar A. Parálisis del nervio oculomotor en pacientes con púrpura Trombocitopénica y Síndrome Anfosfolípido. Medica Review [Internet]. 2022; 10 (1): 55-66. Disponible en: <https://doi.org/10.37467/gkarevmedica.v10.3120>
- 10) Hernández A, Arias R y Miranda L. Diagnóstico y manejo del síndrome antifosfolipídico catastrófico. Revista médica sinergia [Internet] 2020; 5 (3): 1-9. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/394/746>

- 11) Lirola M y Camacho M. Síndrome antifosfolípido. Sociedad española de reumatología [Internet] 2020; 2: 141-154. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12\\_sind\\_antifosfolipido.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12_sind_antifosfolipido.pdf)
- 12) Mayo Clinic. Síndrome antifosfolípido [Internet]. Mayo Clinic. [Consultado 3 julio de 2023]. Disponible en <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/antiphospholipid-syndrome/symptoms-causes/syc-20355831>
- 13) Medina G, Ordoñez I, Reyes I, Navarro G, López B, Saavedra M, Cruz M, et al. Síndrome antifosfolípido primario con debut tardío en el adulto mayor. Revista médica del instituto mexicano del seguro social [Internet] 2021; 59 (3): 248-252. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457768119011/457768119011.pdf>
- 14) Cáliz R, Díaz P, Galindo M, López F, Martínez M, Santamaría A, Amengual O, et al. Reumatología sobre síndrome antifosfolípido primario. Parte I: Diagnóstico, evaluación y tratamiento. Reumatología Clínica [Internet] 2020; 16(2): 71-86. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-recomendaciones-sociedad-espanola-reumatologia-sobre-articulo-S1699258X18302547>
- 15) Milián E, Bentacourt L y Daza K. Síndrome antifosfolípido, lupus eritematoso sistémico y tromboembolismo pulmonar. Revista cubana de Reumatología-INFOMED [Internet] 2020; 22(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962020000300014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962020000300014)
- 16) Lema C, Lopez L, Alvarez M, Chazi O y Heredia E. Lupus Eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido secundario. The Ecuador Journal of Medicine [Internet]. 2022; 56-66. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/370377717\\_Lupus\\_eritematoso\\_sistémico\\_y\\_síndrome\\_antifosfolípido\\_secundario](https://www.researchgate.net/publication/370377717_Lupus_eritematoso_sistémico_y_síndrome_antifosfolípido_secundario)
- 17) Álvarez J, Ardila M, Urrego T y Jaramillo D. Síndrome antifosfolípido no trombótico: manifestaciones inflamatorias hematológicas y neurológicas. Revista Médica Sinergia [Internet] 2021; 34 (4):347-355. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1805/180569430007/180569430007.pdf>
- 18) Pedraza L, Fajardo Y y Guzmán R. Anticoagulación en paciente con trombocitopenia secundaria a Síndrome Antifosfolípido: Reporte de caso. Revista Cuarzo [Internet] 2019; 25(2): 34-37. Disponible en: <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cuarzo/article/view/445>
- 19) Velázquez M, Granada M, Galvis J, Álvarez M y Cadavid A. Estrés oxidativo en células endoteliales inducido por suero de mujeres con diferentes manifestaciones clínicas del síndrome antifosfolípido. Biomedica [Internet] 2019; 39(4): 1-22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/843/84362524007/84362524007.pdf>
- 20) Molnar S, García D, Forastiero R, Woods A. y Gumpel C. Estudio comparativo de las complicaciones vasculares placentarias en pacientes con síndrome antifosfolípido obstétrico criterio y no criterio. Revista de Hematología [Internet] 2023; 27(1); 6-11. Disponible en: <https://revistahematologia.com.ar/index.php/Revista/article/view/518>

- 21) Vásquez D, Azañero J, Suni I y Soto A. Trombolismo pulmonar bilateral como presentación de un síndrome antifosfolipídico: un reporte de caso. *Acta Médica Peruana* [Internet] 2018; 35(4): 239-243. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n4/a09v35n4.pdf>
- 22) Leal D, Zubiaurre V, Danza A y Stevanazzi M. Síndrome antifosfolipídico obstétrico. *Revista Uruguaya de medicina interna* [Internet] 2021; 2: 36-46. Disponible en: <https://revistamedicinainterna.uy/index.php/smiu/article/view/142/120>
- 23) Sanchez S, Carpio L y Rosas A. Espectro clínico del síndrome antifosfolipídico y actualidades de tratamiento en un hospital general de segundo nivel. *Revista de Hematología* [Internet]. 2019; 20 (3); 204-209. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92554>
- 24) Godínez L, Lugo G, y Maya L. Corea Gravidica asociada a lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolipídico: reporte de caso. *Academia de cirugía* [Internet] 2019; 88 (S1): 59-62. Disponible en: [https://www.cirugiaycirujanos.com/files/circir\\_20\\_88\\_supl\\_1\\_059-062.pdf](https://www.cirugiaycirujanos.com/files/circir_20_88_supl_1_059-062.pdf)
- 25) Zuo Y, Shi H, Li C y Knight J. Síndrome Antifosfolipido: Una perspectiva clínica. *Revista médica china* [Internet] 2020; 133 (8): 929-940. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7176446/pdf/cm9-133-0929.pdf>
- 26) Garate D. Síndrome antifosfolipido: Más allá de los criterios diagnósticos. 2022; 16(2): 21-31. Disponible en: <https://reumatologiaaldia.com/index.php/rad/article/view/4630>
- 27) Redondo A, Azcona L, Corrales I y Fontán I. Corea Gravidica secundaria a síndrome antifosfolipídico: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecología y Obstetricia de México* [Internet] 2022; 90(6): 525-529. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v90n6/0300-9041-gom-90-06-525.pdf>
- 28) Duarte A, Pham M, Crowson C, Amin S, Moder K, Pruthi R, Warrington K y Matteson E. La epidemiología del síndrome Antifosfolipidico: Un estudio poblacional [Internet] 2019; 71(9): 1545-1582. Disponible en: <https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/art.40901>
- 29) Felix C, Carrillo M, Añon I, Malde F, Caliz R y Puertas A. Resultados Obstetricos en gestantes diagnosticadas de síndrome Antifosfolipidico. *Revista Médica de los Condes* [Internet] 2021; 32(1): 128-135. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300936?ref=pdf\\_download&fr=RR-2&rr=849f46109f5b4c2b](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300936?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=849f46109f5b4c2b)
- 30) Duboscq C, Ceresetto J, Shanley C, Rabinovich O, Bullorsky L, Silvina G. Utilización de un dispositivo portátil para monitorear la relación internacional normalizada en pacientes con anticoagulante lúpico positivo. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana* [Internet] 2019; 53(4): 539-543. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/535/53562809015/53562809015.pdf>
- 31) Rodziewicz M y D'Cruz D. Una actualización sobre el manejo del Síndrome antifosfolipido. *Revista avances terapéuticos en enfermedades musculoesqueléticas* [Internet] 2020; 12: 1-10. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7236388/pdf/10.1177\\_1759720X20910855.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7236388/pdf/10.1177_1759720X20910855.pdf)

- 32) Serrano M, Espinosa G, Cervera R y Serrano A. Coagulopatía COVID-19 y síndrome antifosfolípido. Revista Colombiana de Reumatología [Internet] 2022; 29-51: S25-S34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8390358/>
- 33) Córdova E, Gordillo A y Bonifaz D. Paciente masculino con síndrome antifosfolípido con compromiso cardiopulmonar y renal. Caso Clínico. Revista interdisciplinaria de Ciencias de salud [Internet] 2022; 6 (1): 145-157. Disponible en: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/1718>
- 34) Erkan D, Sciascia S, Bertolaccini M y Cohen H. Antiphospholipid Syndrome Alliance for Clinical Trials and International Networking (APS ACTION): 10-Year Update. Current Rheumatology Reports [Internet].2021: 23;45. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11926-021-01008-8>
- 35) Carpio L, Rosas A y Sánchez J. Espectro clínico del síndrome antifosfolípido y actualidades del tratamiento en un hospital general de segundo nivel. Revista de Hematología Mexicano [Internet] 2019; 20(3): 204-209. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2019/re193d.pdf>
- 36) Nuñez C y Analuisa E. Síndrome antifosfolípido obstétrico: desde una mirada social. Minerva Journal [Internet] 2022; 3(9): 8-16. Disponible en: <https://minerva.autanabooks.com/index.php/Minerva/article/view/68>
- 37) Longarela S, Martinez V, Blanco P, Merino A, Riancho L, Comins A, Lopez M, et al. ¿La puntuación global del síndrome antifosfolípido (aGAPSS)? ¿Predecir el resultado obstétrico en portadores de anticuerpos antifosfolípidos? Un estudio de centro único. Reseñas clínicas en alergía e inmunología [Internet] 2022; 63. 297-310. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12016-021-08915-9>
- 38) Mata L y Villa C. Diagnóstico y tratamiento clínico del síndrome antifosfolípido seronegativo. Revista de investigación de salud [Internet]. 2023; 6(16); 240-250. Disponible en: <https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i16.222>
- 39) Dabit J, Valenzuela M, Vallejo S y Duarte A. Epidemiología del síndrome antifosfolípido en la población en general. Informes de reumatología actuales [Internet] 2021; 23 (85): 1-9. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8727975/pdf/11926\\_2021\\_Article\\_1038.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8727975/pdf/11926_2021_Article_1038.pdf)
- 40) Zapata M, Pinzón G, Cabrera E, Salazar B, Carrión R, Gallón D, Chamorro K, et al. Enfoque del síndrome antifosfolípidos en el embarazo. Ciencia Latina revista multidisciplinar [Internet] 2022; 6(3): 1-12. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/2309>
- 41) Yoo J, Soo S, Min S, Jungsik J, Beom Y y Won S. Los anticuerpos antifosfolípidos persistentes están asociados con eventos trombóticos en vasculitis asociada a ANCA: Un estudio monocéntrico retrospectivo. Nefrología [Internet] 2019; 39 (4): 395-401. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699519300219>
- 42) Vega A. Síndrome antifosfolípido en el embarazo- artículo de revisión. Revista Electrónica de Portales Medicos [Internet] 2022; 17 (12): 531-536. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sindrome-antifosfolipido-en-el-embarazo-articulo-de-revision/>

- 43) Rodrigues A, Andrade I y Leon C. Condiciones asociadas y predicciones específicas de síndrome antifosfolípido obstétrico. Período Tché-química [Internet] 2019; 16 (31): 674-680. Disponible en: [http://www.deboni.he.com.br/arquivos\\_jornal/2019/31/682\\_Periodico31.pdf](http://www.deboni.he.com.br/arquivos_jornal/2019/31/682_Periodico31.pdf)
- 44) Sánchez F y Sánchez Y. Nefropatía asociada con síndrome antifosfolípido: más allá de microangiopatía trombotica. Revista Paraguaya de Reumatología [Internet] 2020; 36 (3): 439-442. Disponible en: <https://medicinainterna.org.mx/article/nefropatia-asociada-con-sindrome-antifosfolipido-mas-alla-de-microangiopatia-trombotica/>
- 45) Caballero J, Sucursal D y Ortel T. Síndrome Antifosfolipidico: Avances en el diagnóstico patogénesis y manejo. Revista estado del Arte [Internet]. 2021; 1-20. Disponible en: [https://web.archive.org/web/20230310102032id\\_/https://www.bmj.com/content/bmj/380/bmj-2021-069717.full.pdf](https://web.archive.org/web/20230310102032id_/https://www.bmj.com/content/bmj/380/bmj-2021-069717.full.pdf)
- 46) Calderón G. y Cordero M. Síndrome Antifosfolipidico Obstétrico: características fisiopatológicas y manejo. Revista Clinica de la escuela de Medicina UCR-HJSD [Internet] 2020; 10 (2); 42-47. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2020/ucr202g.pdf>
- 47) Mathian A, Hié M. y Amoura Z. Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. Tratado de Medicina EMC [Internet]. 2020; 24(4); 1-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541020440231>
- 48) Barilaro G, Espinosa G y Cervera R. El síndrome antifosfolípido. Servicio de enfermedades autoinmunes Elsevier [Internet] 2021; 1: 1-27. Disponible en: <https://multimedia.elsevier.es/PublicationsMultimediaV1/item/multimedia/S0121812321000785:mmc1.pdf?idApp=UINPBA00004N>
- 49) Pérez M, Pérez A, Jimenez L y Mérida F. Impacto Social del síndrome antifosfolípido: incidencia en la calidad de vida de los pacientes. Edumecentro [Internet] 2022; 14: 1-16. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742022000100098](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742022000100098)
- 50) Rodriguez V, Consani S, Moreira E y Facal J. Manifestaciones clínicas "no criterio" del Síndrome Antifosfolípido. Presentación de una cohorte nacional. Revista Uruaguaya medicina interna [Internet] 2023; 8(2): 26-37. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v8n2/2393-6797-rumi-8-02-26.pdf>
- 51) Pedraza L y Guzmán R. Infarto agudo de miocardio como manifestación inicial de síndrome antifosfolípido primario: Reporte de caso. Revista Cuarzo [Internet] 2019; 25 (2): 38-41. Disponible en: <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cuarzo/article/view/444/428>

**Lourdes Aurora González Tene** portadora de la cédula de ciudadanía N° **1900832948** y **Angela Melisa Tinizaray Carrión** portadora de la cédula de ciudadanía N° **1950001527**. En calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**Síndrome Antifosfolipídico**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **17 de abril de 2024**



Firmado electrónicamente por:  
**LOURDES AURORA  
GONZALEZ TENE**

**Lourdes Aurora González Tene**

**C.I. 1900832948**



Firmado electrónicamente por:  
**ANGELA MELISA  
TINIZARAY CARRION**

**Angela Melisa Tinizaray Carrión**

**C.I 1950001527**