



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**Intervenciones de enfermería en pacientes obstétricas con síndrome de anticuerpos
fosfolipídicos**

Trabajo de Titulación para optar al título de Licenciada en Enfermería

Autor(es):

Cunuhay Toapanta, Jessenia Abigail

Pomavilla Buscán, María Rosa

Tutora:

MsC. Ivone de Lourdes Santillán Castillo

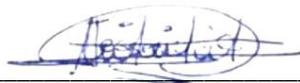
Riobamba, Ecuador. 2022

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotras, Jessenia Abigail Cunuhay Toapanta con CI. 0550125793 y María Rosa Pomavilla Buscán con CI. 0302942826, autoras del trabajo de investigación titulado: Intervenciones de enfermería en pacientes obstétricas con síndrome de anticuerpos fosfolipídicos, certificamos que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas en la presente revisión bibliográfica son de nuestra exclusiva responsabilidad y tutora de la investigación MsC. Ivone Santillán

Asimismo, cedemos a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autores de la obra referida, serán de nuestra entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 17 de noviembre del 2022



Jessenia Abigail Cunuhay Toapanta

C.I: 0550125793



María Rosa Pomavilla Buscán

C.I: 0302942826



Dirección
Académica
VICERRECTORADO ACADÉMICO



UNACH-RGF-01-04-02.22
VERSIÓN 02: 06-09-2021

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería con el tema: **“Intervenciones de enfermería en pacientes obstétricas con síndrome de anticuerpos fosfolípidicos”** elaborado por **Cunuhay Toapanta Jessenia Abigail** con CI: **0550125793** y **Pomavilla Buscan María Rosa** con CI: **0302942826**, asesorado por la **MsC. Ivone de Lourdes Santillán Castillo**, en calidad de tutora, se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente:

MsC. Ivone de Lourdes Santillán Castillo

TUTORA

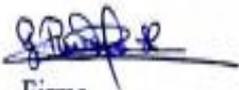
CI: 0602565954

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación; Intervenciones de enfermería en pacientes obstétricas con síndrome de anticuerpos fosfolipídicos, presentado por Jessenia Abigail Cunuhay Toapanta con CI.0550125793 y María Rosa Pomavilla Buscán con CI.0302942826, bajo la tutoría de la MSc. Ivone de Lourdes Santillán Castillo; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de sus autoras; no teniendo más nada que observar.

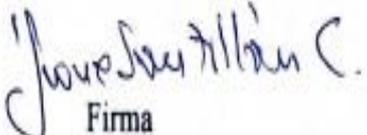
De conformidad a la normativa aplicable firmamos, En Riobamba, 17 de noviembre del 2022.

MSc. Elsa Graciela Rivera Herrera
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firma

MSc. Ivone de Lourdes Santillán Castillo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firma

MSc. Miriam Iralda Piray Inga
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firma

CERTIFICADO ANTIPLAGIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 11 de noviembre del 2022
Oficio N° 048-URKUND-CU-CID-TELETRABAJO-2022

Dra. Paola Maricela Machado Herrera
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la MSc. **Ivone Santillán Castillo**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 148958498	Intervenciones de enfermería en pacientes obstétricas con síndrome de anticuerpos fosfolípidos	Cunuhay Toapanta Jessenia Pomavilla Buscan María Rosa	10	x	

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ

Firmado digitalmente
por CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2022.11.12
18:05:10 -05'00'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a papito Dios por su infinito amor y bendición que derramó sobre mí en estos años de preparación académica. En especial a mis padres Heraldo y Yolanda quienes fueron mi inspiración y con su esfuerzo hicieron posible este sueño, por los valores inculcados, su apoyo, amor incondicional, confianza brindada, y por ser quienes caminaron junto a mí en todo momento siendo mi mayor fortaleza.

A mis hermanos gemelos Johan y Josué quienes fueron los que me motivaron a seguir esta carrera y a todas las personas que estuvieron en el proceso y me alentaron para cumplir este objetivo.

Abigail

Agradezco a Dios por haberme dado salud y la oportunidad de encontrar mi vocación. A mis padres por todo el amor y sacrificio para alcanzar mi sueño, por ser mi motivo para seguir mejorando como persona y acompañarme en cada etapa de mi vida. A mi esposo por creer en mí y darme fuerzas en los momentos más difíciles.

Rosa

AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos la vida y guiarnos en cada uno de nuestros pasos, por proveernos de sabiduría, inteligencia y amor que sin ello no hubiera sido posible culminar con esta meta propuesta.

A la Universidad Nacional de Chimborazo por haber sido parte de nuestra formación académica, a todas nuestras docentes por ayudarnos a encontrar el amor en el cuidado de las personas y de manera especial a nuestra tutora MsC. Ivone de Lourdes Santillán Castillo, por su paciencia, apoyo incondicional y compartir sus conocimientos para la culminación de nuestra revisión bibliográfica.

Abigail Cunuhay y Rosa Pomavilla

ÍNDICE GENERAL:

DERECHOS DE AUTORÍA.....	
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL.....	
CERTIFICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA.....	
AGRADECIMIENTO.....	
RESUMEN.....	
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	12
CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD	12
ROL DE LA ENFERMERA EN PACIENTES CON SAF OBSTÉTRICO.....	14
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	16
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	20
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES.	27
BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXO 1	37

RESUMEN

El síndrome de anticuerpos fosfolípidos (SAF) es una enfermedad autoinmune con una prevalencia a nivel mundial de 0.5-1% y en el Ecuador se han diagnosticado 2526 casos de enfermedades relacionadas a defectos de la coagulación en el periodo 2015-2018 en los 3 niveles de atención, de los cuales un 15 % se debe al SAF. Debido a la escasa información sobre el SAF y el aumento de nuevos casos en Ecuador se elaboró un estudio documental y sistemático, con el objetivo de determinar las intervenciones de enfermería en pacientes obstétricas con SAF en bases de datos de alto impacto, guías de práctica clínica, libros digitales y físicos publicados entre los años 2017-2022, se obtuvo una población de 83 documentos y mediante una lectura crítica utilizando criterios de inclusión y exclusión se llegó a una muestra de 63 referencias bibliográficas que permitieron la elaboración de la investigación y triangulación de la información del SAF dividida en cuatro categorías de estudio las mismas que fueron valoradas mediante los 11 patrones funcionales de M. Gordon, finalmente se planteó intervenciones y actividades de enfermería basados en la taxonomía NANDA-NIC. Las intervenciones del personal de enfermería van desde la educación, prevención de complicaciones hasta cuidados directos como la toma de signos vitales, pruebas de bienestar fetal, cálculo del índice de masa corporal, medición de la escala de Glasgow y de proteinuria a través de tiras reactivas, brindar apoyo psicoemocional a las pacientes obstétricas con SAF y sus familiares de una manera íntegra, empática y profesional.

Palabras clave: síndrome antifosfolípido, complicaciones del embarazo, enfermería, aborto habitual.

ABSTRACT

Phospholipid antibody syndrome (PAS) is an autoimmune disease with a worldwide prevalence of 0.5-1% and in Ecuador 2526 cases of diseases related to coagulation defects have been diagnosed in the period 2015-2018 in the 3 levels of care, of which 15% are due to PAS. Due to the scarce information on FAS and the increase of new cases in Ecuador, a documentary and systematic study was developed, with the aim of determining nursing interventions in obstetric patients with FAS in high impact databases, clinical practice guidelines, digital and physical books published between the years 2017-2022, a population of 83 documents was obtained and through a critical reading using inclusion and exclusion criteria, a sample of 63 bibliographic references was reached, which allowed the elaboration of the research and triangulation of PAS information divided into four study categories the same that were assessed using the 11 functional patterns of M. Gordon's 11 functional patterns. Finally, nursing interventions and activities were proposed based on the NANDA-NIC taxonomy. The interventions of the nursing staff range from education, prevention of complications to direct care such as taking vital signs, fetal well-being tests, calculation of body mass index, measurement of the Glasgow scale and proteinuria through test strips, providing psychoemotional support to obstetric patients with APS and their families in an integral, empathetic and professional manner.

Key words: antiphospholipid syndrome, pregnancy complications, nursing, routine abortion.

SANDRA
LILIANA
ABARCA
GARCIA

Firmado
digitalmente por
SANDRA LILIANA
ABARCA GARCIA
Fecha: 2022.11.23
09:06:12 -05'00'

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.

El Síndrome Antifosfolípídico (SAF) es también conocido como síndrome de Hughes, el mismo que fue descrito en 1983 como una enfermedad autoinmune, trombótica que presenta morbilidad obstétrica. ⁽¹⁾ Se origina por la producción de anticuerpos dirigidos contra las proteínas de los fosfolípidos y al presentarse de una forma aislada se lo conoce como SAF primario, que se manifiesta en más de 50% de los pacientes diagnosticados con SAF, pero al estar asociado con otras enfermedades autoinmunes se denomina SAF secundario. ⁽²⁻⁵⁾

A nivel mundial existe una prevalencia de 0,5-1% para el SAF primario y se evidencian 5 casos nuevos por 100.000 habitantes cada año, el 12 % en personas mayores a 50 años y rara vez se ha diagnosticado en niños, hay mayor prevalencia en las mujeres con una relación de 5:1 con respecto a los hombres. ^(2,6) Según el ministerio de salud Pública (MSP) en el Ecuador se han diagnosticado 2526 casos de enfermedades relacionadas a defectos de la coagulación en el periodo 2015-2018 en los 3 niveles de atención, de los cuales un 15 % se debe al SAF. ⁽¹⁾

Entre los factores de riesgo más comunes se encuentran las mujeres jóvenes en edad fértil que han presentado abortos espontáneos, antecedentes de episodios tromboembólicos, preeclampsia, eclampsia, la presencia de anticuerpos como las anticardiolipinas (ACL), el anticoagulante lúpico (AL), y la anti-beta2 glicoproteína I (anti-β2-GPI). ^(2,6,7)

La importancia en el campo obstétrico radica en la complicación de la diada materno-fetal como insuficiencia placentaria, óbito fetal, preeclampsia grave precoz, desprendimiento prematuro de placenta, partos prematuros, la restricción de crecimiento intrauterino (RCI) que se presenta en el 30% de los casos de SAF confirmado, los abortos recurrentes sin causa aparente después de 1 o 2 pérdidas aumenta un 30% antes de la semana 12 de embarazo y la posibilidad de tener un recién nacido vivo sin tratamiento va del 10 -20%, frente a un 96,6% con tratamiento adecuado. ^(3,4,8)

El primer medio de diagnóstico del SAF se basó en los criterios de Sapporo que eran descritos de una forma general, en el 2006 fueron actualizado y divididos en criterios clínicos tales como trombosis vascular y morbilidades en el embarazo y de laboratorio como la presencia de unos de los tres anticuerpos fosfolipídicos, a este nuevo medio de diagnóstico se lo conoce como SIDNEY el cual sigue vigente hasta la actualidad. Estudios han demostrado la existencia de pacientes que presentan manifestaciones clínicas sugerentes de la enfermedad mas no tiene ningún criterio de laboratorio y que deja abierta la posibilidad de la participación de otros analitos en la patogenia del SAF. ^(4,5,9)

Los criterios de laboratorio se los realiza mediante la Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) Y Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) que son las pruebas utilizadas para la detección del SAF mediante el reconocimiento de tres anticuerpos fosfolípidos (ACL, AL, anti-β2-GPI), para estas pruebas es necesario diferenciar el uso de los

aloanticuerpos y los autoanticuerpos para de esta manera identificar con más facilidad el origen del SAF. ^(4, 5, 9,10)

Para el tratamiento farmacológico de SAF se debe partir desde las enfermedades subyacente de la paciente y tratar el síndrome según sus manifestaciones clínicas presentes, como en el caso de trombosis venosa y arterial, casos severos de tromboembolismo, abortos, complicaciones por lupus eritematoso o trombosis; siendo la terapia más usada la heparina de bajo peso molecular (HBPM), hidroxicloroquina, prednisona, Warfarina, ácido acetil salicílico (ASA) y la enoxaparina debido a baja teratogenesidad y su bajo costo económico. ^(8,9,11,12)

Siendo el SAF una enfermedad poco conocida, a pesar de las graves alteraciones de la diada materno/fetal en ciertos casos la muerte y las escasas evidencias sobre los cuidados de enfermería, en un estudio de la Universidad de Cantabria (2019) el equipo de enfermería desde el primer nivel de atención tiene un papel fundamental en la educación de la terapia y sus efectos adversos, así como para la prevención y reconocimiento de los factores de riesgo: obesidad, tabaquismo, hipertensión arterial, sedentarismo, sobrepeso, la alimentación y la dislipidemia. ⁽¹³⁾

En vista de que la bibliografía demuestra que con el apoyo de los avances tecnológicos de diagnóstico se han podido identificar un aumento de nuevos casos de SAF en el Ecuador, la escasa investigación sobre este síndrome, las graves manifestaciones clínicas que ponen en riesgo la diada materno-fetal y la escasa información sobre los cuidados de enfermería nace espontánea la pregunta ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que se debe brindar a pacientes obstétricas con diagnóstico de SAF?. ⁽⁴⁾

La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo determinar las intervenciones de enfermería en pacientes obstétricas con SAF, mediante la utilización de la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) y la identificación de las actividades con el NIC (Nursing Interventions Classification). ^(14,15)

Para conseguir este objetivo y responder a la pregunta planteada se pretende brindar una guía, en cuanto a los cuidados que el personal de enfermería debería aplicar en la atención a este tipo de pacientes obstétricas para lo cual se realizará una revisión bibliográfica que permitirá conocer el síndrome antifosfolipídico, factores de riesgo, sus manifestaciones obstétricas, clínicas y la terapia, así como, establecer el rol y las intervenciones de enfermería a las pacientes con SAF obstétrico con su previa valoración.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD

El síndrome de anticuerpos fosfolipídicos es una enfermedad autoinmune que afecta a las proteínas que conforman los fosfolípidos. Esta enfermedad también es conocida como síndrome o enfermedad de Hughes y se puede presentar sola o conjuntamente con otras patologías especialmente con lupus eritematoso, sin embargo, desde un enfoque obstétrico, el SAF provoca una serie de alteraciones materno- fetales principalmente a mujeres edad fértil (20-40 años) debido a la intervención de 3 anticuerpos: anticardiolipinas (ACL), anticoagulante lúpico (AL), y anti-beta2 glicoproteína I (anti-β2-GPI). (2-9,16)

El origen del SAF aún es desconocido, sin embargo, la teoría más aceptada menciona que ciertos factores ambientales como infecciones por virus de EpsteinBarr, citomegalovirus, virus de la hepatitis C (VHC), adenovirus y parvovirus en personas genéticamente predispuestos desencadena la enfermedad, además, se habla sobre el papel de un fármaco (monociclina) que incrementa la producción de anticuerpos fosfolipídicos pero las evidencias científicas han comprobado que no están relacionadas a la producción de trombosis y que el aumento de los anticuerpos es transitoria. (11,17)

Se conoce como SAF primario cuando el síndrome se presenta de forma aislada, es decir, que la paciente tiene como único diagnóstico médico y en este grupo es donde se desarrolla el SAF obstétrico con poca probabilidad de remisión y de desarrollar eventos tromboembólicos posterior al tratamiento; por otro lado, el SAF secundario es cuando existen otras enfermedades subyacentes del tejido conectivo o autoinmunes como el lupus, esclerosis sistémica o artritis reumatoide. (2-6,11)

El diagnóstico positivo de SAF se realiza con la combinación de criterios clínicos y de laboratorio, es decir, la presencia de los anticuerpos antes mencionados no necesariamente representa un riesgo de eventos trombóticos, sin embargo, la presencia de varios de ellos predispone un riesgo muy alto para la salud materno-fetal, cabe recalcar que los nuevos estudios revelan la existencia de otros anticuerpos fosfolípidos que participan en el diagnóstico positivo al síndrome. (1-4,10,11)

El método diagnóstico estandarizado se implementó en el 2006 el mismo que consiste en el conjunto de criterios clínicos y de laboratorio.

- Criterios clínicos: Antecedente de evento trombótico arterial o venoso sin otra causa aparente que puede presentarse con mayor frecuencia en las extremidades inferiores siendo las más graves que ocurren a nivel cerebral y las morbilidades durante el embarazo como abortos recurrentes, muerte fetal sin causa aparente, partos prematuros por preeclampsia o eclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, insuficiencia placentaria y oligohidramnios. (5,10,11)

- Criterios de laboratorio: Anticoagulante lúpico más Anticoagulante anticardiolipinas y anti-beta 2 glicoproteínas positivos en plasma, cuya valoración se la debe realizar en 2 ocasiones con al menos 12 semanas de separación, y su riesgo se establece dependiendo si los anticuerpos se presentan elevados. ^(5,10,11)

Una vez confirmado el SAF se debe iniciar una serie de controles a la paciente con el fin de reconocer cualquier signo de peligro en su embarazo para poder actuar de tal forma que mantenga la salud tanto de la madre como del niño. Trujillo J, 2018, menciona que “en estas pacientes se deben realizar un seguimiento cada 4 semanas desde la 12 hasta las 28 semanas de gestación; cada 2 semanas desde la 28 a las 36 semanas de gestación y semanalmente desde las 36 semanas de gestación hasta el parto” ⁽⁸⁾

La paciente con SAF obstétrico no va a requerir de hospitalización en todos los casos, se puede realizar un seguimiento ambulatorio dependiendo de las manifestaciones clínicas existentes. Para la elección de un tratamiento es necesario reducir o eliminar los factores de riesgo vasculares como el uso de anticonceptivos orales, estrógenos, el consumo de tabaco, la hipertensión arterial, sobrepeso y la diabetes. ⁽²⁾

Según recomendaciones para el manejo de mujeres con SAF dada por la European League Against Rheumatism (EULAR) menciona que las pacientes con un nuevo embarazo y que hayan tenido complicaciones anteriores deben ser tratadas con ASA en dosis bajas (75-100 mg/día) junto a dosis profilácticas de HBPM usando las dosis de enoxaparina 1mg/kg o 30-80 mg dos veces por día. Las dosis profilácticas de ASA deben ser administradas desde el momento de la concepción hasta el parto, únicamente se discontinuará 4 horas antes y se retomará a las 24 horas del puerperio. ^(2,11)

En el XIV congreso Internacional sobre el SAF en Río de Janeiro (2014) recomendó que el tratamiento precoz es importante para evitar complicaciones y recurrencia de los eventos tromboticos y prevenir la mortalidad obstétrica. ⁽²⁾ Por otro lado, en un estudio se menciona que el tratamiento en pacientes con antecedentes de trombosis se utiliza la HBPM, la Warfarina se usa en casos severos de lupus eritematoso y tromboembolismo entre la semana 14 - 34 de gestación debido a su efecto teratogénico, la hidroxiclороquina se usa únicamente con el fin de evitar las exacerbaciones del SAF durante el embarazo. ⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Las complicaciones del SAF abarcan abortos sin causa aparente antes de la semana 12 de embarazo, insuficiencia placentaria, óbito fetal, preeclampsia grave precoz, desprendimiento prematuro de placenta, partos prematuros y la restricción de crecimiento intrauterino (RCI). ^(3-4,6) Otras complicaciones menos frecuentes son la trombocitopenia, alteraciones de las válvulas cardíacas, migraña, úlceras en extremidades inferiores, mielopatías, movimientos involuntarios de pies y manos (corea) e hipertensión pulmonar. ^(9,11)

Según la “Organización Mundial de la Salud (OMS)” define al aborto recurrente como la pérdida del embrazado por 2 o más ocasiones consecutivas de menos de 20 semanas de gestación y con un peso menor a 500 g, estas pueden ser primarios cuando la mujer nunca

ha tenido un parto previo y secundario cuando ha experimentado al menos un embarazo anterior de forma exitosa, el SAF representa no solamente un daño físico sino, emocional que impacta especialmente a los padres y a toda la familia. (21-23)

El retardo en el crecimiento intrauterino (RCI) ha sido vinculado al SAF, en un estudio que refleja que del 44% de las pacientes con el síndrome que tuvieron un parto inducido el 18,2% presentaron RCI, este estudio se realizó mediante el análisis de criterios de diagnóstico clínicos como antecedente de parto pretérmino y paraclínicos de trombofilia, por ello se recomienda realizar al neonato pruebas diagnósticas de laboratorio cuando se presente morfológicamente normal y con un percentil inferior a 10 o nacido antes de la semana 34, para evitar estas alteraciones se recomienda trabajar de la mano con el departamento de reumatología. (24,25)

El óbito fetal en el SAF se da como consecuencia de alteraciones materno-fetales como RCI, oligohidramnios lo que desencadena anomalías de la frecuencia cardíaca fetal que se manifiesta con hipoxia debido a la insuficiencia útero placentaria por la afectación de las ramas terminales de las arterias espirales uterinas (vasculopatía) que dificulta la nutrición del espacio intervilloso de la placenta, disminuye la alimentación fetal, el intercambio gaseoso, aumenta el riesgo de compresión umbilical y aspiración meconial. (26,27)

Otra de las complicaciones del SAF es la preeclampsia que se define como una anomalía multisistémica donde se presenta una presión arterial mayor de 140/90 mm Hg después de la semana 20 de gestación, con resultado positivo de proteinuria medido en una muestra de orina, en caso de un resultado negativo la gestante podría presentar problemas neurológicos, epigastralgia y trombocitopenia, esta patología se puede manifestar durante el parto, puerperio inmediato y a veces de forma tardía, por otro lado la eclampsia es una complicación que se presenta con convulsiones siempre y cuando se descarten otras enfermedades que se relacionen con las convulsiones. (28-30)

Desde el primer trimestre de gestación aumenta de forma considerable el riesgo a desarrollar trombos debido a la activación de la triada de Virchow (hipercoagulabilidad, estasis venosa y lesión endotelial) propio del embarazo, estos factores sumados a los antecedentes trombóticos del SAF favorecen a la aparición de eventos tromboembólicos, además, se conoce que debido a la mayor compresión en la bifurcación la arteria iliaca derecha sobre la vena ilíaca izquierda la extremidad inferior izquierda es la más afectada, por ello, es necesario evaluar de forma individual a la paciente antes de prescribir un tratamiento

específico. (31-34)

ROL DE LA ENFERMERA EN PACIENTES CON SAF OBSTÉTRICO

Según la OMS 830 mujeres mueren cada día por causas prevenibles afines con la gestación y considerando que en el primer nivel de atención se atienden el 80% de los problemas de la salud en los que participa la enfermera/o con el Proceso de Atención de Enfermería

(PAE) que tiene como propósito recoger la mayor cantidad de información posible de una forma sistemática y continua para establecer diagnósticos enfermeros, intervenciones y la evaluación de resultados con el fin de poder detectar y prevenir complicaciones durante el periodo gestacional.⁽³⁵⁾

En el Manual Ilustrado de enfermería del Grupo CLASA menciona que “la enfermería es el arte y la ciencia de enseñar a los individuos a cuidar de sí mismos siempre y cuando sea posible y a recibir atención y cuidados cuando no puedan atender sus propias necesidades.” Partiendo de la misma se resalta la importancia de las intervenciones de enfermería en los diferentes niveles de atención, además, gracias a la cercanía del profesional con la paciente es posible un cuidado integral, holístico y multidisciplinar mediante un lenguaje claro y sencillo.⁽³⁶⁾

Para aplicar los cuidados integrales según los conceptos esenciales que identifican los fenómenos de interés para enfermería (metaparadigmas), se considera a la paciente como todo ser humano de forma individual o colectiva independientemente de su ciclo de vida y que se encuentre en cualquier parte del mundo, para ello se debe tomar en cuenta el ambiente que la rodea y la interacción que tiene con la misma para poder identificar su condición de salud/enfermedad y aplicar las intervenciones de enfermería que se integran con la práctica y la investigación.⁽³⁷⁾

El rol de enfermería se enfoca en educación, administración, asistencia e investigación que se aplica en los diferentes niveles de atención, es decir, el primer nivel se ocupa principalmente de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el segundo nivel se desarrolla con mayor frecuencia el tratamiento y rehabilitación, en el tercer nivel se ejecuta la aplicación de procedimientos especializados y finalmente el cuarto nivel desarrolla la investigación científica.⁽³⁸⁻⁴⁰⁾

En el rol de educador, el personal de enfermería tiene como instrumento fundamental el plan educativo para llevar a cabo una educación de fácil comprensión mediante la organización de ideas y establecimiento de acciones de enfermería con la ayuda de los objetivos del NOC (Nursing Outcomes Classification), este plan permite preparar los recursos y técnicas necesarias para la explicación de los temas a tratar cuya información debe ser actual, veraz y entendible con el fin de dar una respuesta integrada a las necesidades de la población a la que va dirigida.⁽⁴¹⁾

Según Balderas, M. la importancia de la administración en enfermería radica en el logro de objetivos a través de la satisfacción de las necesidades individuales o colectivas que al mismo tiempo promuevan el desarrollo social, entonces, el rol administrativo permite una cooperación organizada de los profesionales de salud, es decir, la participación de un médico, psicólogo, dentista, enfermera/o, que a su vez encaminan a la paciente gestante hacia una atención integral donde existan todos los insumos necesarios para su atención.⁽⁴²⁾

El rol asistencial se refiere a la ayuda brindada por el personal de enfermería para la rehabilitación y recuperación de la paciente por medio de cuidados directos con

pensamiento crítico y fundamentados en los conocimientos científicos para desarrollar el plan de cuidados con la ayuda de intervenciones estandarizadas presentes en el NANDA, cuyas actividades están enfocadas en la atención de necesidades básicas y aplicación de cuidados para reducir secuelas o daños producidos por la enfermedad, así como el acompañamiento psico-emocional. ^(43,44)

La investigación en enfermería tiene como objetivo el desarrollo de nuevos conocimientos en la práctica clínica y comunitaria basada en la evidencia científica, donde se requiere una revisión continua de nuevos estudios y teorías que validen protocolos, estrategias, técnicas y procedimientos con el objetivo de ampliar y consolidar la información existente para brindar una atención especializada a las pacientes con SAF obstétrico, así como una mayor divulgación de la patología en estudio a la población y personal de salud. ⁽⁵⁴⁻⁴⁷⁾

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La Guía práctica clínica (GPC) de control prenatal del Ecuador define al embarazo de riesgo como “aquel que se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto,” desde el primer control de la gestante y con una historia clínica completa y ordenada permitirán definir el riesgo obstétrico mediante la identificación de factores de riesgo modificables y no modificables y clasificarlos de acuerdo al tipo de intervención para un mejor monitoreo y seguimiento de las pacientes con SAF obstétrico. ^(48,49)

Para establecer las intervenciones de enfermería en pacientes obstétricas con SAF se aplicó una valoración integral a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon debido a que se adecúa bien a las etapas de prevención y promoción de la salud, además, permite ordenar los cuidados a nivel individual, familiar o comunitario lo que permite una fácil vinculación de la alteración con los diagnósticos adecuados del NANDA y por ende el establecimiento de las intervenciones específicas basadas en el NIC. ⁽⁵⁰⁾

En base a la valoración por patrones (Anexo 1: Tabla 1) y su relación con los factores de riesgo, signos, síntomas de esta patologías, así como las posibles necesidades más frecuentes que la gestante con SAF puede presentar en las diferentes etapas del embarazo, las posibles intervenciones de enfermería podrían ser:

En caso de presentar factores de riesgo del SAF obstétrico, se debe informar a la paciente sobre la enfermedad, complicaciones, factores de riesgo prevenibles como por ejemplo; optar por un método anticonceptivo libre de estrógenos, realizar actividad física al menos 30 minutos al día, establecer una dieta balanceada, (prevención de la obesidad), acudir a todos los controles obstétricos y realizar análisis hematológicos específicos del SAF antes del embarazo, además, se recomienda que el número de controles prenatales sea determinado por el equipo de salud posterior a una valoración individualizada. ^(8, 9,33,48,49)

Una vez diagnosticada de SAF obstétrico la gestante puede experimentar estrés postraumático (TEPT), trastornos del sueño, ansiedad generalizada, temor, depresión, angustia e ira que alguno de ellos son parte del proceso de la maternidad, sin embargo, con la asociación a un evento patológico se establecen como factores que representan alteraciones al bienestar materno-fetal, así, la “GPC de México” resalta a la depresión prenatal como un factor de riesgo para la depresión posparto, asociando a acontecimientos vitales estresantes como falta de apoyo social, especialmente la de la pareja, violencia doméstica y embarazo no deseado.⁽⁴⁹⁾

Para el cuidado de pacientes obstétricas el personal de enfermería trabaja en base a la “Norma Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal”, que tiene como objetivo la capacitación de las pacientes sobre su proceso de gestación y cuidado del recién nacido brindando conocimientos sobre técnicas de respiración, relajación, masajes, espiritualidad y habilidad para resolver conflictos a través de visitas domiciliarias, formación de clubes, talleres individuales/grupales logrando la humanización en la atención la misma que otorgará a la paciente confianza en sí misma y en el sistema de salud lo que contribuye a disminuir los niveles de ansiedad, estrés y temor.⁽⁵¹⁻⁵³⁾

El personal de enfermería debe acompañar, guiar, educar y solventar las dudas sobre el procedimiento de diagnóstico del SAF y explicar que la muestra de sangre será tomada en un laboratorio clínico en 2 tubos de ensayo (celestes y lila) con una jeringa seca (sin heparina). Es importante indicar a la paciente que en caso de estar en una terapia anticoagulante debe suspender la medicación al menos 72 horas antes de la toma de la muestra, una amplia y oportuna información aporta a la tranquilidad de la paciente.^(52,54,55)

La administración de medicamentos es una de las actividades principales para el personal de enfermería en el tratamiento y rehabilitación del SAF, exige el dominio sobre efectos secundarios, dosis, vías de administración, la aplicación de los 10 correctos, también se debe poner en práctica los principios bioéticos (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia), los 4 yo (yo preparo, yo administro, yo registro, yo respondo) y aplicar todos los protocolos avalados por el MSP que aseguren la integridad física, emocional y moral de la paciente.^(56,57,58)

Durante el tratamiento farmacológico del SAF se debe educar a la paciente sobre los procedimientos que debe seguir en su domicilio para la correcta administración de sus medicamentos como: la higiene de manos, el fármaco correcto, la revisión de la fecha de caducidad, la dosis correcta, la vía de administración prescrita e informar que estos medicamentos se deben administrar a partir de la semana 12 hasta la finalización del embarazo según indicaciones médicas. El éxito de la adherencia a la farmacoterapia se basa en establecer un compromiso con la gestante y diseñar un plan educativo, ejecutarlo y mantener un seguimiento estricto de su cumplimiento.^(1,6,59, 60)

Entre los cuidados de enfermería en la administración de ASA es importante informar a la paciente sobre los signos de una reacción alérgica (erupción cutánea, urticaria) si estos

ocurren el medicamento debe ser discontinuado, si la paciente está recibiendo terapia a largo plazo se debe valorar la presencia de signos de hepatotoxicidad (coluria, ictericia, dolor abdominal, fiebre y diarrea), presencia de tinnitus para descartar ototoxicidad, pedir que informe si evidencia sangrados de larga duración en caso de eventos traumáticos (caídas, golpes y otros) e instruir a la gestante para que reconozca síntomas de hemorragia interna y externa como aparición sangre en la orina o en las heces, o períodos menstruales extremadamente abundantes. ⁽⁶¹⁾

Para la administración de heparina, enoxaparina y Warfarina es necesario valorar y educar sobre la presencia de efectos adversos (fiebre, erupción cutánea, urticaria), informar la importancia de realizar pruebas de laboratorio para controlar los tiempos de coagulación y sangre oculta en heces en caso de presencia de heces negras alquitranadas. Durante el control odontológico debe informar al profesional sobre la terapia anticoagulante que mantiene, aconsejar el uso de un cepillo de dientes de cerdas suaves para evitar el sangrado de encías y no participar en actividades físicas que puedan provocar caídas, golpes, heridas abiertas y otros con el fin de prevenir hemorragias de difícil control. ⁽⁶¹⁾

En la educación para la aplicación de la terapia anticoagulante se debe indicar:

1. Verificar y aspirar la dosis correcta del fármaco sin contaminar la aguja.
2. Desinfectar la zona elegida para la aplicación (tejido adiposo) que debe estar libre de hematomas, cicatrices, o hinchazón y llevar un registro de la zona de punción (rotar las zonas de aplicación) y la dosis administrada para un mejor control de administración.
3. Puncionar completamente en un ángulo de 45° e inyectar la heparina lentamente de manera constante, una vez aplicado todo el contenido esperar 5 segundos y retirarlo en el mismo ángulo introducido.
4. Presionar suavemente la zona de punción sin frotar.
5. Disponer en el domicilio de un frasco mediano de cobertura gruesa, para desechar la jeringa. ⁽⁶²⁾

Los cuidados de enfermería en la hidroxicloroquina se centran en informar a la paciente sobre cualquier alteración visual que se manifiesta como una dificultad para visibilizar objetos de manera clara, ceguera nocturna y una pérdida de visión periférica para evitar lo antes mencionado es necesario realizarse controles oftalmológicos cada 3 meses durante la toma de su tratamiento, cabe mencionar que los daños visuales se producen cuando la paciente está recibiendo dosis mayores a 400 mg al día los mismo que se irán disminuyendo según avance el tratamiento; se aconseja el control diario de glucosa debido a que puede aumentar en pacientes diabéticos. ^(61,63)

En el tratamiento con prednisona se debe informar a la paciente que en caso de interrumpir bruscamente el tratamiento puede presentar hipotensión, debilidad, fatiga, fiebre, anorexia, vómitos, diarrea, dolor abdominal y confusión, este medicamento tiende a producir cambios en la apariencia física, presencia de acné, incremento del vello facial, engrosamiento del tronco y cambios de personalidad, por lo que se recomienda realizar actividad física y cambios en la alimentación (dietas ricas en proteínas, calcio y potasio y

bajas en carbohidratos y sodio), es necesario un mayor control en pacientes con diabetes debido a que puede alterar los niveles de glucosa. ^(61,63)

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.

Se realizó la siguiente revisión bibliográfica de tipo descriptiva en el que se empleó el método teórico junto con el deductivo, en donde se analizó documentos científicos acerca de las intervenciones de enfermería en pacientes obstétricas con síndrome de anticuerpos fosfolipídicos, mediante la revisión y el análisis de metabuscadores como: Google Académico y fuentes secundarias en bases de datos como: Scielo, Scopus, Redalyc, Dialnet, se revisó páginas web oficiales de organismos nacionales como el MSP e internacionales como la OMS así como libros físicos y digitales.

Como método de búsqueda avanzada se utilizaron los operadores booleanos “AND”, “Y”, “OR”, “O”, “NOT”, “NO”, se tomaron en cuenta los siguientes términos en idiomas español e inglés: Enfermería (nursing), antifosfolípidos (antiphospholipids), abortos (abortions), cuidados (cares), embarazo (pregnancy), complicaciones (complications), intervenciones (interventions), atención (attention), síndrome (syndrome), anticuerpos (antibodies), diagnóstico (diagnosis).

Los criterios de inclusión fueron estudios clínicos publicados en idiomas español e inglés, se incluyeron aquellos artículos científicos en el formato de texto completos, disponibles en pdf, sin costo, de acceso libre, fácilmente descargables y que en su contenido posean datos estadísticos, definiciones, factores de riesgo, estudios de laboratorio, manifestaciones clínicas, tratamiento, intervenciones de enfermería, casos clínicos que incluyen a pacientes con anticuerpos fosfolipídicos, publicados en los últimos 5 años en el caso de artículos y 10 años para libros.

Los criterios de exclusión constituyeron documentos con información de estudios con más de cinco años de publicación, duplicados, incompletos o mal documentados, sin autoría, revisiones bibliográficas, artículos científicos que no contienen información relacionado con la demanda de información sobre intervenciones de enfermería en el síndrome de anticuerpos fosfolipídicos.

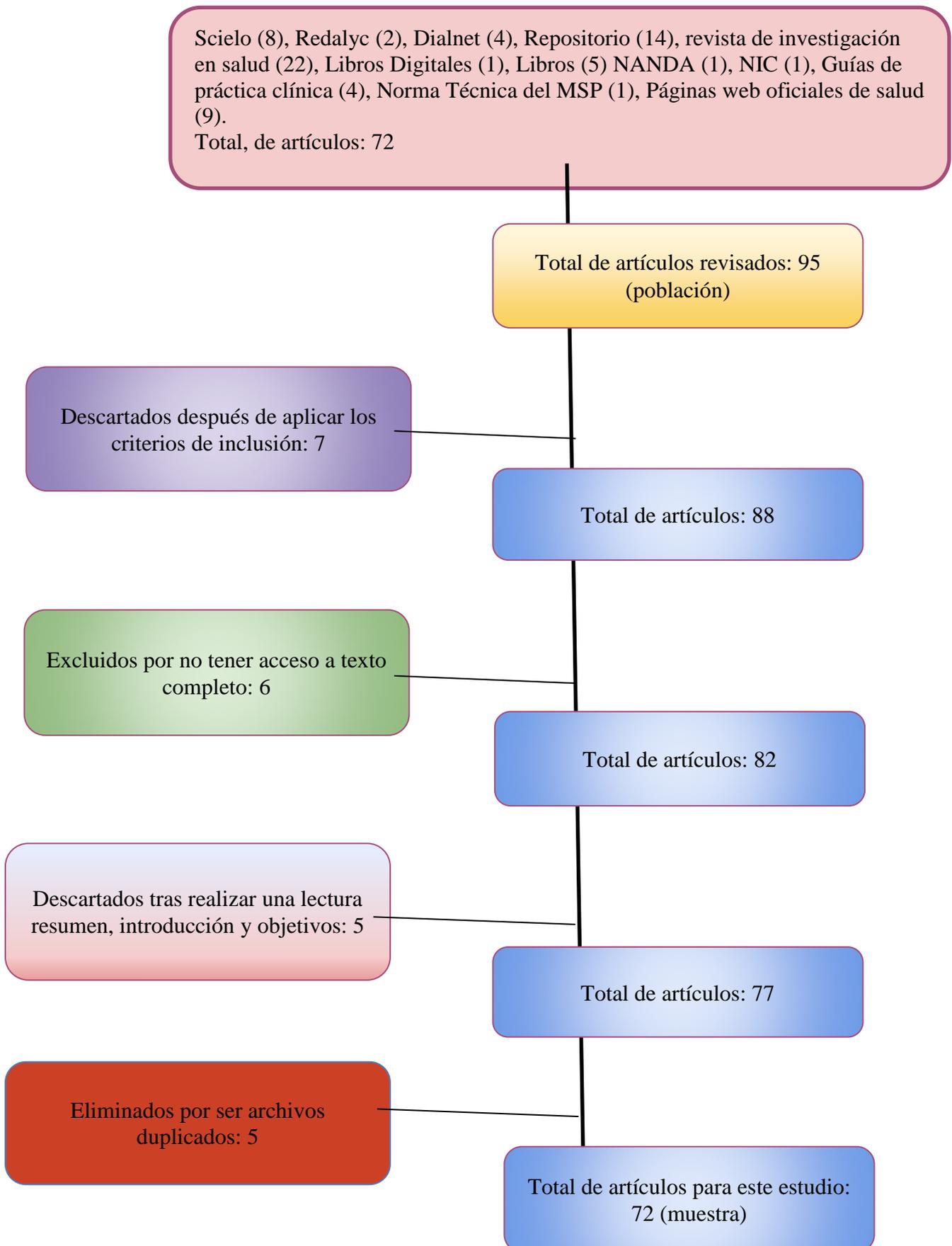
En la elaboración del análisis de la investigación se realizó en las siguientes fases: en la primera fase se usaron los metabuscadores con el uso de palabras claves relacionadas al tema, se encontraron 83 publicaciones en donde se abordaron temas relacionados al SAF, diagnóstico, tratamiento y complicaciones, dichos artículos recopilados fueron leídos y analizados. En la segunda fase se realizó un nuevo filtro utilizando términos booleanos y los criterios de inclusión antes mencionados obteniendo como resultado una muestra de 72 documentos.

La muestra está compuesta por las siguientes publicaciones: 8 en Scielo, 2 en Redalyc, 4 Dialnet, 22 revistas en salud, 1 libro digital, 5 libros físicos, NANDA 1, NIC 1,1 Norma técnica y 3 guías de práctica clínica (MSP), 1 guía del ministerio de salud de México y 14 repositorios universitarios y 9 páginas web oficiales de salud. Para el desarrollo del trabajo se analizaron los 72 artículos científicos, de los cuales 15 se emplearon para la elaboración

de la introducción, planteamiento del problema y 57 para el marco teórico y triangulación de la información.

En la triangulación (Anexo 1: Tabla 1) se realizó una tabla con autores con sus semejanzas y diferencias dividida en cuatro categorías de estudio (factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y complicaciones), posterior a su análisis y debido a la escasez de artículos con intervenciones de enfermería para este síndrome se propuso actividades específicas a partir de la valoración por patrones de Marjorie Gordon, la taxonomía NANDA-NIC. Para la elaboración del informe final y las referencias bibliográficas se tomaron en cuenta las directrices de la Universidad Nacional de Chimborazo, con normas Vancouver para presentar revisiones de estilo biomédico.

Figura 1. Algoritmo de búsqueda bibliográfica:



CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Vaca Plazarte JL, Castillo Cevallos, Jarquin Ruiz CS, et al, Trujillo Castillo JY, Vila Betancor, et al, concuerdan que los factores de riesgo más comunes que influyen en el desarrollo del SAF obstétrico son mujeres en edad fértil, en una relación de 5:1 con respecto a los hombres, así también el papel genético, aunque no se hereda directamente de padres a hijos, el uso de anticonceptivos orales a base de estrógenos, obesidad y presencia de otra enfermedad autoinmune. ^(4,6,8,9)

Por otra parte, Ceñal Bretones C, menciona que se podría activar el síndrome en las pacientes con anticuerpos fosfolípidos por la presencia de alguno de los factores de riesgo antes mencionados y la combinación de uno o de varias alteraciones como la hiperlipidemia, hipertensión, tabaquismo, inmovilización prolongada, el embarazo, posparto o pacientes post operados. Además, indica que un estilo de vida saludable y controles frecuentes antes, durante y después de su embarazo previene en gran medida el desarrollo del SAF obstétrico. ⁽¹¹⁾

Sobrino Grande C, et al, Pazmiño Ruiz AS, et al, Trujillo Castillo JY, Medycal Criteria, García Odio AA, et al, coinciden en que la prueba del criterio de SIDNEY es la más adecuada para el diagnóstico del SAF que es una combinación de criterios clínicos y de laboratorio detallados anteriormente, cuya valoración se la debe realizar en dos ocasiones con al menos 12 semanas de separación y su riesgo se establece dependiendo si los anticuerpos se presentan elevados. ^(1,4,8,10,25)

Vaca Plazarte JL y Bustillo A, hablan sobre la existencia del síndrome antifosfolípídico seronegativo, el cual se caracteriza por los resultados de laboratorio negativos y la presencia de criterios clínicos propios de la enfermedad, los autores sugieren la realización de más estudios para verificar la participación de otros analitos como la protrombina, fosfatidiletanolamina, anexina V o el complejo vimentina/cardioplipina en el desarrollo del síndrome. ^(1,6)

La posibilidad de finalizar un embarazo exitoso con un neonato vivo aumenta hasta un 96,6 % con un tratamiento farmacológico adecuado. Por ello Sobrino Grande C, et al, Bustillos Dávila AE, Pazmiño Ruiz AS, et al, Trujillo Castillo JY Y MSP del Ecuador concuerdan que el tratamiento más efectivo es la combinación entre 75-100 mg/día de ASA + 5000-7500 UI de HBPM, añaden también que la dosis efectiva del ASA fluctúa entre 60 y 162 mg diarios para la prevención de hipertensión gestacional o preeclampsia en mujeres con alto riesgo. Investigaciones no recomiendan administrar dosis mayores de 162 mg de ASA por riesgo teratógeno. Sin embargo, el beneficio puede ser mayor a su riesgo potencial. ^(1,2,4,8,63)

Mientras tanto, Leal D, et al, Pazmiño Ruiz AS, et al, señalan que el uso de prednisona en combinación con ASA y HBPM tiene una efectividad de solo 9 % y muestra mayores efectos secundarios como la diabetes gestacional, HTA, y prematuridad. ^(3,4) Así mismo,

García Odio AA, Álvarez Bolívar D, y el Instituto Mexicano del Seguro Social afirman que el manejo en pacientes diabéticas es con ASA 125 mg más metformina. De la misma manera, se ha podido constatar que el inicio tardío (después de la semana 16) de la administración de ASA se asocia con desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y antes de las 12 semanas se asocia con defectos congénitos de pared abdominal. ^(25,48)

Bustillo A, concuerda con la mayoría de los autores en que las complicaciones obstétricas más frecuentes son la preeclampsia, eclampsia, insuficiencia placentaria, óbitos fetales, RCI, abortos recurrentes y la trombosis materna las mismas que alteran la esfera psicofísica del binomio madre-hijo, mencionan además que el inicio temprano de la farmacoterapia garantiza un 70-80% la culminación de un embarazo exitoso. ⁽⁴⁻⁶⁾

García Odio AA, Álvarez Bolívar D, manifiestan que entre el segundo y décimo día postparto se pueden presentar picos febriles, dolor torácico de tipo pleurítico, disnea y arritmias ventriculares. ⁽²⁵⁾ Mientras tanto, Pazmiño Ruiz AS, et al, indica la existencia del SAF catastrófico que es un estado de hipercoagulabilidad extrema que se presenta en el 1% de las gestantes y su tasa de mortalidad es del 50%. ⁽⁴⁾

Debido a la escasa información para alcanzar el objetivo principal de la investigación el cual fue determinar las intervenciones de enfermería en pacientes obstétricas con SAF y con el fin de proporcionar al personal de enfermería una guía para una atención integral a la paciente que otorgue seguridad y empoderamiento durante el diagnóstico, tratamiento y en el curso de su gestación, se analizó las semejanzas y discrepancias entre los autores sobre el SAF y se clasificó en cuatro categorías de estudio (factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y complicaciones) para determinar las intervenciones de enfermería basadas en la taxonomía NANDA-NIC a través de la valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

La primera categoría se centra en intervenciones relacionadas con los factores de riesgo donde al valorar el patrón percepción – manejo de salud y sexualidad y reproducción se proponen actividades como desarrollar un perfil de riesgo sanitario orientado al embarazo con anterioridad a la concepción, proporcionar información relacionada con los factores de riesgo como uso de anticonceptivos a base de estrógeno y obesidad debido a que aumentan el riesgo vascular, también en el patrón percepción cognición se valora el nivel educativo de la paciente y se informa sobre el síndrome, signos y síntomas. Posterior a ello se seleccionan los métodos, estrategias y materiales adecuados de enseñanza debido a que esta actividad le brinda tranquilidad a la paciente. ^(14,63)

En cuanto al patrón nutrición -metabólico se presentan actividades como indagar acerca de la preferencia alimentaria y recomendar la dieta mediterránea como la ideal en el embarazo, toma medidas antropométricas, cálculo del índice de masa corporal (IMC) y educar acerca de la importancia de realizarse exámenes de laboratorio (sangre) donde se tendrá un resultado claro de colesterol y triglicéridos para descartar hiperlipidemia, en el patrón actividad – ejercicio se recomienda realizar mínimo 30 minutos diarios de actividad

física según tolerancia de la paciente ya que permite digerir las calorías consumidas y mantenerse en un peso adecuado. ^(14,63-65)

La segunda categoría hace referencia al diagnóstico en donde se valora el patrón adaptación tolerancia donde se diagnostica el nivel de estrés por el diagnóstico de la enfermedad, miedo a perder a su bebe por lo que se propone aplicar un instrumento para medir el nivel de estrés y ansiedad de la gestante de acuerdo con lo establecido en el puesto de salud donde se atiende a la paciente, por otro lado en el patrón percepción y manejo de la salud se valora los antecedentes familiares y personales para ello se debe preguntar a la paciente y corroborar en el historial clínico acerca de factores de riesgo, antecedentes personales y familiares que estén involucrados en el SAF. ⁽⁶⁶⁾

Al valorar el patrón sexualidad y reproducción y autopercepción/ autoconcepto se analiza los antecedentes obstétricos por lo que entre las actividades se encuentra indagar y registrar en la historia clínica todos los problemas de salud que ha tenido la paciente referente a la gestación e incorporar sesiones de apoyo emocional con empatía donde se mantenga una actitud serena que de seguridad y tranquilidad para explicar todos los procedimientos, además, se ha evidenciado que un acompañamiento adecuado, la participación familiar y la enseñanza de los métodos de relajación, disminuyen la ansiedad y el temor en la gestante durante su tratamiento. ^(14,63,68)

La categoría referente a la terapia recalca la importancia de una buena educación por parte del personal de enfermería pues es la base para una buena adherencia al tratamiento, por ello, se valora el patrón cognitivo – perceptivo en el cual se ofrece información detallada de su terapia y los efectos secundarios de cada medicamento. Además, al ser un tratamiento domiciliario se debe evaluar la capacidad de la paciente para medicarse ella misma, educar a la gestante sobre la correcta conservación, administración y eliminación de desechos; en el patrón nutricional se realiza un control metabólico en el que se incluye la actividad, dieta, IMC y valoración constante de la glucemia. ^(14,68)

En adición al tratamiento también se valora el patrón sexualidad y reproducción para proponer actividades que involucren el bienestar fetal, actividades directas donde las intervenciones de enfermería permite reconocer a tiempo posibles complicaciones como desprendimiento prematuro de placenta, defectos congénitos de la pared abdominal, entre otros, al valorar el patrón adaptación tolerancia al estrés y valores/creencias se plantea intervenciones donde un diálogo empático es el punto de partida para lograr una relación terapéutica de confianza con el fin de brindar cuidados respetando las prácticas culturales de la gestante. ⁽⁷⁰⁾

Como acciones encaminadas para tratar la última categoría después de valorar el patrón cognitivo/perceptivo y actividad/ejercicio se determina aplicar diferentes escalas como la de Glasgow, morse y EVA (Escala Visual Analógica) para disminuir el riesgo de caídas en caso de pérdida de la conciencia por complicaciones hipertensivas y detectar la presencia de un dolor torácico, cefalea y disuria, monitorizar los signos vitales, también de forma

complementaria se debe indagar acerca de sus actividades en tiempos libres, esto ayudará al personal de enfermería a tener una noción de los hábitos que debe modificar la gestante para evitar complicaciones. ⁽⁶⁸⁾

Valorando el patrón sexualidad/reproducción se determina identificar signos propios de preeclampsia/eclampsia y realizar pruebas de bienestar fetal en caso de ser necesario, finalmente para el patrón nutricional/metabólico, eliminación y manejo de la salud se propone monitoreo de signos vitales y eliminación urinaria mediante colocación de sonda Foley u obtener una muestra a mitad de micción para realizar la prueba de proteinuria en tirilla de acuerdo con el estado de salud de la paciente, por último proporcionar apoyo durante las fases del duelo, los controles mínimos que debe tener la paciente (cinco) y comentar los cambios en el estilo de vida que disminuyan futuras complicaciones. ^(49,63,71)

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES.

Se logró identificar que el SAF es una enfermedad autoinmune que se manifiesta principalmente en mujeres jóvenes en edad fértil que usan anticonceptivos a base de estrógeno, con obesidad o tengan antecedentes genéticos de tromboembolismo, su método diagnóstico se lo realiza mediante los criterios de SIDNEY, el tratamiento más usado es una combinación entre ASA y HBPM durante todo el embarazo y el tiempo de duración puede variar según la condición de salud de la paciente con el fin de prevenir posibles complicaciones como preeclampsia, eclampsia, insuficiencia placentaria, óbitos fetales, RCI, abortos recurrentes y trombosis materna.

Posterior a la valoración de los 11 patrones funcionales de las cuatro categorías de estudio sobre el SAF, fueron identificadas las intervenciones de enfermería según la taxonomía NIC, mismas que van desde la educación para la prevención de malos hábitos alimenticios, sedentarismo y complicaciones como la preeclampsia/eclampsia, así mismo, la ejecución de actividades como la toma de medidas antropométricas, cálculo del IMC, monitoreo de signos vitales, nivel de glucemia, eliminación urinaria y estado de conciencia, administración de medicación según prescripción y realizar monitoreo del bienestar fetal, aplicación de escalas estandarizadas, y acciones específicas basadas en las guías del MSP.

Se identificó la importancia del rol de enfermería en la valoración de la paciente con SAF para la identificación de las necesidades y las intervenciones de enfermería, brindar información sobre el síndrome, método diagnóstico, el éxito del tratamiento a través de una correcta adherencia y prevención de sus efectos secundarios, también cumple un papel importante en el acompañamiento mediante el apoyo psicoemocional y moral que permite solventar las dudas que se van generando a lo largo del proceso del SAF así como disminuir el temor, la ansiedad y el estrés de la paciente y su familia.

RECOMENDACIONES.

Realizar estudios de investigación cuantitativos y cualitativos sobre el SAF a nivel nacional obteniendo datos específicos en los que forme parte el personal de enfermería con el objetivo de disponer con más información acerca del síndrome en diferentes plataformas de salud como Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) y MSP. Estos estudios ayudarán al personal de enfermería a implementar los cuidados específicos desde el primer nivel de atención a todas las mujeres en edad reproductiva junto con una correcta planificación familiar para la prevención de complicaciones y la culminación de un embarazo exitoso.

En función a las futuras investigaciones se propone revisar, analizar y ampliar en caso de ser necesario los diagnósticos enfermeros, intervenciones y cuidados en pacientes obstétricas con SAF propuestos en esta revisión bibliográfica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bustillo A. Síndrome Antifosfolípido Obstétrico: revisión bibliográfica del manejo en cuanto a su diagnóstico y tratamiento [tesis en Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2021 [citado 16 junio 2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/23330/1/T-UCE-0008-CQU-310.pdf>
2. Sobrino Grande C, Villalobos Sánchez L, Valero Expósito M, García Villanueva MJ. Síndrome antifosfolípido. Medicine [Internet]. 2017 [citado 16 jun 2022];12(27). Disponible en: <http://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/210%20S%C3%ADndrome%20antifosfol%C3%ADpido%20MEDICINE%2003-17.pdf>
3. Leal D, Zubiaurre V, Danza A, Stevenazzi M. Síndrome antifosfolípido obstétrico. Rev. Urug. Med. Int. [Internet]. 2021 [citado 15 junio 2022]; 6(2): 36-46. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-67972021000200036&script=sci_arttext#aff
4. Pazmiño Ruiz AS, Castillo Cevallos EE. Características epidemiológicas del síndrome antifosfolípido en embarazadas del Hospital José Carrasco Arteaga. Periodo 2017-2019. Cuenca 2020 [tesis en Internet]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2021 [citado 15 junio 2022]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/36437/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
5. Jarquin Ruiz CS, Alemán Gutiérrez EE, Arauz Aguirre GJ. Pruebas diagnósticas. [tesis en Internet]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - Managua; 2019 [citado 15 junio 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/11154/1/99185.pdf>
6. Vaca Plazarte JL. Manejo de síndrome antifosfolípido en el embarazo y prevención de complicaciones materno-fetales [tesis en Internet]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2019 [citado 15 junio 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/29830/1/CASO%20SAF%20Vaca%20Plazarte%20Jose%20Luis.pdf>
7. Calderón G, Cordero M. Síndrome antifosfolípido Obstétrico: Características fisiopatológicas y manejo. HSJD. [Internet]. 2020 [citado 16 jun 2022]; 10 (2). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/40383/43919>
8. Trujillo Castillo JY. Síndrome antifosfolípido en el embarazo [tesis en Internet]. Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2018 [citado 15 junio 2022]. Disponible en: <http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/11848/1/94T00366.pdf>
9. Vila Betancor J, Solís Pérez Q, Medina Batista J. Actualización diagnóstico-terapéutica del síndrome antifosfolípido o de Hughes. Correo Científico Médico [Internet]. 2018 [citado 16 Jun 2022]; 22 (3) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v22n3/ccm12318.pdf>

10. Medical Criteria [Internet] Argentina: Medycal; 2021 [citado 16 junio 2022]. Disponible en: <https://medicalcriteria.com/web/es/sydney-classification/>
11. Ceñal Bretones C. síndrome antifosfolípido en el embarazo [tesis en Internet]. Santander: Universidad de Cantabria; 2018 [citado 16 junio 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14772/Ce%c3%b1al%20Bretones%2c%20Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Llaguno RI, Loján MC, Lema AJ, Castillo EP, Flores MJ. Manejo del síndrome antifosfolipídico primario en el embarazo. CCM [Internet]. 2020 [citado 16 junio 2022];24(4):1-4. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3391/1823>
13. Cayón Vega A. El síndrome antifosfolípido en atención primaria [tesis en Internet]. España: Universidad de Cantabria; 2019 [citado 17 Oct 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16468/CayonVegaAroa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Herdman, T. H. (2021-2023). NANDA Internacional DIAGNOSTICOS ENFERMERÍA. New York-EE. UU: Thieme.
15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [Internet]. Sexta edición. España: Elsevier; 2018 [citado en agosto de 2022]. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
16. Chávez ZG, López KE, Benavides MA, Parra I, López B. Utilidad y prevalencia de los marcadores: anticoagulante lúpico, anticardiolipinas y anti-β2GPI en pacientes pediátricos. Rev Latinoam Patol Clin Med Lab [Internet]. 2018 [citado 16 junio 2022]; 65 (3): 159-162 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt183d.pdf>
17. American College of Rheumatology [Internet]. Estados Unidos: Mecoli C; [actualizado marzo 2019; citado agosto 2022]. Disponible en: <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/Minociclina-Minocin-Fact-Sheet.pdf>
18. Vidal Vademécum Spain [Internet]. Madrid: Vademécum; 2021 [actualizado 14 Diciembre 2021; citado 16 junio 2022]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-warfarina-b01aa03>
19. Emperiale V, Movasat A, Bohórquez C, Pèrez A. Protocolo de tratamiento: embarazo y lupus eritematoso sistémico. Medicine [Internet]. 2021 [citado 16 junio 2022]; 13 (31): 1786, 1787 Disponible en: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.med.2021.04.006>
20. Grand B. ¿Qué sí y qué no aportaron los estudios de trombofilia y heparina en aborto recurrente al 2017? CABA [Internet]. 2018 [citado 16 Junio 2022]; 22(1): 44-48 Disponible en: <http://revistahematologia.com.ar/index.php/Revista/article/view/111/79>
21. Ávila Darcia S, Gutiérrez Gómez J. Aborto recurrente. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2017 Mar [citado 16 junio 2022] ;34(1): 226-236. Disponible en:

- http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100226&lng=en.
22. Bravo Duran JC, Cajamarca Calle JM. caracterización del aborto recurrente en mujeres de edad fértil, Hospital “Vicente Corral Moscoso”, 2015-2019 [tesis en Internet]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2020 [citado 16 junio 2022]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34876/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
 23. Olivo LA, Galarza JI, Olivo JM, Tapia VM. Aborto recurrente: etiología diagnóstico y tratamiento. *reciamuc* [Internet]. 2019 [citado 16 junio 2022]; 3(1): 444 - 447. Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/244/260>
 24. Moran R, Rodríguez C, Garat F, Agostini M. Restricción del crecimiento fetal y trombofilia. *Rev. urug. med. interna* [Internet]. 2021 [citado 20 Junio 2022]; 6(2): 49 Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-67972021000200047&script=sci_arttext
 25. Félix C, Carrillo MP, Añon I, Malde FJ, Cáliz R, Puertas A. Resultados obstétricos en gestantes diagnosticadas de síndrome antifosfolípido. *Rev.med.clin.condes* [Internet]. 2021 [citado 20 junio 2022]; 32(1): 129,130 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300936>
 26. García Odio AA, Álvarez Bolívar D. Síndrome antifosfolípido obstétrico. Presentación de un caso. *REMIJ* [Internet]. 2018 [citado 20 junio 2022]; 19(1): 2,3 Disponible en: <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/204/324>
 27. Jara Ventura L, Calixto Lastra SC. Factores predisponentes al embarazo postérmino en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz. Puente Piedra. Lima. 2018 [tesis en Internet]. Huanuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizàn; 2019 [citado 20 junio 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/5544/TFO00372J24.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 28. Conde CA, Barreto GM, Montañó GM, Borbor LX, Manrique GL, García AJ. Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda julio 2016 - junio del 2017. *Dialnet* [Internet]. 2018 [citado 2 Julio 2022]; 4(3): 281-285 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6560181>
 29. García AJ, Jiménez MV, Gonzales DG, Toledo PC, Jurado LS, Kuc LM. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Rev. Enferm.Inst.Mex.Seguro.Soc* [Internet]. 2018 [citado 2 Julio 2022]; 26(4): 256-264 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184e.pdf>
 30. Zapata MF, Pinzón GM, Cabrera EN, Salazar BF, Carrión RR, Gallón D. Enfoque del síndrome antifosfolípidos en el embarazo. *Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2022 [citado 7 Julio 2022]; 6(3): 1587-1594. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/2315/3409>

31. Cañarte JA, Franco CW, Lucas EN, Guerrero MY. Síndrome antifosfolípido en el embarazo. Dialnet [Internet]. 2020 [citado 7 Julio 2022]; 6(4): 194-201. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8385988>
32. Camacho AE, Méndez AM, Martín AC. Eventos tromboembólicos y el embarazo: actualización en anticoagulación en mujeres embarazadas. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2019 [citado 7 Julio 2022]; 4(5): 81-87. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/210/515>
33. Silva P. Enfermedad tromboembólica venosa en el embarazo. Riv.mex.anestesiología [Internet]. 2020 [citado 14 Julio 2022]; 43(1): 41-46. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0484-79032020000100041&script=sci_arttext
34. Fernández A, Castelli J, Àlvez I. Estudio sobre la prescripción de profilaxis de enfermedad tromboembólica en la embarazada. Salud Mil [Internet]. 2021 [citado 14 Julio 2022]; 40(1): 26-29. Disponible en: <https://revistasaludmilitar.uy/ojs/index.php/Rsm/article/view/167/337>
35. Rivera EG, Galarza A, Soria T. Valoración de enfermería en gestantes con ruptura prematura de membranas. Revista Eugenio Espejo [Internet]. 2020 [citado 19 Julio 2022]; 14(2); 71,72. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572863748008/>
36. Furriel MA, Martínez Reyes C. Manual Ilustrado Enfermería Fundamental CLASA. México: Central Arquetipo Grupo; 2018.
37. Álvarez C. Enfermería y COVID 19: una mirada desde el metaparadigma de enfermería. Temperamentvm [Internet]. 2021 [citado 14 Julio 2022]; 17(13314). Disponible en: <http://www.ciberindex.com/index.php/t/article/view/e13314/e13314>
38. Puerto SA, Izquiero E, Lamanier JI. Funciones del tutor de enfermería en la atención primaria de salud en Cuba. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2018 [citado 14 Julio 2022]; 34(4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192018000400015&script=sci_arttext&tlng=en
39. Herrera AS, Machado PM, Tierra VR. El profesional de enfermería en la promoción de salud en el segundo nivel de atención. Revista Eugenio Espejo [Internet]. 2021 [citado 19 Julio 2022]; 16(1) 98-102. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572869632012/>
40. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. 3th ed. Ecuador: Ministerio de Salud Pública, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud; 2018.
41. Ajuntament de Terrassa [Internet]. España: Ayuntamiento de Terrasa; 2022 [agosto 2022]. Disponible en: <https://www.terrassa.cat/es/plaentorn#:~:text=Un%20plan%20educativo%20de%20entorno%20es%20una%20propuesta%20y%20un,de%20los%20ni%C3%B1os%20y%20j%C3%B3venes>
42. Balderas ML. Administración de los servicios de enfermería. 7ma edición. España: McGraw-Hill Interamericana de España S.L; 2015.

43. Villon MA. Rol asistencial de enfermería en el programa nacional de tamizaje metabólico neonatal del Centro de Salud de Santa Elena [tesis en Internet]. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2021 [citado 19 Julio 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/6567/1/UPSE-TEN-2021-0159.pdf>
44. Gonzales DR, Maquilon YJ. Rol asistencial del profesional de enfermería en mujeres gestantes con covid-19 [tesis en Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2019 [citado 19 Julio 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/54028/1/1627-TESES-GONZALEZ-MAQUIL%c3%93N-LIC.%20JESSICA%20SALAZAR.pdf>
45. De Arco OC, Suarez ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ. Salud [Internet]. 2018 [citado 25 Julio 2022]; 20 (2): 177. Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3364/pdf>
46. Díaz AE, Bustamante RE, Mora MR, Martínez MA. El rol del profesional de enfermería en el sistema de atención primaria de salud en Ecuador. Universidad, Ciencia y Tecnología [Internet]. 2019 [citado 25 Julio 2022]; 2(2): 141-143. Disponible en: <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/231/344>
47. Castro M, Simian D. La enfermería y la investigación. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2018 [citado 19 Julio 2022]; 29 (3): 301-310. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300531>
48. Ministerio de Salud Pública. Control Prenatal. Guía de práctica clínica. Quito: Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
49. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica. Control Prenatal con atención centrada en el paciente. Durango: Coordinación técnica de excelencia clínica y unidades médicas de alta especialidad; 2017. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>
50. Silvino Arroyo L, Vásquez Cruz R, Martínez Becerril M, Nájera Ortiz MP. Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento. Rev Mex Enf. [Internet]. 2018 [citado 17 Oc 2022]; 6:97-102. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/2018/RevistaEnfermeria/RevistaEnfermeria-2018-3.pdf#page=19>
51. Alonso L, Lacomba L, Pérez M. Duelo complicado por la muerte de un hijo: presentación de un caso. Medicas UIS [Internet]. 2021 [citado 25 Julio 2022]; 34 (3): 86. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192021000300085
52. Lafaurie María M, Angarita MP, Chilatra CI. Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud. Enfermería

- Actual de Costa Rica [Internet]. 2020 [citado 25 Julio 2022]; (38): 193-195. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100180
53. Zambrano KB, Torres MP, Brito AT, Pazmiño YY. Psicoprofilaxis obstétrica y sus beneficios para la gestante. Dialnet. [Internet]. 2018 [citado 19 Julio 2022]; 2 (3): 246-248. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6732850>
 54. World Diagnostics News. Buenos Aires: diagnosticsnews; 2017 [actualizado 17 Abr 2017; citado 22 Julio 2022]. Disponible en: <https://www.diagnosticsnews.com/noticias/26353-laboratorio-y-diagnostico-diagnostico-de-laboratorio-de-anticuerpos-antifosfolipidos>
 55. Paz Lorenzo T. El embarazo de alto riesgo: Principales cuidados enfermeros. Publicaciones didácticas [Internet]. 2017 [citado 17 Oc 2022]; 82:13. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/235856357.pdf>
 56. Romero K. El conocimiento de la Farmacología en el profesional de enfermería. Dialnet [Internet]. 2018 [citado 19 Julio 2022]; 3 (2): 96-99. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6494657>
 57. Aimacaña Guayta EJ. Aplicación de los 10 correctos en la Administración de Medicación por parte del personal de enfermería en el Hospital Provincial General Docente Ambato [tesis en Internet]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2019 [citado 25 Julio 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/29444/2/PROYECTO-APLICACION-DE-LOS-10-CORRECTOS%20EN%20LA%20ADMINISTRACION%20DE%20MEDICACION%20POR%20PARTE%20DEL%20PERSONAL%20DE%20ENFERMERIA%20DEL%20HOSPITAL%20PROVINCIAL%20GENERAL%20.pdf>
 58. Marín MM, Bonilla A, Rojas Z, Guarnizo M. Manual para la administración de medicamentos desde el proceso de atención de enfermería un enfoque para la seguridad del paciente [Internet]. 1st ed. Bogotá: Universidad El Bosque; 2018 [actualizado febrero 2018; citado 19 Julio 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/4404/9789587391114.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 59. Valverde EE. características clínicas y de laboratorio de la patología obstétrica relacionada con los anticuerpos fosfolipídicos [tesis en Internet]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2021 [citado 25 Julio 2022]. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2021/hdl_10803_673968/eev1de1.pdf
 60. Codina C. Educación Sanitaria: Información al paciente sobre los medicamentos [Internet]. Vol 28. Steve A. España: Doyma, S.L; 2018 [citado agosto 2022]. Disponible en: <https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/136711.pdf>
 61. Skidmore L. Mosby's Nursing Drug Reference. 28th ed. Amsterdam: Elsevier; 2015.
 62. MedlinePlus [Internet]. Cómo aplicarse una inyección de heparina. Estados Unidos: A.D.A.M Editorial team; [actualizado 13 Julio 2020; citado 25 Julio 2022]. Disponible en:

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000661.htm#:~:text=Pinche%20la%20piel%20suavemente%20y,hasta%20que%20ingrese%20por%20completo.>
63. Castells Molina S, Hernández Pérez M. Farmacología en Enfermería. 3ra Edición. España: ELSEVIER; 2012
 64. Ministerio de Salud Pública. Transtornos hipertensivos en el embarazo. Guía de práctica clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
 65. Congreso FNN [Internet]. Madrid: Huerta González, N. 2020 [citado 18 Oc 2022]. Disponible en: <https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/03/iii-congreso-nacional-de-tss-consolidando-el-futuro/comunicacion-escrita-iii-congreso-nacional-de-tss-consolidando-el-futuro/EDUCACINNUTRICIONALYEMBARAZO.pdf>
 66. Espinel MJ, Chinga VO, Delgado MJ. Cuidado integral de enfermería en personas con problemas de obesidad en la Parroquia Puerto Cayo. Revista biomédica ITSUP [Internet]. 2020 [citado 18 octubre 2022]. Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/468/1207#info>
 67. Coo S, Medina F, Garcia MI, Perez C. Evaluación de las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Perinatal en una muestra de madres en Chile. SEAS [Internet]. 2022 [citado 18 octubre 2022]; 28 (1): 40-42. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/5939/Coo%2c%20Medina%2c%20Garc%3ada%2c%20P%3a9rez%2c%202022.%20Evaluaci%3b3n%20de%20las%20propiedades%20psicom%3a9tricas%20de%20la%20Escala%20de%20Ansiedad%20Perinatal%20en%20una%20muestra%20de%20madres%20en%20Chile.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 68. Alvarez Lopez MA. La enfermera prestando apoyo emocional y escucha a la gestante adolescente [tesis en Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2018 [citado 18 Octubre 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36590/TFG-H1512.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 69. Paz Lorenzo T. El embarazo de alto riesgo: Principales cuidados enfermeros. Publicaciones didacticas [Internet]. 2017 [citado 20 junio 2022];(82): 37-46. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/235856357.pdf>
 70. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad [Internet] Madrid: CIMA; 2018 [actualizado 2018, citado 18 octubre 2022]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/p/40%20400-95-96/40_400-95-96_p.pdf
 71. Mairal Buera M, Palomares Garcia V, Aranda NB, Atarès Perèz A, Piqueras Garcia M, Miñes Fernandez T. Madeleine Leininger. RSI [Internet]. 2021 [citado 18 octubre 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/madeleine-leininger-articulo-monografico/>

72. Ministerio de Salud Pública. Score MAMÀ y claves obstetricas. Protocolo. Quito: Dirección Nacional de Normatización-MSP, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna; 2017. Disponible en: <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>

ANEXO 1

TABLA 1. CATEGORÍAS DE ESTUDIO Y PROPUESTA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN LAS NIC EN PACIENTES OBSTÉTRICAS CON SAF

AUTORES/ AÑO DE PUBLICACIÓN	CATEGORÍAS	SEMEJANZAS	DIFERENCIAS	VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES DE M. GORDON ⁽⁵⁰⁾	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
Vaca Plazarte JL. 2019 ⁽⁶⁾	FACTORES DE RIESGO	Se menciona la participación de factores genéticos, aunque no se hereda directamente de padres a hijos, frecuencia del 80 % en mujeres jóvenes en edad fértil (20-40 años), en comorbilidad con otro trastorno autoinmune. Pacientes que tengan obesidad, uso de anticonceptivos orales a base de estrógeno. ⁽⁹⁾ El SAF afecta a las	Es necesario factores que activen la enfermedad como: tabaquismo, la inmovilización prolongada, embarazo, posparto, el uso de anticonceptivos orales, hipertensión y la hiperlipidemia Mayor riesgo en postoperados o encamados. ⁽¹¹⁾	<p style="text-align: center;">Patrón percepción – manejo de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ● valorar la existencia de hábitos tóxicos como el tabaquismo. ● valorar hábitos alimenticios 	<p style="text-align: center;">Intervenciones</p> <p>-Desarrollar un perfil de riesgo sanitario orientado al embarazo con anterioridad a la concepción, antecedentes de toma de medicamentos. ⁽¹⁵⁾</p> <p>- Cuestionar las exposiciones laborales y domésticas, la dieta, trastornos genéticos específicos y los hábitos tóxicos. ⁽¹⁵⁾</p> <p>-Indagar acerca de preferencia alimentaria, lo que come en un día. ⁽¹⁵⁾</p> <p>-Tomar peso, talla y cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). ⁽⁶⁴⁾</p> <p>- Educar sobre el consumo de calorías adecuadas de acuerdo con las necesidades de la gestante dividida en cinco tomas, la dieta mediterránea ha sido seleccionada como la ideal. ⁽⁶⁵⁾</p>
Castillo Cevallos EE. 2022 ⁽⁴⁾					
Jarquín Ruiz CS, Alemán Gutiérrez EE, Arauz Aguirre GJ. 2019 ⁽⁵⁾					

Trujillo Castillo JY. 2018 ⁽⁸⁾		mujeres en una relación 5:1 con respecto a los hombres ^(4,5, 6,8)			-Determinar la preparación y nivel educativo de la paciente para brindar información actual y veraz. ⁽¹⁵⁾
Vila Betancor J, Solís Pérez Q, Medina Batista J. 2018 ⁽⁹⁾				<p>Patrón cognitivo – perceptivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ● valorar el nivel de instrucción y su nivel de conciencia y posibles alteraciones en la conducta. ● Valorar historia familiar de SAF (genética). ● Valorar comorbilidad 	<p>-Seleccionar los métodos/estrategias adecuadas de enseñanza y dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes. ⁽¹⁵⁾</p> <p>-Preguntar y registrar en la historia clínica si existen antecedentes genéticos de familiares para desarrollar el SAF o para alguno de los factores de riesgo. ⁽⁹⁾</p> <p>-Revisar historial médico para la comprobación de la existencia de otras enfermedades crónicas que tengan relación con el síndrome.</p>
Ceñal Bretones C. 2018 ⁽¹¹⁾					-Proporcionar información relacionada con los factores de riesgo como uso de anticonceptivos y obesidad. ⁽¹⁵⁾

				<p>Patrón sexualidad y reproducción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado reproductivo y el uso de métodos anticonceptivos a base de estrógeno. • El SAF afecta a las mujeres en una relación 5:1 con respecto a los hombres <p>Patrón actividad – ejercicio</p> <ul style="list-style-type: none"> • valorar presión arterial, presencia de problemas circulatorios, actividades cotidianas que realiza y el 	<p>-Reconocer presiones altas como factor de riesgo de preeclampsia. ⁽⁶⁴⁾</p> <p>- Informar que la actividad física ayuda a digerir las calorías consumidas, además, ayuda a mantener un peso adecuado. ⁽⁶⁶⁾</p> <p>-Recomendar realizar actividad física al menos 30 minutos diarios. ⁽⁶⁶⁾</p> <p>-Educar acerca de la importancia de realizarse exámenes de laboratorio (sangre) donde se tendrá un resultado claro de colesterol y triglicéridos, además educar sobre alimentación saludable.</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>tiempo que les dedica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la movilidad, autonomía y capacidad de la paciente para tolerar o iniciar la actividad física. <p>Patrón nutricional – metabólico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración IMC (obesidad) • Hiperlipidemia 	
Vaca Plazarte JL. 2019 ⁽⁶⁾	DIAGNÓSTICO	Método más usado SIDNEY, conjunto de criterios clínicos y de laboratorio: 1 o más muertes	SERONEGATIVO: Ausencia de anticuerpos fosfolipídicos (AL, ACL y anti- Beta 2 GPI) posible	<p>Patrón adaptación tolerancia al estrés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el nivel de 	<p>Intervención:</p> <p>-Aplicar un instrumento para medir el nivel de estrés y ansiedad de la gestante de acuerdo con lo establecido en el puesto de salud donde se atiende a la gestante. ⁽⁶⁷⁾</p>

<p>Sobrino Grande C, Villalobos Sánchez L, Valero Expósito M, García Villanueva MJ. 2017 ⁽²⁾</p>		<p>inexplicadas y nacimientos prematuros de un feto o neonato morfológicamente normal, antes de la semana 34 de gestación.</p>	<p>participación de otros analitos. ^(1,3)</p>	<p>estrés por el diagnóstico de la enfermedad, miedo a perder a su bebe.</p>	<p>- Incorporar sesiones de apoyo emocional donde se demuestra desde la primera sesión empatía, apoyo a las decisiones y una escucha activa. ⁽⁶⁸⁾</p>
<p>Bustillo A. 2021 ⁽¹⁾</p>		<p>3 o más abortos espontáneos consecutivos</p>			
<p>Pazmiño Ruiz AS, Castillo Cevallos EE. 2022 ⁽⁴⁾</p>		<p>antes de la semana 10 de gestación y la presencia de AL, ACL y anti-Beta2GP I en plasma o suero en dos o más ocasiones con una diferencia de al menos 12 semanas. ^(1,8,26)</p>		<p>Patrón Percepción y manejo de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes 	<p>-Indagar y registrar en la historia clínica los antecedentes obstétricos de la paciente.</p> <p>-Preguntar a la paciente y corroborar en el historial clínico acerca de factores de riesgo, antecedentes personales, familiares que estén involucrados en el SAF.</p>
<p>Trujillo Castillo JY. 2019 ⁽⁸⁾</p>		<p>El riesgo aumenta en presencia de triple positividad. ^(5,8,10)</p>			<p>-Motivar a la paciente a realizarse exámenes de laboratorio ELISA si existe antecedentes de abortos recurrentes.</p> <p>-Utilizar la comunicación efectiva con un enfoque sereno que dé seguridad en un ambiente apropiado donde se le explique la situación de salud. ^(15,64,69)</p>

<p>Medycal Criteria. 2021 ⁽¹⁰⁾</p>				<p>Patrón sexualidad y reproducción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abortos, aborto habitual prematuros, óbito fetal muertes inexplicadas • Presencia de anticuerpos AL ACL antiBETA 2GP, tr • Valorar si existe un miembro de la familia o fuera de ella que apoye a la gestante que sea de confianza. 	<p>-Estimular la implicación, participación y acompañamiento familiar para disminuir la ansiedad y el temor en la gestante durante su diagnóstico. ^(15,51,52)</p>
<p>García Odio AA, Álvarez Bolívar D. 2019 ⁽²⁶⁾</p>				<p>Patrón autopercepción/ autoconcepto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar si la paciente siente temor por el nuevo 	<p>-Proporcionar apoyo durante los diferentes procesos emocionales causadas por el diagnóstico permaneciendo con la paciente. ⁽¹⁵⁾</p> <p>-Abrazar o tocar al paciente, escuchar las expresiones de sentimientos y creencias, favorecer la conversación o el llanto para promover la seguridad y reducir el miedo. ⁽¹⁵⁾</p> <p>-Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. ⁽¹⁵⁾</p>

				diagnóstico de su enfermedad.	
Leal D, Zubiaurre V, Danza A, Stevenazzi M. 2021 ⁽³⁾	TRATAMIENTO	El tratamiento más efectivo para las pacientes con SAF obstétrico es la combinación entre 75-100 mg/día de ASA + 5000-7500 UI de heparina de bajo peso molecular. ^(1,2,3,4,8)	El uso de prednisona en combinación con ASA y HBPM tiene una efectividad del 9 % y muestra mayores efectos secundarios como diabetes gestacional, HTA, y prematuridad. ^(3,4)	Patrón cognitivo – perceptivo <ul style="list-style-type: none"> • Valorar los conocimientos existentes acerca de los fármacos utilizados para la terapia, y los hábitos modificables. 	<p>Intervención:</p> <p>-Explicar el propósito del tratamiento y acción de cada medicamento: ASA, HBPM, Warfarina, prednisona, pertenecientes al grupo de antitrombóticos y evitan la morbilidad materna. ^(2,11,15)</p> <p>-Informar a la paciente/allegados acerca de la duración esperada del tratamiento. ⁽¹⁵⁾</p> <p>-Instruir a la paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento. ⁽¹⁵⁾ ASA 75-100 mg/día-oral, HBPM 1 mg/kg o 30- 80 mg dos veces por día- subcutánea. ^(2,11)</p> <p>-Instruir a la paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento de la terapia indicada (ASA, HBPM y Warfarina, prednisona, hidroxiclороquina). ^(15,61,63)</p> <p>-Informar a la paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación</p>
Bustillos Dávila AE. 2021 ⁽¹⁾		La dosis efectiva del ASA fluctúa entre 60 y hasta 162 mg diarios. Se evidencia que para la prevención de hipertensión gestacional o preeclampsia en	No se recomienda el uso de HBPM como prevención de hipertensión durante el embarazo. ^(52,64) No se recomienda el uso de dosis altas (>162 mg) de ASA debido a reportes de malformaciones		

<p>Pazmiño Ruiz AS. 2021⁽⁴⁾</p>		<p>mujeres con alto riesgo obstétrico es recomendable entre 75-100 mg diarios de ASA⁽⁶⁴⁾</p>	<p>fetales en el 1er trimestre, así como mayor riesgo de cierre prematuro del conducto arterioso en el neonato.⁽⁶⁴⁾ Se recomienda uso de aspirina 125 mg + metformina en paciente diabética.⁽²⁶⁾</p>		<p>del tratamiento.^{(15,61,63).} -Instruir a la paciente acerca de la administración, aplicación correcta de cada medicamento y evaluar la capacidad para administrarse ella misma.⁽¹⁵⁾ -Enseñar a la paciente a la conservación correcta de los medicamentos.⁽⁷⁰⁾ -Educar a la paciente a seguir el horario de prescripción.⁽¹⁵⁾ -Instruir a la paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa y donde depositar los recipientes con objetos afilados en su comunidad.⁽¹⁵⁾</p>
<p>Sobrino Grande C, Villalobos Sánchez L, Valero Expósito M, y García Villanueva M.J. 2017⁽²⁾</p>			<p>El inicio tardío (después de la semana 16) de la administración de ASA se asocia con desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y antes de las 12 semanas se asocia con defectos congénitos de pared</p>	<p>Patrón nutricional – metabólico</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diabetes 	<p>-Toma y control de la glucosa preprandial y posprandial, tensión arterial, IMC. -Educar la importancia de seguir una dieta equilibrada y actividad física tolerable.</p>
<p>Trujillo Castillo JY/ 2018⁽⁸⁾</p>					<p>-Valorar en los controles prenatales el bienestar fetal.</p>

<p>García Odio AA, Álvarez Bolívar D. 2019⁽²⁶⁾</p>			<p>abdominal.⁽⁵²⁾</p>	<p>Patrón sexualidad y reproducción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desprendimiento prematuro de placenta, defectos congénitos de la pared abdominal (fetal). 	<p>-Mantener un diálogo empático para llegar a un acuerdo entre las actividades que se deben realizar y lo que permite la paciente con el fin de brindar cuidados respetando las prácticas culturales de la gestante.⁽⁷¹⁾</p>
<p>Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017⁽⁵²⁾</p>				<p>Patrón adaptación tolerancia al estrés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la adaptación de la paciente al nuevo tratamiento y cómo reacciona ante la misma. 	
<p>MSP, 2016⁽⁶⁴⁾</p>				<p>Patrón valores – creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar si la paciente pertenece a 	

				grupos religiosos que prohíben realizar algún procedimiento médico, o alguna costumbre en su comunidad con referencia al embarazo.	
Leal D, Zubiaurre V, Pazmiño Ruiz AS, Vaca Plazarte JL. 2019 ⁽⁶⁾	COMPLIACIONES	Las más frecuentes: preeclampsia, eclampsia, insuficiencia placentaria, óbitos fetales, RCI, abortos recurrentes y trombosis materna. Las pacientes que han recibido la farmacoterapia desde el inicio de la gestación	El SAF catastrófico: estado de hipercoagulabilidad extrema. Se presenta en el 1% de las gestantes. ⁽⁴⁾ Entre el segundo y décimo día postparto se pueden presentar picos febriles, dolor torácico de tipo pleurítico, disnea y arritmias ventriculares. ⁽²⁶⁾	Patrón cognitivo/perceptivo. <ul style="list-style-type: none"> • Valorar nivel de conciencia (preeclampsia, eclampsia), trombosis. Patrón actividad/ejercicio <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la movilidad autonomía y capacidad de la paciente 	Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> -Aplicar la escala de Glasgow seguida de la escala de morse: para disminuir el riesgo de caídas en caso de pérdida de la conciencia por complicaciones hipertensivas. -Implementar medidas para evitar caídas como: mantener las barandas levantadas. -Toma/monitoreo de signos vitales. ⁽⁶⁹⁾ -En la anamnesis se debe indagar acerca de sus pasatiempos y actividades en tiempos libres, eso ayudará al personal a tener una noción de los hábitos que debe modificar la gestante para

Bustillo A, 2021 ⁽¹⁾		tienen un 70-80% de éxito en su embarazo. ⁽¹⁻⁶⁾		para tolerar o iniciar la actividad física.	evitar complicaciones.
Danza A, Stevenazzi M. 2021 ⁽³⁾				<ul style="list-style-type: none"> • Valorar las actividades de ocio. • Valorar el riesgo de caída. • Valorar signos de preeclampsia 	<p>-Identificar presencia de sangrado, cefaleas, dolor torácico o abdominal y disuria. (aplicación de la escala del dolor y características del dolor).</p> <p>-Administrar analgésicos prescritos dependiendo el nivel de dolor (Escala del dolor).</p> <p>- Identificar signos propios de preeclampsia. ⁽⁶⁴⁾</p>
Castillo Cevallos EE. 2020 ⁽⁵⁾					<p>-En caso de una preeclampsia/eclampsia: Canalizar vías periféricas, tomar muestras sanguíneas, administración de medicamentos según protocolos para trastornos hipertensivos del embarazo. ⁽⁷²⁾</p>
García Odio AA, Álvarez Bolívar D. 2019 ⁽²⁶⁾				<p>Patrón Percepción y manejo de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico 	<p>-Monitorización de la frecuencia cardiaca fetal.</p> <p>-Iniciar reanimación fetal en caso de ser necesario.</p> <p>-Administrar corticoides antes de la semana 34 en caso de ser prescritos.</p> <p>-Realizar todas las pruebas de bienestar fetal. ⁽⁶⁴⁾</p>
Conde CA, Barreto GM, Montañó GM, Borbor LX, Manrique GL, García AJ.2018 ⁽²⁸⁾				<p>Patrón sexualidad - reproducción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el número de 	<p>-Tomar signos vitales (temperatura) axilar y valorar los datos de diferentes tomas para el análisis de la variación.</p> <p>-Administrar medicación antipirética según</p>

				<p>embarazos, abortos, partos vivos, partos por cesárea y naturales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● valorar signos de alarma. ● Valorar signos de preeclampsia ● Valorar el bienestar fetal. <p>insuficiencia placentaria.</p> <p>Patrón nutricional – metabólico</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Picos febriles 	<p>prescripción médica.</p> <p>-Monitorizar la eliminación urinaria mediante colocación de sonda Foley u obtener una muestra a mitad de micción para realizar la prueba de proteinuria en tirilla de acuerdo con el estado de salud de la paciente.</p> <p>- Explicar a la paciente los signos y síntomas de la infección del tracto urinario.</p> <p>-Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases de duelo.⁽¹⁵⁾</p> <p>-Monitorear los fármacos administrados, acción y efectos secundarios y toxicidad en caso de preeclampsia.</p> <p>-Instruir a la paciente sobre técnicas de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable (hidratación, dieta, modificación de actividades físicas, importancia de chequeos prenatales regulares).⁽¹⁵⁾</p> <p>-Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.⁽¹⁵⁾</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>Patrón eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de infecciones urinarias, sangrado vaginal. <p>Patrón percepción /manejo de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el número de controles que se ha realizado la paciente. 	<p>-Educar sobre los controles mínimos que debe tener la paciente (cinco). ⁽⁵⁰⁾</p>
--	--	--	--	---	--