INSTITUTO SUPERIOR UNIVERSITARIO BOLIVARIANO.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

INTERVENCIONES DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES CON ALTO RIESGO OBSTÉTRICO PARA REDUCIR LOS FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

AREA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA: ENFERMERIA

DOCENTE INVESTIGADORA:

Dra. Ximena del Cisne Flores España

DIRECTOR DEL PROYECTO

MGS. VÍCTOR HUGO SAMANIEGO LUNA

SUBDIRECTOR DEL PROYECTO

DRA. TAMARA SAMANIEGO LUNA

AREA RESPONSABLE COMISIÓN ACADÉMICA:

REVISIÓN: COMISIÓN DE PUBLICACIONES CIENTIFICAS ISUB

PUBLICACION: EVENTOS ACADÉMICOS Y CIENTÍFICOS NACIONALES E INTERNACIONALES

LOJA- ECUADOR

2024

ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DEBE SER CITADA COMO:

Flores España, Ximena (2023). *Título* Intervenciones durante el embarazo en mujeres con alto riesgo obstétrico para reducir los factores asociados al desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

O

Esta obra está bajo una

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

www.tbolivariano.edu.ec

Todos los derechos reservados: Instituto Superior Universitario Bolivariano Loja

Loja- Ecuador

Se permite la reproducción total o parcial
y la comunicación pública de la obra
con reconocimiento de la autoría.

No se permite el uso comercial
ni la creación de obras derivadas.

RESPONSABLE DE LA REVISIÓN EDITORIAL: NOMBRE APELLIDOS

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) afecta a una proporción significativa de la población infantil, y su prevención puede estar vinculada a factores ocurridos durante el embarazo, especialmente en mujeres con alto riesgo obstétrico. Este estudio tiene como objetivo desarrollar un plan de intervención para gestantes con alto riesgo obstétrico, con el fin de prevenir el TDAH en sus futuros hijos. Los factores de riesgo incluyen desnutrición, consumo de sustancias y falta de control prenatal adecuado, los cuales pueden afectar el desarrollo neurológico fetal.

La investigación emplea un enfoque metodológico mixto, combinando técnicas cualitativas y cuantitativas para analizar la relación entre embarazos de alto riesgo y la prevención del TDAH. El proceso incluye cuatro fases: identificación de gestantes, diseño del plan preventivo, implementación y seguimiento, y análisis de los resultados. Se utilizan entrevistas, encuestas y observación participativa para recolectar datos.

Los resultados indican que factores como la exposición prenatal a sustancias nocivas, complicaciones gestacionales, estrés materno e infecciones como la toxoplasmosis y el citomegalovirus son determinantes clave en el desarrollo del TDAH. La investigación sugiere un enfoque multidisciplinario que involucra controles prenatales regulares, educación psicoemocional para las madres y apoyo nutricional. Además, se recomienda fortalecer políticas públicas que aseguren atención prenatal integral y servicios de salud mental accesibles. Las estrategias incluyen talleres sobre hábitos saludables, manejo del estrés y la creación de redes de apoyo emocional y social. En conclusión, la prevención del TDAH debe abordar aspectos físicos, emocionales y sociales para asegurar un desarrollo saludable para la madre y el niño.

Palabras claves: embarazos, riesgo obstétrico alto, TDAH.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) affects a significant portion of the child population, and its prevention may be linked to factors occurring during pregnancy, especially in women with high obstetric risk. This study aims to develop an intervention plan for pregnant women with high obstetric risk, to prevent ADHD in their future children. Risk factors include malnutrition, substance use, and lack of adequate prenatal care, which can impact fetal neurological development.

The research employs a mixed methodological approach, combining qualitative and quantitative techniques to analyze the relationship between high-risk pregnancies and ADHD prevention. The process includes four phases: identification of pregnant women, design of the preventive plan, implementation and monitoring, and analysis of results. Interviews, surveys, and participatory observation are used to collect data.

The results indicate that factors such as prenatal exposure to harmful substances, pregnancy complications, maternal stress, and infections like toxoplasmosis and cytomegalovirus are key determinants in the development of ADHD. The research suggests a multidisciplinary approach involving regular prenatal care, psycho-emotional education for mothers, and nutritional support. Additionally, it is recommended to strengthen public policies that ensure comprehensive prenatal care and accessible mental health services. Strategies include workshops on healthy habits, stress management, and creating emotional and social support networks. In conclusion, ADHD prevention must address physical, emotional, and social aspects to ensure healthy development for both the mother and the child.

Key words: pregnancies, high obstetric risk, ADHD.

Índice general

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO 1 Protocolo de investigación 2

Línea de investigación del Instituto Superior Universitario Bolivariano 1

Planteamiento del problema 1

Justificación 3

Profundidad del estudio 6

Pregunta de investigación 6

Hipótesis 6

Objetivo general 6

Objetivos específicos 6

Alcances y limitaciones 7

Plan recurrente del proyecto de investigación 9

Docentes y estudiantes participantes 12

Presupuesto 13

CAPÍTULO 2 Fundamento teórico 8

Estado del arte 16

Marco teórico 23

Marco conceptual 23

Operacionalización 25

CAPÍTULO 3 Marco metodológico 27

Matriz de congruencia 35

Método racional de análisis 36

Profundidad 47

Diseño metodológico 40

Enfoque de recolección de datos 49

Procedimientos de instrumentación 49

Determinación de la muestra 43

Trabajo de campo 52

RESULTADOS 85

CONCLUSIONES 104

RECOMENDACIONES 120

REFERENCIAS 464

OTRAS FUENTES CONSULTADAS 210
ANEXOS 220

Índice de figuras

Figura 1. Tipos de presentaciones del TDAH..... **¡Error! Marcador no definido.**
Figura 2. Diagnóstico diferencial del TDAH..... **¡Error! Marcador no definido.**
Figura 3. Factores de riesgo del TDAH 34
Figura 4. Trastorno de atención e hiperactividad 39
Figura 5. Factores de riesgo del TDAH. 40
Figura 6. Embarazo de alto riesgo 41
Figura 7. Flujograma para diseño metodológico de plan de intervención para embarazas de alto riesgo para prevenir TDAH. 49
Figura 8. Ilustración de ruta a seguir en el enfoque mixto para el logro de los objetivos. 50
Figura 9. *Diagrama de técnicas e instrumentos para recolección de datos* 52

Índice de gráficas

Gráfico 1. Edad cronológica de las pacientes gestantes con riesgo obstétrico alto. 125
Gráfico 2. Estado civil de las pacientes gestantes con riesgo obstétrico alto..... 126
Gráfico 3. ¿Situación laboral actual?..... 127
Gráfico 4. ¿Nivel educativo o escolaridad? 128
Gráfico 5. ¿Ha tenido alguna complicación en embarazos anteriores? 129
Gráfico 6. ¿Padece alguna enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, etc.)? 130
Gráfico 7. ¿Ha sido diagnosticada con algún trastorno mental (ansiedad, depresión, etc.) antes o durante el embarazo?..... 131
Gráfico 8. ¿Fuma actualmente?..... 132
Gráfico 9. ¿Consume alcohol actualmente? 133
Gráfico 10. ¿Cómo describiría su dieta durante el embarazo? 134
Gráfico 11. ¿Cuántas horas duerme en promedio por noche? 135
Gráfico 12. ¿Ha experimentado niveles altos de estrés durante el embarazo? 137
Gráfico 13. ¿Cuenta con una red de apoyo emocional (familiares, amigos, etc.)? 138
Gráfico 14. ¿Participa en algún grupo de apoyo para mujeres embarazadas?..... 139
Gráfico 15. ¿Ha recibido o está recibiendo atención psicológica durante su embarazo? 140
Gráfico 16. ¿Está expuesta a sustancias químicas o tóxicas en su lugar de trabajo? 141
Gráfico 17. ¿Realiza trabajo físico pesado durante el embarazo?..... 142
Gráfico 18. ¿Su ambiente laboral es estresante? 143
Gráfico 19. ¿Está informada sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)? 144
Gráfico 20. ¿Considera que factores durante el embarazo pueden influir en el desarrollo de TDAH en el niño? 145
Gráfico 21. ¿Le gustaría recibir más información sobre cómo prevenir el TDAH en su hijo?..... 146

Índice de tablas

Tabla 1. Matriz de congruencia..... **¡Error! Marcador no definido.**
Tabla 2. Selección de pacientes gestantes en el cantón Loja. 59
Tabla 3. Participantes para elección de la muestra 63
Tabla 4. Matriz de observación participante 64
Tabla 5. Matriz de observación participante 69
Tabla 6. Matriz de observación participante 74
Tabla 7. Matriz de observación participante 79
Tabla 8. Matriz de observación participante 84
Tabla 9. Matriz de observación participante 89
Tabla 10. Matriz de observación participante 94
Tabla 11. Matriz de observación participante. 99

CAPITULO 1 Protocolo de Investigación

Línea de Investigación del Instituto Superior Universitario Bolivariano (área de las Ciencias de la Salud – Carrera de Enfermería):

El presente trabajo de investigación se efectúa dentro del ámbito de una investigación proyectiva con la creación de una "PLAN DE PREVENCIÓN EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO PARA PREVENIR EL TDAH"; para ello, el trabajo investigativo se encuentra dentro de la línea de investigación III de la carrera de Enfermería perteneciente al área de las Ciencias de la Salud del Instituto Superior Universitario Bolivariano denominada, el ámbito de estudio se orienta en la salud mental y ocupacional que permitan el desarrollo del ser humano.

La OPS señala enfáticamente "No hay salud sin salud mental" y menciona que la salud mental es una parte integral de la salud y va más allá de la ausencia de trastornos mentales, además señala que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia, es un proceso crónico con una alta comorbilidad que influye en el funcionamiento del individuo en la edad adulta, tiene un gran impacto en la sociedad en términos de coste económico, estrés familiar y problemas académicos y es uno de los trastornos psíquicos más frecuentes en los niños de entre 5 y 10 años; por tal motivo el propósito de la presente investigación es plantear un plan de prevención en gestantes que cursan con embarazos de alto riesgo que permitan evitar el desarrollo de TDAH en nuestra ciudad.

Planteamiento del problema

El TDAH es una patología del neurodesarrollo más frecuente en la infancia. En el 2013 según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría se encontró una prevalencia del 7.2 % a nivel mundial. Aproximadamente un tercio de los niños hiperactivos presentan una

marcada deficiencia en el aprendizaje, en el 40 al 50% se evidencian un obstinante retraso académico. (Cañar Mendes & Vélez Jaigua, 2016)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el TDAH ha sido identificado como una inquietud prioritaria sobre la base de su prevalencia o su potencial, de causar: minusvalías, de sus posibilidades terapéuticas de recuperación, especialmente a nivel de atención primaria de la salud, y de sus consecuencias a largo plazo. (Juan, Jiménez, & Rodríguez, 2012);que puede continuar en un 60% de los casos en la adultez. (Cunill, 2015).

Se han documentado diferencias importantes en el reconocimiento y manejo del TDAH en los distintos centros de salud a lo largo del mundo, a pesar de que se cree que la frecuencia real de este trastorno es similar en los diversos lugares. Esta diferencia es debida, probablemente, a la utilización de distintos sistemas de clasificación y escalas diagnósticas para esta patología, mostrando diferencias en el número de pacientes diagnosticados (Sayal K, 2006)

En Latinoamérica existen al menos 36 millones de personas con TDAH y menos de un cuarto de los pacientes se encuentran bajo tratamiento multimodal; entre estos, solo el 23% tiene un apoyo terapéutico psicosocial y el 7% tratamiento farmacológico adecuado. Ante esta problemática diagnóstica y terapéutica se debe desarrollar una estrategia específica que recupere la salud y bienestar de los pacientes afectados. (Olvera, 2013). Además, el TDAH presenta una alta comorbilidad (40%-60%) con otros problemas de conducta y/o emocionales, siendo el trastorno negativista desafiante (TND) uno de los más frecuentes. (Pérez M. R., 2015)

En Ecuador, el TDAH se presenta, generalmente en la población infantil con una tendencia entre el 5 y 8% en edad escolar, siendo los varones tres veces más susceptible a padecerlo. (Cañar Mendes & Vélez Jaigua, 2016). En nuestro país y a nivel local, no se cuenta con cifras de prevalencia nacional del daño como tal debido a su potencial riesgo en el desarrollo y funcionamiento del sistema nervioso central; las complicaciones prenatales, perinatales y postnatales han sido los factores más comúnmente mencionados por los diferentes investigadores en relación al trastorno

antes mencionado, sin embargo, existen pocas investigaciones que determinen la especificidad de los mismos.

El TDAH tiene un origen biológico y varios factores etiológicos genéticos y ambientales que contribuyen a su desarrollo. Varios autores mencionan que el TDAH supone un 50% de las consultas en psiquiatría infantil, justifica un 10% de problemas disruptivos y suele requerir el doble de recursos médicos por accidentes y traumatismos.

Según Martinhago. (2019), desde su punto de vista analítico el DSM-5 considera una amplia gama de factores como potenciales o posibles causas del TDAH, desde el uso de alcohol o tabaco en el embarazo, el bajo peso al nacer, la existencia de problemas fisiológicos como el atraso motor, hasta supuestos factores genéticos. La centralidad dada a estos supuestos factores biológicos y ambientales lleva a considerar la influencia que pueden tener en el comportamiento del niño, los conflictos familiares o escolares, así como el sufrimiento que esos conflictos pueden suscitar en la primera infancia.

Justificación

El TDAH es un síndrome neurobiológico de etiología o causa compleja, debido a un fallo en el desarrollo de los mecanismos cerebrales.

Hemos pasado a lo largo de varias décadas desde la incredulidad de que el TDAH fuera realmente una alteración patológica al conocimiento médico más profundo y completo de la alteración o alteraciones que influyen en la aparición de esta patología. Así pues, desde el escepticismo en el que se les consideraba como niños/as malcriados, vagos y desobedientes, a la comprensión de las alteraciones que los producen como algo independiente de la propia voluntad y del comportamiento consciente.

Según las Prioridades de investigación en salud, 2013-2017, del Ministerio de Salud Pública, Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, Dirección de Inteligencia de la Salud, el presente estudio está enfocado en base al ítem de

SALUD MENTAL Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO, en el que constan diferentes patologías tales como “Esquizofrenia, Abuso de alcohol, tabaco y drogas (ATD), Depresión y Distimia, Trastornos de alimentación, Trastornos generalizados del desarrollo (Autismo, Asperger), Trastornos de Atención y Discapacidad intelectual”.

En el aspecto social, atendiendo a las características diagnósticas y a la alta prevalencia en estudios internacionales es relevante caracterizar específicamente a nuestra población de gestantes para la prevención y reconocimiento precoz de dicho diagnostico en niños y niñas productos de embarazos de alto riesgo, ya que corresponde a uno de los problemas de mayor impacto en la vida de quien lo presenta, en la familia y en el entorno que encierra.

El nivel socioeconómico de una familia puede determinar los recursos disponibles para acceder a servicios de salud y medicinas, influenciar en los hábitos individuales y afectar en la salud mental, tomando en cuenta que el TDAH al ser un trastorno altamente prevalente en nuestras consultas y la práctica ambulatoria pública, la presente investigación pretende implementar un plan de intervención preventivo dirigidos a pacientes gestantes de alto riesgo propone un abordaje diferente para el TDAH, con la finalidad de mejorar la planificación y optimización de recursos hacia este sector.

En el ámbito legal, la Ley de maternidad gratuita y atención a la Infancia establece que toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto. Dispone, asimismo, que se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos/as y niños/as menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado, el TDAH se registran diferentes factores ambientales que afectan a sus progenitores y a los propios pacientes y que determinan que el proceso patogénico se realice. Así pues, la desnutrición materna y feto-materna, el abuso por parte de la madre de tabaco, alcohol y drogas durante la gestación, y el mal control obstétrico puede influir en la presentación del TDAH en su descendencia. Procesos que pueden producir un adelanto en el parto (prematuridad) o un peso al nacimiento disminuido (niños con bajo peso al nacimiento) motivan fenómenos de hipoxia, isquemia o hemorragias tipo I-IV de Volpe que condicionan el desarrollo neurológico y la presencia de

trastornos neurológicos diversos como el retraso mental, TEA y TDAH en los recién nacidos que se manifiestan en los primeros años de vida

En base a los argumentos mencionados la presente investigación se justifica ya que debido a la incomprensión y de la desinformación inherentes por parte de las pacientes y en parte el personal de salud hacia el diagnóstico y reconocimiento de dicho trastorno y las repercusiones que conlleva que pase desapercibido este problema en la vida académica, emocional y social de los niños que lo padecen es el motivo a presentar el trastorno de déficit de atención como temática investigativa de trabajo, por lo que el enfoque va encaminado a plantear un instructivo dirigido a pacientes en estado de gestación con riesgo elevado, teniendo como propósito modificar el abordaje de tal trastorno al promover la identificación temprana de niños con alto riesgo de padecer esta patología, optimizar su diagnóstico y posterior tratamiento farmacológico y neuropsicológico para beneficio no solo del paciente sino también del núcleo familiar y social.

Profundidad de estudio

Este trabajo investigativo tiene un enfoque proyectivo, ya que su propósito fundamental es la creación de modelos prácticos y efectivos basados en la información existente, con el fin de generar un cambio tangible en el manejo y prevención del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) desde la etapa prenatal. A través de este enfoque, se busca desarrollar un plan de intervención integral dirigido a mujeres que atraviesan embarazos de alto riesgo, abordando las complejidades que implica el manejo de estos casos.

Pregunta de investigación

¿Los embarazos de alto riesgo predisponen a la obtención de niños con TDAH a futuro?

Hipótesis

Las mujeres que cursan con embarazos de alto riesgo al ser intervenidas con un plan de cuidados e información prenatales tienen mayores posibilidades de prevenir niños con TDAH a futuro.

Objetivo general

Diseñar un plan de prevención para embarazadas con alto riesgo para evitar el desarrollo de TDAH.

Objetivos específicos

1. Identificar factores de riesgo de cronicidad o mala evolución del TDAH.
2. Diseñar un plan de prevención para embarazadas con alto riesgo para evitar el desarrollo del TDAH a futuro.
3. Valorar la respuesta al plan de prevención de las madres en el producto a largo plazo.

Alcances y limitaciones

ALCANCES

- Impacto de las estrategias preventivas en embarazadas de alto riesgo en el Ecuador mediante la identificación y mitigación de factores de riesgo asociados al desarrollo de TDAH en niños.
- Desarrollo de objetivos de investigación a corto, mediano y largo plazo.
- Promoción de cuidados integrales durante la gestación
- Contribución al conocimiento científico

LIMITACIONES

- Complejidad de los factores asociados al TDAH; la naturaleza multifactorial del TDAH dificulta la identificación precisa de todos los factores de riesgo durante la gestación.
- Diversidad de condiciones en embarazadas de alto riesgo que puede dificultar la generalización del plan preventivo.
- Restricciones de tiempo y recursos para implementar y evaluar un plan preventivo a gran escala.

CAPÍTULO 2 Fundamento teórico

El presente capítulo tiene como objetivo fundamentar la relevancia del proyecto de investigación enfocado en el diseño e implementación de un plan de intervención para embarazadas con riesgo alto, orientado a la prevención del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en los niños a futuro. A través de un análisis detallado de estudios recientes y avances científicos en esta área, se busca construir una base sólida que permita contextualizar y justificar la importancia de esta propuesta.

En primer lugar, se realiza una revisión exhaustiva de la literatura científica publicada en los últimos tres años, destacando investigaciones relevantes que han abordado la relación entre las condiciones prenatales y el desarrollo neurológico infantil. Este proceso incluye un análisis crítico de los objetivos, metodologías y resultados de estudios clínicos, programas de intervención prenatal y estrategias multidisciplinarias aplicadas en embarazadas con factores de riesgo elevados. La revisión abarca tanto investigaciones nacionales como internacionales, permitiendo identificar las mejores prácticas y evidenciar las brechas existentes en la atención prenatal.

Posteriormente, se construye el "estado del conocimiento" tomando como base una selección de fuentes bibliográficas clave, como artículos científicos, guías clínicas y reportes técnicos de organismos internacionales. Estas referencias aportan elementos teóricos esenciales para comprender la interacción entre los factores de riesgo asociados a los embarazos de alto riesgo y el desarrollo del TDAH. Este análisis no solo permite identificar las aproximaciones actuales en la prevención de este trastorno, sino también resaltar las áreas que requieren mayor atención investigativa.

Finalmente, se desarrolla un marco conceptual que sintetiza y organiza la información recopilada, estableciendo las bases para el diseño del plan de intervención. Este marco se enfoca en la relación entre las estrategias preventivas propuestas y las variables que determinan su efectividad, como el acceso a atención médica especializada, la personalización de los cuidados prenatales y la educación de las embarazadas sobre la importancia de un entorno saludable para el desarrollo

neurológico fetal. A partir de esta estructura, se propone una visión integradora que busca contribuir a la disminución de la incidencia del TDAH y, con ello, al bienestar de las futuras generaciones.

Estado del arte

En la investigación, titulada “Enfermedades alérgicas como factores asociados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños. Hospital Militar Central, 2018 - 2019” realizado por la Universidad Privada Atenor Orrego, en la ciudad de Trujillo de Perú por el autor (Vigo, 2020) en el cual el objetivo principal fue determinar si las enfermedades alérgicas son factores de riesgo asociados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de 4 a 14 atendidos por consultorio externo en el servicio de pediatría del Hospital Militar Central-Lima durante los meses de septiembre de 2018 a septiembre de 2019 , además dentro de los objetivos específicos que se relacionan con nuestra investigación es la relación de las enfemedades alérgicas con el desarrollo de TDAH en paciente pediatricos, el paradigma del estudio en mención es positivista o naturalista en el cual se busca la verificación del conocimiento a través de las predicciones. La metodologia consiste en un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles, la población de estudio estuvo constituida por 160 pacientes de 4 a 14 años según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con TDAH y sin TDAH; entre los resultados relevantes tenemos: el análisis estadístico estableció que las enfermedades alérgicas son factores de riesgo asociados al TDAH (OR: 2,37, IC95%: 1,07-5,20; p<0,05), siendo la rinitis alérgica (OR: 2,77, IC95%: 1,13-6,82; p<0,05) y la dermatitis atópica (OR: 3,70, IC95%: 1,26-10,87; p<0,05) factores de riesgo asociados al TDAH, el asma (OR: 0,66, IC95%: 0,26-1,66; p>0,05) no es un factor de riesgo asociado al TDAH, se acepta la hipotesis alternativa propuesta por el investigador , los hallazgos hacen referencia a una asociación determinante de los procesos de alegia con el tdah, finalmente las

concluiones determinan que las enfermedades alérgicas son factores de riesgo asociados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de 4 a 14 años en el Hospital Militar Central – Lima. El aporte a nuestra investigación radica en la asociación de una de nuestras variables como factores de riesgo en la incidencia del trastornos de deficit de atención e hiperactividad en niños

En la investigación titulada *"Factores perinatales y su asociación con el desarrollo de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños atendidos en el Hospital General de México, 2019-2020"*, realizada por la Universidad Nacional Autónoma de México (Ramírez, 2021), el objetivo principal fue determinar si los factores perinatales, como la prematuridad, el bajo peso al nacer y las complicaciones durante el parto, están asociados al desarrollo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños de 5 a 12 años atendidos en el servicio de pediatría del Hospital General de México durante el periodo mencionado. Entre los objetivos específicos que se relacionan con nuestra investigación se encuentra la evaluación del impacto de las complicaciones gestacionales, como la preeclampsia y la diabetes gestacional, en la incidencia de TDAH en esta población.

El paradigma adoptado en el estudio es positivista, orientado a la comprobación de hipótesis mediante el análisis empírico. La metodología utilizada corresponde a un diseño de tipo analítico, observacional, retrospectivo, basado en casos y controles. La población de estudio incluyó a 200 niños distribuidos en dos grupos: 100 con diagnóstico confirmado de

TDAH y 100 sin el trastorno, seleccionados según criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Entre los resultados más destacados, el análisis estadístico determinó que los factores perinatales son significativamente asociados al desarrollo de TDAH. La prematuridad mostró una fuerte asociación (OR: 3,15, IC95%: 1,45-6,85; p<0,01), al igual que el bajo peso al nacer (OR: 2,87, IC95%: 1,32-6,23; p<0,05). Por otro lado, las complicaciones durante el parto, como el sufrimiento fetal (OR: 2,54, IC95%: 1,10-5,89; p<0,05), también se identificaron como factores de riesgo importantes. Las hipótesis planteadas fueron confirmadas, evidenciando una correlación significativa entre los factores perinatales y el desarrollo del TDAH. Los hallazgos de este estudio son relevantes para nuestra investigación, ya que fortalecen la asociación entre las condiciones prenatales y el desarrollo de TDAH en la niñez. Asimismo, las conclusiones subrayan la importancia de implementar estrategias preventivas desde el periodo gestacional, enfatizando el monitoreo y la atención especializada a las embarazadas con riesgo alto. Este aporte resulta clave para sustentar el diseño de nuestro plan de intervención enfocado en prevenir el desarrollo de TDAH en niños, estableciendo una relación directa entre las variables de estudio y el impacto a largo plazo en la salud infantil.

En conclusión, respalda nuestra investigación al evidenciar que el monitoreo continuo, la atención multidisciplinaria y la implementación de estrategias preventivas durante el embarazo son fundamentales para reducir los factores de riesgo asociados al TDAH. Así, nuestro plan de intervención busca abordar estos aspectos mediante un enfoque integral, promoviendo una mayor vigilancia en

embarazos de alto riesgo y fomentando el desarrollo saludable de los niños desde las etapas más tempranas de la vida.

En la investigación titulada *"Factores prenatales asociados al desarrollo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños atendidos en el Hospital Universitario de Bogotá durante el período 2019-2020"*, realizada por la Universidad Nacional de Colombia, el autor (Gómez, 2021) tuvo como objetivo principal identificar los factores de riesgo prenatales que están asociados al desarrollo de TDAH en niños menores de 12 años. En el estudio se enfocó en analizar cómo las condiciones médicas y ambientales presentes durante el embarazo influyen en la incidencia de este trastorno en la población pediátrica.

El paradigma de la investigación fue de enfoque positivista, buscando validar hipótesis mediante la recopilación de datos cuantitativos. La metodología aplicada consistió en un estudio analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población estudiada estuvo compuesta por 200 niños menores de 12 años, clasificados en dos grupos: con diagnóstico confirmado de TDAH y sin TDAH, siguiendo criterios de inclusión y exclusión definidos. Entre los hallazgos destacados, el análisis estadístico identificó factores prenatales como el consumo de tabaco por parte de la madre (OR: 3,15, IC95%: 1,65-6,03; $p<0,05$) y la exposición a estrés crónico durante el embarazo (OR: 2,89, IC95%: 1,34-6,24; $p<0,05$) como variables significativamente asociadas al TDAH. Por otro lado, no se encontró una asociación significativa con el consumo de alcohol durante el embarazo (OR: 1,12, IC95%: 0,58-2,18; $p>0,05$). Estos resultados respaldaron la hipótesis

planteada por el autor, quien concluyó que ciertos factores prenatales, en particular el consumo de tabaco y el estrés crónico, representan un riesgo considerable para el desarrollo del TDAH en niños menores de 12 años.

El aporte de este estudio a nuestra investigación radica en la identificación de variables prenatales como factores de riesgo críticos en la aparición del TDAH, lo que sustenta la necesidad de diseñar e implementar planes de intervención para embarazadas con alto riesgo. Además, los resultados destacan la importancia de intervenciones preventivas dirigidas a la reducción de estos factores para minimizar la incidencia de TDAH en futuras generaciones.

En la investigación titulada *"Prevalencia y factores asociados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de 6 a 12 años atendidos en centros de salud públicos de Quito durante 2020"*, realizada por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, el autor (Mendoza, 2021) tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia del TDAH en niños de edad escolar y analizar los factores socioeconómicos, familiares y educativos que influyen en su desarrollo. Este estudio buscó comprender de manera integral las características y el impacto del TDAH en el contexto ecuatoriano. El diseño metodológico fue de tipo transversal, descriptivo y analítico, utilizando un enfoque cuantitativo para evaluar a una población de 350 niños, de los cuales 120 presentaban diagnóstico de TDAH según los criterios del DSM-5. La recolección de datos incluyó cuestionarios estructurados dirigidos a padres y docentes, así como entrevistas clínicas para evaluar los síntomas y su severidad. Entre los resultados destacados, se identificó una prevalencia

del 12,8 % de TDAH en la población estudiada, con una mayor incidencia en varones (75 %) en comparación con las niñas (25 %). Además, los factores familiares como la falta de supervisión parental (OR: 2,45, IC95%: 1,21-4,95; p<0,05) y antecedentes de TDAH en padres o hermanos (OR: 3,60, IC95%: 1,80-7,20; p<0,05) fueron altamente significativos. Por otro lado, el rendimiento académico deficiente y la exposición a ambientes escolares no inclusivos también se identificaron como factores relevantes asociados al trastorno. La investigación concluyó que el TDAH es un problema multifactorial influido por variables genéticas, ambientales y sociales, lo que subraya la necesidad de estrategias de intervención integrales que incluyan tanto el diagnóstico temprano como el apoyo familiar y escolar.

El aporte de este estudio a nuestra investigación radica en su énfasis en la importancia de comprender el TDAH como un fenómeno multidimensional, destacando la relevancia de abordar no solo los factores de riesgo sino también la implementación de estrategias preventivas durante etapas tempranas del desarrollo, como el período prenatal.

En el estudio titulado *"Evaluación de la influencia del entorno familiar en el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños escolarizados en Bogotá"*, llevado a cabo por la Universidad Nacional de Colombia, el autor (Ramírez, 2021) planteó como objetivo principal analizar cómo las dinámicas familiares impactan el desarrollo y la evolución del TDAH en niños de 7 a 12 años. Este trabajo se centró en identificar patrones de comportamiento en el núcleo familiar, tales como el nivel de apoyo

emocional, la estabilidad económica y la frecuencia de conflictos intrafamiliares, y su relación con la aparición o exacerbación de los síntomas del TDAH. La metodología fue de tipo descriptivo y correlacional, con un enfoque mixto que incluyó encuestas aplicadas a 250 padres de niños diagnosticados con TDAH, entrevistas semiestructuradas con docentes, y la observación directa del comportamiento de los niños en sus entornos escolares y familiares. Además, se emplearon escalas validadas, como el *Conners Comprehensive Behavior Rating Scale*, para evaluar la severidad de los síntomas. Los resultados mostraron que un 68 % de los niños con TDAH provenían de familias con antecedentes de estrés crónico o conflictos recurrentes. De igual manera, la falta de rutinas estables en el hogar (OR: 2,80, IC95%: 1,50-5,22; $p<0,05$) y la exposición a modelos de crianza permisivos o autoritarios (OR: 3,12, IC95%: 1,70-5,72; $p<0,05$) fueron identificados como factores de riesgo significativos para el agravamiento de los síntomas. Por otro lado, la presencia de estrategias parentales positivas, como el establecimiento de límites claros y el refuerzo del comportamiento adecuado, mostró una correlación inversa con la intensidad del TDAH ($p<0,05$). Las conclusiones enfatizaron la relevancia de un entorno familiar saludable en la reducción de los síntomas del TDAH y sugirieron la necesidad de implementar programas de orientación familiar como parte del tratamiento integral de este trastorno. Este estudio resalta la importancia de abordar el TDAH desde una perspectiva biopsicosocial, considerando el entorno familiar como un componente clave en su manejo.

El aporte de esta investigación a nuestro proyecto radica en la identificación de dinámicas familiares específicas que pueden influir en la manifestación del TDAH, lo

cual subraya la importancia de incluir estrategias de intervención temprana durante el embarazo en mujeres de alto riesgo, a fin de mitigar posibles factores predisponentes.

En la investigación titulada *"Relación entre la exposición temprana a pantallas digitales y el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños menores de 10 años"*, realizada por la Universidad de Buenos Aires, el autor (Gómez, 2022) analizó el impacto del uso prolongado de dispositivos electrónicos en el desarrollo de síntomas relacionados con el TDAH. El estudio tuvo como objetivo principal determinar si el tiempo de exposición diario a pantallas digitales es un factor de riesgo significativo para el desarrollo del trastorno en niños de 5 a 10 años, atendidos en centros pediátricos de la ciudad. El diseño metodológico fue de tipo analítico, observacional y transversal, y la población estuvo conformada por 300 niños, divididos en dos grupos: aquellos diagnosticados con TDAH y aquellos sin el trastorno. Los padres respondieron cuestionarios estructurados sobre los hábitos de exposición a pantallas, además de completar escalas como el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) y el *Conners Scale*. Entre los hallazgos más relevantes se encontró que los niños con más de tres horas diarias de exposición a pantallas tenían una probabilidad significativamente mayor de desarrollar TDAH (OR: 3,45, IC95%: 1,92-6,22; $p<0,01$). Asimismo, el contenido consumido por los niños, particularmente aquel de ritmo rápido y altamente estimulante, se asoció con una mayor prevalencia de síntomas como impulsividad y dificultades para mantener la atención ($p<0,05$). Por otro lado, los niños que tenían un tiempo limitado de exposición a dispositivos digitales y mayor participación en actividades físicas presentaron menores

tasas de diagnóstico de TDAH. Las conclusiones del estudio destacaron la necesidad de promover hábitos saludables en el uso de tecnologías digitales desde edades tempranas como una estrategia preventiva frente al desarrollo del TDAH. Además, se sugirió que las intervenciones educativas dirigidas a padres y cuidadores deberían ser un componente esencial para mitigar el impacto de este factor de riesgo en los niños.

El aporte de este estudio a nuestra investigación es crucial, ya que refuerza la necesidad de desarrollar planes de intervención dirigidos a mujeres embarazadas de alto riesgo, con el objetivo de establecer estrategias educativas y preventivas que reduzcan la exposición a factores ambientales, como las pantallas digitales, que podrían predisponer al TDAH en etapas tempranas de desarrollo infantil.

En el estudio titulado *"Relación entre el riesgo obstétrico alto y las complicaciones neurológicas en el desarrollo infantil temprano"*, realizado por la Universidad Nacional Autónoma de México, el autor (Ramírez, 2021) analizó la asociación entre factores de riesgo obstétrico y el desarrollo de alteraciones neurocognitivas en niños de 0 a 5 años. Este trabajo tuvo como objetivo principal identificar cómo condiciones obstétricas de alto riesgo durante el embarazo impactan en el desarrollo neurológico de los neonatos, enfocándose en complicaciones como trastornos del neurodesarrollo. La investigación adoptó un diseño observacional, analítico y longitudinal, donde participaron 200 madres con embarazos de alto riesgo que fueron atendidas en hospitales de tercer nivel. Los factores evaluados incluyeron hipertensión gestacional, diabetes mellitus gestacional, preeclampsia, embarazo múltiple y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Además, se aplicaron escalas

de desarrollo neurológico, como el *Bayley Scales of Infant and Toddler Development*, para evaluar el progreso de los niños a los 6, 12 y 24 meses de edad. Entre los resultados más destacados, se identificó que los neonatos provenientes de embarazos con preeclampsia severa presentaron un mayor riesgo de retraso en el desarrollo cognitivo (OR: 2,81, IC95%: 1,35-5,84; p<0,01). Asimismo, la restricción del crecimiento intrauterino se asoció con alteraciones significativas en las habilidades motoras finas y gruesas (p<0,05). Por otro lado, los hijos de madres con un control prenatal adecuado y manejo temprano de las complicaciones obstétricas mostraron menores probabilidades de desarrollar alteraciones neurológicas (p<0,05). Las conclusiones de este estudio subrayaron la importancia de un manejo integral en mujeres con riesgo obstétrico alto, destacando que una intervención médica oportuna durante el embarazo puede reducir las secuelas neurológicas en el niño. Además, el autor recomendó incluir estrategias educativas y preventivas en los programas de atención prenatal, dirigidas a madres en situaciones de riesgo obstétrico.

Este trabajo aporta a nuestra investigación al evidenciar la relación entre el riesgo obstétrico alto y posibles complicaciones en el desarrollo infantil, lo que refuerza la necesidad de diseñar e implementar un plan de intervención específico para prevenir trastornos como el TDAH en niños, considerando desde el embarazo estrategias basadas en la promoción de una gestación saludable y controlada.

En la investigación titulada *"Asociación entre factores de riesgo obstétrico y resultados perinatales adversos: un estudio prospectivo"*, realizada por la Universidad de Buenos Aires, Argentina, el autor (Fernández, 2020) analizó

el impacto del riesgo obstétrico alto en el desarrollo neonatal y las complicaciones a largo plazo. El objetivo principal del estudio fue determinar cómo las condiciones obstétricas de alto riesgo, como preeclampsia, diabetes gestacional y placenta previa, influyen en los resultados perinatales y el desarrollo infantil temprano. El diseño metodológico fue de tipo prospectivo, analítico y observacional, en el que participaron 250 mujeres embarazadas con diagnóstico de alto riesgo obstétrico atendidas en hospitales públicos y privados. Las variables estudiadas incluyeron hipertensión gestacional, infecciones intrauterinas, trabajo de parto prematuro y embarazos múltiples. Los resultados perinatales fueron evaluados mediante escalas estándar, como el índice de Apgar y el peso al nacer, mientras que el seguimiento posnatal se enfocó en el desarrollo neurológico durante los primeros 24 meses de vida. Entre los hallazgos relevantes, se identificó que las mujeres con preeclampsia severa presentaron una mayor probabilidad de partos prematuros (OR: 3,42, IC95%: 1,91-6,11; $p<0,001$) y neonatos con bajo peso al nacer (OR: 2,87, IC95%: 1,68-4,90; $p<0,05$). Asimismo, los embarazos múltiples se asociaron significativamente con una mayor incidencia de complicaciones respiratorias en los neonatos ($p<0,01$). El manejo prenatal temprano, combinado con controles médicos rigurosos, demostró ser un factor protector que disminuyó las complicaciones en un 30% ($p<0,05$).

El estudio concluyó que el riesgo obstétrico alto constituye un predictor clave de resultados perinatales adversos, destacando la necesidad de implementar estrategias de intervención temprana. Además, se recomendó el diseño de programas educativos dirigidos a las gestantes con factores de riesgo,

enfocados en la promoción de cuidados prenatales especializados y el manejo integral de las complicaciones obstétricas.

El aporte de este trabajo a nuestra investigación radica en evidenciar cómo los factores de riesgo obstétrico pueden influir directamente en la salud y el desarrollo de los neonatos. Estos resultados respaldan la importancia de establecer un plan de intervención para embarazadas con riesgo obstétrico alto, con el objetivo de prevenir trastornos del neurodesarrollo, como el TDAH, en los niños a futuro, priorizando una atención integral y basada en evidencia científica.

En el estudio titulado *"High-Risk Obstetrics and Perinatal Outcomes in European Healthcare Systems"*, realizado por el Instituto Karolinska en Suecia, el autor (Andersson, 2021) examinó cómo los factores de riesgo obstétrico alto afectan los resultados perinatales en países europeos con diferentes sistemas de salud. El objetivo principal fue identificar la relación entre condiciones como preeclampsia, diabetes gestacional, placenta previa y embarazos múltiples con complicaciones maternas y neonatales en un entorno europeo. El diseño de este estudio fue multicéntrico, observacional y longitudinal, incluyó a 1,200 mujeres embarazadas de alto riesgo provenientes de Suecia, Alemania, Francia e Italia. Los datos fueron recolectados entre 2018 y 2020, abarcando información sobre controles prenatales, complicaciones durante el embarazo, y resultados neonatales a corto y mediano plazo. Se utilizó un enfoque estandarizado para el análisis de los datos, empleando modelos de regresión logística para determinar asociaciones entre los factores de riesgo obstétrico y los resultados perinatales. Entre los principales hallazgos, se observó que la preeclampsia severa se asoció significativamente con una mayor incidencia de parto pretérmino (<37 semanas) en un 41% de los casos (OR: 3,85, IC95%: 2,20-

6,72; p<0,001). Además, los embarazos múltiples se vincularon con una probabilidad elevada de restricción del crecimiento intrauterino (OR: 2,95, IC95%: 1,78-4,88; p<0,01). La diabetes gestacional, especialmente cuando no estaba controlada adecuadamente, fue otro factor de riesgo relacionado con macrosomía fetal (p<0,05). En términos de resultados neonatales, el estudio destacó que el manejo multidisciplinario y el acceso a sistemas de salud con atención perinatal especializada redujeron significativamente las complicaciones neonatales, como asfixia perinatal y la necesidad de ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Este hallazgo subraya la relevancia de la intervención temprana y un monitoreo prenatal estricto en embarazos de alto riesgo. El estudio concluyó que, en el contexto europeo, la identificación temprana y el manejo integral de las gestantes con factores de riesgo obstétrico alto son cruciales para mejorar los resultados perinatales. Asimismo, se destacó la necesidad de promover políticas de salud que garanticen el acceso equitativo a servicios especializados en atención obstétrica de alto riesgo.

El aporte de esta investigación a nuestro estudio se fundamenta en la evidencia de cómo los factores de riesgo obstétrico alto afectan tanto a las gestantes como a los neonatos, respaldando la implementación de un plan de intervención dirigido a prevenir alteraciones del neurodesarrollo, como el TDAH, en niños. Estos hallazgos refuerzan la importancia de estrategias proactivas y basadas en evidencia en contextos clínicos.

Marco teórico

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se ha convertido en una de las afecciones neuropsiquiátricas más prevalentes a nivel mundial, afectando aproximadamente al 7% de los niños y adolescentes, con tasas que oscilan entre el 5% y el 10% según la región y los criterios diagnósticos aplicados (Polanczyk et al., 2023). Este trastorno no solo impacta el funcionamiento cognitivo y conductual de los individuos, sino que también representa un reto significativo para las familias y los sistemas de salud. En este contexto, la prevención temprana cobra especial relevancia, particularmente durante el periodo prenatal, en el que factores biológicos y ambientales interactúan para influir en el neurodesarrollo fetal.

Estudios recientes han demostrado que las complicaciones durante el embarazo, como la hipertensión arterial, la preeclampsia, la diabetes gestacional y la restricción del crecimiento intrauterino, son factores de riesgo significativos para el desarrollo de TDAH en la infancia (Silveira et al., 2023). Estos factores, combinados con la exposición a sustancias nocivas como el tabaco, el alcohol y ciertos medicamentos, pueden alterar las conexiones neuronales del feto, afectando regiones cerebrales clave para la atención y el control de impulsos (Brown et al., 2022). Además, el estrés materno crónico durante el embarazo ha sido asociado con alteraciones en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal del feto, incrementando el riesgo de trastornos del neurodesarrollo, incluyendo el TDAH (Rosenqvist et al., 2021).

A nivel mundial, la prevalencia del TDAH y sus factores predisponentes han sido ampliamente estudiados. Un metaanálisis realizado por Polanczyk et al. (2023) confirma que las desigualdades en los sistemas de salud y las condiciones socioeconómicas desfavorables amplifican los riesgos asociados al desarrollo de este trastorno. Por ejemplo, en países de ingresos medios y bajos, donde el acceso a cuidados prenatales es limitado, las tasas de complicaciones obstétricas y neonatales son considerablemente más altas, lo que podría explicar una mayor incidencia de TDAH en estas regiones. En el contexto latinoamericano, estudios epidemiológicos destacan la alta prevalencia de embarazos de alto riesgo y su correlación con el desarrollo de trastornos del neurodesarrollo. En Brasil, un estudio longitudinal con 1,200 gestantes demostró que el 15% de los niños expuestos a condiciones adversas durante el embarazo presentaban síntomas significativos de

TDAH a los 7 años de edad (de Oliveira et al., 2021). En México, otro estudio identificó que el consumo de tabaco durante el embarazo estaba relacionado con un aumento del 30% en el riesgo de diagnóstico de TDAH en los niños, subrayando la importancia de las intervenciones preventivas durante la gestación (Hernández-Rodríguez et al., 2022).

En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reportó que el 20% de los embarazos son considerados de alto riesgo, lo que pone en evidencia la necesidad de intervenciones integrales en salud materna (INEC, 2022). Aunque la investigación específica sobre TDAH en el país es limitada, los factores de riesgo obstétricos reportados coinciden con aquellos identificados en la literatura internacional. Esto abre una ventana de oportunidad para implementar planes de prevención dirigidos a embarazadas de alto riesgo, que incluyan programas educativos, soporte nutricional, monitoreo periódico y reducción del estrés materno.

Un enfoque clave en la prevención del TDAH en poblaciones de alto riesgo es la promoción de una nutrición adecuada durante el embarazo. La deficiencia de ácidos grasos esenciales, como los omega-3, ha sido vinculada con alteraciones en el desarrollo neuronal y un mayor riesgo de trastornos del neurodesarrollo en los niños (Carvalho et al., 2023). Además, la suplementación con hierro y ácido fólico se ha asociado con un mejor desarrollo cognitivo y una menor incidencia de trastornos conductuales (Brown et al., 2022). Por otra parte, el manejo del estrés materno durante el embarazo es fundamental para prevenir alteraciones en el desarrollo fetal. Intervenciones basadas en técnicas de relajación, apoyo psicológico y terapia cognitivo-conductual han demostrado reducir los niveles de cortisol materno y, por ende, minimizar los riesgos asociados al TDAH (Rosenqvist et al., 2021). Estos hallazgos refuerzan la importancia de un abordaje interdisciplinario en el cuidado de embarazadas de alto riesgo.

En conclusión, la evidencia científica actual subraya la relevancia de implementar planes de prevención enfocados en embarazadas de alto riesgo para reducir la incidencia de TDAH en las generaciones futuras. Un abordaje integral que combine estrategias educativas, nutricionales y psicológicas podría no solo mitigar los factores de riesgo asociados al trastorno, sino también mejorar significativamente la calidad de vida de las madres y sus hijos. Dado el impacto del TDAH en la salud

pública y el bienestar individual, estas iniciativas deben ser una prioridad en los sistemas de salud, particularmente en países con altos índices de embarazos de alto riesgo como Ecuador.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) representa una de las condiciones neuropsiquiátricas más estudiadas y prevalentes, con una incidencia significativa en la población infantil y repercusiones que frecuentemente se extienden hacia la adolescencia y adultez. Este trastorno del neurodesarrollo se caracteriza por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad que interfiere en el desempeño social, académico y emocional del individuo. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR), el TDAH se clasifica en tres subtipos principales: el inatento, el hiperactivo-impulsivo y el combinado, cada uno con un conjunto distintivo de síntomas que permiten un abordaje diagnóstico más preciso (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2022).

La comprensión de las bases neurobiológicas del TDAH ha avanzado significativamente en las últimas décadas, revelando una fuerte influencia genética en su etiología. Estudios recientes han estimado una heredabilidad del 74 %, lo que resalta la importancia de los factores genéticos en la aparición de esta condición (Faraone et al., 2021). Las investigaciones en neuroimagen han identificado alteraciones funcionales y estructurales en regiones clave del cerebro, como la corteza prefrontal y el estriado, las cuales están asociadas con funciones ejecutivas y el procesamiento de recompensas. Estas disfunciones están vinculadas a alteraciones en los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico, lo que explica parcialmente la dificultad de los pacientes para regular la atención y el comportamiento (Posner et al., 2020).

Durante la infancia, el diagnóstico temprano del TDAH resulta fundamental para minimizar su impacto en el desarrollo. Los síntomas suelen manifestarse en forma de dificultad para mantener la atención, impulsividad y niveles de actividad motora excesivos para la edad. Este diagnóstico se basa en una evaluación integral que incluye la observación clínica, entrevistas estructuradas con cuidadores y maestros, y el uso de cuestionarios validados. Además, se ha señalado que las comorbilidades como los trastornos del aprendizaje y la ansiedad complican el proceso de

diagnóstico, pero también refuerzan la necesidad de una intervención interdisciplinaria (Thomas et al., 2022).

El impacto del TDAH en la vida de los niños es multifacético, afectando tanto el ámbito académico como el social y emocional. En el entorno escolar, los niños con TDAH enfrentan desafíos para completar tareas y seguir instrucciones, lo que resulta en un rendimiento académico inferior al esperado para su edad y capacidad intelectual (Pievsky & McGrath, 2018). En términos emocionales, estos niños son más propensos a experimentar baja autoestima y desarrollar trastornos del estado de ánimo. En el plano social, la impulsividad y los comportamientos disruptivos dificultan la formación de relaciones interpersonales saludables, aumentando el riesgo de aislamiento y conflictos con pares (Becker et al., 2020).

El tratamiento del TDAH requiere un enfoque multimodal que combine intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Los estimulantes, como el metilfenidato y las anfetaminas, se consideran el estándar de oro en el manejo sintomático debido a su eficacia comprobada en la mejora de la atención y el control del comportamiento (Cortese et al., 2021). Las terapias conductuales, por su parte, se enfocan en enseñar habilidades sociales y modificar patrones de comportamiento problemáticos. En los últimos años, se han explorado terapias complementarias, como el neurofeedback y el entrenamiento cognitivo, con resultados prometedores, aunque aún en fase de investigación (Arnold et al., 2020).

El entorno familiar desempeña un papel determinante en el manejo exitoso del TDAH. Los cuidadores no solo facilitan la adherencia al tratamiento, sino que también implementan estrategias como la disciplina positiva, la estructuración de rutinas y el fortalecimiento de habilidades emocionales en el hogar. Estudios han demostrado que la capacitación de los padres en técnicas de manejo del comportamiento y el acceso a redes de apoyo contribuyen significativamente a reducir el estrés familiar y mejorar los resultados del tratamiento en los niños (Breaux et al., 2022). En conclusión, el TDAH es una condición compleja con profundas implicaciones en el desarrollo de los individuos que lo padecen. Los avances en la comprensión de sus bases neurobiológicas y en el desarrollo de enfoques terapéuticos integrales ofrecen una esperanza tangible para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Es crucial continuar promoviendo

investigaciones que permitan un abordaje más personalizado y efectivo, adaptado a las necesidades específicas de cada caso.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más prevalentes a nivel mundial. Se caracteriza por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad que interfiere con el funcionamiento diario y el desarrollo normal del individuo (American Psychiatric Association [APA], 2022). La clasificación del TDAH, según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5-TR), comprende tres subtipos principales: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado, los cuales reflejan diferencias clínicas y neurobiológicas que han sido respaldadas por numerosos estudios recientes.

El subtipo predominantemente inatento se caracteriza por dificultades significativas en el mantenimiento de la atención, la organización y el seguimiento de instrucciones. Según Willcutt (2019), este subtipo es más común en niñas y con frecuencia se pasa por alto debido a la falta de comportamientos disruptivos. Un metanálisis realizado por Larsson et al. (2020) encontró que los niños con este subtipo muestran un menor rendimiento en tareas que requieren atención sostenida y memoria de trabajo en comparación con aquellos con el subtipo combinado. Desde una perspectiva neurobiológica, estudios de neuroimagen han demostrado que las personas con el subtipo inatento presentan una actividad reducida en la corteza prefrontal dorsolateral, una región clave para el control de la atención (Arnsten & Rubia, 2021). Además, alteraciones en los niveles de dopamina y noradrenalina en esta área del cerebro han sido asociadas con los síntomas de inatención (Faraone et al., 2021).

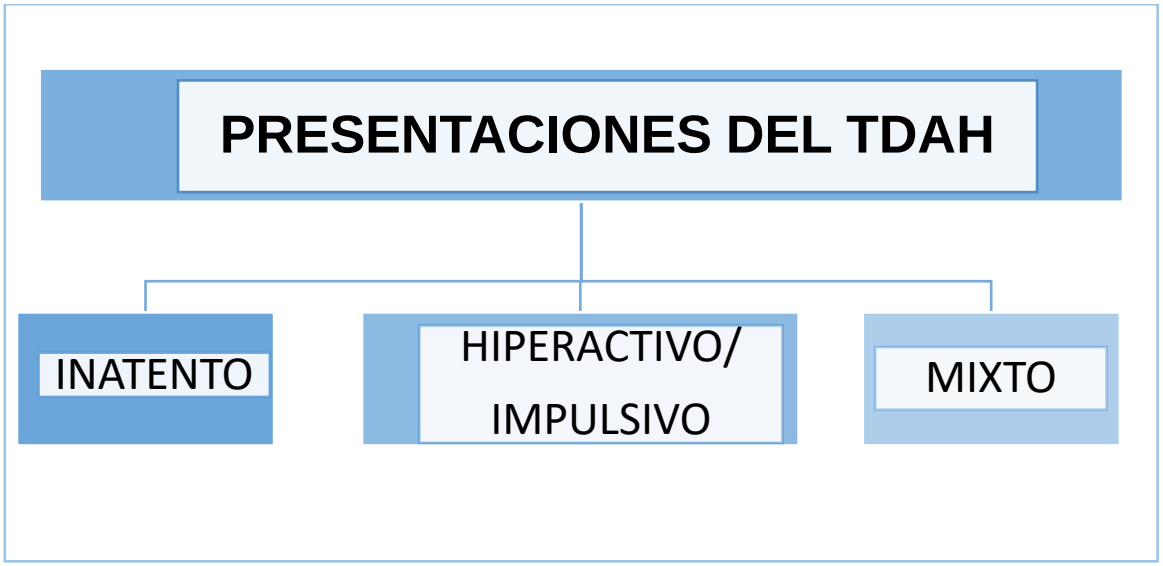
El subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo se caracteriza por una marcada inquietud, dificultad para permanecer sentado y comportamientos impulsivos. Este subtipo se observa con mayor frecuencia en niños y suele manifestarse a edades más tempranas (Posner et al., 2020). Un estudio longitudinal realizado por Sorensen et al. (2022) encontró que los niños con este subtipo presentan mayores niveles de problemas de conducta en el aula y dificultades para regular emociones, lo que impacta significativamente en su desempeño académico y social.

En términos de neurobiología, se ha identificado una hiperactivación en el núcleo accumbens y el estriado ventral en individuos con este subtipo, lo que sugiere una mayor sensibilidad a estímulos externos y una tendencia a la búsqueda de recompensas inmediatas (Thomas et al., 2022). Estas alteraciones pueden explicar los comportamientos impulsivos característicos de este subtipo.

El subtipo combinado es el más prevalente y engloba características tanto de inatención como de hiperactividad-impulsividad. Este perfil clínico presenta mayores desafíos debido a la presencia simultánea de síntomas de ambos dominios, lo que complica el diagnóstico y manejo del trastorno (Faraone et al., 2021). Un estudio realizado por Posner et al. (2020) encontró que los niños con el subtipo combinado tienen una mayor probabilidad de desarrollar comorbilidades psiquiátricas, como trastornos de ansiedad y depresión, en comparación con aquellos con los subtipos inatento o hiperactivo-impulsivo. Desde el punto de vista neuroanatómico, investigaciones recientes han identificado alteraciones estructurales en múltiples regiones cerebrales, incluidas la corteza prefrontal, el cerebelo y las conexiones frontoestriatales, en individuos con el subtipo combinado (Arnsten & Rubia, 2021). Estas alteraciones explican la gravedad de los síntomas y la dificultad para manejar las demandas cognitivas y emocionales. Independientemente del subtipo, el diagnóstico del TDAH requiere que los síntomas estén presentes en al menos dos contextos diferentes, como el hogar y la escuela, y que afecten significativamente el funcionamiento del individuo (APA, 2022). Estudios recientes han destacado la importancia de considerar factores contextuales y culturales en la clasificación del TDAH. Por ejemplo, Barkley et al. (2021) encontraron que la percepción de los síntomas del TDAH varía significativamente según la cultura, lo que puede influir en el diagnóstico y la intervención.

Además, se ha observado que la presencia de comorbilidades, como trastornos del aprendizaje y del estado de ánimo, es más frecuente en ciertos subtipos, particularmente en el combinado (Faraone et al., 2021). Este hallazgo subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el manejo del trastorno. La clasificación del TDAH en tres subtipos clínicos proporciona un marco esencial para comprender las particularidades del trastorno, permitiendo un diagnóstico más preciso y un tratamiento adaptado a las necesidades individuales. La evidencia

reciente respalda las diferencias neurobiológicas y clínicas entre los subtipos, lo que subraya la importancia de enfoques personalizados en la evaluación y manejo del TDAH. A medida que la avanza, una comprensión más profunda de los mecanismos subyacentes al TDAH permitirá desarrollar intervenciones más efectivas para mejorar la calidad de vida de quienes padecen este trastorno.



Varios autores mencionan que el TDAH supone un 50% de las consultas en psiquiatría infantil, justifica un 10% de problemas disruptivos y suele requerir el doble de recursos médicos por accidentes y traumatismos (Thapar, Rutter's Child and adolescent psychiatry, 2020). En un contexto histórico de literatura infantil, encontramos personajes con descripciones muy cercanas al TDAH. Por ejemplo, en la obra del médico y autor de literatura infantil, Heinrich Hoffman (1809-1894), titulada en alemán "Struwwelpeter" y en español conocida como "Pedro Melenas", encontramos al personaje Felipe el enredador (o el berrinchudo, o el nervioso según la traducción), caracterizado por ser sumamente inquieto y el relato ilustra una escena donde Felipe cae al suelo por moverse tanto de la silla, arrastrando con él, la vajilla, la comida y el mantel de la mesa (Martín, 2020).

En contextos más científicos, a partir de 1900 fue creciendo el interés por el estudio del cuadro, adoptando diversas denominaciones. Así mismo, fue apareciendo en los manuales diagnósticos bajo distintas nomenclaturas, hasta aparecer en el DSM- IV (Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana, 1994),

con el nombre que permanece vigente hasta la actualidad, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Había sido ya estudiado su origen biológico con estudios de neuroimágenes y genéticos; también se reconocía su impacto sobre el desarrollo social y académico del niño, así como su tendencia a la cronicidad (Sibley, 2016). El diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un desafío clínico que requiere una visión integral y evolutiva, ya que se trata de un trastorno del neurodesarrollo cuyos síntomas pueden manifestarse y variar a lo largo del tiempo. Aunque los manuales diagnósticos internacionales, como el *CIE-10* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el *DSM-5* de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), ofrecen criterios estructurados para su identificación, el contexto individual y el desarrollo del niño desempeñan un papel crucial (American Psychiatric Association, 2013; Organización Mundial de la Salud, 1992).

El primer paso para un diagnóstico preciso es una historia clínica minuciosa. La entrevista con los padres constituye una herramienta fundamental para comprender la naturaleza de los síntomas: su intensidad, frecuencia, persistencia y cómo afectan al niño en diversos contextos. Es igualmente relevante incorporar información proveniente de otras fuentes, como maestros, entrenadores y tutores, para evaluar cómo los síntomas influyen en el funcionamiento diario y determinar su variabilidad en diferentes entornos (Felt, 2014). Además, es necesario investigar los antecedentes del desarrollo, médicos, psiquiátricos y familiares, así como el ambiente en el hogar, las relaciones sociales y la trayectoria escolar del niño. Factores como conflictos familiares o eventos estresantes pueden agravar el cuadro clínico, complicando aún más el diagnóstico. El diagnóstico del TDAH también requiere valorar la presencia de trastornos comórbidos, como trastornos de conducta, depresión, ansiedad, tics, abuso de sustancias, psicosis o dificultades de aprendizaje. La utilización de herramientas estandarizadas, como la escala de Conners para padres y maestros, permite medir con mayor objetividad la severidad y la presencia de síntomas en diferentes contextos (Felt, 2014). Además, entrevistar directamente al niño o adolescente puede ofrecer información valiosa para identificar síntomas que no sean consistentes con el TDAH o que sugieran comorbilidades significativas.

Aunque las pruebas psicológicas y neuropsicológicas no son imprescindibles para el diagnóstico, pueden proporcionar información crucial en casos específicos. Por ejemplo, evaluar el coeficiente intelectual puede ayudar a descartar deficiencia intelectual o superdotación, y detectar heterogeneidad en los valores de las escalas de inteligencia. Además, la evaluación de las funciones ejecutivas permite objetivar el nivel de compromiso en áreas como la memoria de trabajo y el control inhibitorio. Un metaanálisis mostró que los niños con TDAH tienden a puntuar significativamente más bajo en almacenamiento verbal, ejecución verbal central, almacenamiento visuoespacial y ejecución visuoespacial central en comparación con sus pares sin TDAH (Rapin, 2016). En algunos casos, también pueden ser útiles pruebas específicas para identificar trastornos del aprendizaje o dificultades en la motricidad fina y gruesa, así como herramientas neuropsicológicas que midan parámetros de atención, impulsividad y habilidades cognitivas.

En el marco de un enfoque integral, también se deben realizar pruebas auditivas, visuales y de laboratorio para descartar causas orgánicas que expliquen los síntomas. Aunque el electroencefalograma, las pruebas de neuroimagen y los análisis genéticos no son rutinarios en el diagnóstico del TDAH, pueden ser indicados si el clínico sospecha la presencia de trastornos epilépticos, alteraciones cerebrales o síndromes genéticos específicos (Soutullo, 2010). El diagnóstico del TDAH es, en esencia, un proceso clínico que combina la observación detallada, el análisis del contexto evolutivo y el uso de herramientas diagnósticas. Este enfoque holístico no solo permite confirmar el diagnóstico, sino también personalizar las intervenciones terapéuticas, optimizando los resultados y el bienestar del niño.

El tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) debe abordarse desde un enfoque multimodal, considerando las diversas manifestaciones del trastorno, su impacto en la calidad de vida del paciente y la presencia de comorbilidades. Según la literatura, los tratamientos más efectivos combinan intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, personalizadas según las necesidades individuales del paciente y su entorno (Thomas et al., 2015).

El tratamiento farmacológico se considera la piedra angular en el manejo del TDAH, especialmente en casos moderados a graves. Los psicoestimulantes, como el metilfenidato y las anfetaminas, son los medicamentos más utilizados debido a su

eficacia comprobada en la mejora de los síntomas nucleares del TDAH: la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad (Banaschewski et al., 2017). Estos medicamentos actúan modulando los niveles de dopamina y norepinefrina en el cerebro, áreas críticas relacionadas con las funciones ejecutivas y la autorregulación.

Estudios recientes han demostrado que el metilfenidato tiene un efecto significativo en la mejora del rendimiento académico, el comportamiento social y la autoestima en niños y adolescentes (Faraone et al., 2021). Sin embargo, los efectos secundarios, como pérdida de apetito, insomnio y aumento de la presión arterial, requieren un monitoreo cuidadoso por parte del equipo médico. En pacientes que no responden adecuadamente a los psicoestimulantes o presentan contraindicaciones, se pueden considerar tratamientos alternativos como atomoxetina, guanfacina y clonidina, que han demostrado eficacia en el control de los síntomas, especialmente en la reducción de la impulsividad y la hiperactividad (Cortese et al., 2020).

Las intervenciones no farmacológicas son esenciales, ya sea como complemento del tratamiento farmacológico o como una alternativa para casos leves. Entre estas terapias, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha mostrado resultados positivos al abordar problemas asociados con el TDAH, como la baja autoestima, las dificultades en las relaciones interpersonales y los trastornos de conducta comórbidos (Evans et al., 2018). La TCC se enfoca en enseñar estrategias de afrontamiento, regulación emocional y planificación, ayudando a los pacientes a manejar mejor las demandas de su entorno. Además, el entrenamiento en habilidades sociales ha demostrado ser eficaz para mejorar la interacción con pares y adultos, promoviendo un desarrollo más adaptativo (Antshel et al., 2014). El entrenamiento a padres y profesores es una parte fundamental del tratamiento, ya que el entorno del niño o adolescente desempeña un papel crucial en el manejo de los síntomas del TDAH. Estas intervenciones incluyen la enseñanza de técnicas de manejo conductual, estrategias de refuerzo positivo y establecimiento de límites claros (Daley et al., 2018). La psicoeducación también permite a las familias comprender mejor la naturaleza del trastorno, lo que puede reducir la frustración y promover un ambiente más comprensivo y estructurado. De manera similar, los

profesores pueden implementar adaptaciones pedagógicas, como tareas más cortas, descansos frecuentes y métodos de enseñanza visuales, que se han asociado con una mejora significativa en el rendimiento académico de los estudiantes con TDAH (Pfiffner et al., 2016).

En años recientes, se ha incrementado el interés por intervenciones complementarias como la actividad física y el mindfulness. La actividad física regular se ha vinculado con mejoras en la atención sostenida, el control inhibitorio y la regulación emocional en niños con TDAH, debido a su impacto positivo en la plasticidad cerebral y la función ejecutiva (Pontifex et al., 2019).E l mindfulness, por su parte, ha mostrado beneficios al enseñar a los niños y adolescentes con TDAH a ser más conscientes de sus pensamientos y emociones, lo que puede ayudarles a reducir la impulsividad y mejorar la autorregulación (Zhang et al., 2021). La combinación de enfoques terapéuticos es la estrategia más recomendada en las guías clínicas internacionales. Por ejemplo, el uso conjunto de psicoestimulantes y TCC ha demostrado ser más eficaz en la reducción de los síntomas y en la mejora del funcionamiento global del paciente en comparación con cualquiera de estas terapias por separado (Pelham et al., 2016). El tratamiento del TDAH es un proceso dinámico que debe adaptarse a las necesidades cambiantes del paciente a lo largo del tiempo. La integración de enfoques farmacológicos y no farmacológicos, junto con la participación activa de la familia y el entorno escolar, asegura un manejo integral que mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes con TDAH.

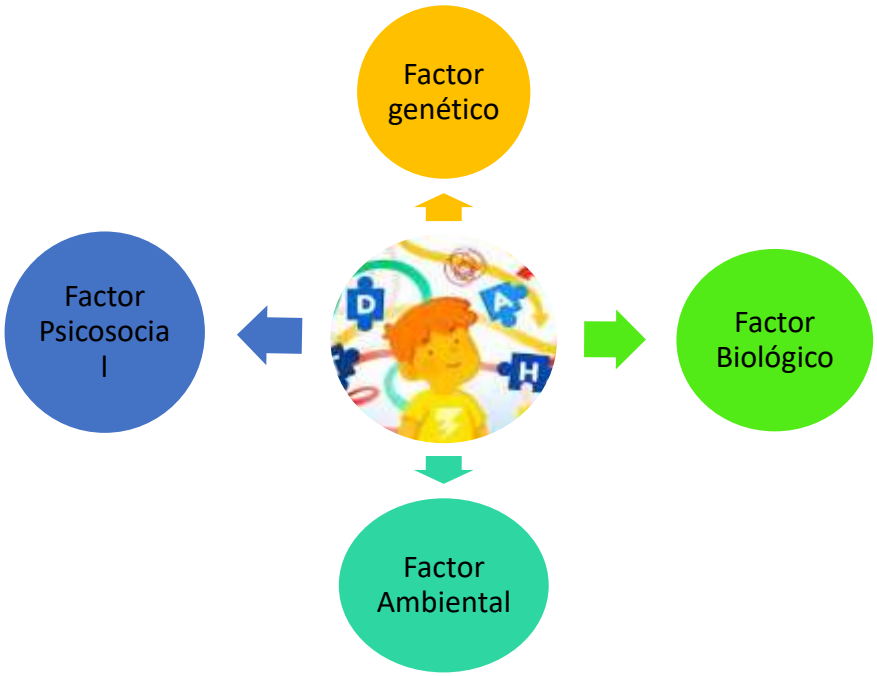
FACTORES DE RIESGO

En cada sociedad existen comunidades, grupos de individuos, familias o individuos que presentan más posibilidades que otros de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes, muertes prematuras, etc., se dice que son individuos o colectivos especialmente vulnerables. A medida que se incrementan los conocimientos sobre los diferentes procesos, la evidencia científica demuestra en cada uno de ellos que: en primer lugar las enfermedades no se presentan aleatoriamente y en segundo que muy a menudo esa vulnerabilidad tiene sus razones. La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológico o psicosocial que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia

de un proceso. Surge entonces el riesgo, que implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas (Sonuga, 2010).

En este sentido el riesgo constituye una medida de la probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de desarrollar, padecer o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos…) pueden, sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción (Fernández, 2017).

Figura 1. Factores de riesgo del TDAH



Fuente: Elaborada por la autora con base en la información consultada

Los factores hereditarios no son la única explicación del TDAH, aunque hay un número grande de factores de riesgo ambiental que están relacionados con el TDAH, la identificación de cuál se trata de causalidad es un reto, estos factores de

riesgo ambientales pueden interactuar con las susceptibilidades genéticas de manera compleja influyendo en el desarrollo y evolución posterior del trastorno (Stergiakouli, 2018).

La identificación de los factores de riesgo para el TDAH se complica por el hecho de que este es probablemente el resultado de la interacción entre los genes y el medio ambiente (por ejemplo, genes y medio ambiente de correlación e interacción), con efectos que operan en diferentes formas en diferentes individuos (es decir la heterogeneidad etiológica). Aunque altamente heredable, el TDAH no es una enfermedad genética en un sentido directo. Los factores de riesgo ambiental, también parecen jugar un papel importante en la ecuación de riesgo (Halperin, 2010).

Los factores de riesgo ambientales pueden ser clasificados en prenatales, perinatales y postnatales; los factores de riesgo prenatales y perinatales incluyen tabaquismo materno, anemia materna, parto pélvico, prematuridad, bajo peso al nacer, encefalopatía hipóxico-isquémica, microcefalia, exposición a cocaína y alcoholismo materno; entre los factores posnatales se describen enfermedades de la infancia asociados con la aparición del TDAH como infecciones virales, meningitis, encefalitis, otitis, anemia, enfermedad cardiaca, enfermedad de la tiroides, epilepsia, enfermedades autoinmunes y metabólicas. Otros factores causales incluyen lesiones en cabeza que implican a lóbulos frontales, trastornos nutricionales de los cuales la participación es controvertida (por ejemplo, aditivos de alimentos, alergia a los alimentos, sensibilidad al gluten). De todos los factores ambientales implicados, el tabaquismo materno es uno de los que más atención ha recibido en la literatura reciente (Millichap, 2018).

Varios informes han demostrado que el consumo de tabaco durante el embarazo afecta negativamente el crecimiento pre y posnatal, aumentando el riesgo de mortalidad en el feto, afecta el desarrollo cognitivo y el comportamiento de los niños y los adolescentes. El humo del cigarrillo interfiere con la función placentaria normal, provocando la reducción del flujo sanguíneo uterino, el feto se ve privado de nutrientes y oxígeno, resultado en hipoxia-isquemia feto episódica y malnutrición que puede resultar en retraso en crecimiento intrauterino. El monóxido de carbono y los ingredientes en el alquitrán del tabaco pueden afectar directamente el cerebro

del feto. La nicotina ejerce sus efectos sobre diversos sistemas de neurotransmisores. Los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico se han encontrado hipoactivos con hiporrespuesta a la estimulación exógena en la etapa posnatal; además, la exposición prenatal a la nicotina también produce una reducción significativa en la liberación de noradrenalina inducida por la nicotina. Estas interrupciones en el desarrollo de sistemas de catecolaminas pueden explicar la mayor incidencia de personas con TDAH que fueron expuestos a la nicotina en etapa prenatal, lo que apoya la hipótesis de que las sinapsis hipodopaminérgicas conducen al TDAH y con la observación de que los fármacos que aumentan la dopamina o la transmisión noradrenérgica son terapéuticos para el TDAH (Banerjee, 2017).

Se han realizado diversos estudios para evaluar el impacto global de otros factores de riesgo obstétrico y psicosocial sobre la etiología del TDAH.

Según (Gustafsson, 2011) Realizaron un estudio para evaluar el impacto de factores de riesgo pre y perinatales en el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en sus resultados se observó relación estadísticamente significativa con tabaquismo materno (OR 1.35), edad gestacional menor a 32 semanas (OR 3.05), puntaje Apgar a los 5 minutos menor de 7 (OR 2.17) y sexo masculino (OR 6.38).

Se ha observado la relación de puntuación de Apgar bajo con daño neurológico, retardo mental y epilepsia; en el estudio de Li y cols., (2011) se estudió la asociación entre baja puntuación de Apgar a los 5 minutos en niños con diagnóstico de TDAH. Los resultados mostraron que el puntaje de Apgar es inversamente relacionado con TDAH, ya que se encontró que el riesgo de TDAH tiende a aumentar a medida que disminuye la puntación Apgar a los 5 minutos ($p>0.001$) (Li, 2011).

Otras investigaciones han estudiado la relación entre el bajo peso al nacer, el tabaquismo materno y la clase social como factores determinantes de las manifestaciones del TDAH; Langley y cols., (2007) realizaron un estudio en el cual se determinó que el tabaquismo materno durante el embarazo ($p=0.05$) y la clase social baja ($p=0.03$) se relacionan significativamente con la severidad de los síntomas de hiperactividad e impulsividad (Langley, 2017).

Los factores de riesgo familiares pueden interactuar con las susceptibilidades genéticas de manera compleja influyendo en el desarrollo y evolución posterior del trastorno. En el estudio de Kim y cols., (2003) se encontró que los factores de riesgo perinatales como estrés materno (OR ajustada 2.82), depresión materna (OR ajustada 3.23) y el consumo de alcohol durante el embarazo (OR ajustada 3.31), fueron significativamente asociados con el TDAH; además se evidenció que entre los factores de riesgo familiares tales como discordia marital (OR ajustada 2.44), separación o divorcio de los padres (OR ajustada 5.10) y cuidadores de los niños que no son los padres biológicos (OR ajustada 4.27), mostraron una asociación significativa con el desarrollo del TDAH contribuyendo de forma importante en las manifestaciones clínicas y /o la severidad de los síntomas del TDAH.

El estrés prenatal en el final de la gestación se ha relacionado con alteraciones en el sistema serotoninérgico interfiriendo con el desarrollo de las neuronas. El cortisol interfiere con el desarrollo de las neuronas y también puede influir en el eje hipotálamo- hipófisis-suprarrenal del feto. En estudios realizados sobre el estrés materno durante el embarazo y el TDAH, se evidenció que las madres de niños con TDAH estuvieron expuestas con mayor frecuencia al estrés durante el embarazo. Se ha observado también que la ansiedad materna durante el embarazo se asocia de forma significativa con la hiperactividad y la falta de atención en los niños (Linnet, 2018).

También ha sido estudiada la asociación entre antecedentes de psicopatología de los padres y la asociación con el riesgo de desarrollar TDAH en los hijos.

Hay investigaciones que evidencian que los desórdenes psiquiátricos en los padres son asociados con incremento en el riesgo de problemas psicológicos y del desarrollo en los niños. Las características del medio familiar inciden en la conducta del niño y en la evolución del trastorno; Ramchandani y col., (2009) encontraron en investigaciones realizadas que los desordenes psiquiátricos de los padres se asocian con incremento en el riesgo de desarrollo de problemas psicológicos en los niños; así mismo, se ha observado que la depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar o alcoholismo en los padres incrementan el riesgo de depresión, trastorno de ansiedad y trastorno de conducta en niños y adolescentes

Lindblad y cols., (2011) realizaron un estudio para evaluar la influencia de la asociación entre psicopatología paterna y TDAH, sus investigaciones evidenciaron que el diagnóstico de psicopatología en los padres y la asociación con medicación para TDAH en los hijos se relaciona de forma significativamente estadística, principalmente con el consumo de drogas ilícitas (OR 3.5), intento de suicidio/muerte (OR 3), el alcoholismo (OR 2.5), el trastorno afectivo (OR 2.5) y la psicosis (OR 2.5) (Lindblad, 2011).

Otros factores que han sido estudiados en relación a la etiología del TDAH son La exposición a video juegos y la televisión. En investigaciones realizadas por Edward y cols., (2010) se encontró un incremento en la asociación entre la exposición a videojuegos (OR 1.82) y televisión (OR 1.55) con problemas de atención en niños (Swing, 2010).

La idea de que ciertos alimentos pueden causar déficit de atención con hiperactividad ha recibido mucha atención. Varios investigadores afirmaron tener el tratamiento para el TDAH mediante la eliminación de los aditivos alimentarios de la dieta. Incluso la dieta libre de aditivos para el tratamiento del TDAH fue popularizada por medios de comunicación y aceptada por muchos padres de niños enfermos, sin embargo, revisiones sistemáticas demostraron que la dieta no fue eficaz y se llegó a la conclusión de que los aditivos alimentarios no causan el TDAH.

Marco conceptual

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad: constituye un trastorno del neurodesarrollo importante que se inicia antes de los 7 años de edad y puede extenderse hasta los 12 años aproximadamente y en algunos caso tornarse crónico hasta la etapa adulta , se caracteriza por bajos niveles de atención que comprende: concentración, organización y olvidos frecuentes, así mismo impulsividad que comprende: reacciones inmediatas, esperar un turno o interrupciones constantes e hiperactividad caracterizada por actividad motora excesiva, cuyas repercusiones exigen una carga para la sociedad en términos económicos, tensión familiar y repercusiones en el ámbito académico y personal. A nivel mundial es un problema de salud pública con alta prevalencia en la población pediátrica, siendo el sexo masculino el más afectado. La forma primaria de tratamiento para el TDAH es la prescripción de fármacos como el metilfenidato anfetamina, al estimular la liberación e inhiben la absorción de catecolaminas (dopamina y noradrenalina) sumada a terapia conductual mejoran el comportamiento, el autocontrol y la autoestima del niño.

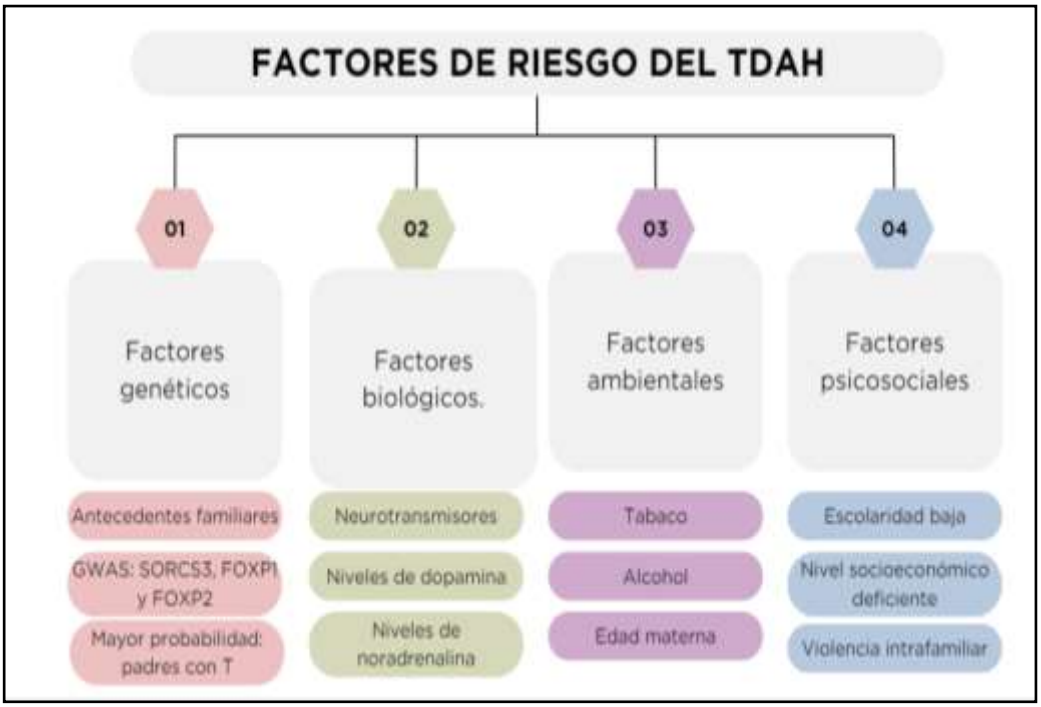
Figura 2. Trastorno de atención e hiperactividad

Fuente: Elaborada por la autora con base en la información consultada

FACTORES DE RIESGO DE TDAH

La causa del TDAH es multifactorial, es una confluencia de factores genéticos y ambientales, en lo concerniente a la heredabilidad, sabemos que la concordancia va de 70 a 90%, Si un padre tiene TDAH el riesgo en el niño aumenta entre 2 y 8 veces. Para un hermano, el riesgo aumenta entre 3 y 5 veces. Factores ambientales actúan como desencadenantes o moduladores de la carga genética. Los siguientes factores predisponen el desarrollo de TDAH: exposición intrauterina al tabaco, al alcohol o a tratamiento farmacológico (benzodiacepinas o anticonvulsivantes); prematuridad; bajo peso al nacer; complicaciones perinatales; edad materna avanzada al momento del parto; conflicto familiar severo o crónico; familia numerosa; antecedentes psiquiátricos en padres; institucionalización; infra estimulación por un largo período de tiempo; clase social baja. En la etapa postnatal, una dieta inadecuada, deficiencia de yodo y de vitaminas del complejo B; exposición temprana al plomo o a los bifenilos policlorados (PCB). Algunos estudios demuestran la implicancia de preservantes y colorantes artificiales de alimentos como factores de riesgo.

Figura 3. Factores de riesgo del TDAH.



Fuente: Elaborada por la autora con base en la información consultada

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Se define como las complicaciones relacionadas al embarazo, patología médica o instancia de riesgo relacionado a la salud, que pueden incrementar la morbimortalidad materna y perinatal, con las respectivas secuelas a futuro en la madre como el neonato. Se establece el riesgo en la gestante tomando en cuenta parámetros como: antecedentes obstétricos (muerte fetal previa, 3 o más abortos espontáneos, peso menor a 2500 gramos o mayor a 4500 gramos del último bebé, hipertensión, preeclampsia o eclampsia en el último embarazo y cirugías previas del tracto reproductivo) antecedentes patológicos familiares (diabetes mellitus, hipertensión arterial, trastornos tiroideos etc), historia clínica general (diabetes mellitus insulinodependiente, nefropatía, cardiopatías, consumo de drogas o alcohol y otras patologías severas) y embarazo actual (embarazo múltiple, hemorragia vaginal, masa pélvica edad menor a los 16 años, isoinmunización Rh(-), presión diastólica de 90 mmHg o más). La conducta básica es identificar los factores de riesgo, cuadro clínico u otros indicadores con la finalidad de establecer una referencia, manejo y tratamiento adecuado de las pacientes identificadas con riesgo, además es necesario identificar los puntos vulnerables que ameriten una intervención rápida como amenaza de parto prematuro o eclampsia convulsiva entre otras situaciones con el personal competente del nivel correspondiente.

Figura 4. Embarazo de alto riesgo

Fuente: Elaborada por la autora con base en la información consultada

El diseño e implementación de políticas públicas centradas en la salud materno-infantil son fundamentales para garantizar la efectividad de cualquier plan preventivo. Las políticas deben promover el acceso equitativo a la atención prenatal, especialmente para las mujeres en situación de vulnerabilidad o aquellas con embarazos de alto riesgo. Es necesario que el sistema de salud proporcione servicios de salud mental accesibles para las madres, además de programas educativos que sensibilicen sobre los riesgos del embarazo y cómo prevenirlos. Asimismo, debe fomentarse la creación de redes de apoyo comunitarias que proporcionen acompañamiento social y emocional durante el embarazo.

Operacionalización

Variable	Dimensiones	Indicadores
Embarazo de Alto Riesgo (Independiente)	**Condiciones Maternas**	- Enfermedades crónicas en la madre (hipertensión, diabetes)
		- Complicaciones obstétricas previas (aborto, preeclampsia)
	Intervenciones Médicas	- Frecuencia de controles prenatales
		- Resultados de exámenes médicos (ecografía, análisis de sangre)
	Factores Ambientales	- Exposición a toxinas (tabaco, alcohol)
		- Condiciones socioeconómicas (estrés, acceso a salud)
	Salud Psicológica de la Madre	- Trastornos psicológicos maternos (estrés, depresión)
Niños con TDAH (Dependiente)	**Manifestaciones Clínicas**	- Inquietud, distracción excesiva
		- Impulsividad y conductas disruptivas
	Diagnóstico y Tratamiento	- Diagnóstico clínico (psiquiatría, psicología)
		- Tratamientos farmacológicos y psicológicos
	Impacto en el Desarrollo Infantil	- Retraso cognitivo y social
		- Dificultades en rendimiento académico
Factores de Riesgo para TDAH (Independiente)	**Factores Genéticos**	- Historia familiar de TDAH o trastornos psiquiátricos
	Exposición Prenatal a Tóxicos	- Consumo de sustancias durante el embarazo
		- Exposición a químicos o

		metales pesados
	Complicaciones Obstétricas	- Parto prematuro, bajo peso al nacer
	Condiciones Médicas Maternas	- Enfermedades maternas crónicas (hipertensión, diabetes)
	Salud Mental Materna	- Trastornos emocionales en la madre durante el embarazo

Fuente: Elaborada por la autora con base en la información consultada.

CAPITULO 3. Marco metodológico

Matriz de congruencia

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	HIPOTESIS GENERAL	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLES ESTUDIADAS
¿Influye un plan de prevención durante el embarazo en mujeres con alto riesgo obstétrico en la reducción de la incidencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en los niños nacidos de estos embarazos?	Las pacientes con embarazos de alto riesgo que son intervenidas con un plan de cuidados e información prenatales tienen mayor posibilidad de prevenir niños con TDAH a futuro.	Diseñar un plan de prevención para embarazadas con alto riesgo para evitar el desarrollo de TDAH.	• Diseñar un plan de prevención para embarazadas con alto riesgo para evitar el desarrollo de TDAH. • Identificar factores de riesgo de cronicidad o mala evolución del TDAH. • Valorar la respuesta al plan de prevención en los productos a futuro.	Embarazo de alto riesgo Factores de riesgo (biológicos, ambientales, genéticos) Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

Método racional de análisis

El presente trabajo investigativo adopta un paradigma pragmático con un enfoque mixto, que integra tanto el enfoque cuantitativo como el cualitativo. Esta combinación permite una comprensión más amplia y detallada de la relación entre el TDAH y los embarazos de alto riesgo. En este caso, el diseño metodológico adoptado es concurrente, lo que implica que ambos enfoques, cuantitativo y cualitativo, se desarrollan simultáneamente, utilizando poblaciones definidas y diferentes instrumentos de medición. Para el análisis cuantitativo, se utilizará una muestra definida de mujeres embarazadas catalogadas con alto riesgo. Se recogerán datos a través de cuestionarios estandarizados y registros médicos para evaluar variables como la frecuencia de complicaciones durante el embarazo, resultados perinatales, y uso de medicamentos. Se emplearán métodos estadísticos y pruebas de hipótesis para determinar la relación entre el TDAH y los embarazos de alto riesgo. En el componente cualitativo, se realizarán entrevistas semiestructuradas con un subconjunto de las participantes para explorar sus experiencias personales y percepciones sobre cómo el TDAH afecta su embarazo. También se incluirán profesionales de la salud para obtener una perspectiva más amplia sobre la gestión de embarazos de alto riesgo. El análisis de contenido y el análisis temático se utilizarán para identificar patrones y temas recurrentes en los datos cualitativos. El uso del método mixto se justifica en la necesidad de abordar la complejidad del fenómeno en estudio. El TDAH y los embarazos de alto riesgo presentan múltiples dimensiones que no pueden captarse completamente mediante un solo enfoque. Al combinar los datos cuantitativos y cualitativos, se busca obtener una visión más completa y profunda de la problemática, permitiendo triangulación y una mayor validez de los resultados. El razonamiento formal sustenta el método concurrente, de manera que los resultados obtenidos a través de las actividades propias de la investigación serán corroborados o refutados mediante la verificación del planteamiento de la hipótesis. Este proceso permitirá validar o ajustar las teorías subyacentes sobre la influencia del TDAH en los embarazos de alto riesgo. La presente investigación se inscribe dentro del paradigma pragmático, el cual prioriza la utilidad y la aplicabilidad de los resultados de investigación para informar prácticas clínicas y políticas de salud. Este enfoque es particularmente relevante

para el desarrollo de estrategias de intervención y apoyo que aborden las necesidades específicas de las mujeres embarazadas con TDAH, con el fin de mejorar los resultados de salud materna y neonatal.

Profundidad

En consonancia con los distintos niveles de investigación, el estudio actual se caracteriza por un análisis profundo que explora la estructura creativa y procedimental. Se enmarca dentro de una investigación de tipo proyectivo con enfoques cualitativos y cuantitativos, y tiene como objetivo proponer soluciones preventivas a problemas de salud pública en el ámbito de la salud mental y materna.

DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación se estructura en cuatro fases secuenciales, cada una con etapas específicas, para abordar la relación entre el TDAH y los embarazos de alto riesgo, en función de los objetivos planteados.

Fase 1: Determinación de las fuentes de datos

Etapa 1: Identificación de paciente gestantes catalogadas con riesgo obstétrico alto

Etapa 2**:** Recolección de información clínica y antecedentes médicos relevantes del historial clínico de las pacientes.

Fase 2: Diseño del Plan de Prevención

Etapa 1: Diseñar un plan preventivo específico para embarazadas con alto riesgo.
Etapa 2**:** Revisión por pares, ajustes según retroalimentación pertinente y revisión ética.
Etapa 3: Definición de criterios de inclusión/exclusión y consentimiento informado.

Fase 3: Implementación del Plan

Etapa 1: Instauración del plan preventivo a las participantes seleccionadas, según las necesitades de cada una de las pacientes catalogadas bajo criterios establecidos en el Ministerio de Salud Pública.

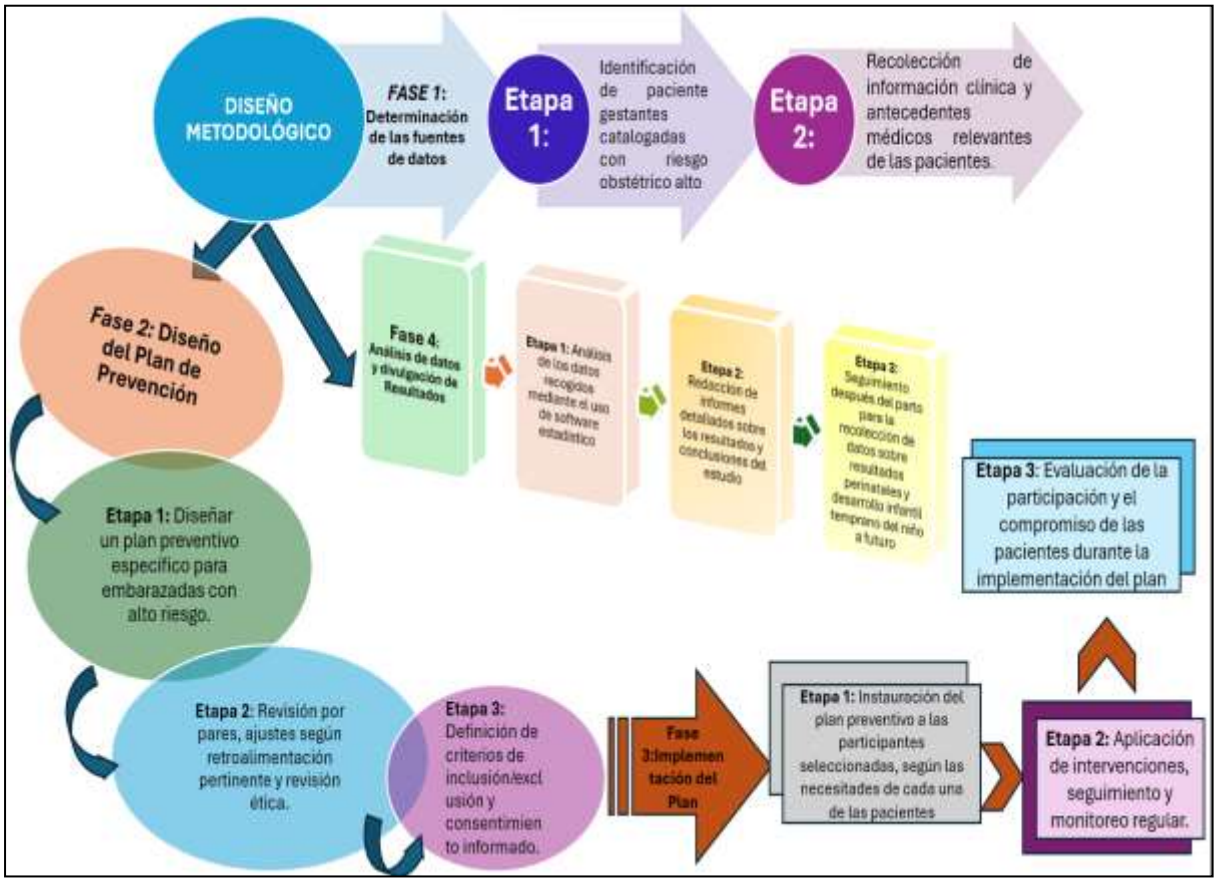
Etapa 2: Aplicación de intervenciones, seguimiento y monitoreo regular.

Etapa 3**:** Evaluación de la participación y el compromiso de las mujeres embarazadas durante la implementación del plan de intervención.

Fase 4: Análisis de datos y divulgación de resultados

Etapa 1: Análisis de los datos recogidos mediante el uso de software estadístico.
Etapa 2: Redacción de informes detallados sobre los resultados y conclusiones del estudio.
Etapa 3: Seguimiento después del parto para la recolección de datos sobre resultados perinatales y desarrollo infantil temprano del niño a futuro.

Figura 5. Flujograma para diseño metodológico de plan de intervención para embarazas de alto riesgo para prevenir TDAH.



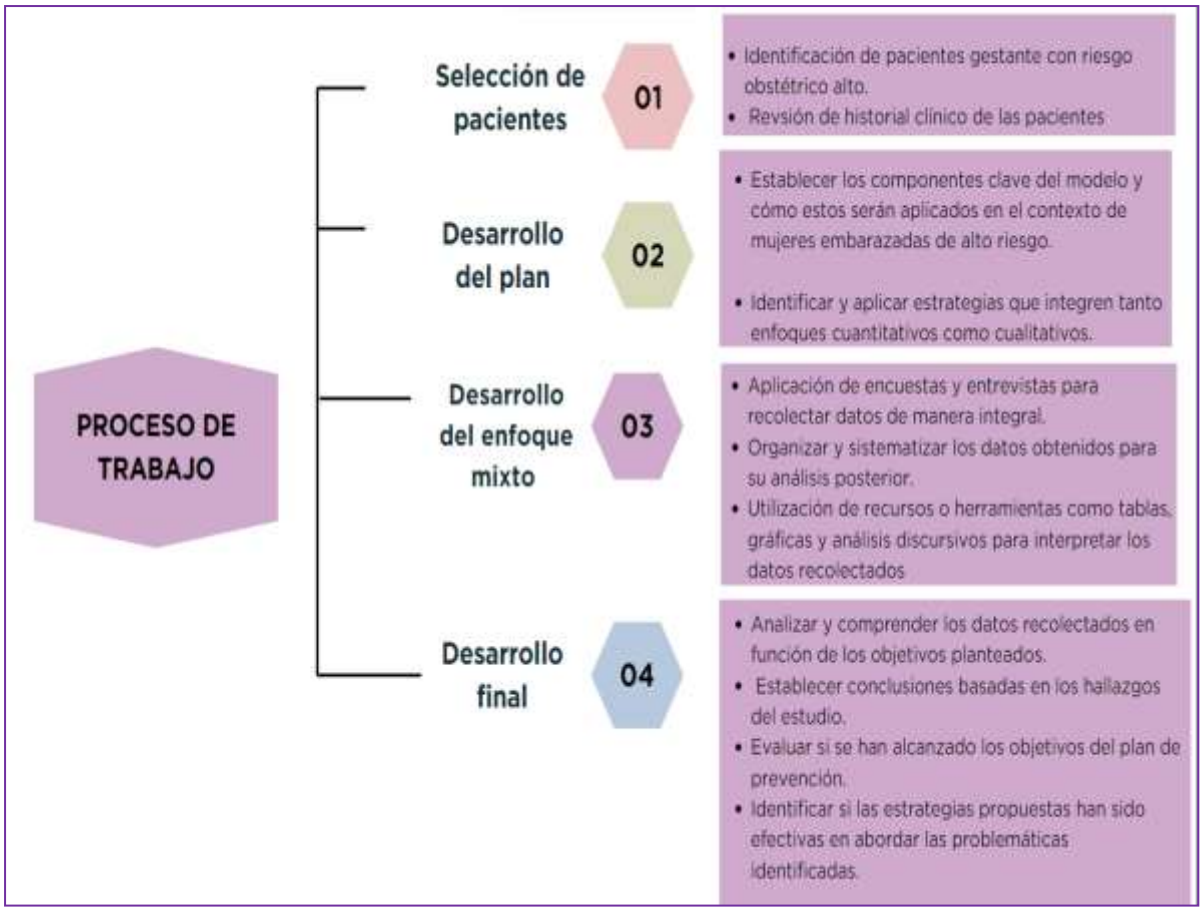
Nota: Ruta metodológica de proyecto de investigación, Flores (2024). Plan de intervención para embarazas de alto riesgo para prevenir TDAH.

ENFOQUE DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El enfoque metodológico para la recolección de datos en el plan de intervención para embarazadas de alto riesgo, destinado a prevenir el TDAH, es de carácter mixto. Este enfoque integra y complementa los datos obtenidos mediante instrumentos cuantitativos y cualitativos. La metodología emplea un diseño concurrente, aplicándose durante el trabajo de campo y la recolección de datos con las pacientes gestantes de riesgo

obstétrico alto. El diseño metodológico propuesto se implementa a través de cuatro fases detalladas, las cuales permiten obtener una visión integral y completa de la realidad investigada, garantizando la validez y confiabilidad de los resultados. Referencia figura 6.

Figura 6. Ilustración de ruta a seguir en el enfoque mixto para el logro de los objetivos.



Nota: Figura de ruta de enfoque mixto para logro de los objetivos de la investigación, Flores (2024). Plan de intervención para embarazas de alto riesgo para prevenir TDAH.

Procedimientos de instrumentación

Para llevar a cabo la recolección de datos, se han seleccionado diversas técnicas e instrumentos que serán utilizados, siguiendo los elementos y la secuencia establecidos en la operacionalización de las variables del estudio. Estas variables se han referenciado teniendo en cuenta tanto los alcances como las limitaciones, así como la pregunta de investigación planteada. En esta sección, es esencial observar los eventos investigados, interpretar las variables y asegurarse de identificar correctamente las fuentes analizadas a lo largo de todo el proceso de trabajo, lo que permitirá determinar con exactitud los sujetos de estudio de los cuales se obtendrá la información necesaria.

Técnicas aplicadas para recolección de datos:

Técnica 1.

Observación participante: Esta técnica permite a los investigadores recopilar datos detallados y precisos mediante la observación sistemática de las participantes en sus entornos naturales, como centros médicos o clínicas prenatales a los cuales acuden para sus controles mensuales. Además, al minimizar la intrusión y mantener la objetividad, esta técnica asegura que los datos recopilados sean fiables y reflejen fielmente la realidad de las participantes, contribuyendo significativamente a la validez del estudio

Técnica 2.

Entrevista: permiten obtener información detallada y profunda sobre el tema de estudio, a través de la interacción directa con las pacientes gestantes en en relación con la salud materna ligada al TDAH, permitiendo la comprensión las perspectivas, experiencias y opiniones de los entrevistados, proporcionando un contexto rico y matizado que puede no ser accesible a través de otras técnicas.

Técnica 3.

Encuesta: permite recopilar datos mediante un conjunto de preguntas diseñadas para obtener información específica de las participantes sobre los factores de riesgo presentes en la vida de las mujeres embarazadas.

Instrumentos aplicados para la recolección de datos

Matriz de observación: La información se registra mediante datos obtenidos a través de la participación activa del investigador en el proceso de investigación.

Guion de entrevista: sirve como una guía, proporcionando una lista de preguntas y temas que se deben cubrir durante la misma. Además de las preguntas específicas, el guion de la entrevista puede incluir notas sobre el enfoque y cualquier otra información relevante para asegurar un abordaje efectivo y productivo del tema, es importante realizarla de manera organizada y coherente, mientras se mantiene el flujo de la conversación y se logra el objetivo de la entrevista.

Cuestionario: Las preguntas están estandarizadas, lo que significa que todos los participantes reciben las mismas preguntas en el mismo orden, lo que facilita la comparación y el análisis de los datos.

Figura 7. *Diagrama de técnicas e instrumentos para recolección de datos*

Nota: Figura de diagrama de instrumentación para la recolección de los datos, Flores (2023). Plan de intervención para embarazas de alto riesgo para prevenir TDAH.

Proceso de rigor científico, validación y confiabilidad de la recolección de los datos

En el presente trabajo investigativo, que aborda la creación de un plan de intervención para embarazadas de alto riesgo con el objetivo de prevenir el TDAH en niños a futuro, se utilizarán los enfoques cuantitativo y cualitativo para garantizar la rigurosidad científica, la validación y la confiabilidad de los datos recolectados.

Enfoque cualitativo

La validación y la fiabilidad en este enfoque se logran a través de tres tipos de validez:

Validez de criterio: Se asegura que los instrumentos y métodos utilizados reflejen adecuadamente la realidad del fenómeno estudiado. Esto incluye la observación directa de los entornos donde se desarrollan las intervenciones, asegurando que los datos capturados reflejen de manera fiel las dinámicas y factores presentes.

Validez de contenido: Se evalúa que los instrumentos de recolección de datos abarquen todos los aspectos relevantes del tema. En este caso, se incluyen las experiencias de las embarazadas de alto riesgo, sus percepciones sobre el TDAH, y las recomendaciones de profesionales de la salud especializados en el tema.

Validez de constructo: Se analiza si los conceptos medidos, como el riesgo de TDAH, están representados de manera coherente en las herramientas de recolección de datos, permitiendo una comprensión profunda y holística del fenómeno.

La fiabilidad en la recolección de datos cualitativos se logrará mediante:

Observación participante: Permitirá al investigador estar inmerso en los contextos donde se desarrollan las intervenciones, capturando detalles que podrían no ser evidentes en otras metodologías. La información registrada será consistente y verificable a lo largo del tiempo.

Entrevistas a informantes clave: Estas entrevistas proporcionarán datos detallados y específicos de actores directamente involucrados en la atención y

seguimiento de las embarazadas de alto riesgo. Se aplicará un proceso de triangulación para contrastar las perspectivas obtenidas con teorías existentes y otros estudios similares, asegurando así la credibilidad de los datos.

Enfoque cuantitativo

Para asegurar la validez y confiabilidad de los datos cuantitativos, se seguirán estos pasos:

Validez de los instrumentos: Las encuestas y cuestionarios serán sometidos a un proceso de validación que garantizará que las preguntas sean claras, coherentes y relevantes para los objetivos de la investigación.

Confiabilidad de los datos: Los datos recolectados serán sometidos a análisis estadístico utilizando coeficientes de confiabilidad.

Análisis estadístico descriptivo: Se utilizará para interpretar los resultados obtenidos y evaluar la eficacia de las intervenciones propuestas, proporcionando una base sólida para la generalización de los hallazgos.

Este proceso de validación, fiabilidad y análisis riguroso permitirá que las conclusiones y recomendaciones derivadas de esta investigación sean sólidas, confiables y aplicables en contextos similares.

IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN, MUESTREO, MUESTRA DE ESTUDIO E INFORMANTES CLAVES

Para llevar a cabo la recolección de datos en este estudio, se han seleccionado diversas técnicas e instrumentos que permiten obtener información detallada, precisa y relevante, siguiendo la secuencia establecida en la operacionalización de las variables. Estas variables han sido seleccionadas considerando tanto los alcances y limitaciones del estudio como la pregunta de investigación planteada. A lo largo del proceso, es fundamental observar e interpretar correctamente los eventos investigados, asegurando la identificación precisa de las fuentes analizadas, lo que permitirá determinar con exactitud los sujetos de estudio de los cuales se obtendrá la información necesaria.

Técnicas Aplicadas para Recolección de Datos

Técnica 1.

Observación Participante: La observación participante es una técnica que permite a los investigadores recopilar datos detallados mediante la observación sistemática de las embarazadas catalogadas con riesgo en sus entornos naturales, como centros médicos o clínicas prenatales durante sus controles mensuales. Al minimizar la intrusión y mantener la objetividad, esta técnica asegura que los datos recopilados reflejen fielmente la realidad de las participantes, contribuyendo a la validez del estudio. (Ver anexo 1.)

Instrumento 1.

Matriz de Observación: La información obtenida a través de la observación participante se registra en una matriz, que facilita la sistematización de los datos recogidos en el campo. Este instrumento permite documentar de manera estructurada las interacciones y comportamientos observados, garantizando la fiabilidad y la consistencia de los datos.

Técnica 2.

Entrevista: Mediante entrevistas a ginecólogos obstetras y otros profesionales de la salud materno-fetal, se obtiene información especializada y profunda sobre la relación entre la salud materna y el riesgo de desarrollar TDAH en los futuros hijos. Este enfoque permite explorar el conocimiento clínico, las experiencias y las perspectivas de estos expertos respecto a los factores de riesgo materno-fetales, como las complicaciones gestacionales, los estilos de vida y las condiciones perinatales, ofreciendo un contexto valioso para identificar patrones clínicos y áreas de preocupación en el manejo de pacientes embarazadas, además de brindar una visión experta sobre las intervenciones actuales y las estrategias preventivas. Asimismo, este método facilita comprender cómo los profesionales perciben la relación entre factores gestacionales y el desarrollo neuroconductual infantil, enriqueciendo la base de evidencia para futuras investigaciones y prácticas clínicas. (Ver anexo 2.)

Instrumento 2.

Guion de Entrevista: El guion de entrevista actúa como una guía, proporcionando una lista de preguntas y temas que se deben cubrir durante la entrevista. Incluye notas sobre el enfoque, asegurando que el entrevistador aborde todos los aspectos relevantes del tema de manera organizada y coherente, manteniendo el flujo natural de la conversación y logrando los objetivos de la entrevista.

Técnica 3.

Encuesta: Las encuestas permiten recopilar datos específicos sobre los factores de riesgo en la vida de las mujeres embarazadas. Mediante un conjunto de preguntas estandarizadas, se recogen datos cuantitativos que facilitan la comparación y el análisis de las diferentes variables de estudio, ofreciendo una visión amplia de los riesgos asociados con el desarrollo de TDAH en los niños a futuro.

Instrumento 3.

Cuestionario: El cuestionario se compone de preguntas estandarizadas, presentadas en el mismo orden a todas las participantes. Este formato facilita la comparación de las respuestas y el análisis estadístico de los datos, permitiendo identificar patrones y correlaciones entre los factores de riesgo y el desarrollo potencial de TDAH en los niños (Ver anexo 3.)

2. Los diseños de instrumentos seleccionados se adjunta como anexos al presente informe**,** Anexo 1: Matriz de Observación, Anexo 2: Cuestionarios, Anexo 3 : Entrevista.

Anexo 1: Matriz de observación que se desarrollará en los consultorios y salas de atención a las pacientes embarazadas que acuden a sus controles y citas subsecuentes.
Anexo 2: Guión de entrevista aplicada a especialistas de la salud materno-fetal.
Anexo 3: Cuestionario, el mismo que será aplicado a las participantes de la investigación.

Trabajo de campo

Para la recolección de datos en este estudio, se han empleado diversas técnicas e instrumentos diseñados para obtener información detallada, precisa y pertinente, alineándose con la secuencia definida en la operacionalización de las variables. Estas variables fueron seleccionadas considerando tanto los objetivos y limitaciones del estudio como la pregunta de investigación formulada. Durante el proceso, es crucial observar e interpretar de manera adecuada los eventos investigados, asegurando una identificación rigurosa de las fuentes analizadas. Esto permitirá determinar con exactitud a los sujetos de estudio de los cuales se recopilará la información requerida.

Técnicas Aplicadas para Recolección de Datos

Técnica 1.

Observación Participante: La observación participante es una técnica que permite a los investigadores recopilar datos detallados mediante la observación sistemática de las embarazadas catalogadas con riesgo en sus entornos naturales, como centros médicos o clínicas prenatales durante sus controles mensuales. Al minimizar la intrusión y mantener la objetividad, esta técnica asegura que los datos recopilados reflejen fielmente la realidad de las participantes, contribuyendo a la validez del estudio. (Ver anexo 1.)

Instrumento 1.

Matriz de Observación: La información obtenida a través de la observación participante se registra en una matriz, que facilita la sistematización de los datos recogidos en el campo. Este instrumento permite documentar de manera

estructurada las interacciones y comportamientos observados, garantizando la fiabilidad y la consistencia de los datos.

Técnica 2.

Entrevista: Mediante entrevistas a ginecólogos obstetras y otros profesionales de la salud materno-fetal, se obtiene información especializada y profunda sobre la relación entre la salud materna y el riesgo de desarrollar TDAH en los futuros hijos. Este enfoque permite explorar el conocimiento clínico, las experiencias y las perspectivas de estos expertos respecto a los factores de riesgo materno-fetales, como las complicaciones gestacionales, los estilos de vida y las condiciones perinatales, ofreciendo un contexto valioso para identificar patrones clínicos y áreas de preocupación en el manejo de pacientes embarazadas, además de brindar una visión experta sobre las intervenciones actuales y las estrategias preventivas. Asimismo, este método facilita comprender cómo los profesionales perciben la relación entre factores gestacionales y el desarrollo neuroconductual infantil, enriqueciendo la base de evidencia para futuras investigaciones y prácticas clínicas. (Ver anexo 2.)

Instrumento 2.

Guion de Entrevista: El guion de entrevista actúa como una guía, proporcionando una lista de preguntas y temas que se deben cubrir durante la entrevista. Incluye notas sobre el enfoque, asegurando que el entrevistador aborde todos los aspectos relevantes del tema de manera organizada y coherente, manteniendo el flujo natural de la conversación y logrando los objetivos de la entrevista.

Técnica 3.

Encuesta: Las encuestas permiten recopilar datos específicos sobre los factores de riesgo en la vida de las mujeres embarazadas. Mediante un conjunto de preguntas estandarizadas, se recogen datos cuantitativos que facilitan la comparación y el análisis de las diferentes variables de estudio, ofreciendo una visión amplia de los riesgos asociados con el desarrollo de TDAH en los niños a futuro.

Instrumento 3.

Cuestionario: El cuestionario se compone de preguntas estandarizadas, presentadas en el mismo orden a todas las participantes. Este formato facilita la comparación de las respuestas y el análisis estadístico de los datos, permitiendo

identificar patrones y correlaciones entre los factores de riesgo y el desarrollo potencial de TDAH en los niños (Ver anexo 3.)

2. Los diseños de instrumentos seleccionados se adjunta como anexos al presente informe**,** Anexo 1: Matriz de Observación, Anexo 2: Cuestionarios, Anexo 3 : Entrevista.

Anexo 1: Matriz de observación que se desarrollará en los consultorios y salas de atención a las pacientes embarazadas que acuden a sus controles y citas subsecuentes.

Anexo 2: Guión de entrevista aplicada a especialistas de la salud materno-fetal.

Anexo 3: Cuestionario, el mismo que será aplicado a las participantes de la investigación

ESTRATIFICACIÓN DE MUESTRA

Tabla 1. **Selección de pacientes gestantes en el cantón Loja.**

Centro de Salud	Hipertensión gestacional	Diabetes gestacional	Anemia ferropénica	Hipotiroidismo	Trastornos vasculares	Embarazo múltiple
Centro de Salud N°1	8	6	5	4	3	2
Centro de Salud N°2	6	7	4	3	2	3
Centro de Salud N°3	2	2	1	1	1	1
C. S .Obrapía	3	2	1	2	1	1
C. S. Menfis	4	4	3	2	2	2
C. S. Miraflores	5	5	4	3	2	1
C. S, La Pradera	6	5	4	3	2	1
C. S. Carigan	4	3	3	2	2	1
C. S. Motupe	5	4	3	3	2	1
C. S. Chontacruz	6	5	4	3	3	2
C. S, Jimbilla	2	2	2	1	1	1
C. S.Gualel	4	3	2	2	1	1
C. S. Chantaco	3	3	2	1	1	1
C. S. Taquil	4	4	3	2	2	1
C. S. Belén	5	4	3	2	1	1
C. S.Aguangora	3	2	2	2	1	1
C. S. Comunidades	6	5	4	3	3	2
C. S. Consacola	5	4	3	2	2	2
C. S. El Cisne	4	3	3	2	1	1
C. S. Héroes del Cenepa	5	4	3	2	2	2
C. S. Malacatos	6	5	4	3	2	2
C. S. Pichic	4	3	3	2	1	1
C. S. San Cayetano	3	3	2	2	1	1

C. S. San Lucas	8	6	5	4	3	2
C. S. Santiago	6	7	4	3	2	3
C. S. Tierras Coloradas	2	2	1	1	1	1
C. S.Vilcabamba	3	2	1	2	1	1
C. S. Zamora Huayco	4	4	3	2	2	2
C. S.Yangana	5	5	4	3	2	1
TOTAL	6	5	4	3	2	1
						310

Nota: Categorización de pacientes para aplicación de instrumento, Flores (2023). Plan de intervención para embarazas de alto riesgo para prevenir TDAH.

2.- Cálculo de muestra finita

Cálculo de la muestra:(ver en una figura 9) Fórmula para el Cálculo de Tamaño de Muestra en Poblaciones Finitas

Nivel de confianza	Z_{alfa}
99.7%	3
99%	2,58
98%	2,33
96%	2,05
95%	1,96
90%	1,645
80%	1,28
50%	0,674

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N-1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N	Tamaño de la población o universo
n	Tamaño de muestra buscado
Z	Parámetros estadísticos que dependen del nivel de confianza (NC)
e	Error de estimación máxima aceptada
p	Probabilidad de que ocurra el evento estudiado
q	Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

$$n = \frac{1605 \times (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}{(0.05)^2 \times (2605-1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = \frac{1605 \times (3.8416) \times 0.50 \times 0.50}{(0.0025) \times (2604) \times (3.8416) \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = \frac{2501.842}{7.4704}$$

$$n = \frac{33.4}{}$$

n = 310

De una población total de 1,600 mujeres embarazadas en el cantón Loja, se seleccionaron 310 casos clasificados como de alto riesgo obstétrico, basándose en criterios específicos de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión consideraron diagnósticos previos de patologías asociadas al alto riesgo obstétrico, como hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, preeclampsia, embarazo múltiple, anemia severa, además de residir en el cantón durante el periodo de estudio. Se excluyeron las embarazadas sin registros médicos que validaran el diagnóstico de alto riesgo o aquellas que no accedieron a participar en el estudio. La selección de esta población, que representa el 19.4% del total, permite enfocar el análisis en un grupo vulnerable que requiere intervenciones prioritarias, garantizando la representatividad y relevancia para desarrollar estrategias preventivas en salud materno-fetal, alineadas con datos reportados en estudios similares en la región.

CALCULO DE SELECCIÓN ESTADISTICA NO PROBABILISTICA POR CONVENIENCIA

La selección de la muestra mediante un cálculo de selección estadística no probabilística por conveniencia se justifica por su practicidad y adecuación a las condiciones del estudio. De una población de 310 mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico atendidas en diferentes casas de salud del cantón Loja, se eligieron 8 pacientes del Centro de Salud N°3 por ser accesibles, estar bajo seguimiento clínico activo y cumplir con los criterios de inclusión específicos. Esta metodología permite optimizar recursos y tiempo, centrándose en un subconjunto manejable de pacientes relevante para los objetivos del estudio, especialmente en contextos exploratorios o descriptivos. Aunque no garantiza la representatividad estadística completa, los datos obtenidos son valiosos para identificar tendencias y

factores de interés, guiando futuras investigaciones más amplias. La selección se realizó considerando las limitaciones logísticas y asegurando criterios clínicos estrictos, garantizando la calidad y pertinencia de la información recopilada. (ver tabla 2)

Tabla 2. Participantes para elección de la muestra

CENTRO DE SALUD	EMBARAZADAS CON RIESGO ALTO	PATOLOGÍAS							Paciente controlada	Paciente no controlada
		Hipertensión gestacional	Diabetes gestacional	Anemia ferropénica	Hipotiroidismo	Trastornos vasculares	Embarazo múltiple	Sobrepeso y Obesidad		
PACIENTE 1	1	X							1	
PACIENTE 2	1	X						X	1	
PACIENTE 3	1				X					1
PACIENTE 4	1			X						1
PACIENTE 5	1		X						1	
PACIENTE 6	1						X			1
PACIENTE 7	1					X				1
PACIENTE 8	1		X							1
TOTAL	8								3	5

Nota: Número de participantes para elección de la muestra
Fuente: Elaborada por la autora con base en la información consultada

RESULTADOS

Resultado de la matriz de observación:

Se presentan los resultados obtenidos a partir de la matriz de observación aplicada a ocho pacientes gestantes clasificadas con riesgo obstétrico alto. Esta matriz fue desarrollada durante los controles prenatales subsecuentes realizados en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, con el fin de evaluar la evolución clínica y las intervenciones realizadas a lo largo del seguimiento médico.

Tabla 3. Matriz de observación participante

MATRIZ DE OBSERVACIÓN
PACIENTE 1

DIAGNOSTICO CIE 10: O13 Hipertensión gestacional inducida por el embarazo sin proteinuria significativa **O09.9 - Supervisión de embarazo de alto riesgo**				
Dimensión	**Indicador**	**Descripción**	**Escala de Valoración**	**Puntaje total**
SALUD FÍSICA MATERNA	Control prenatal regular	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	1: No asiste, Asiste parcialmente **3: Asiste a todas las consultas**	3
	Nutrición adecuada	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	1: No sigue dieta, **2: Sigue parcialmente.** 3: Sigue completamente	
	Actividad física moderada	Participación en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	1: No realiza, **2: Realiza parcialmente** 3: Realiza adecuadamente	
SALUD MENTAL MATERNA	Estrés materno	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	1: Alto 2: Moderado **3: Bajo**	
	Apoyo	Presencia de	1: Nulo,	

	emocional	redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	**2: Parcial**, 3: Total	
SALUD FETAL	Crecimiento y desarrollo fetal	Seguimiento del desarrollo fetal mediante ecografías y controles médicos.	1: Por debajo del promedio, **2: Promedio** 3: Por encima del promedio	
	Exposición a sustancias tóxicas	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc	1: Alta exposición, 2: Moderada, **3: Sin exposición**	
INTERVENCIONES EDUCATIVAS	Educación prenatal sobre el TDAH	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	1: No participa, 2: Participa parcialmente, 3: **Participa activamente**	
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	Participación en talleres y actividades para reducir el estrés durante el embarazo.	1: No participa, **2: Participa parcialmente,** 3: Participa activamente	Bimensual
SEGUIMIENTO POSTNATAL	Evaluación del desarrollo del recién nacido	Seguimiento de los hitos del desarrollo del niño en los primeros meses de vida.	1: Retraso en hitos, 2: Desarrollo normal, 3: Desarrollo avanzado	**NO VALORABLE**
	Apoyo continuo a la madre	Presencia de apoyo y seguimiento a la madre después del parto para garantizar su bienestar.	1: Nulo, 2: Parcial, 3: Total	**NO VALORABLE**

MATRIZ DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE / SEGUIMIENTO DE PACIENTE 1 DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO								
Ítem	DIAGNOSTICO CIE 10: O13 Hipertensión gestacional inducida por el embarazo sin proteinuria significativa O09.9 - Supervisión de embarazo de alto riesgo							
	Criterios de evaluación	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Adecuado 3	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Básico 2	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Insuficiente 1	PUNTOS
1	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	El paciente sigue el calendario de consultas médicas programadas según su diagnóstico de alto riesgo. Asiste puntualmente a todas las citas, lo que permite un monitoreo adecuado del progreso del embarazo.	3					
2	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	Se observa una adherencia completa a la dieta recomendada, evitando alimentos contraindicados. Esto favorece la estabilidad de la paciente y su salud materno-fetal	3					
3	Participación	La paciente participa regularmente en						

	en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	ejercicios físicos recomendados, mejorando su bienestar físico sin afectar el curso de su embarazo.			2			
	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	Se identifica un bajo nivel de estrés en la paciente, lo que contribuye a un ambiente saludable para el desarrollo fetal.	3					
	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	La paciente cuenta con un apoyo emocional fuerte de su entorno familiar, lo que facilita la adherencia a los cuidados prenatales y su bienestar psicológico.	3					
	Seguimiento del desarrollo fetal mediante ecografías y	Se evidencian controles periódicos y ecografías que indican un desarrollo fetal dentro de los rangos esperados para la edad gestacional, sin anomalías.	3					

	controles médicos.							
	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc.	No se observa ninguna exposición a sustancias tóxicas, lo que reduce riesgos adicionales al embarazo.	3					
	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	La paciente participa activamente en todas las sesiones educativas, demostrando interés y compromiso con el bienestar de su futuro hijo.	3					

Tabla 4. Matriz de observación participante

MATRIZ DE OBSERVACIÓN PACIENTE 2				
DIAGNOSTICO CIE 10: **O13 Hipertensión gestacional inducida por el embarazo sin proteinuria significativa** **O99. 2 Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo el parto y el puerperio.** **O09.9 - Supervisión de embarazo de alto riesgo**				
Dimensión	Indicador	Descripción	Escala de Valoración	Puntaje total
SALUD FÍSICA MATERNA	Control prenatal regula	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	1: No asiste, 2.Asiste parcialmente **3: Asiste a todas las consultas**	
	Nutrición adecuada	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	**1: No sigue dieta,** 2: Sigue parcialmente. 3: Sigue completamente	
	Actividad física moderada	Participación en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	1: No realiza, **2: Realiza parcialmente** 3: Realiza adecuadamente	
SALUD MENTAL MATERNA	Estrés materno	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	1: Alto **2: Moderado** 3: Bajo	

	Apoyo emocional	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	1: Nulo, **2: Parcial,** 3: Total	
SALUD FETAL	Crecimiento y desarrollo fetal	Seguimiento del desarrollo fetal mediante ecografías y controles médicos.	1: Por debajo del promedio, 2: Promedio 3**: Por encima del promedio**	
	Exposición a sustancias tóxicas	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc	1: Alta exposición, 2: Moderada, **3: Sin exposición**	
INTERVENCIONES EDUCATIVAS	Educación prenatal sobre el TDAH	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	1: No participa, **2: Participa parcialmente,** 3: Participa activamente	
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	Participación en talleres y actividades para reducir el estrés durante el embarazo.	1: No participa, **2: Participa parcialmente,** 3: Participa activamente	Bimensual
SEGUIMIENTO POSTNATAL	Evaluación del desarrollo del recién nacido	Seguimiento de los hitos del desarrollo del niño en los primeros meses de vida.	1: Retraso en hitos, 2: Desarrollo normal, 3: Desarrollo avanzado	**NO VALORABLE**
	Apoyo continuo a la madre	Presencia de apoyo y seguimiento a la madre después del parto para garantizar su bienestar.	1: Nulo, 2: Parcial, 3: Total	**NO VALORABLE**

MATRIZ DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE / SEGUIMIENTO DE PACIENTE 2 DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO								
Ítem	**DIAGNÓSTICO CIE 10:** O13 Hipertensión gestacional inducida por el embarazo sin proteinuria significativa O99. 2 Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo el parto y el puerperio. O09.9 - Supervisión de embarazo de alto riesgo							
	Criterios de evaluación	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Adecuado 3	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Básico 2	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Insuficiente 1	PUNTOS
1	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	El paciente sigue el calendario de consultas médicas programadas según su diagnóstico de alto riesgo. Asiste puntualmente a todas las citas, lo que permite un monitoreo adecuado del progreso del embarazo.	3					
2	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	Se observa una adherencia completa a la dieta recomendada, evitando alimentos contraindicados. Esto favorece la estabilidad de la paciente y su salud materno-fetal	3					
3	Participación	La paciente participa regularmente en						

	en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	ejercicios físicos recomendados, mejorando su bienestar físico sin afectar el curso de su embarazo.			2			
	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	Se identifica un bajo nivel de estrés en la paciente, lo que contribuye a un ambiente saludable para el desarrollo fetal.	3					
	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	La paciente cuenta con un apoyo emocional fuerte de su entorno familiar, lo que facilita la adherencia a los cuidados prenatales y su bienestar psicológico.	3					
	Seguimiento del desarrollo fetal mediante ecografías y	Se evidencian controles periódicos y ecografías que indican un desarrollo fetal dentro de los rangos esperados para la edad gestacional, sin anomalías.	3					

	controles médicos.							
	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc.	No se observa ninguna exposición a sustancias tóxicas, lo que reduce riesgos adicionales al embarazo.						
	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	La paciente participa activamente en todas las sesiones educativas, demostrando interés y compromiso con el bienestar de su futuro hijo.						
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	La paciente participa activamente en talleres y actividades para reducir el estrés durante el embarazo.						

Tabla 5. Matriz de observación participante

MATRIZ DE OBSERVACIÓN PACIENTE 3				
DIAGNOSTICO CIE 10: (O99. 2) Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo el parto y el puerperio.				
Dimensión	Indicador	Descripción	Escala de Valoración	Puntaje total
SALUD FÍSICA MATERNA	Control prenatal regula	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	1: No asiste, Asiste parcialmente **3: Asiste a todas las consultas**	
	Nutrición adecuada	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	1: No sigue dieta, **2: Sigue parcialmente.** 3: Sigue completamente	
	Actividad física moderada	Participación en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	1: No realiza, **2: Realiza parcialmente** 3: Realiza adecuadamente	
SALUD MENTAL MATERNA	Estrés materno	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	1: Alto **2: Moderado** 3: Bajo	
	Apoyo emocional	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	1: Nulo, 2: Parcial, **3: Total**	
SALUD FETAL	Crecimiento y	Seguimiento del desarrollo	**1: Por debajo del promedio,**	

	desarrollo fetal	fetal mediante ecografías y controles médicos.	2: Promedio 3: Por encima del promedio	
	Exposición a sustancias tóxicas	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc	1: Alta exposición, **2: Moderada,** 3: Sin exposición	
INTERVENCIONES EDUCATIVAS	Educación prenatal sobre el TDAH	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	1: No participa, 2: Participa parcialmente, **3: Participa activamente**	
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	Participación en talleres y actividades para reducir el estrés durante el embarazo.	1: No participa, 2: Participa parcialmente, **3: Participa activamente**	Bimensual
SEGUIMIENTO POSTNATAL	Evaluación del desarrollo del recién nacido	Seguimiento de los hitos del desarrollo del niño en los primeros meses de vida.	1: Retraso en hitos, 2: Desarrollo normal, 3: Desarrollo avanzado	**NO VALORABLE**
	Apoyo continuo a la madre	Presencia de apoyo y seguimiento a la madre después del parto para garantizar su bienestar.	1: Nulo, 2: Parcial, 3: Total	**NO VALORABLE**

MATRIZ DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE / SEGUIMIENTO DE PACIENTE 3 DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO								
Ítem	**DIAGNOSTICO CIE 10**: (O99. 2) Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo el parto y el puerperio.							
	Criterios de evaluación	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Adecuado 3	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Básico 2	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Insuficiente 1	PUNTOS
1	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	La paciente cumple rigurosamente con el calendario de consultas médicas establecidas para su diagnóstico de alto riesgo, asistiendo puntualmente a cada cita. Esto facilita un seguimiento continuo y adecuado de la evolución de su embarazo.	3					
2	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	Se observa una adherencia parcial a la dieta recomendada, con algunos alimentos contraindicados en el consumo, lo que podría afectar la estabilidad del estado metabólico de la paciente.			2			
3	Participación	La paciente realiza ejercicios físicos						

	en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	recomendados, aunque de manera irregular, lo que podría influir en el control del peso y bienestar físico.			2			
	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	Se identifica un nivel moderado de estrés, que podría estar relacionado con su estado metabólico y endocrino, pero no es significativamente elevado.			2			
	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	La paciente cuenta con apoyo parcial de su entorno familiar, pero se han identificado ciertas dificultades emocionales que podrían estar afectando su bienestar mental durante el embarazo.			2			
	Seguimiento del desarrollo fetal mediante ecografías y	Los controles médicos periódicos indican que el desarrollo fetal se encuentra dentro de los parámetros esperados para la edad gestacional, con ciertos factores de			2			

	controles médicos.	riesgo que requieren monitoreo constante debido al diagnóstico metabólico.						
	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc.	No se observan exposiciones a sustancias tóxicas, lo que reduce riesgos adicionales al embarazo y contribuye positivamente al pronóstico materno-fetal.	3					
	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	La paciente participa parcialmente en las sesiones educativas, aunque no se involucra de manera activa, mostrando interés limitado en las charlas sobre el cuidado infantil y la prevención del TDAH.			2			
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	La paciente participa activamente en los talleres de relajación y manejo del estrés, mostrando interés por mejorar su bienestar emocional durante el embarazo.	3					

Tabla 6. Matriz de observación participante

MATRIZ DE OBSERVACIÓN PACIENTE 4				
DIAGNOSTICO CIE 10: O99. 0 - Anemia que complica el embarazo, parto y puerperio O09.9 - Supervisión de embarazo de alto riesgo				
Dimensión	Indicador	Descripción	Escala de Valoración	Puntaje total
SALUD FÍSICA MATERNA	Control prenatal regula	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	1: No asiste, Asiste parcialmente **3: Asiste a todas las consultas**	
	Nutrición adecuada	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	**1: No sigue dieta,** 2: Sigue parcialmente. 3: Sigue completamente	
	Actividad física moderada	Participación en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	**1: No realiza,** 2: Realiza parcialmente 3: Realiza adecuadamente	
SALUD MENTAL MATERNA	Estrés materno	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	1: Alto **2: Moderado** 3: Bajo	
	Apoyo emocional	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	1: Nulo, **2: Parcial,** 3: Total	

SALUD FETAL	Crecimiento y desarrollo fetal	Seguimiento del desarrollo fetal mediante ecografías y controles médicos.	**1: Por debajo del promedio,** 2: Promedio 3: Por encima del promedio	
	Exposición a sustancias tóxicas	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc	1: Alta exposición, 2: Moderada, **3: Sin exposición**	
INTERVENCIONES EDUCATIVAS	Educación prenatal sobre el TDAH	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	1: No participa, **2: Participa parcialmente,** 3: Participa activamente	
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	Participación en talleres y actividades para reducir el estrés durante el embarazo.	1: No participa, **2: Participa parcialmente,** 3: Participa activamente	Bimensual
SEGUIMIENTO POSTNATAL	Evaluación del desarrollo del recién nacido	Seguimiento de los hitos del desarrollo del niño en los primeros meses de vida.	1: Retraso en hitos, 2: Desarrollo normal, 3: Desarrollo avanzado	**NO VALORABLE**
	Apoyo continuo a la madre	Presencia de apoyo y seguimiento a la madre después del parto para garantizar su bienestar.	1: Nulo, 2: Parcial, 3: Total	**NO VALORABLE**

MATRIZ DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE / SEGUIMIENTO DE PACIENTE 4 DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO								
Ítem	**DIAGNOSTICO CIE 10:** O99. 0 - Anemia que complica el embarazo, parto y puerperio O09.9 - Supervisión de embarazo de alto riesgo							
	Criterios de evaluación	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Adecuado 3	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Básico 2	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Insuficiente 1	PUNTOS
1	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	La paciente asiste regularmente a la mayoría de las consultas prenatales, aunque ocasionalmente ha faltado a algunas citas. Esto permite un monitoreo adecuado, pero con áreas de mejora en la continuidad del seguimiento.			2			
2	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	Se observa una adherencia parcial a la dieta indicada para controlar la diabetes gestacional, con algunos desvíos ocasionales. Esto podría impactar negativamente en el control del azúcar en sangre y la estabilidad materno-fetal			2			

3	Participación en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	La paciente participa regularmente en ejercicios físicos moderados, lo que contribuye al control de su peso y al manejo de la diabetes gestacional, favoreciendo su bienestar físico durante el embarazo.	3					
	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	El nivel de estrés de la paciente es moderado, las preocupaciones relacionadas con su diagnóstico de diabetes gestacional afectan su estado emocional, aunque participa en algunas actividades de relajación.			2			
	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	La paciente cuenta con un apoyo parcial por parte de su familia. Aunque recibe ayuda emocional, aún necesita mayor soporte para manejar mejor su condición y el estrés relacionado.			2			
	Seguimiento del desarrollo fetal mediante	El desarrollo fetal ha sido monitoreado regularmente y está dentro de los parámetros normales para la edad	3					

	ecografías y controles médicos.	gestacional. No se han identificado complicaciones significativas relacionadas con la diabetes gestacional.						
	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc.	La paciente no presenta exposición a sustancias tóxicas, lo que es beneficioso para reducir riesgos adicionales relacionados con su condición de embarazo de alto riesgo.	3					
	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	La paciente ha participado parcialmente en las sesiones educativas sobre la prevención del TDAH y cuidado infantil, mostrando interés, aunque no ha completado todas las sesiones programadas.			2			
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	La paciente participa parcialmente en talleres de manejo del estrés, aunque no lo hace de manera consistente. Su compromiso con estas actividades es moderado, pero muestra interés en mejorar su bienestar emocional.			2			

Tabla 7. Matriz de observación participante

MATRIZ DE OBSERVACIÓN
PACIENTE 5

DIAGNOSTICO CIE 10: O24.4, Diabetes gestacional cuando complica el embarazo, el parto o el puerperio O09.9 - Supervisión de embarazo de alto riesgo				
Dimensión	Indicador	Descripción	Escala de Valoración	Puntaje total
SALUD FÍSICA MATERNA	Control prenatal regula	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	1: No asiste, **Asiste parcialmente** 3: Asiste a todas las consultas	
	Nutrición adecuada	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	**1: No sigue dieta** 2: Sigue parcialmente. 3: Sigue completamente	
	Actividad física moderada	Participación en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	**1: No realiza,** 2: Realiza parcialmente 3: Realiza adecuadamente	
SALUD MENTAL MATERNA	Estrés materno	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	1: Alto 2: Moderado **3: Bajo**	
	Apoyo emocional	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	1: Nulo, **2: Parcial,** 3: Total	
SALUD FETAL	Crecimiento y desarrollo fetal	Seguimiento del desarrollo fetal mediante ecografías y controles médicos.	1: Por debajo del promedio, 2: Promedio **3: Por encima del promedio**	
	Exposición a sustancias tóxicas	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol,	1: Alta exposición, 2: Moderada, **3: Sin exposición**	

		drogas, etc		
INTERVENCIONES EDUCATIVAS	Educación prenatal sobre el TDAH	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	1: No participa, 2: Participa parcialmente, **3: Participa activamente**	
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	Participación en talleres y actividades para reducir el estrés durante el embarazo.	1: No participa, 2: Participa parcialmente, **3: Participa activamente**	Bimensual
SEGUIMIENTO POSTNATAL	Evaluación del desarrollo del recién nacido	Seguimiento de los hitos del desarrollo del niño en los primeros meses de vida.	1: Retraso en hitos, 2: Desarrollo normal, 3: Desarrollo avanzado	**NO VALORABLE**
	Apoyo continuo a la madre	Presencia de apoyo y seguimiento a la madre después del parto para garantizar su bienestar.	1: Nulo, 2: Parcial, 3: Total	**NO VALORABLE**

MATRIZ DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE / SEGUIMIENTO DE PACIENTE 5 DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO								
Ítem	**DIAGNOSTICO CIE 10:** O24.4 - Diabetes gestacional cuando complica el embarazo, el parto o el puerperio O09.9 - Supervisión de embarazo de alto riesgo							
	Criterios de evaluación	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Adecuado 3	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Básico 2	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Insuficiente 1	PUNTOS
1	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	La paciente ha asistido puntualmente a todas las consultas prenatales programadas, lo que ha permitido un control óptimo de su estado de salud y el progreso del embarazo.	3					
2	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	La paciente sigue completamente la dieta recomendada, lo que ha permitido un buen control de los niveles de glucosa y una evolución estable de su diabetes gestacional.	3					

3	Participación en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	La paciente realiza adecuadamente los ejercicios recomendados, lo que contribuye a su bienestar físico y al control de su peso durante el embarazo.	3					
4	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	El nivel de estrés de la paciente es moderado, las preocupaciones relacionadas con su diagnóstico de diabetes gestacional afectan su estado emocional, aunque participa en algunas actividades de relajación.			2			
	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	La paciente cuenta con un apoyo parcial por parte de su familia. Aunque recibe ayuda emocional, aún necesita mayor soporte para manejar mejor su condición y el estrés relacionado.			2			
	Seguimiento del desarrollo fetal mediante	El desarrollo fetal ha sido monitoreado regularmente y está dentro de los parámetros normales para la edad	3					

	ecografías y controles médicos.	gestacional. No se han identificado complicaciones significativas relacionadas con la diabetes gestacional.						
	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc.	La paciente no presenta exposición a sustancias tóxicas, lo que es beneficioso para reducir riesgos adicionales relacionados con su condición de embarazo de alto riesgo.	3					
	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	La paciente ha participado parcialmente en las sesiones educativas sobre la prevención del TDAH y cuidado infantil, mostrando interés, aunque no ha completado todas las sesiones programadas.			2			
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	La paciente participa parcialmente en talleres de manejo del estrés, aunque no lo hace de manera consistente. Su compromiso con estas actividades es moderado, pero muestra interés en mejorar su bienestar emocional.			2			

Tabla 8. Matriz de observación participante

MATRIZ DE OBSERVACIÓN
PACIENTE 6

DIAGNOSTICO CIE 10: O30. 009 - Embarazo gemelar, no especificado el número de placentas ni de sacos amnióticos, trimestre no especificado O09.9 - Supervisión de embarazo de alto riesgo				
Dimensión	Indicador	Descripción	Escala de Valoración	Puntaje total
SALUD FÍSICA MATERNA	Control prenatal regula	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	1: No asiste, Asiste parcialmente **3: Asiste a todas las consultas**	
	Nutrición adecuada	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	1: No sigue dieta, 2: Sigue parcialmente. **3: Sigue completamente**	
	Actividad física moderada	Participación en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	**1: No realiza**, 2: Realiza parcialmente 3: Realiza adecuadamente	
SALUD MENTAL MATERNA	Estrés materno	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	**1: Alto** 2: Moderado 3: Bajo	
	Apoyo emocional	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	1: Nulo, 2: Parcial, **3: Total**	
SALUD FETAL	Crecimiento y desarrollo fetal	Seguimiento del desarrollo fetal mediante ecografías y controles	**1: Por debajo del promedio,** 2: Promedio 3: Por encima del promedio	

		médicos.		
	Exposición a sustancias tóxicas	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc	1: Alta exposición, 2: Moderada, **3: Sin exposición**	
INTERVENCIONES EDUCATIVAS	Educación prenatal sobre el TDAH	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	1: No participa, 2: Participa parcialmente, **3: Participa activamente**	
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	Participación en talleres y actividades para reducir el estrés durante el embarazo.	1: No participa, **2: Participa parcialmente,** 3: Participa activamente	Bimensual
SEGUIMIENTO POSTNATAL	Evaluación del desarrollo del recién nacido	Seguimiento de los hitos del desarrollo del niño en los primeros meses de vida.	1: Retraso en hitos, 2: Desarrollo normal, 3: Desarrollo avanzado	**NO VALORABLE**
	Apoyo continuo a la madre	Presencia de apoyo y seguimiento a la madre después del parto para garantizar su bienestar.	1: Nulo, 2: Parcial, 3: Total	**NO VALORABLE**

MATRIZ DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE / SEGUIMIENTO DE PACIENTE 6 DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO								
Ítem	**DIAGNOSTICO CIE 10:** O24.4 - Diabetes gestacional cuando complica el embarazo, el parto o el puerperio O09.9 - Supervisión de embarazo de alto riesgo							
	Criterios de evaluación	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Adecuado 3	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Básico 2	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Insuficiente 1	PUNTOS
1	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	La paciente ha asistido a todas las consultas prenatales programadas, lo que ha permitido un control exhaustivo de su embarazo gemelar de alto riesgo.	3					
2	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	La paciente sigue parcialmente la dieta recomendada, aunque se han registrado algunos incumplimientos ocasionales que podrían afectar su estado nutricional y el desarrollo fetal.						

3	Participación en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	La paciente realiza adecuadamente los ejercicios recomendados, lo que contribuye a su bienestar físico y al control de su peso durante el embarazo.	3					
4	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	El nivel de estrés de la paciente es moderado, las preocupaciones relacionadas con su diagnóstico de diabetes gestacional afectan su estado emocional, aunque participa en algunas actividades de relajación.			2			
	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	La paciente cuenta con un apoyo parcial por parte de su familia. Aunque recibe ayuda emocional, aún necesita mayor soporte para manejar mejor su condición y el estrés relacionado.			2			
	Seguimiento del desarrollo fetal mediante	El desarrollo fetal ha sido monitoreado regularmente y está dentro de los parámetros normales para la edad	3					

	ecografías y controles médicos.	gestacional. No se han identificado complicaciones significativas relacionadas con la diabetes gestacional.						
	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc.	La paciente no presenta exposición a sustancias tóxicas, lo que es beneficioso para reducir riesgos adicionales relacionados con su condición de embarazo de alto riesgo.	3					
	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	La paciente ha participado parcialmente en las sesiones educativas sobre la prevención del TDAH y cuidado infantil, mostrando interés, aunque no ha completado todas las sesiones programadas.			2			
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	La paciente participa parcialmente en talleres de manejo del estrés, aunque no lo hace de manera consistente. Su compromiso con estas actividades es moderado, pero muestra interés en mejorar su bienestar emocional.			2			

Tabla 9. Matriz de observación participante

MATRIZ DE OBSERVACIÓN
PACIENTE 7

DIAGNOSTICO CIE 10: O22.0 Complicaciones venosas en el embarazo O09.9 - Supervisión de embarazo de alto riesgo				
Dimensión	Indicador	Descripción	Escala de Valoración	Puntaje total
SALUD FÍSICA MATERNA	Control prenatal regula	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	1: No asiste, Asiste parcialmente **3: Asiste a todas las consultas**	
	Nutrición adecuada	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	1: No sigue dieta, 2: Sigue parcialmente. **3: Sigue completamente**	
	Actividad física moderada	Participación en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	**1: No realiza,** 2: Realiza parcialmente 3: Realiza adecuadamente	
SALUD MENTAL MATERNA	Estrés materno	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	**1: Alto** 2: Moderado 3: Bajo	
	Apoyo emocional	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	1: Nulo, **2: Parcial,** 3: Total	
SALUD FETAL	Crecimiento y	Seguimiento del desarrollo	**1: Por debajo del promedio,**	

	desarrollo fetal	fetal mediante ecografías y controles médicos.	2: Promedio 3: Por encima del promedio	
	Exposición a sustancias tóxicas	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc	1: Alta exposición, **2: Moderada,** 3: Sin exposición	
INTERVENCIONES EDUCATIVAS	Educación prenatal sobre el TDAH	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	1: No participa, **2: Participa parcialmente,** 3: Participa activamente	
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	Participación en talleres y actividades para reducir el estrés durante el embarazo.	1: No participa, **2: Participa parcialmente,** 3: Participa activamente	Bimensual
SEGUIMIENTO POSTNATAL	Evaluación del desarrollo del recién nacido	Seguimiento de los hitos del desarrollo del niño en los primeros meses de vida.	1: Retraso en hitos, 2: Desarrollo normal, 3: Desarrollo avanzado	**NO VALORABLE**
	Apoyo continuo a la madre	Presencia de apoyo y seguimiento a la madre después del parto para garantizar su bienestar.	1: Nulo, 2: Parcial, 3: Total	**NO VALORABLE**

MATRIZ DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE / SEGUIMIENTO DE PACIENTE 7 DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO								
Ítem	**DIAGNOSTICO CIE 10:** O22.0 Complicaciones venosas en el embarazo O09.9 - Supervisión de embarazo de alto riesgo							
	Criterios de evaluación	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Adecuado 3	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Básico 2	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Insuficiente 1	PUNTOS
1	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	La paciente ha asistido parcialmente a las consultas prenatales debido a complicaciones venosas que afectan su movilidad. Se le ha recomendado aumentar la frecuencia de visitas para un seguimiento más detallado.			2			
2	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	La paciente sigue parcialmente la dieta indicada, pero ha mostrado dificultades para adherirse completamente debido a los síntomas relacionados con las complicaciones venosas, lo que afecta su bienestar general.			2			

3	Participación en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	Debido a las complicaciones venosas, la paciente no realiza actividad física regular, lo que aumenta el riesgo de empeoramiento de su condición. Se le ha recomendado fisioterapia y ejercicios suaves, pero no los ha iniciado.					1	
4	Evaluación del nivel de estrés.	La paciente reporta un nivel de estrés moderado, principalmente por las complicaciones venosas y la preocupación por el bienestar del feto. Se le ha recomendado participar en talleres de manejo del estrés.			2			
	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	La paciente cuenta con un apoyo emocional parcial de su familia, pero manifiesta que necesitaría mayor acompañamiento debido a la preocupación por su salud.			2			
	Seguimiento del desarrollo fetal mediante	El desarrollo fetal ha sido monitoreado de manera regular, mostrando un crecimiento promedio en relación con los	3					

	ecografías y controles médicos.	controles previos, aunque el seguimiento debe intensificarse debido a las complicaciones de la madre.						
	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc.	No se ha registrado exposición a sustancias tóxicas, lo cual es positivo para minimizar riesgos tanto para la madre como para el feto.	3					
	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	La paciente ha participado parcialmente en las sesiones educativas sobre la prevención del TDAH, mostrando interés en aprender más sobre el tema. Se ha planificado que aumente su asistencia.			2			
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	La paciente no ha participado en talleres de manejo del estrés. Se le ha recomendado su inscripción inmediata, considerando los beneficios para su bienestar mental y físico.					1	

Tabla 10. Matriz de observación participante.

MATRIZ DE OBSERVACIÓN PACIENTE 8				
DIAGNOSTICO CIE 10: O24.4, Diabetes gestacional cuando complica el embarazo, el parto o el puerperio O09.9 - Supervisión de embarazo de alto riesgo				
Dimensión	Indicador	Descripción	Escala de Valoración	Puntaje total
SALUD FÍSICA MATERNA	Control prenatal regula	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	1: No asiste, 2. Asiste parcialmente **3: Asiste a todas las consultas**	
	Nutrición adecuada	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	1: No sigue dieta, 2: Sigue parcialmente. **3: Sigue completamente**	
	Actividad física moderada	Participación en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	1: No realiza, **2: Realiza parcialmente** 3: Realiza adecuadamente	
SALUD MENTAL MATERNA	Estrés materno	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	**1: Alto** 2: Moderado 3: Bajo	
	Apoyo emocional	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	1: Nulo, 2: Parcial, **3: Total**	
SALUD FETAL	Crecimiento y desarrollo fetal	Seguimiento del desarrollo fetal mediante ecografías y controles	1: Por debajo del promedio, **2: Promedio** 3: Por encima del promedio	

		médicos.		
	Exposición a sustancias tóxicas	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc	1: Alta exposición, 2: Moderada, **3: Sin exposición**	
INTERVENCIONES EDUCATIVAS	Educación prenatal sobre el TDAH	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	1: No participa, 2: Participa parcialmente, **3: Participa activamente**	
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	Participación en talleres y actividades para reducir el estrés durante el embarazo.	1: No participa, **2: Participa parcialmente,** 3: Participa activamente	
SEGUIMIENTO POSTNATAL	Evaluación del desarrollo del recién nacido	Seguimiento de los hitos del desarrollo del niño en los primeros meses de vida.	1: Retraso en hitos, 2: Desarrollo normal, 3: Desarrollo avanzado	**NO VALORABLE**
	Apoyo continuo a la madre	Presencia de apoyo y seguimiento a la madre después del parto para garantizar su bienestar.	1: Nulo, 2: Parcial, 3: Total	**NO VALORABLE**

MATRIZ DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE / SEGUIMIENTO DE PACIENTE 8 DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO								
Ítem	**DIAGNOSTICO CIE 10:** O24.4, Diabetes gestacional cuando complica el embarazo, el parto o el puerperio O09.9 - Supervisión de embarazo de alto riesgo							
	Criterios de evaluación	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Adecuado 3	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Básico 2	Notas de observación (enfoque cualitativo)	Insuficiente 1	PUNTOS
1	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	La paciente ha asistido parcialmente a las consultas prenatales debido a complicaciones venosas que afectan su movilidad. Se le ha recomendado aumentar la frecuencia de visitas para un seguimiento más detallado.			2			
2	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	La paciente sigue parcialmente la dieta indicada, pero ha mostrado dificultades para adherirse completamente debido a los síntomas relacionados con las complicaciones venosas, lo que afecta su bienestar general.			2			

3	Participación en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	Debido a las complicaciones venosas, la paciente no realiza actividad física regular, lo que aumenta el riesgo de empeoramiento de su condición. Se le ha recomendado fisioterapia y ejercicios suaves, pero no los ha iniciado.					1	
4	Evaluación del nivel de estrés.	La paciente reporta un nivel de estrés moderado, principalmente por las complicaciones venosas y la preocupación por el bienestar del feto. Se le ha recomendado participar en talleres de manejo del estrés.			2			
	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	La paciente cuenta con un apoyo emocional parcial de su familia, pero manifiesta que necesitaría mayor acompañamiento debido a la preocupación por su salud.			2			
	Seguimiento del desarrollo fetal mediante	El desarrollo fetal ha sido monitoreado de manera regular, mostrando un crecimiento promedio en relación con los	3					

	ecografías y controles médicos.	controles previos, aunque el seguimiento debe intensificarse debido a las complicaciones de la madre.						
	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc.	No se ha registrado exposición a sustancias tóxicas, lo cual es positivo para minimizar riesgos tanto para la madre como para el feto.	3					
	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	La paciente ha participado parcialmente en las sesiones educativas sobre la prevención del TDAH, mostrando interés en aprender más sobre el tema. Se ha planificado que aumente su asistencia.			2			
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	La paciente no ha participado en talleres de manejo del estrés. Se le ha recomendado su inscripción inmediata, considerando los beneficios para su bienestar mental y físico.					1	

Resultado de la entrevista a Especialistas del área de Gineco-Obstetricia:

Se presentan los resultados obtenidos a partir de la entrevista aplicada a seis especialistas en el área de gineco-obstetricia que laboran en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja

Especialista en Gineco-obstetricia 1

GUIÓN DE ENTREVISTA: PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO PARA PREVENIR TDAH EN NIÑOS	
Saludo	**Buenos días, Dr./Dra. [Nombre del especialista]. Gracias por aceptar esta entrevista. Mi nombre es [tu nombre].**
Introducción	**El propósito de esta entrevista es obtener su valiosa perspectiva sobre estrategias preventivas para embarazadas de alto riesgo, enfocándonos en la prevención del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en sus hijos. La información será utilizada con fines académicos y se mantendrá confidencial. ¿Le parece si comenzamos?**
1	**¿Cuáles son los factores de riesgo más relevantes en embarazadas de alto riesgo para el desarrollo del TDAH en niños?** **- Enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, anemia, exposición a sustancias (tabaco, alcohol) y estrés elevado durante el embarazo.**
2	**¿Cómo afecta el estrés materno durante el embarazo al desarrollo neurológico del feto?** **- El estrés elevado altera los niveles hormonales (como el cortisol), lo que puede afectar negativamente el desarrollo cerebral del feto y aumentar el riesgo de TDAH.**

3	**¿Qué importancia tiene la suplementación con ácido fólico y omega-3 en embarazadas de alto riesgo?** **- El ácido fólico previene defectos del tubo neural, y los omega-3 son esenciales para el desarrollo cerebral, reduciendo el riesgo de trastornos neuropsiquiátricos.**
4	**¿En qué medida el control prenatal influye en la reducción del riesgo de TDAH en niños?** **- El control prenatal riguroso permite detectar y tratar problemas maternos, como infecciones o hipertensión, reduciendo el impacto negativo en el desarrollo del feto.**
5	**¿Cómo impacta el manejo adecuado de patologías como la diabetes gestacional y la preeclampsia en la salud neurológica del feto?** **- Estas patologías pueden alterar el flujo sanguíneo y el oxígeno al cerebro fetal; un manejo adecuado previene daños significativos en el desarrollo cerebral del bebé.**
6	**¿Qué tan efectivas son las técnicas de relajación, como yoga o mindfulness, en embarazadas de alto riesgo?** **- Estas técnicas son muy efectivas para reducir el estrés, mejorar la estabilidad emocional y promover resultados positivos en el desarrollo perinatal.**
7	**¿Qué tan importante es evitar la exposición prenatal a sustancias como el tabaco y el alcohol para prevenir el TDAH?** **- Es fundamental, ya que estas sustancias interfieren directamente en el desarrollo cerebral del feto, aumentando el riesgo de trastornos de conducta y aprendizaje.**
8	**¿Cómo influye el apoyo psicosocial en la salud de embarazadas de alto riesgo?** **- El apoyo psicosocial reduce el estrés, fomenta el bienestar emocional y puede contribuir a un mejor desarrollo fetal,**

	minimizando riesgos de alteraciones neurológicas.
9	**¿Cree usted que incluir sesiones educativas sobre el neurodesarrollo fetal en los programas prenatales sería beneficioso?** **- Sí, las sesiones educativas ayudan a las madres a entender la importancia de sus hábitos y cuidados, motivándolas a adoptar prácticas más saludables durante el embarazo.**
10	**¿Qué elementos recomendaría incluir en un plan de intervención para prevenir el TDAH en hijos de embarazadas de alto riesgo?** **- Un plan integral debería incluir control prenatal regular, suplementación adecuada, técnicas de manejo del estrés, educación sobre salud materna y prevención de infecciones.**
Cierre	**Muchas gracias, Dr./Dra. [Nombre del especialista], por compartir su experiencia y conocimientos. Esta información será esencial para estructurar un plan efectivo y enfocado en esta población. Si tiene alguna recomendación adicional, estaré encantado/a de recibirla.**
Firma	**Entrevistador:** _____ **Fecha:** _____

ENTREVISTA 2

GUIÓN DE ENTREVISTA: PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO PARA PREVENIR TDAH EN NIÑOS	
Saludo	**Buenos días, Dr./Dra. [Nombre del especialista].** Gracias por aceptar esta entrevista. Mi nombre es [tu nombre].
Introducción	El propósito de esta entrevista es obtener su valiosa perspectiva sobre estrategias preventivas para embarazadas de alto riesgo, enfocándonos en la prevención del Trastorno por Déficit de Atención

	e Hiperactividad (TDAH) en sus hijos. La información será utilizada con fines académicos y se mantendrá confidencial. ¿Le parece si comenzamos?
1	**¿Cuáles son los factores de riesgo más relevantes en embarazadas de alto riesgo para el desarrollo del TDAH en niños?** - Factores como la edad avanzada de la madre, antecedentes familiares de TDAH y el consumo de medicamentos durante el embarazo.
2	**¿Cómo afecta el estrés materno durante el embarazo al desarrollo neurológico del feto?** - El estrés materno crónico puede elevar los niveles de cortisol, lo que altera el desarrollo cerebral y aumenta la probabilidad de que el niño desarrolle TDAH.
3	**¿Qué importancia tiene la suplementación con ácido fólico y omega-3 en embarazadas de alto riesgo?** - El ácido fólico ayuda a prevenir defectos del tubo neural y los omega-3 son cruciales para el desarrollo cognitivo, reduciendo los riesgos de trastornos neurológicos.
4	**¿En qué medida el control prenatal influye en la reducción del riesgo de TDAH en niños?** - Un control prenatal riguroso puede identificar complicaciones médicas temprano, como la preeclampsia o la diabetes gestacional, y tratar adecuadamente para proteger el desarrollo del cerebro fetal.
5	**¿Cómo impacta el manejo adecuado de patologías como la diabetes gestacional y la preeclampsia en la salud neurológica del feto?** - Estos problemas pueden causar hipoxia y alteraciones en el desarrollo cerebral, pero un tratamiento adecuado ayuda a minimizar esos riesgos.

6	**¿Qué tan efectivas son las técnicas de relajación, como yoga o mindfulness, en embarazadas de alto riesgo?** - Estas técnicas son muy efectivas para reducir el estrés y mejorar la salud mental de la madre, lo que indirectamente beneficia el desarrollo fetal.
7	**¿Qué tan importante es evitar la exposición prenatal a sustancias como el tabaco y el alcohol para prevenir el TDAH?** - Evitar estas sustancias es crucial, ya que interfieren con el desarrollo cerebral y aumentan el riesgo de trastornos neuropsiquiátricos en el niño.
8	**¿Cómo influye el apoyo psicosocial en la salud de embarazadas de alto riesgo?** - El apoyo emocional y social ayuda a reducir el estrés, mejorando el bienestar general y contribuyendo a un embarazo más saludable y menos riesgoso.
9	**¿Cree usted que incluir sesiones educativas sobre el neurodesarrollo fetal en los programas prenatales sería beneficioso?** - Sí, estas sesiones educativas son útiles para informar y empoderar a las madres, incentivándolas a cuidar mejor de su salud y la del bebé.
10	**¿Qué elementos recomendaría incluir en un plan de intervención para prevenir el TDAH en hijos de embarazadas de alto riesgo?** - Un plan debe enfocarse en el control prenatal, suplementación adecuada, manejo del estrés, apoyo psicosocial y educación preventiva.
Cierre	**Muchas gracias, Dr./Dra. [Nombre del especialista], por su tiempo y valiosa aportación.** Sus respuestas serán fundamentales para desarrollar estrategias efectivas de intervención para

	embarazadas de alto riesgo y prevenir el TDAH en sus hijos. Si tiene alguna otra observación o recomendación, quedo atento a sus sugerencias.
Firma	**Entrevistador:** _____ **Fecha:** _____

ENTREVISTA 3

GUIÓN DE ENTREVISTA: PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO PARA PREVENIR TDAH EN NIÑOS	
Saludo	**Buenos días, Dr./Dra. [Nombre del especialista].** Gracias por aceptar esta entrevista. Mi nombre es [tu nombre].
Introducción	El propósito de esta entrevista es obtener su valiosa perspectiva sobre estrategias preventivas para embarazadas de alto riesgo, enfocándonos en la prevención del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en sus hijos. La información será utilizada con fines académicos y se mantendrá confidencial. ¿Le parece si comenzamos?
1	**¿Cuáles son los factores de riesgo más relevantes en embarazadas de alto riesgo para el desarrollo del TDAH en niños?** - Las mujeres con antecedentes de trastornos psiquiátricos, como la depresión, o aquellas que sufren complicaciones durante el embarazo, como hipertensión o diabetes gestacional, tienen mayor probabilidad de tener hijos con TDAH. También la exposición a toxinas ambientales puede influir.
2	**¿Cómo afecta el estrés materno durante el embarazo al desarrollo neurológico del feto?** - El estrés crónico puede generar alteraciones en el sistema endocrino de la madre, afectando el flujo sanguíneo y la nutrición

	fetal. Esto puede interrumpir el desarrollo cerebral, lo que incrementa las probabilidades de que el niño desarrolle TDAH.
3	**¿Qué importancia tiene la suplementación con ácido fólico y omega-3 en embarazadas de alto riesgo?** - El ácido fólico es clave para la formación del sistema nervioso del feto, y su deficiencia se ha asociado a defectos en el cerebro. Los omega-3, por otro lado, juegan un papel esencial en la formación de las conexiones neuronales, ayudando a la neuroplasticidad y disminuyendo el riesgo de trastornos conductuales.
4	**¿En qué medida el control prenatal influye en la reducción del riesgo de TDAH en niños?** - Un control prenatal adecuado permite el monitoreo de la salud materna y fetal, lo que facilita la detección temprana de factores de riesgo, como infecciones o alteraciones en el desarrollo fetal, permitiendo aplicar tratamientos preventivos oportunos.
5	**¿Cómo impacta el manejo adecuado de patologías como la diabetes gestacional y la preeclampsia en la salud neurológica del feto?** - Estas patologías aumentan el riesgo de complicaciones durante el embarazo, como el parto prematuro o el crecimiento intrauterino restringido, que pueden afectar negativamente el desarrollo neurológico del feto. Un control adecuado reduce estos riesgos.
6	**¿Qué tan efectivas son las técnicas de relajación, como yoga o mindfulness, en embarazadas de alto riesgo?** - Son altamente efectivas, ya que ayudan a las madres a reducir los niveles de cortisol, favoreciendo la reducción del estrés. Estas prácticas no solo mejoran el bienestar emocional, sino que también favorecen el desarrollo neurocognitivo del feto al mantener un entorno intrauterino menos estresante.
7	**¿Qué tan importante es evitar la exposición prenatal a**

	sustancias como el tabaco y el alcohol para prevenir el TDAH? - Es fundamental. El tabaco y el alcohol alteran el desarrollo cerebral del bebé, causando daños en las estructuras cerebrales clave para el control de impulsos y la atención, factores que están relacionados con el TDAH.
8	**¿Cómo influye el apoyo psicosocial en la salud de embarazadas de alto riesgo?** - El apoyo psicosocial, como la terapia psicológica o el apoyo de redes familiares, reduce el estrés y la ansiedad, factores que pueden complicar un embarazo de alto riesgo. Además, mejora la adherencia a tratamientos y a las recomendaciones médicas, lo cual beneficia tanto a la madre como al feto.
9	**¿Cree usted que incluir sesiones educativas sobre el neurodesarrollo fetal en los programas prenatales sería beneficioso?** - Sin duda, las sesiones educativas podrían ser muy beneficiosas. Ayudarían a las madres a comprender la importancia de sus decisiones durante el embarazo y cómo sus hábitos pueden influir en el desarrollo del cerebro del bebé, lo cual permitiría adoptar medidas preventivas de manera informada.
10	**¿Qué elementos recomendaría incluir en un plan de intervención para prevenir el TDAH en hijos de embarazadas de alto riesgo?** - Un plan de intervención debe incluir un enfoque multidisciplinario que abarque control prenatal adecuado, educación materna, manejo de enfermedades preexistentes, suplementación adecuada, técnicas de relajación y evaluación de factores psicosociales. Además, es importante dar seguimiento a largo plazo al desarrollo del niño.
Cierre	**Muchas gracias, Dr./Dra. [Nombre del especialista], por su tiempo y valiosa aportación.** Sus respuestas serán fundamentales para desarrollar estrategias efectivas de intervención para

	embarazadas de alto riesgo y prevenir el TDAH en sus hijos. Si tiene alguna otra observación o recomendación, quedo atento a sus sugerencias.
Firma	**Entrevistador:** _____ **Fecha:** _____

ENTREVISTA 4

GUIÓN DE ENTREVISTA: PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO PARA PREVENIR TDAH EN NIÑOS	
Saludo	**Buenos días, Dr./Dra. [Nombre del especialista].** Gracias por tomarse el tiempo para esta entrevista. Mi nombre es [tu nombre]. Es un honor contar con su presencia.
Introducción	El propósito de esta entrevista es conocer su perspectiva profesional sobre las estrategias que pueden implementarse en embarazadas de alto riesgo para prevenir el desarrollo de TDAH en sus hijos. Sus respuestas serán de gran valor para construir un plan de intervención adecuado. ¿Está listo/a para comenzar?
1	**¿Cuáles considera que son los principales factores de riesgo durante el embarazo para el desarrollo de TDAH en los niños?** - Existen varios factores, pero los más relevantes son la predisposición genética, el consumo de sustancias nocivas como el tabaco, alcohol o drogas, y enfermedades maternas crónicas como la diabetes no controlada o la hipertensión.
2	**¿Cómo influye la nutrición materna en el riesgo de TDAH en los niños?** - Una nutrición inadecuada durante el embarazo, como la deficiencia de micronutrientes esenciales, puede afectar el desarrollo cerebral del bebé. En especial, la falta de ácidos grasos omega-3 y otros

	nutrientes puede aumentar el riesgo de problemas cognitivos y conductuales.
3	**¿Qué papel juegan los factores hormonales maternos en el desarrollo del TDAH?** - Las fluctuaciones hormonales durante el embarazo, especialmente aquellas relacionadas con el cortisol, pueden afectar el cerebro fetal. Altos niveles de estrés o desequilibrios hormonales pueden contribuir al desarrollo de TDAH al alterar la maduración cerebral del niño.
4	**¿Qué tipo de intervenciones considera necesarias en las embarazadas de alto riesgo para reducir el riesgo de TDAH en sus hijos?** - Es fundamental un enfoque preventivo que incluya educación prenatal sobre los hábitos saludables, control adecuado de las enfermedades preexistentes y suplementación con nutrientes clave, además de medidas para reducir el estrés. La atención debe ser integral y personalizada.
5	**¿Qué rol juega el control del estrés materno para evitar el TDAH en los niños?** - El control del estrés es crucial, ya que el estrés crónico puede alterar el ambiente intrauterino, afectando la neuroplasticidad del feto. Técnicas de relajación como la meditación o el yoga pueden ayudar significativamente a reducir el impacto del estrés materno en el desarrollo fetal.
6	**¿Existen tratamientos específicos para las embarazadas de alto riesgo que puedan prevenir el TDAH en los niños?** - Si bien no existen tratamientos específicos, sí podemos hablar de un manejo integral que incluya monitoreo regular, manejo adecuado de comorbilidades y terapias complementarias como la psicoterapia para manejar el estrés. Además, es clave una nutrición adecuada y evitar exposiciones a toxinas.

7	**¿Cómo impactan las complicaciones durante el embarazo, como la preeclampsia o el parto prematuro, en el desarrollo neurológico del bebé?** - Las complicaciones durante el embarazo, como la preeclampsia, afectan el flujo sanguíneo al feto y, por ende, la oxigenación y los nutrientes esenciales. Esto puede llevar a un desarrollo cerebral limitado o a un parto prematuro, lo que aumenta el riesgo de TDAH y otros trastornos del neurodesarrollo.
8	**¿Es útil la terapia ocupacional o la fisioterapia durante el embarazo para prevenir el TDAH?** - Aunque la terapia ocupacional o fisioterapia no están directamente relacionadas con la prevención de TDAH, sí pueden ser útiles en el manejo de las molestias físicas del embarazo y en la reducción del estrés físico y emocional de la madre, lo cual indirectamente puede beneficiar al desarrollo fetal.
9	**¿Cree que la educación temprana sobre el neurodesarrollo fetal podría ser beneficiosa para las madres?** - Definitivamente, educar a las madres sobre el impacto de su salud y sus hábitos en el neurodesarrollo de sus hijos es fundamental. Esto puede ayudar a crear conciencia y a tomar decisiones más informadas, favoreciendo un embarazo saludable y la prevención de trastornos en el niño.
10	**¿Cuáles serían los primeros pasos para implementar un plan de intervención en embarazadas de alto riesgo para prevenir TDAH?** - El primer paso es realizar una evaluación exhaustiva del riesgo materno y fetal. A partir de ahí, se debe diseñar un plan individualizado que incluya seguimiento prenatal riguroso, asesoramiento nutricional, control del estrés y la implementación de intervenciones psicosociales para apoyar a la madre.

Cierre	**Muchas gracias, Dr./Dra. [Nombre del especialista], por su tiempo y valiosa aportación.** Sus respuestas serán fundamentales para desarrollar estrategias efectivas de intervención para embarazadas de alto riesgo y prevenir el TDAH en sus hijos. Si tiene alguna otra observación o recomendación, quedo atento a sus sugerencias.
Firma	**Entrevistador:** _____ **Fecha:** _____

ENTREVISTA 5

GUION DE ENTREVISTA: PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO PARA PREVENIR TDAH EN NIÑOS	
Saludo	**Buenos días, Dr./Dra. [Nombre del especialista].** Gracias por tomarse el tiempo para esta entrevista. Mi nombre es [tu nombre], y estoy muy agradecido/a por su disposición.
Introducción	El objetivo de esta entrevista es conocer su visión sobre las intervenciones más eficaces para prevenir el desarrollo de TDAH en los niños nacidos de embarazadas de alto riesgo. Apreciamos mucho su experiencia y conocimientos en este tema. ¿Podemos comenzar?
1	**¿Cuáles son los principales factores de riesgo en embarazadas que pueden aumentar la probabilidad de que sus hijos desarrollen TDAH?** - Los factores de riesgo más importantes incluyen antecedentes familiares de TDAH, la exposición prenatal al tabaco y alcohol, y complicaciones durante el embarazo, como la preeclampsia y la diabetes gestacional. Estos factores pueden influir en el desarrollo neurológico del bebé.
2	**¿Cómo afecta la salud mental de la madre, como la depresión o**

	la ansiedad, al riesgo de TDAH en el bebé? - La salud mental de la madre juega un papel crucial. Las madres que sufren de depresión o ansiedad pueden tener niveles elevados de cortisol, lo que interfiere en la formación del cerebro fetal. El estrés y las emociones negativas también están relacionados con alteraciones en el desarrollo cognitivo y emocional del niño.
3	**¿Qué impacto tiene una nutrición deficiente o inadecuada en las embarazadas de alto riesgo y el TDAH en sus hijos?** - La nutrición es clave durante el embarazo. La deficiencia de nutrientes esenciales como el ácido fólico, el hierro y los ácidos grasos omega-3 puede afectar el desarrollo cerebral del feto. Es fundamental garantizar que las embarazadas de alto riesgo reciban una alimentación equilibrada para optimizar el neurodesarrollo fetal.
4	**¿Qué recomendaciones haría en cuanto a la prevención del TDAH para mujeres embarazadas con enfermedades preexistentes, como diabetes o hipertensión?** - Para las mujeres con enfermedades preexistentes, es esencial mantener un control adecuado de su condición mediante medicación adecuada y monitoreo frecuente. Mantener niveles óptimos de glucosa y presión arterial puede reducir el riesgo de complicaciones que afecten el desarrollo fetal y el riesgo de trastornos como el TDAH.
5	**¿Es posible predecir el riesgo de TDAH en el niño durante el embarazo? ¿Existen métodos para medir este riesgo?** - Aunque no es posible predecir el riesgo con certeza, se pueden identificar factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que el niño desarrolle TDAH. El control prenatal adecuado, los análisis genéticos y las evaluaciones psicológicas de la madre pueden dar indicios sobre el riesgo.
6	**¿Qué papel juegan las intervenciones psicosociales durante el embarazo para prevenir el TDAH?**

	- Las intervenciones psicosociales son fundamentales. La atención a la salud mental de la madre, como terapia psicológica o apoyo social, puede reducir el estrés y la ansiedad. Esto, a su vez, disminuye los factores de riesgo relacionados con el TDAH, creando un entorno más saludable para el feto.
7	**¿Qué tipo de ejercicios o actividades recomienda para embarazadas que puedan reducir el riesgo de TDAH en el niño?** - Las actividades físicas suaves, como caminar o practicar yoga, son altamente recomendadas. Estas actividades ayudan a reducir el estrés, mejorar la circulación sanguínea y promover un bienestar general en la madre, lo que impacta positivamente en la salud del bebé.
8	**¿Qué importancia tiene el apoyo familiar y social en el embarazo para prevenir el TDAH en los niños?** - El apoyo emocional y social es esencial. Un entorno de apoyo familiar reduce el estrés materno, mejora la adherencia a los controles prenatales y crea un clima emocional más favorable para el desarrollo fetal. El acompañamiento durante el embarazo es crucial para reducir los factores de riesgo.
9	**¿Es adecuado el uso de suplementos nutricionales durante el embarazo para prevenir TDAH?** - Sí, los suplementos nutricionales son una herramienta importante para garantizar que la madre y el bebé reciban los nutrientes esenciales. Suplementos de ácido fólico, hierro y omega-3 son especialmente importantes para el desarrollo cerebral del bebé, lo cual puede reducir el riesgo de TDAH y otros trastornos neurológicos.
10	**¿Qué estrategias serían efectivas para implementar un plan de intervención en mujeres embarazadas de alto riesgo para prevenir el TDAH?** - Un plan de intervención debe incluir seguimiento prenatal estrecho,

	educación sobre nutrición adecuada, manejo del estrés y salud mental, así como apoyo psicosocial continuo. También es esencial proporcionar información sobre los factores de riesgo y cómo manejarlos para prevenir el TDAH en el futuro.
Cierre	**Muchas gracias, Dr./Dra. [Nombre del especialista], por su tiempo y valiosa aportación.** Sus respuestas serán fundamentales para desarrollar estrategias efectivas de intervención para embarazadas de alto riesgo y prevenir el TDAH en sus hijos. Si tiene alguna otra observación o recomendación, quedo atento a sus sugerencias.
Firma	**Entrevistador:** _____ **Fecha:** _____

ENTREVISTA 6

GUION DE ENTREVISTA: PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO PARA PREVENIR TDAH EN NIÑOS	
Saludo	**Buenos días, Dr./Dra. [Nombre del especialista].** Es un placer tener la oportunidad de entrevistarlo/a. Agradezco mucho su tiempo y disposición para compartir su conocimiento.
Introducción	El objetivo de esta entrevista es obtener su perspectiva sobre las estrategias de intervención más eficaces para prevenir el TDAH en niños nacidos de embarazadas de alto riesgo. Sabemos que su experiencia es invaluable para abordar este tema. ¿Está listo/a para comenzar?
1	**¿Qué factores consideran más importantes en las embarazadas de alto riesgo para el desarrollo del TDAH en los niños?** - Los factores genéticos juegan un papel importante, pero también lo hacen factores ambientales como el estrés, el consumo de sustancias durante el embarazo (alcohol, tabaco, drogas) y las

	complicaciones como la hipertensión gestacional o la diabetes.
2	**¿Qué tan relevante es la exposición prenatal a sustancias como el alcohol o el tabaco en el riesgo de TDAH?** - La exposición prenatal al alcohol y al tabaco es muy significativa. Estos productos químicos pueden afectar directamente el desarrollo del cerebro fetal, afectando áreas responsables de la atención, el comportamiento y el control impulsivo.
3	**¿Cuál es el impacto de las infecciones maternas durante el embarazo sobre el desarrollo de TDAH en el niño?** - Las infecciones maternas, especialmente aquellas causadas por virus como el citomegalovirus o la rubéola, pueden tener un impacto negativo en el desarrollo del cerebro fetal. Estas infecciones pueden alterar la neurodesarrollo y predisponer al niño a trastornos como el TDAH.
4	**¿Cómo influye la diabetes gestacional en el riesgo de TDAH en el niño?** - La diabetes gestacional puede provocar un exceso de glucosa en la sangre de la madre, lo que afecta el desarrollo del sistema nervioso del bebé. Este desequilibrio metabólico puede estar relacionado con trastornos cognitivos, incluido el TDAH, en el niño.
5	**¿Qué importancia tiene la salud emocional de la madre para prevenir el TDAH en los hijos?** - La salud emocional de la madre es fundamental. Las madres que experimentan altos niveles de ansiedad, depresión o estrés crónico tienen mayor probabilidad de tener partos prematuros o de bajo peso al nacer, lo cual aumenta el riesgo de TDAH. El bienestar emocional debe ser una prioridad durante el embarazo.
6	**¿Qué papel juegan las visitas de control prenatal en la prevención del TDAH?**

	- Las visitas regulares de control prenatal permiten detectar tempranamente cualquier complicación y asegurar que la madre esté recibiendo el tratamiento adecuado. Estos controles también permiten orientar a la madre sobre hábitos saludables, control del estrés y nutrición, aspectos clave para reducir el riesgo de TDAH en el niño.
7	**¿Cómo pueden las intervenciones psicoeducativas durante el embarazo ayudar a prevenir el TDAH?** - La educación prenatal es esencial. Instruir a las madres sobre la importancia de evitar el estrés, llevar una dieta equilibrada y asistir a controles médicos regulares puede disminuir significativamente el riesgo de complicaciones durante el embarazo que aumenten las probabilidades de que el niño desarrolle TDAH.
8	**¿Qué suplementos nutricionales son más recomendables para las embarazadas en riesgo?** - Los suplementos de ácido fólico, hierro y ácidos grasos omega-3 son los más recomendados. El ácido fólico es crucial para el desarrollo neurológico, mientras que los omega-3 juegan un papel esencial en la formación del cerebro fetal. Estos suplementos ayudan a reducir el riesgo de TDAH y otras condiciones neurológicas.
9	**¿Cuáles son los riesgos de no seguir un plan de intervención para embarazadas de alto riesgo?** - No seguir un plan de intervención puede resultar en complicaciones graves, como el nacimiento prematuro, el bajo peso al nacer o el desarrollo de trastornos del neurodesarrollo como el TDAH. Además, se incrementa la probabilidad de que la madre padezca de problemas de salud postparto, lo que afecta aún más al bienestar del niño.
10	**¿Qué estrategias de intervención recomendaría para embarazadas de alto riesgo con antecedentes de trastornos**

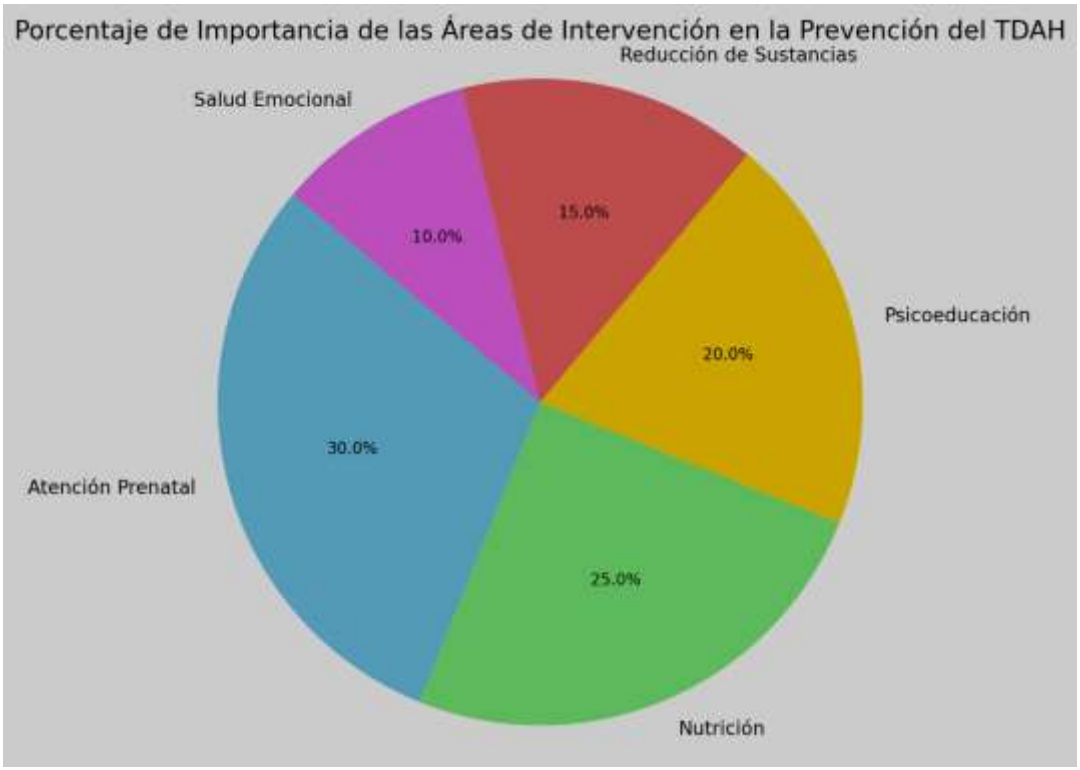
	mentales como la depresión? - Para las embarazadas con antecedentes de trastornos mentales, se debe considerar un enfoque integral que incluya terapia psicológica, seguimiento psiquiátrico y técnicas de manejo del estrés, como la meditación o la práctica de yoga. También es importante monitorizar cualquier medicamento que se utilice, para evitar efectos adversos en el bebé.
Cierre	**Muchas gracias, Dr./Dra. [Nombre del especialista], por su tiempo y valiosa aportación.** Sus respuestas serán fundamentales para desarrollar estrategias efectivas de intervención para embarazadas de alto riesgo y prevenir el TDAH en sus hijos. Si tiene alguna otra observación o recomendación, quedo atento a sus sugerencias.
Firma	**Entrevistador:** _____ **Fecha:** _____

Análisis: Plan de Intervención para Embarazadas de Alto Riesgo para Prevenir TDAH en Niños

El análisis de las respuestas obtenidas de las entrevistas realizadas a especialistas sobre los factores de riesgo y las intervenciones necesarias para prevenir el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños nacidos de embarazos de alto riesgo ha proporcionado información valiosa sobre los aspectos críticos que deben abordarse en el diseño de un plan de intervención. En este sentido, se identificaron varios factores clave que pueden influir en el desarrollo de este trastorno, así como las estrategias más efectivas para mitigar estos riesgos.Uno de los factores más mencionados por los especialistas es la influencia de la genética, reconocida como un determinante importante del TDAH, pero también destacaron la relevancia de los factores ambientales, lo que subraya la importancia de un enfoque preventivo durante el embarazo. La exposición prenatal a sustancias como el alcohol, el tabaco y otras drogas es un riesgo significativo para el desarrollo de TDAH, lo que resalta la necesidad de promover la abstinencia de estas sustancias durante el embarazo. Además, las complicaciones gestacionales

como la diabetes gestacional, la preeclampsia y la hipertensión arterial crónica son reconocidas como factores de riesgo que pueden alterar el desarrollo neurológico fetal, lo que genera la necesidad de un monitoreo adecuado de la salud materna durante el embarazo. El estrés y la salud emocional de la madre también fueron identificados como factores determinantes, ya que el estrés crónico y la ansiedad pueden afectar de manera significativa el desarrollo cerebral del feto, lo que resalta la importancia de una atención emocional adecuada. Asimismo, las infecciones maternas, como el citomegalovirus, toxoplasmosis e infecciones respiratorias no tratadas, son factores que pueden contribuir al riesgo de desarrollar TDAH, y requieren intervención médica adecuada durante el embarazo.En cuanto a las estrategias de intervención, los especialistas coincidieron en la importancia de una atención prenatal integral, que implique controles regulares para detectar complicaciones de forma temprana y garantizar una supervisión médica adecuada. Además, el asesoramiento psicoeducativo fue destacado como fundamental para capacitar a las madres sobre la importancia de mantener hábitos saludables, manejar el estrés y evitar la exposición a factores de riesgo. La nutrición adecuada, especialmente la inclusión de suplementos como el ácido fólico y omega-3, es esencial para favorecer un desarrollo neurológico saludable del bebé. El apoyo social y emocional también fue subrayado como un elemento clave, ya que el aislamiento social puede aumentar los niveles de estrés en la madre, lo que a su vez afecta negativamente al desarrollo del niño. Finalmente, se destacó la necesidad de educación dirigida a las embarazadas para evitar la exposición a sustancias perjudiciales, como el tabaco y el alcohol, lo cual resulta crucial para reducir los riesgos asociados con el TDAH.En cuanto a los riesgos derivados de la falta de intervención, los especialistas advirtieron que el no abordar estos factores de riesgo podría generar consecuencias graves, como el parto prematuro o bajo peso al nacer, condiciones que se asocian a un mayor riesgo de desarrollar TDAH. Además, se mencionó que el no intervenir de manera adecuada podría tener efectos negativos en el desarrollo cognitivo y social del niño, aumentando las probabilidades de que el niño presente dificultades en la atención, el aprendizaje y el comportamiento, lo cual podría tener implicaciones a largo plazo en su calidad de vida. Un consenso claro entre los especialistas fue la importancia de abordar la salud mental de la madre, ya que el estrés y los trastornos emocionales son factores fundamentales que deben ser atendidos para evitar que se trasladen al niño. Todos

los entrevistados coincidieron en que la psicoeducación para las madres es una herramienta clave para empoderarlas y permitirles tomar decisiones informadas que favorezcan la prevención del TDAH. Además, se resaltó la necesidad de un enfoque multidisciplinario, que involucre a ginecólogos, psicólogos, nutricionistas y pediatras, para ofrecer una atención integral que cubra todas las dimensiones del embarazo de alto riesgo y promueva el bienestar tanto de la madre como del niño. En conclusión, el análisis de las entrevistas revela que un plan de intervención efectivo para prevenir el TDAH en niños nacidos de embarazos de alto riesgo debe abordar de manera integral tanto los factores biológicos, emocionales y sociales que afectan a la madre como las medidas preventivas que promuevan un desarrollo saludable del niño. La combinación de atención médica integral, psicoeducación, apoyo emocional y nutrición adecuada son fundamentales para reducir el riesgo de TDAH, mientras que la falta de intervención podría tener consecuencias graves para la salud del niño a largo plazo.



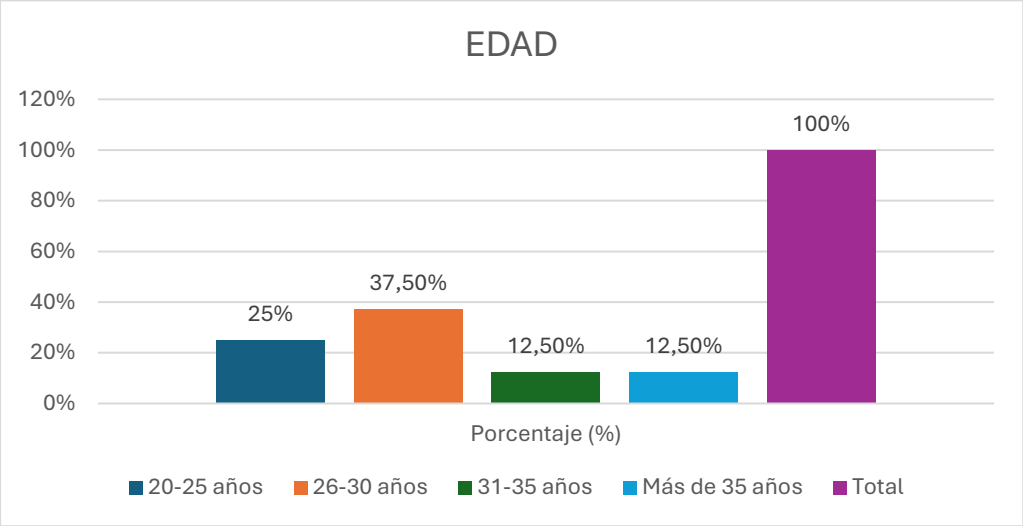
Análisis: Las entrevistas revelan un consenso claro sobre la importancia de abordar el TDAH desde una perspectiva preventiva, destacando la necesidad de implementar intervenciones integrales que incluyan un control prenatal regular, educación materna y un monitoreo riguroso de la nutrición para garantizar el

desarrollo óptimo del feto. Además, resalta el valor de un enfoque multidisciplinario que involucre ginecólogos, nutricionistas, psicólogos y pediatras, asegurando una atención coordinada y efectiva. El empoderamiento materno, a través de la educación y el apoyo emocional, emerge como un factor crucial para minimizar riesgos, especialmente en embarazos de alto riesgo. El análisis cuantitativo subraya que la atención prenatal y la nutrición son los pilares fundamentales de la prevención, pero también resalta que la psicoeducación y la salud emocional de las madres deben ser priorizadas. Esto pone de manifiesto la necesidad de personalizar las estrategias preventivas de acuerdo con las características particulares de cada embarazo, reconociendo que una atención integral es clave para reducir la incidencia de TDAH en niños.

RESULTADO DEL CUESTIONARIO APLICADO A LAS PACIENTES GESTANTES CON RIESGO OBSTETRICO

PREGUNTA 1. (Sección 1: Datos Demográficos)

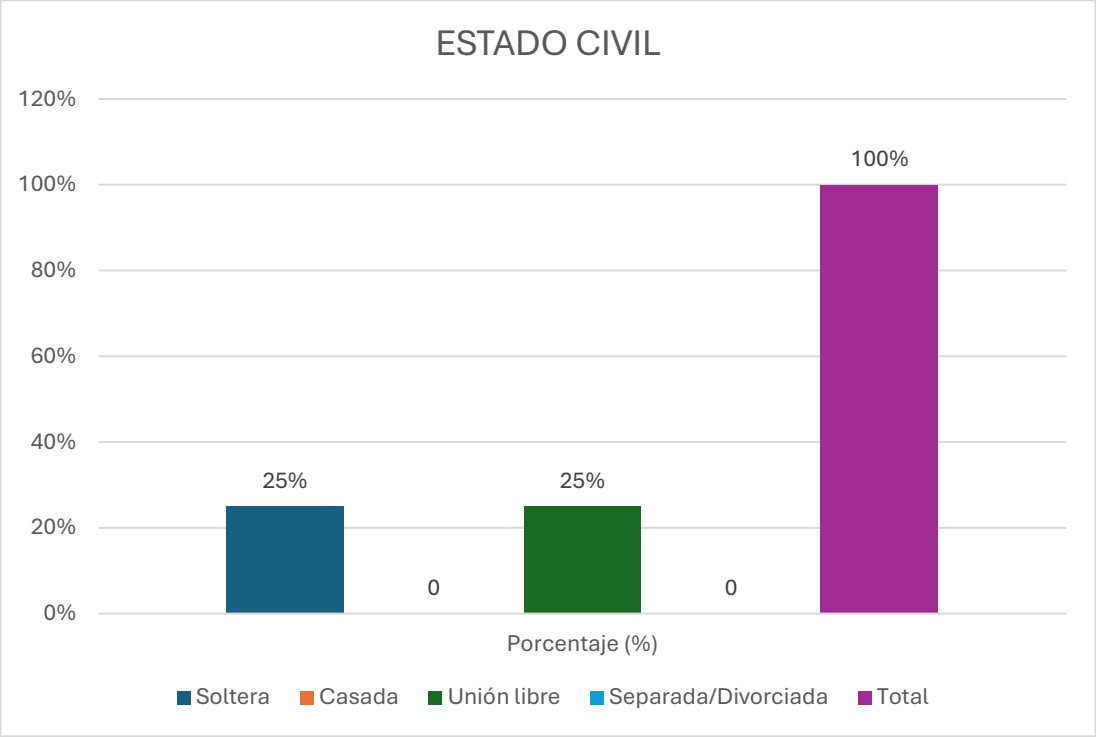
Gráfico 1. Edad cronológica de las pacientes gestantes con riesgo obstétrico alto.



Análisis: El análisis de la distribución por edad en las 8 pacientes embarazadas con alto riesgo obstétrico muestra que el grupo predominante se encuentra entre los 26 y 30 años (37.5%), una etapa considerada ideal para la gestación debido a su menor incidencia natural de complicaciones. Sin embargo, el hecho de que estas pacientes presenten alto riesgo destaca la influencia de factores adicionales como condiciones preexistentes o hábitos de vida que impactan negativamente su salud durante el embarazo. El grupo de 20-25 años (25%) refleja la importancia de garantizar un adecuado seguimiento en mujeres jóvenes, quienes, aunque generalmente saludables, pueden estar más expuestas a riesgos como anemia y complicaciones metabólicas. Por otro lado, las pacientes menores de 20 años y mayores de 35 años, que juntas representan un 25% de la muestra, constituyen grupos de especial cuidado, ya que las edades extremas son reconocidas como factores de riesgo independientes, asociados con una mayor incidencia de hipertensión gestacional, diabetes y partos prematuros. Este panorama subraya la necesidad de intervenciones personalizadas que incluyan educación para la salud, monitoreo clínico continuo y estrategias específicas para reducir el impacto de estos factores en el desenlace obstétrico y en el desarrollo del feto.

PREGUNTA 2. (Sección 1: Datos Demográficos)

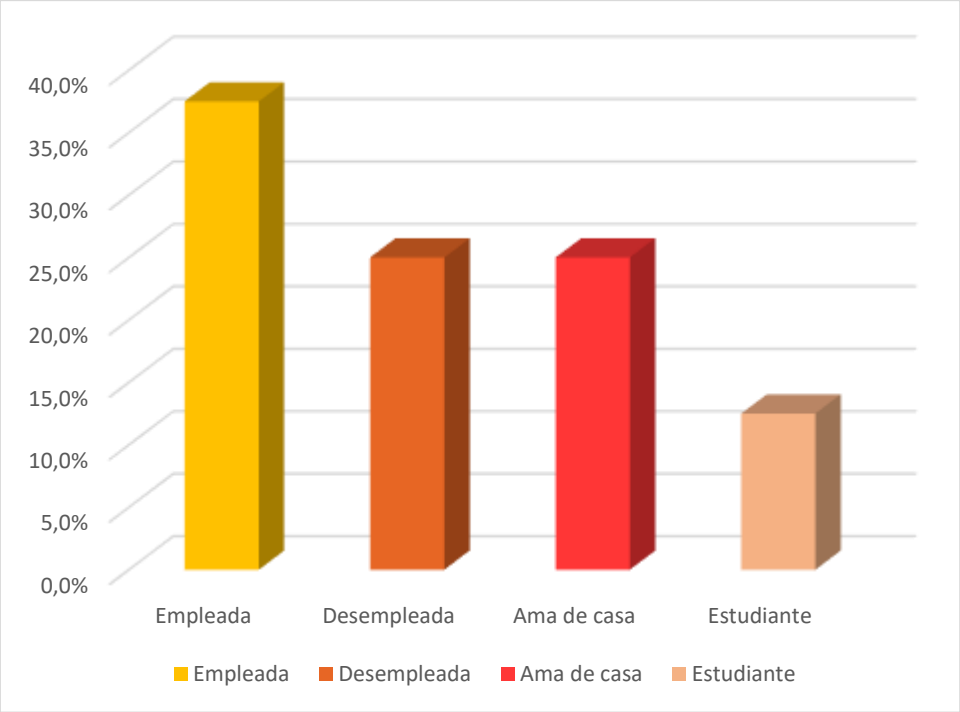
Gráfico 2. Estado civil de las pacientes gestantes con riesgo obstétrico alto



Análisis: El análisis de la distribución por estado civil de las 8 pacientes embarazadas con alto riesgo obstétrico revela que el 37.5% están casadas, lo que podría estar asociado con un mayor acceso a redes de apoyo emocional y económico, aunque no garantiza la ausencia de riesgos. Un 25% de las pacientes están en unión libre y otro 25% son solteras, reflejando posibles diferencias en el acceso a recursos, estabilidad familiar y soporte social durante el embarazo, factores que pueden influir en el manejo del riesgo obstétrico. Por último, el 12.5% corresponde a mujeres separadas o divorciadas, quienes pueden enfrentarse a desafíos adicionales relacionados con el estrés emocional y la falta de apoyo directo, lo que puede impactar su salud y la del feto. Este panorama subraya la importancia de considerar el estado civil como un factor que, aunque no determina directamente el riesgo, puede influir en la calidad de la atención prenatal y las estrategias de intervención para mejorar los desenlaces obstétricos.

PREGUNTA 3 (Sección 1: Datos Demográficos)

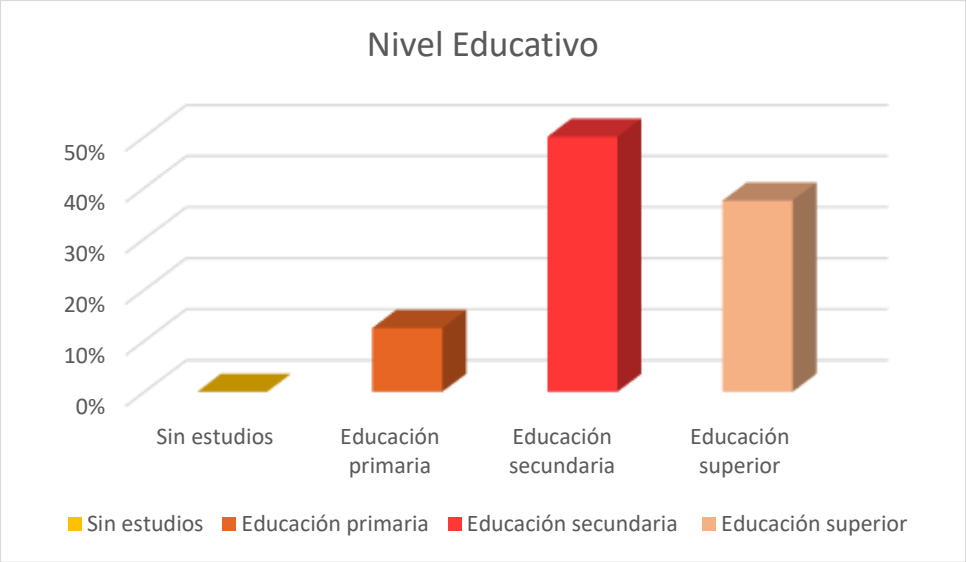
Gráfico 3. ¿Situación laboral actual?



El análisis de la situación laboral de las 8 pacientes embarazadas con alto riesgo obstétrico muestra que el 37.5% de las mujeres están empleadas, lo que podría indicar un nivel de independencia económica y un acceso más regular a atención médica, aunque también podría implicar mayores niveles de estrés debido a la combinación de trabajo y embarazo. Un 25% está desempleada, lo que podría reflejar dificultades económicas que afectan su capacidad para acceder a servicios de salud o gestionar adecuadamente su embarazo. Además, otro 25% se encuentra como amas de casa, lo cual puede significar una situación de apoyo familiar más estable, pero también una posible exposición a roles tradicionales de cuidado que podrían generar estrés físico y emocional durante el embarazo. Por último, el 12.5% restante son estudiantes, lo que sugiere que, aunque su situación económica pueda depender de otros, su juventud podría ser un factor protector, pero también puede presentar dificultades para equilibrar el estudio y la atención prenatal. En conjunto, estos datos subrayan la necesidad de tener en cuenta la situación laboral de cada paciente para diseñar intervenciones de salud personalizadas que aborden tanto los aspectos económicos como el bienestar emocional y físico durante el embarazo.

PREGUNTA 4. (Sección 1: Datos Demográficos)

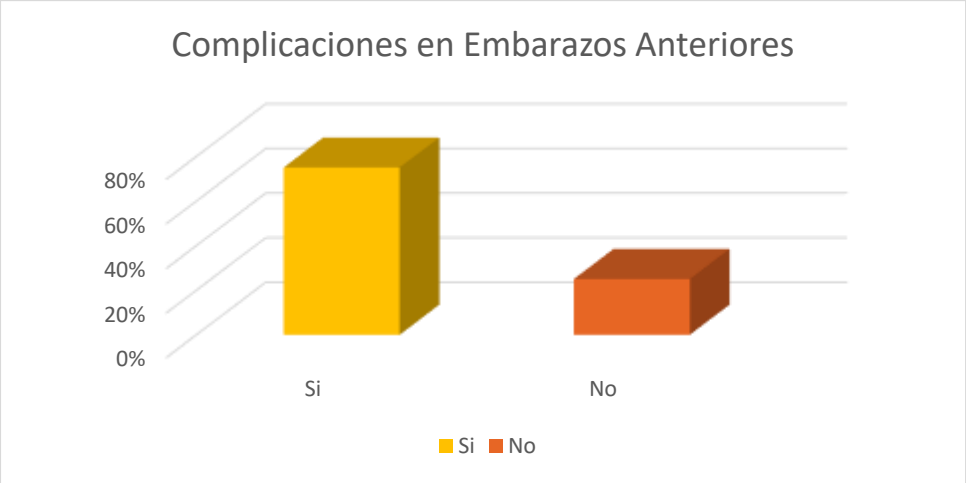
Gráfico 4. ¿Nivel educativo o escolaridad?



El análisis del nivel educativo de las 8 pacientes embarazadas con alto riesgo obstétrico muestra una distribución que resalta algunos patrones clave. El 50% de las mujeres tiene educación secundaria, lo que indica que una parte significativa de la muestra ha alcanzado al menos un nivel básico de formación, lo que podría facilitar su acceso a la información sobre salud y su capacidad para tomar decisiones informadas durante el embarazo. Un 37.5% ha alcanzado educación superior, lo que sugiere que tienen mayores oportunidades de acceso a recursos y servicios médicos, así como una mayor capacidad para entender y manejar su situación de salud de manera más proactiva. Por otro lado, un 12.5% solo cuenta con educación primaria, lo que podría implicar limitaciones en el acceso a la información y el conocimiento sobre el manejo de un embarazo de alto riesgo. Este nivel educativo puede estar asociado con una menor conciencia de los riesgos asociados con la gestación, lo que resalta la necesidad de intervenciones educativas específicas que aseguren que todas las mujeres embarazadas, independientemente de su nivel educativo, reciban información adecuada sobre su salud y el manejo de complicaciones obstétricas. En general, los datos reflejan una población que, en su mayoría, tiene educación básica y media, lo que podría influir tanto en la percepción como en la capacidad para gestionar los riesgos obstétricos durante el embarazo.

PREGUNTA 5 (Sección 2: Historial Médico y Salud Actual)

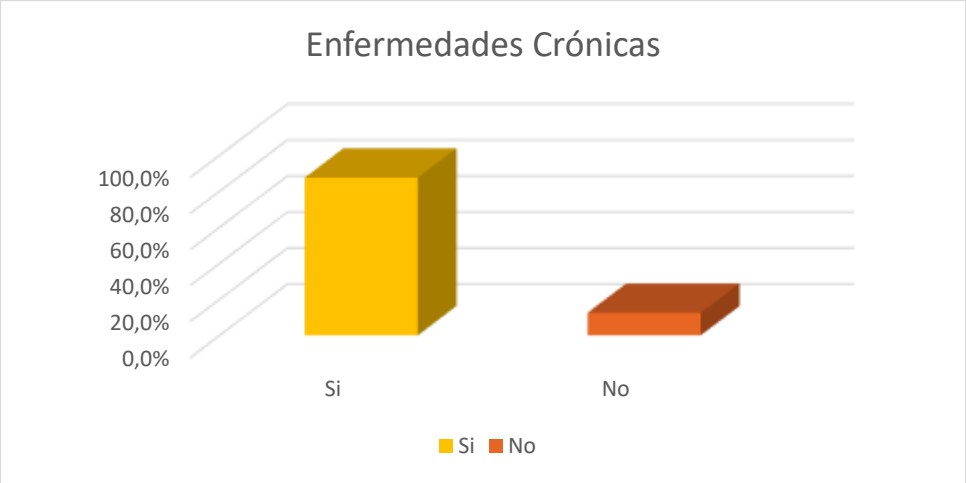
Gráfico 5. ¿Ha tenido alguna complicación en embarazos anteriores?



El análisis de las respuestas sobre complicaciones en embarazos anteriores revela que una amplia mayoría de las pacientes, un 75%, ha experimentado complicaciones en embarazos previos. Este dato es relevante, ya que las complicaciones obstétricas recurrentes pueden aumentar el riesgo de nuevas complicaciones en embarazos subsecuentes, lo que resalta la importancia de un seguimiento médico cercano. Las complicaciones pasadas pueden incluir problemas como hipertensión, diabetes gestacional, o embarazos prematuros, los cuales pueden dejar secuelas que aumentan el riesgo para la madre y el bebé en cada embarazo futuro. Por otro lado, un 25% de las mujeres reportaron no haber tenido complicaciones en embarazos previos, lo que podría indicar una menor vulnerabilidad a complicaciones durante esta gestación, aunque el hecho de que actualmente estén embarazadas con alto riesgo obstétrico sugiere que otros factores, como las condiciones médicas preexistentes o las complicaciones durante este embarazo en particular, también están influyendo en su clasificación de alto riesgo. En general, la alta tasa de complicaciones previas sugiere una población de mujeres con antecedentes obstétricos complejos, lo que subraya la necesidad de una atención prenatal más intensiva y especializada para minimizar los riesgos para ellas y sus hijos.

PREGUNTA 6 (Sección 2: Historial Médico y Salud Actual)

Gráfico 6. ¿Padece alguna enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, etc.)?



El análisis de las respuestas sobre enfermedades crónicas revela que la mayoría de las mujeres embarazadas en el estudio, un 87.5%, padecen alguna enfermedad crónica, lo cual es un factor clave a considerar en su clasificación de alto riesgo obstétrico. Las enfermedades crónicas más comunes entre las participantes incluyen hipertensión, diabetes gestacional y trastornos endocrinos, como el hipotiroidismo. Estas condiciones pueden complicar el curso del embarazo y aumentar significativamente el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el bebé, como preeclampsia, parto prematuro, o malformaciones fetales.Solo el 12.5% de las mujeres no reportaron ninguna enfermedad crónica, lo que sugiere que la mayoría de esta población ya enfrenta desafíos de salud preexistentes. Esto subraya la necesidad de monitoreo continuo y la implementación de estrategias de manejo médico adecuadas para evitar o controlar las complicaciones relacionadas con estas enfermedades. Además, la alta prevalencia de enfermedades crónicas resalta la importancia de un enfoque integral en el cuidado prenatal, que incluya no solo el seguimiento obstétrico, sino también la atención a las condiciones de salud subyacentes de las gestantes.

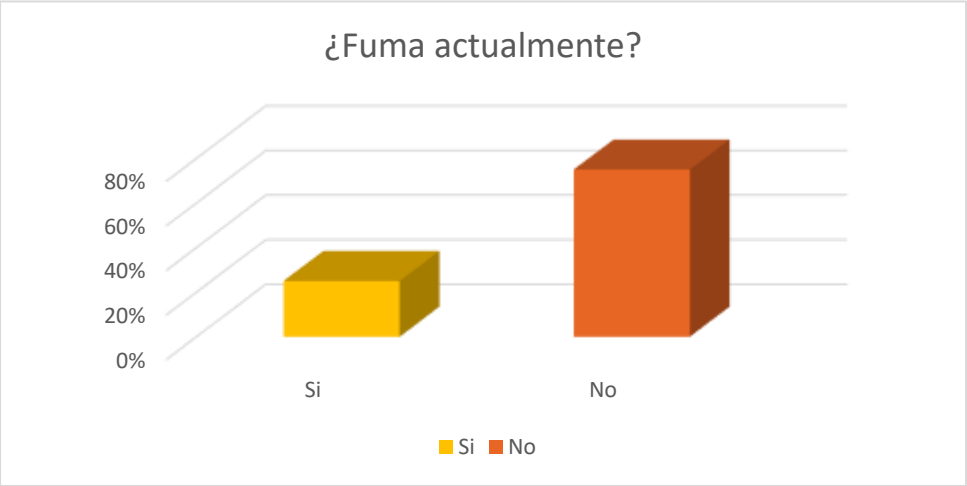
PREGUNTA 7 (Sección 2: Historial Médico y Salud Actual)

Gráfico 7. ¿Ha sido diagnosticada con algún trastorno mental (ansiedad, depresión, etc.) antes o durante el embarazo?

El análisis de las respuestas sobre trastornos mentales en las mujeres embarazadas muestra una distribución equilibrada, ya que el 50% de las participantes reportaron haber sido diagnosticadas con algún trastorno mental, como ansiedad o depresión, antes o durante el embarazo, mientras que el otro 50% no presentó esta condición. Esta prevalencia es significativa, ya que los trastornos mentales durante el embarazo pueden tener un impacto considerable tanto en la salud de la madre como en el desarrollo del bebé. La ansiedad y la depresión en las gestantes se han asociado con un mayor riesgo de complicaciones, como parto prematuro, bajo peso al nacer, y trastornos en el desarrollo infantil, incluidos los relacionados con el TDAH. El hecho de que la mitad de las mujeres reporten trastornos mentales subraya la importancia de la identificación temprana y el tratamiento adecuado de estas condiciones durante el embarazo. La falta de diagnóstico y manejo puede aumentar el riesgo de efectos adversos, por lo que es fundamental ofrecer un enfoque integral de atención prenatal que contemple tanto los aspectos físicos como psicológicos del embarazo.

PREGUNTA 8 (Sección 3: Hábitos y Estilo de Vida Durante el Embarazo)

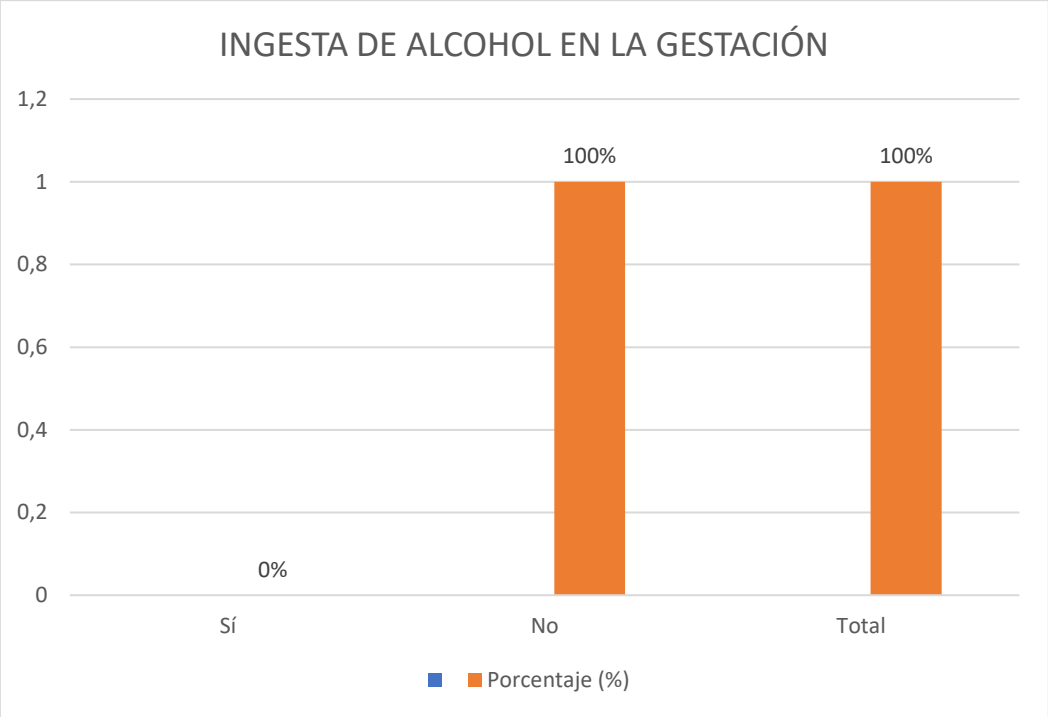
Gráfico 8. ¿Fuma actualmente?



Análisis El 75% de las mujeres embarazadas en este grupo reportan no fumar, lo cual es una cifra positiva en cuanto a la salud materna y fetal, ya que el consumo de tabaco durante el embarazo está asociado con múltiples riesgos para la salud, tales como parto prematuro, bajo peso al nacer, y un mayor riesgo de complicaciones en el desarrollo cognitivo y físico del niño. Sin embargo, un 25% de las participantes reportan fumar actualmente, lo cual es preocupante, dado que el tabaquismo en el embarazo incrementa la probabilidad de que el bebé desarrolle problemas respiratorios, de conducta, y mayor riesgo de TDAH.Es esencial que se continúe promoviendo la cesación del tabaquismo durante el embarazo, proporcionando apoyo psicológico y recursos adecuados para que las mujeres que fuman puedan dejar el hábito, minimizando así los riesgos para el bienestar tanto de la madre como del bebé.

PREGUNTA 9 (Sección 3: Hábitos y Estilo de Vida Durante el Embarazo)

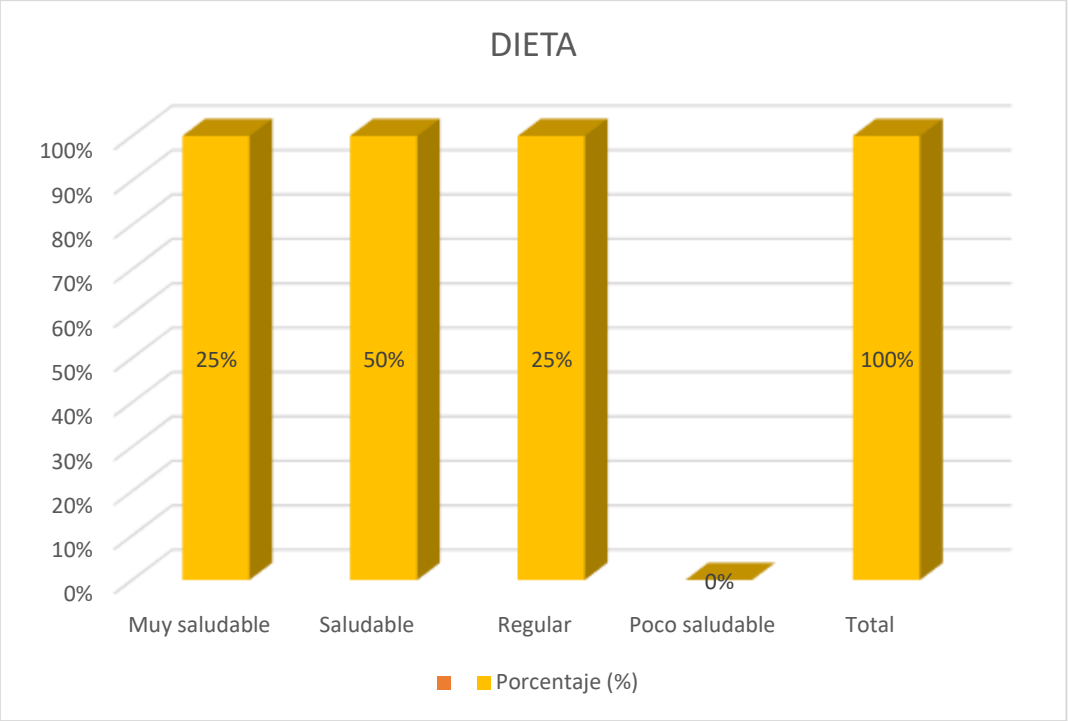
Gráfico 9. ¿Consume alcohol actualmente?



En esta muestra, ninguna de las mujeres embarazadas reportó consumir alcohol durante el embarazo, lo que es altamente positivo desde el punto de vista de la salud materna y fetal. El consumo de alcohol durante el embarazo está asociado con trastornos graves como el síndrome alcohólico fetal, que puede provocar retrasos en el desarrollo, problemas cognitivos y conductuales, y defectos físicos en el bebé. Además, incluso el consumo moderado puede tener efectos adversos en el desarrollo del sistema nervioso central del feto. Este resultado es alentador y refleja una posible conciencia entre las participantes sobre los riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo. Sin embargo, es importante mantener y reforzar programas de educación y asesoramiento sobre los efectos del alcohol, ya que esta práctica debe ser eliminada completamente durante el embarazo para proteger la salud del bebé y de la madre.

PREGUNTA 10 (Sección 3: Hábitos y Estilo de Vida Durante el Embarazo)

Gráfico 10. ¿Cómo describiría su dieta durante el embarazo?

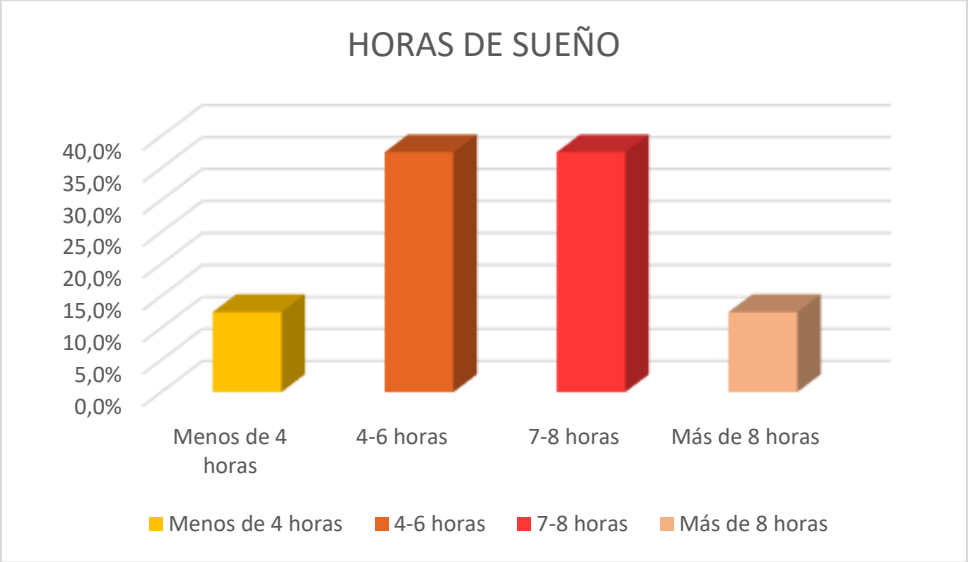


La mitad de las participantes (50%) califican su dieta como saludable, y un 25% adicional como muy saludable, lo que indica que la mayoría de las mujeres en esta muestra mantienen hábitos alimenticios adecuados durante el embarazo. Esto es alentador, ya que una dieta balanceada y rica en nutrientes es esencial para el desarrollo fetal óptimo, contribuyendo a reducir el riesgo de complicaciones como bajo peso al nacer, anemia materna, y enfermedades metabólicas.Sin embargo, un 25% describe su dieta como "regular", lo que podría reflejar ciertas carencias nutricionales o una falta de planificación en la ingesta alimentaria. Es vital priorizar la educación sobre la importancia de consumir alimentos ricos en hierro, calcio, ácido fólico y otros nutrientes esenciales durante el embarazo.

Es positivo que ninguna participante haya reportado una dieta "poco saludable", pero esto no implica que no exista la necesidad de intervenciones para garantizar que todas las mujeres embarazadas reciban asesoramiento nutricional adecuado. Programas de apoyo en alimentación y acceso a recursos nutricionales serían beneficiosos, particularmente para quienes califican su dieta como regular, asegurando así la salud tanto de las madres como de los bebés.

PREGUNTA 11 (Sección 3: Hábitos y Estilo de Vida Durante el Embarazo)

Gráfico 11. ¿Cuántas horas duerme en promedio por noche?



La distribución de las horas de sueño promedio entre las participantes muestra que el 37.5% duerme entre 7 y 8 horas por noche, lo cual es considerado ideal para la salud y el bienestar durante el embarazo. Este grupo probablemente cuenta con condiciones que favorecen un descanso adecuado, como rutinas establecidas, ambientes propicios para dormir y niveles más bajos de estrés.

Sin embargo, un porcentaje igual (37.5%) reporta dormir entre 4 y 6 horas, lo que puede ser insuficiente para cubrir las necesidades de descanso durante esta etapa. Este grupo podría estar enfrentando factores disruptivos, como molestias físicas propias del embarazo, estrés, o responsabilidades adicionales, que afectan su capacidad para descansar lo necesario.

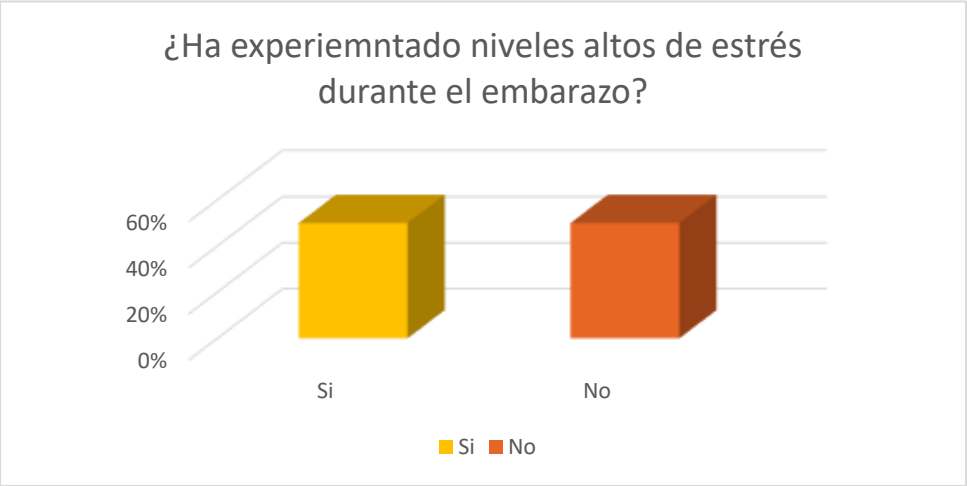
El 12.5% de las mujeres duerme menos de 4 horas por noche, lo cual es alarmante, ya que esta cantidad de sueño puede tener implicaciones negativas tanto para la madre como para el desarrollo del feto. La falta de sueño está relacionada con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, como hipertensión gestacional, diabetes gestacional, y parto prematuro, además de contribuir a una mayor incidencia de problemas de salud mental, como ansiedad y depresión.

Por último, el 12.5% de las participantes duerme más de 8 horas, lo cual podría ser un indicador de fatiga extrema o posibles condiciones médicas subyacentes, como anemia o trastornos del sueño.

Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar y promover la higiene del sueño en las mujeres embarazadas, mediante intervenciones educativas, la identificación de factores disruptivos y el diseño de estrategias individualizadas que fomenten el descanso adecuado. Un sueño reparador no solo mejora la calidad de vida de las madres, sino que también es un factor clave en el desarrollo fetal óptimo.

PREGUNTA 12 (Estrés y Apoyo Social)

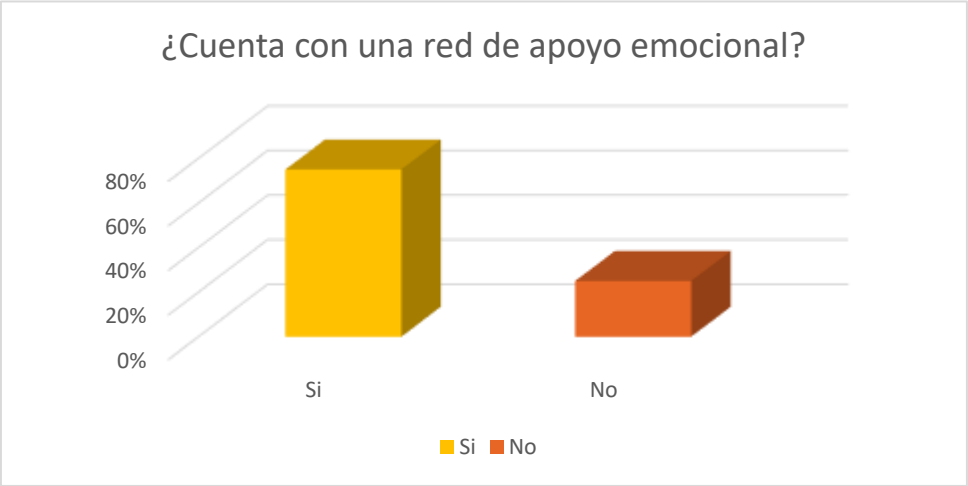
Gráfico 12. ¿Ha experimentado niveles altos de estrés durante el embarazo?



El análisis revela que el 50% de las participantes han experimentado niveles altos de estrés durante el embarazo, lo que subraya la importancia de atender los factores emocionales y psicológicos en esta etapa crítica. El embarazo es un periodo de múltiples cambios físicos, emocionales y sociales, que pueden amplificar el impacto de estresores como preocupaciones económicas, relaciones interpersonales conflictivas, falta de apoyo social, o complicaciones médicas.El estrés elevado durante el embarazo está vinculado a diversas consecuencias adversas para la salud materna y fetal. En las madres, puede aumentar el riesgo de hipertensión gestacional, preeclampsia y depresión posparto, mientras que en los fetos se asocia con menor peso al nacer, parto prematuro y alteraciones en el desarrollo neuroconductual.Por otro lado, el 50% de las mujeres que no reportaron niveles altos de estrés podrían estar beneficiándose de factores protectores como un entorno de apoyo, acceso a recursos médicos y educativos, y la implementación de estrategias efectivas para manejar el estrés, como prácticas de relajación, actividad física moderada o asesoramiento psicológico.Estos resultados destacan la necesidad de incorporar programas de apoyo emocional y educación en salud mental como parte del cuidado prenatal, para reducir el impacto del estrés en las madres y sus bebés. Es crucial realizar evaluaciones regulares de la salud mental durante el embarazo y fomentar redes de apoyo que proporcionen herramientas prácticas para el manejo del estrés. Esto no solo mejorará la calidad de vida de las embarazadas, sino que también promoverá resultados perinatales más favorables.

PREGUNTA 13 (Estrés y Apoyo Social)

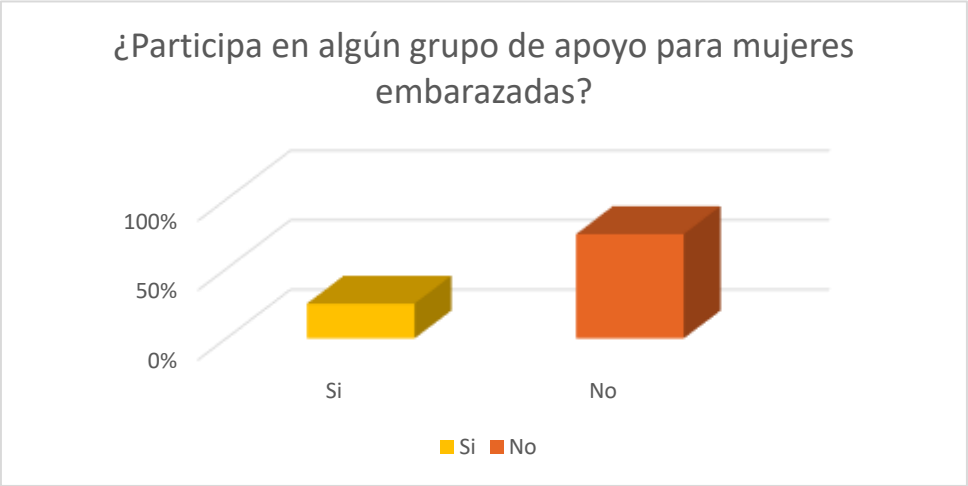
Gráfico 13. ¿Cuenta con una red de apoyo emocional (familiares, amigos, etc.)?



El análisis muestra que el 75% de las embarazadas cuentan con una red de apoyo emocional compuesta por familiares, amigos u otras personas cercanas, mientras que el 25% no dispone de este respaldo. Este hallazgo resalta el papel fundamental de las redes de apoyo emocional durante el embarazo, ya que el acompañamiento y soporte social están asociados con mejores resultados para la salud materna y fetal. Para las mujeres que cuentan con apoyo, es más probable que enfrenten los desafíos del embarazo con mayor resiliencia. Una red de apoyo ayuda a reducir el estrés, facilita el acceso a recursos necesarios y fomenta un entorno positivo que promueve la estabilidad emocional. Esto puede repercutir favorablemente en la salud psicológica de la madre y en el desarrollo del feto .En contraste, la falta de apoyo social en el 25% de las participantes puede aumentar su vulnerabilidad a factores estresantes, lo que eleva el riesgo de complicaciones como ansiedad, depresión, y problemas en el manejo de la carga emocional asociada al embarazo. Estas mujeres podrían necesitar intervenciones más directas de los profesionales de salud, como consejería psicológica o inclusión en grupos de apoyo prenatal. El resultado sugiere la importancia de identificar a aquellas embarazadas que carecen de redes de apoyo y proporcionarles alternativas que fortalezcan su bienestar emocional, ya sea mediante programas comunitarios, grupos de apoyo o la intervención de trabajadores sociales y psicólogos. Crear un entorno inclusivo que fomente el acceso a estas herramientas es clave para garantizar una experiencia de embarazo más saludable y equilibrada.

PREGUNTA 14 (Estrés y Apoyo Social)

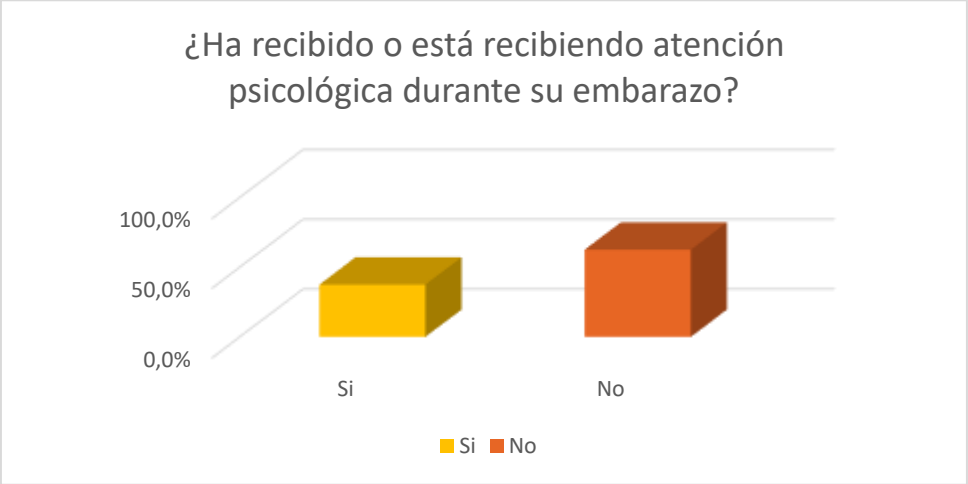
Gráfico 14. ¿Participa en algún grupo de apoyo para mujeres embarazadas?



De las encuestadas, el 25% mencionó participar en un grupo de apoyo para mujeres embarazadas, mientras que el 75% no lo hace. Estos resultados destacan una baja participación en espacios grupales organizados, a pesar de sus beneficios ampliamente documentados para la salud mental, emocional y social durante el embarazo. Los grupos de apoyo para embarazadas son recursos valiosos que ofrecen oportunidades para compartir experiencias, recibir información relevante y generar vínculos que disminuyen el aislamiento social. La participación activa en estos grupos puede reducir niveles de ansiedad, mejorar el bienestar emocional y fortalecer la preparación para el parto y la maternidad. Sin embargo, la escasa asistencia (75% no participa) podría estar asociada a factores como la falta de información sobre la existencia de estos grupos, horarios poco flexibles, o incluso la percepción de autosuficiencia por parte de las embarazadas.Para aumentar la participación, los sistemas de salud y las comunidades podrían desarrollar estrategias más inclusivas, como ofrecer reuniones en línea, adaptar horarios a las necesidades de las embarazadas y promover estos espacios como una parte integral de la atención prenatal. Además, sería crucial educar a las mujeres sobre los beneficios de participar en grupos de apoyo para fomentar su interés y compromiso.En este contexto, el análisis sugiere que una mayor difusión e integración de los grupos de apoyo en los servicios de atención prenatal podría ser una herramienta efectiva para mejorar la experiencia del embarazo y los resultados de salud materno-fetal.

PREGUNTA 15 (Estrés y Apoyo Social)

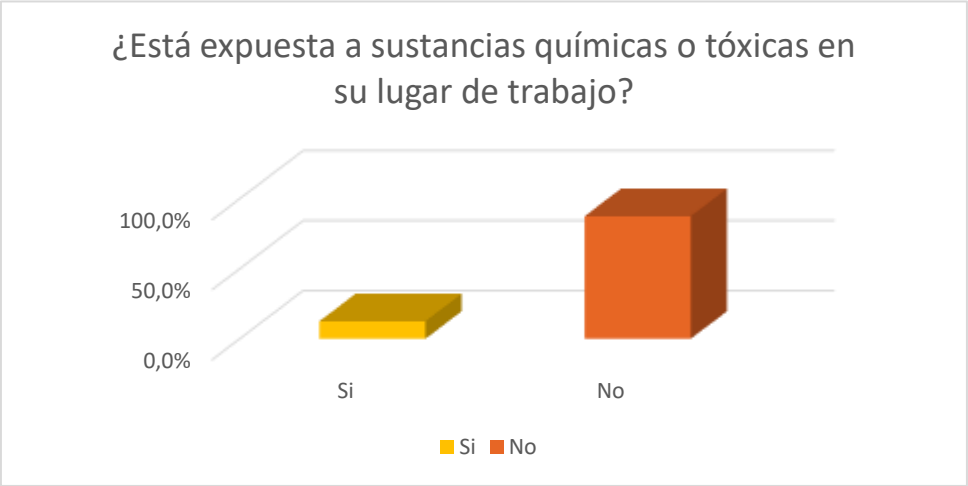
Gráfico 15. ¿Ha recibido o está recibiendo atención psicológica durante su embarazo?



El análisis de los datos revela que el 37.5% de las encuestadas ha recibido o está recibiendo atención psicológica durante su embarazo, mientras que el 62.5% no accede a este tipo de apoyo. Este hallazgo refleja un área crucial de mejora en los servicios prenatales, ya que la salud psicológica durante el embarazo es fundamental para el bienestar tanto de la madre como del bebé.La atención psicológica durante el embarazo puede ayudar a las mujeres a gestionar emociones como ansiedad, estrés y depresión, condiciones comunes en esta etapa de grandes cambios. Las mujeres que reciben apoyo psicológico tienen mayores probabilidades de mantener un embarazo más saludable, establecer vínculos afectivos tempranos con su bebé y evitar complicaciones postnatales como la depresión postparto. El hecho de que una mayoría significativa (62.5%) no acceda a este servicio podría atribuirse a factores como la falta de disponibilidad de recursos, desconocimiento sobre la importancia de la salud mental, barreras económicas o estigmas asociados a buscar ayuda psicológica. Este resultado subraya la necesidad de integrar servicios psicológicos en la atención prenatal como una medida estándar, garantizando acceso equitativo y promoviendo campañas educativas sobre su relevancia. La implementación de programas de apoyo psicológico accesibles y la capacitación de los profesionales de salud para identificar señales de riesgo podrían mejorar significativamente la calidad de vida de las madres y contribuir al desarrollo saludable de los recién nacidos. A través de estas iniciativas, se podrían reducir las brechas existentes y normalizar la búsqueda de ayuda emocional como una parte esencial del cuidado integral durante el embarazo.

PREGUNTA 16 (Exposición a Sustancias Tóxicas y Ambiente Laboral)

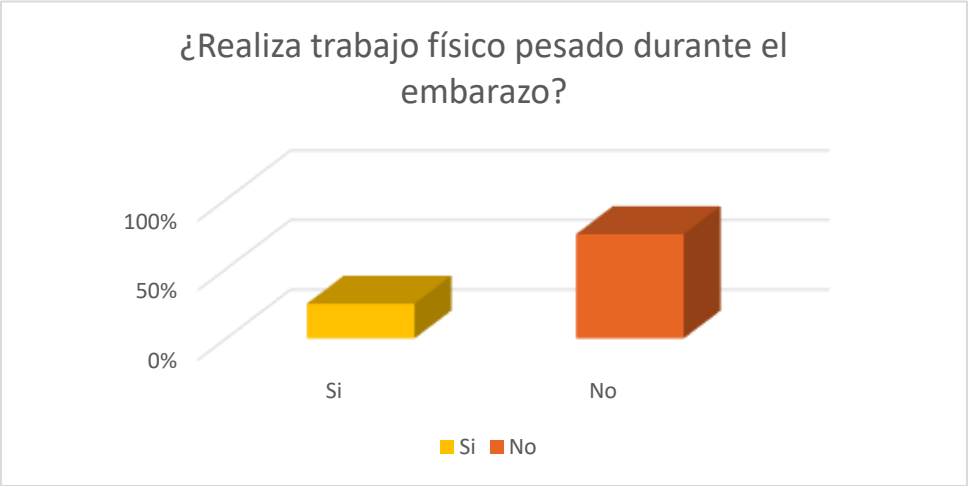
Gráfico 16. ¿Está expuesta a sustancias químicas o tóxicas en su lugar de trabajo?



De las encuestadas, el 12.5% está expuesta a sustancias químicas o tóxicas en su lugar de trabajo, mientras que el 87.5% no enfrenta dicha exposición. Aunque la mayoría no se encuentra en ambientes laborales de riesgo químico, el porcentaje que sí está expuesto es significativo, considerando los riesgos que este factor implica para la salud tanto materna como fetal.La exposición a sustancias químicas durante el embarazo puede estar asociada con complicaciones como abortos espontáneos, partos prematuros, bajo peso al nacer e incluso malformaciones congénitas. Además, puede impactar la salud materna, afectando órganos vitales y el sistema inmunológico. Este hallazgo resalta la importancia de evaluar y mitigar los riesgos laborales en mujeres embarazadas, implementando medidas preventivas que garanticen su seguridad. Para las mujeres expuestas a estas condiciones, resulta imperativo que los empleadores adopten políticas estrictas de protección, como la reducción de tareas riesgosas, el uso obligatorio de equipos de protección personal (EPP) y el diseño de ambientes laborales libres de sustancias peligrosas. Asimismo, es crucial que los profesionales de salud realicen un monitoreo constante y proporcionen educación sobre los riesgos asociados a estas exposiciones. En resumen, aunque la mayoría de las encuestadas no se encuentra en ambientes peligrosos, la atención a la minoría afectada debe ser prioritaria, ya que garantizar condiciones de trabajo seguras es esencial para promover embarazos saludables y prevenir consecuencias adversas en la salud a largo plazo.

PREGUNTA 17 (Exposición a Sustancias Tóxicas y Ambiente Laboral)

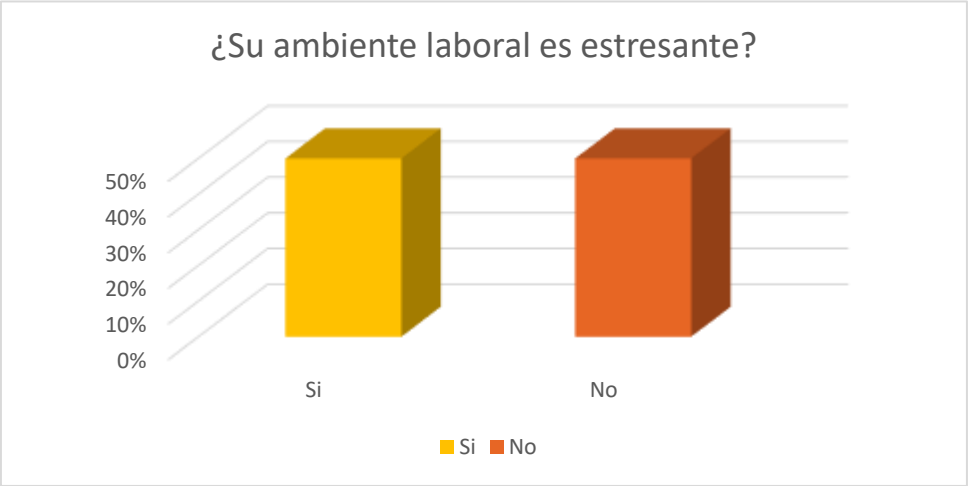
Gráfico 17. ¿Realiza trabajo físico pesado durante el embarazo?



El 25% de las encuestadas realiza trabajo físico pesado durante el embarazo, mientras que el 75% no lleva a cabo este tipo de tareas. Esta distribución indica que, aunque la mayoría de las mujeres se encuentra exenta de actividades físicas intensas, una proporción significativa aún enfrenta exigencias laborales que podrían afectar su bienestar. El trabajo físico pesado durante el embarazo está relacionado con un mayor riesgo de complicaciones, como fatiga extrema, dolor musculoesquelético, aumento de la presión arterial, trabajo de parto prematuro y restricción del crecimiento fetal. Estas consecuencias subrayan la necesidad de adaptar las actividades laborales de las mujeres embarazadas para prevenir daños tanto para la madre como para el bebé. Las mujeres que realizan trabajos físicamente exigentes deberían recibir apoyo adicional, como ajustes en sus roles laborales, reducción de cargas pesadas, descansos frecuentes y, en casos necesarios, reubicación temporal a tareas menos demandantes. Además, la capacitación en técnicas seguras de manejo de cargas y el uso de equipo ergonómico pueden ayudar a mitigar riesgos. En conclusión, aunque la mayoría no está expuesta a estas condiciones, es fundamental abordar las necesidades de quienes sí realizan trabajo físico pesado. Proporcionar condiciones laborales adecuadas y apoyo integral contribuirá a un embarazo saludable y a la prevención de complicaciones a corto y largo plazo.

PREGUNTA 18 (Exposición a Sustancias Tóxicas y Ambiente Laboral)

Gráfico 18. ¿Su ambiente laboral es estresante?

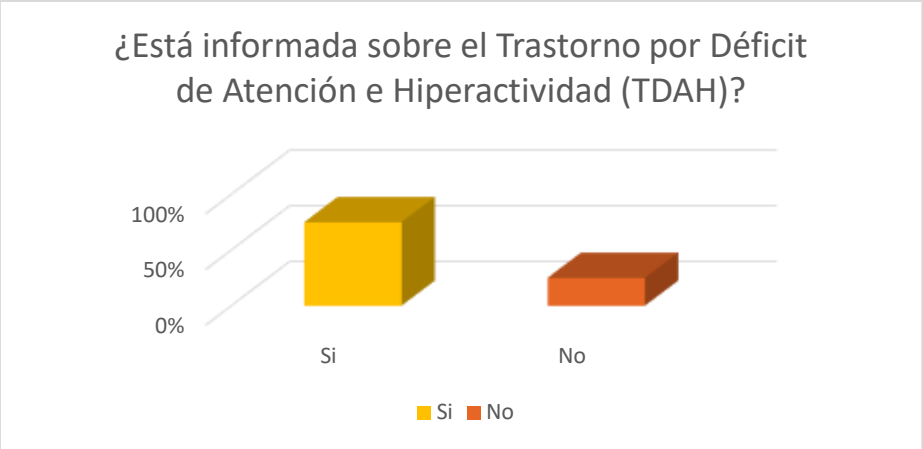


El 50% de las encuestadas reporta trabajar en un ambiente laboral estresante, mientras que la otra mitad considera que sus condiciones laborales no generan estrés significativo. Este equilibrio refleja una polarización en las experiencias laborales durante el embarazo, lo que sugiere que una parte importante de las mujeres está expuesta a factores de estrés que podrían afectar su bienestar. El estrés laboral durante el embarazo puede derivar en múltiples complicaciones, como hipertensión gestacional, partos prematuros, bajo peso al nacer e incluso alteraciones emocionales como ansiedad y depresión. Este factor también puede influir en la adherencia a controles prenatales y hábitos saludables, incrementando el riesgo de desenlaces adversos tanto para la madre como para el feto.

Por otro lado, aquellas que no experimentan estrés laboral pueden beneficiarse de ambientes más seguros, políticas de apoyo y mejores condiciones de trabajo, lo que promueve un embarazo más saludable. Es crucial que las empresas implementen medidas para reducir el estrés, como fomentar horarios flexibles, brindar soporte emocional, crear espacios ergonómicos y establecer canales de comunicación efectivos. En resumen, mientras que la mitad de las mujeres disfruta de un entorno laboral favorable, la otra mitad enfrenta un desafío que requiere atención inmediata. Promover un ambiente laboral positivo y libre de estrés no solo mejora la calidad de vida de las trabajadoras embarazadas, sino que también asegura resultados óptimos en la salud materno-infantil.

PREGUNTA 19 (Exposición a Sustancias Tóxicas y Ambiente Laboral)

Gráfico 19. ¿Está informada sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)?

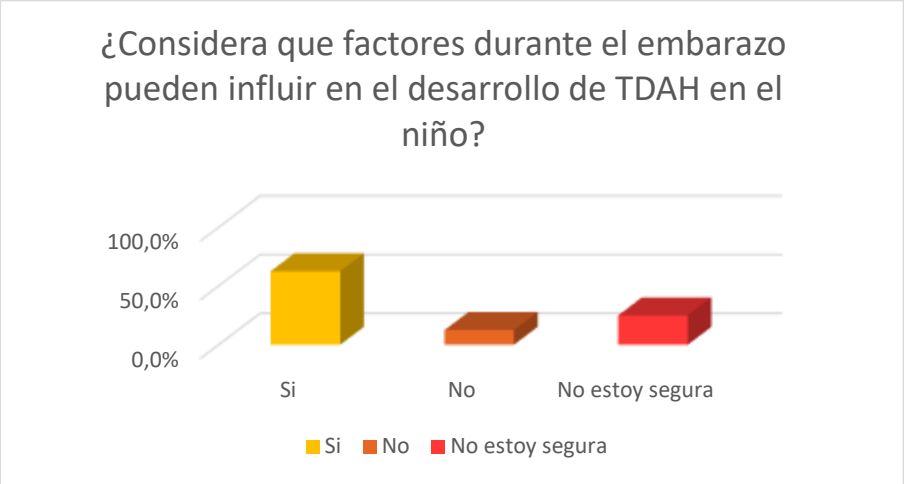


El 75% de las encuestadas indica estar informada sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), mientras que el 25% no tiene conocimiento sobre esta condición. Esto refleja un nivel moderado de concienciación entre la población analizada, lo que podría estar influenciado por el acceso a información médica, la educación previa o el contacto con casos relacionados con el TDAH. El conocimiento sobre el TDAH es esencial para identificar signos de riesgo temprano tanto en la madre como en el futuro desarrollo del niño, ya que ciertos factores prenatales, como el estrés, la exposición a sustancias tóxicas o hábitos no saludables, pueden aumentar las probabilidades de este trastorno. Además, las madres informadas están en mejor posición para tomar decisiones preventivas, como adherirse a controles médicos adecuados y evitar factores de riesgo.

Por el contrario, la falta de información en el 25% de las encuestadas subraya la necesidad de implementar campañas de educación y sensibilización que lleguen a un público más amplio, especialmente a mujeres embarazadas que podrían beneficiarse de conocer los riesgos asociados con el TDAH y las medidas preventivas disponibles. En conclusión, aunque la mayoría tiene cierto nivel de conocimiento sobre el TDAH, es vital reforzar esta información a través de estrategias de educación prenatal, talleres o guías prácticas que aseguren que todas las futuras madres estén equipadas con herramientas para minimizar riesgos y fomentar el desarrollo saludable de sus hijos.

PREGUNTA 20 (Exposición a Sustancias Tóxicas y Ambiente Laboral)

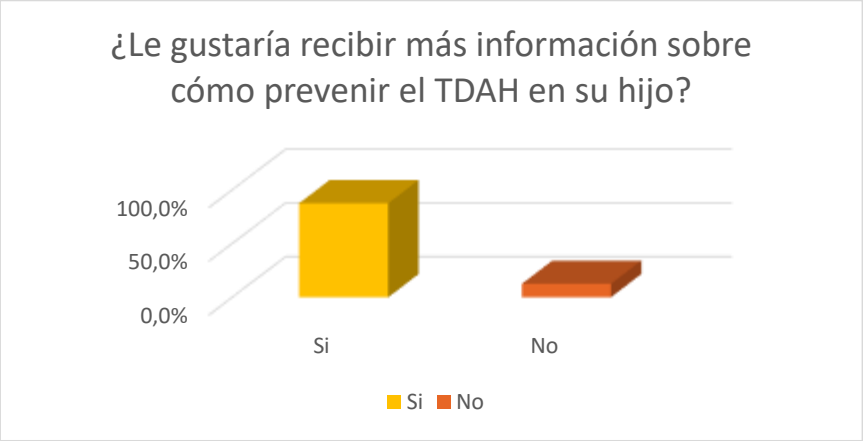
Gráfico 20. ¿Considera que factores durante el embarazo pueden influir en el desarrollo de TDAH en el niño?



La mayoría de las encuestadas (62.5%) reconoce que los factores durante el embarazo pueden influir en el desarrollo de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el niño. Este porcentaje refleja un nivel significativo de conciencia sobre cómo el ambiente prenatal, el estilo de vida materno y las condiciones de salud pueden impactar el desarrollo neurológico del feto. Este grupo probablemente comprende que factores como el estrés, la nutrición deficiente, la exposición a sustancias tóxicas y el consumo de alcohol o drogas recreativas pueden aumentar los riesgos de TDAH.Por otro lado, el 12.5% que considera que estos factores no influyen puede estar relacionado con un desconocimiento de la relación entre las condiciones prenatales y el desarrollo del TDAH, o quizás con creencias arraigadas que minimizan la influencia del ambiente prenatal en la salud del niño. Asimismo, el 25% que respondió "No estoy segura" refleja un segmento con incertidumbre que podría beneficiarse de educación adicional sobre el tema. Estos resultados destacan la necesidad de reforzar la educación prenatal en temas relacionados con el desarrollo neurológico infantil y los factores de riesgo prevenibles durante el embarazo. La implementación de programas educativos y charlas dirigidas a mujeres embarazadas podría contribuir a una mayor comprensión de la importancia de mantener un entorno saludable durante el embarazo para minimizar riesgos. En resumen, aunque la mayoría de las encuestadas reconoce la influencia de los factores prenatales en el desarrollo del TDAH, es crucial cerrar la brecha de conocimiento en el resto de la población para garantizar que todas las madres puedan tomar decisiones informadas que favorezcan el desarrollo saludable de sus hijos.

PREGUNTA 21 (Exposición a Sustancias Tóxicas y Ambiente Laboral)

Gráfico 21. ¿Le gustaría recibir más información sobre cómo prevenir el TDAH en su hijo?



El 87.5% de las encuestadas expresa interés en recibir más información sobre cómo prevenir el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en sus hijos, lo que indica una gran disposición y necesidad de aprender sobre los factores preventivos durante el embarazo y en las primeras etapas del desarrollo infantil. Este resultado sugiere que muchas mujeres están conscientes de los posibles riesgos y desean tomar medidas informadas para asegurar el bienestar y el desarrollo óptimo de sus hijos. El 12.5% que respondió negativamente podría estar relacionado con diversas razones, como una percepción de que no existe una manera efectiva de prevenir el TDAH, o quizás con una falta de interés en el tema, ya sea por desconocimiento o por la sensación de que el trastorno no es una preocupación relevante. Es posible también que algunas personas no perciban el TDAH como un riesgo inmediato o que prefieran abordar el tema solo si se presenta como una preocupación durante el desarrollo de su hijo. Este alto porcentaje de interés en recibir más información pone de manifiesto la importancia de proporcionar recursos educativos accesibles para mujeres embarazadas y madres en general. Estrategias como talleres, charlas, materiales escritos o incluso plataformas digitales podrían ayudar a difundir información relevante sobre la prevención del TDAH y otros trastornos del desarrollo. En conclusión, la disposición generalizada a recibir información sobre la prevención del TDAH muestra una oportunidad significativa para la implementación de programas educativos que brinden a las madres las

herramientas necesarias para crear un entorno más favorable para el desarrollo saludable de sus hijos.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN PRÁCTICA DEL PLAN DE PREVENCIÓN EN GESTANTES CON ALTO RIESGO PARA PREVENIR TDAH

BOLIVARIANO

PACIENTE 1

Paciente: NN

Lugar de intervención: CENTRO DE SALUD N3

LOJA – ECUADOR 2024

1. ANAMNESIS

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA		LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
ISUB	ISUB		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	CEDULA DE CIUDADANIA
N	N	NN		

DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTON	PROVINCIA	TELEFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCION					OCUPACION	SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BASE	MECH	SUPR	ESPE		IESS		OTRO	
		27		X		X									PROFESORA				

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O APRIDAD	DIRECCION	TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	CEDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	TELEFONO

FORMA DE LLEGADA						FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	TELEFONO
AMBULATORIO	X	SILLA DE RUEDAS		CAMILLA				

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA DESPEJADA		GRUPO Y Rh		CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INESTABLE		OTRO	

MOTIVO DE LLEGADA	CONTROL PRENATAL / HIPOGLUCEMIAS

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE ES PERSONAL, ES FAMILIAR

NO APLICA	

1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

ALERGIAS: NO REFIERE

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 2, PARTOS 1 VAGUINAL A TERMINO, SIN COMPLICACIONES.

FORMULARIO DE ADMISIÓN

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	HISTORIA CLINICA
ISUS	NN	NN		X	

1 MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL PRENATAL / HIPOGLUCEMIAS

2 ANTECEDENTES PERSONALES

HIPERTENSION GESTACIONAL

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

PADRE: DIABETES MELLITUS TIPO II

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

PACIENTE CON EMBARAZO DE 30 SEMANAS ACUDE PARA CONTROL PRENATAL Y CONTROL GLUCÉMICO DIFICIL, REFIERE EN OCACIONES PRESENCIA DE NAÚSEAS, HIPOTENSIÓN ACOMPAÑADO DE DIAPORÉSIS, POR LA MAÑANA

5 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL								
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								
Eupnea, Bradipnea FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	25 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS	140 MG/DL							
HbA1c	7,8%							

6 EXAMEN FISICO

PACIENTE GESTANTE DE 27 AÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 DESDE LA ADOLECENCIA, ENFRENTANDO DESAFIOS EN EL CONTROL GLUCEMICO DURANTE EL EMBARAZO, LA EN LA PRIEBA DE HEMOGLOBINA VALORES ELEVADOS SUGIERE UN CONTROL SUBOPTICO, LO QUE AUMENTA EL RIESGO DE COMPLICACIONES TANTO COMO PARA LA MADRE COMO PARA EL FETO. EL PLAN DE MANEJO INCLUYE UN SEGUIMIENTO ESTRECHO DEL CONTROL GLUCEMICO Y LA SALUD FETAL, CON CONSIDERACIONES PARA UN PARTO INDUCIDO SI ES NECESARIO.

7 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF
1	DIABETES MELLITUS TIPO I	E11		X	3				
2					4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO

INSULINA BASAL (DETEMIR): 18 U POR LA NOCHE

INSULINA RÁPIDA (LISPRO): 5 U ANTES DE CADA COMIDA

ÁCIDO FÓLICO: 5 MG DIARIOS

DIETA CONTROLADA EN CARBOHIDRATOS

MONITOREO DE GLUCOSA CAPILAR 4 VECES AL DÍA, ECOGRAFÍA DE CONTROL CADA 2 SEMANAS; EVALUACIÓN DE BIENESTAR FETAL

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO			FIRMA	

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y E.F

2. PLAN DE INTERVENCIÓN

Plan de Atención para Embarazada con riesgo obstétrico alto

1. **Diagnósticos de Enfermería:**

   Riesgo de deterioro del patrón hemodinámico relacionado con la hipertensión gestacional evidenciado por presión arterial elevada.

   Ansiedad relacionada con la condición de alto riesgo obstétrico evidenciado por preocupación constante por la salud materno-fetal.

   Riesgo de compromiso fetal relacionado con alteraciones en la perfusión placentaria secundaria a hipertensión gestacional.

   Conocimientos deficientes sobre el manejo de la hipertensión gestacional evidenciado por preguntas frecuentes sobre dieta, actividades físicas y cuidados médicos.

Objetivos:

1. Controlar la hipertensión arterial mediante intervenciones médicas y cuidados adecuados.
2. Reducir la ansiedad materna proporcionando apoyo emocional y estrategias de afrontamiento.
3. Prevenir complicaciones maternas y fetales optimizando la perfusión placentaria.
4. Fomentar el autocuidado informado promoviendo el conocimiento de la gestante sobre su condición y cuidados necesarios.

Intervenciones a ejecutar:

1. Para el Riesgo de Deterioro del Patrón Hemodinámico:

- Monitorear signos vitales, especialmente presión arterial y frecuencia cardíaca, cada 4-6 horas o según indicación médica.
- Registrar signos de alarma como cefalea persistente, cambios visuales o dolor epigástrico.
- Administrar medicamentos antihipertensivos según prescripción médica y vigilar efectos secundarios.
- Fomentar reposo en decúbito lateral izquierdo para mejorar el flujo sanguíneo úteroplacentario.

2. Para la ansiedad:

- Establecer un ambiente de confianza para que la gestante pueda expresar sus inquietudes.
- Enseñar técnicas de relajación como respiración diafragmática y ejercicios de visualización positiva.
- Proveer información clara sobre la evolución del embarazo y las medidas adoptadas para la seguridad materno-fetal.

3. Para el Riesgo de Compromiso Fetal:

- Monitorear movimientos fetales diariamente y enseñar a la gestante a realizar el conteo de movimientos fetales.
- Supervisar registros de monitoreo fetal no estresante (NST) según indicación médica.
- Fomentar una ingesta adecuada de líquidos y nutrientes esenciales para mejorar la oxigenación fetal.

4. Para las limitaciones en el conocimiento:

- Proporcionar información clara y detallada sobre el manejo de la hipertensión gestacional, incluyendo dieta, reposo y adherencia al tratamiento.
- Entregar guías educativas sobre signos de alarma, como hipertensión severa, disminución de movimientos fetales o dolor abdominal.
- Realizar sesiones educativas personalizadas para resolver dudas y reforzar el conocimiento sobre la enfermedad.

- Promover la asistencia a los controles prenatales y el seguimiento médico continuo

Evaluación:

1. La presión arterial de la gestante se mantiene dentro de los valores recomendados (menos de 140/90 mmHg).
2. La gestante muestra reducción de la ansiedad mediante comentarios positivos y colaboración activa en los cuidados.
3. Se reportan movimientos fetales adecuados y sin signos de deterioro en los registros de monitoreo fetal.
4. La gestante demuestra conocimientos sobre su condición describiendo adecuadamente su dieta, cuidados y signos de alarma.

5. INTERVENCIONES APLICADAS

DIA 1

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 1	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Medición de la presión arterial cada 4-6 horas.	Controlar la presión arterial y detectar posibles signos de hipertensión.	Supervisar la respuesta a medicación antihipertensiva.
	10:00 AM	Educación sobre dieta: Explicación detallada de una dieta baja en sodio y rica en potasio.	Fomentar un control adecuado de la hipertensión mediante la alimentación.	Verificar la adherencia a la dieta recomendada.
	12:00 PM	Fomento del reposo en decúbito lateral izquierdo: Explicación sobre su beneficio para la perfusión placentaria.	Mejorar la circulación sanguínea hacia la placenta y prevenir complicaciones.	Reforzar la importancia del descanso adecuado.
	02:00 PM	Monitoreo de movimientos fetales: Ensayo sobre el conteo de movimientos fetales.	Detectar posibles alteraciones en la salud fetal debido a la hipertensión.	Instruir a la gestante para que lo realice diariamente.
	04:00 PM	Evaluación emocional y de	Reducir la ansiedad materna y promover	Realizar sesiones educativas de

		ansiedad: Proporcionar apoyo psicológico y estrategias de relajación.	el bienestar emocional.	relajación.
	06:00 PM	Seguimiento y registro de signos de alarma: Explicación de signos como cefalea, visión borrosa, dolor epigástrico.	Identificar signos de complicación y prevenir riesgos.	Reforzar la necesidad de acudir a urgencias si se presentan estos síntomas.

DIA 2

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 2	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Medición de la presión arterial cada 4-6 horas.	Controlar la presión arterial y evaluar la respuesta al tratamiento.	Confirmar la estabilidad de la presión arterial.
	10:00 AM	Revisión de la adherencia a la dieta: Revisión del plan alimenticio y ajuste según necesidad.	Asegurar la correcta adherencia a la dieta recomendada para controlar la hipertensión.	Realizar ajustes según preferencias y tolerancia.
	12:00 PM	Evaluación del bienestar fetal: Realización de monitoreo no estresante (NST) según indicación médica.	Detectar cualquier alteración en la oxigenación fetal.	Monitorear los resultados del NST para asegurar la salud fetal.
	02:00 PM	Reforzar el reposo en decúbito lateral izquierdo: Supervisar la posición durante el descanso.	Optimizar la circulación placentaria y evitar la hipertensión postural.	Asegurarse de que la gestante mantenga esta posición durante las horas de descanso.
	04:00 PM	Evaluación emocional: Realizar una breve charla sobre técnicas de relajación y manejo de la ansiedad.	Disminuir los niveles de estrés y promover el bienestar emocional.	Instruir sobre la importancia de la calma para el control de la presión arterial.
	06:00 PM	Revisión de signos de alarma: Recordar la importancia de	Prevenir complicaciones graves a través del	Asegurar que la gestante esté alerta y tome acción

		detectar cualquier cambio preocupante, como cefalea o cambios visuales.	autocuidado y monitoreo constante.	inmediata si presenta algún síntoma alarmante.

DIA 3

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 3	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Medición de la presión arterial y frecuencia cardíaca.	Controlar la presión arterial y evaluar el estado general.	Confirmar estabilidad de parámetros vitales.
	10:00 AM	Revisión del plan alimenticio y ajuste según necesidades del paciente.	Asegurar la correcta adherencia a la dieta recomendada.	Adaptar según preferencias y tolerancia.
	12:00 PM	Evaluación del bienestar fetal: Realización de monitoreo no estresante (NST).	Detectar cualquier alteración en la oxigenación fetal.	Revisar resultados del NST.
	02:00 PM	Supervisar descanso en decúbito lateral izquierdo.	Optimizar la circulación placentaria y reducir la hipertensión.	Asegurarse de que se mantenga la posición.
	04:00 PM	Realizar una breve actividad de relajación y manejo del estrés.	Disminuir niveles de ansiedad y promover el bienestar emocional.	Registrar respuesta del paciente.
	06:00 PM	Revisar signos de alarma y educar sobre posibles complicaciones.	Prevenir riesgos mediante detección temprana.	Verificar comprensión de las indicaciones.

DIA 4

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 4	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Medición de la presión arterial y saturación de oxígeno.	Detectar alteraciones tempranas en los parámetros vitales.	Registrar resultados y notificar cambios.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de líquidos y alimentos ricos en fibra.	Promover hidratación adecuada y mejorar la función digestiva.	Registrar preferencias y tolerancia.
	12:00 PM	Evaluar actividad fetal mediante monitoreo NST según indicación médica.	Confirmar bienestar fetal y descartar riesgos.	Documentar resultados y recomendaciones.
	02:00 PM	Fomentar pausas activas con ejercicios suaves de movilidad.	Mejorar la circulación sanguínea y reducir el riesgo de edemas.	Supervisar el estado físico del paciente.
	04:00 PM	Realizar una actividad de respiración consciente para reducir estrés.	Disminuir niveles de ansiedad y bienestar emocional.	Evaluar nivel de participación y relajación.
	06:00 PM	Educar sobre signos de alarma y medidas preventivas antes del descanso nocturno.	Prevenir complicaciones y mejorar el autocuidado del paciente.	Asegurar que el paciente comprenda las indicaciones.

DIA 5

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 5	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Medición de la presión arterial cada 4-6 horas.	Controlar la presión arterial y evaluar la respuesta al tratamiento.	Confirmar la estabilidad de la presión arterial.

	10:00 AM	Revisión del bienestar emocional: Realizar una breve charla con la paciente.	Fomentar el bienestar emocional y reducir la ansiedad.	Ajustar las actividades según su estado emocional.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de respiración diafragmática guiada.	Mejorar la oxigenación y reducir el estrés.	Supervisar la técnica para asegurar eficacia.
	02:00 PM	Supervisar la postura durante el descanso.	Optimizar la circulación y prevenir complicaciones posturales.	Asegurarse de que mantenga una postura adecuada.
	04:00 PM	Evaluar el consumo de líquidos e incentivar la hidratación adecuada.	Prevenir la deshidratación y mejorar el estado general.	Registrar el consumo diario de líquidos.
	06:00 PM	Revisión de signos de alarma: Identificar cambios visuales o cefaleas persistentes.	Detectar tempranamente posibles complicaciones.	Asegurar que informe cualquier cambio inmediato.

DIA 6

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Dia 6	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Medición de la frecuencia cardíaca cada 4-6 horas.	Evaluar la respuesta del sistema cardiovascular.	Confirmar la estabilidad de los signos vitales.
	10:00 AM	Revisión del plan de alimentación y ajustes según preferencias.	Garantizar la adherencia a una dieta balanceada.	Realizar ajustes según necesidades nutricionales.
	12:00 PM	Evaluación del estado anímico: Promover una conversación amena.	Reducir el estrés y mejorar la disposición emocional.	Ajustar el entorno para mayor comodidad.

	02:00 PM	Supervisar la actividad física ligera, como estiramientos en cama.	Mejorar la circulación y evitar la rigidez muscular.	Monitorear la tolerancia a la actividad.
	04:00 PM	Reforzar el descanso con música relajante.	Fomentar un estado de relajación profunda.	Evaluar su respuesta al estímulo auditivo.
	06:00 PM	Identificar síntomas como mareos o visión borrosa.	Prevenir complicaciones mediante intervención temprana.	Registrar y comunicar cualquier síntoma.

DIA 7

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 7	08:00 AM	Monitoreo de temperatura corporal cada 4-6 horas.	Detectar signos tempranos de infección o febrícula.	Registrar las mediciones puntualmente.
	10:00 AM	Realizar una evaluación nutricional con enfoque en micronutrientes.	Identificar posibles deficiencias alimentarias.	Recomendar alimentos ricos en vitaminas.
	12:00 PM	Introducir ejercicios guiados de mindfulness.	Reducir la ansiedad y mejorar la concentración.	Guiar la práctica para asegurar su efectividad.
	02:00 PM	Supervisar las posiciones durante el descanso.	Prevenir úlceras por presión y mejorar el confort.	Registrar cambios de posición.
	04:00 PM	Promover la lectura de textos cortos motivacionales.	Estimular el bienestar emocional y la resiliencia.	Ofrecer opciones de lectura atractivas.
	06:00 PM	Evaluar la calidad del sueño y ajustar el entorno si es necesario.	Mejorar el descanso nocturno.	Registrar cualquier interrupción del sueño.

DIA 8

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 8	08:00 AM	Medición de frecuencia respiratoria cada 4-6 horas.	Evaluar el estado pulmonar y detectar irregularidades.	Registrar las mediciones en la hoja clínica.
	10:00 AM	Evaluar el estado de hidratación mediante control de líquidos.	Prevenir la deshidratación y mejorar la función renal.	Establecer metas diarias de ingesta.
	12:00 PM	Introducir técnicas de relajación guiadas con respiración profunda.	Reducir el estrés físico y mental.	Supervisar la correcta realización de la técnica.
	02:00 PM	Supervisar el entorno para asegurar confort térmico y ambiental.	Mantener un ambiente propicio para el descanso y recuperación.	Ajustar ventilación y luz según necesidad.
	04:00 PM	Realizar una evaluación breve de estado anímico.	Identificar cambios emocionales relevantes.	Documentar cualquier variación significativa.
	06:00 PM	Revisar signos vitales antes de dormir.	Confirmar estabilidad antes del periodo de descanso prolongado.	Ajustar el plan de monitoreo si es necesario.

DIA 9

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 9	08:00 AM	Monitoreo de presión arterial cada 4-6 horas.	Evaluar la respuesta a las intervenciones terapéuticas.	Registrar en el expediente clínico.
	10:00 AM	Ajuste del plan alimenticio según tolerancia y evolución.	Mejorar la ingesta nutricional según necesidad.	Consultar con el equipo de nutrición.

	12:00 PM	Evaluar la movilidad con ejercicios suaves supervisados.	Mejorar la circulación y prevenir complicaciones musculares.	Asegurar tolerancia y confort durante la práctica.
	02:00 PM	Supervisar la calidad de las interacciones sociales.	Estimular el apoyo emocional y psicológico.	Fomentar una red de apoyo positiva.
	04:00 PM	Realizar una actividad creativa como dibujo o escritura libre.	Estimular el bienestar emocional y mental.	Facilitar materiales adecuados.
	06:00 PM	Revisión de signos de alarma al finalizar el día.	Detectar cualquier cambio significativo antes del descanso nocturno.	Registrar y actuar según sea necesario

DIA 10

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 10	08:00 AM	Monitoreo de temperatura y presión arterial cada 4-6 horas.	Asegurar la estabilidad fisiológica del paciente.	Confirmar ausencia de signos de alarma.
	10:00 AM	Evaluar el plan de actividad física y realizar ajustes.	Fomentar la actividad moderada y su adherencia.	Supervisar que se realice con seguridad.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de estiramiento supervisados.	Mejorar la flexibilidad y circulación.	Monitorear cualquier molestia durante la práctica.
	02:00 PM	Revisar la adherencia al tratamiento médico.	Asegurar la toma correcta de medicamentos.	Consultar con el médico tratante.
	04:00 PM	Realizar actividades grupales para fomentar el bienestar emocional.	Promover la interacción positiva y reducir el estrés.	Documentar la participación del paciente.

	06:00 PM	Monitoreo del sueño durante las primeras horas de descanso.	Identificar patrones que puedan ser mejorados.	Ajustar el entorno si es necesario.

DIA 11

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 11	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales cada 4-6 horas.	Detectar cualquier variación fisiológica significativa.	Registrar y reportar al equipo médico.
	10:00 AM	Evaluar la ingesta de proteínas y su impacto en la recuperación.	Garantizar un aporte nutricional adecuado.	Ajustar según necesidades clínicas.
	12:00 PM	Supervisar técnicas de relajación con apoyo audiovisual.	Reducir la ansiedad mediante estímulos positivos.	Facilitar material audiovisual adecuado.
	02:00 PM	Monitoreo de la actividad física realizada.	Asegurar una progresión segura en la movilidad.	Documentar el desempeño del paciente.
	04:00 PM	Realizar actividades recreativas como juegos de mesa.	Estimular la interacción y el bienestar mental.	Ofrecer opciones de entretenimiento diversas.
	06:00 PM	Identificar signos tempranos de fatiga o malestar.	Prevenir complicaciones relacionadas con el cansancio.	Asegurar una recuperación adecuada.

DIA 12

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 12	08:00 AM	Realizar evaluación general de signos vitales y estado físico.	Determinar progreso general y áreas de mejora.	Informar resultados al equipo de salud.

	10:00 AM	Supervisar la adherencia al plan alimenticio con retroalimentación.	Mantener una nutrición adecuada y sostenible.	Realizar ajustes según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir actividades de respiración consciente guiadas.	Mejorar el enfoque y reducir la ansiedad.	Supervisar su correcta realización.
	02:00 PM	Revisar posición y confort del paciente durante el descanso.	Prevenir complicaciones por inmovilidad.	Documentar cambios realizados.
	04:00 PM	Realizar evaluación final del bienestar emocional.	Identificar logros y áreas que requieren mayor atención.	Ofrecer apoyo emocional si es necesario.
	06:00 PM	Planificar actividades de seguimiento post-alta.	Asegurar continuidad en el cuidado del paciente.	Establecer metas claras para el seguimiento.

DIA 13

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 13	08:00 AM	Evaluar patrones de sueño y descanso.	Identificar problemas relacionados al descanso.	Informar hallazgos al equipo de salud.
	10:00 AM	Supervisar hidratación adecuada y consumo de líquidos.	Mantener el equilibrio hídrico del cuerpo.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de relajación guiados.	Reducir estrés y ansiedad.	Supervisar técnica empleada.
	02:00 PM	Revisar postura al realizar actividades diarias.	Prevenir molestias físicas y mejorar la ergonomía.	Documentar correcciones realizadas.

	04:00 PM	Evaluar estado emocional mediante conversación abierta.	Identificar posibles focos de estrés emocional.	Ofrecer apoyo si es necesario.
	06:00 PM	Planificar actividades recreativas para el día siguiente.	Fomentar equilibrio entre trabajo y ocio.	Establecer actividades acordes al estado físico.

DIA 14

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 14	08:00 AM	Realizar medición de peso y parámetros corporales.	Monitorear avances en salud física.	Registrar resultados en el expediente.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de proteínas en el desayuno.	Asegurar aporte nutricional adecuado.	Ajustar porciones según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir actividades creativas (dibujar, escribir).	Estimular el enfoque y mejorar la expresión personal.	Documentar respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar cambios en el nivel de energía durante el día.	Identificar patrones de mejora o desgaste.	Registrar observaciones detalladas.
	04:00 PM	Evaluar manejo de emociones en situaciones específicas.	Proporcionar estrategias de afrontamiento.	Realizar ajustes según resultados.
	06:00 PM	Establecer metas de actividad física para la semana.	Fomentar constancia en hábitos saludables.	Asegurarse de que sean metas realistas.

DIA 15

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 15	08:00 AM	Medir presión arterial y ritmo cardiaco.	Monitorear la salud cardiovascular.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de frutas y vegetales en la dieta.	Asegurar el aporte de vitaminas y minerales.	Realizar ajustes según preferencias.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de respiración profunda.	Reducir la ansiedad y mejorar la oxigenación.	Supervisar la técnica del paciente.
	02:00 PM	Revisar posición al dormir.	Identificar posibles factores que afectan el sueño.	Documentar ajustes realizados.
	04:00 PM	Evaluar reacciones emocionales frente a nuevos retos.	Identificar áreas que requieren refuerzo.	Ofrecer apoyo emocional.
	06:00 PM	Planificar comidas balanceadas para el día siguiente.	Garantizar un aporte nutricional equilibrado.	Registrar sugerencias del paciente.

DIA 16

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 16	08:00 AM	Evaluar estado general mediante preguntas dirigidas.	Monitorear bienestar físico y emocional.	Documentar hallazgos y compartir con el equipo.
	10:00 AM	Supervisar cumplimiento de la ingesta de fibra.	Favorecer una digestión saludable.	Realizar ajustes en caso necesario.
	12:00 PM	Introducir actividades de meditación guiada.	Promover un estado de calma y concentración.	Supervisar reacción del paciente.

	02:00 PM	Revisar postura durante actividades recreativas.	Prevenir molestias físicas durante el ocio.	Documentar ajustes realizados.
	04:00 PM	Evaluar interacción social del paciente.	Identificar barreras en comunicación y relación.	Proponer actividades para mejorar interacción.
	06:00 PM	Establecer objetivos emocionales para la semana.	Promover el desarrollo personal y emocional.	Registrar metas acordadas.

DIA 17

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 17	08:00 AM	Medir niveles de glucosa en ayunas.	Monitorear la salud metabólica.	Registrar resultados y comunicar al equipo.
	10:00 AM	Supervisar la preparación de un desayuno saludable.	Promover la autonomía en hábitos alimenticios.	Ofrecer retroalimentación.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de estiramiento corporal.	Mejorar la flexibilidad y reducir tensión muscular.	Supervisar la técnica del paciente.
	02:00 PM	Revisar horarios y calidad del sueño.	Identificar patrones que afecten el descanso.	Proponer ajustes en la rutina nocturna.
	04:00 PM	Evaluar cambios en la actitud frente a tareas diarias.	Identificar áreas de progreso o retroceso emocional.	Ofrecer apoyo si es necesario.
	06:00 PM	Planificar actividades relajantes antes de dormir.	Facilitar una mejor calidad de sueño.	Asegurarse de que las actividades sean accesibles.

DIA 18

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 18	08:00 AM	Evaluar signos vitales y estado general.	Monitorear progreso en salud física.	Registrar hallazgos en el expediente.
	10:00 AM	Supervisar consumo de agua durante el día.	Promover hidratación adecuada.	Realizar ajustes según necesidades.
	12:00 PM	Introducir actividades de escritura reflexiva.	Fomentar autoconocimiento y expresión emocional.	Revisar contenido con el paciente.
	02:00 PM	Revisar actividad física realizada durante la semana.	Identificar áreas de mejora o continuidad.	Documentar logros alcanzados.
	04:00 PM	Evaluar metas alcanzadas en el ámbito emocional.	Identificar avances y establecer nuevos objetivos.	Ofrecer retroalimentación y motivación.
	06:00 PM	Planificar la agenda de actividades para la próxima semana.	Mantener un enfoque organizado y estructurado.	Registrar preferencias del paciente.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

3. RESULTADOS

Día 1: Evaluación inicial y planificación

- **Acciones:** Se realizó una evaluación médica completa, incluyendo medición basal de presión arterial (promedio inicial: 145/92 mmHg), pruebas complementarias y evaluación de antecedentes. Se diseñó un plan integral de cuidados.
- **Resultados:** El paciente comprendió la gravedad de su diagnóstico y aceptó el plan propuesto, mostrando disposición para cumplir con las recomendaciones médicas. La educación inicial permitió identificar factores de riesgo específicos como el consumo elevado de sodio y un estilo de vida sedentario.

Día 2: Introducción de medidas de autocuidado

- **Acciones:** Se implementó el monitoreo domiciliario de presión arterial (dos veces al día) y se educó sobre los signos de alarma como cefalea intensa o dolor epigástrico.
- **Resultados:** El paciente inició el registro adecuado de sus valores, con un promedio de 142/90 mmHg. Aunque mostraron interés en el autocuidado, surgieron dificultades en mantener horarios regulares para el monitoreo. Se identificó un mejor conocimiento sobre los signos de alarma, aumentando su capacidad de respuesta ante complicaciones.

Día 3: Consolidación de la educación y el monitoreo

- **Acciones:** Se reforzó la educación sobre el conteo de movimientos fetales, se ajustaron pautas nutricionales y se introdujo un plan de hidratación estructurado.
- **Resultados:** Hubo un aumento en la percepción de movimientos fetales, con registros consistentes entre 10 y 12 movimientos en dos horas. La presión arterial mostró una ligera mejora (140/88 mmHg). El paciente comenzó a hidratarse adecuadamente, lo que impactó positivamente en su nivel de energía y bienestar general.

Semana 4: Incorporación de actividades físicas seguras

- **Acciones:** Se introdujeron caminatas suaves de 20 minutos diarios y se reforzó el consumo de alimentos ricos en potasio.
- **Resultados:** La presión arterial se mantuvo estable, con valores promedio de 138/87 mmHg. El paciente reportó sentirse menos fatigado y más motivado para continuar las caminatas. Además, manifestó un mejor control sobre su dieta, identificando alimentos beneficiosos para su condición.

Día: Apoyo emocional y control del estrés

- **Acciones:** Se realizaron sesiones de relajación con técnicas de respiración y visualización positiva para reducir el estrés materno.
- **Resultados:** Los niveles de estrés disminuyeron notablemente, lo que contribuyó a estabilizar aún más la presión arterial (137/85 mmHg). La paciente se mostró más segura emocionalmente, aunque aún persistían preocupaciones sobre el impacto de su condición en el desarrollo del embarazo.

Día: Refuerzo en la nutrición y suplementación

- **Acciones:** Se gestionó la entrega de suplementos prenatales y se incluyó una dieta más rica en hierro y calcio.
- **Resultados:** El paciente presentó una mejoría en sus análisis de hemoglobina y calcio sérico, indicando un adecuado equilibrio nutricional. Su energía y estado general mejoraron, y comenzó a seguir de manera consistente las pautas alimentarias establecidas.

Día: Educación continua y monitoreo fetal intensivo

- **Acciones:** Se realizaron sesiones educativas más detalladas sobre hipertensión gestacional y se intensificó el monitoreo fetal con pruebas de bienestar no estresantes.
- **Resultados:** Las pruebas indicaron un adecuado estado de salud fetal. El paciente demostró mayor comprensión sobre su diagnóstico y cómo

manejarlo. Además, comenzó a anticipar posibles escenarios en el parto, mostrando una actitud más proactiva hacia su cuidado prenatal.

Semana 8: Integración de la red de apoyo

- **Acciones:** Se involucró a los familiares en el plan de cuidado, asignándoles roles específicos en el apoyo nutricional y el monitoreo de la paciente.
- **Resultados:** El paciente manifestó sentirse más apoyado y segura, lo que repercutió positivamente en su estabilidad emocional y adherencia al plan. La presión arterial se mantuvo en 135/85 mmHg, mostrando la efectividad de un entorno colaborativo.

Día: Ajuste del plan de actividad física

- **Acciones:** Se introdujeron ejercicios de estiramiento y yoga prenatal para mejorar la circulación y reducir las tensiones musculares.
- **Resultados:** La paciente reportó una notable disminución en dolores musculares y una mejora en su calidad de sueño. Su bienestar general aumentó, lo que permitió mantener una actitud positiva hacia los cuidados.

Día: Evaluación de avances y ajustes

- **Acciones:** Se revisó el progreso del plan integral y se ajustaron las pautas nutricionales, incorporando alimentos con más calcio y proteínas.
- **Resultados:** El paciente mostró una comprensión más profunda de la importancia de su dieta y cuidados, manteniendo una presión arterial promedio de 134/84 mmHg. Además, comenzó a gestionar de manera autónoma algunos aspectos de su cuidado, lo que reflejó una mayor confianza en sus capacidades.

Día 11: Preparación para el parto y seguimiento médico

- **Acciones:** Se diseñó un plan de manejo intraparto con medidas preventivas para evitar complicaciones hipertensivas.
- **Resultados:** La paciente expresó tranquilidad y confianza al entender las estrategias para un parto seguro. El equipo médico confirmó la estabilidad

materna y fetal, destacando el compromiso de la paciente con el plan de intervención.

Día 12: Conclusión del plan de intervención

- **Acciones:** Se realizó una última evaluación integral y se brindaron recomendaciones para el manejo postnatal de la hipertensión.
- **Resultados:** El paciente alcanzó un estado de bienestar óptimo dentro de los parámetros esperados, con presión arterial controlada (132/83 mmHg). Se demostró la efectividad del plan en la reducción de riesgos, destacando la importancia de la educación y el seguimiento continuo.

Día 13: Refuerzo de actividades físicas y bienestar emocional

- **Acciones:** Se aumentaron las caminatas a 30 minutos diarios y se reforzó el uso de técnicas de relajación.
- **Resultados:** La paciente reportó sentirse más activa y con mayor control emocional, con presión arterial de 130/82 mmHg.

Día 14: Introducción de materiales educativos visuales

- **Acciones:** Se entregaron materiales sobre hipertensión gestacional y cuidado prenatal.
- **Resultados:** La paciente mostró interés en la información, lo que mejoró su comprensión y motivación para seguir el plan.

Día 15: Evaluación de bienestar fetal

- **Acciones:** Se realizó una ecografía para evaluar el crecimiento y bienestar del feto.
- **Resultados:** Los resultados indicaron un crecimiento fetal adecuado, fortaleciendo la confianza de la paciente en el manejo médico.

Día 16: Supervisión nutricional personalizada

- **Acciones:** Se realizó una consulta con un nutricionista para ajustar la dieta según las necesidades de la paciente.

- **Resultados:** Se introdujeron nuevos alimentos ricos en fibra y antioxidantes, mejorando su estado digestivo y reduciendo la retención de líquidos.

- ***Día 17: Evaluación psicológica***

- **Acciones:** Se ofreció una consulta psicológica para evaluar el impacto emocional del embarazo de alto riesgo.
- **Resultados:** La paciente expresó sentirse más segura y con un adecuado manejo del estrés, lo que contribuyó a la estabilidad de su presión arterial.

- ***Día 18: Conclusión del segundo ciclo de intervención***

- **Acciones:** Se consolidaron las recomendaciones previas y se establecieron metas para las semanas siguientes.
- **Resultados:** La presión arterial promedio se mantuvo controlada (130/80 mmHg). La paciente se mostró confiada y comprometida con el manejo de su embarazo, alcanzando un equilibrio óptimo entre su salud física y emocional.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

1. EPICIRISIS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO (M-F)	Nº HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA
ISUB	N	N	F	1	00

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente diagnosticada con hipertensión gestacional, se encuentra en seguimiento continúo debido a la presión arterial elevada lo cual aumenta el riesgo de complicaciones tanto maternas como fetales. A lo largo del seguimiento, la paciente ha experimentado ansiedad relacionada con su condición, mostrando preocupación por el bienestar de su bebé y su salud en general. Ha tenido dificultades para comprender el manejo adecuado de la hipertensión, especialmente en relación con el control de la dieta, el reposo y la importancia de asistir a las consultas médicas.

2 RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

02/ 02/ 2024: El paciente comprendió la gravedad de su diagnóstico y aceptó el plan propuesto, mostrando disposición para cumplir con las recomendaciones médicas.

05/02/2024: El paciente inició el registro adecuado de sus valores, con un promedio de 142/90 mmHg. Aunque mostraron interés en el autocuidado, surgieron dificultades en mantener horarios regulares para el monitoreo.

07/02/2024: Hubo un aumento en la percepción de movimientos fetales, con registros consistentes entre 10 y 12 movimientos en dos horas. La presión arterial mostró una ligera mejora (140/88 mmHg).

09/ 02/2024: La presión arterial se mantuvo estable, con valores promedio de 138/87 mmHg. El paciente reportó sentirse menos fatigado y más motivado para continuar las caminatas. Además, manifestó un mejor control sobre su dieta, identificando alimentos beneficiosos para su condición.

12/ 02/2024: Los niveles de estrés disminuyeron notablemente, lo que contribuyó a estabilizar aún más la presión arterial (137/85 mmHg). La paciente se mostró más segura emocionalmente, aunque aún persistían preocupaciones sobre el impacto de su condición en el desarrollo del embarazo.

14/ 02/2024: El paciente presentó una mejoría en sus análisis de hemoglobina y calcio sérico, indicando un adecuado equilibrio nutricional. Su energía y estado general mejoraron, y comenzó a seguir de manera consistente las pautas alimentarias establecidas

16/ 02/2024: Las pruebas indicaron un adecuado estado de salud fetal. El paciente demostró mayor comprensión sobre su diagnóstico y cómo manejarlo. Además, comenzó a anticipar posibles escenarios en el parto, mostrando una actitud más proactiva hacia su cuidado prenatal.

19/ 02/2024: manifestó sentirse más apoyado y segura, lo que repercutió positivamente en su estabilidad emocional y adherencia al plan. La presión arterial se mantuvo en 135/85 mmHg, mostrando la efectividad de un entorno colaborativo.

21/ 02/2024: La paciente reportó una notable disminución en dolores musculares y una mejora en su calidad de sueño. Su bienestar general aumentó, lo que permitió mantener una actitud positiva hacia los cuidados.

23/ 02/2024: El paciente mostró una comprensión más profunda de la importancia de su dieta y cuidados, manteniendo una presión arterial promedio de 134/84 mmHg. Además, comenzó a gestionar de manera autónoma algunos aspectos de su cuidado, lo que reflejó una mayor confianza en sus capacidades.

26/ 02/2024: La paciente expresó tranquilidad y confianza al entender las estrategias para un parto seguro. El equipo médico confirmó la estabilidad materna y fetal, destacando el compromiso de la paciente con el plan de intervención.

28/ 02/2024: El paciente alcanzó un estado de bienestar óptimo dentro de los parámetros esperados, con presión arterial controlada (132/83 mmHg). Se demostró la efectividad del plan en la reducción de riesgos, destacando la importancia de la educación y el seguimiento continuo.

3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Incluyen la elevación de creatinina sérica y urea, que indican daño renal y disminución de la tasa de filtración glomerular, así como el aumento de transaminasas ALT, AST) y bilirrubinas, que sugieren daño hepático o el síndrome de HELLP. La proteinuria significativa, evidenciada por una alta relación proteína/creatinina en orina o una recolección de orina de 24 horas superior a 300 mg, es un marcador clave de preeclampsia. En los estudios de imagen, alteraciones en el flujo sanguíneo uteroplacentario, observadas en la ecografía Doppler, pueden indicar insuficiencia placentaria y riesgos de restricción del crecimiento intrauterino, mientras que patrones anormales en la cardiotocografía (CTG) alertan sobre posible sufrimiento fetal o hipoxia, requiriendo una intervención temprana para

4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

La paciente ha recibido tratamiento farmacológico continuo para el control de la hipertensión, con ajustes periódicos según las mediciones de presión arterial.

Además, se ha implementado un enfoque integral que incluye el manejo emocional y psicoeducativo para mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición.

Las intervenciones psicoemocionales han ayudado a reducir la ansiedad, mientras que el asesoramiento sobre dieta, ejercicio y la importancia de asistir a las consultas médicas ha sido vital para promover un estilo de vida más saludable y controlado. La paciente ha mostrado una actitud positiva hacia el tratamiento y una

mayor disposición a seguir las recomendaciones médicas.

5 DIAGNÓSTICOS INGRESO

	PRE=PRESUNTIVO DEFINITIVO	CIE	PRE P	DEF P
1	HIPERTENSIÓN ARTERIAL GESTACIONAL			X
2	PREECLAMPSIA			X
3	EMBARAZO DE ALTO RIESGO			X
4				
5				
6				

6 DIAGNÓSTICOS EGRESO

	PRE=PRESUNTIVO DEFINITIVO	CIE	PRE P	DEF P
1	HIPERTENSIÓN ARTERIAL GESTACIONAL			X
2				
3				
4				
5				
6				

7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO

La paciente ha evolucionado favorablemente en cuanto al control de la hipertensión, con niveles de presión arterial estables y dentro de los límites establecido

No se han presentado complicaciones maternas graves, y el seguimiento continuo ha sido efectivo en la prevención de riesgos adicionales. Con la adherencia

al tratamiento y las recomendaciones médicas, se espera que la paciente mantenga su presión arterial controlada y pueda continuar con su embarazo sin

complicaciones mayores. El pronóstico es positivo, y se continuará con el seguimiento regular para asegurar el bienestar tanto de la madre como del bebé.

8 MÉDICOS TRATANTES

	NOMBRES	ESPECIALIDAD	CÓDIGO	PERIODO DE RESPONSABILIDAD
1	Junnior Patricio Chamba Cuenca	Estudiante	.....	.....
2	Dra. Ximena del Cisne Salinas	Medico		
3				
4				

9 EGRESO

ALTA DEFINITIVA	X	ASINTOMÁTICO		DISCAPACIDAD SEVERA		RETIRO AUTORIZADO		EVOLUCIÓN MENOR DE 48 HORAS		DÍAS DE ESTADA	
ALTA TRANSITORIA		DISCAPACIDAD LEVE		DISCAPACIDAD GRAVE		RETIRO NO AUTORIZADO		EVOLUCIÓN MAS DE 48 HORAS		DIAS DE INCAPACIDAD	

CODIGO

FECHA	13/03/2024	HORA	12.00	NOMBRE DEL PROFESIONAL	Dr. Ximena Flores		FIRMA		SELLO DE HOM.	

BOLIVARIANO

PACIENTE 2

Paciente: NN

Lugar de intervención: CENTRO DE SALUD N3

LOJA – ECUADOR 2024

1. ANAMNESIS

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
ISUB	ISUB				

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	CEDULA DE CIUDADANIA
GOMEZ	SALAZAR	LAURA MARIA		

DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTON	PROVINCIA	TELEFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL				INSTRUCCION					OCUPACION	SEGURO DE SALUD			
			MASC	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	PRIM	SECU	SUPR	NSPE		IESS		OTRO	
		35		X		X									AMA DE CASA				

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AMISTAD	DIRECCION	TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	CEDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	TELEFONO

FORMA DE LLEGADA	FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	TELEFONO

AMBULATORIO		SILLA DE RUEDAS		CAMILLA				
	X							

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA OBSTRUIDA		GRUPO - FR		CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		MENTALE		OTRO	

MOTIVO DE LLEGADA	
	CONTROL PRENATAL / CEFALEA / EDEMA

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

PARA DESCRIBIR: SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE (1= PERSONAL, 2= FAMILIAR)

NO APLICA

1. ALERGICOS	X	2. CLINICOS		3. CIRUGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PSIQUIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

ALERGIA: PENICILINA

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 2, PARTOS 1 CESARIA POR PREECLAMPSIA SEVERA

FORMULARIO DE ADMISIÓN

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
ISUB	LAURA MARIA	GOMEZ SALAZAR		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL PRENATAL / CEFALEA / EDEMA

2 ANTECEDENTES PERSONALES

HIPERTENSION GESTACIONAL, HIPOTIROIDISMO

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DEABETES MELLITUS

PADRE: ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

PACIENTE CON EMBARAZO DE 32 SEMANAS ACUDE PARA CONTROL PRENATAL, PRESENCIA DE EDEMA EN EXTREMIDADES INFERIORES Y CEFALEA OCASIONAL.

5 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL	145/95mmHg							
PULSO X min								
TEMPERATURA ºC								
Eres. Respiratoria, FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	28 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS								
PROTEINURIA	2+							

6 EXAMEN FISICO

PACIENTE GESTANTE DE 35 AÑOS CON HIPERTENSIÓN CRÓNICA COMPLICADA CON PREECLAMPSIA. LA PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA Y LA PROTEINURIA SON INDICADORES DE PREECLAMPSIA, QUE JUNTO CON LA HISTORIA OBSTÉTRICA, JUSTIFICA UN MANEJO CAUTELOSO PARA PREVENIR COMPLICACIONES. SE HAN IMPLEMENTADO MEDIDAS FARMACOLÓGICAS Y DE SEGUIMIENTO INTENSIVO PARA MITIGAR RIESGOS Y PLANIFICAR UNA CESÁREA ELECTIVA SI LA PREECLAMPSIA PERSISTE.

7 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF
1	HIPERTENSION ARTERIAL	I 15.0		X	3				
2	PREECLAMPSIA	O 14.9	X		4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO

NIFEDIPINO: 30 MG DIARIOS.

ASPIRINA: 100 MG DIARIOS.

CALCIO: 1,000 MG DIARIOS.

REPOSO RELATIVO.

MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL Y PROTEINURIA SEMANAL; ULTRASONIDO CADA 2 SEMANAS; EVALUACIÓN DE BIENESTAR FETAL.

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO			FIRMA	

CONSULTA EXTERNA – ANAMNESIS Y E.F

2. PLAN DE INTERVENCIÓN

Plan de Atención para Embarazada con riesgo obstétrico alto

Diagnósticos de enfermería:

1. Riesgo de deterioro del patrón hemodinámico: La hipertensión gestacional puede llevar a complicaciones graves como preeclampsia o eclampsia. Esto justifica la necesidad de monitorear de forma constante los signos vitales y de intervenir oportunamente para prevenir un compromiso cardiovascular y mejorar la perfusión materno-fetal.
2. Ansiedad materna: Las condiciones de alto riesgo obstétrico generan un impacto emocional significativo, afectando el bienestar psicológico y la adherencia al tratamiento. El manejo adecuado de la ansiedad es crucial para favorecer la estabilidad emocional y la colaboración activa de la gestante en el proceso de cuidado.
3. Riesgo de compromiso fetal: La hipertensión gestacional puede disminuir la perfusión placentaria, afectando el crecimiento y desarrollo del feto. Es esencial implementar estrategias para optimizar el suministro de oxígeno y nutrientes al feto, previniendo complicaciones como restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).
4. Conocimientos deficientes: Muchas gestantes con hipertensión gestacional desconocen los cuidados específicos que deben seguir. Esto puede aumentar el riesgo de complicaciones debido a la falta de adherencia al tratamiento y la incapacidad de reconocer signos de alarma.

Objetivos:

1. Mantenga la presión arterial en rangos seguros (<140/90 mmHg) mediante una combinación de intervenciones médicas, farmacológicas y cuidados específicos.
2. Reducir la ansiedad proporcionando a la gestante herramientas para afrontar la situación, mejorando así su calidad de vida y favoreciendo la colaboración con el equipo de salud.
3. Prevenir complicaciones maternas y fetales a través de un monitoreo continuo y la optimización de la perfusión placentaria.

4. Promover el autocuidado informado, asegurando que la gestante tenga un conocimiento adecuado sobre su condición y sea capaz de manejarla de manera efectiva.

Intervenciones a Ejecutar:

1. Para el Riesgo de Deterioro del Patrón Hemodinámico:
    - Monitoreo y vigilancia continua: El monitoreo regular de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y otros signos vitales permite identificar cambios oportunos y prevenir complicaciones graves.
    - Educación y empoderamiento: Explicar a la gestante la importancia del reposo en decúbito lateral izquierdo ayuda a mejorar la perfusión placentaria y reducir el riesgo de hipertensión severa.
    - Terapia farmacológica vigilada: Garantizar la administración adecuada de antihipertensivos según prescripción médica, evaluando su efectividad y posibles efectos secundarios.
    - Identificación temprana de complicaciones: Registrar síntomas de alarma como cefalea, visión borrosa o epigastralgia asegura una intervención oportuna y reduce la probabilidad de complicaciones mayores.
2. **Para la ansiedad materna:**
    - Técnicas de relajación: Enseñar a la gestante ejercicios de respiración diafragmática y visualización positiva disminuye los niveles de ansiedad, mejorando su bienestar general.
    - Comunicación efectiva: Brindar información clara y comprensible sobre la evolución del embarazo y las medidas adoptadas reducen la incertidumbre y genera confianza en el equipo de salud.
    - Apoyo emocional: Fomentar la expresión de sentimientos e inquietudes en un ambiente de confianza facilitando la adaptación de la gestante a su condición de alto riesgo.
3. **Para el Riesgo de Compromiso Fetal:**
    - Monitoreo del bienestar fetal: Supervisar movimientos fetales y realizar pruebas como el monitoreo fetal no estresante (NST) permite evaluar la oxigenación y el desarrollo fetal en tiempo real.

- Optimización de la dieta: Una alimentación rica en nutrientes esenciales y una ingesta adecuada de líquidos contribuirán a mejorar la perfusión úteroplacentaria y la salud fetal.
- Asesoramiento continuo: Capacitar a la gestante para identificar signos de disminución de movimientos fetales asegura un reporte inmediato y una intervención oportuna.

4. **Para los Conocimientos Deficientes:**
   - Educación personalizada: Las sesiones individuales permiten a la gestante comprender aspectos clave de su cuidado, incluyendo dieta, actividad física y signos de alarma.
   - Material educativo: Proporcionar folletos o guías con información visual y escrita refuerza el aprendizaje y la adherencia al tratamiento.
   - Fomento del seguimiento médico: Resaltar la importancia de los controles prenatales frecuentes asegura un monitoreo adecuado de la madre y el feto.

Evaluación:

1. La presión arterial se mantiene dentro de los valores recomendados (<140/90 mmHg).
2. La gestante presenta niveles reducidos de ansiedad, participando activamente en su cuidado y expresando comentarios positivos.
3. Los movimientos fetales y registros de monitoreo indican bienestar fetal sin signos de deterioro.
4. La gestante demuestra conocimientos adecuados sobre su condición, describiendo correctamente su dieta, cuidados y los signos de alarma que debe vigilar.

5. **Intervenciones aplicadas**

6. **Dia 1**

Fech	Hora	Actividad	Objetivo	Observaciones

a		**Planificada**		
Día 1	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Medición de la presión arterial cada 4-8 horas.	Controlar la presión arterial y evaluar la respuesta al tratamiento.	Confirmar la estabilidad de la presión arterial.
	10:00 AM	Revisión de la adherencia a la dieta: Revisión del plan alimenticio y ajuste según necesidad.	Asegurar la correcta adherencia a la dieta recomendada para controlar la hipertensión.	Realizar ajustes según preferencias y tolerancia.
	12:00 PM	Evaluación del bienestar fetal: Realización de monitoreo no estresante (NST) según indicación médica.	Detectar cualquier alteración en la oxigenación fetal.	Monitorear los resultados del NST y asegurar la salud fetal.
	02:00 PM	Reforzar el reposo en decúbito lateral izquierdo: Supervisar la posición durante el descanso.	Optimizar la circulación placentaria y evitar la hipertensión postural.	Asegurarse de que la gestante mantenga esta posición durante varias horas de descanso.
	04:00 PM	Evaluación emocional: Realizar una breve charla sobre técnicas de relajación y manejo de la ansiedad.	Disminuir los niveles de estrés y promover el bienestar emocional.	Insistir sobre la importancia de la calma para el control de la presión arterial.
	06:00 PM	Revisión de signos vitales: Medir la presión arterial.	Prevenir complicaciones graves a través del autocuidado y	Asegurar que la presión arterial se manteng

			vigilancia activa.	

7. Dia 2

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 2	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Medición de la presión arterial y frecuencia cardiaca cada 6 horas.	Evaluar la estabilidad cardiovascular y ajustar el tratamiento si es necesario.	Confirmar la estabilidad de los signos vitales.
	10:00 AM	Ajuste del plan alimenticio: Incrementar consumo de alimentos ricos en potasio y magnesio.	Mejorar el equilibrio electrolítico y contribuir al control de la presión arterial.	Supervisar tolerancia a los cambios en la dieta.
	12:00 PM	Realización de ecografía fetal según indicación médica.	Observar crecimiento y bienestar del feto.	Reportar cualquier hallazgo al especialista.
	02:00 PM	Reposo supervisado: Alternar decúbito lateral izquierdo y derecho cada 2 horas.	Reducir la posibilidad de compresión vascular y mejorar el flujo sanguíneo.	Asegurarse de mantener una posición cómoda para la paciente.
	04:00 PM	Sesión de ejercicios de respiración: Práctica de técnicas para reducir la ansiedad.	Promover el bienestar emocional y mejorar la oxigenación.	Evaluar el impacto en la relajación de la paciente.

	06:00 PM	Control final de signos vitales: Monitoreo de presión arterial y saturación de oxígeno.	Confirmar que la paciente mantiene estabilidad antes del descanso nocturno.	Anotar cualquier desviación para el informe médico.

8. Dia 3

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 3	08:00 AM	Control de peso y edemas: Evaluación de retención de líquidos y cambios en el peso corporal.	Detectar signos de preeclampsia u otras complicaciones relacionadas con hipertensión.	Registrar cualquier incremento significativo.
	10:00 AM	Supervisión del consumo de líquidos: Ajustar ingesta según necesidades diarias y condiciones.	Mantener un equilibrio hídrico adecuado y evitar deshidratación o sobrecarga de líquidos.	Monitorear la tolerancia de la paciente.
	12:00 PM	Revisión del bienestar fetal: Monitoreo no estresante (NST) y evaluación del movimiento fetal.	Garantizar el adecuado estado del feto mediante indicadores de bienestar.	Informar cualquier alteración al especialista.
	02:00 PM	Charla educativa: Informar sobre signos de alarma relacionados con la hipertensión en el embarazo.	Mejorar el conocimiento de la paciente para la detección temprana de complicaciones.	Evaluar la comprensión de la información proporcionada.
	04:00 PM	Práctica de estiramientos suaves: Realizar ejercicios de bajo impacto para	Promover el bienestar físico y reducir molestias relacionadas	Supervisar que no existan molestias durante la

		mejorar la circulación.	con la gestación.	actividad.
	06:00 PM	Control de signos vitales: Revisión de presión arterial y frecuencia cardiaca antes del descanso.	Confirmar la estabilidad cardiovascular antes del período nocturno.	Anotar observaciones relevantes para seguimiento.

9. Dia 4

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 4	08:00 AM	Control de glucosa en sangre: Medición en ayunas y 2 horas postprandial.	Identificar posibles desbalances metabólicos relacionados con el embarazo.	Registrar los valores y reportar cualquier anormalidad.
	10:00 AM	Revisión del plan de actividad física: Supervisar la ejecución de ejercicios leves recomendados.	Mejorar la circulación y reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares.	Ajustar según tolerancia de la paciente.
	12:00 PM	Evaluación del bienestar fetal: Realizar monitoreo de movimientos fetales y frecuencia cardiaca.	Garantizar la adecuada salud y desarrollo del feto.	Anotar cualquier cambio en los patrones habituales.
	02:00 PM	Taller de autocuidado: Explicar estrategias para manejo de estrés y control de hipertensión.	Fomentar la participación activa de la paciente en su cuidado prenatal.	Valorar la aplicación práctica de lo aprendido.

	04:00 PM	Sesiones de relajación guiada: Ejercicios de respiración y meditación.	Disminuir los niveles de ansiedad y promover un estado emocional positivo.	Registrar el impacto en el bienestar emocional.
	06:00 PM	Control nocturno: Medición de presión arterial y frecuencia respiratoria antes de dormir.	Garantizar la estabilidad de los signos vitales para un descanso seguro.	Informar cualquier desviación al equipo médico.

10. Dia 5

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 6	08:00 AM	Control de temperatura corporal y signos de infección: Realizar evaluaciones rutinarias.	Detectar a tiempo posibles complicaciones infecciosas.	Reportar cualquier anomalía al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisión del consumo de micronutrientes esenciales: Revisar suplemento de hierro y calcio.	Asegurar niveles adecuados de micronutrientes para el bienestar materno-fetal.	Monitorear tolerancia y ajustar según necesidad.
	12:00 PM	Ecografía obstétrica: Realizar evaluación del crecimiento fetal y cantidad de líquido amniótico.	Confirmar el correcto desarrollo del feto y descartar anomalías.	Informar resultados al obstetra.
	02:00 PM	Sesiones de fisioterapia prenatal: Ejercicios para mejorar postura y aliviar dolores musculares.	Promover el bienestar físico y prevenir molestias relacionadas con el embarazo.	Evaluar la efectividad de las actividades realizadas.

	04:00 PM	Actividad de relajación y acompañamiento: Incorporar música suave y lectura guiada.	Reducir niveles de tensión y favorecer un ambiente emocional positivo.	Registrar cambios en el estado anímico de la paciente.
	06:00 PM	Control de signos vitales: Verificar presión arterial, temperatura y saturación de oxígeno.	Garantizar la estabilidad antes del descanso nocturno.	Anotar cualquier desviación para seguimiento médico.

11. Dia 6

12.

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 7	08:00 AM	Revisión de ingesta hídrica: Evaluar la cantidad y calidad de líquidos consumidos.	Prevenir deshidratación o sobrecarga hídrica.	Registrar la tolerancia y realizar ajustes necesarios.
	10:00 AM	Control metabólico: Realizar evaluación de niveles de glucosa en sangre y perfil lipídico.	Identificar posibles desbalances metabólicos relacionados con el embarazo.	Informar resultados y ajustar tratamiento según indicación.
	12:00 PM	Monitoreo fetal continuo: Supervisar actividad y frecuencia cardiaca del feto.	Garantizar el bienestar fetal y descartar anomalías en la oxigenación.	Anotar cambios y resultados del monitoreo.
	02:00 PM	Charla educativa: Informar sobre los beneficios de la actividad física durante el embarazo.	Promover el autocuidado y la participación activa en el bienestar materno-fetal.	Evaluar preguntas y dudas planteadas por la paciente.

	04:00 PM	Actividad de relajación con ejercicios de respiración profunda.	Reducir niveles de estrés y mejorar el bienestar emocional.	Verificar impacto positivo en el estado general.
	06:00 PM	Control nocturno: Evaluación de presión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno.	Garantizar la estabilidad antes del descanso nocturno.	Informar desviaciones para su análisis médico.

13. Dia 7

14.

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 7	08:00 AM	Evaluación de edemas: Verificar presencia de hinchazón en extremidades y cara.	Identificar signos de retención de líquidos o complicaciones.	Reportar cualquier cambio significativo al equipo médico.
	10:00 AM	Revisión del consumo de proteínas en la dieta: Ajustar según necesidades nutricionales.	Mejorar la nutrición materna y fetal para un desarrollo adecuado.	Supervisar tolerancia y preferencias alimentarias.
	12:00 PM	Realización de un perfil biofísico fetal (PBF) según indicación médica.	Evaluar el bienestar fetal mediante parámetros clínicos y ecográficos.	Registrar resultados y coordinar acciones necesarias.
	02:00 PM	Sesión informativa: Explicar la importancia del descanso adecuado	Fomentar hábitos saludables para evitar complicaciones como	Responder dudas y ofrecer recomendaciones

		durante el embarazo.	hipertensión postural.	personalizadas.
	04:00 PM	Ejercicios de movilidad leve: Actividades guiadas para aliviar tensión muscular y mejorar circulación.	Promover el bienestar físico y prevenir incomodidades relacionadas con el embarazo.	Supervisar la tolerancia y ajustar según necesidad.
	06:00 PM	Control nocturno: Medición de presión arterial, temperatura corporal y frecuencia respiratoria.	Asegurar la estabilidad antes del descanso nocturno.	Anotar desviaciones y compartir con el equipo médico.

15. Dia 8

16.

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 8	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Medición de presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura.	Detectar cambios tempranos en los signos vitales que puedan indicar complicaciones.	Registrar valores y reportar desviaciones significativas.
	10:00 AM	Revisión del plan alimenticio: Incorporar alimentos ricos en fibra para prevenir estreñimiento.	Mejorar la salud digestiva y evitar molestias gastrointestinales.	Supervisar tolerancia y ajustar según las preferencias.

	12:00 PM	Monitoreo fetal: Verificación de movimientos fetales y frecuencia cardíaca con doppler portátil.	Confirmar el bienestar del feto mediante evaluaciones no invasivas.	Registrar resultados y coordinar con el equipo médico si es necesario.
	02:00 PM	Taller educativo: Enseñar técnicas de relajación para el manejo del estrés prenatal.	Disminuir niveles de ansiedad y mejorar el bienestar emocional de la paciente.	Evaluar el impacto en el estado anímico de la paciente.
	04:00 PM	Caminata leve supervisada: Actividad física de bajo impacto para mejorar la circulación.	Promover la salud cardiovascular y prevenir la retención de líquidos.	Ajustar intensidad según tolerancia de la paciente.
	06:00 PM	Control nocturno: Revisión de presión arterial, temperatura y saturación de oxígeno antes del descanso.	Garantizar la estabilidad de los signos vitales antes del periodo nocturno.	Anotar cualquier observación relevante para el equipo médico.

17. Dia 9
18.

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 9	08:00 AM	Evaluación de bienestar fetal mediante NST.	Detectar signos de sufrimiento fetal.	Registrar resultados y notificar anomalías al médico tratante.

	10:00 AM	Revisión de signos vitales y saturación de oxígeno.	Identificar posibles complicaciones respiratorias o cardiovasculares.	Registrar alteraciones en la hoja clínica.
	12:00 PM	Evaluación nutricional: ajuste del plan alimenticio según evolución.	Optimizar estado nutricional de la paciente.	Asegurar que la dieta sea adecuada y tolerada.
	02:00 PM	Charlas educativas sobre importancia del descanso adecuado y manejo de estrés.	Promover el bienestar físico y emocional.	Resolver dudas y reforzar conceptos clave.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en posición de decúbito lateral.	Mejorar la perfusión placentaria.	Confirmar cumplimiento de la posición y registrar tiempo.
	06:00 PM	Control de edemas, peso y diuresis.	Identificar signos tempranos de progresión a complicaciones.	Notificar al médico cambios significativos.

19. Dia 10

20.

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 10	08:00 AM	Revisión de signos vitales y niveles de saturación de	Identificar posibles complicaciones respiratorias o	Registrar cualquier alteración.

		oxígeno.	cardiovasculares.	
	10:00 AM	Control de niveles de glucosa en ayunas y postprandial.	Evaluar control metabólico en hipotiroidismo.	Notificar resultados fuera de rango al médico tratante.
	12:00 PM	Supervisión de la dieta personalizada según requerimientos.	Asegurar una dieta adecuada a las necesidades de la paciente.	Ajustar alimentos según evolución y preferencias.
	02:00 PM	Charlas educativas sobre importancia del control prenatal.	Aumentar la adherencia a las citas y cuidados médicos.	Resolver dudas sobre el proceso de control prenatal.
	04:00 PM	Monitoreo de edemas y signos de progresión de preeclampsia severa.	Detectar complicaciones asociadas.	Registrar observaciones en la hoja clínica.
	06:00 PM	Evaluación de bienestar fetal con ultrasonido doppler.	Detectar signos de insuficiencia placentaria.	Reportar hallazgos al médico tratante.

21. Dia 11

22.

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

Día 11	08:00 AM	Control de peso y revisión de edemas.	Evaluar retención de líquidos.	Notificar al médico si hay cambios significativos.
	10:00 AM	Supervisión del descanso en posición de decúbito lateral.	Mejorar la perfusión placentaria.	Asegurar que se mantenga la posición al menos 2 horas.
	12:00 PM	Control de niveles de TSH y T4 libre.	Ajustar tratamiento del hipotiroidismo si es necesario.	Registrar resultados en la historia clínica.
	02:00 PM	Evaluación de bienestar fetal con ultrasonido.	Detectar signos de sufrimiento fetal.	Reportar hallazgos al médico tratante.
	04:00 PM	Charlas educativas sobre importancia del descanso adecuado.	Mejorar el control de estrés y optimizar circulación uteroplacentaria.	Evaluar comprensión y reforzar importancia del tema.
	06:00 PM	Revisión del plan de medicación: dosis y horarios.	Asegurar la adherencia al tratamiento farmacológico.	Confirmar con la paciente si cumple con el esquema prescrito.

23. Dia 12
24.

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día	08:0	Evaluación de bienestar fetal	Detectar signos de	Registrar resultados y

12	0 AM	mediante NST.	sufrimiento fetal.	reportar anomalías.
	10:00 AM	Revisión de signos vitales y saturación de oxígeno.	Identificar posibles complicaciones cardiovasculares o respiratorias.	Registrar en la hoja clínica cualquier alteración.
	12:00 PM	Revisión de adherencia al tratamiento farmacológico.	Asegurar la correcta administración de medicamentos.	Corroborar horarios y dosis con la paciente.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia de la dieta en la hipertensión gestacional.	Promover hábitos saludables para el control de la enfermedad.	Evaluar comprensión y resolver dudas.
	04:00 PM	Supervisión del descanso adecuado en decúbito lateral.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y duración del reposo.
	06:00 PM	Control de diuresis y evaluación de proteinuria.	Detectar signos de progresión a preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

25. Dia 13

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

Día 13	08:00 AM	Evaluación de control metabólico con pruebas de laboratorio (glucosa, colesterol).	Detectar alteraciones metabólicas.	Registrar resultados y discutir en consulta.
	10:00 AM	Sesión de orientación psicológica para manejo del estrés en embarazo de alto riesgo.	Reducir niveles de estrés y ansiedad.	Evaluar impacto emocional y recomendaciones.
	12:00 PM	Evaluación fetal con monitoreo cardiotocográfico.	Verificar bienestar fetal y actividad uterina.	Registrar resultados para próxima consulta.
	02:00 PM	Capacitación sobre técnicas de relajación y respiración.	Mejorar la calidad del sueño y reducir tensión muscular.	Supervisar práctica y resolver dudas.
	04:00 PM	Supervisión del cumplimiento del plan nutricional.	Identificar ajustes necesarios en la dieta.	Registrar observaciones en expediente.
	06:00 PM	Análisis del plan de parto: preparación ante posibles complicaciones.	Garantizar seguridad y preparación para la paciente.	Documentar inquietudes y planificar acciones.

26. Dia 14

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

Día 14	08:00 AM	Revisión de medicamentos con farmacéutico para evitar interacciones adversas.	Asegurar efectividad y seguridad del tratamiento.	Notificar ajustes necesarios al médico.
	10:00 AM	Educación sobre signos de alarma obstétrica y cuándo acudir al hospital.	Mejorar la respuesta ante emergencias obstétricas.	Confirmar comprensión de la paciente.
	12:00 PM	Evaluación de bienestar fetal mediante ecografía detallada.	Verificar crecimiento fetal adecuado y descartar complicaciones.	Registrar imágenes y conclusiones en archivo.
	02:00 PM	Supervisión de actividad física moderada (caminata corta).	Mejorar circulación y evitar sedentarismo.	Supervisar duración y tolerancia.
	04:00 PM	Revisión de técnica de administración de insulina (si aplica).	Mejorar eficacia del tratamiento antidiabético.	Supervisar habilidades y resolver dudas.
	06:00 PM	Planeación de controles postparto y seguimiento endocrinológico.	Garantizar continuidad del cuidado en el puerperio.	Coordinar citas y seguimiento con especialista.

27. Dia 15

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 15	08:00 AM	Control de peso semanal y análisis de progresión del embarazo.	Monitorear evolución del embarazo.	Registrar observaciones en expediente.
	10:00 AM	Taller de nutrición sobre selección de alimentos en situaciones sociales.	Promover elecciones saludables en situaciones fuera del hogar.	Resolver dudas sobre alimentos permitidos.
	12:00 PM	Evaluación de tono uterino y signos de contracciones.	Identificar actividad uterina prematura.	Registrar observaciones y notificar cambios.
	02:00 PM	Capacitación para la pareja sobre apoyo en la etapa final del embarazo.	Fortalecer el soporte emocional y físico de la paciente.	Resolver dudas y reforzar comunicación.
	04:00 PM	Supervisión de ejercicios de fortalecimiento pélvico.	Mejorar el tono muscular y preparación para el parto.	Supervisar técnica y progresión.
	06:00 PM	Seguimiento de control endocrinológico.	Detectar alteraciones metabólicas en curso.	Registrar cambios en el tratamiento.

28. Dia 16

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 16	08:00 AM	Evaluación integral de bienestar fetal con perfil biofísico.	Detectar cambios en el estado fetal.	Documentar resultados y planificar ajustes.
	10:00 AM	Educación sobre el manejo de lactancia materna en situaciones especiales.	Mejorar conocimientos sobre lactancia en caso de complicaciones.	Resolver dudas sobre técnicas y posiciones.
	12:00 PM	Supervisión de hidratación adecuada según recomendaciones.	Prevenir deshidratación y mejorar circulación.	Ajustar plan de líquidos según tolerancia.
	02:00 PM	Sesión de relajación guiada con enfoque en respiración.	Disminuir ansiedad y mejorar oxigenación.	Supervisar respuesta de la paciente.
	04:00 PM	Revisión de lista de preparativos para el ingreso hospitalario.	Garantizar que la paciente esté preparada para el parto.	Resolver dudas sobre logística hospitalaria.
	06:00 PM	Realización de monitoreo fetal no estresante.	Evaluar bienestar y reactividad fetal.	Registrar resultados y programar seguimiento.

29. **Dia 17**

Fech	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

a				
Día 17	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

30. **Dia 18**

31.

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 18	08:00 AM	Control de peso semanal y análisis de progresión del embarazo.	Monitorear evolución del embarazo.	Registrar observaciones en expediente.
	10:00 AM	Taller de nutrición sobre selección de alimentos en situaciones sociales.	Promover elecciones saludables en situaciones fuera del hogar.	Resolver dudas sobre alimentos permitidos.
	12:00 PM	Evaluación de tono uterino y signos de contracciones.	Identificar actividad uterina prematura.	Registrar observaciones y notificar cambios.
	02:00 PM	Capacitación para la pareja sobre apoyo en la etapa final del embarazo.	Fortalecer el soporte emocional y físico de la paciente.	Resolver dudas y reforzar comunicación.
	04:00 PM	Supervisión de ejercicios de fortalecimiento pélvico.	Mejorar el tono muscular y preparación para el parto.	Supervisar técnica y progresión.
	06:00 PM	Seguimiento de control endocrinológico.	Detectar alteraciones metabólicas en curso.	Registrar cambios en el tratamiento.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

3. RESULTADOS

Día 1: Evaluación integral y diseño del plan de intervención

- **Acciones:**
  - Historia clínica completa y medición inicial de presión arterial (140/90 mmHg).
  - Evaluación de laboratorio: niveles de TSH, T3 y T4.
  - Introducción al plan integral de cuidados.
- **Resultados:**

  La paciente comprendió la gravedad de su diagnóstico y aceptó el plan propuesto. La medición inicial reveló hipertensión leve y alteraciones hormonales consistentes con hipotiroidismo. Se identificaron áreas críticas para intervención inmediata, como control de estrés y adherencia terapéutica.

Día 2: Iniciación del tratamiento médico y orientación inicial

- **Acciones:**
  - Inicio de levotiroxina y ajuste del tratamiento antihipertensivo.
  - Orientación inicial sobre hábitos saludables y la importancia de mantener una dieta equilibrada baja en sodio.
- **Resultados:**

  La paciente comenzó el tratamiento farmacológico sin efectos adversos. Manifestó interés en aprender más sobre su condición, lo que favoreció la comunicación médico-paciente.

Día 3: Evaluación de riesgos psicosociales y diseño de red de apoyo

- **Acciones:**
  - Identificación de factores de estrés relacionados con el embarazo y su entorno familiar.
  - Planificación de reuniones familiares para fortalecer el apoyo emocional.
- **Resultados:**

  La paciente reportó una disminución inicial en sus niveles de ansiedad tras recibir apoyo emocional. La familia mostró disposición a colaborar en su bienestar.

Día 4: Actividad física adaptada y técnicas de relajación

- **Acciones:**
  - Caminatas diarias de baja intensidad (15 minutos).
  - Sesión guiada de respiración diafragmática y meditación.
- **Resultados:**

  La paciente reportó sentirse menos fatigada y más tranquila al final del día. Su presión arterial bajó ligeramente (135/88 mmHg), reflejando una respuesta positiva inicial al manejo del estrés.

Día 5: Educación sobre complicaciones del hipotiroidismo en el embarazo

- **Acciones:**
  - Sesión educativa sobre las posibles complicaciones del hipotiroidismo no tratado para la madre y el bebé.
  - Entrega de materiales informativos sobre su condición.
- **Resultados:**

  La paciente mostró mayor comprensión sobre la importancia del control hormonal. Expresó preocupación por el bienestar fetal, lo que incrementó su motivación para adherirse al plan.

Día 6: Evaluación nutricional avanzada

- **Acciones:**
  - Elaboración de un plan alimenticio personalizado enfocado en alimentos ricos en yodo y bajos en sodio.
  - Restricción de alimentos que interfieran con la absorción de levotiroxina.
- **Resultados:**

  La paciente adoptó con entusiasmo el nuevo plan alimenticio y reportó sentirse más enérgica al final del día.

Día 7: Monitoreo y ajuste del tratamiento farmacológico

- **Acciones:**
  - Seguimiento de la respuesta a la medicación con nuevos análisis de laboratorio.

- Revisión y ajuste de la dosis de levotiroxina según los niveles de TSH.

- **Resultados:**

  Los resultados mostraron una mejoría en los niveles hormonales, lo que permitió optimizar el tratamiento. La paciente reportó sentirse más confiada y segura.

Día 8: Sesión educativa sobre signos de alarma

- **Acciones:**
  - Explicación detallada de los signos de alarma relacionados con hipertensión y hipotiroidismo, como cefalea intensa o disminución de movimientos fetales.
  - Entrega de un plan de acción en caso de emergencias.
- **Resultados:**

  La paciente y su familia manifestaron comprensión de los signos de alarma y se sintieron más preparados para actuar en caso de complicaciones.

Día 9: Actividad física y ejercicios personalizados

- **Acciones:**
  - Incremento de caminatas a 20 minutos.
  - Ejercicios de estiramiento adaptados para aliviar tensiones musculares.
- **Resultados:**

  La paciente reportó mayor energía y menos molestias físicas. Su presión arterial se mantuvo estable en 132/85 mmHg.

Día 10: Evaluación del bienestar fetal

- **Acciones:**
  - Ecografía para monitoreo del crecimiento fetal.
  - Evaluación del flujo placentario y bienestar general del bebé.
- **Resultados:**

  El feto mostró un crecimiento adecuado y un flujo placentario óptimo. Esto brindó tranquilidad a la paciente y reforzó su compromiso con el plan.

Día 11: Revisión del cumplimiento del plan alimenticio

- **Acciones:**
  - Supervisión del cumplimiento de las recomendaciones dietéticas.
  - Ajustes en la dieta para optimizar la absorción de nutrientes esenciales.
- **Resultados:**

  La paciente reportó mayor facilidad para seguir las pautas dietéticas y comenzó a experimentar una mejora en su digestión y nivel de energía.

Día 12: Sesión de relajación profunda

- **Acciones:**
  - Introducción a técnicas de relajación muscular progresiva.
  - Evaluación subjetiva de los niveles de estrés antes y después de la sesión.
- **Resultados:**

  La paciente reportó una disminución significativa en sus niveles de estrés y mayor sensación de control sobre su condición.

Día 13: Revisión y ajuste del plan general

- **Acciones:**
  - Revisión integral del progreso alcanzado hasta el momento.
  - Modificaciones al plan basado en las necesidades específicas de la paciente.
- **Resultados:**

  Se identificaron áreas de mejora, como el seguimiento más frecuente de presión arterial, y se reforzaron las estrategias de intervención educativa.

Día 14: Fomento del apoyo emocional y social

- **Acciones:**
  - Dinámicas grupales con otros familiares para reforzar el apoyo emocional.
  - Registro de avances emocionales en la paciente.

- **Resultados:**

  La paciente reportó sentirse más conectada con su red de apoyo y menos ansiosa frente a los retos del embarazo.

Día 15: Evaluación metabólica y hormonal

- **Acciones:**
  - Análisis de laboratorio para evaluar niveles de TSH y función renal.
  - Revisión de posibles efectos adversos del tratamiento.
- **Resultados:**

  Los análisis confirmaron una tendencia hacia la normalización de los niveles hormonales. No se identificaron efectos secundarios relevantes.

Día 16: Fortalecimiento de la actividad física y educación adicional

- **Acciones:**
  - Aumento de la actividad física a 30 minutos de caminata.
  - Educación sobre el manejo del estrés a través de rutinas diarias saludables.
- **Resultados:**

  La paciente se mostró más activa físicamente y reportó una mayor sensación de bienestar general.

Día 17: Monitoreo fetal avanzado

- **Acciones:**
  - Ecografía avanzada para evaluar el bienestar fetal y la posición.
  - Orientación sobre posibles estrategias para el parto seguro.
- **Resultados:**

  El bienestar fetal continuó siendo óptimo. La paciente expresó sentirse preparada para el trabajo de parto bajo supervisión médica.

Día 18: Revisión final y retroalimentación

- **Acciones:**
  - Evaluación integral del progreso alcanzado en las últimas semanas.

- Planificación del seguimiento continuo para las semanas restantes del embarazo.

- **Resultados:**

  La paciente mostró avances significativos en el control de la hipertensión y el hipotiroidismo. Se destacó su adherencia al tratamiento, mejoría en sus hábitos saludables y mayor confianza en el manejo de su salud.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

4. EPICIRISIS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO (M-F)	Nº HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA
ISUB	N	N	f	1	00

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente diagnosticada con hipertensión gestacional con signos de preeclampsia, lo que incrementa el riesgo de complicaciones maternas y fetales especialmente compromiso fetal debido a una posible disminución de la perfusión placentaria. Durante el seguimiento, la paciente ha manifestado niveles elevados de ansiedad, relacionados con la incertidumbre sobre su estado de salud y el desarrollo del feto. Además, presenta conocimientos deficientes respecto a las medidas de autocuidado necesarias para manejar su condición, incluyendo la identificación de signos de alarma, el control dietético y la adherencia a los controles prenatales.

2 RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

02/ 02/ 2024: paciente comprendió la gravedad de su diagnóstico y aceptó el plan propuesto. La medición inicial reveló hipertensión leve y alteraciones hormonales consistentes con hipotiroidismo.

05/02/2024: Comenzó el tratamiento farmacológico sin efectos adversos. Manifestó interés en aprender más sobre su condición, lo que favoreció la comunicación médico-paciente.

07/02/2024: La paciente reportó una disminución inicial en sus niveles de ansiedad tras recibir apoyo emocional. La familia mostró disposición a colaborar en su bienestar.

09/ 02/2024: paciente reportó sentirse menos fatigada y más tranquila al final del día. Su presión arterial bajó ligeramente (135/88 mmHg), reflejando una respuesta positiva inicial al manejo del estrés.

12/ 02/2024: La paciente mostró mayor comprensión sobre la importancia del control hormonal. Expresó preocupación por el bienestar fetal, lo que incrementó su motivación para adherirse al plan.

14/ 02/2024: La paciente adoptó con entusiasmo el nuevo plan alimenticio y reportó sentirse más enérgica al final del día.

16/ 02/2024: Los resultados mostraron una mejoría en los niveles hormonales, lo que permitió optimizar el tratamiento. La paciente reportó sentirse más confiada y segura.

19/ 02/2024: La paciente y su familia manifestaron comprensión de los signos de alarma y se sintieron más preparados para actuar en caso de complicaciones.

21/ 02/2024: La paciente reportó mayor energía y menos molestias físicas. Su presión arterial se mantuvo estable en 132/85 mmHg.

23/ 02/2024: El feto mostró un crecimiento adecuado y un flujo placentario óptimo. Esto brindó tranquilidad a la paciente y reforzó su compromiso con el plan.

26/ 02/2024: La paciente reportó mayor facilidad para seguir las pautas dietéticas y comenzó a experimentar una mejora en su digestión y nivel de energía.

28/ 02/2024: La paciente reportó una disminución significativa en sus niveles de estrés y mayor sensación de control sobre su condición.

01/ 03/2024: Se identificaron áreas de mejora, como el seguimiento más frecuente de presión arterial, y se reforzaron las estrategias de intervención educativa.

04/ 03/2024: La paciente reportó sentirse más conectada con su red de apoyo y menos ansiosa frente a los retos del embarazo.

06/ 03/2024: Los análisis confirmaron una tendencia hacia la normalización de los niveles hormonales. No se identificaron efectos secundarios relevantes.

Activar Windows
Ve Configuración

08/ 03/2024: La paciente se mostró más activa físicamente y reportó una mayor sensación de bienestar general.
11/ 03/2024: El bienestar fetal continuó siendo óptimo. La paciente expresó sentirse preparada para el trabajo de parto bajo supervisión médica.
13/ 03/2024: La paciente mostró avances significativos en el control de la hipertensión y el hipotiroidismo. Se destacó su adherencia al tratamiento, mejoría el
sus hábitos saludables y mayor confianza en el manejo de su salud.

3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
Incluyen la medición de TSH y T4 libre para ajustar el tratamiento con levotiroxina, y la evaluación de anticuerpos antiperoxidasa tiroidea (anti-TPO) para
detectar trastornos autoinmunitarios. Se revisa la función renal (creatinina y urea), la proteinuria, y se evalúan complicaciones hepáticas con transaminasas y
perfil lipídico. El hemograma completo ayuda a detectar anemia. En los estudios de imagen, la ecografía tiroidea, renal, obstétrica y Doppler son claves para
evaluar el bienestar fetal, el flujo uteroplacentario y posibles anomalías placentarias. Además, se monitorea la frecuencia cardíaca fetal con cardiotocografía
(CTG) y se realizan estudios complementarios como el perfil biofísico fetal (PBF) y el ECG materno en casos de complicaciones graves. El monitoreo regular de
la función tiroidea es esencial para ajustar el tratamiento según el progreso del embarazo

4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

El tratamiento para la gestante con hipertensión gestacional incluye exámenes de laboratorio para evaluar la función tiroidea, renal, hepática y fetal, así como estudios de imagen para monitorear el bienestar del feto. El objetivo es mantener la presión arterial controlada, reducir la ansiedad materna, prevenir fetales y promover el autocuidado. Las intervenciones incluyen monitoreo de signos vitales, educación sobre reposo y cuidados, uso de medicamentos bajo supervisión y apoyo emocional. El éxito se evalúa con la estabilidad de la presión arterial, el bienestar fetal y el conocimiento de la gestante sobre su condición

5 DIAGNÓSTICOS INGRESO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF
1	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON SIGNOS DE PREECLAMPSIA			X
2	EMBARAZO DE ALTO RIESGO			X
3				
4				
5				
6				

6 DIAGNÓSTICOS EGRESO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF
1	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL			X
2	EMBARAZO DE ALTO RIESGO			X
3				
4				
5				
6				

7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO

La paciente con hipertensión gestacional ha recibido un tratamiento integral que ha favorecido su comprensión sobre su condición y ha reducido su ansiedad. A pesar de algunas fluctuaciones en su presión arterial y la disminución de los movimientos fetales, ha mostrado progreso en el manejo de su salud mediante una dieta adecuada, reposo y control de la presión arterial. Su familia ha sido clave en el proceso de adaptación, con el apoyo del equipo médico multidisciplinario

dieta adecuada, reposo y control de la presión arterial.

8 MÉDICOS TRATANTES

	NOMBRES	ESPECIALIDAD	CÓDIGO	PERIODO DE RESPONSABILIDAD
1	Junnior Patricio Chamba Cuenca	Estudiante	.....	.....
2	Dra. Ximena del Cisne Salinas	Medico		
3				
4				

9 EGRESO

ALTA DEFINITIVA	X	ASINTOMÁTICO		DISCAPACIDAD MODERADA	X	RETIRO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MENOS DE 48 HORAS		DÍAS DE ESTADA	
ALTA TRANSITORIA		DISCAPACIDAD LEVE		DISCAPACIDAD GRAVE		RETIRO NO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MAS DE 48 HORAS		DÍAS DE INCAPACIDAD	

FECHA	13/03/2024	HORA	12.00	PROFESIONAL	CÓDIGO dra. Ximena Salinas		FIRMA		NUMERO DE HOJA

BOLIVARIANO

PACIENTE 3

Paciente: NN

Lugar de intervención: CENTRO DE SALUD N3

LOJA – ECUADOR 2024

BOLIVARIANO

ANAMNESIS

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA		LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
ISUB	ISUB		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	CÉDULA DE CIUDADANÍA
N	N	NN		

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTÓN	PROVINCIA	TELÉFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					OCUPACION	SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	MAS	MED	SUP	POSP		MIES		OTRO	
		35		X		X													

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	TELEFONO

FORMA DE LLEGADA						FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE REFIERE AL PACIENTE	TELEFONO
AMBULATORIO	X	SILLA DE RUEDAS		CAMILLA				

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA DESPEJADA		DESPEJADA		CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INSTABLE		OTRO	

MOTIVO DE LLEGADA	CONTROL PERINATAL Y CEFALEA

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE (1) PERSONAL, (2) FAMILIAR — NO APLICA

1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PREMATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 2, PARTOS 1 CESARIA POR PREECLAMPSIA SEVERA.

FORMULARIO DE ADMISIÓN

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		[illegible]	HISTORIA CLINICA
			M	F		
ISLIB	NN	NN		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL PRENATAL/ CEFALEA

2 ANTECEDENTES PERSONALES

HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: NO REFIERE

PADRE: NO REFIERE

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

PACIENTE CON EMBARAZO DE 35 SEMANAS ACUDE PARA CONTROL PRENATAL Y CEFALEA OCASIONAL.

5 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL	170/110 mmHg							
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								
~~FCF, RESPIRACION~~ FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	28 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS								
PROTEINURIA	2.5 g/24H							

6 EXAMEN FISICO

PACIENTE GESTANTE DE 35 AÑOS PRESENTA PREECLAMPSIA CON PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA Y PROTEINURIA

REPRESENTA UN ALTO RIESGO MATERNO-FETAL. EL TRATAMIENTO CON ANTIHIPERTENSIVOS Y SULFATO DE MAGNESIO ES

CRUCIAL PARA PREVENIR COMPLICACIONES COMO LA ECLAMPSIA. LA ADMINISTRACION DE CORTICOSTEROIDES Y LA

PLANIFICACION DE CESÁREA SUGIEREN UN PARTO INMINENTE PARA EVITAR RIESGOS.

7 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF
1	HIPERTENSION ARTERIAL	I 15.0		X	3				
2	PRECLAMPSIA	O 14.9	X		4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO

LABETALOL

SULFATO DE MAGNESIO

BETAMETASONA

MONITOREO CONTINUO, ECOGRAFIA, MONITOREO CARDIOTOCOGRÁFICO, CESAREA PLANIFICADA.

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO		FIRMA	

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y E.F

2. PLAN DE INTERVENCIÓN

Plan de Atención para Embarazada con riesgo obstétrico alto

Diagnósticos de enfermería:

1. Riesgo de desequilibrio en el patrón metabólico relacionado con el hipotiroidismo, evidenciado por niveles alterados de hormonas tiroideas (TSH elevada y T4 baja) y síntomas de hipotiroidismo como fatiga, aumento de peso y dificultad para concentrarse.
2. Riesgo de complicaciones fetales relacionadas con la función tiroidea materna alterada, evidenciado por antecedentes de hipotiroidismo y la falta de tratamiento adecuado.
3. Ansiedad materna relacionada con la condición de hipotiroidismo no controlado, evidenciada por preocupación constante por los efectos en la salud materno-fetal.
4. Conocimientos deficientes sobre el manejo del hipotiroidismo durante el embarazo, evidenciado por la falta de comprensión sobre la importancia del tratamiento hormonal y la dieta adecuada.

Objetivos:

1. Mantener los niveles de TSH dentro de los valores recomendados (0,1-2,5 mU/L) a través de la adecuada administración de hormona tiroidea.
2. Prevenir complicaciones maternas y fetales asociadas con el hipotiroidismo, como aborto espontáneo, preeclampsia y retraso en el desarrollo fetal.
3. Reduzca los niveles de ansiedad proporcionando información clara y apoyo emocional durante el embarazo.
4. Fomentar el autocuidado informado, promoviendo el conocimiento de la gestante sobre su condición y los cuidados necesarios para un embarazo saludable.

Intervenciones a Ejecutar:

1. Para el Riesgo de Desequilibrio en el Patrón Metabólico:

- Monitoreo de niveles hormonales: Realizar análisis de periódicos de sangre para medir los niveles de TSH y T4 libre, ajustando la dosis de levotiroxina según los resultados.
- Administración de tratamiento: Asegurar la correcta administración de levotiroxina (según la dosis ajustada), informando a la gestante sobre la importancia de tomar la medicación en ayunas y no interrumpir el tratamiento.
- Evaluación de síntomas clínicos: Vigilar los síntomas de hipotiroidismo, como fatiga, piel seca, aumento de peso, estreñimiento y sensación de frío, ajustando el tratamiento cuando sea necesario.

2. **Para el Riesgo de Complicaciones Fetales:**
   - Monitoreo fetal: Realizar ecografías periódicas para evaluar el crecimiento fetal y monitorear cualquier signo de retraso en el desarrollo intrauterino.
   - Control de la presión arterial materna: Monitorear la presión arterial para detectar signos tempranos de preeclampsia o hipertensión gestacional, que pueden estar asociados con el hipotiroidismo no controlado.
   - Educación sobre los efectos en el embarazo: Informar a la gestante sobre las posibles complicaciones derivadas de un hipotiroidismo mal controlado, como el riesgo de parto prematuro y problemas en el desarrollo fetal.
3. **Para la ansiedad materna:**
   - Proporcionar información clara: Explique a la gestante cómo el tratamiento hormonal adecuado puede mejorar su salud y el bienestar del feto, disminuyendo el riesgo de complicaciones.
   - Apoyo emocional: Brindar apoyo emocional, asegurando que la gestante se sienta acompañada y comprendida durante su embarazo, especialmente en lo relacionado con su condición médica.
   - Reforzar el seguimiento médico: Asegurar a la gestante que el tratamiento adecuado, combinado con un seguimiento frecuente, reducirá significativamente los riesgos asociados al hipotiroidismo en el embarazo.
4. **Para los Conocimientos Deficientes:**

- Educación sobre el hipotiroidismo en el embarazo: Brindar información detallada sobre la importancia de mantener equilibrados los niveles de hormona tiroidea durante el embarazo y cómo esto afecta tanto a la madre como al feto.
- Promover la adherencia al tratamiento: Proporcionar instrucciones claras sobre la administración correcta de levotiroxina, los horarios de toma y la importancia de no interrumpir el tratamiento.
- Información sobre dieta y estilo de vida: Enseñar a la gestante sobre la dieta adecuada y la importancia de evitar el consumo de alimentos que puedan interferir con la absorción de la levotiroxina (por ejemplo, alimentos ricos en soja, calcio o hierro).
- Fomentar el seguimiento prenatal adecuado: Asegurar que la gestante asista a todas las consultas prenatales programadas para el monitoreo de su salud y la del feto, con especial atención al control hormonal y la evaluación fetal.

Evaluación:

1. Los niveles de TSH se mantienen dentro del rango recomendado (0,1-2,5 mU/L), y se observa una mejora en los síntomas de hipotiroidismo.
2. No se presentan complicaciones maternas ni fetales asociadas con el hipotiroidismo, como preeclampsia o retraso en el crecimiento fetal.
3. La gestante demuestra una reducción significativa de la ansiedad, mostrando confianza en su tratamiento y proceso de cuidado prenatal.
4. La gestante tiene un conocimiento adecuado sobre su condición, describiendo correctamente los cuidados necesarios y el manejo de su hipotiroidismo durante el embarazo.

5. Intervenciones aplicadas.

DIA 1

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 1	08:00 AM	Evaluar signos vitales y estado general.	Establecer una línea base de salud.	Informar resultados iniciales al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar plan de alimentación inicial.	Garantizar una dieta adecuada para el embarazo.	Realizar ajustes según tolerancia y preferencias.
	12:00 PM	Introducir ejercicios de respiración controlada.	Reducir niveles de ansiedad y promover la relajación.	Documentar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar hábitos de descanso.	Identificar factores que afectan el sueño.	Proponer ajustes en la rutina diaria.
	04:00 PM	Evaluar estado emocional mediante conversación abierta.	Detectar posibles factores de estrés.	Ofrecer apoyo emocional.
	06:00 PM	Planificar actividades relajantes para el día siguiente.	Fomentar un enfoque positivo hacia el tratamiento.	Registrar sugerencias del paciente.

DIA 2

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 2	08:00 AM	Realizar análisis de peso y presión arterial.	Monitorear efectos del hipotiroidismo.	Registrar datos y compartir con el equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos ricos en yodo.	Promover el adecuado funcionamiento tiroideo.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.

	12:00 PM	Realizar ejercicios suaves de estiramiento.	Mejorar la circulación y aliviar tensiones musculares.	Supervisar técnica y documentar resultados.
	02:00 PM	Revisar postura durante actividades diarias.	Prevenir molestias físicas relacionadas al embarazo.	Documentar correcciones realizadas.
	04:00 PM	Evaluar cambios en el nivel de energía.	Identificar posibles fluctuaciones hormonales.	Ajustar recomendaciones según resultados.
	06:00 PM	Planificar menú balanceado para el día siguiente.	Asegurar un adecuado aporte nutricional.	Registrar las preferencias del paciente.

DIA 3

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 3	08:00 AM	Medir ritmo cardíaco y niveles de glucosa.	Monitorear la salud metabólica y cardiovascular.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar hidratación adecuada durante el desayuno.	Promover un equilibrio hídrico óptimo.	Realizar ajustes según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir ejercicios de relajación	Aliviar tensiones y reducir ansiedad.	Supervisar la técnica del

		muscular.		paciente.
	02:00 PM	Revisar calidad del sueño nocturno.	Identificar factores que afectan el descanso.	Proponer cambios en la rutina nocturna.
	04:00 PM	Evaluar emociones relacionadas con el embarazo.	Proporcionar apoyo emocional y estrategias.	Documentar la respuesta del paciente.
	06:00 PM	Planificar actividades recreativas para el día siguiente.	Fomentar equilibrio entre descanso y ocio.	Ajustar según preferencias del paciente.

DIA 4

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 4	08:00 AM	Evaluar signos vitales y realizar chequeo general.	Detectar cambios tempranos en el estado físico.	Compartir hallazgos con el equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar consumo de lácteos y fuentes de calcio.	Promover la salud ósea adecuada durante el embarazo.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de meditación guiada.	Reducir estrés y mejorar concentración.	Supervisar la respuesta del paciente.
	02:00	Revisar posición al	Prevenir molestias musculares o	Documentar ajustes

	PM	sentarse y al dormir.	articulares.	realizados.
	04:00 PM	Evaluar interacción social del paciente.	Detectar barreras emocionales o sociales.	Proponer actividades para mejorar la interacción.
	06:00 PM	Planificar actividades de autocuidado para el día siguiente.	Fomentar el bienestar integral.	Asegurarse de que sean actividades accesibles.

DIA 5

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 5	08:00 AM	Medir peso, presión arterial y frecuencia respiratoria.	Monitorear indicadores clave de salud.	Registrar resultados y compartir con el equipo.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de proteínas en el desayuno.	Asegurar un aporte nutricional adecuado.	Realizar ajustes según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir actividades creativas como dibujo o escritura.	Fomentar expresión personal y manejo del estrés.	Documentar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar cambios en el nivel de energía durante el día.	Identificar patrones asociados al hipotiroidismo.	Registrar observaciones detalladas.

	04:00 PM	Evaluar manejo de emociones frente a cambios físicos.	Ofrecer estrategias de afrontamiento emocional.	Realizar ajustes según resultados.
	06:00 PM	Planificar actividades físicas ligeras para el día siguiente.	Promover hábitos saludables adaptados al embarazo.	Asegurarse de que sean actividades seguras.

DIA 6

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 6	08:00 AM	Evaluar temperatura y frecuencia cardíaca.	Identificar signos de posibles alteraciones.	Informar al equipo médico según hallazgos.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de frutas y verduras en el desayuno.	Asegurar un aporte adecuado de vitaminas y minerales.	Realizar ajustes según preferencias.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de estiramiento enfocados en la zona lumbar.	Reducir molestias típicas del embarazo.	Supervisar técnica y registrar avances.
	02:00 PM	Evaluar postura al caminar.	Prevenir tensiones musculares.	Proponer correcciones específicas.
	04:00 PM	Analizar estados emocionales relacionados con la	Ofrecer orientación emocional personalizada.	Documentar la respuesta del paciente.

		maternidad.		
	06:00 PM	Planificar menú para el día siguiente.	Garantizar una nutrición balanceada.	Registrar recomendaciones del paciente.

DIA 7

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 7	08:00 AM	Medir presión arterial y niveles de glucosa.	Monitorear parámetros clave de salud metabólica.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar ingesta de líquidos durante el desayuno.	Fomentar una hidratación adecuada.	Realizar ajustes según necesidades.
	12:00 PM	Introducir ejercicios de respiración profunda.	Mejorar oxigenación y reducir estrés.	Evaluar la técnica del paciente.
	02:00 PM	Revisar la rutina diaria del paciente.	Identificar actividades que requieran modificación.	Proponer ajustes para mejorar el bienestar.
	04:00 PM	Evaluar la relación del paciente con su entorno cercano.	Detectar factores de apoyo o estrés externo.	Proponer estrategias de mejora.

	06:00 PM	Planificar descanso adecuado para el día siguiente.	Mejorar la calidad del sueño.	Incorporar técnicas de relajación.

DIA 8

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 8	08:00 AM	Realizar evaluación de signos vitales y peso corporal.	Monitorear el progreso general de salud.	Registrar cambios y compartir con el equipo.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de fuentes de fibra en la dieta.	Mejorar la digestión y prevenir estreñimiento.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de movilidad articular.	Mantener flexibilidad y prevenir rigidez muscular.	Supervisar técnica y registrar avances.
	02:00 PM	Revisar hábitos relacionados con el uso de dispositivos electrónicos.	Reducir impacto en el descanso y el estado emocional.	Proponer límites saludables.
	04:00 PM	Analizar cambios emocionales en la última semana.	Identificar patrones que requieran atención.	Documentar hallazgos y proponer soluciones.
	06:00 PM	Planificar actividades recreativas para el día siguiente.	Fomentar un equilibrio entre ocio y descanso.	Incorporar preferencias del paciente.

DIA 9

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 9	08:00 AM	Evaluar niveles de energía y estado físico general.	Detectar posibles alteraciones hormonales.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos ricos en omega-3.	Promover desarrollo neurológico y bienestar general.	Ajustar recomendaciones según preferencias.
	12:00 PM	Introducir técnicas de relajación progresiva.	Reducir niveles de estrés y mejorar bienestar.	Evaluar efectividad y documentar resultados.
	02:00 PM	Revisar rutina de actividades físicas.	Asegurar prácticas seguras y beneficiosas.	Ajustar ejercicios según necesidades.
	04:00 PM	Evaluar relación entre niveles de energía y alimentación.	Identificar posibles ajustes nutricionales necesarios.	Registrar hallazgos y proponer soluciones.
	06:00 PM	Planificar estrategias de manejo del estrés para el día siguiente.	Fomentar estabilidad emocional.	Incorporar preferencias del paciente.

DIA 10

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 10	08:00 AM	Medir presión arterial, peso y temperatura corporal.	Monitorear indicadores clave de salud general.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de fuentes de calcio y vitamina D.	Promover la salud ósea adecuada.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de respiración diafragmática.	Mejorar la oxigenación y reducir ansiedad.	Evaluar técnica y documentar respuesta.
	02:00 PM	Revisar hábitos relacionados con el descanso nocturno.	Identificar factores que afecten la calidad del sueño.	Proponer ajustes en la rutina nocturna.
	04:00 PM	Evaluar la respuesta emocional frente a cambios corporales.	Ofrecer estrategias de afrontamiento positivas.	Documentar cambios en el bienestar emocional.
	06:00 PM	Planificar actividades sociales para el día siguiente.	Fomentar interacción positiva con el entorno.	Incorporar preferencias del paciente.

DIA 11

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

Día 11	08:00 AM	Realizar evaluación general de signos vitales y peso.	Determinar progreso y detectar áreas de mejora.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar adherencia al plan alimenticio establecido.	Mantener una nutrición adecuada y sostenible.	Realizar ajustes según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir ejercicios de relajación guiada.	Mejorar el enfoque y reducir ansiedad.	Supervisar técnica del paciente.
	02:00 PM	Revisar posición y confort durante el descanso.	Prevenir molestias y complicaciones.	Documentar ajustes realizados.
	04:00 PM	Evaluar estado emocional mediante conversación abierta.	Identificar logros y áreas que requieran apoyo.	Ofrecer estrategias de afrontamiento.
	06:00 PM	Planificar actividades relajantes para el día siguiente.	Asegurar estabilidad emocional y un adecuado descanso.	Incorporar sugerencias del paciente.

DIA 12

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 12	08:00 AM	Realizar evaluación de signos vitales y estado físico.	Determinar progreso general y áreas de mejora.	Informar resultados al equipo de salud.

	10:00 AM	Supervisar la adherencia al plan alimenticio con retroalimentación.	Mantener una nutrición adecuada y sostenible.	Realizar ajustes según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir actividades de respiración consciente guiadas.	Mejorar el enfoque y reducir la ansiedad.	Supervisar su correcta realización.
	02:00 PM	Revisar posición y confort del paciente durante el descanso.	Prevenir complicaciones por incomodidad.	Documentar cambios realizados.
	04:00 PM	Realizar evaluación final del bienestar emocional.	Identificar logros y áreas que requieran mayor atención.	Ofrecer apoyo emocional si es necesario.
	06:00 PM	Planificar actividades de seguimiento post-alta.	Asegurar continuidad en el cuidado y tratamiento.	Establecer metas claras para el paciente.

DIA 13

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 13	08:00 AM	Evaluar signos vitales y niveles de energía.	Detectar cambios físicos y emocionales.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos ricos en hierro.	Prevenir la anemia durante el embarazo.	Realizar ajustes según tolerancia.

	12:00 PM	Practicar ejercicios de respiración profunda.	Mejorar la oxigenación y reducir el estrés.	Documentar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar postura al caminar y sentarse.	Evitar molestias musculares y fatiga.	Ajustar según necesidades del paciente.
	04:00 PM	Evaluar el estado emocional relacionado con el embarazo.	Brindar apoyo para manejar preocupaciones.	Proporcionar recursos según sea necesario.
	06:00 PM	Planificar actividades relajantes para el siguiente día.	Fomentar el equilibrio emocional.	Registrar sugerencias del paciente.

DIA 14

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 14	08:00 AM	Medir presión arterial y glucosa en sangre.	Monitorear indicadores clave de salud.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de frutas y vegetales frescos.	Promover un aporte adecuado de vitaminas.	Ajustar recomendaciones según preferencias.
	12:00 PM	Realizar estiramientos suaves para el alivio	Mejorar flexibilidad y reducir tensiones.	Supervisar técnica del paciente.

		muscular.		
	02:00 PM	Revisar calidad del sueño en noches anteriores.	Identificar factores que puedan estar afectando el descanso.	Proponer cambios en la rutina nocturna.
	04:00 PM	Evaluar manejo de emociones frente a cambios hormonales.	Ayudar a estabilizar el bienestar emocional.	Ofrecer técnicas de afrontamiento.
	06:00 PM	Planificar comidas balanceadas para el día siguiente.	Asegurar un adecuado aporte nutricional.	Registrar preferencias del paciente.

DIA 15

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 15	08:00 AM	Evaluar signos vitales y niveles de energía.	Detectar cambios tempranos en el estado de salud.	Informar hallazgos al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar hidratación durante la mañana.	Garantizar un adecuado equilibrio hídrico.	Realizar ajustes según necesidades.
	12:00 PM	Introducir ejercicios de relajación guiada.	Reducir niveles de ansiedad y tensión.	Documentar la respuesta del paciente.

	02:00 PM	Revisar postura al dormir y recomendaciones.	Prevenir dolores o incomodidades durante el descanso.	Ajustar según resultados.
	04:00 PM	Evaluar estado emocional y preocupaciones actuales.	Proporcionar estrategias para el manejo emocional.	Ofrecer apoyo personalizado.
	06:00 PM	Planificar actividades recreativas seguras para el siguiente día.	Fomentar un enfoque positivo hacia el tratamiento.	Asegurar la viabilidad de las actividades.

DIA 16

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 16	08:00 AM	Medir peso, presión arterial y frecuencia respiratoria.	Monitorear progreso y estabilidad de salud.	Registrar resultados y compartir con el equipo.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos ricos en calcio.	Promover una adecuada salud ósea durante el embarazo.	Ajustar según necesidades y tolerancia.
	12:00 PM	Practicar ejercicios de meditación enfocada.	Mejorar la concentración y bienestar emocional.	Supervisar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar rutina de actividades diarias.	Identificar posibles mejoras en eficiencia y	Proponer ajustes para equilibrar energía.

			bienestar.	
	04:00 PM	Evaluar niveles de energía en relación con la alimentación.	Asegurar un equilibrio adecuado entre dieta y actividad.	Registrar recomendaciones.
	06:00 PM	Planificar actividades de autocuidado para el siguiente día.	Fomentar el bienestar integral.	Asegurar que sean accesibles y viables.

DIA 17

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 17	08:00 AM	Evaluar signos vitales y niveles de glucosa.	Monitorear indicadores clave de salud metabólica.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos ricos en fibra.	Promover una adecuada función digestiva.	Realizar ajustes según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir técnicas de visualización positiva.	Fomentar un estado mental optimista y relajado.	Documentar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar actividades que puedan estar causando fatiga.	Identificar y minimizar factores de agotamiento.	Proponer estrategias de manejo.

	04:00 PM	Evaluar el manejo emocional ante situaciones estresantes.	Brindar herramientas para reducir el impacto del estrés.	Ofrecer apoyo según resultados.
	06:00 PM	Planificar actividades recreativas adaptadas al embarazo.	Promover el bienestar físico y emocional.	Ajustar según necesidades del paciente.

DIA 18

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 18	08:00 AM	Medir peso, ritmo cardíaco y presión arterial.	Evaluar progreso general en el tratamiento.	Informar hallazgos al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar hidratación durante el desayuno.	Garantizar un adecuado equilibrio hídrico.	Ajustar recomendaciones según resultados.
	12:00 PM	Practicar ejercicios suaves de yoga prenatal.	Mejorar flexibilidad y reducir tensiones musculares.	Supervisar técnica del paciente.
	02:00 PM	Revisar el impacto de la dieta en el nivel de energía.	Ajustar recomendaciones para mejorar la vitalidad.	Documentar observaciones.
	04:00 PM	Evaluar el estado emocional relacionado con el progreso del	Identificar necesidades adicionales de apoyo.	Proporcionar recursos y estrategias.

		embarazo.		
	06:00 PM	Planificar objetivos para la siguiente semana.	Mantener un enfoque positivo y organizado.	Registrar sugerencias del paciente.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

3. RESULTADOS

Día 1: Evaluación inicial y diagnóstico

- Acciones:
    - Historia clínica completa, incluyendo antecedentes familiares de hipotiroidismo.
    - Evaluación de laboratorio: TSH (elevada en 6.5 mUI/L), T4 libre (baja en 0.8 ng/dL).
    - Diagnóstico confirmado de hipotiroidismo subclínico en embarazo.
- Resultados:

  La paciente manifestó fatiga, somnolencia y aumento de peso no relacionado con su dieta. Expresó preocupación por el impacto del hipotiroidismo en su bebé, lo que reforzó su compromiso con el tratamiento.

Día 2: Inicio del tratamiento farmacológico

- Acciones:
    - Introducción de levotiroxina, dosis ajustada según peso y trimestre de gestación (50 mcg diarios).
    - Educación inicial sobre la importancia de tomar la medicación en ayunas y evitar alimentos que interfieran con la absorción.
- Resultados:

  La paciente inició el tratamiento sin complicaciones y comprendió las instrucciones para mejorar la eficacia de la medicación. Reportó confianza en el equipo médico.

Día 3: Revisión nutricional y guía alimenticia personalizada

- Acciones:
    - Diseño de un plan alimenticio rico en yodo y selenio (pescados, nueces, lácteos bajos en grasa).
    - Restricción de alimentos bociógenos (soja, coliflor).

- Resultados:

  La paciente comenzó a implementar cambios en su dieta. Reportó sentirse más ligera y menos hinchada al final del día, aunque aún presentaba fatiga.

Día 4: Evaluación psicológica y manejo del estrés

- Acciones:
  - Aplicación de cuestionarios para identificar niveles de ansiedad asociados al embarazo y al diagnóstico.
  - Sesión breve de mindfulness guiado para reducir tensión.
- Resultados:

  La paciente mostró altos niveles de ansiedad inicial, pero expresó sentirse más tranquila después de la sesión de relajación.

Día 5: Actividad física supervisada

- Acciones:
  - Caminatas de baja intensidad (10-15 minutos), con supervisión para evaluar tolerancia al ejercicio.
  - Estiramientos suaves para prevenir rigidez muscular.
- Resultados:

  La paciente reportó mejoría en su energía después de la caminata y menor rigidez muscular. Su presión arterial y ritmo cardíaco se mantuvieron dentro del rango normal.

Día 6: Sesión educativa sobre riesgos del hipotiroidismo

- Acciones:
  - Información detallada sobre posibles complicaciones como parto prematuro y bajo peso fetal.

    - Explicación del papel del tratamiento en la prevención de estos riesgos.
- Resultados:

  La paciente comprendió la relevancia del tratamiento para el bienestar de su bebé y reforzó su compromiso con el seguimiento médico.

Día 7: Monitoreo hormonal y ajuste del tratamiento

- Acciones:
    - Repetición de análisis de TSH y T4 para evaluar la respuesta inicial al tratamiento.
    - Ajuste de dosis de levotiroxina a 75 mcg diarios debido a niveles subóptimos de T4.
- Resultados:

  Los niveles hormonales mostraron mejoría, aunque aún no estaban dentro del rango esperado. La paciente reportó sentirse más alerta durante el día.

Día 8: Dinámica familiar y red de apoyo

- Acciones:
    - Reunión con la pareja y familiares para explicar el diagnóstico y la importancia de su apoyo emocional.
    - Establecimiento de un cronograma familiar para compartir responsabilidades.
- Resultados:

  La paciente se sintió respaldada emocionalmente. Reportó mayor tranquilidad al saber que no estaba sola en este proceso.

Día 9: Evaluación del bienestar fetal

- Acciones:

    - Ecografía obstétrica para monitorear el crecimiento fetal y la función placentaria.
    - Evaluación del índice de líquido amniótico y frecuencia cardíaca fetal.
- Resultados:

  El feto mostró un desarrollo acorde a la edad gestacional. La paciente expresó alivio al saber que su bebé estaba en buen estado de salud.

Día 10: Plan de autocuidado

- Acciones:
    - Elaboración de un plan diario para combinar ejercicio, alimentación, medicación y tiempo de descanso.
    - Asignación de tiempo para actividades de relajación.
- Resultados:

  La paciente reportó sentirse más organizada y en control de su rutina diaria, lo que disminuyó su estrés.

Día 11: Evaluación de síntomas asociados

- Acciones:
    - Revisión de síntomas como estreñimiento, piel seca y fatiga.
    - Recomendación de hidratación adecuada y alimentos ricos en fibra.
- Resultados:

  La paciente reportó una disminución en el estreñimiento y mayor energía tras implementar las recomendaciones.

Día 12: Revisión médica y seguimiento hormonal

- Acciones:
    - Nuevo análisis de TSH y T4 libre para evaluar el progreso.

    - Revisión del estado general y signos vitales.
- Resultados:

  Los niveles de TSH disminuyeron significativamente, indicando una respuesta favorable al tratamiento. La paciente comenzó a notar mayor vitalidad.

Día 13: Evaluación de educación y empoderamiento

- Acciones:
    - Retroalimentación sobre el conocimiento adquirido respecto a su condición.
    - Resolución de dudas sobre el tratamiento y posibles escenarios complicados.
- Resultados:

  La paciente mostró un entendimiento sólido de su diagnóstico y del impacto del tratamiento, lo que aumentó su confianza.

Día 14: Fortalecimiento del ejercicio físico

- Acciones:
    - Incremento de caminatas a 20 minutos diarios.
    - Ejercicios de yoga prenatal para fortalecer la musculatura pélvica.
- Resultados:

  La paciente reportó menos molestias musculares y una mejor calidad del sueño tras incorporar el yoga.

Día 15: Evaluación psicológica y manejo emocional

- Acciones:
    - Encuesta para medir niveles de estrés y ansiedad actuales.
    - Sesión de relajación profunda guiada con música.

- Resultados:

  La paciente reportó sentirse más calmada y en control de sus emociones. Su presión arterial permaneció estable.

Día 16: Preparación para el parto y educación prenatal

- Acciones:
  - Explicación de señales de trabajo de parto y medidas preventivas para complicaciones.
  - Información sobre la lactancia y su relación con el control del hipotiroidismo.
- Resultados:

  La paciente expresó sentirse más preparada y menos temerosa sobre el parto.

Día 17: Monitoreo fetal avanzado y retroalimentación final

- Acciones:
  - Nueva ecografía para evaluar el crecimiento y bienestar fetal.
  - Revisión del plan general de cuidados con ajustes finales.
- Resultados:

  El feto mostró un desarrollo adecuado, sin signos de restricción del crecimiento intrauterino. La paciente mostró satisfacción con los resultados alcanzados.

Día 18: Revisión integral y cierre del plan de intervención

- Acciones:
  - Evaluación general de los avances en el control hormonal y físico.
  - Planificación del seguimiento continuo en el tercer trimestre.
- Resultados:

  La paciente mostró niveles hormonales casi normales y una notable mejoría en su bienestar físico y emocional. Manifestó gratitud hacia el equipo de salud y expresó sentirse preparada para las semanas restantes del embarazo.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

4. EPICIRISIS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO (M/F)	Nº HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA
ISUB	NN	NN	F	1	00

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
Paciente de sexo femenino de 35 años de edad con embarazo de 35 semanas de gestación con antecedentes
Personales de hipotiroidismo, acude a consulta para control de prenatal y cefalea ocasional, al examen físico presenta preclamsia con presión elevada y proteinuria, presenta un alto riesgo materno fetal, tratamiento con
Antihipertensivos y sulfato de magnesio para prevenir complicaciones como la eclampsia, la administración de
Corticoesteroides y la planificación de cesárea sugieren un parto inminente para evitar riesgos

2 RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES
Dia 02-02-2024 paciente se encuentra hemo dinámicamente estable, refiere dolor en articulaciones, signos
vitales dentro de parámetros normales al examen fisico se observa actividad inflamatoria en miembros inferiores
continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades
Dia. 05-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
de parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de
base, sin novedades
Dia 07-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
de parámetros normales al examen física no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de
base, sin novedades
Dia 09-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
de parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de
base, sin novedades
Dia.12-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen fisico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia.14-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen fisico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 16-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen fisico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 19-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen fisico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
Dia. 21-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen fisico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 23-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen fisico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 26-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen fisico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 28-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen fisico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 01-03-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen fisico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 04-03-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen fisico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 06-03-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen fisico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 08-03-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen fisico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad

Activar Windows
Ve a Configuración p

de base, sin novedades
Dia. 11-03-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen fisico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 13-03-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen fisico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
Hemograma completo:
Hemoglobina y hematocrito elevados
Plaquetas bajas (<150.000/µL)
Pruebas de función renal:
Creatinina sérica (>1.1 mg/dL o el doble del nivel basal)
Proteína en orina (Proteinuria)
Relación proteína/creatinina urinaria >0,3 mg/dL.
Recolección de 24 horas con proteína ≥300 mg.
Pruebas hepáticas:
ALT y AST (>70 U/L): Elevaciones moderadas a severas, indicativas de daño hepático.
Bilirrubina total y directa
Ácido úrico elevado (>5.5 mg/dL): Marcador temprano de disfunción renal y estrés oxidativo en preeclampsia.
Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina (TP) y TTP prolongados
Fibrinógeno bajo (<200 mg/dL): Puede acompañar alteraciones de coagulación severas.
PaO2 disminuida o PaCO2 elevada: Sugieren hipoxemia o insuficiencia respiratoria
Notch protodiastólico persistente
Índice de pulsatilidad elevado (>1,5)
Doppler de la arteria umbilical:Flujo diastólico ausente o reverso
Índice de resistencia elevado (>0,6)
Índice de líquido amniótico
Oligohidramnios (ILA <5 cm)
Calcificaciones tempranas: Grado III antes de las 34 semanas, relacionado con insuficiencia placentaria.

4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS
Tratamiento con Sulfato de Magnesio: Se utiliza para prevenir y tratar convulsiones en casos de preeclampsia
severa o eclampsia.
Monitoreo materno continuo
Ecografías: Monitorear el crecimiento fetal, evaluar el volumen de líquido amniótico y el bienestar fetal.
Monitoreo cardiotocográfico planificada: Diario o cada 48 horas
Cesárea Planificada
Tratamiento con Labetalol: Se utiliza para el manejo de la hipertensión gestacional, preeclampsia o
eclampsia, ya que ayuda a reducir la presión arterial sin comprometer significativamente el flujo sanguíneo
placentario
Posología recomendada: Dosis inicial: 100 mg por vía oral dos veces al día.
Ajuste de dosis: Puede aumentarse en intervalos de 100 mg según la respuesta clínica, hasta un máximo de
2,400 mg/día.
Monitorización de la presión arterial cada 15-30 minutos durante las primeras horas del tratamiento.
Vigilancia de signos de bradicardia fetal o materna.
Posología recomendada: Dosis inicial: 4-6 g por vía intravenosa en 20-30 minutos.
Mantenimiento: 1-2 g por hora por infusión continua durante 24 horas.
Monitorización de signos de toxicidad
Controlar los niveles séricos de magnesio, manteniéndolos entre 4.8-8.4 mg/dL.
Monitorear la ingesta y diuresis horaria

Control periódico de hemograma, función renal (creatinina, urea), pruebas hepáticas y coagulación.
Doppler de arterias uterinas y umbilicales: Para valorar la perfusión placentaria y descartar insuficiencia placentaria.
Ejercicios suaves para prevenir complicaciones tromboembólicas y mantener una oxigenación adecuada.
Educación Materna: Instrucción sobre signos de alarma

5	DIAGNÓSTICOS INGRESO	E= PRESUNTIVO D=DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1	Embarazo		O09	X	
2	Hipertensión Arterial		115.0	X	
3	Preclampsia		014.9	X	

6	DIAGNÓSTICOS EGRESO	E= PRESUNTIVO D=DEFINITIVO	CIE	PRE	D
1	Embarazo		O09	X	
	Hipertensión Arterial		115.0	X	
2	Preclampsia		014.9	X	

7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO
Paciente de 35 años de edad con embarazo de 35 semanas acude a consulta para control prenatal y cesárea
Ocasional
Monitoreo Materno: Realizar mediciones frecuentes (idealmente en cada consulta y en casa si es posible)
Realizar estudios para valorar el estado de la madre: Biometría hemática (para descartar anemia y).
trombocitopenia
Pruebas de función renal (creatinina, depuración de creatinina).
Pruebas de función hepática (ALT, AST).
Proteína en orina (proteinuria en 24 horas o tira reactiva).
Signos de alarma materna: Cefalea persistente que no cede con analgésicos
Alteraciones visuales (escotomas, visión borrosa).
Dolor epigástrico o en hipocondrio derecho
Disminución de movimientos fetales.
Monitoreo Fetal: Evaluación del bienestar fetal
Maduración pulmonar fetal
Movimientos fetales
Dieta Hiposódica: Limitar la ingesta de sodio a **2-3 gramos al día**
Consumir alimentos ricos en proteínas, calcio, potasio y magnesio
Evitar ejercicios de alta intensidad, actividades extenuantes o que impliquen riesgo de caídas, impactos o.
movimientos bruscos

8 MÉDICOS TRATANTES				
	NOMBRES	ESPECIALIDAD	CÓDIGO	PERIODO DE RESPONSABILIDAD
1	Dra. Ximena del Cisne Flores España	Docente Encargado		
2	Joselyn Brigette Abad Sarango	Estudiante		

9 EGRESO											
ALTA DEFINITIVA		ASINTOMÁTICO		DISCAPACIDAD MODERADA		RETIRO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MENOS DE 48 HORAS		DÍAS DE ESTADA	
ALTA TRANSITORIA		DISCAPACIDAD LEVE		DISCAPACIDAD GRAVE		RETIRO NO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MAS DE 48 HORAS		DÍAS DE INCAPACIDAD	

CODIGO

FECHA	14-03-2025	HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL	Dra. Ximena del Cisne Flores España		FIRMA		NUMERO DE HOJA	

SNS-MSP / HCU-form.008 / 200

BOLIVARIANO

PACIENTE 4

Paciente: NN

Lugar de intervención: CENTRO DE SALUD N3

LOJA – ECUADOR 2024

6.

7.

1.ANAMNESIS

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA		LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
ISUB	ISUB		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	No. CEDULA DE CIUDADANIA
N	N	NN		

DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTON	PROVINCIA	TELEFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCION					OCUPACION	SEGURO DE SALUD			
			MASC	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	PRIM	SECU	SUPR	POSG		IESS		ONRD	
		32		X		X													

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O ALLEGADO	DIRECCION	TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	CEDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	TELEFONO

FORMA DE LLEGADA		FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE INTERVIENE AL PACIENTE	TELEFONO
AMBULATORIO	X	RELACION FAMILIAR	CASILLA			

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA OBSTRUIDA		GRUPO y Rh		CONDICIONES DE LLEGADA					OTRO	

MOTIVO DE LLEGADA	DIABETES GESTACIONAL

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE (1 PERSONAL, 2 FAMILIAR)

NO APLICA

1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	a. ENFERMEDADES CRONICAS		b. PSIQUIATRICOS		c. QUIRURGICOS		a. FARMACOS CRONICOS		b. OTROS	

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 2, PARTOS 1.

FORMULARIO DE ADMISIÓN

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		
ISUB	NN	NN		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA

DIABETES GESTACIONAL

2 ANTECEDENTES PERSONALES

ANEMIA

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: NO REFIERE

PADRE: NO REFIERE

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

PACIENTE CON EMBARAZO DE 33 SEMANAS ACUDE PARA CONTROL DE DIABETES GESTACIONAL.

5 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL								
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								
EGA, Bradicardia FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	29 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS	110 mg/dL							
TEST DE O'SULLIVAN	160 mg/dL							

6 EXAMEN FISICO

PACIENTE GESTANTE DE 32 AÑOS PRESENTA DIABETES GESTACIONAL MODERADA ESTÁ SIENDO MANEJADA CON EXITO

MEDIANTE INSULINA Y CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA. EL CONTROL GLUCEMICO Y LA VIGILANCIA DE COMPLICACIONES

FETALES SON CLAVES. LA PLANIFICACIÓN DE PARTO VAGINAL CON INDUCCIÓN ES ADECUADA SI NO SURGEN

COMPLICACIONES, ANTICIPANDO UN PRONOSTICO FAVORABLE.

7 DIAGNOSTICOS

		CIE	PRE	DEF		PRE= PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1	DIABETES GESTACIONAL	O 24	X		3				
2					4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO

DIETA

EJERCICIO

INSULINA NPH

ACIDO FOLICO

MONITOREO SEMANAL DE GLUCEMIA, ECOGRAFIA MENSUAL, MONITOREO CARDIOTOCOGRÁFICO

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO		FIRMA	

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y E.F

2. PLAN DE INTERVENCIÓN

Plan de Atención para Embarazada con riesgo obstétrico alto

Diagnósticos de enfermería:

1. Riesgo de perfusión tisular inadecuada relacionada con la anemia, evidenciado por palidez cutánea, fatiga y niveles bajos de hemoglobina y hematocrito.
2. Fatiga relacionada con la disminución de oxigenación tisular debido a los niveles bajos de hemoglobina, manifestada por cansancio persistente y falta de energía.
3. Riesgo de complicaciones durante el parto relacionado con la anemia no tratada, evidenciado por antecedentes de sangrado posparto y dificultad para mantener una adecuada perfusión sanguínea durante el trabajo del parto.
4. Conocimientos deficientes sobre la prevención y manejo de la anemia gestacional, evidenciado por dudas frecuentes sobre la dieta adecuada, suplementos y el impacto en el embarazo.

Objetivos:

1. Aumentar los niveles de hemoglobina y hematocrito a los valores normales para el embarazo mediante el manejo adecuado de la anemia.
2. Mejorar la oxigenación tisular y reducir la fatiga materna mediante una adecuada suplementación de hierro y una dieta rica en nutrientes.
3. Prevenir complicaciones durante el parto y puerperio, como el sangrado excesivo y la fatiga posparto, mediante el monitoreo continuo y la preparación adecuada.
4. Fomentar el autocuidado informado, promoviendo el conocimiento de la gestante sobre cómo prevenir y manejar la anemia gestacional de manera efectiva.

Intervenciones a Ejecutar:

1. Para el Riesgo de Perfusión Tisular Inadecuada:

- Monitoreo de signos vitales: Vigilar la presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno para detectar signos de deterioro en la perfusión.
- Evaluación de parámetros hematológicos: Realizar análisis de sangre para monitorear los niveles de hemoglobina y hematocrito, ajustando la suplementación de hierro y ácido fólico según sea necesario.
- Fomentar la hidratación adecuada: Promover la ingesta de líquidos y electrolitos para optimizar la circulación sanguínea y mejorar la oxigenación.

2. **Para la Fatiga Relacionada con la Anemia:**
   - Fomentar el descanso adecuado: Asegurar que la gestante tenga tiempos adecuados de descanso durante el día, con especial atención a la reducción de actividades físicas intensas que puedan aumentar la fatiga.
   - Optimización de la dieta: Asegurar que la gestante reciba una dieta rica en hierro, ácido fólico y vitamina B12, incluyendo alimentos como carnes rojas, legumbres, espinacas, cereales fortificados y frutas cítricas.
   - Suplementación de hierro: Administrar suplementos de hierro oral según la prescripción médica, monitoreando los efectos secundarios y ajustando la dosis cuando sea necesario para minimizar efectos como estreñimiento o malestar gastrointestinal.
3. **Para el Riesgo de Complicaciones Durante el Parto:**
   - Evaluación continua durante el trabajo de parto: Monitorear de cerca la presión arterial, la frecuencia cardíaca y los signos de sangrado, preparados para intervenciones rápidas si la gestante presenta signos de hemorragia postparto o descompensación circulatoria.
   - Preparación para posibles transfusiones: En caso de hemorragia posparto, asegúrese de que tenga disponible la opción de transfusión de sangre según lo indique el equipo médico.
   - Fortalecimiento del plan de parto: Proporcionar educación sobre las posibles complicaciones relacionadas con la anemia y cómo el equipo de salud estará preparado para manejarlas, brindando apoyo psicológico y físico en el proceso.

4. **Para los Conocimientos Deficientes:**
    - Educación sobre la anemia gestacional: Explicar a la gestante cómo la anemia afecta tanto su salud como la del feto, enfocándose en la importancia de mantener los niveles de hemoglobina dentro de los rangos recomendados.
    - Información sobre dieta y suplementos: Ofrecer orientación sobre los alimentos ricos en hierro, ácido fólico y vitamina B12, así como la correcta administración de suplementos de hierro para asegurar la absorción adecuada.
    - Promoción de seguimiento prenatal: Asegurar que la gestante comprenda la importancia de las consultas prenatales regulares para monitorear su condición y ajustar el tratamiento cuando sea necesario.
    - Fomentar la autogestión: Ofrecer recursos educativos (folletos, aplicaciones móviles, etc.) para que la gestante pueda hacer un seguimiento de su tratamiento, dieta y signos de alarma durante el embarazo.
5. **Intervenciones aplicadas**

Dia 1

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 1	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Controlar la presión arterial y detectar alteraciones tempranas.	Confirmar la estabilidad de la presión arterial y frecuencia cardíaca.
	10:00 AM	Evaluación nutricional: Supervisar la adherencia al plan de dieta y ajustar según hipotiroidismo.	Optimizar el estado nutricional y controlar los niveles de glucosa e hipertensión.	Ajustar el plan según la tolerancia de la paciente.

	12:00 PM	Evaluación fetal: Realización de NST (monitoreo no estresante) y perfil biofísico.	Detectar signos de sufrimiento fetal.	Registrar y reportar resultados a la obstetra.
	02:00 PM	Supervisión del reposo en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria y reducir el riesgo de complicaciones.	Confirmar que la paciente mantiene la posición durante al menos 2 horas.
	04:00 PM	Charlas educativas: Técnicas de manejo de estrés y relajación.	Promover el bienestar emocional y disminuir los niveles de estrés.	Evaluar la respuesta de la paciente y reforzar la importancia de la calma.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas y signos de proteinuria (control de diuresis).	Identificar complicaciones de la preeclampsia severa de forma temprana.	Registrar resultados en la historia clínica y reportar si hay cambios significativos.

Dia 2

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 2	08:00 AM	Revisión de signos vitales y niveles de saturación de oxígeno.	Detectar alteraciones tempranas en la madre o el feto.	Registrar valores en la hoja clínica.
	10:00 AM	Evaluación de adherencia al tratamiento farmacológico y ajustes	Asegurar la administración adecuada de medicamentos y prevenir efectos	Confirmar cumplimiento del tratamiento y ajustar si es

		según tolerancia.	adversos.	necesario.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Detectar signos de insuficiencia placentaria o hipoxia fetal.	Notificar hallazgos al médico tratante.
	02:00 PM	Supervisión de la dieta: Revisión de ingesta de proteínas y carbohidratos según evolución.	Optimizar el estado nutricional para prevenir complicaciones metabólicas.	Ajustar la dieta si es necesario y registrar en la historia clínica.
	04:00 PM	Charlas educativas: Reconocimiento de signos de parto y preparación para el ingreso hospitalario.	Preparar a la paciente para el momento del parto y reducir niveles de ansiedad.	Evaluar comprensión y resolver dudas.
	06:00 PM	Control de peso, edemas y evaluación de signos de progresión de preeclampsia severa.	Identificar complicaciones maternas o fetales	Notificar al médico cambios significativos.

Dia 3

Fecha	**Hora**	**Actividad Planificada**	**Objetivo**	**Observaciones**
Día 3	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca	Controlar la presión arterial y detectar alteraciones	Confirmar la estabilidad de la presión arterial y

		cada 4 horas.	tempranas.	frecuencia cardíaca.
	10:00 AM	Evaluación nutricional: Supervisar la adherencia al plan de dieta y ajustar según hipotiroidismo.	Optimizar el estado nutricional y controlar los niveles de glucosa e hipertensión.	Ajustar el plan según la tolerancia de la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal: Realización de NST (monitoreo no estresante) y perfil biofísico.	Detectar signos de sufrimiento fetal.	Registrar y reportar resultados a la obstetra.
	02:00 PM	Supervisión del reposo en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria y reducir el riesgo de complicaciones.	Confirmar que la paciente mantiene la posición durante al menos 2 horas.
	04:00 PM	Charlas educativas: Técnicas de manejo de estrés y relajación.	Promover el bienestar emocional y disminuir los niveles de estrés.	Evaluar la respuesta de la paciente y reforzar la importancia de la calma.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas y signos de proteinuria (control de diuresis).	Identificar complicaciones de la preeclampsia severa de forma temprana.	Registrar resultados en la historia clínica y reportar si hay cambios significativos.

Dia 4

Fech	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

a				
Día 4	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales cada 4 horas.	Detectar posibles alteraciones en presión arterial y frecuencia cardíaca.	Registrar cambios en los valores basales.
	10:00 AM	Control de glucosa capilar en ayunas y postprandial.	Evaluar el control metabólico en presencia de hipotiroidismo.	Notificar valores fuera de rango al médico tratante.
	12:00 PM	Revisión de la dieta y ajuste de macronutrientes.	Asegurar una dieta equilibrada y adecuada para la paciente.	Incorporar alimentos que apoyen el control de hipertensión y tiroides.
	02:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Optimizar la perfusión placentaria y prevenir complicaciones.	Registrar tiempo de descanso y posición.
	04:00 PM	Sesión educativa: Reconocimiento de signos de alarma de preeclampsia severa.	Mejorar el autocuidado y la detección temprana de complicaciones.	Entregar material educativo y evaluar comprensión.
	06:00 PM	Evaluación de edemas y control de peso.	Identificar signos de retención de líquidos.	Registrar cambios significativos y notificar al médico tratante.

Dia 5

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 5	08:00 AM	Evaluación de bienestar fetal mediante NST.	Detectar signos de sufrimiento fetal.	Registrar resultados y reportar anomalías.
	10:00 AM	Revisión de signos vitales y saturación de oxígeno.	Identificar posibles complicaciones cardiovasculares o respiratorias.	Registrar en la hoja clínica cualquier alteración.
	12:00 PM	Revisión de adherencia al tratamiento farmacológico.	Asegurar la correcta administración de medicamentos.	Corroborar horarios y dosis con la paciente.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia de la dieta en la hipertensión gestacional.	Promover hábitos saludables para el control de la enfermedad.	Evaluar comprensión y resolver dudas.
	04:00 PM	Supervisión del descanso adecuado en decúbito lateral.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y duración del reposo.
	06:00 PM	Control de diuresis y evaluación de proteinuria.	Detectar signos de progresión a preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 6

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 6	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales cada 4 horas.	Identificar alteraciones tempranas en presión arterial o frecuencia cardíaca.	Registrar resultados en la hoja clínica.
	10:00 AM	Evaluación de adherencia al plan de dieta personalizado.	Optimizar el estado nutricional y controlar hipertensión.	Ajustar plan alimenticio si es necesario.
	12:00 PM	Realización de ultrasonido doppler para evaluar flujo placentario.	Detectar insuficiencia placentaria o signos de hipoxia fetal.	Notificar hallazgos al médico tratante.
	02:00 PM	Revisión de la importancia del manejo del estrés.	Reducir niveles de estrés y mejorar la estabilidad emocional.	Realizar ejercicios prácticos de relajación con la paciente.
	04:00 PM	Charlas educativas: Reconocimiento de signos de alarma.	Aumentar el conocimiento sobre riesgos de preeclampsia severa.	Evaluar comprensión y reforzar puntos importantes.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas y signos de progresión de preeclampsia.	Detectar complicaciones asociadas.	Registrar observaciones y cambios relevantes.

Dia 7

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

Día 7	08:00 AM	Control de peso y revisión de edemas.	Evaluar retención de líquidos.	Notificar al médico si hay cambios significativos.
	10:00 AM	Supervisión del descanso en posición de decúbito lateral.	Mejorar la perfusión placentaria.	Asegurar que se mantenga la posición al menos 2 horas.
	12:00 PM	Control de niveles de TSH y T4 libre.	Ajustar tratamiento del hipotiroidismo si es necesario.	Registrar resultados en la historia clínica.
	02:00 PM	Evaluación de bienestar fetal con ultrasonido.	Detectar signos de sufrimiento fetal.	Reportar hallazgos al médico tratante.
	04:00 PM	Charlas educativas sobre importancia del descanso adecuado.	Mejorar el control de estrés y optimizar circulación uteroplacentaria.	Evaluar comprensión y reforzar importancia del tema.
	06:00 PM	Revisión del plan de medicación: dosis y horarios.	Asegurar la adherencia al tratamiento farmacológico.	Confirmar con la paciente si cumple con el esquema prescrito.

Dia 8

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 8	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales cada 4 horas.	Detectar posibles complicaciones tempranas.	Registrar cualquier alteración en la hoja clínica.

	10:00 AM	Evaluación nutricional: ajuste de dieta según evolución.	Optimizar estado nutricional.	Asegurar que la dieta sea bien tolerada.
	12:00 PM	Supervisión del descanso en posición de decúbito lateral.	Mejorar la perfusión placentaria.	Confirmar duración del reposo y registrar en la hoja clínica.
	02:00 PM	Charlas educativas sobre manejo emocional en complicaciones del embarazo.	Promover el bienestar emocional.	Resolver dudas y reforzar puntos clave.
	04:00 PM	Monitoreo de edemas y signos de progresión a preeclampsia severa.	Detectar complicaciones asociadas.	Registrar resultados y notificar alteraciones.
	06:00 PM	Control de diuresis y signos de proteinuria.	Detectar signos tempranos de complicaciones.	Registrar en la hoja clínica y notificar al médico tratante.

Dia 9

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 9	08:00 AM	Revisión de signos vitales y niveles de saturación de oxígeno.	Identificar posibles complicaciones respiratorias o cardiovasculares.	Registrar cualquier alteración.
	10:00 AM	Control de niveles de glucosa en ayunas y postprandial.	Evaluar control metabólico en hipotiroidismo.	Notificar resultados fuera de rango al médico tratante.

	12:00 PM	Supervisión de la dieta personalizada según requerimientos.	Asegurar una dieta adecuada a las necesidades de la paciente.	Ajustar alimentos según evolución y preferencias.
	02:00 PM	Charlas educativas sobre importancia del control prenatal.	Aumentar la adherencia a las citas y cuidados médicos.	Resolver dudas sobre el proceso de control prenatal.
	04:00 PM	Monitoreo de edemas y signos de progresión de preeclampsia severa.	Detectar complicaciones asociadas.	Registrar observaciones en la hoja clínica.
	06:00 PM	Evaluación de bienestar fetal con ultrasonido doppler.	Detectar signos de insuficiencia placentaria.	Reportar hallazgos al médico tratante.

Dia 10

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 10	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales cada 4 horas.	Identificar alteraciones tempranas.	Registrar en la hoja clínica.
	10:00 AM	Evaluación de adherencia al tratamiento farmacológico.	Asegurar la administración correcta de medicamentos.	Confirmar cumplimiento con la paciente.
	12:00 PM	Control de niveles de TSH y T4 libre.	Ajustar tratamiento de hipotiroidismo si es necesario.	Registrar valores en la historia clínica.

	02:00 PM	Supervisión del descanso adecuado en decúbito lateral.	Optimizar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y duración del reposo.
	04:00 PM	Charlas educativas sobre manejo de estrés y relajación.	Promover el bienestar emocional y reducir estrés.	Evaluar comprensión y practicar técnicas de relajación.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas y control de diuresis.	Identificar signos de retención de líquidos y complicaciones.	Registrar observaciones y cambios significativos.

Dia 11

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 11	08:00 AM	Evaluación de bienestar fetal mediante NST.	Detectar signos de sufrimiento fetal.	Registrar resultados y notificar anomalías al médico tratante.
	10:00 AM	Revisión de signos vitales y saturación de oxígeno.	Identificar posibles complicaciones respiratorias o cardiovasculares.	Registrar alteraciones en la hoja clínica.
	12:00 PM	Evaluación nutricional: ajuste del plan alimenticio según evolución.	Optimizar estado nutricional de la paciente.	Asegurar que la dieta sea adecuada y tolerada.

	02:00 PM	Charlas educativas sobre importancia del descanso adecuado y manejo de estrés.	Promover el bienestar físico y emocional.	Resolver dudas y reforzar conceptos clave.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en posición de decúbito lateral.	Mejorar la perfusión placentaria.	Confirmar cumplimiento de la posición y registrar tiempo.
	06:00 PM	Control de edemas, peso y diuresis.	Identificar signos tempranos de progresión a complicaciones.	Notificar al médico cambios significativos.

Dia 12

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 12	08:00 AM	Evaluación de signos vitales y monitoreo de frecuencia cardíaca fetal.	Identificar alteraciones tempranas en la madre o el feto.	Registrar valores en la hoja clínica.
	10:00 AM	Revisión de adherencia al tratamiento farmacológico y evaluación de efectos secundarios.	Asegurar la administración correcta y el ajuste de medicamentos según sea necesario.	Confirmar cumplimiento del tratamiento y notificar anomalías.
	12:00 PM	Control de glucosa capilar en ayunas y	Detectar descompensaciones en	Registrar valores y reportar cambios al

		postprandial.	el control metabólico.	médico tratante.
	02:00 PM	Supervisión de la dieta personalizada: Revisión de ingesta de hierro y ácido fólico.	Asegurar el aporte adecuado para prevenir complicaciones por anemia gestacional.	Ajustar la dieta si es necesario y registrar en la hoja clínica.
	04:00 PM	Charlas educativas: Técnicas de respiración para el manejo del dolor y ansiedad.	Mejorar la capacidad de la paciente para afrontar el estrés y el trabajo de parto.	Evaluar comprensión y practicar técnicas con la paciente.
	06:00 PM	Evaluación de edemas y control de diuresis.	Detectar signos tempranos de retención de líquidos o complicaciones relacionadas.	Registrar hallazgos y notificar cambios al médico tratante.

Dia 13

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 13	08:00 AM	Revisión de signos vitales y niveles de saturación de oxígeno.	Detectar alteraciones tempranas en la madre o el feto.	Registrar valores en la hoja clínica.
	10:00 AM	Evaluación de adherencia al tratamiento farmacológico y ajustes según tolerancia.	Asegurar la administración adecuada de medicamentos y prevenir efectos adversos.	Confirmar cumplimiento del tratamiento y ajustar si es necesario.

	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Detectar signos de insuficiencia placentaria o hipoxia fetal.	Notificar hallazgos al médico tratante.
	02:00 PM	Supervisión de la dieta: Revisión de ingesta de proteínas y carbohidratos según evolución.	Optimizar el estado nutricional para prevenir complicaciones metabólicas.	Ajustar la dieta si es necesario y registrar en la historia clínica.
	04:00 PM	Charlas educativas: Reconocimiento de signos de parto y preparación para el ingreso hospitalario.	Preparar a la paciente para el momento del parto y reducir niveles de ansiedad.	Evaluar comprensión y resolver dudas.
	06:00 PM	Control de peso, edemas y evaluación de signos de progresión de preeclampsia severa.	Identificar complicaciones maternas o fetales	Notificar al médico cambios significativos.

Dia 14

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 14	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales cada 4 horas.	Detectar posibles alteraciones en presión arterial y frecuencia cardíaca.	Registrar cambios en los valores basales.
	10:00 AM	Control de glucosa capilar en ayunas y	Evaluar el control metabólico en presencia de	Notificar valores fuera de rango al

		postprandial.	hipotiroidismo.	médico tratante.
	12:00 PM	Revisión de la dieta y ajuste de macronutrientes.	Asegurar una dieta equilibrada y adecuada para la paciente.	Incorporar alimentos que apoyen el control de hipertensión y tiroides.
	02:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Optimizar la perfusión placentaria y prevenir complicaciones.	Registrar tiempo de descanso y posición.
	04:00 PM	Sesión educativa: Reconocimiento de signos de alarma de preeclampsia severa.	Mejorar el autocuidado y la detección temprana de complicaciones.	Entregar material educativo y evaluar comprensión.
	06:00 PM	Evaluación de edemas y control de peso.	Identificar signos de retención de líquidos.	Registrar cambios significativos y notificar al médico tratante.

Dia 15

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 15	08:00 AM	Evaluación de bienestar fetal mediante NST.	Detectar signos de sufrimiento fetal.	Registrar resultados y reportar anomalías.

	10:00 AM	Revisión de signos vitales y saturación de oxígeno.	Identificar posibles complicaciones cardiovasculares o respiratorias.	Registrar en la hoja clínica cualquier alteración.
	12:00 PM	Revisión de adherencia al tratamiento farmacológico.	Asegurar la correcta administración de medicamentos.	Corroborar horarios y dosis con la paciente.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia de la dieta en la hipertensión gestacional.	Promover hábitos saludables para el control de la enfermedad.	Evaluar comprensión y resolver dudas.
	04:00 PM	Supervisión del descanso adecuado en decúbito lateral.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y duración del reposo.
	06:00 PM	Control de diuresis y evaluación de proteinuria.	Detectar signos de progresión a preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 16

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 16	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales cada 4 horas.	Identificar alteraciones tempranas en presión arterial o frecuencia cardíaca.	Registrar resultados en la hoja clínica.

	10:00 AM	Evaluación de adherencia al plan de dieta personalizado.	Optimizar el estado nutricional y controlar hipertensión.	Ajustar plan alimenticio si es necesario.
	12:00 PM	Realización de ultrasonido doppler para evaluar flujo placentario.	Detectar insuficiencia placentaria o signos de hipoxia fetal.	Notificar hallazgos al médico tratante.
	02:00 PM	Revisión de la importancia del manejo del estrés.	Reducir niveles de estrés y mejorar la estabilidad emocional.	Realizar ejercicios prácticos de relajación con la paciente.
	04:00 PM	Charlas educativas: Reconocimiento de signos de alarma.	Aumentar el conocimiento sobre riesgos de preeclampsia severa.	Evaluar comprensión y reforzar puntos importantes.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas y signos de progresión de preeclampsia.	Detectar complicaciones asociadas.	Registrar observaciones y cambios relevantes.

Dia 17

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 17	08:00 AM	Control de peso y revisión de edemas.	Evaluar retención de líquidos.	Notificar al médico si hay cambios significativos.
	10:00 AM	Supervisión del descanso en posición de	Mejorar la perfusión placentaria.	Asegurar que se mantenga la posición al menos 2

		decúbito lateral.		horas.
	12:00 PM	Control de niveles de TSH y T4 libre.	Ajustar tratamiento del hipotiroidismo si es necesario.	Registrar resultados en la historia clínica.
	02:00 PM	Evaluación de bienestar fetal con ultrasonido.	Detectar signos de sufrimiento fetal.	Reportar hallazgos al médico tratante.
	04:00 PM	Charlas educativas sobre importancia del descanso adecuado.	Mejorar el control de estrés y optimizar circulación uteroplacentaria.	Evaluar comprensión y reforzar importancia del tema.
	06:00 PM	Revisión del plan de medicación: dosis y horarios.	Asegurar la adherencia al tratamiento farmacológico.	Confirmar con la paciente si cumple con el esquema prescrito.

Dia 18

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 18	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales cada 4 horas.	Detectar posibles complicaciones tempranas.	Registrar cualquier alteración en la hoja clínica.
	10:00 AM	Evaluación nutricional: ajuste de dieta según evolución.	Optimizar estado nutricional.	Asegurar que la dieta sea bien tolerada.

	12:00 PM	Supervisión del descanso en posición de decúbito lateral.	Mejorar la perfusión placentaria.	Confirmar duración del reposo y registrar en la hoja clínica.
	02:00 PM	Charlas educativas sobre manejo emocional en complicaciones del embarazo.	Promover el bienestar emocional.	Resolver dudas y reforzar puntos clave.
	04:00 PM	Monitoreo de edemas y signos de progresión a preeclampsia severa.	Detectar complicaciones asociadas.	Registrar resultados y notificar alteraciones.
	06:00 PM	Control de diuresis y signos de proteinuria.	Detectar signos tempranos de complicaciones.	Registrar en la hoja clínica y notificar al médico tratante.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

3. RESULTADOS

Día 1: Evaluación inicial y diagnóstico

- **Acciones:**
  - Realización de hemograma completo, ferritina sérica, transferrina y niveles de vitamina B12 y ácido fólico.
  - Educación sobre la importancia del tratamiento de la anemia durante el embarazo.
  - Prescripción inicial de suplementos de hierro oral (150 mg de hierro elemental al día) y ácido fólico (5 mg).
- **Resultados:**
  Hemoglobina: 9.0 g/dL; ferritina: 10 ng/mL (indicativa de anemia ferropénica). La paciente se muestra comprometida con el inicio del tratamiento.

Día 2: Educación nutricional personalizada

- **Acciones:**
  - Asesoramiento nutricional enfocado en alimentos ricos en hierro (carnes magras, espinaca, legumbres) y alimentos ricos en vitamina C para mejorar la absorción del hierro.
  - Recomendaciones para evitar el consumo de té o café junto con las comidas.
- **Resultados:**
  La paciente comprende la relación entre la dieta y su condición, comprometiéndose a incluir los alimentos recomendados en su plan alimenticio.

Día 3: Revisión de tolerancia a suplementos

- **Acciones:**

- Evaluación de efectos secundarios del hierro oral, como náuseas, dolor abdominal o estreñimiento.
- Recomendaciones para tomar el hierro con jugo de naranja y en horario distinto al de otros medicamentos o suplementos de calcio.

- **Resultados:**
  La paciente reporta leve náusea matutina, que se controla con la ingesta de hierro después de una comida ligera.

Día 4: Monitoreo clínico inicial

- **Acciones:**
  - Evaluación de síntomas como fatiga, mareos y palpitaciones.
  - Revisión de signos clínicos de anemia (palidez, fragilidad capilar, disnea leve).
- **Resultados:**
  Persisten fatiga y palidez leve, pero la paciente refiere sentirse más optimista y enérgica desde el inicio del tratamiento.

Día 5: Evaluación fetal inicial

- **Acciones:**
  - Realización de ecografía para monitorear crecimiento fetal y volumen de líquido amniótico.
  - Valoración de bienestar fetal mediante perfil biofísico.
- **Resultados:**
  Crecimiento fetal dentro de los parámetros normales, sin signos de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

- ### *Día 6: Fortalecimiento nutricional y manejo emocional*

- **Acciones:**
  - Inclusión de recetas y estrategias prácticas para cumplir con la dieta recomendada.
  - Abordaje de la ansiedad y estrés asociados al diagnóstico de anemia.

- **Resultados:**
  La paciente adopta un enfoque positivo hacia el tratamiento y experimenta menor ansiedad respecto a su condición.

Día 7: Revisión de adherencia al tratamiento

- **Acciones:**
  - Verificación del cumplimiento de la suplementación y la dieta.
  - Revisión de los registros alimenticios de la paciente.
- **Resultados:**
  La paciente reporta cumplimiento del plan terapéutico, con incorporación exitosa de alimentos ricos en hierro y vitamina C.

Día 8: Evaluación clínica y adaptación del tratamiento

- **Acciones:**
  - Control de hemoglobina y ferritina para evaluar respuesta inicial al tratamiento.
  - Ajuste en la dosis de hierro según tolerancia y resultados clínicos.
- **Resultados:**
  La hemoglobina aumenta a 9.4 g/dL, evidenciando mejoría. No se presentan efectos adversos importantes.

Día 9: Evaluación de bienestar materno

- **Acciones:**
  - Evaluación de fatiga, calidad del sueño y capacidad para realizar actividades diarias.
  - Inclusión de ejercicios suaves para mejorar la circulación y reducir el cansancio.
- **Resultados:**
  La paciente reporta menos episodios de fatiga y mayor capacidad para sus actividades diarias.

Día 10: Revisión fetal adicional

- **Acciones:**
  - Realización de monitoreo cardiotocográfico no estresante para evaluar la actividad fetal.
  - Revisión de movimientos fetales reportados por la paciente.
- **Resultados:**
  Bienestar fetal adecuado. La paciente describe movimientos activos del bebé durante el día.

Día 11: Fortalecimiento del apoyo psicosocial

- **Acciones:**
  - Revisión del impacto emocional del diagnóstico y fomento de redes de apoyo familiar.
  - Derivación a psicología en caso necesario.
- **Resultados:**
  La paciente refiere sentirse más tranquila y apoyada por su familia en el cumplimiento del tratamiento.

Día 12: Control de signos vitales y síntomas

- **Acciones:**
  - Evaluación de presión arterial, frecuencia cardiaca y nivel de oxigenación.
  - Abordaje de síntomas persistentes como mareos o disnea.
- **Resultados:**
  Signos vitales dentro de parámetros normales. Persisten ligeros mareos matutinos, que mejoran con un desayuno rico en hierro.

Día 13: Reevaluación hematológica

- **Acciones:**
  - Control de hemoglobina, hematocrito y ferritina para valorar progreso.
- **Resultados:**
  Hemoglobina: 10.2 g/dL, hematocrito: 31%. La mejoría es consistente con el tratamiento. Ferritina se mantiene baja, se refuerza el uso continuo del hierro.

Día 14: Preparación para el parto

- **Acciones:**
  - Educación sobre el manejo de la anemia durante el parto y la necesidad de contar con un banco de sangre disponible.
  - Refuerzo de la importancia de mantener la suplementación hasta después del parto.
- **Resultados:**
  La paciente comprende las medidas a tomar y se siente más preparada para el parto.

Día 15: Revisión integral y ajustes finales

- **Acciones:**
  - Revisión global del plan terapéutico y evaluación de adherencia.
  - Asesoramiento sobre la lactancia materna y su relación con la suplementación postparto.
- **Resultados:**
  La paciente presenta mejoría integral y mantiene adherencia al tratamiento, con resolución parcial de los síntomas.

Día 16: Evaluación final fetal

- **Acciones:**
  - Realización de perfil biofísico y ultrasonido doppler.
  - Planificación de la fecha tentativa de parto.
- **Resultados:**
  Bienestar fetal intacto. Crecimiento y líquido amniótico dentro de parámetros normales.

Día 17: Revisión clínica final

- **Acciones:**
  - Evaluación de signos vitales y bienestar materno.
  - Discusión de medidas para el seguimiento posparto.
- **Resultados:**

  La paciente presenta hemoglobina de 10.6 g/dL y mejora en energía y vitalidad.

Día 18: Cierre del plan y recomendaciones finales

- **Acciones:**
  - Evaluación integral de la paciente y desarrollo de un plan de seguimiento en el puerperio.
- **Resultados:**

  La paciente logra una mejoría significativa en su anemia y se encuentra en condiciones óptimas para el parto, con bienestar materno-fetal asegurado.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

4. EPICRISIS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO (M/F)	Nº HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA
ISUB	NN	NN	F	1	**00**

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
Paciente de sexo femenino de 32 años de edad con embarazo de 33 semanas de gestación con antecedentes
Personales de anemia, acude a consulta para control de Diabetes Gestacional Moderada que se encuentra
Manejada con éxito a basa de insulina y cambios en el estilo de vida, se realiza control glicémico y la vigilancia
De complicaciones fetales para planificación de parto vaginal con inducción

2 RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES
Dia 02-02-2024 paciente se encuentra hemo dinámicamente estable, refiere dolor en articulaciones, signos
vitales dentro de parámetros normales al examen físico se observa actividad inflamatoria en miembros inferiores
continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades
Dia. 05-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
de parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de
base, sin novedades
Dia 07-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
de parámetros normales al examen física no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de
base, sin novedades
Dia 09-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
de parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de
base, sin novedades
Dia.12-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia.14-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 16-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 19-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
Dia. 21-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 23-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 26-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 28-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 01-03-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 04-03-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad

de base, sin novedades
Dia. 06-03-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 08-03-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 11-03-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 13-03-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
Pruebas de Glucosa en Sangre: Ayuno: ≥ 92 mg/dL.
1 hora: ≥ 180 mg/dL.
2 horas: ≥ 153 mg/dL.
Automonitoreo de glucosa capilar: Ayuno: < 95 mg/dL (meta recomendada).
1 hora postprandial: < 140 mg/dL.
2 horas postprandial: < 120 mg/dL.
Crecimiento fetal: Peso fetal estimado > percentil 90 indica macrosomía.
Crecimiento normal está dentro del percentil 10-90
Prueba No Estresante (NST): Resultado reactivo: 2 o más aceleraciones en 20 minutos, indicando bienestar fetal.

4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS
Modificación de la dieta (terapia médica nutricional): Diseñar un plan alimenticio individualizado basado en el índice glucémico
Ejercicio físico moderado: Ejercicios seguros como caminar o natación (30 minutos diarios, 5 días a la semana).
Insulina NPH: Insulina de acción rápida para controlar picos postprandiales.
Insulina basal de acción prolongada para mantener niveles adecuados durante el día.
Ácido fólico: Dosis estándar: 400-800 mcg/día
Monitoreo semanal de glicemia
Ecografía quincenal
Monitoreo cardiotocográfico
Glucosa capilar: Realización de automonitoreo de glucosa sanguínea varias veces al día (ayuno y postprandial).
Control regular para detectar hipertensión gestacional o preeclampsia.
Monitoreo aumento de peso para evitar excesos que compliquen el manejo metabólico.
Evaluación del bienestar fetal mediante ultrasonido para descartar sufrimiento fetal.
Seguimiento del crecimiento fetal y volumen de líquido amniótico, debido al riesgo de macrosomía o polihidramnios.
Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal
Capacitación a la embarazada para realizar mediciones de glucosa, interpretar los resultados y realizar ajustes necesarios en dieta y actividad.
Detección de signos de ansiedad o estrés relacionados con el diagnóstico y el manejo diario.

5	DIAGNÓSTICOS INGRESO	E= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1	Diabetes Gestacional		024	x	
2	Embarazo		O09	x	

6	DIAGNÓSTICOS EGRESO	E= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1	Diabetes Gestacional		024	x	
2	Embarazo		O09	x	

7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO
Paciente de 32 años de edad con embarazo de 33 semanas acude a consulta para control de Diabetes
Gestacional Moderada que se encuentra manejada con éxito a base de insulina y cambios en el estilo de vida
Control Glicémico: Realizar automonitoreo de glucosa capilar
Continuar con el régimen actual de insulina, ajustando las dosis según las indicaciones del endocrinólogo
Mantener comunicación frecuente para ajustar el tratamiento en caso de hipoglucemia (<70 mg/dL) o
hiperglucemia persistente.
Dieta equilibrada: Incluir una combinación de carbohidratos complejos, proteínas magras y grasas saludables en
cada comida.
Consultar regularmente con un nutriólogo especializado en diabetes para adaptar la dieta según el progreso del
embarazo y el control glicémico.
Monitoreo Materno: Evaluaciones frecuentes
Pruebas complementarias: Hemoglobina glucosilada, perfil bioquímico periódico
Educación sobre signos de alarma:
Monitoreo Fetal: Bienestar fetal, perfil biofísico, ultrasonidos seriados
Realizar ejercicios ligeros aprobados por el médico, como caminatas de 15-20 minutos después de las comidas
para mejorar la sensibilidad a la insulina.

8 MÉDICOS TRATANTES

	NOMBRES	ESPECIALIDAD	CÓDIGO	PERIODO DE RESPONSABILIDAD
1	Dra. Ximena del Cisne Flores España	Docente Encargado		
2	Joselyn Brigette Abad Sarango	Estudiante		

9 EGRESO

ALTA DEFINITIVA		ASINTOMÁTICO		DISCAPACIDAD MODERADA		RETIRO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MENOS DE 48 HORAS		DÍAS DE ESTADA	
ALTA TRANSITORIA		DISCAPACIDAD LEVE		DISCAPACIDAD GRAVE		RETIRO NO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MAS DE 48 HORAS		DÍAS DE INCAPACIDAD	

CODIGO

FECHA	14-03-2025	HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL	Dra. Ximena del Cisne Flores España		FIRMA		NUMERO DE HOJA	

SNS-MSP/ HCU-form.006 / 200

BOLIVARIANO

PACIENTE 5

Paciente: NN

Lugar de intervención: CENTRO DE SALUD N3

LOJA – ECUADOR 2024

1.

2.

1.ANAMNESIS

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA		LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
ISUB	ISUB		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	CEDULA DE CIUDADANIA
N	N	NN		

DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTON	PROVINCIA	TELEFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					OCUPACION	SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BASI	BACH	SUPE	ESPE		IESS		OTRO	
		33		X		X													

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	CEDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	TELEFONO

FORMA DE LLEGADA						FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	TELEFONO
AMBULATORIO	X	SILLA DE RUEDAS		CAMILLA				

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA DESPEJADA		GRUPO FIN		CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INSTABLE		OTRA	

MOTIVO DE LLEGADA	DIABETES GESTACIONAL

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE PP PERSONAL, PP FAMILIAR

NO APLICA	

1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

ABORTOS 0, PARIDAD 2, GESTAS 2, PARTOS 2.

FORMULARIO DE ADMISIÓN

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		[illegible]	HISTORIA CLINICA
			M	F		
ISUB	NN	NN		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA

DIABETES GESTACIONAL

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES GESTACIONAL

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: NO REFIERE

PADRE: NO REFIERE

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

PACIENTE CON EMBARAZO DE 30 SEMANAS ACUDE PARA CONTROL DE DIABETES GESTACIONAL.

5 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL								
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								
Edo. Radiologico FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	31 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS	115 mg/dL							
TEST DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA	175 mg/dL							

8 EXAMEN FISICO

PACIENTE GESTANTE DE 33 AÑOS CON EMBARAZO MÚLTIPLE TIENE DIABETES GESTACIONAL AUMENTA

SIGNIFICATIVAMENTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES. LA RESISTENCIA A LA INSULINA REQUIERE UN MANEJO INTENSIVO,

CON SEGUIMIENTO ESTRECHO PARA DETECTAR SIGNOS DE COMPLICACIONES FETALES. LA CESÁREA PLANIFICADA A LAS

37-38 SEMANAS ES PRUDENTE PARA MINIMIZAR RIESGOS.

7 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF
1	DIABETES GESTACIONAL	O 24	X		3				
2					4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO

DIETA

EJERCICIO

INSULINA NPH

ACIDO FOLICO

MONITOREO SEMANAL DE GLUCEMIA, ECOGRAFÍA QUINCENAL, MONITOREO CARDIOTOCOGRÁFICO

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO			FIRMA	

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y E.F

2. PLAN DE INTERVENCIÓN

Plan de Atención para Embarazada con riesgo obstétrico alto

Diagnósticos de Enfermería:

1. Riesgo de control inadecuado de la glucosa sanguínea relacionado con la alteración del metabolismo de carbohidratos durante el embarazo, evidenciado por niveles elevados de glucosa en sangre en los exámenes de rutina.
2. Riesgo de complicaciones maternas y fetales relacionado con la diabetes gestacional no controlada, evidenciado por antecedentes de macrosomía fetal, preeclampsia o parto prematuro en gestaciones anteriores.
3. Ansiedad relacionada con el diagnóstico de diabetes gestacional evidenciada por preocupación sobre la salud materno-fetal y la adherencia al tratamiento y control de la enfermedad.
4. Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes gestacional evidenciado por dudas sobre la dieta, la administración de insulina (si aplica) y el monitoreo de glucosa.

Objetivos:

1. Mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los rangos recomendados para el embarazo, evitando complicaciones maternas y fetales.
2. Prevenir complicaciones asociadas a la diabetes gestacional, como macrosomía fetal, preeclampsia, o parto prematuro, mediante un control adecuado de la glucosa y el seguimiento continuo.
3. Reducir la ansiedad materna brindando apoyo emocional, educando sobre el manejo de la diabetes y empoderando a la gestante en su autocontrol.
4. Fomentar la comprensión y el autocuidado informados, promoviendo el conocimiento sobre la enfermedad, los signos de alerta y el seguimiento adecuado de los controles médicos.

Intervenciones a Ejecutar:

1. Para el Riesgo de Control Inadecuado de la Glucosa Sanguínea:

- Monitoreo frecuente de glucosa: Controlar los niveles de glucosa en sangre en ayunas y después de las comidas, según las indicaciones médicas, ajustando las dosis de insulina si es necesario para mantener los niveles dentro del rango recomendado (70-95 mg/dL en ayunas, menos de 120 mg/dL postprandial).
- Educación sobre la importancia de la adherencia al tratamiento: Explicar a la gestante cómo el control de la glucosa impacta directamente en su salud y la de su bebé, y cómo el cumplimiento de las indicaciones médicas reduce riesgos.
- Ajuste de la dieta: Trabajar con un nutricionista para crear un plan de alimentación balanceado que ayude a controlar los niveles de glucosa, priorizando alimentos con bajo índice glucémico y evitando azúcares refinados.

2. **Para el Riesgo de Complicaciones Maternas y Fetales:**
   - Monitoreo de crecimiento fetal: Realizar ultrasonidos regulares y otros estudios para evaluar el crecimiento fetal y detectar posibles signos de macrosomía fetal o complicaciones relacionadas.
   - Evaluación de signos de preeclampsia: Controlar la presión arterial regularmente y evaluar la presencia de edema, proteínas en la orina o cefaleas persistentes que puedan indicar preeclampsia.
   - Monitoreo del bienestar fetal: Realizar pruebas de bienestar fetal no estresante (NST) o pruebas de perfil biofísico fetal para detectar signos de distress fetal o insuficiencia placentaria.
   - Fomentar la actividad física: Asegurar que la gestante realice actividad física adecuada, como caminatas suaves, para ayudar a mejorar la sensibilidad a la insulina y controlar la glucosa.
3. **Para la Ansiedad Relacionada con el Diagnóstico de Diabetes Gestacional:**
   - Proporcionar apoyo emocional: Escuchar las preocupaciones de la gestante, validando sus emociones y brindando apoyo constante a lo largo del embarazo.
   - Proporcionar información clara y comprensible: Asegurar que la gestante entienda su condición, el tratamiento y cómo manejar los

niveles de glucosa, aclarando cualquier duda y aliviando miedos o preocupaciones.

- Establecer una comunicación constante: Ofrecer canales de comunicación para que la gestante pueda realizar consultas con el equipo médico en cualquier momento, reduciendo su ansiedad y aumentando su sensación de control.

4. **Para los Conocimientos Deficientes sobre el Manejo de la Diabetes Gestacional:**
    - Educación nutricional: Enseñar a la gestante a identificar alimentos adecuados para controlar la glucosa, enfocándose en el tamaño de las porciones, los tipos de carbohidratos y cómo distribuir las comidas a lo largo del día.
    - Entrenamiento en el monitoreo de glucosa: Capacitar a la gestante para que pueda medir sus niveles de glucosa en casa de manera efectiva, proporcionándole los recursos adecuados, como un glucómetro, y enseñándole a registrar los resultados para compartir con el equipo médico.
    - Instrucción sobre el uso de insulina (si es necesario): Si se prescribe insulina, proporcionar capacitación detallada sobre cómo inyectarse correctamente y la importancia de ajustar la dosis según las lecturas de glucosa.
    - Reforzar la importancia del seguimiento médico: Asegurar que la gestante asista regularmente a las consultas de control para ajustar el tratamiento si es necesario y para monitorear la salud del feto.

Evaluación:

1. Control de glucosa en sangre: Los niveles de glucosa en sangre se mantienen dentro de los valores recomendados, demostrando un control efectivo de la diabetes gestacional.
2. Prevención de complicaciones: No se presentan complicaciones relacionadas con la diabetes gestacional, como macrosomía fetal o preeclampsia, y el bienestar fetal es evaluado adecuadamente a través de ultrasonidos y pruebas de monitoreo.

3. Reducción de la ansiedad materna: La gestante reporta una disminución significativa en la ansiedad, con mayor confianza en el manejo de su enfermedad y en el cuidado de su bebé.
4. Conocimiento y autocuidado adecuados: La gestante demuestra un buen conocimiento sobre su condición, el manejo de la diabetes gestacional y los cuidados necesarios, incluyendo dieta, monitoreo de glucosa y signos de alerta
5. **INTERVENCIONES APLICADAS**

DIA 1

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 1	08:00 AM	Evaluar signos vitales y niveles de glucosa en ayunas.	Establecer una línea base para el manejo de la diabetes.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar plan de alimentación inicial con bajo índice glucémico.	Promover control adecuado de la glucosa.	Realizar ajustes según tolerancia del paciente.
	12:00 PM	Introducir ejercicios suaves de respiración.	Reducir ansiedad y promover la relajación.	Documentar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar hábitos de descanso y actividad física.	Identificar factores que puedan afectar el control de la glucosa.	Proponer ajustes específicos.
	04:00 PM	Evaluar estado emocional mediante conversación abierta.	Detectar factores de estrés relacionados con la diabetes gestacional.	Ofrecer apoyo emocional.

	06:00 PM	Planificar actividades relajantes para el día siguiente.	Reducir el estrés y fomentar el bienestar integral.	Registrar sugerencias del paciente.

DIA 2

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 2	08:00 AM	Realizar monitoreo de peso y presión arterial.	Detectar cambios relacionados con la diabetes gestacional.	Registrar datos y compartir con el equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de carbohidratos complejos.	Mejorar el control de los niveles de glucosa.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de estiramiento ligero.	Mejorar la circulación y reducir riesgos de complicaciones.	Supervisar técnica del paciente.
	02:00 PM	Revisar postura durante actividades diarias.	Prevenir molestias físicas y mejorar el bienestar general.	Documentar correcciones realizadas.
	04:00 PM	Evaluar cambios en energía y niveles de glucosa posprandial.	Identificar fluctuaciones y ajustar recomendaciones.	Registrar observaciones.
	06:00 PM	Planificar un menú equilibrado para el día siguiente.	Asegurar un adecuado aporte nutricional controlado.	Registrar las preferencias del paciente.

DIA 3

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 3	08:00 AM	Medir glucosa en ayunas y realizar evaluación general.	Monitorear el estado de la diabetes gestacional.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar hidratación adecuada.	Promover un equilibrio hídrico óptimo.	Realizar ajustes según necesidades.
	12:00 PM	Introducir ejercicios de relajación guiada.	Reducir estrés y favorecer la estabilidad emocional.	Supervisar técnica del paciente.
	02:00 PM	Revisar calidad del sueño nocturno.	Identificar factores que puedan afectar el descanso y el control de glucosa.	Proponer cambios en la rutina nocturna.
	04:00 PM	Evaluar emociones relacionadas con la diabetes.	Proporcionar apoyo emocional y estrategias de afrontamiento.	Documentar la respuesta del paciente.
	06:00 PM	Planificar actividades recreativas para el día siguiente.	Fomentar equilibrio entre descanso y ocio.	Ajustar según preferencias del paciente.

DIA 4

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

Día 4	08:00 AM	Evaluar signos vitales y realizar monitoreo de glucosa.	Detectar cambios tempranos en el control metabólico.	Compartir hallazgos con el equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de proteínas magras y lácteos bajos en grasa.	Promover estabilidad en los niveles de glucosa.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de meditación guiada.	Reducir el estrés y mejorar la concentración.	Supervisar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar posición al sentarse y al dormir.	Prevenir molestias musculares y mejorar el descanso.	Documentar ajustes realizados.
	04:00 PM	Evaluar interacción social del paciente.	Identificar barreras emocionales o sociales relacionadas con la diabetes.	Proponer estrategias de mejora.
	06:00 PM	Planificar actividades de autocuidado para el día siguiente.	Promover el bienestar integral y hábitos saludables.	Asegurarse de que sean actividades accesibles.

DIA 5

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

Día 5	08:00 AM	Medir peso, glucosa y presión arterial.	Monitorear indicadores clave de salud relacionados con la diabetes.	Registrar resultados y compartir con el equipo.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos ricos en fibra.	Regular el índice glucémico y mejorar la digestión.	Realizar ajustes según preferencias.
	12:00 PM	Introducir actividades creativas como dibujo o escritura.	Fomentar la expresión personal y manejo del estrés.	Documentar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar fluctuaciones en los niveles de energía y glucosa.	Identificar patrones y ajustar el plan alimenticio.	Registrar observaciones detalladas.
	04:00 PM	Evaluar el manejo emocional frente a la diabetes gestacional.	Ofrecer estrategias de afrontamiento específicas.	Realizar ajustes según resultados.
	06:00 PM	Planificar ejercicios físicos ligeros para el día siguiente.	Promover actividad física segura y regular.	Supervisar que sean actividades adecuadas.

DIA 6

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

Día 6	08:00 AM	Medir glucosa en ayunas y presión arterial.	Evaluar la efectividad del plan de manejo.	Registrar resultados y notificar al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos bajos en azúcares añadidos.	Mantener niveles estables de glucosa.	Ajustar menú según preferencias.
	12:00 PM	Realizar caminata ligera supervisada.	Promover actividad física segura para controlar la glucosa.	Documentar la respuesta física.
	02:00 PM	Evaluar hidratación y consumo de líquidos.	Garantizar un adecuado equilibrio hídrico.	Registrar hábitos actuales y ajustar recomendaciones.
	04:00 PM	Revisar manejo emocional frente a posibles complicaciones.	Proveer apoyo y estrategias de afrontamiento.	Registrar avances en el bienestar emocional.
	06:00 PM	Planificar actividades recreativas relajantes.	Reducir estrés y fomentar bienestar integral.	Asegurar que sean actividades accesibles.

DIA 7

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 7	08:00 AM	Medir peso, glucosa y presión arterial.	Monitorear progreso en indicadores de	Informar resultados al equipo médico.

			salud.	
	10:00 AM	Supervisar el consumo de fuentes de grasas saludables.	Mejorar el perfil lipídico y controlar la glucosa.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de respiración profunda.	Reducir estrés y mejorar la oxigenación.	Documentar técnica y respuesta del paciente.
	02:00 PM	Evaluar la calidad del sueño y su impacto en los niveles de glucosa.	Identificar patrones que afecten el control metabólico.	Proponer cambios en la rutina nocturna.
	04:00 PM	Revisar el nivel de energía y emociones del día.	Identificar mejoras o desafíos en el estado emocional.	Proveer apoyo emocional si es necesario.
	06:00 PM	Planificar menú balanceado para el día siguiente.	Mantener control adecuado de la dieta.	Incorporar sugerencias del paciente.

DIA 8

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 8	08:00 AM	Medir glucosa en ayunas y ritmo cardíaco.	Monitorear el estado cardiovascular y metabólico.	Registrar hallazgos y notificar si hay anormalidades.

	10:00 AM	Supervisar el consumo de frutas con bajo índice glucémico.	Promover una nutrición adecuada y control glucémico.	Ajustar selección según preferencias.
	12:00 PM	Introducir ejercicios de estiramiento para la zona lumbar.	Aliviar tensiones musculares asociadas al embarazo.	Supervisar técnica del paciente.
	02:00 PM	Revisar hidratación adecuada durante el día.	Prevenir complicaciones asociadas a deshidratación.	Proveer sugerencias si es necesario.
	04:00 PM	Evaluar el nivel de estrés relacionado con la diabetes gestacional.	Proveer estrategias de manejo emocional.	Registrar avances emocionales.
	06:00 PM	Planificar actividad física segura para el día siguiente.	Mantener hábitos saludables y control de glucosa.	Asegurar que sean actividades seguras.

DIA 9

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 9	08:00 AM	Realizar monitoreo de glucosa en ayunas y presión arterial.	Detectar fluctuaciones importantes en la salud.	Informar resultados al equipo médico.

	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos ricos en fibra.	Mejorar el control glucémico y promover una digestión saludable.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir actividades recreativas como música o lectura.	Reducir el estrés y fomentar el bienestar emocional.	Documentar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar posición al sentarse y al dormir.	Prevenir molestias físicas y mejorar el descanso.	Proveer sugerencias para mayor comodidad.
	04:00 PM	Evaluar cambios en emociones relacionadas con el embarazo.	Proveer apoyo y estrategias de afrontamiento.	Documentar avances emocionales.
	06:00 PM	Planificar actividades familiares para el día siguiente.	Fomentar la interacción social y bienestar emocional.	Asegurar que sean actividades accesibles.

DIA 10

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 10	08:00 AM	Medir peso, glucosa en ayunas y presión arterial.	Monitorear progreso en salud general.	Registrar resultados y compartir con el equipo.
	10:00	Supervisar el consumo de	Asegurar un adecuado aporte proteico y	Ajustar menú según

	AM	proteínas magras.	control glucémico.	tolerancia.
	12:00 PM	Introducir ejercicios de relajación muscular guiada.	Aliviar tensiones y reducir estrés.	Supervisar técnica del paciente.
	02:00 PM	Evaluar la calidad del sueño nocturno.	Identificar factores que puedan mejorar el descanso.	Proponer cambios en la rutina nocturna.
	04:00 PM	Revisar niveles de energía y bienestar emocional.	Detectar avances y desafíos en el manejo emocional.	Ofrecer estrategias si es necesario.
	06:00 PM	Planificar menú para el día siguiente con el paciente.	Involucrar al paciente en la planificación para mayor adherencia.	Incorporar preferencias del paciente.

DIA 11

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 11	08:00 AM	Medir glucosa en ayunas y presión arterial.	Monitorear niveles metabólicos y cardiovasculares.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos ricos en magnesio.	Mejorar la función muscular y el control de la glucosa.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.

	12:00 PM	Realizar ejercicios de estiramiento para extremidades.	Mejorar la circulación y prevenir calambres.	Documentar la respuesta física del paciente.
	02:00 PM	Evaluar patrones de hidratación durante el día.	Prevenir deshidratación y mejorar el metabolismo.	Registrar hábitos y ajustar consumo.
	04:00 PM	Revisar emociones frente al control de la diabetes gestacional.	Ofrecer apoyo emocional y estrategias de afrontamiento.	Documentar avances en el manejo emocional.
	06:00 PM	Planificar actividad física segura para el día siguiente.	Mantener hábitos saludables y control de glucosa.	Asegurar que las actividades sean accesibles.

DIA 12

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 12	08:00 AM	Medir peso, glucosa y ritmo cardíaco.	Monitorear progreso en indicadores de salud.	Registrar datos y compartir con el equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de cereales integrales en el desayuno.	Mejorar el control glucémico y el aporte nutricional.	Realizar ajustes según tolerancia.
	12:00	Introducir técnicas de relajación a través de	Reducir estrés y fomentar bienestar	Documentar la respuesta del

	PM	música.	emocional.	paciente.
	02:00 PM	Evaluar posición y ergonomía al realizar actividades diarias.	Prevenir molestias físicas y mejorar postura.	Registrar observaciones y sugerencias.
	04:00 PM	Revisar energía y calidad del descanso nocturno.	Identificar factores que afectan el sueño.	Proponer cambios en la rutina nocturna.
	06:00 PM	Planificar menú balanceado para el día siguiente.	Garantizar un adecuado aporte nutricional.	Incorporar sugerencias del paciente.

DIA 13

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 13	08:00 AM	Medir glucosa en ayunas y presión arterial.	Evaluar el control de los niveles metabólicos.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos ricos en omega-3.	Mejorar la salud cardiovascular y el control glucémico.	Ajustar menú según preferencias.
	12:00 PM	Realizar caminata ligera supervisada.	Promover actividad física segura y controlar la glucosa.	Documentar la respuesta física del paciente.

	02:00 PM	Evaluar hidratación y consumo de líquidos durante el día.	Garantizar equilibrio hídrico adecuado.	Proveer recomendaciones específicas.
	04:00 PM	Revisar emociones relacionadas con la etapa del embarazo.	Proveer apoyo emocional y estrategias de afrontamiento.	Documentar avances en el bienestar emocional.
	06:00 PM	Planificar actividades recreativas relajantes.	Reducir estrés y fomentar bienestar integral.	Asegurar que sean actividades accesibles.

DIA 14

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 14	08:00 AM	Medir peso, glucosa y presión arterial.	Monitorear indicadores clave de salud.	Registrar resultados y compartir con el equipo.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de proteínas magras y vegetales.	Asegurar un aporte adecuado para el embarazo.	Realizar ajustes según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir ejercicios de respiración profunda.	Reducir estrés y mejorar concentración.	Supervisar técnica y documentar respuesta.
	02:00	Revisar patrones de	Identificar factores que afecten la	Proponer cambios en la rutina

	PM	descanso nocturno.	calidad del sueño.	nocturna.
	04:00 PM	Evaluar cambios emocionales relacionados con la diabetes gestacional.	Proveer apoyo y estrategias de afrontamiento.	Documentar observaciones emocionales.
	06:00 PM	Planificar actividades físicas ligeras para el día siguiente.	Promover hábitos saludables adaptados al embarazo.	Asegurar que sean actividades seguras.

DIA 15

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 15	08:00 AM	Medir glucosa en ayunas y ritmo cardíaco.	Evaluar el control metabólico y cardiovascular.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos con bajo índice glucémico.	Mantener niveles estables de glucosa.	Ajustar recomendaciones según preferencias.
	12:00 PM	Realizar estiramientos suaves para aliviar tensiones.	Mejorar la circulación y prevenir calambres.	Supervisar la técnica del paciente.
	02:00 PM	Evaluar hidratación adecuada durante el día.	Prevenir complicaciones asociadas a	Documentar hábitos y proponer ajustes.

			deshidratación.	
	04:00 PM	Revisar manejo emocional frente a desafíos del embarazo.	Ofrecer apoyo emocional y estrategias efectivas.	Documentar avances en el manejo emocional.
	06:00 PM	Planificar menú y actividades para el día siguiente.	Promover organización y adherencia al tratamiento.	Incorporar preferencias del paciente.

DIA 16

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 16	08:00 AM	Medir peso, glucosa en ayunas y presión arterial.	Monitorear progreso en indicadores de salud.	Registrar resultados y compartir con el equipo.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de lácteos bajos en grasa.	Mejorar el aporte nutricional sin afectar la glucosa.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir ejercicios de relajación muscular.	Aliviar tensiones y reducir estrés.	Documentar técnica y respuesta del paciente.
	02:00 PM	Evaluar la calidad del sueño nocturno.	Identificar factores que afecten el descanso.	Proponer ajustes en la rutina nocturna.

	04:00 PM	Revisar niveles de energía y emociones durante el día.	Identificar mejoras o desafíos emocionales.	Ofrecer apoyo y estrategias si es necesario.
	06:00 PM	Planificar menú balanceado con el paciente.	Involucrar al paciente en la toma de decisiones.	Asegurar cumplimiento de recomendaciones.

DIA 17

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 17	08:00 AM	Medir glucosa en ayunas y ritmo cardíaco.	Detectar fluctuaciones importantes en la salud.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos ricos en fibra.	Mejorar la digestión y mantener el control glucémico.	Ajustar recomendaciones según preferencias.
	12:00 PM	Realizar actividades recreativas relajantes.	Reducir estrés y fomentar bienestar emocional.	Documentar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Evaluar posición al sentarse y al dormir.	Prevenir molestias físicas y mejorar el descanso.	Proveer sugerencias para mayor comodidad.
	04:00 PM	Revisar emociones relacionadas con el	Proveer apoyo emocional y estrategias	Documentar avances en el manejo

		embarazo.	efectivas.	emocional.
	06:00 PM	Planificar actividades familiares para el día siguiente.	Fomentar interacción social y bienestar emocional.	Asegurar que sean actividades accesibles.

DIA 18

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 18	08:00 AM	Medir peso, glucosa en ayunas y presión arterial.	Evaluar resultados finales del tratamiento.	Registrar avances y compartir con el equipo.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de fuentes de grasas saludables.	Promover un perfil lipídico adecuado y control glucémico.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir ejercicios de relajación a través de meditación guiada.	Reducir estrés y mejorar concentración.	Documentar técnica y respuesta.
	02:00 PM	Revisar patrones de descanso y rutina diaria.	Identificar áreas de mejora en el bienestar general.	Proponer cambios específicos según observaciones.
	04:00 PM	Evaluar el impacto emocional de la diabetes gestacional.	Ofrecer apoyo y estrategias de afrontamiento final.	Documentar la respuesta del paciente.

	06:00 PM	Planificar objetivos a largo plazo con el paciente.	Asegurar continuidad en el cuidado post-parto.	Establecer metas claras para el seguimiento.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

3. RESULTADOS

Día 1: Evaluación inicial y planificación del manejo

- **Acciones:**
  - Realización de hemoglobina glucosilada (HbA1c), curva de tolerancia a la glucosa y perfil lipídico.
  - Inicio de educación sobre el autocontrol de glucosa capilar (4 veces al día).
  - Asesoramiento nutricional inicial por un dietista especializado en embarazo.
  - Prescripción de actividad física moderada según tolerancia.
- **Resultados:**

  HbA1c de 6.9%, glucosa basal de 110 mg/dL. Se establece el plan de dieta ajustado a las necesidades calóricas y nutricionales de la paciente, quien muestra disposición para cumplir con las recomendaciones.

Día 2: Introducción al control glucémico domiciliario

- **Acciones:**
  - Capacitación en el uso del glucómetro y registro de valores de glucosa en ayunas y postprandiales.
  - Revisión de técnicas adecuadas para pinchazo capilar.
- **Resultados:**

  La paciente aprende el manejo del glucómetro y reporta sus primeros valores (glucosa en ayunas: 108 mg/dL, postprandial: 145 mg/dL). Se ajusta la dieta para controlar los picos postprandiales.

Día 3: Evaluación nutricional y ajustes dietéticos

- **Acciones:**

    - Evaluación del cumplimiento del plan nutricional y ajustes según preferencias y tolerancia.
    - Incorporación de colaciones con bajo índice glucémico.
- **Resultados:**

  La paciente reporta adherencia al plan dietético, aunque experimentó hambre por la noche. Se añaden snacks saludables para la cena.

Día 4: Monitoreo de complicaciones iniciales

- **Acciones:**
    - Evaluación de signos de hipoglucemia o hiperglucemia (mareos, visión borrosa, palpitaciones).
    - Revisión de patrones glucémicos.
- **Resultados:**

  Sin eventos de hipoglucemia, pero persisten valores postprandiales altos (150-160 mg/dL). Se refuerza el control de porciones y el consumo de carbohidratos complejos.

Día 5: Evaluación fetal inicial

- **Acciones:**
    - Realización de ecografía para evaluar crecimiento fetal y líquido amniótico.
    - Estimación del peso fetal para identificar posibles macrostomías.
- **Resultados:**

  El peso fetal estimado es adecuado para la edad gestacional. Líquido amniótico dentro del rango normal.

Día 6: Inicio de actividad física supervisada

- **Acciones:**

- Introducción de caminatas moderadas de 30 minutos después de las comidas para mejorar el control glucémico.
- Educación sobre ejercicios seguros durante el embarazo.

- **Resultados:**
  La paciente completa sus primeras sesiones y reporta sentirse más activa y con mayor energía.

Día 7: Revisión general y motivación

- **Acciones:**
  - Revisión del cumplimiento del plan terapéutico y abordaje de barreras.
  - Sesión de motivación para reforzar la adherencia a las recomendaciones.
- **Resultados:**
  La paciente se siente optimista al observar ligeras mejoras en sus niveles de glucosa (ayunas: 100 mg/dL, postprandial: 135 mg/dL).

Día 8: Introducción de insulina basal (si aplica)

- **Acciones:**
  - Evaluación de la necesidad de insulina basal debido a la persistencia de hiperglucemia.
  - Capacitación sobre la aplicación de insulina en caso de ser necesaria.
- **Resultados:**
  Se inicia insulina de acción prolongada con una dosis nocturna inicial. La paciente reporta buena tolerancia y manejo del procedimiento.

Día 9: Evaluación psicológica

- **Acciones:**
  - Evaluación de la carga emocional del diagnóstico y su impacto en el bienestar general.

- Inclusión de estrategias para la gestión del estrés, como mindfulness.

- **Resultados:**

  La paciente se muestra ansiosa respecto al impacto en su bebé. Se trabaja en reforzar la confianza en el manejo médico.

Día 10: Evaluación de progresos

- **Acciones:**
  - Revisión de registros glucémicos y adaptación del plan insulínico según necesidad.
  - Control de peso y revisión del estado nutricional.
- **Resultados:**

  Mejora significativa en el control glucémico con valores en ayunas de 95 mg/dL y postprandiales de 120-130 mg/dL. La paciente muestra mayor confianza en el manejo.

Día 11: Control fetal adicional

- **Acciones:**
  - Revisión ecográfica del crecimiento fetal y medición de líquido amniótico.
  - Evaluación del bienestar fetal mediante pruebas de monitoreo.
- **Resultados:**

  El bienestar fetal se mantiene estable. No hay signos de polihidramnios o macrosomía fetal.

Día 12: Revisión metabólica

- **Acciones:**
  - Monitoreo de función renal y niveles de electrolitos.
  - Revisión de perfil lipídico para controlar riesgos asociados.
- **Resultados:**

  Parámetros metabólicos dentro de rangos normales. La paciente continúa estable.

Día 13: Evaluación de actividad física y descanso

- **Acciones:**
  - Revisión del impacto de la actividad física en el control glucémico.
  - Asesoramiento para mejorar la calidad del sueño.
- **Resultados:**

  La paciente reporta un mejor descanso nocturno, lo que mejora su energía durante el día.

Día 14: Educación para el parto

- **Acciones:**
  - Preparación para el manejo de la diabetes gestacional durante el trabajo de parto.
  - Planificación del seguimiento posparto para prevenir diabetes tipo 2.
- **Resultados:**

  La paciente comprende las implicaciones y la importancia del control durante el parto.

Día 15: Revisión de adherencia al tratamiento

- **Acciones:**
  - Reevaluación del plan nutricional y actividad física.
  - Revisión de dosis de insulina en caso de ser necesaria.
- **Resultados:**

  La paciente mantiene una adherencia adecuada, con valores glucémicos en rangos deseables.

- **Día 16: Evaluación fetal final**

  - **Acciones:**

    - Ecografía para confirmar bienestar fetal y planeación de inducción si es necesario.
- **Resultados:**

  Bienestar fetal óptimo, sin evidencia de complicaciones mayores.

Día 17: Preparación para el parto

- **Acciones:**
    - Discusión del plan de manejo en el hospital.
    - Confirmación de medidas para evitar complicaciones neonatales como hipoglucemia.
- **Resultados:**

  La paciente se siente preparada y apoyada para afrontar el parto.

Día 18: Revisión general y cierre del plan

- **Acciones:**
    - Evaluación integral y resumen del manejo.
    - Planificación del seguimiento posparto.
- **Resultados:**

  La paciente culmina su manejo prenatal con diabetes gestacional, logrando un embarazo sin complicaciones mayores y un control glucémico adecuado.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

4. EPICIRISIS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO (M-F)	Nº HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA
ISUB	NN	NN	F	1	00

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente embarazada con diagnóstico de diabetes gestacional, lo que presenta un alto riesgo obstétrico debido a complicaciones potenciales tanto para la madre como para el feto. La gestante muestra niveles elevados de glucosa en sangre, lo que requiere un control estricto durante el embarazo. Presenta antecedentes de complicaciones en gestaciones previas, como macrosomía fetal y preeclampsia, lo que aumenta el riesgo de complicaciones maternas y fetales en esta gestación. La paciente a ha expresado ansiedad por la condición y muestra conocimientos deficientes sobre el manejo adecuado de la diabetes gestacional, lo que requiere intervención educativa. La colaboración activa con el equipo médico y el soporte familiar son esenciales para la prevención de complicaciones y el bienestar tanto de la madre como del bebé.

2 RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

02/ 02/ 2024: Se inició el monitoreo frecuente de glucosa, HbA1c de 6.9%, glucosa basal de 110 mg/dL. Se establece el plan de dieta ajustado a las necesidades calóricas y nutricionales de la paciente, quien muestra disposición para cumplir con las recomendaciones.

05/02/2024: La paciente aprende el manejo del glucómetro y reporta sus primeros valores (glucosa en ayunas: 108 mg/dL, postprandial: 145 mg/dL). Se ajusta la dieta para controlar los picos postprandiales.

07/02/2024: La paciente reporta adherencia al plan dietético, aunque experimentó hambre por la noche. Se añaden snacks saludables para la cena.

09/ 02/2024: La paciente comenzó a sentirse más segura al realizar las mediciones de glucosa y a ajustar la dieta según las recomendaciones médicas.

12/ 02/2024: El peso fetal estimado es adecuado para la edad gestacional. Líquido amniótico dentro del rango normal.

14/ 02/2024: Se fortaleció la educación sobre la dieta y la importancia de los controles regulares, y se introdujeron actividades de apoyo emocional para reducir la ansiedad materna.

16/02/2024: La paciente completa sus primeras sesiones y reporta sentirse más activa y con mayor energía.

19/ 02/2024: La paciente se siente optimista al observar ligeras mejoras en sus niveles de glucosa (ayunas: 100 mg/dL, postprandial: 135 mg/dl)

21/ 02/2024: La paciente se muestra ansiosa respecto al impacto en su bebé. Se trabaja en reforzar la confianza en el manejo médico.

23/ 02/2024: La paciente mostró un progreso significativo en su manejo de la diabetes gestacional, reduciendo la ansiedad relacionada con la condición.**26/ 02/2024:** Mejora significativa en el control glucémico con valores en ayunas de 95 mg/dL y postprandiales de 120-130 mg/dL. La paciente muestra mayor confianza en el manejo.

28/ 02/2024: El bienestar fetal se mantiene estable. No hay signos de polihidramnios o macrosomía fetal.

y aplicación de habilidades de orientación y movilidad, lo que demuestra el impacto positivo de estas actividades en la vida de la paciente.

01/ 03/2024: Parámetros metabólicos dentro de rangos normales. La paciente continúa estable.

04/ 03/2024: La paciente reporta un mejor descanso nocturno, lo que mejora su energía durante el día.

06/ 03/2024: La paciente comprende las implicaciones y la importancia del control durante el parto.

08/ 03/2024: Bienestar fetal óptimo, sin evidencia de complicaciones mayores.

11/ 03/2024: La paciente se siente preparada y apoyada para afrontar el parto.

13/ 03/2024: La paciente culmina su manejo prenatal con diabetes gestacional, logrando un embarazo sin complicaciones mayores y un control glucémico adecuado.

3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Incluyen pruebas de laboratorio como hemograma, función renal y hepática, perfil glucémico, y monitoreo de proteinuria y perfil lipídico, que son esenciales para detectar posibles complicaciones como preeclampsia y diabetes gestacional. Las ecografías periódicas, incluyendo la confirmación de corionicidad y amnionicidad, son fundamentales para evaluar el crecimiento fetal, el riesgo de síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) en embarazos monocoriónicos, y la cantidad de líquido amniótico. Además, el Doppler fetal, la cardiotocografía y el perfil biofísico fetal son clave para evaluar el bienestar de los fetos y detectar complicaciones.

4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

El tratamiento para la gestante con diabetes gestacional se centra en el control de los niveles de glucosa en sangre y la prevención de complicaciones maternas y fetales. Se implementa un monitoreo frecuente de glucosa, ajuste de dieta, y, si es necesario, administración de insulina. Se realizan estudios regulares como ultrasonidos y pruebas de bienestar fetal para evaluar el crecimiento fetal y detectar complicaciones. Se brinda apoyo emocional y educación continua para reducir la ansiedad materna y fomentar el autocuidado, incluyendo la capacitación en el monitoreo de glucosa y el uso de insulina. Se refuerza la importancia la adherencia al tratamiento y el seguimiento médico continuo para asegurar el control adecuado de la enfermedad y prevenir riesgos para la madre y los fetos.

5 DIAGNÓSTICOS INGRESO

(PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO)

		CIE	PRE	DEF
1	DIABETES GESTACIONAL			X
2	EMBARAZO ALTO RIESGO			X
3				
4				
5				
6				

6 DIAGNÓSTICOS EGRESO

(PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO)

		CIE	PRE	DEF
1	DIABETES GESTACIONAL			X
2				
3				
4				
5				
6				

7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO

La paciente ha logrado un control adecuado de la glucosa sanguínea, evitando complicaciones como macrosomía fetal o preeclampsia. Gracias a un tratamiento personalizado, incluyendo monitoreo frecuente de glucosa, dieta ajustada y apoyo emocional, ha experimentado una reducción significativa de su ansiedad y una mejora en su capacidad para manejar la diabetes gestacional.

8 MÉDICOS TRATANTES

	NOMBRES	ESPECIALIDAD	CÓDIGO	PERIODO DE RESPONSABILIDAD
1	Dra. Ximena del Cisne Flores España	Docente Encargado	.....	.....
2	Anyeli Anabel Jara Mendoza	Estudiante		
3				
4				

9 EGRESO

ALTA DEFINITIVA	X	ASINTOMÁTICO		DISCAPACIDAD MODERADA		RETIRO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MENOS DE 48 HORAS		DIAS DE ESTADA	
ALTA TRANSITORIA		DISCAPACIDAD LEVE		DISCAPACIDAD GRAVE		RETIRO NO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MAS DE 48 HORAS		DIAS DE INCAPACIDAD	

FECHA	13/03/2024	HORA	12.00	PROFESIONAL (NOMBRES APELLIDOS)	Dr: Ximena Flores.	CODIGO		FIRMA		NUM DE HOJA	

SNS-MSP / HCU-form.006 / 2008

EPICRISIS (2)

BOLIVARIANO

PACIENTE 6

Paciente: NN

Lugar de intervención: CENTRO DE SALUD N3

LOJA – ECUADOR 2024

1.

2.

1.ANAMNESIS

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA		LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
ISUB	ISUB		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	CEDULA DE CIUDADANIA
N	N	NN		

DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTÓN	PROVINCIA	TELEFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					OCUPACION	SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BASI	MECH	SUPE	ESPE		IESS		OTRO	
		38		X		X													

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	CEDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	TELEFONO

FORMA DE LLEGADA						FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	TELEFONO
AMBULATORIO	X	SILLA DE RUEDAS		CAMILLA				

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA DESTRUIDA		GRUPO Rh		CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INSTANT		OTRO	

MOTIVO DE LLEGADA	HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE

1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 1, PARTOS 1.

FORMULARIO DE ADMISIÓN

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		
ISUB	NN	NN		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA
HIPERTENSION ARTERIAL

2 ANTECEDENTES PERSONALES
HIPERTENSION ARTERIAL

3 ANTECEDENTES FAMILIARES
MADRE: NO REFIERE
PADRE: NO REFIERE

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
PACIENTE CON EMBARAZO DE 35 SEMANAS ACUDE PARA CONTROL POR HIPERTENSION ARTERIAL

5 SIGNOS VITALES								
FECHA								
PESION ARTERIAL	150/95 mmHg							
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								
Eres, Respiratoria, FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	29 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS								
PROTEINURIA	0.3 g/24H							

6 EXAMEN FISICO
PACIENTE GESTANTE DE 38 AÑOS PRESENTA HIPERTENSIÓN CRÓNICA COMBINADA CON EL AUMENTO DE LA EDAD MATERNA INCREMENTA EL RIESGO DE PREECLAMPSIA Y RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO. EL MANEJO DE LA PRESION ARTERIAL Y LA VIGILANCIA DE LA PROTEINURIA SON ESENCIALES. LA CESÁREA A LAS 37-38 SEMANAS ES UNA ESTRATEGIA ADECUADA PARA PREVENIR COMPLICACIONES.

7 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF
1	HIPERTENSION ARTERIAL	I 15.0		X	3				
2					4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO
METILDOPA
SUPLEMENTO DE CALCIO
MULTIVITAMÍNICO PRENATAL
MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL, ECOGRAFÍA MENSUAL, MONITOREO CARDIOTOCOGRÁFICO

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO			FIRMA	

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y E.F

2. PLAN DE INTERVENCIÓN

Plan de Atención para Embarazada con riesgo obstétrico alto

Diagnósticos de Enfermería:

1. Riesgo de parto prematuro relacionado con el embarazo gemelar, evidenciado por la sobrecarga del útero y la distensión uterina excesiva.
2. Riesgo de complicaciones en el crecimiento y desarrollo fetal, relacionado con el embarazo gemelar, evidenciado por el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) o asimetría entre los gemelos.
3. Ansiedad relacionada con la incertidumbre sobre el manejo del embarazo gemelar, evidenciada por la preocupación de la gestante sobre la salud de los gemelos y el manejo adecuado del embarazo.
4. Conocimientos deficientes sobre el manejo del embarazo gemelar, evidenciado por preguntas frecuentes sobre los cuidados prenatales, signos de alarma y manejo de las complicaciones que pueden surgir.

Objetivos:

1. Prevenir el parto prematuro, a través del monitoreo adecuado y la intervención temprana si es necesario.
2. Asegurar un crecimiento y desarrollo fetal adecuados, promoviendo un ambiente uterino favorable y evitando complicaciones como la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).
3. Reducir la ansiedad materna, brindando apoyo emocional y educando sobre el manejo y seguimiento del embarazo gemelar.
4. Fomentar la comprensión y autocuidado, promoviendo el conocimiento sobre el embarazo gemelar, los signos de alarma y las recomendaciones para un embarazo saludable.

Intervenciones a Ejecutar:

1. Para el Riesgo de Parto Prematuro:

- Monitoreo frecuente de signos de parto prematuro: Instruir a la gestante sobre los signos de alarma, como contracciones regulares, dolor abdominal, pérdida de líquido amniótico y sangrado.
- Evaluación de la longitud del cuello uterino: Realizar ultrasonidos para evaluar la longitud del cuello uterino, especialmente en los embarazos gemelares, ya que esto puede predecir el riesgo de parto prematuro.
- Reposo relativo: Sugerir reposo relativo, especialmente si hay signos de contracciones prematuras o malestar general. Evitar actividades que aumenten el riesgo de parto prematuro.
- Monitoreo de la presión arterial: Controlar la presión arterial para detectar signos de preeclampsia, que puede estar más asociada a los embarazos gemelares.

2. **Para el Riesgo de Complicaciones en el Crecimiento y Desarrollo Fetal:**
   - Monitoreo regular del crecimiento fetal: Realizar ecografías periódicas para evaluar el crecimiento y el bienestar de ambos fetos, prestando atención a cualquier signo de asimetría o restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).
   - Monitoreo de la cantidad de líquido amniótico: Observar la cantidad de líquido amniótico en cada saco, ya que los embarazos gemelares pueden presentar oligohidramnios o polihidramnios en uno o ambos fetos.
   - Control de la nutrición materna: Trabajar en colaboración con un nutricionista para asegurar una ingesta adecuada de nutrientes, con énfasis en proteínas, hierro, calcio y ácido fólico, para promover el crecimiento adecuado de los fetos.
   - Seguimiento de la frecuencia cardíaca fetal: Realizar pruebas de monitoreo fetal no estresante (NST) para evaluar el bienestar fetal y asegurarse de que ambos gemelos estén recibiendo suficiente oxígeno.
3. **Para la Ansiedad Relacionada con la Incertidumbre del Embarazo Gemelar:**
   - Proporcionar apoyo emocional continuo: Escuchar activamente las preocupaciones de la gestante, ofreciendo apoyo constante y

asegurándose de que se sienta tranquila y respaldada en cada etapa del embarazo.

- Ofrecer información detallada y personalizada: Explicar las particularidades del embarazo gemelar, respondiendo a las inquietudes sobre el parto, la salud fetal y los cuidados prenatales.
- Enseñar técnicas de relajación y afrontamiento: Brindar estrategias para reducir la ansiedad, como técnicas de respiración profunda y visualización positiva.

4. **Para los Conocimientos Deficientes sobre el Manejo del Embarazo Gemelar:**
    - Educación prenatal intensiva: Proporcionar información sobre los cuidados prenatales para embarazos gemelares, incluyendo la importancia de las consultas más frecuentes, el control del crecimiento fetal y la detección temprana de complicaciones.
    - Información sobre signos de alarma: Enseñar a la gestante a reconocer signos de posibles complicaciones, como contracciones prematuras, dolor abdominal intenso, cambios en la cantidad de líquido amniótico o reducción en los movimientos fetales.
    - Promover la participación activa en los controles médicos: Asegurar que la gestante asista a todas las consultas prenatales y a las ecografías adicionales que se pueden requerir durante el embarazo gemelar.
    - Fomentar el autocuidado y el descanso adecuado: Instruir sobre la importancia del descanso, la hidratación y una dieta equilibrada para el bienestar materno-fetal.

Evaluación:

1. Parto prematuro prevenido: La gestante no presenta signos de parto prematuro, y el embarazo progresa sin complicaciones relacionadas con la prematuridad.
2. Crecimiento y desarrollo fetal adecuado: Ambos fetos muestran un crecimiento y desarrollo adecuados, con peso estimado dentro de los percentiles normales, sin signos de RCIU o asimetría significativa.

3. Reducción de la ansiedad materna: La gestante reporta una reducción de la ansiedad, sintiéndose más tranquila y confiada en el manejo de su embarazo gemelar.
4. Conocimiento y autocuidado adecuado: La gestante demuestra un buen entendimiento sobre los cuidados del embarazo gemelar y los signos de alerta, y se compromete a seguir las indicaciones médicas y asistir a todas las consultas de control.

5. Intervenciones aplicadas

Dia 1

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 1	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.

	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 2

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 2	08:00 AM	Supervisión de dieta con ajuste en ingesta calórica y proteica.	Garantizar adecuada nutrición y evitar complicaciones.	Registrar adherencia y preferencias alimenticias.
	10:00 AM	Educación sobre técnicas de relajación y respiración profunda.	Reducir niveles de ansiedad y promover bienestar general.	Supervisar ejecución y resolver dudas.
	12:00 PM	Revisión de técnica de medición de glucosa (si aplica).	Asegurar monitoreo adecuado en caso de diabetes gestacional.	Reforzar enseñanza según necesidades.
	02:00 PM	Revisión y ajuste del plan de ejercicio físico moderado.	Mejorar la circulación y prevenir complicaciones metabólicas.	Supervisar tolerancia y duración de ejercicios.
	04:00 PM	Supervisión del consumo hídrico para prevención de edemas.	Controlar niveles de hidratación adecuados.	Registrar ingesta diaria y ajustar recomendaciones.

	06:00 PM	Consulta de seguimiento con especialista en alto riesgo obstétrico.	Evaluar evolución clínica y ajustes en tratamiento.	Documentar recomendaciones para próximas consultas.

Dia 3

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 3	08:00 AM	Control de signos vitales y evaluación de frecuencia respiratoria.	Detectar alteraciones respiratorias asociadas al embarazo.	Registrar valores y comunicar anomalías.
	10:00 AM	Evaluación fetal con monitoreo cardiotocográfico.	Observar patrón de movimientos fetales y bienestar.	Documentar resultados en expediente.
	12:00 PM	Taller sobre técnicas de lactancia materna para embarazos gemelares.	Promover el inicio exitoso de la lactancia materna.	Resolver dudas específicas sobre gemelos.
	02:00 PM	Supervisión de postura adecuada al dormir para aliviar presión lumbar.	Reducir molestias y mejorar el descanso.	Enseñar posturas alternativas según necesidades.
	04:00 PM	Control de edemas y revisión de peso corporal.	Identificar signos tempranos de complicaciones.	Comparar con registros previos y ajustar dieta.
	06:00 PM	Sesión de orientación psicológica enfocada en gestión emocional.	Reducir los niveles de estrés y mejorar la calidad de vida.	Evaluar impacto de estrategias recomendadas.

Dia 4

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 4	08:00 AM	Evaluación de glucosa en ayunas y perfil metabólico.	Detectar alteraciones metabólicas.	Registrar resultados y discutir en consulta.
	10:00 AM	Taller práctico sobre alimentación balanceada en embarazos gemelares.	Promover consumo adecuado de nutrientes esenciales.	Resolver dudas sobre alimentos recomendados.
	12:00 PM	Capacitación en técnicas de relajación para el trabajo de parto.	Reducir miedo y ansiedad ante el parto.	Supervisar técnica y retroalimentar.
	02:00 PM	Consulta nutricional individualizada.	Ajustar dieta según evolución del embarazo.	Documentar cambios propuestos.
	04:00 PM	Supervisión de hidratación y control de electrolitos.	Evitar descompensaciones asociadas a deshidratación.	Registrar consumo diario y ajustar si es necesario.
	06:00 PM	Sesión educativa sobre señales de parto prematuro.	Mejorar identificación temprana de complicaciones.	Confirmar comprensión mediante ejemplos prácticos.

Dia 5

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

Día 5	08:00 AM	Control de peso y evaluación de aumento en relación con el embarazo.	Monitorear aumento de peso saludable.	Comparar con registros previos y planificar ajustes.
	10:00 AM	Supervisión de rutina de ejercicios de estiramiento prenatal.	Mejorar flexibilidad y reducir tensiones musculares.	Ajustar movimientos según tolerancia.
	12:00 PM	Evaluación integral del bienestar fetal con perfil biofísico.	Identificar posibles alteraciones en el estado fetal.	Documentar resultados y ajustar planificación.
	02:00 PM	Charlas sobre beneficios del contacto piel con piel en gemelos tras el parto.	Promover vínculos tempranos entre madre y bebés.	Resolver dudas específicas del contexto.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar circulación y oxigenación fetal.	Confirmar postura y duración del descanso.
	06:00 PM	Consulta de seguimiento con médico general.	Revisar avances y resolver inquietudes sobre cuidados generales.	Documentar puntos tratados en la consulta.

Dia 6

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 6	08:00 AM	Control de signos vitales y monitoreo de edema periférico.	Detectar progresión de complicaciones hipertensivas.	Notificar valores fuera de rango.

	10:00 AM	Capacitación en cuidados postnatales para embarazos gemelares.	Garantizar transición segura tras el parto.	Resolver inquietudes y reforzar puntos clave.
	12:00 PM	Supervisión de dieta rica en hierro y ácido fólico.	Prevenir anemia materna y promover desarrollo fetal.	Registrar aceptación y efectos secundarios.
	02:00 PM	Sesión sobre manejo de emociones ante la llegada de gemelos.	Reducir ansiedad y fomentar expectativas positivas.	Proporcionar material de apoyo psicológico.
	04:00 PM	Evaluación de reflejo de movimientos fetales.	Garantizar bienestar y actividad fetal adecuada.	Registrar patrones y reportar anomalías.
	06:00 PM	Sesión de orientación familiar sobre apoyo en el embarazo múltiple.	Fomentar la colaboración y comprensión en el hogar.	Resolver dudas y proponer estrategias conjuntas.

Dia 7

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 7	08:00 AM	Evaluación integral con ultrasonido obstétrico avanzado.	Confirmar crecimiento y desarrollo adecuado de ambos fetos.	Documentar observaciones y ajustar manejo.
	10:00 AM	Taller práctico sobre posiciones para amamantar gemelos.	Facilitar lactancia simultánea y evitar complicaciones.	Supervisar técnica y resolver dudas específicas.

	12:00 PM	Supervisión de postura corporal durante actividades diarias.	Reducir molestias físicas y evitar complicaciones musculares.	Proponer ajustes ergonómicos.
	02:00 PM	Charlas sobre señales de trabajo de parto en embarazos múltiples.	Garantizar preparación adecuada ante el parto.	Resolver dudas mediante simulaciones prácticas.
	04:00 PM	Monitoreo de líquidos amnióticos mediante ultrasonido.	Detectar signos de oligoamnios o polihidramnios.	Documentar resultados y planificar seguimiento.
	06:00 PM	Revisión de esquema de vacunación para madre y bebés.	Prevenir enfermedades infecciosas en ambos.	Confirmar fechas y planificar próximas aplicaciones.

Dia 8

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 8	08:00 AM	Control de frecuencia cardíaca fetal con doppler portátil.	Asegurar bienestar fetal continuo.	Registrar frecuencia y alertar anomalías.
	10:00 AM	Supervisión de hidratación materna y ajuste de ingesta.	Prevenir complicaciones relacionadas con deshidratación.	Evaluar patrones y hacer ajustes necesarios.
	12:00 PM	Sesión de masaje prenatal para mejorar circulación.	Reducir edemas y promover relajación general.	Supervisar técnica y evaluar tolerancia.

	02:00 PM	Capacitación en uso de dispositivos para monitoreo domiciliario.	Promover autonomía en el seguimiento del embarazo.	Resolver dudas sobre uso correcto y frecuencia.
	04:00 PM	Evaluación nutricional con énfasis en fuentes vegetales de hierro.	Fomentar la adherencia a una dieta balanceada.	Proporcionar recetas específicas y monitorear impacto.
	06:00 PM	Planeación de consulta prenatal multidisciplinaria.	Garantizar enfoque integral del cuidado obstétrico.	Coordinar agendas y registrar objetivos principales.

Dia 9

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 9	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.

	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 10

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 10	08:00 AM	Supervisión de dieta con ajuste en ingesta calórica y proteica.	Garantizar adecuada nutrición y evitar complicaciones.	Registrar adherencia y preferencias alimenticias.
	10:00 AM	Educación sobre técnicas de relajación y respiración profunda.	Reducir niveles de ansiedad y promover bienestar general.	Supervisar ejecución y resolver dudas.
	12:00 PM	Revisión de técnica de medición de glucosa (si aplica).	Asegurar monitoreo adecuado en caso de diabetes gestacional.	Reforzar enseñanza según necesidades.
	02:00 PM	Revisión y ajuste del plan de ejercicio físico moderado.	Mejorar la circulación y prevenir complicaciones metabólicas.	Supervisar tolerancia y duración de ejercicios.
	04:00 PM	Supervisión del consumo hídrico para prevención de edemas.	Controlar niveles de hidratación adecuados.	Registrar ingesta diaria y ajustar recomendaciones.

	06:00 PM	Consulta de seguimiento con especialista en alto riesgo obstétrico.	Evaluar evolución clínica y ajustes en tratamiento.	Documentar recomendaciones para próximas consultas.

Dia 11

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 11	08:00 AM	Control de signos vitales y evaluación de frecuencia respiratoria.	Detectar alteraciones respiratorias asociadas al embarazo.	Registrar valores y comunicar anomalías.
	10:00 AM	Evaluación fetal con monitoreo cardiotocográfico.	Observar patrón de movimientos fetales y bienestar.	Documentar resultados en expediente.
	12:00 PM	Taller sobre técnicas de lactancia materna para embarazos gemelares.	Promover el inicio exitoso de lactancia materna.	Resolver dudas específicas sobre gemelos.
	02:00 PM	Supervisión de postura adecuada al dormir para aliviar presión lumbar.	Reducir molestias y mejorar descanso.	Enseñar posturas alternativas según necesidades.
	04:00 PM	Control de edemas y revisión de peso corporal.	Identificar signos tempranos de complicaciones.	Comparar con registros previos y ajustar dieta.
	06:00 PM	Sesión de orientación psicológica enfocada en gestión emocional.	Reducir niveles de estrés y mejorar calidad de vida.	Evaluar impacto de estrategias recomendadas.

Dia 12

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 12	08:00 AM	Evaluación de glucosa en ayunas y perfil metabólico.	Detectar alteraciones metabólicas.	Registrar resultados y discutir en consulta.
	10:00 AM	Taller práctico sobre alimentación balanceada en embarazos gemelares.	Promover consumo adecuado de nutrientes esenciales.	Resolver dudas sobre alimentos recomendados.
	12:00 PM	Capacitación en técnicas de relajación para el trabajo de parto.	Reducir miedo y ansiedad ante el parto.	Supervisar técnica y retroalimentar.
	02:00 PM	Consulta nutricional individualizada.	Ajustar dieta según evolución del embarazo.	Documentar cambios propuestos.
	04:00 PM	Supervisión de hidratación y control de electrolitos.	Evitar descompensaciones asociadas a deshidratación.	Registrar consumo diario y ajustar si es necesario.
	06:00 PM	Sesión educativa sobre señales de parto prematuro.	Mejorar identificación temprana de complicaciones.	Confirmar comprensión mediante ejemplos prácticos.

Dia 13

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

Día 13	08:00 AM	Control de peso y evaluación de aumento en relación con el embarazo.	Monitorear aumento de peso saludable.	Comparar con registros previos y planificar ajustes.
	10:00 AM	Supervisión de rutina de ejercicios de estiramiento prenatal.	Mejorar flexibilidad y reducir tensiones musculares.	Ajustar movimientos según tolerancia.
	12:00 PM	Evaluación integral del bienestar fetal con perfil biofísico.	Identificar posibles alteraciones en el estado fetal.	Documentar resultados y ajustar planificación.
	02:00 PM	Charlas sobre beneficios del contacto piel con piel en gemelos tras el parto.	Promover vínculos tempranos entre madre y bebés.	Resolver dudas específicas del contexto.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar circulación y oxigenación fetal.	Confirmar postura y duración del descanso.
	06:00 PM	Consulta de seguimiento con médico general.	Revisar avances y resolver inquietudes sobre cuidados generales.	Documentar puntos tratados en la consulta.

Dia 14

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 14	08:00 AM	Control de signos vitales y monitoreo de edema periférico.	Detectar progresión de complicaciones hipertensivas.	Notificar valores fuera de rango.
	10:00 AM	Capacitación en cuidados postnatales para embarazos gemelares.	Garantizar transición segura tras el parto.	Resolver inquietudes y reforzar puntos clave.

	12:00 PM	Supervisión de dieta rica en hierro y ácido fólico.	Prevenir anemia materna y promover desarrollo fetal.	Registrar aceptación y efectos secundarios.
	02:00 PM	Sesión sobre manejo de emociones ante la llegada de gemelos.	Reducir ansiedad y fomentar expectativas positivas.	Proporcionar material de apoyo psicológico.
	04:00 PM	Evaluación de reflejo de movimientos fetales.	Garantizar bienestar y actividad fetal adecuada.	Registrar patrones y reportar anomalías.
	06:00 PM	Sesión de orientación familiar sobre apoyo en el embarazo múltiple.	Fomentar la colaboración y comprensión en el hogar.	Resolver dudas y proponer estrategias conjuntas.

Dia 15

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 15	08:00 AM	Evaluación integral con ultrasonido obstétrico avanzado.	Confirmar crecimiento y desarrollo adecuado de ambos fetos.	Documentar observaciones y ajustar manejo.
	10:00 AM	Taller práctico sobre posiciones para amamantar gemelos.	Facilitar lactancia simultánea y evitar complicaciones.	Supervisar técnica y resolver dudas específicas.
	12:00 PM	Supervisión de postura corporal durante actividades diarias.	Reducir molestias físicas y evitar complicaciones musculares.	Proponer ajustes ergonómicos.

	02:00 PM	Charlas sobre señales de trabajo de parto en embarazos múltiples.	Garantizar preparación adecuada ante el parto.	Resolver dudas mediante simulaciones prácticas.
	04:00 PM	Monitoreo de líquidos amnióticos mediante ultrasonido.	Detectar signos de oligoamnios o polihidramnios.	Documentar resultados y planificar seguimiento.
	06:00 PM	Revisión de esquema de vacunación para madre y bebés.	Prevenir enfermedades infecciosas en ambos.	Confirmar fechas y planificar próximas aplicaciones.

Dia 16

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 16	08:00 AM	Control de frecuencia cardíaca fetal con doppler portátil.	Asegurar bienestar fetal continuo.	Registrar frecuencia y alertar anomalías.
	10:00 AM	Supervisión de hidratación materna y ajuste de ingesta.	Prevenir complicaciones relacionadas con deshidratación.	Evaluar patrones y hacer ajustes necesarios.
	12:00 PM	Sesión de masaje prenatal para mejorar circulación.	Reducir edemas y promover relajación general.	Supervisar técnica y evaluar tolerancia.
	02:00 PM	Capacitación en uso de dispositivos para monitoreo domiciliario.	Promover autonomía en el seguimiento del embarazo.	Resolver dudas sobre uso correcto y frecuencia.

	04:00 PM	Evaluación nutricional con énfasis en fuentes vegetales de hierro.	Fomentar la adherencia a una dieta balanceada.	Proporcionar recetas específicas y monitorear impacto.
	06:00 PM	Planeación de consulta prenatal multidisciplinaria.	Garantizar enfoque integral del cuidado obstétrico.	Coordinar agendas y registrar objetivos principales.

Dia 17

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 17	08:00 AM	Control de peso y evaluación de aumento en relación con el embarazo.	Monitorear aumento de peso saludable.	Comparar con registros previos y planificar ajustes.
	10:00 AM	Supervisión de rutina de ejercicios de estiramiento prenatal.	Mejorar flexibilidad y reducir tensiones musculares.	Ajustar movimientos según tolerancia.
	12:00 PM	Evaluación integral del bienestar fetal con perfil biofísico.	Identificar posibles alteraciones en el estado fetal.	Documentar resultados y ajustar planificación.
	02:00 PM	Charlas sobre beneficios del contacto piel con piel en gemelos tras el parto.	Promover vínculos tempranos entre madre y bebés.	Resolver dudas específicas del contexto.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar circulación y oxigenación fetal.	Confirmar postura y duración del descanso.

	06:00 PM	Consulta de seguimiento con médico general.	Revisar avances y resolver inquietudes sobre cuidados generales.	Documentar puntos tratados en la consulta.

Dia 18

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 18	08:00 AM	Control de signos vitales y monitoreo de edema periférico.	Detectar progresión de complicaciones hipertensivas.	Notificar valores fuera de rango.
	10:00 AM	Capacitación en cuidados postnatales para embarazos gemelares.	Garantizar transición segura tras el parto.	Resolver inquietudes y reforzar puntos clave.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

3. RESULTADOS

Día 1: Evaluación inicial y diagnóstico confirmado

- **Acciones:**
  - Historia clínica completa con énfasis en antecedentes de trombosis, varices, y síntomas actuales como dolor o edema.
  - Confirmación del diagnóstico mediante ecografía Doppler para evaluar flujo venoso y detectar posibles complicaciones.
  - Educación inicial sobre los riesgos de los trastornos venosos en el embarazo, incluyendo trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP).
  - Recomendación del uso de medias de compresión graduada.
- **Resultados:**

  La paciente mostró buena disposición hacia el uso de medias compresivas y comprendió los riesgos asociados a su condición. Se identificó edema leve en miembros inferiores.

Día 2: Inicio de medidas preventivas

- **Acciones:**
  - Introducción de cambios posturales y ejercicios de flexión y extensión de piernas para mejorar el retorno venoso.
  - Promoción de caminatas cortas para evitar el sedentarismo.
  - Inicio de una dieta balanceada rica en fibra y líquidos para prevenir estreñimiento, un factor de riesgo para el empeoramiento venoso.
- **Resultados:**

  La paciente comenzó las caminatas diarias y reportó sentirse menos hinchada al final del día.

Día 3: Educación sobre signos de alarma

- ***Acciones:***
    - Explicación de síntomas que podrían indicar complicaciones graves, como dolor intenso en las piernas, calor localizado o dificultad para respirar.
    - Revisión de técnicas para monitorear signos tempranos de TVP o TEP.
- **Resultados:**

  La paciente mostró comprensión y capacidad para identificar signos de alarma. Se estableció contacto inmediato con el personal médico en caso de emergencia.

Día 4: Revisión de circulación venosa

- **Acciones:**
    - Evaluación clínica de la evolución del edema y revisión de la tolerancia al uso de medias compresivas.
    - Refuerzo de ejercicios para estimular el flujo sanguíneo.
- **Resultados:**

  El edema disminuyó ligeramente con el uso constante de medias y caminatas. La paciente reportó sentirse más cómoda con las medias compresivas.

Día 5: Ajustes en el plan de actividad física

- **Acciones:**
    - Recomendación de ejercicios específicos, como elevación de piernas al descansar y movimientos circulares con los pies.
    - Reducción de tiempo prolongado en la misma posición.
- **Resultados:**

  La paciente informó mejoría en la pesadez de las piernas y mayor facilidad para realizar sus actividades diarias.

Día 6: Control nutricional

- **Acciones:**
  - Evaluación de la dieta para garantizar un adecuado consumo de antioxidantes y nutrientes que favorezcan la salud vascular, como vitamina C y omega-3.
  - Incremento del consumo de alimentos con propiedades antiinflamatorias.
- **Resultados:**

  Se observó un impacto positivo en el nivel de energía de la paciente, quien también reportó menor sensación de pesadez en las piernas.

Día 7: Evaluación clínica y Doppler de control

- **Acciones:**
  - Reevaluación con ecografía Doppler para verificar la funcionalidad venosa.
  - Confirmación de ausencia de trombosis o flujo anormal.
- **Resultados:**

  El Doppler mostró flujo venoso adecuado. La paciente expresó tranquilidad tras los resultados y continuó con las recomendaciones.

Día 8: Revisión de posturas y hábitos laborales

- **Acciones:**
  - Identificación de posiciones prolongadas en el trabajo o en casa que puedan empeorar el retorno venoso.
  - Asesoramiento sobre pausas activas y ajustes ergonómicos.

- **Resultados:**

  La paciente incorporó pausas activas en su rutina diaria, lo que redujo la sensación de cansancio en las piernas.

Día 9: Refuerzo del plan de prevención

- **Acciones:**
  - Revisión del cumplimiento del uso de medias compresivas y actividad física.
  - Refuerzo sobre la importancia de mantenerse hidratada para evitar la formación de coágulos.
- **Resultados:**

  La paciente se mostró comprometida con el plan y reportó sentirse más segura al entender cómo prevenir complicaciones.

Día 10: Evaluación emocional y estrés

- **Acciones:**
  - Evaluación del impacto emocional del diagnóstico.
  - Inclusión de técnicas de relajación y mindfulness para reducir el estrés, que puede agravar los síntomas.
- **Resultados:**

  La paciente reportó sentirse menos ansiosa y destacó el beneficio de los ejercicios de relajación para mejorar su bienestar general.

Día 11: Educación sobre el parto y el posparto

- **Acciones:**
  - Discusión sobre las posibles complicaciones venosas durante el trabajo de parto y el puerperio.

    - Planificación de medidas preventivas para el posparto, como movilización temprana.
- **Resultados:**
  La paciente expresó confianza en el manejo del parto y comprendió la importancia de las medidas preventivas después del nacimiento.

Día 12: Control metabólico y de líquidos

- **Acciones:**
    - Supervisión de la ingesta de líquidos y control del equilibrio hidroelectrolítico.
    - Ajuste de la dieta según las necesidades metabólicas.
- **Resultados:**
  El edema disminuyó aún más con la combinación de hidratación adecuada y medias compresivas. La paciente reportó sentirse más ligera.

Día 13: Evaluación del impacto físico

- **Acciones:**
    - Evaluación de fatiga y dolor en extremidades inferiores tras las actividades diarias.
    - Ajustes en la intensidad de las caminatas según tolerancia.
- **Resultados:**
  La paciente informó reducción en el dolor y una mayor tolerancia a la actividad física.

Día 14: Evaluación fetal

- **Acciones:**
    - Ecografía para evaluar el crecimiento y bienestar fetal.

    - Discusión sobre cualquier posible complicación vascular que pudiera afectar al feto.
- **Resultados:**

  El bienestar fetal fue confirmado, y la paciente expresó tranquilidad tras recibir buenas noticias.

Día 15: Educación sobre cuidados en casa

- **Acciones:**
    - Revisión de técnicas para elevar las piernas y mejorar la circulación durante el descanso.
    - Refuerzo en el manejo adecuado de las medias compresivas.
- **Resultados:**

  La paciente aplicó las técnicas recomendadas y notó mayor comodidad al final del día.

Día 16: Revisión general

- **Acciones:**
    - Evaluación de adherencia al plan de intervención.
    - Identificación de barreras y soluciones personalizadas.
- **Resultados:**

  La paciente mostró un progreso significativo en la gestión de su condición y expresó satisfacción con su evolución.

Día 17: Segunda ecografía Doppler

- **Acciones:**
    - Realización de un nuevo estudio Doppler para confirmar la mejoría del flujo venoso.

    - Evaluación del impacto del plan de intervención.
- **Resultados:**

  El flujo venoso se mantuvo estable, con una disminución evidente del edema. No se detectaron complicaciones.

Día 18: Planificación para el parto

- **Acciones:**
    - Coordinación del plan de parto con el equipo médico.
    - Preparación para el manejo de posibles complicaciones venosas en el trabajo de parto.
- **Resultados:**

  La paciente se sintió segura y bien preparada para afrontar el parto, con confianza en el equipo médico y en las medidas preventivas implementadas.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

4. EPICIRISIS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO (M-F)	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
ISUB	NN	NN	f	1	00

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente embarazada con diagnóstico de embarazo gemelar, lo que presenta un alto riesgo obstétrico debido a complicaciones potenciales tanto para la madre como para los fetos. La gestante presenta sobrecarga uterina y distensión excesiva, lo que aumenta el riesgo de parto prematuro y complicaciones en el crecimiento fetal. La paciente también ha mostrado signos de ansiedad debido a la incertidumbre del manejo del embarazo gemelar y la salud de los fetos Presenta conocimientos deficientes sobre el manejo adecuado del embarazo gemelar, lo que requiere intervención educativa. La colaboración activa con el equipo médico y el soporte familiar son esenciales para prevenir complicaciones y asegurar el bienestar tanto de la madre como de los gemelos

2 RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

02/ 02/ 2024: Se inició el monitoreo frecuente de glucosa, HbA1c de 6.9%, glucosa basal de 110 mg/dL. Se establece el plan de dieta ajustado a las necesidades calóricas y nutricionales de la paciente, quien muestra disposición para cumplir con las recomendaciones.

05/02/2024: La paciente aprende el manejo del glucómetro y reporta sus primeros valores (glucosa en ayunas: 108 mg/dL, postprandial: 145 mg/dL). Se ajusta la dieta para controlar los picos postprandiales.

07/02/2024: La paciente reporta adherencia al plan dietético, aunque experimentó hambre por la noche. Se añaden snacks saludables para la cena.

09/ 02/2024: La paciente comenzó a sentirse más segura al realizar las mediciones de glucosa y a ajustar la dieta según las recomendaciones médicas

12/ 02/2024: El peso fetal estimado es adecuado para la edad gestacional. Líquido amniótico dentro del rango normal.

14/ 02/2024: Se fortaleció la educación sobre la dieta y la importancia de los controles regulares, y se introdujeron actividades de apoyo emocional para reducir la ansiedad materna.

16/02/2024: La paciente completa sus primeras sesiones y reporta sentirse más activa y con mayor energía.

19/ 02/2024: La paciente se siente optimista al observar ligeras mejoras en sus niveles de glucosa (ayunas: 100 mg/dL, postprandial: 135 mg/Dl

21/ 02/2024: La paciente se muestra ansiosa respecto al impacto en su bebé. Se trabaja en reforzar la confianza en el manejo médico.

23/ 02/2024: La paciente mostró un progreso significativo en su manejo de la diabetes gestacional, reduciendo la ansiedad relacionada con la condición.**26/ 02/2024:** Mejora significativa en el control glucémico con valores en ayunas de 95 mg/dL y postprandiales de 120-130 mg/dL. La paciente muestra mayor confianza en el manejo.

28/ 02/2024: El bienestar fetal se mantiene estable. No hay signos de polihidramnios o macrosomía fetal.

y aplicación de habilidades de orientación y movilidad, lo que demuestra el impacto positivo de estas actividades en la vida de la paciente.

01/ 03/2024: Parámetros metabólicos dentro de rangos normales. La paciente continúa estable.

04/ 03/2024: La paciente reporta un mejor descanso nocturno, lo que mejora su energía durante el día.

06/ 03/2024: La paciente comprende las implicaciones y la importancia del control durante el parto.

08/ 03/2024: Bienestar fetal óptimo, sin evidencia de complicaciones mayores.

11/ 03/2024: La paciente se siente preparada y apoyada para afrontar el parto.

13/ 03/2024: La paciente culmina su manejo prenatal con diabetes gestacional, logrando un embarazo sin complicaciones mayores y un control glucémico adecuado.

3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Incluyen pruebas de laboratorio como hemograma, función renal y hepática, perfil glucémico, y monitoreo de proteinuria y perfil lipídico, que son esenciales para detectar posibles complicaciones como preeclampsia y diabetes gestacional. Las ecografías periódicas, incluyendo la confirmación de corionicidad y amnionicidad, son fundamentales para evaluar el crecimiento fetal, el riesgo de síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) en embarazos monocoriónicos, y la cantidad de líquido amniótico. Además, el Doppler fetal, la cardiotocografía y el perfil biofísico fetal son clave para evaluar el bienestar de los fetos y detectar complicaciones.

4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

El tratamiento para la gestante con diabetes gestacional se centra en el control de los niveles de glucosa en sangre y la prevención de complicaciones maternas y fetales. Se implementa un monitoreo frecuente de glucosa, ajuste de dieta, y, si es necesario, administración de insulina. Se realizan estudios regulares como ultrasonidos y pruebas de bienestar fetal para evaluar el crecimiento fetal y detectar complicaciones. Se brinda apoyo emocional y educación continua para reducir la ansiedad materna y fomentar el autocuidado, incluyendo la capacitación en el monitoreo de glucosa y el uso de insulina. Se refuerza la importancia la adherencia al tratamiento y el seguimiento médico continuo para asegurar el control adecuado de la enfermedad y prevenir riesgos para la madre y los fetos.

5 DIAGNÓSTICOS INGRESO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF
1	DIABETES GESTACIONAL			X
2	EMBARAZO ALTO RIESGO			X
3				
4				
5				
6				

6 DIAGNÓSTICOS EGRESO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF
1	DIABETES GESTACIONAL			X
2				
3				
4				
5				
6				

7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO

La paciente ha logrado un control adecuado de la glucosa sanguínea, evitando complicaciones como macrosomía fetal o preeclampsia. Gracias a un tratamiento personalizado, incluyendo monitoreo frecuente de glucosa, dieta ajustada y apoyo emocional, ha experimentado una reducción significativa de su ansiedad y una mejora en su capacidad para manejar la diabetes gestacional.

8 MÉDICOS TRATANTES

	NOMBRES	ESPECIALIDAD	CÓDIGO	PERIODO DE RESPONSABILIDAD
1	Dra. Ximena del Cisne Flores España	Docente Encargado	.....	.....
2	Anyeli Anabel Jara Mendoza	Estudiante		
3				
4				

9 EGRESO

ALTA DEFINITIVA	X	ASINTOMÁTICO		DISCAPACIDAD MODERADA		RETIRO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MENOS DE 48 HORAS		DÍAS DE ESTADA	
ALTA TRANSITORIA		DISCAPACIDAD LEVE		DISCAPACIDAD GRAVE		RETIRO NO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MAS DE 48 HORAS		DÍAS DE INCAPACIDAD	

						CODIGO			
FECHA	13/03/2024	HORA	12.00	PROFESIONAL	Dr: Ximena Flores.		FIRMA		NUMERO DE HOJA	

SNS-MSP / HCU-form.006 / 2008

EPICRISIS (2)

BOLIVARIANO

PACIENTE 7

Paciente: NN

Lugar de intervención: CENTRO DE SALUD N3

LOJA – ECUADOR 2024

1.

2.

1.ANAMNESIS

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA		LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
ISUB	ISUB		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	CEDULA DE CIUDADANIA
N	N	NN		

DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTON	PROVINCIA	TELEFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					OCUPACION	SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BASI	MACH	SUPR	ESPE		IESS		OTRO	
		30		X		X													

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	CEDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	TELEFONO

FORMA DE LLEGADA						FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	TELEFONO
AMBULATORIO	X	SILLA DE RUEDAS		CAMILLA				

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA DESTRUIDA		GRUPO+ Rh	O+	CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INSTABLE		OTRO	

MOTIVO DE LLEGADA	PLACENTA PREVIA TOTAL

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE (1 PERSONAL, 2 FAMILIAR) — NO APLICA

1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 1, PARTOS 1.

FORMULARIO DE ADMISIÓN

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
ISUB	NN	NN		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA

PLACENTA PREVIA TOTAL

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES GESTACIONAL

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: NO REFIERE

PADRE: NO REFIERE

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

PACIENTE EN EMBARAZO ACUDE POR PLACENTA PREVIA TOTAL

5 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL								
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								
Eres. Respiratoria FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	24 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS								
HEMOGLOBINA	11.2 g/dL							

6 EXAMEN FISICO

PACIENTE GESTANTE DE 30 AÑOS PRESENTA PLACENTA PREVIA TOTAL ES UNA CONDICIÓN DE ALTO RIESGO DEBIDO A LA POSIBILIDAD DE HEMORRAGIAS GRAVES. EL MANEJO HOSPITALARIO CON REPOSO, CORTICOSTEROIDES Y VIGILANCIA. CONSTANTE ES FUNDAMENTAL. LA CESÁREA PLANIFICADA ES LA ÚNICA OPCIÓN SEGURA PARA MINIMIZAR EL RIESGO DE HEMORRAGIA GRAVE.

7 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF
1	PLACENTA PREVIA	O 44	X		3				
2					4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO

REPOSO ABSOLUTO

HOSPITALIZACIÓN

CORTICOSTEROIDES

ANTIBIOTICOS

MONITOREO DE SANGRADO, ECOGRAFÍA SEMANAL, MONITOREO CARDIOTOCOGRÁFICO

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO			FIRMA	

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y E.F

2. PLAN DE INTERVENCIÓN

Plan de Atención para Embarazada con riesgo obstétrico alto

Diagnósticos de Enfermería:

1. Riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) relacionada con cambios fisiológicos en la coagulación durante el embarazo, evidenciado por antecedentes de varices, antecedentes familiares de trombosis o la presencia de dolor y distensión en las piernas.
2. Dolor y malestar relacionado con las complicaciones venosas, evidenciado por edema, sensación de pesadez, y dolor en las extremidades inferiores.
3. Riesgo de insuficiencia venosa crónica, relacionado con la presión intraabdominal elevada durante el embarazo y el aumento del volumen sanguíneo circulante, evidenciado por la aparición de varices o úlceras en las piernas.
4. Conocimientos deficientes sobre el manejo de las complicaciones venosas en el embarazo, evidenciado por preguntas frecuentes sobre la prevención, los signos de complicaciones y los cuidados específicos durante la gestación.

Objetivos:

1. Prevenir la trombosis venosa profunda y otras complicaciones venosas, a través de un monitoreo adecuado y medidas preventivas.
2. Aliviar el dolor y malestar en las extremidades inferiores, mediante intervenciones que promuevan la circulación y reduzcan el edema.
3. Prevenir la progresión a insuficiencia venosa crónica, promoviendo cambios en el estilo de vida y cuidados especializados.
4. Fomentar la comprensión y autocuidado, proporcionando información sobre cómo manejar las complicaciones venosas durante el embarazo y cómo prevenir complicaciones adicionales.

Intervenciones a Ejecutar:

1. Para el Riesgo de Trombosis Venosa Profunda (TVP):

- Monitorear signos de TVP: Observar signos de trombosis, como dolor en las extremidades inferiores, hinchazón unilateral, enrojecimiento y aumento de la temperatura en la pierna afectada.
- Promover la movilidad: Fomentar la actividad física diaria, como caminar, para mejorar la circulación sanguínea. Si la gestante está en reposo, recomendar la flexión y extensión de los pies y piernas cada 1-2 horas.
- Uso de medias de compresión graduada: Enseñar a la gestante a usar medias de compresión graduada para prevenir la formación de coágulos y reducir la hinchazón en las piernas.
- Evaluar la presencia de factores de riesgo adicionales: Controlar otras condiciones que pueden predisponer a la TVP, como la obesidad, antecedentes de trombosis o uso de anticonceptivos orales.

2. **Para el Dolor y Malestar Relacionado con las Complicaciones Venosas:**
   - Elevar las piernas: Enseñar a la gestante a elevar las piernas por encima del nivel del corazón varias veces al día para mejorar la circulación y reducir el edema.
   - Aplicación de compresas frías: Sugerir el uso de compresas frías en las extremidades afectadas para aliviar el dolor y la inflamación.
   - Recomendación de descansos frecuentes: Proponer descansos frecuentes para evitar la permanencia prolongada en posiciones que favorezcan la acumulación de líquido en las piernas, como estar de pie o sentada durante mucho tiempo.
3. **Para el Riesgo de Insuficiencia Venosa Crónica:**
   - Educación sobre cuidados a largo plazo: Instruir a la gestante sobre cómo manejar las varices y la prevención de la insuficiencia venosa crónica, incluyendo el uso regular de medias de compresión, evitar el sobrepeso, y mantener un estilo de vida activo.
   - Controlar el aumento de peso durante el embarazo: Trabajar con un nutricionista para asegurar una ganancia de peso adecuada durante el embarazo, lo cual ayuda a reducir la presión sobre las venas.
   - Monitoreo de las varices y úlceras: Evaluar y registrar la aparición de varices, úlceras o cambios en la piel de las extremidades inferiores que puedan indicar insuficiencia venosa.

4. **Para los Conocimientos Deficientes sobre el Manejo de las Complicaciones Venosas en el Embarazo:**
    - Proporcionar información educativa sobre las complicaciones venosas: Explicar las posibles complicaciones venosas, como trombosis venosa profunda, varices y la insuficiencia venosa crónica, y cómo prevenirlas.
    - Enseñar técnicas de autocuidado: Instruir sobre el uso de medias de compresión, ejercicios de movilidad, elevación de piernas, y la importancia de no permanecer mucho tiempo de pie o sentada sin mover las piernas.
    - Reforzar la importancia del seguimiento médico: Explicar la necesidad de realizar controles regulares con el médico para monitorear el progreso de las complicaciones venosas y la detección temprana de cualquier complicación.

Evaluación:

1. Prevención de la trombosis venosa profunda (TVP): La gestante no presenta signos de trombosis venosa profunda, y está adoptando las medidas preventivas recomendadas, como el uso de medias de compresión y la realización de ejercicios de movilidad.
2. Alivio del dolor y malestar en las extremidades inferiores: La gestante reporta una reducción del dolor y la hinchazón en las piernas, y sigue correctamente las recomendaciones de elevar las piernas y usar compresas frías.
3. Prevención de la insuficiencia venosa crónica: No se observan signos de insuficiencia venosa crónica, como varices progresivas o úlceras, y la gestante sigue las recomendaciones para mantener una circulación adecuada y controlar su peso.
4. Conocimiento adecuado sobre el manejo de las complicaciones venosas: La gestante demuestra un buen entendimiento sobre cómo manejar las complicaciones venosas, aplicando los cuidados recomendados y acudiendo a los controles médicos según lo establecido.
5. **Intervenciones aplicadas**

DIA 1

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 1	08:00 AM	Evaluar signos vitales y estado venoso.	Establecer una línea base del estado de salud venosa.	Informar resultados iniciales al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar postura y ejercicios de piernas.	Promover la circulación adecuada y prevenir edema.	Documentar técnicas y ajustes necesarios.
	12:00 PM	Introducir ejercicios de respiración diafragmática.	Reducir estrés y mejorar la oxigenación.	Supervisar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar hábitos de descanso y elevación de piernas.	Prevenir complicaciones venosas durante el reposo.	Proponer ajustes en la rutina diaria.
	04:00 PM	Evaluar estado emocional frente al embarazo de alto riesgo.	Detectar posibles factores de estrés emocional.	Ofrecer apoyo psicológico según necesidad.
	06:00 PM	Planificar actividades relajantes para el día siguiente.	Fomentar un enfoque positivo hacia el tratamiento.	Registrar sugerencias del paciente.

6.

7. DIA 2

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

Día 2	08:00 AM	Realizar medición de peso y presión arterial.	Monitorear efectos de la condición venosa.	Registrar datos y compartir con el equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar uso de medias de compresión.	Asegurar el uso correcto para prevenir complicaciones.	Documentar el cumplimiento del paciente.
	12:00 PM	Realizar ejercicios suaves para mejorar la circulación.	Reducir riesgo de trombosis venosa.	Supervisar técnica y tolerancia del paciente.
	02:00 PM	Revisar calidad del sueño nocturno.	Identificar factores que afectan el descanso.	Proponer ajustes para mejorar la calidad de sueño.
	04:00 PM	Evaluar adherencia al plan alimenticio balanceado.	Asegurar aporte nutricional adecuado.	Realizar ajustes según tolerancia y preferencias.
	06:00 PM	Planificar actividades físicas ligeras para el día siguiente.	Promover hábitos saludables adaptados al embarazo.	Asegurarse de que sean actividades seguras.

8.

9. DIA 3

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 3	08:00 AM	Medir frecuencia cardíaca y nivel de	Monitorear la salud metabólica y	Informar resultados al equipo médico.

		glucosa.	cardiovascular.	
	10:00 AM	Supervisar hidratación adecuada.	Prevenir retención de líquidos y mejorar circulación.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir ejercicios de relajación muscular progresiva.	Reducir tensiones y promover bienestar general.	Supervisar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar posición al sentarse y al dormir.	Prevenir molestias relacionadas con el embarazo.	Documentar correcciones realizadas.
	04:00 PM	Evaluar emociones relacionadas con la condición venosa.	Detectar barreras emocionales y proporcionar apoyo.	Documentar la respuesta del paciente.
	06:00 PM	Planificar menú balanceado para el día siguiente.	Asegurar un aporte nutricional adecuado.	Registrar preferencias del paciente.

10.

11. DIA 4

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 4	08:00 AM	Evaluar signos vitales y estado venoso en extremidades.	Detectar cambios tempranos en la condición física.	Compartir hallazgos con el equipo médico.

	10:00 AM	Supervisar ingesta de alimentos ricos en antioxidantes.	Promover la salud vascular adecuada durante el embarazo.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de meditación guiada.	Reducir estrés y mejorar concentración.	Supervisar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar actividades laborales o domésticas del paciente.	Prevenir sobreesfuerzos que puedan afectar la circulación.	Documentar ajustes propuestos.
	04:00 PM	Evaluar interacción social y apoyo familiar.	Detectar barreras emocionales o sociales.	Proponer estrategias para mejorar la interacción.
	06:00 PM	Planificar actividades de autocuidado para el día siguiente.	Fomentar el bienestar integral.	Asegurarse de que sean accesibles y realistas.

12.

13. DIA 5

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 5	08:00 AM	Evaluar peso, presión arterial y circulación venosa.	Monitorear indicadores clave de salud.	Registrar resultados y compartir con el equipo.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de proteínas	Asegurar un aporte nutricional	Realizar ajustes según tolerancia.

		en el desayuno.	adecuado.	
	12:00 PM	Introducir actividades creativas como dibujo o escritura.	Fomentar expresión personal y manejo del estrés.	Documentar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar cambios en el nivel de energía durante el día.	Identificar patrones asociados a la condición venosa.	Registrar observaciones detalladas.
	04:00 PM	Evaluar manejo de emociones frente al embarazo de alto riesgo.	Ofrecer estrategias de afrontamiento emocional.	Realizar ajustes según resultados.
	06:00 PM	Planificar actividades físicas ligeras para el día siguiente.	Promover hábitos saludables adaptados al embarazo.	Asegurarse de que sean actividades seguras.

14.

15. DIA 6

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 6	08:00 AM	Realizar medición de peso y presión arterial.	Monitorear la estabilidad de indicadores vitales.	Registrar cambios y compartir con el equipo.
	10:00 AM	Supervisar uso de medias de compresión y calzado adecuado.	Prevenir edemas y complicaciones venosas.	Verificar la comodidad del paciente.

	12:00 PM	Realizar ejercicios suaves de movilidad de piernas.	Mejorar la circulación y prevenir rigidez muscular.	Documentar tolerancia y beneficios observados.
	02:00 PM	Revisar hábitos posturales durante el descanso.	Reducir presión sobre las extremidades inferiores.	Proponer ajustes según necesidad.
	04:00 PM	Evaluar el nivel de hidratación y consumo de líquidos.	Promover un equilibrio hídrico adecuado.	Ajustar recomendaciones según preferencias.
	06:00 PM	Planificar actividades relajantes para el día siguiente.	Reducir estrés y fomentar una rutina positiva.	Registrar sugerencias del paciente.

16.

17. DIA 7

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 7	08:00 AM	Evaluar signos vitales y condición venosa.	Detectar cambios tempranos en la salud del paciente.	Informar al equipo médico de cualquier anomalía.
	10:00 AM	Supervisar postura y uso correcto de almohadas elevadas.	Mejorar la circulación durante el descanso.	Verificar si se requieren cambios adicionales.

	12:00 PM	Realizar ejercicios de respiración controlada.	Reducir niveles de estrés y promover oxigenación.	Supervisar la técnica del paciente.
	02:00 PM	Revisar calidad de sueño nocturno y hábitos de descanso.	Identificar factores que interfieran con el descanso.	Proponer ajustes para mejorar la calidad de sueño.
	04:00 PM	Evaluar adherencia al plan nutricional balanceado.	Asegurar un aporte adecuado de nutrientes esenciales.	Ajustar el plan según preferencias.
	06:00 PM	Planificar actividades físicas suaves para el día siguiente.	Promover circulación y prevenir complicaciones venosas.	Verificar accesibilidad y seguridad.

18.

19. DIA 8

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 8	08:00 AM	Medir frecuencia cardíaca y estado venoso en extremidades.	Monitorear cambios en la salud cardiovascular.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar hidratación y consumo de alimentos ricos en fibra.	Prevenir estreñimiento y mejorar bienestar general.	Registrar ajustes según preferencias del paciente.

	12:00 PM	Realizar ejercicios de relajación muscular progresiva.	Reducir tensiones y mejorar el bienestar emocional.	Supervisar respuesta y documentar efectos.
	02:00 PM	Revisar cambios en el nivel de energía durante el día.	Identificar posibles patrones de fatiga.	Ajustar actividades según necesidades del paciente.
	04:00 PM	Evaluar emociones relacionadas con el embarazo de alto riesgo.	Proporcionar apoyo psicológico adecuado.	Documentar la respuesta del paciente.
	06:00 PM	Planificar menú balanceado para el día siguiente.	Asegurar un aporte nutricional adecuado.	Registrar las preferencias del paciente.

20.

21. DIA 9

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 9	08:00 AM	Evaluar signos vitales y circulación en extremidades.	Detectar cualquier indicio de complicaciones venosas.	Informar al equipo médico de cualquier cambio.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos ricos en antioxidantes.	Promover la salud vascular durante el embarazo.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00	Introducir ejercicios de meditación	Reducir estrés y mejorar	Supervisar técnica y respuesta del

	PM	guiada.	concentración.	paciente.
	02:00 PM	Revisar calidad de sueño nocturno.	Identificar factores que afectan el descanso.	Proponer cambios en la rutina nocturna.
	04:00 PM	Evaluar interacción social del paciente.	Detectar barreras emocionales o sociales.	Proponer actividades para mejorar la interacción.
	06:00 PM	Planificar actividades de autocuidado para el día siguiente.	Fomentar el bienestar integral.	Asegurarse de que sean accesibles y adecuadas.

22.

23. DIA 10

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 10	08:00 AM	Medir peso, presión arterial y circulación venosa.	Monitorear indicadores clave de salud.	Registrar resultados y compartir con el equipo.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de proteínas en el desayuno.	Asegurar un aporte nutricional adecuado.	Realizar ajustes según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir actividades creativas como dibujo o escritura.	Fomentar expresión personal y manejo del estrés.	Documentar la respuesta del paciente.

	02:00 PM	Revisar cambios en el nivel de energía durante el día.	Identificar patrones asociados a la condición venosa.	Registrar observaciones detalladas.
	04:00 PM	Evaluar manejo de emociones frente al embarazo de alto riesgo.	Ofrecer estrategias de afrontamiento emocional.	Realizar ajustes según resultados.
	06:00 PM	Planificar actividades físicas ligeras para el día siguiente.	Promover hábitos saludables adaptados al embarazo.	Asegurarse de que sean actividades seguras.

24.

25. DIA 11

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 11	08:00 AM	Evaluar signos vitales y condición venosa.	Detectar cambios tempranos en la salud del paciente.	Informar al equipo médico de cualquier anomalía.
	10:00 AM	Supervisar postura y uso correcto de almohadas elevadas.	Mejorar la circulación durante el descanso.	Verificar si se requieren cambios adicionales.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de respiración controlada.	Reducir niveles de estrés y promover oxigenación.	Supervisar la técnica del paciente.

	02:00 PM	Revisar calidad de sueño nocturno y hábitos de descanso.	Identificar factores que interfieran con el descanso.	Proponer ajustes para mejorar la calidad de sueño.
	04:00 PM	Evaluar adherencia al plan nutricional balanceado.	Asegurar un aporte adecuado de nutrientes esenciales.	Ajustar el plan según preferencias.
	06:00 PM	Planificar actividades físicas suaves para el día siguiente.	Promover circulación y prevenir complicaciones venosas.	Verificar accesibilidad y seguridad.

26. DIA 12

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 12	08:00 AM	Medir frecuencia cardíaca y estado venoso en extremidades.	Monitorear cambios en la salud cardiovascular.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar hidratación y consumo de alimentos ricos en fibra.	Prevenir estreñimiento y mejorar bienestar general.	Registrar ajustes según preferencias del paciente.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de relajación muscular progresiva.	Reducir tensiones y mejorar el bienestar emocional.	Supervisar respuesta y documentar efectos.

	02:00 PM	Revisar cambios en el nivel de energía durante el día.	Identificar posibles patrones de fatiga.	Ajustar actividades según necesidades del paciente.
	04:00 PM	Evaluar emociones relacionadas con el embarazo de alto riesgo.	Proporcionar apoyo psicológico adecuado.	Documentar la respuesta del paciente.
	06:00 PM	Planificar menú balanceado para el día siguiente.	Asegurar un aporte nutricional adecuado.	Registrar las preferencias del paciente.

27.

28. DIA 13

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 13	08:00 AM	Evaluar signos vitales y estado general.	Detectar posibles complicaciones venosas tempranas.	Reportar hallazgos al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar consumo de líquidos y dieta rica en fibra.	Reducir riesgo de estreñimiento y presión venosa.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de estiramiento suaves.	Mejorar la circulación sanguínea en extremidades inferiores.	Supervisar técnica y documentar respuesta del paciente.

	02:00 PM	Revisar postura durante actividades cotidianas.	Prevenir exacerbación de molestias venosas.	Proponer ajustes ergonómicos según necesidades.
	04:00 PM	Evaluar el estado emocional del paciente.	Identificar impacto psicológico del embarazo de alto riesgo.	Ofrecer estrategias de afrontamiento emocional.
	06:00 PM	Planificar actividades de descanso para el día siguiente.	Promover el bienestar físico y emocional del paciente.	Asegurarse de que las actividades sean accesibles.

29.

30. DIA 14

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 14	08:00 AM	Medir presión arterial y evaluar hinchazón en piernas.	Detectar signos de complicaciones venosas.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos ricos en antioxidantes.	Mejorar la salud vascular del paciente.	Documentar preferencias y tolerancia alimentaria.
	12:00 PM	Realizar caminatas breves supervisadas.	Estimular la circulación sin sobrecargar al paciente.	Documentar duración y tolerancia del ejercicio.

	02:00 PM	Evaluar la calidad del descanso nocturno.	Identificar factores que afecten el sueño y recuperación.	Proponer cambios en la rutina de descanso.
	04:00 PM	Realizar ejercicios de relajación muscular.	Reducir tensiones asociadas a la mala circulación.	Supervisar técnica y registrar observaciones.
	06:00 PM	Planificar menú balanceado para el día siguiente.	Asegurar un adecuado aporte nutricional.	Registrar sugerencias del paciente.

31.

32. DIA 15

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 15	08:00 AM	Evaluar signos vitales y realizar chequeo de piernas.	Monitorear cambios en el estado circulatorio.	Reportar hallazgos al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar hidratación adecuada durante el desayuno.	Promover un equilibrio hídrico óptimo.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Realizar ejercicios específicos para extremidades.	Reducir la inflamación y mejorar el retorno venoso.	Documentar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar estrategias de manejo del	Reducir el impacto emocional del embarazo de alto	Proponer técnicas de relajación

		estrés.	riesgo.	adicionales.
	04:00 PM	Evaluar interacción social del paciente.	Detectar barreras emocionales o sociales.	Proponer actividades para mejorar la interacción.
	06:00 PM	Planificar actividades recreativas para el día siguiente.	Fomentar equilibrio entre descanso y ocio.	Ajustar según preferencias del paciente.

33.

34. DIA 16

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 16	08:00 AM	Evaluar peso y presión arterial.	Monitorear indicadores clave de salud.	Registrar resultados y compartir con el equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de proteínas en el desayuno.	Asegurar un aporte nutricional adecuado.	Realizar ajustes según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir actividades creativas como dibujo o escritura.	Fomentar expresión personal y manejo del estrés.	Documentar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar cambios en el nivel de energía durante el día.	Identificar patrones asociados al embarazo de alto	Registrar observaciones detalladas.

			riesgo.	
	04:00 PM	Evaluar manejo de emociones frente a cambios físicos.	Ofrecer estrategias de afrontamiento emocional.	Realizar ajustes según resultados.
	06:00 PM	Planificar actividades físicas ligeras para el día siguiente.	Promover hábitos saludables adaptados al embarazo.	Asegurarse de que sean actividades seguras.

35.

36. DIA 17

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 17	08:00 AM	Evaluar signos vitales y estado general.	Detectar cambios tempranos en el estado físico.	Compartir hallazgos con el equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar consumo de lácteos y fuentes de calcio.	Promover la salud ósea adecuada durante el embarazo.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Realizar ejercicios de meditación guiada.	Reducir estrés y mejorar concentración.	Supervisar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar posición al sentarse y al dormir.	Prevenir molestias musculares o articulares.	Documentar ajustes realizados.

	04:00 PM	Evaluar el estado emocional del paciente.	Proporcionar apoyo emocional y estrategias de manejo.	Documentar la respuesta del paciente.
	06:00 PM	Planificar menú balanceado para el día siguiente.	Asegurar un adecuado aporte nutricional.	Registrar las preferencias del paciente.

37.

38. DIA 18

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 18	08:00 AM	Evaluar signos vitales y realizar chequeo general.	Detectar posibles complicaciones.	Informar resultados al equipo médico.
	10:00 AM	Supervisar el consumo de alimentos ricos en hierro.	Prevenir anemia y promover una circulación saludable.	Ajustar recomendaciones según tolerancia.
	12:00 PM	Introducir ejercicios de respiración controlada.	Promover relajación y manejo del estrés.	Documentar la respuesta del paciente.
	02:00 PM	Revisar calidad del sueño nocturno.	Identificar factores que afectan el descanso.	Proponer cambios en la rutina nocturna.
	04:00 PM	Evaluar emociones relacionadas con el embarazo.	Proporcionar apoyo emocional y estrategias.	Documentar la respuesta del paciente.

	06:00 PM	Planificar actividades recreativas para el día siguiente.	Fomentar equilibrio entre descanso y ocio.	Ajustar según preferencias del paciente.

39.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

3. RESULTADOS

Día 1: Evaluación inicial y diagnóstico confirmado

- **Acciones:**
  - Historia clínica completa con énfasis en antecedentes de trombosis, varices, y síntomas actuales como dolor o edema.
  - Confirmación del diagnóstico mediante ecografía Doppler para evaluar flujo venoso y detectar posibles complicaciones.
  - Educación inicial sobre los riesgos de los trastornos venosos en el embarazo, incluyendo trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP).
  - Recomendación del uso de medias de compresión graduada.
- **Resultados:**

  La paciente mostró buena disposición hacia el uso de medias compresivas y comprendió los riesgos asociados a su condición. Se identificó edema leve en miembros inferiores.

Día 2: Inicio de medidas preventivas

- **Acciones:**
  - Introducción de cambios posturales y ejercicios de flexión y extensión de piernas para mejorar el retorno venoso.
  - Promoción de caminatas cortas para evitar el sedentarismo.
  - Inicio de una dieta balanceada rica en fibra y líquidos para prevenir estreñimiento, un factor de riesgo para el empeoramiento venoso.
- **Resultados:**

  La paciente comenzó las caminatas diarias y reportó sentirse menos hinchada al final del día.

Día 3: Educación sobre signos de alarma

- **Acciones:**

    - Explicación de síntomas que podrían indicar complicaciones graves, como dolor intenso en las piernas, calor localizado o dificultad para respirar.
    - Revisión de técnicas para monitorear signos tempranos de TVP o TEP.
- **Resultados:**

  La paciente mostró comprensión y capacidad para identificar signos de alarma. Se estableció contacto inmediato con el personal médico en caso de emergencia.

Día 4: Revisión de circulación venosa

- **Acciones:**
    - Evaluación clínica de la evolución del edema y revisión de la tolerancia al uso de medias compresivas.
    - Refuerzo de ejercicios para estimular el flujo sanguíneo.
- **Resultados:**

  El edema disminuyó ligeramente con el uso constante de medias y caminatas. La paciente reportó sentirse más cómoda con las medias compresivas.

Día 5: Ajustes en el plan de actividad física

- **Acciones:**
    - Recomendación de ejercicios específicos, como elevación de piernas al descansar y movimientos circulares con los pies.
    - Reducción de tiempo prolongado en la misma posición.
- **Resultados:**

  La paciente informó mejoría en la pesadez de las piernas y mayor facilidad para realizar sus actividades diarias.

Día 6: Control nutricional

- **Acciones:**
  - Evaluación de la dieta para garantizar un adecuado consumo de antioxidantes y nutrientes que favorezcan la salud vascular, como vitamina C y omega-3.
  - Incremento del consumo de alimentos con propiedades antiinflamatorias.
- **Resultados:**

  Se observó un impacto positivo en el nivel de energía de la paciente, quien también reportó menor sensación de pesadez en las piernas.

Día 7: Evaluación clínica y Doppler de control

- **Acciones:**
  - Reevaluación con ecografía Doppler para verificar la funcionalidad venosa.
  - Confirmación de ausencia de trombosis o flujo anormal.
- **Resultados:**

  El Doppler mostró flujo venoso adecuado. La paciente expresó tranquilidad tras los resultados y continuó con las recomendaciones.

Día 8: Revisión de posturas y hábitos laborales

- **Acciones:**
  - Identificación de posiciones prolongadas en el trabajo o en casa que puedan empeorar el retorno venoso.
  - Asesoramiento sobre pausas activas y ajustes ergonómicos.
- **Resultados:**

  La paciente incorporó pausas activas en su rutina diaria, lo que redujo la sensación de cansancio en las piernas.

- ***Día 9: Refuerzo del plan de prevención***

  - **Acciones:**
    - Revisión del cumplimiento del uso de medias compresivas y actividad física.
    - Refuerzo sobre la importancia de mantenerse hidratada para evitar la formación de coágulos.
  - **Resultados:**

    La paciente se mostró comprometida con el plan y reportó sentirse más segura al entender cómo prevenir complicaciones.

Día 10: Evaluación emocional y estrés

- **Acciones:**
  - Evaluación del impacto emocional del diagnóstico.
  - Inclusión de técnicas de relajación y mindfulness para reducir el estrés, que puede agravar los síntomas.
- **Resultados:**

  La paciente reportó sentirse menos ansiosa y destacó el beneficio de los ejercicios de relajación para mejorar su bienestar general.

Día 11: Educación sobre el parto y el posparto

- **Acciones:**
  - Discusión sobre las posibles complicaciones venosas durante el trabajo de parto y el puerperio.
  - Planificación de medidas preventivas para el posparto, como movilización temprana.

- **Resultados:**

  La paciente expresó confianza en el manejo del parto y comprendió la importancia de las medidas preventivas después del nacimiento.

Día 12: Control metabólico y de líquidos

- **Acciones:**
  - Supervisión de la ingesta de líquidos y control del equilibrio hidroelectrolítico.
  - Ajuste de la dieta según las necesidades metabólicas.
- **Resultados:**

  El edema disminuyó aún más con la combinación de hidratación adecuada y medias compresivas. La paciente reportó sentirse más ligera.

Día 13: Evaluación del impacto físico

- **Acciones:**
  - Evaluación de fatiga y dolor en extremidades inferiores tras las actividades diarias.
  - Ajustes en la intensidad de las caminatas según tolerancia.
- **Resultados:**

  La paciente informó reducción en el dolor y una mayor tolerancia a la actividad física.

Día 14: Evaluación fetal

- **Acciones:**
  - Ecografía para evaluar el crecimiento y bienestar fetal.
  - Discusión sobre cualquier posible complicación vascular que pudiera afectar al feto.

- **Resultados:**

  El bienestar fetal fue confirmado, y la paciente expresó tranquilidad tras recibir buenas noticias.

Día 15: Educación sobre cuidados en casa

- **Acciones:**
  - Revisión de técnicas para elevar las piernas y mejorar la circulación durante el descanso.
  - Refuerzo en el manejo adecuado de las medias compresivas.
- **Resultados:**

  La paciente aplicó las técnicas recomendadas y notó mayor comodidad al final del día.

Día 16: Revisión general

- **Acciones:**
  - Evaluación de adherencia al plan de intervención.
  - Identificación de barreras y soluciones personalizadas.
- **Resultados:**

  La paciente mostró un progreso significativo en la gestión de su condición y expresó satisfacción con su evolución.

Día 17: Segunda ecografía Doppler

- **Acciones:**
  - Realización de un nuevo estudio Doppler para confirmar la mejoría del flujo venoso.
  - Evaluación del impacto del plan de intervención.

- **Resultados:**

  El flujo venoso se mantuvo estable, con una disminución evidente del edema. No se detectaron complicaciones.

Día 18: Planificación para el parto

- **Acciones:**
  - Coordinación del plan de parto con el equipo médico.
  - Preparación para el manejo de posibles complicaciones venosas en el trabajo de parto.
- **Resultados:**

  La paciente se sintió segura y bien preparada para afrontar el parto, con confianza en el equipo médico y en las medidas preventivas implementadas.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

4. EPICIRISIS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO (M-F)	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
ISUB	NN	NN	F	1	00

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
Paciente de sexo femenino de 30 años de edad con embarazo de 36 semanas de gestación con antecedentes personales de Diabetes gestacional, acude a consulta para control prenatal, al examen físico presenta Placenta previa total, presenta un alto riesgo materno fetal, tratamiento con antihipertensivos y sulfato de magnesio para prevenir complicaciones como la eclampsia, la administración de corticoesteroides y la planificación de cesárea para minimizar riesgos de hemorragia grave.

2 RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES
Dia 03-02-2025 paciente se encuentra hemo dinámicamente estable, refiere dolor en articulaciones, signos vitales dentro de parámetros normales al examen fisico se observa actividad inflamatoria en miembros inferiores continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades
Dia. 05-02-2025, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro de parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades
Dia 07-02-2025, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro de parámetros normales al examen física no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades
Dia 10-02-2025, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro de parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades
Dia.12-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades
Dia.14-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades
Dia. 17-02-2024, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades
Dia. 19-02-2025, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
Dia. 21-02-2025, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades
Dia. 24-02-2025, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades
Dia. 26-02-2025, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades
Dia. 28-02-2025, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades
Dia. 03-03-2025, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades
Dia. 05-03-2025, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad de base, sin novedades

Dia. 07-03-2025, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 10-03-2025, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 12-03-2025, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades
Dia. 14-03-2025, paciente se encuentra hemodinámico estable, no refiere sintomatología, signos vitales dentro
De parámetros normales al examen físico no se observa aparente, continua con tratamiento para enfermedad
de base, sin novedades

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
Hemograma completo:
Hemoglobina y hematocrito elevados
Plaquetas bajas (<150.000/µL)
Pruebas de función renal:
Creatinina sérica (>1.1 mg/dL o el doble del nivel basal)
Proteína en orina (Proteinuria)
Relación proteína/creatinina urinaria >0,3 mg/dL.
Recolección de 24 horas con proteína ≥300 mg.
Pruebas hepáticas:
ALT y AST (>70 U/L): Elevaciones moderadas a severas, indicativas de daño hepático.
Doppler de la arteria umbilical:Flujo diastólico ausente o reverso
Índice de resistencia elevado (>0,6)
Índice de líquido amniótico
Oligohidramnios (ILA <5 cm)
Calcificaciones tempranas: Grado III antes de las 34 semanas, relacionado con insuficiencia placentaria.

4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS
Hallazgos Clínico: Signos locales: Edema unilateral o bilateral de extremidades inferiores. Dolor localizado,
eritema o calor en las extremidades. Cambios cutáneos como hiperpigmentación, úlceras o dermatitis venosa.
Signos sistémicos: Disnea súbita, dolor torácico (sospecha de TEP). Taquicardia o hipotensión en casos graves.
Laboratorio: Perfil de coagulación: Dímero D (elevado en embarazo normal pero útil en combinación clínica).
Tiempos de coagulación: Tiempo de protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina activada (TPTa).
Hemograma: Plaquetas (para descartar trombocitopenia inducida por heparina en tratamiento anticoagulante).
Doppler venoso de extremidades inferiores: Diagnóstico de TVP o para evaluar insuficiencia venosa profunda.
Ecografía obstétrica: Monitorear crecimiento fetal y líquido amniótico. Angio-TAC o RMN: Si se sospecha TEP
En casos graves.

BOLIVARIANO

PACIENTE 8

Paciente: NN

Lugar de intervención: CENTRO DE SALUD N3

LOJA – ECUADOR 2024

1.ANAMNESIS

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
ISUB	ISUB				

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	No DE CEDULA DE CIUDADANIA
N	N	NN		

DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTON	PROVINCIA	TELEFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCION					OCUPACION	SEGURO DE SALUD			
			MASC	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	PRIM	SECU	SUPR	ESPE		IESS		OTRO	
		28		X		X													

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	CEDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	TELEFONO

FORMA DE LLEGADA		FUENTE DE INFORMACION		INSTITUCION O PERSONA QUE INTERVINO AL PACIENTE	TELEFONO
AMBULATORIO	X	SOLA O CON FAMILIARES		CASILLA	

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA OBSTRUIDA		GRUPO - RH	A+	CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INESTABLE		CRITICO	

MOTIVO DE LLEGADA	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE (PERSONALES, FAMILIARES)

NO APLICA

1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 1, PARTOS 1.

FORMULARIO DE ADMISIÓN

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		
ISUB	NN	NN		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES GESTACIONAL

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: NO REFIERE

PADRE: NO REFIERE

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

PACIENTE GESTANTE ACUDE POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

5 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL								
PULSO X min								
TEMPERATURA °C	36.7°C							
Eres. Respiratoria, FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	22 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS								
OTRO								

6 EXAMEN FISICO

PACIENTE GESTANTE DE 28 AÑOS PRESENTA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A LAS 34 SEMANAS CONLLEVA UN ALTO RIESGO DE INFECCIÓN Y PARTO PREMATURO. EL TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS Y CORTICOSTEROIDES ESTÁ DIRIGIDO A PREVENIR INFECCIONES Y MEJORAR LOS RESULTADOS FETALES. EL PARTO INDUCIDO O CESÁREA DEPENDERÁ DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA, PRIORIZANDO LA SEGURIDAD MATERNO-FETAL.

7 DIAGNOSTICOS

		CIE	PRE	DEF		PRE= PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O 44.1	X		3				
2					4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO

REPOSO ABSOLUTO

CORTICOSTEROIDES

ANTIBIOTICOS

MONITOREO DIARIO DE SIGNOS DE INFECCIÓN, ECOGRAFÍA, MONITOREO CARDIOTOCOGRÁFICO

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO			FIRMA	

2. PLAN DE INTERVENCIÓN

Plan de Atención para Embarazada con riesgo obstétrico alto

Diagnósticos de Enfermería:

1. Riesgo de alteraciones en el patrón nutricional relacionado con la diabetes gestacional, evidenciado por cambios en los niveles de glucosa sanguínea y dificultades para adherirse a la dieta controlada.
2. Riesgo de desequilibrio en el nivel de glucosa en sangre relacionado con la insuficiente autorregulación de la dieta y la actividad física, evidenciado por fluctuaciones en los niveles de glucosa sanguínea.
3. Ansiedad relacionada con la preocupación por los efectos de la diabetes gestacional sobre la salud materno-fetal, evidenciado por expresiones de temor sobre el impacto de la enfermedad en el bebé y el embarazo.
4. Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes gestacional, evidenciado por falta de comprensión en el autocontrol de la glucosa, la adherencia a la dieta y el manejo de la medicación.

Objetivos:

1. Mantener niveles de glucosa en sangre dentro de los rangos recomendados, mediante un monitoreo adecuado y ajustes en la dieta y actividad física.
2. Aliviar la ansiedad materna, proporcionando información clara sobre la diabetes gestacional y cómo su manejo adecuado beneficia tanto a la madre como al bebé.
3. Promover la autoconsciencia sobre el manejo de la diabetes gestacional, para que la gestante pueda identificar y manejar los cambios en su condición.
4. Fomentar la adherencia al plan nutricional y ejercicio, ayudando a la gestante a realizar cambios saludables en su estilo de vida para controlar la diabetes.

Intervenciones a Ejecutar:

1. Para el Riesgo de Alteraciones en el Patrón Nutricional:

- Monitorear los niveles de glucosa sanguínea: Evaluar los niveles de glucosa preprandiales y postprandiales según lo indicado por el médico, para identificar patrones y hacer ajustes en el tratamiento.
- Proporcionar educación nutricional personalizada: Trabajar con un nutricionista para elaborar un plan de alimentación equilibrado que controle los niveles de glucosa sin comprometer la nutrición materna.
- Fomentar las comidas pequeñas y frecuentes: Reforzar la importancia de comer de manera fraccionada, con intervalos de 2 a 3 horas, para mantener niveles de glucosa más estables.
- Monitorear el control de porciones: Asegurarse de que la gestante esté utilizando la estrategia de control de porciones para evitar picos de glucosa.

2. **Para el Riesgo de Desequilibrio en los Niveles de Glucosa en Sangre:**
   - Fomentar la actividad física regular: Recomendar caminatas o ejercicios moderados que ayuden a controlar los niveles de glucosa. Asegurarse de que la actividad física sea segura y adecuada para el embarazo.
   - Supervisar la respuesta a la medicación: Si se prescriben medicamentos orales o insulina, observar la efectividad del tratamiento y ajustar las dosis según sea necesario bajo la supervisión médica.
   - Promover la autocontención en la medición de glucosa: Enseñar a la gestante a medir sus niveles de glucosa en casa y ajustar su alimentación y actividad física según los resultados.
3. **Para la Ansiedad Relacionada con la Diabetes Gestacional:**
   - Proporcionar apoyo emocional: Escuchar las preocupaciones de la gestante sobre la diabetes gestacional y su impacto en el embarazo, ofreciendo un espacio seguro para expresar temores.
   - Ofrecer información clara y tranquilizadora: Explicar detalladamente qué es la diabetes gestacional, cómo se maneja y qué efectos tiene en la salud materno-fetal cuando está bien controlada.
   - Involucrar a la pareja en el proceso educativo: Proporcionar sesiones educativas para que la pareja también comprenda la diabetes gestacional y pueda apoyar a la gestante en su manejo diario.

4. **Para los Conocimientos Deficientes sobre el Manejo de la Diabetes Gestacional:**
    - Brindar educación continua: Realizar sesiones educativas sobre la diabetes gestacional, incluyendo la importancia del monitoreo de glucosa, la adherencia a la dieta y los signos de complicaciones, como hipoglucemia.
    - Enseñar técnicas de autocontrol: Instruir sobre cómo utilizar un glucómetro, cuándo y cómo medir los niveles de glucosa, y cómo ajustar la dieta y los medicamentos según los resultados.
    - Discutir la importancia de los controles prenatales: Asegurar que la gestante asista a todas las citas prenatales y de seguimiento para evaluar la evolución de la diabetes gestacional y prevenir complicaciones.
    - Reforzar la importancia de la salud fetal: Informar sobre la vigilancia de la salud del bebé, como el monitoreo de su crecimiento y el posible uso de ecografías para evaluar su bienestar.

Evaluación:

1. Los niveles de glucosa de la gestante se mantienen dentro de los rangos recomendados: Se observa una estabilización de los niveles de glucosa pre y postprandiales dentro de los valores esperados.
2. La ansiedad materna disminuye: La gestante muestra una comprensión mejorada de su condición y expresa mayor confianza en el manejo de la diabetes gestacional.
3. La gestante demuestra conocimiento adecuado sobre el autocontrol: La gestante es capaz de medir y registrar sus niveles de glucosa, ajustar su dieta y ejercicio, y comprender la importancia de estos hábitos para la salud materno-fetal.
4. La adherencia al plan nutricional y ejercicio es efectiva: La gestante sigue el plan nutricional y realiza la actividad física recomendada, con el apoyo de su familia y equipo de salud.

5. Intervenciones aplicadas

Dia 1

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 1	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 2

Fech	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

a				
Día 2	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 3

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones

Día 3	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 4

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 4	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.

	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 5

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 5	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.

	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 6

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 6	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.

	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 7

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 7	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.

	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 8

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 8	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.

	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 9

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 9	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.

	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 10

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 10	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay

				alteraciones.

Dia 11

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 11	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 12

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 3	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 6 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 13

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 13	08:00 AM	Monitoreo de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 14

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 14	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 15

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 15	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 16

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 16	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 17

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 17	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

Dia 18

Fecha	Hora	Actividad Planificada	Objetivo	Observaciones
Día 18	08:00 AM	Control de signos vitales: Toma de presión arterial y frecuencia cardíaca cada 4 horas.	Detectar alteraciones tempranas.	Registrar valores y notificar alteraciones.
	10:00 AM	Supervisión de adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.	Asegurar un correcto seguimiento del tratamiento.	Confirmar horarios y dosis con la paciente.
	12:00 PM	Evaluación fetal mediante ultrasonido doppler.	Identificar signos de insuficiencia placentaria.	Registrar observaciones y reportar anomalías.
	02:00 PM	Charlas educativas: Importancia del autocuidado en embarazos de alto riesgo.	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su condición y tratamiento.	Resolver dudas y reforzar el autocuidado.
	04:00 PM	Supervisión del descanso en decúbito lateral izquierdo.	Mejorar la circulación uteroplacentaria.	Confirmar posición y tiempo del descanso.
	06:00 PM	Monitoreo de edemas, peso y control de proteinuria.	Detectar signos de progresión de preeclampsia severa.	Registrar resultados y notificar si hay alteraciones.

3. RESULTADOS

Día 1: Evaluación inicial y diagnóstico confirmado

- Acciones:
  - Historia clínica completa con énfasis en antecedentes de diabetes y enfermedades crónicas.
  - Confirmación del diagnóstico mediante prueba de tolerancia a la glucosa (OGTT).
  - Educación inicial sobre diabetes gestacional, sus riesgos y manejo.
  - Instrucción sobre monitoreo de glucosa capilar.
- Resultados:

  La paciente comprendió la importancia de controlar su glucosa y aprendió el uso correcto del glucómetro, mostrando confianza en la gestión inicial de su condición.

Día 2: Diseño de plan de alimentación

- Acciones:
  - Consulta con nutricionista para elaborar un plan de alimentación individualizado.
  - Educación sobre el índice glucémico y control de porciones.
  - Revisión de horarios de comidas y meriendas para mantener niveles estables de glucosa.
- Resultados:

  La paciente aceptó el plan alimenticio y manifestó compromiso con los cambios propuestos. Se mostraba optimista tras recibir ejemplos prácticos de menús.

Día 3: Inicio del monitoreo glucémico

- Acciones:
  - Supervisión práctica del monitoreo de glucosa capilar en ayunas, preprandial y posprandial.

- Ajuste inicial de metas glucémicas (ayuno: <95 mg/dL, posprandial: <140 mg/dL).

- Resultados:

  Los registros iniciales mostraron valores ligeramente elevados, pero la paciente mostró comprensión sobre la necesidad de registrar consistentemente.

Día 4: Evaluación de actividad física

- Acciones:
  - Introducción de actividad física moderada como caminatas de 20 minutos después de las comidas.
  - Revisión de contraindicaciones específicas y estrategias para mantener un nivel seguro de actividad.
- Resultados:

  La paciente comenzó a incorporar caminatas después de almorzar y reportó sentirse activa, aunque algo cansada, lo que se atribuyó a cambios en la dieta.

Día 5: Ajuste del plan de alimentación

- Acciones:
  - Ajustes en el consumo de carbohidratos basado en los niveles de glucosa monitoreados.
  - Inclusión de alimentos ricos en fibra y proteínas para mejorar la saciedad y el control glucémico.
- Resultados:

  Los valores glucémicos comenzaron a estabilizarse tras el ajuste dietético. La paciente expresó satisfacción con las opciones alimenticias.

Día 6: Educación sobre complicaciones materno-fetales

- Acciones:
  - Explicación detallada de los riesgos asociados con diabetes gestacional (macrosomía, parto prematuro, hipoglucemia neonatal).
  - Refuerzo en la adherencia a controles prenatales.
- Resultados:
  La paciente mostró mayor conciencia sobre la importancia del control glucémico para prevenir complicaciones.

Día 7: Revisión de niveles glucémicos

- Acciones:
  - Análisis de los valores registrados durante la semana y ajuste de estrategias según resultados.
  - Refuerzo del cumplimiento dietético y la actividad física.
- Resultados:
  Los valores posprandiales se acercaron a los rangos objetivo. La paciente informó sentirse más confiada.

Día 8: Evaluación fetal

- Acciones:
  - Realización de un monitoreo fetal no estresante (NST) para evaluar bienestar fetal.
  - Revisión del crecimiento fetal mediante ecografía.
- Resultados:
  Los resultados del NST fueron normales. El peso fetal estimado se mantenía dentro del rango adecuado.

Día 9: Inclusión de suplementos

- Acciones:
  - Introducción de suplementos prenatales, incluyendo calcio, vitamina D y ácido fólico.
  - Educación sobre la importancia de estos suplementos para la madre y el feto.
- Resultados:
  La paciente comenzó la suplementación sin complicaciones. Se reforzó la adherencia diaria.

Día 10: Segunda revisión dietética

- Acciones:
  - Reevaluación del plan de alimentación tras monitorear respuestas glucémicas.
  - Ajustes en las proporciones de carbohidratos, grasas y proteínas según requerimientos.
- Resultados:
  La paciente reportó sentirse satisfecha con las comidas y mostró interés en aprender más recetas saludables.

Día 11: Control de actividad física

- Acciones:
  - Supervisión del impacto de la actividad física en los niveles glucémicos.
  - Introducción de ejercicios de estiramiento adecuados al tercer trimestre.
- Resultados:
  Los valores de glucosa posprandial mejoraron tras las caminatas. La paciente mostró entusiasmo por continuar.

Día 12: Evaluación emocional

- Acciones:
  - Discusión sobre el impacto emocional del diagnóstico y manejo de diabetes gestacional.
  - Provisión de apoyo psicológico en caso necesario.
- Resultados:

  La paciente expresó sentirse menos ansiosa tras las sesiones educativas. Mostró confianza en el manejo de su embarazo.

Día 13: Revisión de NST y ecografía

- Acciones:
  - Realización de un nuevo monitoreo fetal no estresante.
  - Evaluación del líquido amniótico y flujo sanguíneo placentario.
- Resultados:

  Los resultados confirmaron el bienestar fetal. La paciente expresó tranquilidad tras recibir buenas noticias.

Día 14: Refuerzo educativo

- Acciones:
  - Revisión de signos de alarma maternos y fetales.
  - Recordatorio sobre la importancia de los controles médicos periódicos.
- Resultados:

  La paciente mostró un mejor conocimiento sobre cómo actuar ante una hiperglucemia o hipoglucemia.

Día 15: Evaluación integral de la adherencia

- Acciones:
    - Análisis de registros dietéticos, de actividad física y de glucosa capilar.
    - Identificación de barreras para el cumplimiento del plan.
- Resultados:

  Se identificó una ligera omisión en el monitoreo de glucosa nocturna. La paciente se comprometió a mejorar.

Día 16: Refuerzo de actividad física

- Acciones:
    - Acompañamiento durante una caminata para garantizar una ejecución correcta.
    - Introducción de ejercicios de respiración y relajación.
- Resultados:

  La paciente disfrutó de las actividades físicas y reportó mayor energía al día siguiente.

Día 17: Control metabólico

- Acciones:
    - Evaluación de hemoglobina glucosilada (HbA1c) para medir control a mediano plazo.
    - Discusión sobre los resultados con la paciente.
- Resultados:

  La HbA1c mostró niveles dentro de lo esperado para diabetes gestacional, indicando un buen manejo glucémico.

Día 18: Planificación para el próximo trimestre

- Acciones:

    - Planificación de visitas más frecuentes para evaluar crecimiento fetal.
    - Coordinación con el equipo médico para diseñar un plan de parto seguro.
- Resultados:

  La paciente mostró confianza en el manejo futuro y expresó gratitud por el apoyo recibido. Se observó una mejora general en su estado físico y emocional.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

4. EPICRISIS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO (M - F)	Nº HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA
	NN	NN	f	1	00

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente embarazada con diagnóstico de embarazo gemelar, lo que presenta un alto riesgo obstétrico debido a complicaciones potenciales tanto para la madre como para los fetos. La gestante presenta sobrecarga uterina y distensión excesiva, lo que aumenta el riesgo de parto prematuro y complicaciones en el crecimiento fetal. La paciente también ha mostrado signos de ansiedad debido a la incertidumbre del manejo del embarazo gemelar y la salud de los fetos Presenta conocimientos deficientes sobre el manejo adecuado del embarazo gemelar, lo que requiere intervención educativa. La colaboración activa con el equipo médico y el soporte familiar son esenciales para prevenir complicaciones y asegurar el bienestar tanto de la madre como de los gemelos

2 RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

02/ 02/ 2024: La paciente mostró buena disposición hacia el uso de medias compresivas y comprendió los riesgos asociados a su condición. Se identificó edema leve en miembros inferiores.

05/02/2024: La paciente comenzó las caminatas diarias y reportó sentirse menos hinchada al final del día.

07/02/2024: Se ha logrado asegurar un crecimiento y desarrollo adecuado para ambos fetos, con ecografías que han mostrado resultados dentro de los rangos normales.

09/ 02/2024: El edema disminuyó ligeramente con el uso constante de medias y caminatas. La paciente reportó sentirse más cómoda con las medias compresivas.

12/ 02/2024: La paciente informó mejoría en la pesadez de las piernas y mayor facilidad para realizar sus actividades diarias.

14/ 02/2024: Se observó un impacto positivo en el nivel de energía de la paciente, quien también reportó menor sensación de pesadez en las piernas.

16/02/2024: El Doppler mostró flujo venoso adecuado. La paciente expresó tranquilidad tras los resultados y continuó con las recomendaciones.

19/ 02/2024: La paciente incorporó pausas activas en su rutina diaria, lo que redujo la sensación de cansancio en las piernas.

21/ 02/2024: La paciente se mostró comprometida con el plan y reportó

23/ 02/2024: La paciente mostró un progreso significativo en su manejo de la diabetes gestacional, reduciendo la ansiedad relacionada con la condición.**26/ 26/02/2024:** La paciente reportó sentirse menos ansiosa y destacó el beneficio de los ejercicios de relajación para mejorar su bienestar general.

28/ 02/2024: La paciente expresó confianza en el manejo del parto y comprendió la importancia de las medidas preventivas después del nacimiento.

01/ 03/2024: El edema disminuyó aún más con la combinación de hidratación adecuada y medias compresivas. La paciente reportó sentirse más ligera.

04/ 03/2024: La paciente informó reducción en el dolor y una mayor tolerancia a la actividad física.

06/ 03/2024: La paciente aplicó las técnicas recomendadas y notó mayor comodidad al final del día.

08/ 03/2024: La paciente mostró un progreso significativo en la gestión de su condición y expresó satisfacción con su evolución.

11/ 03/2024: El flujo venoso se mantuvo estable, con una disminución evidente del edema. No se detectaron complicaciones.

13/ 03/2024: La paciente se sintió segura y bien preparada para afrontar el parto, con confianza en el equipo médico y en las medidas preventivas implementadas

3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Presenta un alto riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el feto. Los hallazgos diagnósticos incluyen valores elevados de glucosa en ayunas y posprandial, alteraciones en el perfil lipídico (como aumento de triglicéridos y reducción de colesterol HDL), y posible afectación renal que se evalúa mediante creatinina, urea y tasa de filtrado glomerular. Clínicamente, se realiza un monitoreo de la presión arterial para detectar hipertensión gestacional y se evalúa la ganancia de peso para prevenir macrosomía fetal. En las imágenes, la ecografía obstétrica es clave para valorar el crecimiento fetal, detectar macrosomía o restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), y revisar la cantidad de líquido amniótico, ya que el polihidramnios está asociado a la diabetes gestacional.

4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

El tratamiento para la diabetes gestacional se centra en controlar los niveles de glucosa mediante monitoreo regular, acompañado de un plan nutricional adecuado y ejercicio moderado. Se realizan ecografías periódicas para evaluar el crecimiento fetal y la cantidad de líquido amniótico, además de utilizar Doppler fetal para examinar el flujo sanguíneo y detectar posibles complicaciones. También se monitoriza la presión arterial para detectar hipertensión o preeclampsia, y la función renal para prevenir complicaciones. La gestión incluye el control de la ganancia de peso materna para prevenir macrosomía fetal y la educación continua sobre autocuidado, asegurando un embarazo saludable y minimizando los riesgos tanto para la madre como para el feto.

5 DIAGNÓSTICOS INGRESO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF
1	DIABETES GESTACIONAL			X
2	RIESGO DE PARTO PREMATURO			X
3				
4				
5				
6				

6 DIAGNÓSTICOS EGRESO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF
1	DIABETES GESTACIONAL			X
2	RIESGO DE PARTO PREMATURO			X
3				
4				
5				
6				

7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO

La paciente está estable cuando se logre el control de la glucosa, el bienestar fetal adecuado, la resolución del edema en miembros inferiores y la presión arterial dentro de los rangos normales. Además, deberá haber una reducción de la ansiedad y un cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. El

arterial dentro de los rangos normales. Además, deberá haber una reducción de la ansiedad y un cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. El

permitirá un embarazo sin complicaciones graves y un parto saludable para los fetos.

8 MÉDICOS TRATANTES

	NOMBRES	ESPECIALIDAD	CÓDIGO	PERIODO DE RESPONSABILIDAD
1	Dra. Ximena del Cisne Flores España	Docente Encargado	.....	.....
2	Anyeli Anabel Jara Mendoza	Estudiante		
3				
4				

9 EGRESO

ALTA DEFINITIVA	X	ASINTOMÁTICO		DISCAPACIDAD MODERADA		RETIRO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MENOS DE 48 HORAS		DÍAS DE ESTADA	
ALTA TRANSITORIA		DISCAPACIDAD LEVE		DISCAPACIDAD GRAVE		RETIRO NO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MAS DE 48 HORAS		DÍAS DE INCAPACIDAD	

					CÓDIGO				
FECHA	13/03/2024	HORA	12.00	PROFESIONAL	Dr: Ximena Flores.		FIRMA		NUMERO DE HOJA	

SNS-MSP / HCU-form.006 / 2008

EPICRISIS (2)

CONCLUSIONES

- El desarrollo de un plan de intervención para prevenir el TDAH en niños nacidos de embarazos de alto riesgo debe basarse en un enfoque integral que aborde las necesidades físicas, emocionales y sociales de las madres. Este enfoque requiere la colaboración multidisciplinaria de ginecólogos, psicólogos, nutricionistas, pediatras y trabajadores sociales para garantizar una atención holística. Además, la implementación de controles prenatales frecuentes y programas educativos personalizados para las embarazadas permite identificar y manejar factores de riesgo a tiempo. Un modelo de intervención integral fortalece no solo la salud materna, sino también el bienestar del feto, promoviendo un entorno favorable para su desarrollo neurológico óptimo.
- El estrés materno crónico, junto con trastornos emocionales como ansiedad y depresión, tiene un impacto significativo en el desarrollo neurológico fetal. Estudios han demostrado que niveles elevados de cortisol materno afectan directamente las conexiones neuronales en el cerebro del feto, lo que incrementa el riesgo de TDAH. Las intervenciones dirigidas a reducir el estrés, como sesiones de terapia psicológica, técnicas de relajación y grupos de apoyo, son esenciales. Además, se deben fomentar redes de apoyo familiar y comunitario para reducir el aislamiento social y mejorar el estado emocional de las madres. Priorizar la salud mental materna no solo beneficia a las mujeres durante el embarazo, sino que también reduce las probabilidades de problemas de desarrollo en sus hijos.
- El consumo de tabaco, alcohol y drogas recreativas durante el embarazo representa uno de los factores de riesgo más críticos en el desarrollo de TDAH en niños. Estas sustancias generan alteraciones en los neurotransmisores y estructuras cerebrales fetales, afectando su funcionalidad a largo plazo. Es fundamental incluir programas educativos que sensibilicen a las madres sobre los peligros de estas prácticas y proporcionar alternativas para manejar el estrés o las adicciones. Asimismo, la atención prenatal debe integrar estrategias de detección temprana y derivación a servicios especializados en casos de consumo activo, asegurando un acompañamiento continuo y libre de estigmas.
- Complicaciones como la diabetes gestacional, hipertensión arterial y preeclampsia no solo representan un riesgo físico para la madre, sino que

también tienen un impacto directo en el desarrollo neurológico del feto. Estas condiciones pueden alterar el flujo sanguíneo placentario y, por ende, la oxigenación y nutrición cerebral del bebé. Un control prenatal riguroso permite detectar estas complicaciones de manera temprana y mitigarlas con tratamientos oportunos. Además, se debe empoderar a las madres a través de programas educativos que expliquen cómo estas enfermedades afectan el desarrollo fetal y cómo adoptar medidas preventivas, como una dieta equilibrada y la adherencia a tratamientos médicos.

- La falta de información adecuada sobre el TDAH y sus factores de riesgo durante el embarazo limita las acciones preventivas que pueden tomar las madres. La educación psicoemocional empodera a las embarazadas, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre sus hábitos, cuidados y exposición a riesgos. La implementación de talleres interactivos y materiales accesibles sobre la prevención del TDAH, enfocados en hábitos saludables, manejo del estrés y promoción de la salud mental, debe ser una prioridad en los programas de intervención. Además, fomentar el diálogo abierto entre los profesionales de la salud y las madres ayuda a construir confianza y garantizar una adherencia efectiva a las recomendaciones médicas.
- Los hallazgos destacan la urgencia de fortalecer políticas públicas que respalden a las embarazadas de alto riesgo. Estas políticas deben incluir la creación de programas gratuitos o subsidiados para atención prenatal integral, servicios psicológicos accesibles y la promoción de entornos laborales seguros. La regulación del consumo de sustancias y la implementación de campañas educativas masivas son esenciales para reducir los riesgos asociados con el TDAH en niños. De esta manera, no solo se beneficia a las madres y sus hijos, sino que también se contribuye a disminuir la carga social y económica asociada con este trastorno en la sociedad a largo plazo.
- Estas conclusiones subrayan la complejidad de los factores involucrados y la necesidad de intervenciones oportunas, basadas en evidencia, para garantizar un desarrollo saludable en los niños nacidos de embarazos de alto riesgo.

RECOMENDACIONES

Implementar protocolos de atención integral que consideren un enfoque multidimensional es esencial para atender las necesidades de las embarazadas de alto riesgo. Estos protocolos deben incluir monitoreos clínicos regulares, evaluaciones psicológicas, y detección temprana de complicaciones gestacionales. Además, es importante personalizar las intervenciones según el contexto de cada madre, asegurando que todos los aspectos de su bienestar sean considerados.

Fortalecer la educación y el empoderamiento de las madres mediante talleres prácticos donde se brinde información sobre hábitos saludables, técnicas de manejo del estrés y el impacto de sustancias nocivas durante el embarazo. Proveer materiales educativos accesibles y fomentar la participación activa en el cuidado prenatal no solo incrementa el conocimiento, sino que también empodera a las madres a tomar decisiones informadas para proteger la salud de sus hijos.

Fomentar la creación de redes de apoyo emocional y social que permitan a las embarazadas acceder a un sistema de acompañamiento constante. Estas redes deben incluir grupos comunitarios y servicios de asistencia psicológica, ofreciendo un espacio seguro donde las madres puedan expresar sus preocupaciones y recibir orientación. Integrar a familiares en estas redes también contribuye significativamente a la reducción del estrés y mejora el entorno emocional durante el embarazo.

Promover políticas públicas que prioricen la atención de embarazadas de alto riesgo asegurando acceso a servicios médicos de calidad, programas de suplementación nutricional y entornos laborales seguros. Estas políticas deben ser diseñadas en colaboración con instituciones de salud para garantizar su eficacia y sostenibilidad, generando un impacto positivo en la salud materno-fetal a nivel comunitario.

Implementar un sistema de monitoreo y evaluación para medir el impacto de las intervenciones, analizando indicadores clave como la incidencia de complicaciones gestacionales y el bienestar emocional de las madres. La evaluación continua no solo permite medir el éxito del plan, sino también identificar áreas de mejora, asegurando que las estrategias se mantengan dinámicas y efectivas a lo largo del tiempo.

Incentivar la multidisciplinariedad en la atención prenatal al integrar equipos conformados por ginecólogos, psicólogos, nutricionistas y pediatras. Este enfoque colaborativo permite abordar los diversos factores que influyen en el desarrollo del TDAH, asegurando una atención holística que contemple todos los aspectos de la salud materno-fetal.

Sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de prevenir el TDAH desde el embarazo a través de campañas educativas que destaquen el impacto de factores como el estrés, la nutrición y la exposición a sustancias tóxicas. Estas iniciativas contribuyen a generar un entorno social más favorable para las embarazadas, fomentando la comprensión y el apoyo colectivo hacia sus necesidades.

Incorporar tecnología como herramientas digitales para facilitar el acceso a información y servicios de apoyo. Aplicaciones móviles y plataformas en línea pueden incluir recordatorios de citas médicas, materiales educativos interactivos y acceso a sesiones de asesoramiento psicológico, mejorando la accesibilidad y promoviendo la autonomía en el cuidado prenatal.

Establecer alianzas estratégicas con instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y entidades privadas para garantizar la sostenibilidad del plan. Estas alianzas pueden proporcionar recursos financieros y técnicos necesarios, mientras que la capacitación del personal local asegura la continuidad de las intervenciones y su adaptación a las necesidades futuras.

Priorizar la investigación científica como parte del desarrollo del plan, evaluando continuamente la efectividad de las estrategias implementadas y explorando nuevas intervenciones preventivas. Difundir los hallazgos en foros académicos y publicaciones científicas permite un intercambio de conocimientos que beneficia a comunidades similares y contribuye al avance en la prevención del TDAH desde etapas tempranas.

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

PLAN DE PREVENCIÓN EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO PARA PREVENIR EL TDAH

LOJA - ECUADOR

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

- Protocolo de investigaciónLínea de investigación del Instituto Superior Universitario Bolivariano
- Planteamiento del problema
- Justificación
- Profundidad del estudio
- Pregunta de investigación
- Hipótesis
- Objetivo general 5
- Objetivos específicos 6
- Alcances y limitaciones 6
- Plan recurrente del proyecto de investigación 6
- Docentes y estudiantes participantes 7
- Presupuesto 7

CAPÍTULO 2

- Fundamento teórico 8
- Estado del arte 8
- Marco teórico 10
- Marco conceptual 11
- Operacionalización 11

CAPÍTULO 3

- Marco metodológico 13
- Matriz de congruencia 13
- Método racional de análisis 13
- Profundidad 14
- Diseño metodológico 14
- Enfoque de recolección de datos 15
- Procedimientos de instrumentación 15
- Determinación de la muestra 15
- Trabajo de campo 16

RESULTADOS 16

CONCLUSIONES 18

RECOMENDACIONES 18

REFERENCIAS 19

OTRAS FUENTES CONSULTADAS 20
ANEXOS 21

INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se brindará una prospectiva sobre la orientación de la línea de investigación elegida para el desarrollo de este trabajo, enmarcado dentro de los lineamientos establecidos por el Instituto Superior Universitario Bolivariano; el estudio propuesto se interrelaciona íntimamente con la línea de investigación.

Según la Organización Mundial de la Salud más del 4% de la población mundial tiene TDAH, siendo provocado, según una de las hipótesis, por una deficiencia en la regulación de ciertos neurotransmisores que se encargan de funciones como atender, procesar información, enfocar, controlar los impulsos y memorizar y, también, de las funciones motrices y psíquicas.

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad es un diagnóstico bastante común en la actualidad. Los datos más recientes del National Institute of Mental Health de Estados Unidos reportan una prevalencia de esta enfermedad de entre 5 y 11% a nivel mundial. Se estima que actualmente existen alrededor de 36 millones de personas en América Latina que han sido diagnosticadas con este trastorno, de las cuales menos de un cuarto recibe algún tipo de tratamiento médico y solo el 7% se beneficia de tratamiento psiquiátrico.
El estudio más reciente realizado en Ecuador sobre la prevalencia del TDAH en niños y adolescentes reporta que el 7.3% de esta población cumple con los criterios diagnósticos para dicho desorden.
La investigación se enmarca dentro de lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) como la dificultad para man-

tener la atención, la presencia de impulsividad y un aumento en la actividad motora que puede presentarse como una sensación constante de inquietud e imposibilidad de relajarse. Existen tres subtipos de TDAH, predominantemente el subtipo combinado: 60%, inatento: 30%, hiperactivo-impulsivo:10%, con máxima prevalencia de seis a nueve años.

El TDAH constituye un problema de salud pública, ya que tal desorden aumenta el riesgo de las personas que la padecen y su entorno, pacientes con este trastorno suelen tomar decisiones más impulsivas, tienen poca capacidad de medir riesgos, son altamente propensos a sufrir accidentes, además pueden llegar a ser objeto de burla y ridículo dentro del área escolar.

En salud pública, el TDAH representa un desafío en la población infantil de nuestro país, situación que implica retos muy grandes de la política de infancia sobre esta problemática y donde además de todos los protocolos de tratamiento realizados hasta el momento se deben incluir abordajes que tengan implícitos el manejo prenatal, neonatal y en lo posterior otros aspectos que de forma integral involucren a la familia y el medio social del paciente aquí radica la importancia de la presente investigación cuyos resultados permitan a los profesionales de enfermería y de salud en general generar cambios sobre los esquemas de atención y manejo ya establecidos.

CAPÍTULO 1
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Línea de investigación del Instituto Superior Universitario Bolivariano

El presente trabajo de investigación se efectúa dentro del ámbito de una investigación proyectiva con la creación de una "PLAN DE PREVENCIÓN EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO PARA PREVENIR EL TDAH"; para ello, el trabajo investigativo se encuentra dentro de la línea de investigación III de la carrera de Enfermería perteneciente al área de las Ciencias de la Salud del Instituto Superior Universitario Bolivariano denominada, el ámbito de estudio se orienta en la salud mental y ocupacional que permitan el desarrollo del ser humano.

La OPS señala enfáticamente "No hay salud sin salud mental" y menciona que la salud mental es una parte integral de la salud y va más allá de la ausencia de trastornos mentales, además señala que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia, es un proceso crónico con una alta comorbilidad que influye en el funcionamiento del individuo en la edad adulta, tiene un gran impacto en la sociedad en términos de coste económico, estrés familiar y problemas académicos y es uno de los trastornos psíquicos más frecuentes en los niños de entre 5 y 10 años; por tal motivo el propósito de la presente investigación es plantear un plan de prevención en gestantes que cursan con embarazos de alto riesgo que permitan evitar el desarrollo de TDAH en nuestra ciudad.

Planteamiento del problema

El TDAH es una patología del neurodesarrollo más frecuente en la infancia. En el 2013 según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría se encontró una prevalencia del 7.2 % a nivel mundial. Aproximadamente un tercio de los niños hiperactivos presentan una marcada deficiencia en el aprendizaje, en el 40 al 50% se evidencian un obstinante retraso académico. (Cañar Mendes & Vélez Jaigua, 2016)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el TDAH ha sido identificado como una inquietud prioritaria sobre la base de su prevalencia o su potencial, de causar: minusvalías, de sus posibilidades terapéuticas de recuperación, especialmente a nivel de atención

primaria de la salud, y de sus consecuencias a largo plazo. (Juan, Jiménez, & Rodríguez, 2012);que puede continuar en un 60% de los casos en la adultez. (Cunill, 2015).

Se han documentado diferencias importantes en el reconocimiento y manejo del TDAH en los distintos centros de salud a lo largo del mundo, a pesar de que se cree que la frecuencia real de este trastorno es similar en los diversos lugares. Esta diferencia es debida, probablemente, a la utilización de distintos sistemas de clasificación y escalas diagnósticas para esta patología, mostrando diferencias en el número de pacientes diagnosticados (Sayal K, 2006)

En Latinoamérica existen al menos 36 millones de personas con TDAH y menos de un cuarto de los pacientes se encuentran bajo tratamiento multimodal; entre estos, solo el 23% tiene un apoyo terapéutico psicosocial y el 7% tratamiento farmacológico adecuado. Ante esta problemática diagnóstica y terapéutica se debe desarrollar una estrategia específica que recupere la salud y bienestar de los pacientes afectados. (Olvera, 2013). Además, el TDAH presenta una alta comorbilidad (40%-60%) con otros problemas de conducta y/o emocionales, siendo el trastorno negativista desafiante (TND) uno de los más frecuentes. (Pérez M. R., 2015)

En Ecuador, el TDAH se presenta, generalmente en la población infantil con una tendencia entre el 5 y 8% en edad escolar, siendo

los varones tres veces más susceptible a padecerlo. (Cañar Mendes & Vélez Jaigua, 2016). En nuestro país y a nivel local, no se cuenta con cifras de prevalencia nacional del daño como tal debido a su potencial riesgo en el desarrollo y funcionamiento del sistema nervioso central; las complicaciones prenatales, perinatales y postnatales han sido los factores más comúnmente mencionados por los diferentes investigadores en relación al trastorno antes mencionado, sin embargo, existen pocas investigaciones que determinen la especificidad de los mismos.

El TDAH tiene un origen biológico y varios factores etiológicos genéticos y ambientales que contribuyen a su desarrollo. Varios autores mencionan que el TDAH supone un 50% de las consultas en psiquiatría infantil, justifica un 10% de problemas disruptivos y suele requerir el doble de recursos médicos por accidentes y traumatismos.
Según Martinhago. (2019), desde su punto de vista analítico el DSM-5 considera una amplia gama de factores como potenciales o posibles causas del TDAH, desde el uso de alcohol o tabaco en el embarazo, el bajo peso al nacer, la existencia de problemas fisiológicos como el atraso motor, hasta supuestos factores genéticos. La centralidad dada a estos supuestos factores biológicos y ambientales lleva a considerar la influencia que pueden tener en el comportamiento del niño, los conflictos familiares o escolares, así como el sufrimiento que esos conflictos pueden suscitar en la primera infancia.

Justificación

El TDAH es un síndrome neurobiológico de etiología o causa compleja, debido a un fallo en el desarrollo de los mecanismos cerebrales.

Hemos pasado a lo largo de varias décadas desde la incredulidad de que el TDAH fuera realmente una alteración patológica al conocimiento médico más profundo y completo de la alteración o alteraciones que influyen en la aparición de esta patología. Así pues, desde el escepticismo en el que se les consideraba como niños/as malcriados, vagos y desobedientes, a la comprensión de las alteraciones que los producen como algo independiente de la propia voluntad y del comportamiento consciente.

Según las Prioridades de investigación en salud, 2013-2017, del Ministerio de Salud Pública, Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, Dirección de Inteligencia de la Salud, el presente estudio está enfocado en base al ítem de SALUD MENTAL Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO, en el que constan diferentes patologías tales como "Esquizofrenia, Abuso de alcohol, tabaco y drogas (ATD), Depresión y Distimia, Trastornos de alimentación, Trastornos generalizados del desarrollo (Autismo, Asperger), Trastornos de Atención y Discapacidad intelectual".

En el aspecto social, atendiendo a las características diagnósticas y a la alta prevalencia en estudios internacionales es relevante caracterizar específicamente a nuestra población de gestantes para la prevención y reconocimiento precoz de dicho diagnostico en niños y niñas productos de embarazos de alto riesgo, ya que corresponde a uno de los problemas de mayor impacto en la vida de quien lo presenta, en la familia y en el entorno que encierra.

El nivel socioeconómico de una familia puede determinar los recursos disponibles para acceder a servicios de salud y medicinas, influenciar en los hábitos individuales y afectar en la salud mental, tomando en cuenta que el TDAH al ser un trastorno altamente prevalente en nuestras consultas y la práctica ambulatoria pública, la presente investigación pretende implementar un plan de intervención preventivo dirigidos a pacientes gestantes de alto riesgo propone un abordaje diferente para el TDAH, con la finalidad de mejorar la planificación y optimización de recursos hacia este sector.

En el ámbito legal, la Ley de maternidad gratuita y atención a la Infancia establece que toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto. Dispone, asimismo, que se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos/as y niños/as menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado, el TDAH se registran diferentes factores ambientales que afectan a sus progenitores y a los propios pacientes y que determinan que el proceso patogénico se realice. Así pues, la desnutrición materna y feto-materna, el abuso por parte de la madre de tabaco, alcohol y drogas durante la gestación, y el mal control obstétrico puede influir en la presentación del TDAH en su descendencia. Procesos que pueden producir un adelanto en el parto (prematuridad) o un peso al nacimiento disminuido (niños con bajo peso al nacimiento) motivan fenómenos de hipoxia, isquemia o hemorragias tipo I-IV de Volpe que condicionan el desarrollo neurológico y la presencia de trastornos neurológicos diversos como el retraso mental, TEA y TDAH en los recién nacidos que se manifiestan en los primeros años de vida.

En base a los argumentos mencionados la presente investigación se justifica ya que debido a la incomprensión y de la desinformación inherentes por parte de las pacientes y en parte el personal de salud hacia el diagnóstico y reconocimiento de dicho trastorno y las repercusiones que conlleva que pase desapercibido este problema en la vida académica, emocional y social de los niños que lo padecen es el motivo a presentar el trastorno de déficit de atención como temática investigativa de trabajo, por lo que el enfoque va encaminado a plantear un instructivo dirigido a pacientes en estado de gestación con riesgo elevado, teniendo como propósito modificar el abordaje de tal trastorno al promover la identificación temprana de niños con alto riesgo de padecer esta patología, optimizar su diagnóstico y posterior tratamiento farmacológico y neuropsicológico para beneficio no solo del paciente sino también del núcleo familiar y social.

Profundidad del estudio

El presente trabajo investigativo es de tipo proyectivo ya que nos permite crear o generar modelos, en este caso un plan de prevención para mujeres que cursan con embarazos de alto riesgo a partir de la información ya existente con el propósito generar cambios en el manejo clínico del TDAH desde la etapa prenatal.

Pregunta de investigación

¿Los embarazos de alto riesgo predisponen a la obtención de niños con TDAH a futuro?

Hipótesis

Las mujeres que cursan con embarazos de alto riesgo al ser intervenidas con un plan de cuidados e información prenatales tienen mayores posibilidades de prevenir niños con TDAH a futuro.

Objetivo general

Diseñar un plan de prevención para embarazadas con alto riesgo para evitar el desarrollo de TDAH.

Objetivos específicos

- Identificar factores de riesgo de cronicidad o mala evolución del TDAH.
- Diseñar un plan de prevención para embarazadas con alto riesgo para evitar el desarrollo del TDAH a futuro.
- Valorar la respuesta al plan de prevención de las madres en el producto a largo plazo.

Alcances y limitaciones

El presente trabajo investigativo contribuirá al ámbito de la salud y social, mediante la implementación de un plan preventivo prenatal con el propósito de evitar, mejorar el pronóstico y disminuir las complicaciones relacionadas con el TDAH, que pueden ser graves con repercusión a futuro y requerir un alto coste para los servicios sanitarios.

Plan recurrente del proyecto de investigación

Docentes y estudiantes participantes

Presupuesto

02

FUNDAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 2
FUNDAMENTO TEÓRICO

Estado del arte

VARIABLES

- Embarazo de alto riesgo
- Niños con TDAH
- Factores de riesgo

1. En la investigación, uno de los antecedentes con los que nos encontramos en la desarrollada por (Martínez Rubio V, 2019) denominada tabaquismo gestacional y trastorno por deficit de atención e hiperactividad, más razones para no fumar, en la cual revela una fuerte asociación y dosis-respuesta dependiente, entre la exposición a la nicotina prenatal y el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los hijos de las madres expuestas, dicho estudio fue aplicado a un total de 1320 pacientes diagnosticados de TDAH, se obtuvieron 1079 muestras útiles de cotinina plasmática en las embarazadas (casos). Los controles fueron niños que no tenían el diagnóstico de TDAH emparejados 1:1 con los casos por año de nacimiento, sexo, y lugar de vivienda al diagnóstico. Se excluyeron los que tenían retraso mental profundo y trastornos de la conducta. Hubo 241 pérdidas en el GI por muestra de suero insuficiente.

   Este trabajo se relaciona con una de nuestras variables que incluyen factores de riesgo prenatales, en el cual el objetivo fue establecer la relación entre los niveles de cotinina plasmática durante el embarazo y el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en los hijos, el diseño del estudio fue de casos y controles anidado en una cohorte. Según los resultados existiría un 9% más de riesgo de desarrollar TDAH en los niños de madres expuestas a la nicotina durante el embarazo (ORa: 1,09; IC 95: 1,06 a 1,12) que, en las no expuestas, independientemente de todos los factores confundentes vistos anteriormente.

2. Según (Glover, 2021) muestra una asociación entre el malestar emocional materno y problemas en el neurodesarrollo y conductuales en la descendencia, tanto a corto como a largo plazo; es decir, en el feto, el niño y el futuro adulto, a través de lo que se ha denominado programación fetal. Este efecto, no sólo se da en las primeras semanas de neurodesarrollo del bebé, sino que el cerebro del bebé puede verse influido por las señales que le

llegan de la madre a lo largo de todo el embarazo. Respecto a los estudios en humanos, el de diseño prospectivo Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) ha permitido indagar sobre el impacto de la ansiedad y depresión materna prenatal en 14.000 mujeres embarazadas y su descendencia a corto y largo plazo. Se midieron los síntomas de ansiedad y depresión maternas en la 18 y 32 semana de gestación y se evaluaron los síntomas emocionales y conductuales (Strengths and Difficulties Questionnaire-SDQ-) en la descendencia a los 4,7,11 y 13 años de edad, además de otras medidas y factores de confusión (ansiedad y depresión maternas y paternas pre y postnatal, edad materna, peso del bebé, edad gestacional, consumo de tabaco y alcohol, factores psicosociales y nivel educativo materno). Los resultados mostraron la asociación de la ansiedad prenatal en la 32 y la 18 semana de gestación con la presencia de síntomas de TDAH y problemas conductuales en la descendencia a los 13 años de edad. Cuando los síntomas de ansiedad y depresión prenatal eran graves, este riesgo aumentaba al doble respecto al grupo con síntomas leves (del 6% al 12%).

El estudio mencionado aporta a nuestra investigación al relacionar entre los factores de riesgo al estrés materno y la probabilidad de desarrollo futuro de TDAH, al señalar que se ha estimado que la carga de problemas mentales atribuibles a la ansiedad o depresión antenatal en la población es del 10-15%. En conse-

cuencia, el ser capaces de minimizar el estrés materno antenatal podría reducir entre 100.000-150.000 el número de niños afectados por problemas del neurodesarrollo. Por lo tanto, la salud mental prenatal tiene importantes implicaciones para la salud pública de las futuras generaciones y debería ser una prioridad.

3. (Demontis, 2019) desarrolló un estudio internacional acerca del descubrimiento de los primeros loci de riesgo significativos en todo el genoma para el TDAH, utilizando una muestra de 20,183 sujetos diagnosticados con el trastorno y 35,191 pacientes estudiados controles de países del continente Europeo, así como de Estados Unidos, Canadá y China, mediante un análisis de tres estudios de replicación: una población de TDAH autoinformada, una muestra de individuos diagnosticados con dicha patología y un metanálisis de medidas cuantitativas de la sintomatología en la población, resumidamente, el estudio identificó 12 fragmentos genómicos, la mayor parte pertenecientes a genes específicos que conceden susceptibilidad al TDAH, y señaló que, en particular, gran parte de los cambios genéticos asociados a esta patología alteran a elementos que se encargan de regular la expresión génica en el cerebro. Entre los segmentos que se identificaron destacaron 3 con mayor relevancia en investigación. Uno de los genes más claramente relacionados con el trastorno es el FOXP2, que codifica una proteína que tiene un papel muy importante dentro del aprendizaje y de la conformación de las sinapsis neuronales. Otro gen detectado fue el DUSP6, que tiene su participación en la inspección de la neurotransmisión dopaminérgica. De la misma forma, el gen SEMA6D, como un gen expresado en el cerebro en la etapa del desarrollo embrionario.

   En este contexto, muchos hallazgos en la patología de estudio se encontraron respaldados por una serie de metaanálisis que, en concreto, destacaron que los genes desempeñan un rol fundamental en la causa de este trastorno del neurodesarrollo. Los metaanálisis han implicado genes adicionales, sin embargo, su papel como genes de riesgo continúa siendo incierto hasta que se lleve a cabo su validación en un análisis de todo el genoma.

4. Según (Yumbato, 2017) en su estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles, cuya población de estudio estuvo constituida por 220 niños de 5 a 15 años ; quienes se dividieron en 2 grupos: con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y sin él se obtuvo que la frecuencia de prematuridad en pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad fue 49%, la frecuencia de prematuridad en pacientes sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad fue 16%. La prematuridad es factor de riesgo para trastorno por déficit de atención e hiperactividad con un odds ratio de 5.15 el cual resulto significativo ($p<0.05$). El promedio de edad gestacional fue significativamente inferior en los pacientes con TDAH

respecto de los pacientes sin TDAH ($p<0.05$). Esta investigación se relaciona con las variables de nuestro estudio ya que enfoca en un factor de riesgo que estadísticamente es relevante e incide en los resultados a largo plazo en los pacientes.

5. Según (Brenes-Monge A, 2020) en un estudio en México, se registra que un 15% de los embarazos con riesgo obstétrico está ligado a contextos de vulnerabilidad socioeconómica que impactan en la salud materna, generando condiciones de riesgo graves durante el embarazo, parto y posparto, entre los factores de riesgo que afectan a las mujeres mexicanas en edad reproductiva se destaca en mujeres de ≥20 años el sobrepeso (36.6%) y obesidad (40.2%); la prevalencia de estos padecimientos en las adolescentes es de 27.0 y 14% respectivamente, vinculado a los factores anteriores se registran diagnósticos médicos crónicos como: diabetes (10.3%) e hipertensión (18.4%) en mujeres de ≥20 años. Los diagnósticos crónicos se encuentran asociados a los contextos socioculturales en los que se vive la gestación ya que generan circunstancias y condiciones sociales que repercuten en el embarazo, el parto y el puerperio, propiciando factores de riesgo que permean en los EAR como la desnutrición, tabaquismo, infecciones de transmisión sexual (ITS), diabetes, sobrepeso, obesidad, hipertensión, hipotiroidismo, entre otros son factores que incrementan las complicaciones obstétricas que pueden propiciar la muerte o la discapacidad de mujeres en etapa reproductiva y productiva

6. En la investigación realizada por (Harden, 2019) menciona tasas de estatus epiléptico en embarazadas son comparables a la frecuencia anual del 1.6% en la población general con epilepsia, en aproximadamente el 60% de las pacientes, la frecuencia de las convulsiones es similar a la de previo al embarazo, mientras que el 15% experimenta un aumento en la frecuencia y el 15% experimenta una disminución. Las mujeres con epilepsia a menudo se consideran de alto riesgo durante el embarazo debido al aumento de los riesgos obstétricos y fetales. Se ha observado durante sus embarazos mayor incidencia de complicaciones que incluyen aborto espontáneo, hemorragia anteparto y postparto, hipertensión gestacional, preeclampsia, presentación de nalgas, inducción del trabajo de parto, parto por cesárea o instrumentado y de parto prematuro.

   El estudio mencionado es de relevancia a nuestra investigación ya que menciona una de las causas que predispone a una paciente gestante a ser catalogada con alto riesgo dentro de las guías establecidas de atención obstétrica del Ministerio de Salud Pública y como consecuencia asociada al desarrollo de infantes con TDAH a futuro. Los niños expuestos a valproato y evaluados a las edades de 3 y 6 años tenían un coeficiente intelectual más bajo (de 6 a 9 puntos menos) en comparación con los expuestos a carbamazepina, lamotrigina y fenitoína, con una relación

dosis dependiente. Además, presentaron un mayor riesgo de retraso en el desarrollo de las habilidades cognitivas, psicomotoras y del lenguaje, trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y se observó un rendimiento más bajo en la Escala de Memoria Infantil. (Kaplan, 2021).

7. Según (Gómez, 2017) en nuestro país la prevalencia de embarazo de alto riesgo es alta, encontrándose en porcentajes superiores al 60 % de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en el año 2018, ocurrieron 137 muertes maternas, representando una tasa de mortalidad de 41,4 por cada 100 mil nacidos vivos; en 2019, existieron 123 muertes maternas, representando una mortalidad de 37 por cada 100 mil nacidos vivos y para 2020 alcanzo 191 muertes maternas, constituyendo una tasa de muerte materna de 57,6 por cada 100 mil nacidos vivos. El riesgo de muerte materno-neonatal se asocia al riesgo obstétrico pudiendo ser bajo, alto e inminente. La prevalencia de embarazo de riesgo alto es variable, alcanzando 60 a 70 %, con porcentajes mínimos de embarazos sin riesgo del 2 %. Afectando principalmente a gestantes adolescentes y mayores de 35 años en un 40 %.

   Podemos deducir que en relación con nuestro estudio es relevante tomar en cuenta los factores que aumentan las posibilidades de riesgo alto en el embarazo entre ellas: madre adolescente o mayor a 35 años, peso bajo o sobrepeso materno, patologías de

útero y ovarios, enfermedades crónicas no trasmisibles, consumir sustancias toxicas, control prenatal inadecuado, antecedentes familiares patológicos y trastornos hipertensivos del embarazo.

8. (Chacho, 2019), realizo un estudio sobre el embarazo de alto riesgo y factores asociados en el Hospital José Carrasco en el año 2018, mediante la revisión de 325 expedientes clínicos de embarazadas en relación a los caracteres socio-demográficos, se observó que el 36 % de las pacientes pertenecieron al grupo etario de 35 años o más, seguidas del grupo de 30 a 34 años con el 31,7 %, 25 a 29 años con el 26,8 % de, encontrando una edad media de 32,3 años, el 68,6 % de pacientes estaban casadas, el 64,9 % procedían del sector urbano, en cuanto a la instrucción, el 53,2 % tenían un nivel superior, un 369% secundaria y un 9,8 % primaria. Dentro de las características obstétricas, el 48,9 % de gestantes, cursaban el tercer trimestre de embarazo, el 69,8 % presentaron menos de 5 controles prenatales, el 46,2 % eran primíparas, 28,6 % multíparas y 25,2 % nulíparas y en cuanto al riesgo obstétrico, se encontró un mayor porcentaje de embarazos de alto riesgo con el 61,8 %, seguidas de muy alto riesgo con el 20,3 %, siendo el 15,7 % embarazos de bajo riesgo y solo el 2,2 % sin riesgo, concluyendo que el 82,2 % de las embarazadas se consideraron como embarazos de alto y muy alto riesgo obstétrico.

9. En la investigación de (Acaro, 2022) desarrollado en "Centro de Atención, Diagnostico y Tratamientos de TDAH en niños de 5 a 12 años, en el distrito de Pisco-Ica 2022" indica que el TDAH es un trastorno neurobiológico que afecta al 2-12% de la población pediátrica mundial. Se sabe que es un proceso crónico, que evoluciona desde la infancia hasta la adolescencia y la edad adulta, entre el 50-70% de los pacientes tienen repercusiones en la vida del niño: dificultades cognitivas (funciones ejecutivas), académicas (el 20% del fracaso escolar se debe al TDAH), conductuales (negativista desafiante, conductas de riesgo: drogas, sexualidad, accidentes, delincuencia), emocionales (baja autoestima, culpa, ansiedad), familiares y sociales (interacción muy difícil con los amigos, la pareja, en el trabajo, incluso problemas con la justicia).

10. (Belepucha, 2020) refiere en su proyecto tiene como propósito diseñar prácticas pedagógicas que favorezcan los procesos inclusivos en el aula para un niño con TDAH mediante un paradigma cualitativo e interpretativo con enfoque metodológico investigación acción, realizada en tres fases: a) Análisis documental b) Elaboración de planificaciones. c) Aplicación y evaluación de prácticas pedagógicas, los resultados evidencian diversos tipos de barreras, siendo estas: barreras institucionales donde resalta la carencia de formación docente e inadecuada adaptación al entorno, barreras actitudinales como el desconocimiento de procesos inclusivos y la carencia de actitud e intervención oportuna y eficaz y barreras metodológicas tales como la carencia de uso de material concreto y tecnológico. La inclusión educativa mediante una adecuada práctica docente beneficia a todos los estudiantes ya que permite gozar de oportunidades que estimulan el potencial de los niños, debido a que cada educando tiene sus propias características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje.

Marco teórico

1.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH)

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) El TDAH es considerado como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un patrón de comportamiento y de funcionamiento cognitivo que aqueja a las áreas del cerebro garantes del autocontrol y de la inhibición, afectándose también las funciones ejecutivas de memoria, planificación, organización, autorregulación y control emocional (Quintero, 2014).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM5 de la Asociación Americana de Psiquiatría, el TDAH es un patrón persistente de inatención /o hiperactividad-impulsividad que

interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. Se caracteriza por seis o más de los siguientes síntomas ya sea en inatención como en hiperactividad- impulsividad (APA, 2013).

1.1.1. Presentación Inatenta.

- No presta atención a detalles/comete errores en tareas educativas.
- Muestra dificultad en mantener la atención en actividades recreativas.
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- No sigue instrucciones y no culmina los trabajos escolares o laborales.
- Presenta dificultad al organizar tareas y actividades.
- Le disgusta ejecutar actividades que requieren de esfuerzo mental sostenido.
- Continuamente pierde materiales que son necesarios para cumplir con sus labores académicas.
- Fácil distracción por estímulos externos
- Olvida las actividades cotidianas.

1.1.2. Presentación hiperactivo impulsivo.

- Movimiento frecuente de sus manos, pies o se retuerce en su puesto de estudio.

- Deja su asiento en situaciones que debería permanecer sentado.
- Recorre o se trepa en situaciones no adecuadas.
- No logra participar en actividades de recreación.
- Procede tal como si estuviera estimulado por un motor.
- Su lenguaje verbal es excesivo.
- A preguntas inconclusas responde precipitadamente.
- Presenta conflictos en espera de turno.
- Interfiere o se inmiscuye en los asuntos ajenos (APA, 2013).

FIGURA 1. Tipos de presentaciones del TDAH

Varios autores mencionan que el TDAH supone un 50% de las consultas en psiquiatría infantil, justifica un 10% de problemas disruptivos y suele requerir el doble de recursos médicos por accidentes y traumatismos (Thapar, Rutter's Child and adolescent psychiatry, 2020). En un contexto histórico de literatura infantil, encontramos personajes con descripciones muy cercanas al TDAH. Por ejemplo, en la obra del médico y autor de literatura infantil, Heinrich Hoffman (1809-1894), titulada en alemán "Struwwelpeter" y en español conocida como "Pedro Melenas", encontramos al personaje Felipe el enredador (o el berrinchudo, o el nervioso según la traducción), caracterizado por ser sumamente inquieto y el relato ilustra una escena donde Felipe cae al suelo por moverse tanto de la silla, arrastrando con él, la vajilla, la comida y el mantel de la mesa (Martín, 2020).

En contextos más científicos, a partir de 1900 fue creciendo el interés por el estudio del cuadro, adoptando diversas denominaciones. Así mismo, fue apareciendo en los manuales diagnósticos bajo distintas nomenclaturas, hasta aparecer en el DSM- IV (Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana, 1994), con el nombre que permanece vigente hasta la actualidad, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Había sido ya estudiado su origen biológico con estudios de neuroimágenes y genéticos; también se reconocía su impacto sobre el desarrollo social y académico del niño, así como su tendencia a la cronicidad (Sibley, 2016).

1.1.3 Epidemiología

La prevalencia va de un 2 a 12% de la población pediátrica, considerándose una prevalencia media de 5 a 8 % 2. Hay países donde la prevalencia es mayor (por ejemplo, en EEUU y más en la costa este) y en otros donde ésta es menor (por ejemplo, Francia). Es importante mencionar que se considera que la cultura varía sólo un poco la verdadera prevalencia, pero varía enormemente el impacto y la respuesta que tiene en la preocupación de los adultos que cuidan al niño. La prevalencia máxima se sitúa entre los 6 y 9 años de edad 2. En los últimos años la prevalencia del trastorno se ha incrementado, pero aún no se ha logrado determinar si esto se debe a una optimización diagnóstica, a un sobrediagnóstico o a un aumento verdadero de la prevalencia (Singh, 2008). Algunos autores mencionan que la relación niño/ niña es de 4/1 2. Otros hablan de 2 a 9 niños por cada niña 9. Los niños parecen exhibir mayor hiperactividad, inatención, impulsividad y problemas externalizantes. Las niñas generalmente muestran mayor inatención, problemas internalizantes (ansiedad, depresión) y compromiso cognitivo 9. Se cree que existe un menor diagnóstico en niñas ya que son las que suelen presentar más el TDAH de presentación inatento (sin hiperactividad ni impulsividad) 2. Entonces, al no generar mayor perturbación, que es lo que frecuentemente motiva a los adultos a llevar a sus niños a consulta y a los docentes sugerir alguna evaluación, pueden pasar bastante desapercibidas. (Parellada, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta, 2009).

Etiología

La causa del TDAH es multifactorial, es una confluencia de factores genéticos y ambientales. En cuanto a la heredabilidad, sabemos que la concordancia va de 70 a 90% 5. Si un padre tiene TDAH el riesgo en el niño aumenta entre 2 y 8 veces. Para un hermano, el riesgo aumenta entre 3 y 5 veces. En un gemelo homocigoto (con idéntico ADN) el riesgo aumenta entre 12 y 16 veces (Soutullo, 2010).

Factores ambientales van a funcionar como desencadenantes o moduladores de la carga genética. Los siguientes factores predisponen el desarrollo de TDAH: exposición intrauterina al tabaco, al alcohol o a tratamiento farmacológico (benzodiacepinas o anticonvulsivantes); prematuridad; bajo peso al nacer; complicaciones perinatales; edad materna avanzada al momento del parto; conflicto familiar severo o crónico; familia numerosa; antecedentes psiquiátricos en padres; institucionalización; infra estimulación por un largo período de tiempo; clase social baja. En la etapa postnatal, una dieta inadecuada, deficiencia de yodo y de vitaminas del complejo B; exposición temprana al plomo o a los bifenilos policlorados (PCB). Algunos estudios demuestran la implicancia de preservantes y colorantes artificiales de alimentos como factores de riesgo (Polanczyk, 2007).

Los estudios muestran un funcionamiento irregular de ciertos neurotransmisores. La afectación de las vías dopaminérgicas es la responsable, en su mayor parte, de los síntomas de hiperactividad e

impulsividad, mientras que la alteración de las vías noradrenérgicas principalmente está relacionada a los síntomas de inatención y afectivos, también en la literatura se menciona la implicancia de la serotonina en el TDAH (Soutullo, 2010).

Estudios revelan alteraciones neuroanatómicas asociadas al TDAH. Entre los hallazgos encontramos: tamaños cerebrales significativamente menores que los controles con zonas más afectadas que otras, como el cerebelo, el cuerpo calloso, el estriado (núcleo caudado, putamen y globo pálido) y regiones frontales (córtex pre frontal dorso lateral); grosor reducido del córtex, especialmente el córtex pre frontal dorso lateral; alteraciones en la integridad de la materia blanca . Además de las diferencias estructurales, se ha demostrado hipoactivación funcional frontal y del cingulado (Melo, 2018).

Se describe también un modelo de heterogeneidad fisiopatológica en el TDAH, sumado a la ya conocida afección de las funciones ejecutivas, la alteración de los procesos de motivación y recompensa. Individuos con TDAH responden de manera distinta a la gratificación aplazada, se ha asociado el TDAH con una aversión al aplazamiento. Así mismo, los estudios revelan una disfunción en la red neuronal llamada en inglés "default mode network" que es una de las redes de estado de descanso de la linea media. Durante el descanso estas son importantes para la introspección y la conciencia de sí mismo, siendo de reducida conexión en el TDAH (Cooper, 2013).

Diagnóstico diferencial y comorbilidades

Es importante mencionar que los síntomas cardinales pueden deberse a otras dificultades y a otros trastornos psiquiátricos, neurológicos, médicos e incluso dificultades sociales, por eso es fundamental realizar una historia clínica minuciosa, que nos permita identificar una coherencia de síntomas en el tiempo y que se presenten con un impacto marcado en todas las áreas de funcionamiento del niño (social, familiar, académica y ocupacional) (Verkuijl, 2018).

El TDAH puede coexistir en un 70% con otros trastornos, como los siguientes: trastorno del espectro autista; problemas motores; dificultades específicas del aprendizaje; tics; trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo; trastornos de conducta y oposicionistas; ansiedad; depresión (Polanczyk, 2007).

GRÁFICO 2. Diagnóstico diferencial del TDAH.

- Problemas motores
- Dificultades del aprendizaje
- Trastorno del espectro autista

- Tics
- Trastorno de disrregulación diruptiva del ánimo
- Trastornos de conducta

- Trastorno de ansiedad
- Depresión

Manifestaciones clínicas

Es muy importante distinguir el TDAH de la inatención, hiperactividad e impulsividad esperables para la etapa evolutiva, nivel de desarrollo o coeficiente intelectual del niño.A medida que los niños crecen, todos los síntomas suelen ir disminuyendo, especialmente los de hiperactividad. La intensidad de los síntomas es contexto-dependiente, esto quiere decir que disminuye en situaciones muy estructuradas y organizadas o novedosas e interesantes. Es por esto último que muchos padres dudan de que su hijo/a pueda tener el diagnóstico, alegando que logra permanecer por horas muy concentrado en sus videojuegos, navegando por internet, etc. El problema surge cuando deben atender en contextos poco motivadores para ellos. Les es difícil poder asumir que deben hacerlo, a pesar de no ser de su agrado, y vemos una diferencia muy marcada con los niños sin TDAH (Soutullo, 2010).

Los síntomas mejoran con supervisión personal o gratificación frecuente y empeoran en contextos grupales. Es por esto que obtener información del desempeño del niño dentro de la escuela es muy valioso. Entre las diferentes presentaciones del TDAH, tenemos: la presentación combinada, que es la más frecuentemente diagnosticada y en la que los 3 síntomas cardinales confluyen y pueden asociarse a otros problemas externalizantes (conductuales); la presentación predominantemente inatenta, que es más diagnosticada en niñas y se asocia más a otros problemas internalizantes (ansiedad, depresión); la presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva que es la menos frecuentemente diagnosticada Los síntomas cardinales se verán en la práctica de diversas formas, mencionaremos las características más frecuentes para cada síntoma.

Inatención: dificultad o incapacidad para mantener la atención de manera continuada en tareas que no son altamente motivadoras; olvidos, despistes, pérdidas de objetos; dificultad para seguir órdenes o instrucciones; dificultad para terminar tareas sin supervisión; interrupción de conversaciones; cambios de tema de manera brusca; no atender a detalles como signos de operaciones matemáticas o enunciados; rendimiento inferior a su capacidad por cometer errores por descuido; cambio frecuente de juego; dificultad para organización y planificación; rechazo de tareas que exijan esfuerzo mental; distracción fácil ante estímulos externos (Mardomingo, 2015).

Hiperactividad: movimiento corporal continuo, cambios de postura al estar sentados, movimiento de piernas y/o de manos; hacer ruidos con el lápiz; levantarse cuando es requerido estar sentado; correr o trepar de manera excesiva y accidentes frecuentes como consecuencia; actividad desorganizada; no terminar acciones que empezaron; generación de ruido excesivo a su alrededor; hablar excesivamente, rápidamente y a veces con tono muy alto

Impulsividad: responder y actuar sin antes pensar, responder antes que la pregunta haya sido formulada totalmente, dificultad para entender enunciados largos; dificultades para esperar su turno; interrumpir conversaciones o los juegos de otros; accidentes frecuentes (Mardomingo, 2015).

Las características mencionadas por cada síntoma, revelan parte de la afección en las funciones ejecutivas en el TDAH. Además de las ya descritas, podemos observar: dificultades para priorizar, para manejar el tiempo, para iniciar y completar objetivos; así como dificultad para cambiar de escenarios cognitivos y una deficiencia en la memoria de trabajo (Chenail, 2016).

Otro aspecto importante para tomar en cuenta, es que estos niños suelen tener dificultades para relacionarse socialmente, pueden ser toscos, querer imponer su gusto y decisión en el juego, deviniendo en rechazo por parte de sus compañeros. Esto contribuye a que la autoestima se vea dañada y en ciertos casos pueda aparecer una comorbilidad depresiva. Algunos niños con TDAH son etiquetados negativamente o tratados de forma diferente en la casa y en la escuela, mientras deben lidiar con la dificultad para concentrarse, permanecer quietos y pensar antes de hablar; todo esto puede significar un reto para el aprendizaje y funcionamiento en un ambiente escolar típico (Perkins, 2013).

Las manifestaciones de TDAH van a variar según la etapa de desarrollo y generalmente la mayor demanda de atención ocurre entre los 6 y 9 años de edad, cuando ya las características del TDAH empiezan a impactar negativamente en el funcionamiento diario de los niños. Al realizar la historia clínica podemos damos cuenta que los síntomas iniciaron a una edad más temprana a la del diagnóstico, pues existe una correlación evolutiva en el TDAH.

En la edad preescolar destacarán las siguientes características en un niño con TDAH y reactividad temperamental: hiperreactividad; oposicionismo; tendencia a berrinches ligados a desregulación emocional. Este precoz patrón de conducta puede estar ligado a ciertas deficiencias neuropsicológicas y retraso intelectual. A esta edad la presentación hiperactiva/impulsiva es más prevalente que la presentación inatenta puesto que es una edad aún difícil de evidenciar problemas atencionales (Biederman, 2007).

En la adolescencia, permanecerán con el diagnóstico la mayoría de niños antes diagnosticados, especialmente los que cursan con problemas de conducta comórbidos. Si bien los síntomas asociados a hiperactividad empezarán a disminuir, la impulsividad e inatención continuarán dificultando la adaptación saludable en la adolescencia. Mayor riesgo de baja autoestima, distorsión del autoconcepto, posiblemente como consecuencia de disfunción familiar o relaciones sociales disfuncionales. Esto puede conducir a un ánimo bajo y sen-

timientos de infravaloración. Es común el bajo rendimiento académico y el riesgo de caer en delincuencia o consumo de sustancias. Si se presenta comorbilidad con trastornos afectivos puede incrementarse el riesgo de ideación y conductas suicidas (Leckman, 2015).

Diagnóstico

Es importante mencionar que el diagnóstico del TDAH es un diagnóstico clínico. Si bien, será útil basarnos en los criterios diagnósticos de los manuales de diagnóstico internacionales, como el CIE - 10 de la OMS o el DSM - 5 de la Asociación Psiquiátrica Americana, es clave comprender que, al ser un trastorno del neurodesarrollo, los síntomas los podremos ver de manera evolutiva. El niño irá mostrando las características antes mencionadas a lo largo de su desarrollo, acentuándose según el contexto o etapa evolutiva. Entonces, el primer elemento diagnóstico va a ser la realización de una minuciosa historia clínica. La entrevista con los padres va a ser fundamental para detallar y valorar la presencia de los síntomas, su intensidad, frecuencia, persistencia en el tiempo y en distintos contextos. Los datos aportados por otras fuentes (profesores, profesor particular, entrenador, etc.) son de gran utilidad para valorar la variabilidad de los síntomas en distintos contextos y determinar el grado de deterioro en el funcionamiento. Será importante también valorar los antecedentes personales del desarrollo, médicos y psiquiátricos, antecedentes familiares, ambiente familiar, relaciones sociales y evolución de la escolarización. Así mismo, valorar la presencia de factores estresantes que puedan agravar el cuadro, como conflictos entre padres y/o entre padres e hijo. También debe recabarse información para determinar la existencia de comorbilidades, sobre todo de trastornos de conducta, depresión, ansiedad, manía, tics, abuso de sustancias, psicosis y trastornos del aprendizaje. Puede utilizarse escalas estandarizadas con valores normativos establecidos para ayudar en el proceso de diagnóstico, por ejemplo, la escala de Conners para padres y profesores. Debe entrevistarse al niño o adolescente, siempre que sea posible, para determinar otras manifestaciones no consistentes con TDAH o sugerentes de comorbilidad significativa (Felt, 2014).

Las pruebas psicológicas o neuropsicológicas no son obligatorias para el diagnóstico de TDAH; sin embargo, si sospechamos de alguna limitación o sobrecapacidad cognitiva es importante pedir la evaluación del coeficiente intelectual para descartar deficiencia intelectual o superdotación, así como heterogeneidad en los valores de las escalas de inteligencia. Además, se pueden aplicar pruebas para evaluar el compromiso en las funciones ejecutivas que ayudarán a objetivar el nivel de compromiso y comparar el beneficio de las intervenciones terapéuticas. Un metaanálisis indicó que niños con TDAH puntuaron menos que los controles en almacenamiento verbal, ejecución verbal central, almacenamiento visuoespacial y ejecución visuoespacial central. Para poder medir todos estos pa-

rámetros las pruebas psicológicas auxiliares serán de gran utilidad. También podrían solicitarse otras pruebas para determinar la presencia de trastornos del aprendizaje o de la praxia comórbidos. (Rapin, 2016).

Será también importante contar con la posibilidad de realizar pruebas auditivas, visuales y de laboratorio, para descartar causas orgánicas. El electroencefalograma, pruebas de imágenes y genéticas se indican sólo cuando el clínico sospecha de un trastorno epiléptico, una alteración cerebral o un síndrome genético (Soutullo, 2010).

Tratamiento

Todo niño o adolescente con TDAH debe tener un plan integral de tratamiento individualizado, que considere la cronicidad y el impacto de la condición e involucre medidas psicofarmacológicas y/o conductuales, para mejorar las manifestaciones centrales del TDAH (hiperactividad, inatención e impulsividad) y el deterioro funcional asociado. Debe considerarse las inquietudes y preferencias de la familia y brindarse psicoeducación acerca de la condición y los tratamientos disponibles. Asimismo, vincularse a la familia con servicios de apoyo en la comunidad y recursos e intervenciones educacionales, si fuera necesario. La psicoeducación es una medida importante que ha mostrado ser útil para favorecer la adherencia al tratamiento y satisfacción de padres y paciente. El tratamiento tiene como objetivo me-

jorar los síntomas centrales del TDAH, optimizar el funcionamiento y disminuir las dificultades conductuales (Montoya, 2011).

Tratamiento farmacológico

La evidencia sostiene el uso de medicación estimulante; entre estas medicaciones, metilfenidato es un fármaco ampliamente aceptado para el tratamiento del TDAH 18,19 y se ha reportado que puede reducir el deterioro social, económico, funcional y de la salud que experimentan algunos pacientes con TDAH. Metilfenidato se encuentra disponible en la formulación oral de liberación inmediata y también en una variedad de formulaciones de liberación prolongada. No se recomienda el tratamiento farmacológico como primera línea en niños menores de 6 años. Metilfenidato se recomienda como agente de primera línea en el tratamiento de niños con manifestaciones severas o manifestaciones moderadas que no responden a la intervención psicológica. La dosis debe incrementarse gradualmente hasta alcanzar el mayor beneficio con el mínimo de efectos adversos. Se recomienda iniciar metilfenidato de acción inmediata o prolongada a una dosis inicial de 0.2 mg/kg para niños y adolescentes en una titulación entre 4 a 6 semanas hasta un máximo de 60 mg/kg al día. El tratamiento debe incrementarse hasta alcanzar el resultado esperado, hasta la aparición de efectos adversos o hasta alcanzar la dosis máxima. Metilfenidato de acción inmediata puede ser más conveniente para la titulación al permitir una dosis flexible, pero metilfenidato de acción prolongada puede facilitar la adherencia. Debido a que la severidad de las manifestaciones y deterioro asociado al TDAH es muy variable de un individuo a otro, la duración del tratamiento dependerá de factores como la etapa en el desarrollo de la persona, la edad y los cambios en los soportes necesarios, las demandas del entorno y si el deterioro funcional persiste. Antes de iniciar el tratamiento con metilfenidato es necesario recabar una historia detallada sobre factores de riesgo cardiovascular, principalmente sobre posibles síntomas cardiovasculares y antecedentes familiares de muerte súbita de etiología cardiovascular; asimismo, requiere realizarse un monitoreo de la presión arterial y frecuencia cardiaca antes y durante el tratamiento. También es necesario valorar la presencia de riesgo de abuso de sustancias, antecedentes de conducta autolesiva y tics. Los efectos secundarios más frecuentes de metilfenidato son: cefalea, disminución del apetito, insomnio, dolor abdominal, náuseas, irritabilidad, mareos, disminución de peso y leve incremento de la presión arterial; también se ha reportado la aparición o incremento de tics. La pérdida de peso puede ser un problema significativo en los niños en cuyo caso se puede tomar la medicación junto a las comidas, incrementar porciones alimentarias al final del efecto estimulante, brindar orientación nutricional, incrementar la ingesta calórica, suspender el tratamiento temporalmente de manera planificada o cambiar la medicación. Los agentes de segunda línea no estimulantes como atomoxetina pueden usarse en pacientes que

experimentan efectos adversos significativos como labilidad emocional o tics, aquellos que no responden a metilfenidato o en quienes no tienen acceso a metilfenidato; también pueden usarse en combinación a estimulantes como adyuvante para quienes no responden adecuadamente a estos; también cuando existe un problema de abuso de sustancias activo, ansiedad comórbida o tics. Los niños y adolescentes también deben recibir tratamiento para comorbilidades como ansiedad, tics, trastorno del espectro autista o depresión en caso de que estén presentes (Huss, 2017).

Tratamiento psicológico

La terapia conductual asociada al involucramiento activo del niño o adolescente y de los profesores es la única intervención no farmacológica que se ha asociado a beneficios estadísticamente significativos. También han mostrado efectividad el entrenamiento parental, el manejo en el aula e intervenciones con pares. La terapia conductual puede recomendarse como tratamiento inicial si los síntomas son leves o con mínimo deterioro, cuando el diagnóstico de TDAH es incierto, cuando hay rechazo de los padres al tratamiento farmacológico o existen discrepancias entre lo reportado por los padres y profesores. En niños menores de 5 años debe recomendarse un programa de entrenamiento para padres enfocado en TDAH 16 en el cual se provea información sobre el TDAH, se entrene a responder apropiadamente a las conductas inadecuadas y adecuadas, a establecer una economía de fichas, a usar correctamente el tiempo fuera, a manejar los problemas conductuales en entornos públicos, a usar reportes escolares diarios y anticipar problemas conductuales. Otra medida importante es realizar las modificaciones necesarias en el entorno para favorecer su desempeño; en este grupo de edad no se recomienda el uso de medicación en general y su uso debe restringirse al especialista infantojuvenil. Las modificaciones en el entorno son cambios que se realizan en el ambiente físico para minimizar el impacto del TDAH en la vida diaria; estas modificaciones son específicas para cada niño en base a sus necesidades; las modificaciones en el entorno pueden llevarse a cabo independientemente de la edad del niño o adolescente (Chaplin, 2018).

Según (Catalá, 2017) en niños mayores de 5 años puede indicarse un curso de terapia conductual cuya finalidad es el cambio de conductas a través de un incremento de las conductas deseadas y una disminución de las conductas no deseadas; esta modalidad de terapia se enfoca en las habilidades sociales, resolución de problemas, autocontrol, habilidades de escucha activa y manejo de las emociones. La terapia ocupacional enfocada en el juego y en habilidades motoras, sensoriales y cognitivas ha demostrado buenos resultados, pero existen limitaciones en el diseño de los estudios, intervenciones y medidas de resultados.

No existe evidencia suficiente para recomendar el entrenamiento cognitivo, neurofeedback, terapias dietéticas, ácidos grasos poliinsaturados, aminoácidos, minerales, terapias herbales, homeopatía y actividad física como tratamiento del TDAH y se espera que se desarrollen ensayos clínicos mejor diseñados. No obstante, de existir una historia que sugiere una influencia negativa de determinados alimentos, puede realizarse un diario de comidas para ayudar a esclarecer esta relación (Nielsen, 2017).

FACTORES DE RIESGO

En cada sociedad existen comunidades, grupos de individuos, familias o individuos que presentan más posibilidades que otros de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes, muertes prematuras, etc., se dice que son individuos o colectivos especialmente vulnerables. A medida que se incrementan los conocimientos sobre los diferentes procesos, la evidencia científica demuestra en cada uno de ellos que: en primer lugar las enfermedades no se presentan aleatoriamente y en segundo que muy a menudo esa vulnerabilidad tiene sus razones. La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológico o psicosocial que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso. Surge entonces el riesgo, que implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas (Sonuga, 2010).

En este sentido el riesgo constituye una medida de la probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de desarrollar, padecer o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos,...) pueden, sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción (Fernández, 2017).

FIGURA 2. Factores de riesgo del TDAH

Factores de riesgo ambientales en la etiología del TDAH.
Los factores hereditarios no son la única explicación del TDAH, aunque hay un número grande de factores de riesgo ambiental que están relacionados con el TDAH, la identificación de cuál se trata de causalidad es un reto, estos factores de riesgo ambientales pueden interactuar con las susceptibilidades genéticas de manera compleja influyendo en el desarrollo y evolución posterior del trastorno (Stergiakouli, 2018).

La identificación de los factores de riesgo para el TDAH se complica por el hecho de que este es probablemente el resultado de la interacción entre los genes y el medio ambiente (por ejemplo, genes y medio ambiente de correlación e interacción), con efectos que operan en diferentes formas en diferentes individuos (es decir la heterogeneidad etiológica). Aunque altamente heredable, el TDAH no es una enfermedad genética en un sentido directo. Los factores de riesgo ambiental, también parecen jugar un papel importante en la ecuación de riesgo (Halperin, 2010).

Los factores de riesgo ambientales pueden ser clasificados en prenatales, perinatales y postnatales; los factores de riesgo prenatales y perinatales incluyen tabaquismo materno, anemia materna, parto pélvico, prematuridad, bajo peso al nacer, encefalopatía hipóxico-isquémica, microcefalia, exposición a cocaína y alcoholismo materno; entre los factores posnatales se describen enfermedades de

la infancia asociados con la aparición del TDAH como infecciones virales, meningitis, encefalitis, otitis, anemia, enfermedad cardiaca, enfermedad de la tiroides, epilepsia, enfermedades autoinmunes y metabólicas. Otros factores causales incluyen lesiones en cabeza que implican a lóbulos frontales, trastornos nutricionales de los cuales la participación es controvertida (por ejemplo, aditivos de alimentos, alergia a los alimentos, sensibilidad al gluten). De todos los factores ambientales implicados, el tabaquismo materno es uno de los que más atención ha recibido en la literatura reciente (Millichap, 2018).
Varios informes han demostrado que el consumo de tabaco durante el embarazo afecta negativamente el crecimiento pre y posnatal, aumentando el riesgo de mortalidad en el feto, afecta el desarrollo cognitivo y el comportamiento de los niños y los adolescentes. El humo del cigarrillo interfiere con la función placentaria normal, provocando la reducción del flujo sanguíneo uterino, el feto se ve privado de nutrientes y oxígeno, resultado en hipoxia-isquemia feto episódica y malnutrición que puede resultar en retraso en crecimiento intrauterino. El monóxido de carbono y los ingredientes en el alquitrán del tabaco pueden afectar directamente el cerebro del feto. La nicotina ejerce sus efectos sobre diversos sistemas de neurotransmisores. Los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico se han encontrado hipoactivos con hiporrespuesta a la estimulación exógena en la etapa posnatal; además, la exposición prenatal a la nicotina también produce una reducción significativa en la liberación de noradrenalina inducida por la nicotina. Estas interrupciones en el desarrollo de sistemas de catecolaminas pueden explicar la mayor incidencia de personas con TDAH que fueron expuestos a la nicotina en etapa prenatal, lo que apoya la hipótesis de que las sinapsis hipodopaminérgicas conducen al TDAH y con la observación de que los fármacos que aumentan la dopamina o la transmisión noradrenérgica son terapéuticos para el TDAH (Banerjee, 2017).

Factores perinatales y psicosociales relacionados al TDAH.

Se han realizado diversos estudios para evaluar el impacto global de otros factores de riesgo obstétrico y psicosocial sobre la etiología del TDAH.

Según (Gustafsson, 2011) Realizaron un estudio para evaluar el impacto de factores de riesgo pre y perinatales en el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en sus resultados se observó relación estadísticamente significativa con tabaquismo materno (OR 1.35), edad gestacional menor a 32 semanas (OR 3.05), puntaje Apgar a los 5 minutos menor de 7 (OR 2.17) y sexo masculino (OR 6.38).

Se ha observado la relación de puntuación de Apgar bajo con daño neurológico, retardo mental y epilepsia; en el estudio de Li y cols., (2011) se estudió la asociación entre baja puntuación de Apgar a los 5 minutos en niños con diagnóstico de TDAH. Los resultados mostra-

ron que el puntaje de Apgar es inversamente relacionado con TDAH, ya que se encontró que el riesgo de TDAH tiende a aumentar a medida que disminuye la puntación Apgar a los 5 minutos (p>0.001) (Li, 2011).

Otras investigaciones han estudiado la relación entre el bajo peso al nacer, el tabaquismo materno y la clase social como factores determinantes de las manifestaciones del TDAH; Langley y cols., (2007) realizaron un estudio en el cual se determinó que el tabaquismo materno durante el embarazo (p=0.05) y la clase social baja (p=0.03) se relacionan significativamente con la severidad de los síntomas de hiperactividad e impulsividad (Langley, 2017).

Factores de riesgo familiares.

Los factores de riesgo familiares pueden interactuar con las susceptibilidades genéticas de manera compleja influyendo en el desarrollo y evolución posterior del trastorno. En el estudio de Kim y cols., (2003) se encontró que los factores de riesgo perinatales como estrés materno (OR ajustada 2.82), depresión materna (OR ajustada 3.23) y el consumo de alcohol durante el embarazo (OR ajustada 3.31), fueron significativamente asociados con el TDAH; además se evidenció que entre los factores de riesgo familiares tales como discordia marital (OR ajustada 2.44), separación o divorcio de los padres (OR ajustada 5.10) y cuidadores de los niños que no son los padres biológicos (OR ajustada 4.27), mostraron una asociación significativa con el desarrollo del TDAH contribuyendo de forma importante en las manifestaciones clínicas y /o la severidad de los síntomas del TDAH.
El estrés prenatal en el final de la gestación se ha relacionado con alteraciones en el sistema serotoninérgico interfiriendo con el desarrollo de las neuronas. El cortisol interfiere con el desarrollo de las neuronas y también puede influir en el eje hipotálamo- hipófisis-suprarrenal del feto. En estudios realizados sobre el estrés materno durante el embarazo y el TDAH, se evidenció que las madres de niños con TDAH estuvieron expuestas con mayor frecuencia al estrés durante el embarazo. Se ha observado también que la ansiedad materna durante el embarazo se asocia de forma significativa con la hiperactividad y la falta de atención en los niños (Linnet, 2018).

También ha sido estudiada la asociación entre antecedentes de psicopatología de los padres y la asociación con el riesgo de desarrollar TDAH en los hijos.

Hay investigaciones que evidencian que los desordenes psiquiátricos en los padres son asociados con incremento en el riesgo de problemas psicológicos y del desarrollo en los niños. Las características del medio familiar inciden en la conducta del niño y en la evolución del trastorno; Ramchandani y col., (2009) encontraron en investigaciones realizadas que los desordenes psiquiátricos de los padres se asocian con incremento en el riesgo de desarrollo de problemas psicológicos en los niños; así mismo, se ha observado que la depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar o alcoholismo en los padres incrementan el riesgo de depresión, trastorno de ansiedad y trastorno de conducta en niños y adolescentes

Lindblad y cols., (2011) realizaron un estudio para evaluar la influencia de la asociación entre psicopatología paterna y TDAH, sus investigaciones evidenciaron que el diagnóstico de psicopatología en los padres y la asociación con medicación para TDAH en los hijos se relaciona de forma significativamente estadística, principalmente con el consumo de drogas ilícitas (OR 3.5), intento de suicidio/muerte (OR 3), el alcoholismo (OR 2.5), el trastorno afectivo (OR 2.5) y la psicosis (OR 2.5) (Lindblad, 2011).

Otros factores relacionados al TDAH.

Otros factores que han sido estudiados en relación a la etiología del TDAH son La exposición a video juegos y la televisión. En investigaciones realizadas por Edward y cols., (2010) se encontró un incremento en la asociación entre la exposición a videojuegos (OR 1.82) y televisión (OR 1.55) con problemas de atención en niños (Swing, 2010).

La idea de que ciertos alimentos pueden causar déficit de atención con hiperactividad ha recibido mucha atención. Varios investigadores afirmaron tener el tratamiento para el TDAH mediante la eliminación de los aditivos alimentarios de la dieta. Incluso la dieta libre de aditivos para el tratamiento del TDAH fue popularizada por medios de comunicación y aceptada por muchos padres de niños enfermos, sin embargo, revisiones sistemáticas demostraron que la dieta no fue eficaz y se llegó a la conclusión de que los aditivos alimentarios no causan el TDAH.

Marco conceptual

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad: constituye un trastorno del neurodesarrollo importante que se inicia antes de los 7 años de edad y puede extenderse hasta los 12 años aproximadamente y en algunos caso tomarse crónico hasta la etapa adulta , se caracteriza por bajos niveles de atención que comprende: concentración, organización y olvidos frecuentes, así mismo impulsividad que comprende: reacciones inmediatas, esperar un turno o interrupciones constantes e hiperactividad caracterizada por actividad motora excesiva, cuyas repercusiones exigen una carga para la sociedad en términos económicos, tensión familiar y repercusiones en el ámbito académico y personal. A nivel mundial es un problema de salud pública con alta prevalencia en la población pediátrica, siendo el sexo masculino el más afectado. La forma primaria de tratamiento para el TDAH es la prescripción de fármacos como el metilfenidato anfetamina, al estimular la liberación e inhiben la absorción de cate-

colaminas (dopamina y noradrenalina) sumada a terapia conductual mejoran el comportamiento, el autocontrol y la autoestima del niño.

FIGURA 3. Trastorno de atención e hiperactividad

FACTORES DE RIESGO DE TDAH

La causa del TDAH es multifactorial, es una confluencia de factores genéticos y ambientales, en lo concerniente a la heredabilidad, sabemos que la concordancia va de 70 a 90%, Si un padre tiene TDAH el riesgo en el niño aumenta entre 2 y 8 veces. Para un hermano, el riesgo aumenta entre 3 y 5 veces. Factores ambientales actúan como desencadenantes o moduladores de la carga genética. Los siguientes factores predisponen el desarrollo de TDAH: exposición intrauterina al tabaco, al alcohol o a tratamiento farmacológico (benzodiacepinas o anticonvulsivantes); prematuridad; bajo peso al nacer; complicaciones perinatales; edad materna avanzada al momento del parto; conflicto familiar severo o crónico; familia numerosa; antecedentes psiquiátricos en padres; institucionalización; infra estimulación por un largo periodo de tiempo; clase social baja. En la etapa postnatal, una dieta inadecuada, deficiencia de yodo y de vitaminas del complejo B; exposición temprana al plomo o a los bifenilos policlorados (PCB). Algunos estudios demuestran la implicancia de preservantes y colorantes artificiales de alimentos como factores de riesgo.

FIGURA 4: Factores de riesgo del TDAH. EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Se define como las complicaciones relacionadas al embarazo, patología médica o instancia de riesgo relacionado a la salud, que pueden incrementar la morbimortalidad materna y perinatal, con las respectivas secuelas a futuro en la madre como el neonato. Se establece el riesgo en la gestante tomando en cuenta parámetros como: antecedentes obstétricos (muerte fetal previa, 3 o más abortos espontáneos, peso menor a 2500 gramos o mayor a 4500 gramos del último bebé, hipertensión, preeclampsia o eclampsia en el último embarazo y cirugías previas del tracto reproductivo) antecedentes patológicos familiares (diabetes mellitus, hipertensión arterial, trastornos tiroideos etc), historia clínica general (diabetes mellitus insulinodependiente, nefropatía, cardiopatías, consumo de drogas o alcohol y otras patologías severas) y embarazo actual (embarazo múltiple, hemorragia vaginal, masa pélvica edad menor a los 16 años, isoinmunización Rh(-), presión diastólica de 90 mmHg o más). La conducta básica es identificar los factores de riesgo, cuadro clínico u otros indicadores con la finalidad de establecer una referencia, manejo y tratamiento adecuado de las pacientes identificadas con riesgo, además es necesario identificar los puntos vulnerables que ameriten una intervención rápida como amenaza de parto prematuro o eclampsia convulsiva entre otras situaciones con el personal competente del nivel correspondiente.

FIGURA 5: Embarazo de alto riesgo

Operacionalización

Diseñar un plan de prevención para embarazadas con alto riesgo para evitar el desarrollo de TDAH.		
Variables	Dimensiones	Indicadores
Embarazo de alto riesgo	Epidemiología	Incidencia y prevalencia
	Fisiopatología	Mecanismos biológicos y moleculares
	Diagnóstico y pronóstico	Biomarcadores y factores predictivos
	Prevención y tratamiento	Intervenciones positivas preventivas y terapéuticas
	Calidad de vida	Impacto psicosocial y emocional Estrategias de apoyo y cuidado integral
Factores de riesgo	Biológica	Factores genéticos, hereditarios y neurobiológicos
	Psicosociales	Factores ambientales, sociales y psicológicos, como estrés, la exposición a sustancias tóxicas, el ambiente familiar y el estilo de crianza
	Conductuales	Patrones de comportamiento y síntomas asociados
	Ambientales	Entorno físico, social y cultural

	Ambientales	Entorno físico, social y cultural
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	Epidemiología	Incidencia y prevalencia
	Neurobiología	Alteraciones en la estructura y función del cerebro, neurotransmisores implicados y posibles marcadores neurobiológicos.
	Evaluación	Herramientas de evaluación válidas y fiables
	Tratamiento	Intervenciones terapéuticas efectivas tanto farmacológicas como psicosociales.
	Calidad de vida	Estrategias de apoyo y cuidado integral

03

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 3 MARCO METODOLÓGICO

MATRIZ DE CONGRUENCIA

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	HIPOTESIS GENERAL	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICOS	VARIABLES ESTUDIADAS
¿Los embarazos de alto riesgo predisponen a la obtención de niños con TDAH a futuro?	Las pacientes que cursan con embarazos de alto riesgo que son intervenidas con un plan de cuidados e información prenatales tienen mayor posibilidad de prevenir niños con TDAH.	Diseñar un plan de prevención para embarazadas con alto riesgo para evitar el desarrollo de TDAH.	• Identificar factores de riesgo de cronicidad o mala evolución del TDAH. • Diseñar un plan de prevención para embarazadas con alto riesgo para evitar el desarrollo de TDAH. • Valorar la respuesta al plan de prevención en los productos	• Embarazo de alto riesgo • Factores de riesgo • (biológicos, ambientales, genéticos) • Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

Método racional de análisis

El presente trabajo investigativo selecciona para su construcción el paradigma positivista con enfoque mixto que integra una combinación de los dos enfoques cuantitativo y cualitativo, un diseño de investigación procedimental.

Según (Coghill, 2019) se han llevado a cabo varios estudios en gestantes de alto riego para determinar los factores de riesgo genéticos para el TDAH, y han indicado que existe una fuerte correlación entre los antecedentes familiares y la afección, la probabilidad de desarrollar TDAH aumenta de dos a ocho veces si un padre también tiene la afección, al igual que sus hermanos. A través de estudios gemelos y de adopción, también se ha hecho evidente un componente familiar del TDAH, En general, la medición de la heredabilidad para el TDAH se ha enumerado en aproximadamente 0, 76, lo que lo hace altamente heredable y comparable a otras afecciones mentales como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Aunque la genética puede ser el catalizador principal para desarrollar el TDAH, también hay evidencia de que también puede ser causada por varios factores químicos como: uso prenatal de sustancias, metales pesados o compuestos sintéticos, las preocupaciones prenatales implican que la madre consume sustancias, legales o ilegales, durante su embarazo. Fumar tabaco, beber alcohol y el abuso de drogas no solo son los principales contribuyentes a las discapacidades congénitas, sino que también se cree que tienen un papel específico en el TDAH, además normalmente considerada inofensiva y encontrada en numerosas bebidas y chocolate, también se especula que la cafeína se incluya en estos factores de riesgo de TDAH.

Para (Villalta, 2017), el embarazo constituye uno de los acontecimientos más trascendentales en la vida de una mujer, tanto por las circunstancias emocionales asociadas como por las consecuencias para ella y el recién nacido, en este contexto el trastorno por déficit de atención e hiperactividad se presenta con frecuencia desde la infancia, ocasionando un impacto negativo en diferentes situaciones académicas, familiares o sociales; obstaculizando la vida cotidiana por la falta de conclusión de tareas o dificultad para realizar actividades, motivo por el cual para garantizar que la gestación, el nacimiento y la crianza del recién nacido sea un proceso sano y satisfactorio, será necesario que la madre y su entorno familiar adquieran conocimientos, estrategias y habilidades que les ayuden a prepararse para afrontar los cambios físicos, emocionales y estilos de vida.

La investigación tendrá el objetivo de actuar directamente en la madre gestante catalogada con riesgo alto según la normativa establecida por el Ministerio de Salud Pública mediante un plan de intervención para prevenir el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en los niños a futuro

PROFUNDIDAD

De conformidad con los estadios de niveles de investigación. La investigación en marcha presente sostiene un alcance de profundidad que se encuadra en el conocimiento de la estructura creativa y procedimental, bajo los lineamientos fundamentales de una

investigación de carácter proyectiva con enfoque cualitativo y cuantitativo, que propone soluciones a las problemáticas de salud pública en el ámbito de salud mental desde el punto de vista preventivo

DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación presupone la ejecución de un plan que comprende de 4 momentos o fases secuenciales en función de los objetivos planteados.

El tipo de muestreo de la presenta investigación corresponde al:

- **No probabilístico:** al seleccionar muestras basadas en un juicio subjetivo en lugar de hacer la selección al azar.
- **Intencional:** porque los elementos seleccionados para la muestra son elegidos por el criterio del investigador, cuenta con casos característicos de una población.

Fase 1.- Procedimiento de recolección de muestra

1.1 Se procederá a solicitar la autorización al departamento de estadística, para el acceso de los datos de las pacientes con embarazo de alto riesgo en el Centro de Salud N° 3 de la ciudad de Loja, tomando en cuenta:

1.2 La recolección de datos se tomará del historial clínico de los pacientes.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de embarazo certificado mediante prueba cuantitativa de BHCG.
- Pacientes con diagnóstico de embarazo catalogado de alto riesgo según la normativa del Ministerio de Salud Pública.
- Paciente igual o mayores a 18 años de edad.
- Pacientes que firmen voluntariamente el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con el 20% de datos incompletos en la historia clínica
- Historias clínicas con omisión de datos relevantes
- Pacientes que se nieguen a participar del proyecto.

1.3 Con el propósito de salvaguardar la confidencialidad de la información recolectada a través de la firma de consentimiento informado por el paciente en estudio.

2. Aplicación del plan de prevención individualizado según las necesidades de cada una de las pacientes embarazadas catalogadas bajo criterios establecidos en el Ministerio de Salud Pública con Riesgo Obstétrico alto.

3. Construcción y análisis de informe por cada paciente gestante desde el abordaje de su historia clínica hasta el final de la aplicación del plan, incluyendo una epicrisis.

4. Elaboración de resultados y hallazgos de la investigación.

ENFOQUE DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El enfoque del presente trabajo investigativo es mixto al establecer un complemento entre los datos obtenidos de los instrumentos utilizados en lo cuantitativo y de los datos obtenidos de la aplicación cualitativa del plan en el grupo de gestantes con riesgo alto, a las que posteriormente en el futuro se realizará un control de sus productos en búsqueda de hallazgos de trastornos de déficit de atención e hiperactividad, de tal forma que se valora el impacto ejercido en las pacientes a través del mismo.

Procedimientos de instrumentación

Se identifican las siguientes técnicas e instrumentos que se aplicaran para la recolección de la información, considerando los elementos y el orden expresado en la operacionalización de las variables de estudio, que a su

vez se referencian tomando en cuenta los alcances, las limitaciones y la pregunta de investigación planteada. En este apartado para recolectar la información se precisa observar los hechos sobre los cuales se investiga, interpretando las variables y basándose en una correcta identificación de las fuentes analizadas durante todo el proceso de trabajo determinando los sujetos de estudio de donde se obtiene la información.

Técnicas aplicadas para recolección de datos:

La técnica que se utilizará es la experimental, mediante la aplicación de un plan de prevención durante el proceso de gestación en las pacientes con riesgo obstétrico alto del Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja.

El procedimiento que se siguió para el desarrollo de la siguiente investigación se describe a continuación.

Técnica 1.

- **Observación participante:** Se busca recopilar de manera metódica la información y los datos mediante la interacción directa con el paciente. En este contexto, esta interacción tiene lugar en el entorno donde ocurren los eventos que se están estudiando, específicamente en las instalaciones médicas donde las mujeres embarazadas acuden para sus citas mensuales. A través de la observación participante, el investigador se involucra con los sujetos de estudio para experimentar de manera auténtica y práctica los fenómenos

Técnica 2.

- **Entrevista:** permite recopilar información sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de las mujeres embarazadas en relación con la salud materna.

Instrumentos aplicados para la recolección de datos

1. Matriz de observación: La información se registra mediante datos obtenidos a través de la participación activa del investigador en el proceso de investigación.

2. Guion de entrevista: sirve como una guía, proporcionando una lista de preguntas y temas que se deben cubrir durante la misma. Además de las preguntas específicas, el guion de la entrevista puede incluir notas sobre el enfoque y cualquier otra información relevante para asegurar un abordaje efectivo y productivo del tema, es importante realizarla de manera organizada y coherente, mientras se mantiene el flujo de la conversación y se logra el objetivo de la entrevista.

05

CONCLUSIONES

BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO
www.tbolivariano.edu.ec
José A. Eguiguren y Bolívar
info@tboliviano.edu.ec
072 575 245 • 093 937 4133
Loja, Ecuador

REFERENCIAS

Apnadah. (2012). *Manual de manejo para TDAH*. Recuperado de https://apnadah.org/web2/bkofwb/docspdf/mj_1359372216.pdf

Biblioteca BINASSS. (2020). *Evaluación del TDAH en entornos clínicos*. Recuperado de https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis20enero[1].pdf

Brown, R., Freeman, W., & Perrin, J. (2001). Prevalence and assessment of attention deficit hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics, 107*(3), e43. Recuperado de http://pediatrics.aappublications.org/content/full/107/3/e43

Cañar Mendes, A., & Vélez Jaigua, M. B. (2016). *Proyecto de investigación*. Recuperado de http://dspace.ucuenca.edu.ec/

Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. (1998). *NIH Consensus Statement, 16*(2), 1-37.

Flores Moyano, M. J. (2015). *Factores de riesgo en el desarrollo infantil*. Recuperado de http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9430/DRA.%20MAR%C3%8DA%20JOS%C3%89%20FLORES%20MOYANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Instituto Nacional de Salud Mental. (2012). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao, 2007- Informe General*. Instituto Nacional de Salud Mental.

Martín, M. (2015). ¿Cómo fue la primera aparición del TDAH en la Literatura? La historia de los cuentos. Centro CATYDA. Recuperado el 30 de julio de 2020, de https://centrocatyda.com/2015/09/10/aparicion-del-tdah

Martínez Rubio, V., & Ortega Páez, E. (2019). Tabaquismo gestacional y trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Más razones para no fumar. *Evidencias en Pediatría, 15*, 24. Recuperado de https://evidenciasenpediatria.es/files/41-13528-RUTA/AVC_24_Tabaquismo_gestacional.pdf

Pérez, M. A., Molina, D. A., & Gómez Botero, M. (2016). La intervención neuropsicológica en el tratamiento interdisciplinar para el TDAH. *Neuropsicología Clínica, 3*. Recuperado de http://www.revnpclin.com/

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 942-948. https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942

Proyecto de investigación UNL. (2021). *Factores asociados al TDAH*. Recuperado de https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/26782/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf

Proyecto de investigación UNL. (2021). *Factores asociados al TDAH*. Recuperado de https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/26782/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf

Redalyc. (2018). Estudio sobre el impacto del estrés materno en el desarrollo infantil. *Revista de Psicología, 22*(3), 148-160. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/337/33770307.pdf

Revista de Neuropsiquiatría. (2020). Factores de riesgo en el desarrollo infantil. *Revista de Neuropsiquiatría, 83*(3), 148-160. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v83n3/0034-8597-rnp-83-03-148.pdf

Sayal, K., & Taylor, E. (2003). Heterogeneity and comorbidity in hyperactivity disorders. Recuperado de http://www.medscape.com/viewprogram/2345

Sibley, M. H., Mitchell, J. T., & Becker, S. P. (2016). Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: A systematic review of longitudinal studies. *Lancet Psychiatry, 3*(12), 1157-1165. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30347-7

Singh, I. (2008). Beyond polemics: Science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience, 9*(12), 957-964. https://doi.org/10.1038/nrn2500

Soutullo-Esperón, C., & Mardomingo-Sanz, M. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y adolescente* (pp. 55-78). Editorial Médica Panamericana.

Tesis Anabel León Puchaicel. (2019). *Factores asociados al desarrollo del TDAH en niños en Loja*. Recuperado de

https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19650/1/TESIS%20ANABEL%20LEON%20PUCHAICEL%20PUBLICA.pdf

Thapar, A., Pine, D., Leckman, J. F., Scott, S., Snowling, M. J., & Taylor, E. (2015). *Rutter's Child and adolescent psychiatry* (6th ed., pp. 738-756). Willey Blackwell.

Zula Hidalgo, D. A. (2020). *Factores de riesgo asociados al TDAH*. Recuperado de https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24119/1/DamarisAbigail_ZulaHidalgo.pdf

Biederman, J., Spencer, T., & Wilens, T. (2004). Evidence-based pharmacotherapy for attention-deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 7*(1), 77-97. https://doi.org/10.1017/S146114570300421X

Bolea-Alamañac, B., Nutt, D. J., Adamou, M., Asherson, P., Bazire, S., Coghill, D., et al. (2014). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology, 28*(3), 179-203. https://doi.org/10.1177/0269881114524762

Canadian ADHD Resource Center. (2018). *Canadian ADHD Practice Guideline* (4th ed.). Toronto: Canadian ADHD Resource Center.

Cortese, S., Holtmann, M., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., et al. (2013). Practitioner review: Current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(3), 227-246. https://doi.org/10.1111/jcpp.12053

Del Castillo Mejía, K. A. (2023). *Factores de riesgo y trastornos hipertensivos del embarazo en gestantes* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://hdl.handle.net/20.500.12692/131723

Evans, S. W., Owens, J. S., & Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 43*(4), 527-551. https://doi.org/10.1080/15374416.2013.861222

Felt, B. T., & Biermann, B. (2014). Diagnosis and management of ADHD in children. *American Family Physician, 90*(7), 456-464.

Fernández, P., Vila, A., & Montero, C. (1997). Determinación de factores de riesgo. *Cadena de Atención Primaria, 4*, 75-78.

Greenhill, L. (1998). Diagnosing attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(7), 31-41.

Kim, H., Cho, S., Kim, B., Kim, J., Shih, M., & Kim, Y. (2003). Perinatal and familial risk factors are associated with full syndrome and subthreshold attention-deficit hyperactivity disorder in a Korean community sample. *American Journal of Psychiatry, 160*(6), 1028-1040. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1028

Lindblad, F., Ringbäck, G., & Hjern, A. (2011). Maternal and paternal psychopathology increases risk of offspring ADHD equally. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 20*, 367-372. https://doi.org/10.1017/S2045796011000419

Linnet, K., Dalsgaard, S., Obel, C., et al. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: Review of the current evidence. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1028-1040. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1028

Melo, B. B. V., Trigueiro, M. J., & Rodrigues, P. P. (2018). Systematic overview of neuroanatomical differences in ADHD: Definitive evidence. *Developmental Neuropsychology, 43*(1), 52-68. https://doi.org/10.1080/87565641.2018.1437479

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management. NICE Clinical Guideline CG87*. National Institute for Health and Care Excellence. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng87

Nielsen, S. K., Kelsch, K., & Miller, K. (2017). Occupational therapy interventions for children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *Occupational Therapy in Mental Health, 33*(1), 70-80. https://doi.org/10.1080/0164212X.2017.1325081

Parellada, M. (2009). *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta* (pp. 45-57). Alianza Editorial.

Pliszka, S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(7), 894-921. https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180686d87

Poissant, H., Rapin, L., Chenail, S., & Mendrek, A. (2016). Forethought in youth with attention deficit/hyperactivity disorder: An fMRI study of sex-specific differences. *Psychiatry Journal, 2016*, 1-8. https://doi.org/10.1155/2016/9507391

Ramchandani, P., & Psychogiou, L. (2009). Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet, 374*, 646-653. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60960-3

Singh, I. (2008). Beyond polemics: Science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience, 9*(12), 957-964. https://doi.org/10.1038/nrn2500

Sonuga-Barke, E., & Halperin, J. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: Potential targets for early intervention? *Journal*

of Child Psychology and Psychiatry, 51(4), 368-389. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02182.x

Storebø, O. J., & Gluud, C. (2020). Methylphenidate for ADHD rejected from the WHO Essential medicines list due to uncertainties in benefit-harm profile. *BMJ Evidence-Based Medicine*. https://doi.org/10.1136/bmjebm-2019-111328

Swing, E., Gentile, D., Anderson, C., & Walsh, D. (2010). Television and video game exposure and the development of attention problems. *Pediatrics, 126*, 214-221. https://doi.org/10.1542/peds.2009-1508

Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., et al. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder—first upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*(1), 17-130. https://doi.org/10.1007/s00787-004-0350-6

Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(1), 3-16. https://doi.org/10.1111/jcpp.12029

Verkuijl, N., Perkins, M., & Fazel, M. (2015). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *BMJ, 350*, h2168. https://doi.org/10.1136/bmj.h2168

Vigo Pando, O. D. (2020). *Enfermedades alérgicas como factores asociados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños. Hospital Militar Central, 2018 - 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio Institucional UPAO. https://hdl.handle.net/20.500.12759/6060

Visser, J., & Jehan, Z. (2009). ADHD: A scientific fact or a factual opinion? A critique of the veracity of attention deficit hyperactivity disorder. *Emotional and Behavioural Difficulties, 14*(2), 127-140. https://doi.org/10.1080/13632750902855151

Anexo 1. Matriz de observación dirigida a pacientes gestantes catalogadas con riesgo.

Dimensión	Indicador	Descripción	Escala de Valoración	Frecuencia de observación	Responsable
SALUD FÍSICA MATERNA	Control prenatal regula	Asistencia a las consultas prenatales según calendario médico.	1: No asiste, 2: Asiste parcialmente, 3: Asiste a todas las consultas	Mensual	Obstetra
	Nutrición adecuada	Adherencia a una dieta balanceada recomendada para embarazadas de alto riesgo.	1: No sigue dieta, 2: Sigue parcialmente, 3: Sigue completamente	Mensual	Nutricionista
	Actividad física moderada	Participación en ejercicios físicos apropiados para el embarazo.	1: No realiza, 2: Realiza parcialmente, 3: Realiza adecuadamente	Quincenal	Fisioterapeuta
SALUD MENTAL MATERNA	Estrés materno	Evaluación del nivel de estrés mediante cuestionarios y entrevistas.	1: Alto, 2: Moderado, 3: Bajo	Trimestral	Psicólogo
	Apoyo emocional	Presencia de redes de apoyo (familiar, social, etc.) durante el embarazo.	1: Nulo, 2: Parcial, 3: Total	Trimestral	Trabajador social
SALUD FETAL	Crecimiento y desarrollo	Seguimiento del desarrollo	1: Por debajo del promedio, 2: Promedio,	Mensual	Obstetra

	fetal	fetal mediante ecografías y controles médicos.	3: Por encima del promedio		
	Exposición a sustancias tóxicas	Evaluación de la exposición a sustancias como tabaco, alcohol, drogas, etc	1: Alta exposición, 2: Moderada, 3: Sin exposición	Mensual	Obstetra
INTERVENCIONES EDUCATIVAS	Educación prenatal sobre el TDAH	Participación en sesiones educativas sobre prevención del TDAH y cuidado infantil.	1: No participa, 2: Participa parcialmente, 3: Participa activamente	Bimensual	Educador en salud
	Formación en técnicas de relajación y manejo del estrés	Participación en talleres y actividades para reducir el estrés durante el embarazo.	1: No participa, 2: Participa parcialmente, 3: Participa activamente	Bimensual	Psicólogo
SEGUIMIENTO POSTNATAL	Evaluación del desarrollo del recién nacido	Seguimiento de los hitos del desarrollo del niño en los primeros meses de vida.	1: Retraso en hitos, 2: Desarrollo normal, 3: Desarrollo avanzado	Trimestral	Pediatra
	Apoyo continuo a la madre	Presencia de apoyo y seguimiento a la madre después del parto para garantizar su bienestar.	1: Nulo, 2: Parcial, 3: Total	Trimestral	Trabajador social

Descripción de la Matriz:

- **Dimensión**: Áreas clave a observar en el plan de intervención.
- **Indicador**: Elementos específicos a medir dentro de cada dimensión.
- **Descripción**: Explicación detallada del indicador.
- **Escala de Valoración**: Niveles de valoración para cada indicador.
- **Frecuencia de Observación**: Periodicidad con la que se debe realizar la observación.
- **Responsable**: Persona encargada de realizar la observación o seguimiento

Anexo 2.

GUION DE ENTREVISTA: PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO PARA PREVENIR TDAH EN NIÑOS	
Saludo	**Buenos días, Dr./Dra. [Nombre del especialista].** Es un placer tener la oportunidad de entrevistarlo/a. Agradezco mucho su tiempo y disposición para compartir su conocimiento.
Introducción	El objetivo de esta entrevista es obtener su perspectiva sobre las estrategias de intervención más eficaces para prevenir el TDAH en niños nacidos de embarazadas de alto riesgo. Sabemos que su experiencia es invaluable para abordar este tema. ¿Está listo/a para comenzar?
1	**¿Qué factores consideran más importantes en las embarazadas de alto riesgo para el desarrollo del TDAH en los niños?**
2	**¿Qué tan relevante es la exposición prenatal a sustancias como el alcohol o el tabaco en el riesgo de TDAH?**
3	**¿Cuál es el impacto de las infecciones maternas durante el embarazo sobre el desarrollo de TDAH en el niño?**
4	**¿Cómo influye la diabetes gestacional en el riesgo de TDAH en el niño?**
5	**¿Qué importancia tiene la salud emocional de la madre para prevenir el TDAH en los hijos?**
6	**¿Qué papel juegan las visitas de control prenatal en la prevención del TDAH?**
7	**¿Cómo pueden las intervenciones psicoeducativas durante el embarazo ayudar a prevenir el TDAH?**

8	**¿Qué suplementos nutricionales son más recomendables para las embarazadas en riesgo?**
9	**¿Cuáles son los riesgos de no seguir un plan de intervención para embarazadas de alto riesgo?**
10	**¿Qué estrategias de intervención recomendaría para embarazadas de alto riesgo con antecedentes de trastornos mentales como la depresión?**
Cierre	**Muchas gracias, Dr./Dra. [Nombre del especialista], por su tiempo y valiosa aportación.** Sus respuestas serán fundamentales para desarrollar estrategias efectivas de intervención para embarazadas de alto riesgo y prevenir el TDAH en sus hijos. Si tiene alguna otra observación o recomendación, quedo atento a sus sugerencias.
Firma	**Entrevistador:** _____ **Fecha:** _____

Anexo 3.

Encuesta sobre Factores de Riesgo en Mujeres Embarazadas y el Desarrollo de TDAH en Niños

Instrucciones: Esta encuesta tiene como objetivo identificar factores de riesgo durante el embarazo que podrían estar asociados con el desarrollo de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en los niños. Por favor, responda sinceramente a cada una de las siguientes preguntas. Toda la información proporcionada será tratada de manera confidencial.

Sección 1: Datos Demográficos

1. Edad:

- ☐ Menos de 20 años
- ☐ 20-25 años
- ☐ 26-30 años
- ☐ 31-35 años
- ☐ Más de 35 años

2. Estado civil:

- ☐ Soltera
- ☐ Casada
- ☐ Unión libre
- ☐ Separada/Divorciada

3. Situación laboral:

- ☐ Empleada
- ☐ Desempleada
- ☐ Ama de casa
- ☐ Estudiante

4. Nivel educativo:

- ☐ Sin estudios
- ☐ Educación primaria
- ☐ Educación secundaria
- ☐ Educación superior

Sección 2: Historial Médico y Salud Actual

5. ¿Ha tenido alguna complicación en embarazos anteriores?

- ☐ Sí
- ☐ No
- Si respondió "Sí", por favor, especifique: _____

¿Padece alguna enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, etc.)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- Si respondió "Sí", por favor, especifique: _____

¿Ha sido diagnosticada con algún trastorno mental (ansiedad, depresión, etc.) antes o durante el embarazo?

- ☐ Sí
- ☐ No
- Si respondió "Sí", por favor, especifique: _____

Sección 3: Hábitos y Estilo de Vida Durante el Embarazo

¿Fuma actualmente?

- ☐ Sí
- ☐ No
- Si respondió "Sí", ¿cuántos cigarrillos al día?: _____

¿Consume alcohol actualmente?

- ☐ Sí
- ☐ No
- Si respondió "Sí", ¿con qué frecuencia?: _____

¿Ha usado drogas recreativas durante el embarazo?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cómo describiría su dieta durante el embarazo?

- ☐ Muy saludable
- ☐ Saludable
- ☐ Regular
- ☐ Poco saludable

¿Cuántas horas duerme en promedio por noche?

- ☐ Menos de 4 horas
- ☐ 4-6 horas
- ☐ 7-8 horas
- ☐ Más de 8 horas

Sección 4: Estrés y Apoyo Social

¿Ha experimentado niveles altos de estrés durante el embarazo?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cuenta con una red de apoyo emocional (familiares, amigos, etc.)?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Participa en algún grupo de apoyo para mujeres embarazadas?

- ☐ Sí
- ☐ No

16. ¿Ha recibido o está recibiendo atención psicológica durante su embarazo?

- ☐ Sí
- ☐ No

Sección 5: Exposición a Sustancias Tóxicas y Ambiente Laboral

17. ¿Está expuesta a sustancias químicas o tóxicas en su lugar de trabajo?

- ☐ Sí
- ☐ No

18. ¿Realiza trabajo físico pesado durante el embarazo?

- ☐ Sí
- ☐ No

19. ¿Su ambiente laboral es estresante?

- ☐ Sí
- ☐ No

Sección 6: Percepciones y Conocimiento sobre el TDAH

20. ¿Está informada sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)?

- ☐ Sí
- ☐ No

21. ¿Considera que factores durante el embarazo pueden influir en el desarrollo de TDAH en el niño?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy segura

22. ¿Le gustaría recibir más información sobre cómo prevenir el TDAH en su hijo?

- ☐ Sí
- ☐ No

Agradecemos su colaboración.

Anexo 4. Historial clínico de pacientes gestantes catalogadas con riesgo obstétrico alto

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
ISUB	NN	NN		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL PRENATAL / HIPOGLUCEMIAS

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES MELLITUS TIPO I DIAGNOSTICADO DESDE LOS 15 AÑOS DE EDAD EN TRATAMIENTO CON INSULINA RÁPIDA Y BASAL

ALERGIAS: NO REFIERE

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 2, PARTOS 1 VAGUINAL A TERMINO, SIN COMPLICACIONES.

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

PADRE: DIABETES MELLITUS TIPO II

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

PACIENTE CON EMBARAZO DE 30 SEMANAS ACUDE PARA CONTROL PRENATAL Y CONTROL GLUCÉMICO DIFICIL, REFIERE EN OCACIONES PRESENCIA DE NAÚSEAS, HIPOTENSIÓN ACOMPAÑADO DE DIAFORÉSIS, POR LA MAÑANA

5 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL								
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								
Frec. Respiratorio FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	25 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS	140 MG/DL							
HbA1c	7,8%							

6 EXAMEN FISICO

PACIENTE GESTANTE DE 27 AÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO I DESDE LA ADOLECENCIA, ENFRENTANDO DESAFIOS EN EL CONTROL GLUCEMICO DURANTE EL EMBARAZO, LA EN LA PRIEBA DE HEMOGLOBINA VALORES ELEVADOS SUGIERE UN CONTROL SUBOPTICO, LO QUE AUMENTA EL RIESGO DE COMPLICACIONES TANTO COMO PARA LA MADRE COMO PARA EL FETO. EL PLAN DE MANEJO INCLUYE UN SEGUIMIENTO ESTRECHO DEL CONTROL GLUCEMICO Y LA SALUD FETAL, CON CONSIDERACIONES PARA UN PARTO INDUCIDO SI ES NECESARIO.

7 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO D E F = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF
1	DIABETES MELLITUS TIPO I	E11		X	3				
2					4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO

INSULINA BASAL (DETEMIR): 18 U POR LA NOCHE

INSULINA RÁPIDA (LISPRO): 5 U ANTES DE CADA COMIDA

ÁCIDO FÓLICO: 5 MG DIARIOS

DIETA CONTROLADA EN CARBOHIDRATOS

MONITOREO DE GLUCOSA CAPILAR 4 VECES AL DÍA, ECOGRAFÍA DE CONTROL CADA 2 SEMANAS; EVALUACIÓN DE BIENESTAR FETAL

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO			FIRMA	

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y E.F

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	LOCALIZACIÓN			Nº HISTORIA CLÍNICA
		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
ISUB	ISUB				

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA
N	N	NN		

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTÓN	PROVINCIA	Nº TELEFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					OCUPACION	Nº SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BASI	BACH	SUPE	ESPE		ISSS		OTRO	
		27		X		X									PROFESORA				

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Nº CÉDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

FORMA DE LLEGADA					FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	Nº TELEFONO
AMBULATORIO	X	SILLA DE RUEDAS		CAMILLA			

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA OBSTRUIDA		GRUPO - RH		CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INESTABLE		OTRO	
MOTIVO DE LLEGADA	CONTROL PRENATAL / HIPOGLUCEMIAS													

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE 2= PERSONAL, 1= FAMILIAR — NO APLICA

1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

ALERGIAS: NO REFIERE

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 2, PARTOS 1 VAGUINAL A TERMINO, SIN COMPLICACIONES.

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Anexo 4. Historial clínico de pacientes gestantes catalogadas con riesgo obstétrico alto

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
ISUB	LAURA MARIA	GOMEZ SALAZAR		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL PRENATAL / CEFALEA / EDEMA

2 ANTECEDENTES PERSONALES

HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA DIAGNOSTICADA A LOS 30 AÑOS EN TRATAMIENTO CON ANTIHIPERTENSIVOS Y PREECLAMPSIA.
ALERGIAS: PENICILINA
ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 2, PARTOS 1 CESARIA POR PREECLAMPSIA SEVERA

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DEABETES MELLITUS
PADRE: ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

PACIENTE CON EMBARAZO DE 32 SEMANAS ACUDE PARA CONTROL PRENATAL, PRESENCIA DE EDEMA EN EXTREMIDADES INFERIORES Y CEFALEA OCASIONAL.

5 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL	145/95mmHg							
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								
Frec. Respiratorio FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	28 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS								
PROTEINURIA	2+							

6 EXAMEN FISICO

PACIENTE GESTANTE DE 35 AÑOS CON HIPERTENSIÓN CRÓNICA COMPLICADA CON PREECLAMPSIA, LA PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA Y LA PROTEINURIA SON INDICADORES DE PREECLAMPSIA, QUE JUNTO CON LA HISTORIA OBSTÉTRICA, JUSTIFICA UN MANEJO CAUTELOSO PARA PREVENIR COMPLICACIONES. SE HAN IMPLEMENTADO MEDIDAS FARMACOLÓGICAS Y DE SEGUIMIENTO INTENSIVO PARA MITIGAR RIESGOS Y PLANIFICAR UNA CESÁREA ELECTIVA SI LA PREECLAMPSIA PERSISTE.

7 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO D E F = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF
1	HIPERTENSION ARTERIAL	E11		X	3				
2	PREECLAMPSIA		X		4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO

NIFEDIPINO: 30 MG DIARIOS.
ASPIRINA: 100 MG DIARIOS.
CALCIO: 1,000 MG DIARIOS.
REPOSO RELATIVO.
MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL Y PROTEINURIA SEMANAL; ULTRASONIDO CADA 2 SEMANAS; EVALUACIÓN DE BIENESTAR FETAL.

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO		FIRMA	

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y E.F

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	LOCALIZACION			Nº HISTORIA CLINICA
		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
ISUB	ISUB				

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA
GOMEZ	SALAZAR	LAURA MARIA		

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTON	PROVINCIA	Nº TELÉFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					OCUPACION	Nº SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BASI	BACH	SUPE	ESPE		IESS		OTRO	
		35		X		X									AMA DE CASA				

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Nº CÉDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

FORMA DE LLEGADA					FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	Nº TELEFONO
AMBULATORIO	X	SILLA DE RUEDAS		CAMILLA			

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE		VIA AEREA OBSTRUIDA		GRUPO - Rh		CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INESTABLE		OTRO	
			X											

MOTIVO DE LLEGADA	CONTROL PRENATAL / CEFALEA / EDEMA

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE P= PERSONAL, F= FAMILIAR — NO APLICA

1. ALERGICOS	X	2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

ALERGIA: PENICILINA

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 2, PARTOS 1 CESARIA POR PREECLAMPSIA SEVERA

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Anexo 5. Historial clínico de pacientes gestantes catalogadas con riesgo obstétrico alto

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
ISUB	NN	NN		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA
CONTROL PRENATAL/CEFALEA
2 ANTECEDENTES PERSONALES
HIPERTENSION ARTERIAL CON TRATAMIENTO DE ANTIHIPERTENSIVOS, PREECLAMPSIA SEVERA
ALERGIAS: NO REFIERE
ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 2, PARTOS 1 CESARIA POR PREECLAMPSIA SEVERA
3 ANTECEDENTES FAMILIARES
MADRE: NO REFIERE
PADRE: NO REFIERE
4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
PACIENTE CON EMBARAZO DE 35 SEMANAS ACUDE PARA CONTROL PRENATAL Y CEFALEA OCASIONAL.

5 SIGNOS VITALES								
FECHA								
PESION ARTERIAL	170/110 mmHg							
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								
Frec. Respiratorio FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	28 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS								
PROTEINURIA	2.5 g/24H							

6 EXAMEN FISICO
PACIENTE GESTANTE DE 35 AÑOS PRESENTA PREECLAMPSIA CON PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA Y PROTEINURIA
REPRESENTA UN ALTO RIESGO MATERNO-FETAL. EL TRATAMIENTO CON ANTIHIPERTENSIVOS Y SULFATO DE MAGNESIO ES
CRUCIAL PARA PREVENIR COMPLICACIONES COMO LA ECLAMPSIA. LA ADMINISTRACIÓN DE CORTICOSTEROIDES Y LA
PLANIFICACION DE CESÁREA SUGIEREN UN PARTO INMINENTE PARA EVITAR RIESGOS.

7 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF
1	HIPERTENSION ARTERIAL	E11		X	3				
2	PRECLAMPSIA		X		4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO
LABETALOL
SULFATO DE MAGNESIO
BETAMETASONA
MONITOREO CONTINUO, ECOGRAFÍA, MONITOREO CARDIOTOCOGRÁFICO, CESÁREA PLANIFICADA.

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO			FIRMA	

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y E.F

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	LOCALIZACION			Nº HISTORIA CLINICA
		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
ISUB	ISUB				

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	Nº CÉDULA DE CIUDADANIA
N	N	NN		

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTON	PROVINCIA	Nº TELÉFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					OCUPACION	Nº SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BASI	BACH	SUPE	ESPE		ESS		OTRO	
		35		X		X													

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Nº CÉDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

FORMA DE LLEGADA					FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	Nº TELEFONO
AMBULATORIO	X	SILLA DE RUEDAS		CAMILLA			

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA OBSTRUIDA		GRUPO - Rh		CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INESTABLE		OTRO	
MOTIVO DE LLEGADA	CONTROL PERINATAL Y CEFALEA													

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DEL USUARIO PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE P= PERSONAL, F= FAMILIAR

																	NO APLICA	
1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS				

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 2, PARTOS 1 CESARIA POR PREECLAMPSIA SEVERA.

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Anexo 6. Historial clínico de pacientes gestantes catalogadas con riesgo obstétrico alto

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HIJA	HISTORIA CLINICA
ISUB	NN	NN		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA
DIABETES GESTACIONAL
2 ANTECEDENTES PERSONALES
ANTECEDENTES PERSONALES DIABETES GESTACIONAL
ALERGIAS: NO REFIERE
ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 2, PARTOS 1
3 ANTECEDENTES FAMILIARES
MADRE: NO REFIERE
PADRE: NO REFIERE
4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
PACIENTE CON EMBARAZO DE 33 SEMANAS ACUDE PARA CONTROL DE DIABETES GESTACIONAL.
5 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL								
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								
Frec. Respiratorio FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	29 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS	110 mg/dL							
TEST DE O'SULLIVAN	160 mg/dL							

6 EXAMEN FISICO
PACIENTE GESTANTE DE 32 AÑOS PRESENTA DIABETES GESTACIONAL MODERADA ESTÁ SIENDO MANEJADA CON ÉXITO
MEDIANTE INSULINA Y CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA. EL CONTROL GLUCÉMICO Y LA VIGILANCIA DE COMPLICACIONES
FETALES SON CLAVES. LA PLANIFICACIÓN DE PARTO VAGINAL CON INDUCCIÓN ES ADECUADA SI NO SURGEN
COMPLICACIONES, ANTICIPANDO UN PRONÓSTICO FAVORABLE.

7 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF
1	DIABETES GESTACIONAL	E11	X		3				
2					4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO
DIETA
EJERCICIO
INSULINA NPH
ACIDO FOLICO
MONITOREO SEMANAL DE GLUCEMIA, ECOGRAFÍA MENSUAL, MONITOREO CARDIOTOCOGRÁFICO

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO			FIRMA	

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y EF

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	LOCALIZACION			Nº HISTORIA CLÍNICA
		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
ISUB	ISUB				

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	Nº CÉDULA DE CIUDADANIA
N	N	NN		

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTON	PROVINCIA	Nº TELÉFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					OCUPACION	Nº SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BASI	BACH	SUPE	ESPE		IESS		OTRO	
		32		X		X													

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Nº CÉDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

FORMA DE LLEGADA					FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	Nº TELEFONO
AMBULATORIO	X	SILLA DE RUEDAS		CAMILLA			

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA OBSTRUIDA		GRUPO - Rh		CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INESTABLE		OTRO	
MOTIVO DE LLEGADA	DIABETES GESTACIONAL													

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE
P= PERSONAL, F= FAMILIAR

NO APLICA

1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 2, PARTOS 1.

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Anexo 6. Historial clínico de pacientes gestantes catalogadas con riesgo obstétrico alto

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
ISUB	NN	NN		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA
DIABETES GESTACIONAL
2 ANTECEDENTES PERSONALES
ANTECEDENTES PERSONALES DIABETES GESTACIONAL
ALERGIAS: NO REFIERE
ABORTOS 0, PARIDAD 2, GESTAS 2, PARTOS 2
3 ANTECEDENTES FAMILIARES
MADRE: NO REFIERE
PADRE: NO REFIERE
4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
PACIENTE CON EMBARAZO DE 30 SEMANAS ACUDE PARA CONTROL DE DIABETES GESTACIONAL.

5 SIGNOS VITALES								
FECHA								
PESION ARTERIAL								
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								
Frec. Respiratorio FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	31 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS	115 mg/dL							
TEST DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA	175 mg/dL							

6 EXAMEN FISICO
PACIENTE GESTANTE DE 33 AÑOS CON EMBARAZO MÚLTIPLE TIENE DIABETES GESTACIONAL AUMENTA
SIGNIFICATIVAMENTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES. LA RESISTENCIA A LA INSULINA REQUIERE UN MANEJO INTENSIVO,
CON SEGUIMIENTO ESTRECHO PARA DETECTAR SIGNOS DE COMPLICACIONES FETALES. LA CESÁREA PLANIFICADA A LAS
37-38 SEMANAS ES PRUDENTE PARA MINIMIZAR RIESGOS.

7 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF
1	DIABETES GESTACIONAL	E11	X		3				
2					4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO
DIETA
EJERCICIO
INSULINA NPH
ACIDO FOLICO
MONITOREO SEMANAL DE GLUCEMIA, ECOGRAFÍA QUINCENAL, MONITOREO CARDIOTOCOGRÁFICO

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO			FIRMA	

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y E.F

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	LOCALIZACION			Nº HISTORIA CLINICA
		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
ISUB	ISUB				

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	Nº CÉDULA DE CIUDADANIA
N	N	NN		

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTON	PROVINCIA	Nº TELÉFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					OCUPACION	Nº SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BAS	BACH	SUPE	ESPE		IESS		OTRO	
		33		X		X													

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Nº CÉDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

FORMA DE LLEGADA					FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	Nº TELEFONO
AMBULATORIO	X	SILLA DE RUEDAS		CAMILLA			

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA OBSTRUIDA		GRUPO - Rh		CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INESTABLE		DEAD	
MOTIVO DE LLEGADA	DIABETES GESTACIONAL													

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DEL EVANTES PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE 1= PERSONAL, 2= FAMILIAR — NO APLICA

1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

ABORTOS 0, PARIDAD 2, GESTAS 2, PARTOS 2.

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Anexo 7. Historial clínico de pacientes gestantes catalogadas con riesgo obstétrico alto

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
ISUB	NN	NN		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA

HIPERTENSION ARTERIAL

2 ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES PERSONALES HIPERTENSION ARTERIAL

ALERGIAS: NO REFIERE

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 1, PARTOS 1

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: NO REFIERE

PADRE: NO REFIERE

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

PACIENTE CON EMBARAZO DE 35 SEMANAS ACUDE PARA CONTROL POR HIPERTENSION ARTERIAL

5 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL	150/95 mmHg							
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								
Frec. Respiratorio FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	29 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS								
PROTEINURIA	0,3 g/24H							

6 EXAMEN FISICO

PACIENTE GESTANTE DE 38 AÑOS PRESENTA HIPERTENSIÓN CRÓNICA COMBINADA CON EL AUMENTO DE LA EDAD MATERNA INCREMENTA EL RIESGO DE PREECLAMPSIA Y RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO. EL MANEJO DE LA PRESION ARTERIAL Y LA VIGILANCIA DE LA PROTEINURIA SON ESENCIALES. LA CESÁREA A LAS 37-38 SEMANAS ES UNA ESTRATEGIA ADECUADA PARA PREVENIR COMPLICACIONES.

7 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF
1	HIPERTENSION ARTERIAL	E11		X	3				
2					4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO

METILDOPA

SUPLEMENTO DE CALCIO

MULTIVITAMÍNICO PRENATAL

MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL, ECOGRAFÍA MENSUAL, MONITOREO CARDIOTOCOGRÁFICO

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO			FIRMA	

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y E.F

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	LOCALIZACION			Nº HISTORIA CLÍNICA
		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
ISUB	ISUB				

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	Nº CÉDULA DE CIUDADANIA
N	N	NN		

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTON	PROVINCIA	Nº TELÉFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					OCUPACION	Nº SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BASI	BACH	SUPE	ESPE		IESS		OTRO	
		38		X		X													

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Nº CÉDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

FORMA DE LLEGADA					FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	Nº TELEFONO
AMBULATORIO	X	SILLA DE RUEDAS		CAMILLA			

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA OBSTRUIDA		GRUPO - Rh		CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INESTABLE		OTRO	
MOTIVO DE LLEGADA	HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA													

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE P= PERSONAL, F= FAMILIAR — NO APLICA

1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 1, PARTOS 1.

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Anexo 8. Historial clínico de pacientes gestantes catalogadas con riesgo obstétrico alto

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
ISUB	NN	NN		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA

PLACENTA PREVIA TOTAL

2 ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES PERSONALES NO REFIERE

ALERGIAS: NO REFIERE

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 1, PARTOS 1

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: NO REFIERE

PADRE: NO REFIERE

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

PACIENTE EN EMBARAZO ACUDE POR PLACENTA PREVIA TOTAL

5 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL								
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								
Frec. Respiratorio FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	24 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS								
HEMOGLOBINA	11.2 g/dL							

6 EXAMEN FISICO

PACIENTE GESTANTE DE 30 AÑOS PRESENTA PLACENTA PREVIA TOTAL ES UNA CONDICIÓN DE ALTO RIESGO DEBIDO A LA POSIBILIDAD DE HEMORRAGIAS GRAVES. EL MANEJO HOSPITALARIO CON REPOSO, CORTICOSTEROIDES Y VIGILANCIA CONSTANTE ES FUNDAMENTAL. LA CESÁREA PLANIFICADA ES LA ÚNICA OPCIÓN SEGURA PARA MINIMIZAR EL RIESGO DE HEMORRAGIA GRAVE.

7 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF
1	PLACENTA PREVIA	E11	X		3				
2					4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO

REPOSO ABSOLUTO

HOSPITALIZACIÓN

CORTICOSTEROIDES

ANTIBIOTICOS

MONITOREO DE SANGRADO, ECOGRAFÍA SEMANAL, MONITOREO CARDIOTOCOGRÁFICO

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO			FIRMA	

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y E.F

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA		LOCALIZACION			Nº HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
ISUB	ISUB					

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	Nº CÉDULA DE CIUDADANIA
N	N	NN		

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTÓN	PROVINCIA	Nº TELÉFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					OCUPACION	Nº SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BASI	BACH	SUPE	ESPE		IESS		OTRO	
		30		X		X													

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Nº CÉDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

FORMA DE LLEGADA						FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	Nº TELEFONO
AMBULATORIO	X	SILLA DE RUEDAS		CAMILLA				

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA OBSTRUIDA		GRUPO – Rh	O+	CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INESTABLE		OTRO	
MOTIVO DE LLEGADA	PLACENTA PREVIA TOTAL													

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE 1= PERSONAL, 1= FAMILIAR — NO APLICA

1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 1, PARTOS 1.

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Anexo 9. Historial clínico de pacientes gestantes catalogadas con riesgo obstétrico alto

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
ISUB	NN	NN		X	1	

1 MOTIVO DE CONSULTA

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

2 ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES PERSONALES NO REFIERE

ALERGIAS: NO REFIERE

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 1, PARTOS 1

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: NO REFIERE

PADRE: NO REFIERE

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

PACIENTE GESTANTE ACUDE POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

5 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL								
PULSO X min								
TEMPERATURA °C	36.7°C							
Frec. Respiratorio FR								
SAT 02 %								
TALLA								
PESO								
IMC	22 KG/M2							
GLUCOSA AYUNAS								
OTRO								

6 EXAMEN FISICO

PACIENTE GESTANTE DE 28 AÑOS PRESENTA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A LAS 34 SEMANAS CONLLEVA UN ALTO RIESGO DE INFECCIÓN Y PARTO PREMATURO. EL TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS Y CORTICOSTEROIDES ESTÁ DIRIGIDO A PREVENIR INFECCIONES Y MEJORAR LOS RESULTADOS FETALES. EL PARTO INDUCIDO O CESÁREA DEPENDERÁ DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA, PRIORIZANDO LA SEGURIDAD MATERNO-FETAL.

7 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF
1	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	E11	X		3				
2					4				

8. PLAN DE TRATAMIENTO

REPOSO ABSOLUTO

CORTICOSTEROIDES

ANTIBIOTICOS

MONITOREO DIARIO DE SIGNOS DE INFECCIÓN, ECOGRAFÍA, MONITOREO CARDIOTOCOGRÁFICO

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO		FIRMA	

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y E.F

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	LOCALIZACION			Nº HISTORIA CLÍNICA
		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
ISUB	ISUB				

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA
N	N	NN		

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTON	PROVINCIA	Nº TELÉFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					OCUPACION	Nº SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BASI	BACH	SUPE	ESPE		IESS		OTRO	
		28		X		X													

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Nº CÉDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

FORMA DE LLEGADA					FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	Nº TELEFONO
AMBULATORIO	X	SILLA DE RUEDAS		CAMILLA			

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE	X	VIA AEREA OBSTRUIDA		GRUPO – Rh	A+	CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INESTABLE		OTRO	
MOTIVO DE LLEGADA	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS													

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE P= PERSONAL, F= FAMILIAR

NO APLICA

1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS	X	4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

ABORTOS 0, PARIDAD 1, GESTAS 1, PARTOS 1.

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Anexo 10. Plan de Intervención Pciente 1.

PLAN DE INTERVENCIÓN: PACIENTE 1							
DIAGNÓSTICO (CIE-10): O13.0 (Hipertensión arterial inducida por el embarazo sin proteinuria)							
Factor de Riesgo	**Objetivo de la Visita**	**Actividades o Procedimientos**	**Recursos Necesarios**	**Responsables**	**BUENO**	**REGULAR**	**INSUFICIENTE**
Nutrición Prenatal	Asegurar una nutrición adecuada y suplementación específica para prevenir complicaciones.	- Realizar una evaluación dietética mediante recordatorio de 24 horas. - Proporcionar un plan de alimentación personalizado bajo en sodio y grasas saturadas. - Indicar y supervisar el uso de suplementos: ácido fólico (400 mcg/día), calcio (1,000 mg/día) y hierro (30 mg/día). - Monitorea	- Suplementos prenatales (ácido fólico, calcio, hierro). - Balanza, guías dietéticas personalizadas.	Médico, estudiantes de enfermería			

		r la ganancia de peso cada dos semanas.					
Hábitos y Estilo de Vida	Promover hábitos saludables y actividad física leve.	- Realizar sesiones educativas sobre actividad física segura durante el embarazo (ejercicios leves como yoga prenatal o caminatas). - Planificar un horario de descanso diario para la paciente. - Supervisar la postura al dormir (recomendar dormir de lado izquierdo).	- Material educativo sobre ejercicio y postura. - Espacio para demostración de actividades.	Médico, estudiantes de enfermería			
Exposición a Sustancias Tóxicas y Ambiente Laboral	Reducir exposición a sustancias nocivas y adecuar el ambiente laboral	- Aplicar una encuesta sobre riesgos laborales y ambientales.	- Formatos de evaluación ambiental. - Equipos de	Médico, técnico en seguridad ocupacional.			

	para minimizar riesgos.	- Enseñar a identificar sustancias o factores nocivos en el hogar o trabajo. - Proveer orientación sobre el uso de equipos de protección personal si es necesario.	protección personal (mascarillas, guantes, etc.).				
Estrés y Apoyo Social	Reducir el estrés mediante soporte emocional y estrategias de afrontamiento.	- Aplicar la Escala de Estrés Percibido (EEP) para identificar niveles de estrés. - Realizar una sesión breve de relajación guiada con técnicas de respiración profunda. - Planificar actividades semanales con la red de	- Material educativo sobre relajación. - Audio de meditación guiada o aplicaciones móviles de mindfulness.	Médico, psicólogo clínico.			

		apoyo de la paciente (familiares o amigos).					
Percepciones y Conocimiento sobre el TDAH	Incrementar el conocimiento de la paciente sobre los posibles riesgos del TDAH en el niño debido a factores prenatales.	- Explicar en consulta cómo la hipertensión puede afectar el desarrollo fetal y la importancia de controlar el estrés. - Proveer información escrita o audiovisual sobre factores prenatales relacionados con el desarrollo del TDAH. - Organizar una sesión educativa breve sobre la relación entre salud materna y desarrollo cerebral fetal.	- Folletos informativos sobre TDAH. - Recursos digitales educativos.	Médico, estudiantes de enfermería.			

Anexo 11. Plan de Intervención Pciente 2

PLAN DE INTERVENCIÓN: PACIENTE 2 **DIAGNÓSTICO (CIE-10): E03.9 (Hipotiroidismo, no especificado) y E66.3 (Sobrepeso**				
Factor de Riesgo	**Objetivo de la Visita**	**Actividades o Procedimientos**	**Recursos Necesarios**	**Responsables**
Nutrición Prenatal	Optimizar el control del peso y asegurar un adecuado aporte de nutrientes esenciales para el embarazo.	- Evaluar la dieta actual mediante un recordatorio de 24 horas. - Diseñar un plan de alimentación equilibrado que controle la ingesta calórica sin afectar la nutrición materno-fetal. - Supervisar el uso de suplementos específicos: ácido fólico (400 mcg/día), hierro (30 mg/día) y yodo (250 mcg/día). - Control mensual del índice de masa	- Suplementos prenatales (ácido fólico, hierro, yodo). - Guías dietéticas adaptadas. - Balanza y tablas de IMC.	Médico, estudiantes de enfermería, nutricionista.

		corporal (IMC) y aumento de peso gestacional.		
Hábitos y Estilo de Vida	Promover hábitos saludables y fomentar la actividad física segura para el embarazo.	- Planificar actividades físicas seguras (ejemplo: caminatas moderadas, ejercicios en agua). - Crear un plan de descanso adecuado para optimizar la función tiroidea y prevenir fatiga. - Proveer educación sobre la importancia de evitar ayunos prolongados y mantener una rutina alimentaria regular.	- Material educativo sobre ejercicio para embarazadas. - Ropa y calzado adecuado para ejercicios.	Médico, estudiantes de enfermería, fisioterapeuta.
Control del Hipotiroidismo	Garantizar niveles adecuados de hormonas tiroideas para un desarrollo fetal óptimo.	- Solicitar TSH y T4 libre cada 4-6 semanas para ajustar tratamiento. - Supervisar la adherencia a la levotiroxina en ayunas. - Asegurar el consumo adecuado de alimentos ricos en yodo (ejemplo: pescado,	- Laboratorio para análisis de TSH y T4 libre. - Material educativo sobre hipotiroidismo y embarazo.	Médico endocrinólogo, médico tratante.

		lácteos).		
Estrés y Apoyo Social	Reducir niveles de estrés y fomentar apoyo emocional para una mejor adherencia al tratamiento.	- Aplicar la Escala de Estrés Percibido (EEP). - Realizar una sesión breve de relajación guiada o mindfulness. - Organizar reuniones con la red de apoyo de la paciente para informar sobre su condición y fomentar apoyo.	- Aplicaciones móviles de meditación guiada. - Recursos impresos o digitales para técnicas de relajación.	Médico, psicólogo clínico, estudiantes de enfermería.
Percepciones y Conocimiento sobre el TDAH	Incrementar el conocimiento sobre la influencia del hipotiroidismo y sobrepeso en el desarrollo fetal y el riesgo de TDAH.	- Realizar una sesión educativa breve sobre cómo el hipotiroidismo y el sobrepeso afectan el desarrollo del sistema nervioso fetal. - Proveer folletos y videos sobre factores de riesgo prenatal y cómo minimizarlos mediante adherencia al tratamiento y control del peso.	- Folletos educativos sobre hipotiroidismo y desarrollo fetal. - Videos educativos digitales.	Médico, estudiantes de enfermería.

Anexo 11. Plan de Intervención Paciente 3

PLAN DE INTERVENCIÓN: PACIENTE 3

DIAGNÓSTICO (CIE-10): O99.2 (Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo, el parto y el puerperio).				
Factor de Riesgo	Objetivo de la Visita	Actividades o Procedimientos	Recursos Necesarios	Responsables
Nutrición Prenatal	Asegurar un balance nutricional adecuado para prevenir complicaciones materno-fetales relacionadas con la condición endocrina.	- Evaluar la dieta mediante un recordatorio de 24 horas. - Diseñar un plan alimenticio ajustado a las necesidades metabólicas de la paciente (ejemplo: control de carbohidratos en caso de diabetes gestacional). - Indicar suplementos prenatales: ácido fólico (400 mcg/día), calcio (1,000 mg/día), y hierro (30 mg/día). - Monitorear el peso mensual y ajustar la dieta según el progreso.	- Suplementos prenatales. - Balanza, tablas de IMC, y guías dietéticas.	Médico, estudiantes de enfermería, nutricionista.
Control de la Enfermedad Endocrina	Mantener un control adecuado de la enfermedad metabólica o endocrina para evitar complicaciones materno-fetales.	- Solicitar exámenes específicos según la enfermedad endocrina (ejemplo: glicemia, HbA1c, TSH y T4 libre). - Supervisar adherencia al	- Laboratorio para exámenes bioquímicos. - Material educativo sobre manejo de enfermedades metabólicas.	Médico endocrinólogo, médico tratante, estudiantes de enfermería.

		tratamiento farmacológico (ejemplo: insulina, levotiroxina, etc.). - Proveer educación sobre el manejo de la condición durante el embarazo (técnicas de autocontrol y monitoreo).		
Hábitos y Estilo de Vida	Promover hábitos saludables que reduzcan riesgos y mejoren el bienestar materno-fetal.	- Fomentar actividad física adecuada al estado de salud (ejemplo: caminatas diarias de 30 minutos). - Implementar horarios regulares de sueño y descanso. - Proveer educación sobre evitar sustancias dañinas (alcohol, tabaco, etc.).	- Material educativo sobre ejercicio para embarazadas. - Espacio para ejercicios supervisados.	Médico, estudiantes de enfermería, fisioterapeuta.
Estrés y Apoyo Social	Reducir el estrés emocional y fomentar el apoyo social como parte del manejo integral.	- Aplicar la Escala de Estrés Percibido (EEP). - Realizar sesiones de relajación guiada o mindfulness. - Organizar reuniones con la red de apoyo para educar sobre la importancia del acompañamiento	- Recursos digitales o impresos para técnicas de relajación. - Material educativo para la red de apoyo.	Médico, psicólogo clínico, estudiantes de enfermería.

		en esta etapa.		
Percepciones y Conocimiento sobre la Enfermedad	Incrementar el conocimiento de la paciente sobre su condición y su impacto en el embarazo y el desarrollo fetal.	- Realizar sesiones educativas sobre los riesgos y el manejo de la enfermedad endocrina durante el embarazo. - Proveer materiales educativos sobre medidas preventivas y adherencia al tratamiento. - Asegurar que la paciente reconozca signos de alarma (hipo/hiperglicemia, cambios en el estado general, etc.).	- Folletos educativos. - Videos explicativos sobre complicaciones metabólicas y su manejo.	Médico tratante, estudiantes de enfermería.

Anexo 12. Plan de Intervención Pciente 4

PLAN DE INTERVENCIÓN: PACIENTE 4				
DIAGNÓSTICO (CIE-10): O99.0 (Anemia que complica el embarazo, parto y puerperio) y O09.9 (Supervisión de embarazo de alto riesgo)				
Factor de Riesgo	Objetivo de la Visita	Actividades o Procedimientos	Recursos Necesarios	Responsables
Nutrición Prenatal	Optimizar los niveles de hemoglobina y prevenir complicaciones relacionadas con la anemia en el embarazo.	- Evaluar la dieta actual y ajustar para aumentar el consumo de hierro (alimentos ricos en hierro hemo y no hemo). - Recomendar suplementos de hierro (30-60 mg/día) y ácido fólico (400 mcg/día). - Instruir sobre la importancia de consumir vitamina C para mejorar la absorción del hierro. - Monitorizar la hemoglobina y hematocrito mensual.	- Suplementos de hierro y ácido fólico. - Material educativo sobre alimentos ricos en hierro.	Médico, estudiantes de enfermería, nutricionista.
Control de la Anemia	Mejorar los niveles de hemoglobina para evitar complicaciones	- Solicitar hemograma completo y pruebas de hierro para	- Laboratorio para hemograma y niveles de hierro.	Médico tratante, estudiantes de enfermería,

	de la anemia, como fatiga excesiva y bajo peso al nacer.	evaluar el grado de anemia. - Supervisar la adherencia al tratamiento de suplementos de hierro. - Educativa sobre cómo prevenir la anemia a través de la dieta y el tratamiento médico.	- Material educativo sobre anemia y su manejo.	nutricionista.
Monitoreo de Embarazo de Alto Riesgo	Asegurar que la paciente reciba seguimiento adecuado durante el embarazo para prevenir complicaciones.	- Realizar controles prenatal mensuales para evaluar el bienestar fetal y materno (presión arterial, ecografías, etc.). - Evaluar crecimiento fetal y signos de complicaciones. - Identificar cualquier signo de agravamiento de la anemia o el embarazo de alto riesgo.	- Equipos para control de presión arterial y ecografía. - Registros para seguimiento de parámetros clínicos.	Médico, estudiantes de enfermería, obstetra.
Hábitos y Estilo de Vida	Promover un estilo de vida saludable para mejorar la salud general y evitar el empeoramiento	- Fomentar el ejercicio físico moderado para mejorar la circulación. - Asegurar descanso	- Material educativo sobre ejercicio seguro durante el embarazo.	Médico, estudiantes de enfermería.

	de la anemia.	adecuado y evitar la fatiga excesiva. - Instruir sobre la importancia de evitar el consumo de alimentos que interfieran con la absorción de hierro (por ejemplo, té, café).	- Recursos para pautas de alimentación.	
Estrés y Apoyo Social	Reducir el estrés y promover el apoyo emocional durante el embarazo de alto riesgo.	- Evaluar el nivel de estrés de la paciente mediante la Escala de Estrés Percibido (EEP). - Realizar sesiones de apoyo emocional para gestionar el estrés. - Promover la participación de la red de apoyo social de la paciente (familia, amigos).	- Recursos para apoyo emocional (terapia breve, grupos de apoyo). - Material educativo sobre manejo del estrés.	Médico, psicólogo clínico, estudiantes de enfermería.
Percepciones y Conocimiento sobre la Anemia	Mejorar el conocimiento de la paciente sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y los riesgos de la	- Realizar una sesión educativa sobre los riesgos de la anemia en el embarazo y cómo prevenir complicaciones. - Proveer	- Folletos y recursos visuales sobre la anemia. - Videos informativos sobre el manejo de la	Médico, estudiantes de enfermería, nutricionista.

	anemia.	material informativo sobre la importancia de la dieta rica en hierro y el seguimiento médico.	anemia.	

Anexo 12. Plan de Intervención Paciente 5

PLAN DE INTERVENCIÓN: PACIENTE 5				
DIAGNOSTICO CIE 10: O24.4, Diabetes gestacional cuando complica el embarazo, el parto o el puerperio				
Factor de Riesgo	Objetivo de la Visita	Actividades o Procedimientos	Recursos Necesarios	Responsables
Nutrición Prenatal	Controlar los niveles de glucosa en sangre y evitar complicaciones materno-fetales relacionadas con la diabetes gestacional.	- Evaluar la dieta actual de la paciente y realizar ajustes para controlar la glucosa (plan alimentario bajo en carbohidratos simples, balanceado en macronutrientes). - Recomendar el consumo de alimentos con bajo índice glucémico (frutas, verduras, legumbres). - Indicar suplementos de ácido fólico (400 mcg/día) y hierro (30 mg/día). - Monitorear la glucosa en ayunas y postprandial.	- Suplementos de ácido fólico y hierro. - Material educativo sobre alimentos y glucosa.	Médico, nutricionista, estudiantes de enfermería.
Control de la Diabetes Gestacional	Mantener los niveles de glucosa dentro	- Realizar seguimiento de glucosa capilar	- Medidores de glucosa y tiras reactivas.	Médico endocrinólogo , médico

	de los rangos recomendados para evitar complicaciones.	o de laboratorio según protocolos (glucosa en ayunas, postprandial y/o HbA1c). - Instruir sobre el monitoreo diario de la glucosa y ajustes en la dieta. - Evaluar la necesidad de tratamiento farmacológico (insulina o medicamentos orales). - Evaluar signos de hipoglucemia o hiperglucemia y proporcionar pautas para su manejo.	- Guías educativas sobre monitoreo de glucosa.	tratante, estudiantes de enfermería.
Monitoreo de Embarazo de Alto Riesgo	Asegurar el bienestar materno-fetal, prevenir complicaciones y evaluar el control de la diabetes gestacional.	- Realizar controles prenatales frecuentes (cada 2-4 semanas) para monitorear el estado general, la presión arterial y el bienestar fetal (ecografías y perfil biofísico). - Realizar pruebas de función renal y evaluación de la presencia de	- Equipo para control de presión arterial, ecografía. - Registros médicos para monitoreo de parámetros clínicos.	Médico, estudiantes de enfermería, obstetra.

		preeclampsia.		
Hábitos y Estilo de Vida	Promover hábitos saludables para el control de la diabetes y el bienestar general.	- Fomentar ejercicio físico adecuado para el control de la glucosa (caminar 30 minutos diarios). - Enseñar la importancia del descanso adecuado y el manejo del estrés. - Asesorar sobre la importancia de evitar alimentos con alto contenido de azúcar y grasas saturadas.	- Material educativo sobre ejercicio y control de la diabetes. - Espacios adecuados para la práctica de actividad física.	Médico, estudiantes de enfermería, fisioterapeuta.
Estrés y Apoyo Social	Reducir el estrés emocional y promover el apoyo social durante el embarazo de alto riesgo.	- Evaluar el nivel de estrés de la paciente mediante la Escala de Estrés Percibido (EEP). - Proporcionar sesiones de apoyo emocional o psicoeducación sobre el embarazo y diabetes gestacional. - Asegurar que la paciente tenga acceso a apoyo social de la familia,	- Materiales de apoyo emocional y psicoeducación. - Recursos para el manejo del estrés.	Médico, psicólogo, estudiantes de enfermería.

		amigos y otros.		
Percepciones y Conocimiento sobre la Diabetes Gestacional	Mejorar el conocimiento de la paciente sobre el manejo de la diabetes gestacional y sus riesgos.	- Realizar una sesión educativa sobre la diabetes gestacional, sus riesgos y la importancia del control adecuado de la glucosa para evitar complicaciones. - Proveer información sobre los signos de alarma (hipoglucemia, hiperglucemia) y el manejo adecuado de los medicamentos.	- Folletos y material visual sobre la diabetes gestacional. - Videos educativos sobre control de la glucosa y prevención de complicaciones.	Médico, estudiantes de enfermería, nutricionista.

Anexo 13. Plan de Intervención Pciente 6

PLAN DE INTERVENCIÓN: PACIENTE 6 **DIAGNÓSTICO (CIE-10): O30.009 (Embarazo gemelar, no especificado el número de placentas ni de sacos amnióticos, trimestre no especificado)**				
Factor de Riesgo	Objetivo de la Visita	Actividades o Procedimientos	Recursos Necesarios	Responsables
Nutrición Prenatal	Asegurar un adecuado crecimiento y desarrollo fetal en un embarazo gemelar, y prevenir complicaciones nutricionales.	- Evaluar y ajustar la dieta para garantizar la ingesta adecuada de calorías, proteínas, vitaminas y minerales. - Recomendar suplementos prenatales que contengan hierro, ácido fólico, calcio, y DHA. - Instruir sobre el aumento calórico necesario para un embarazo gemelar (aproximadamente 300-500 calorías adicionales por bebé).	- Suplementos prenatales con hierro, ácido fólico, calcio, y DHA. - Material educativo sobre la nutrición en embarazos múltiples.	Médico, nutricionista, estudiantes de enfermería.
Monitoreo Fetal	Asegurar el bienestar fetal	- Realizar ecografías	- Ecógrafo. - Equipo para	Médico, ecografista,

	en el embarazo gemelar.	frecuentes para evaluar el desarrollo y bienestar de los gemelos (crecimiento, ubicación, latidos cardiacos). - Realizar monitoreos cardiotocográficos (NST) para evaluar la actividad fetal. - Evaluar el riesgo de parto prematuro y complicaciones como el síndrome de transfusión gemelar.	monitoreo fetal.	estudiantes de enfermería.
Monitoreo de Complicaciones del Embarazo Gemelar	Detectar y manejar complicaciones comunes en embarazos gemelares, como preeclampsia, parto prematuro, y diabetes gestacional.	- Realizar controles frecuentes de presión arterial, pruebas de glucosa y seguimiento de posibles signos de preeclampsia (proteínas en orina, edema). - Monitorear el peso y la altura uterina para detectar posibles signos de crecimiento excesivo o insuficiente.	- Equipo para control de presión arterial, pruebas de glucosa, y ecografías. - Registros médicos.	Médico, estudiantes de enfermería.
Control del	Promover un	- Controlar el	- Material	Médico,

Peso y Crecimiento Materno	aumento adecuado de peso para el embarazo gemelar, minimizando riesgos para la madre y los fetos.	aumento de peso materno, asegurando que sea adecuado para el embarazo gemelar (aumento recomendado: 17-25 kg). - Ajustar la dieta para asegurar que el aumento de peso sea gradual y saludable. - Realizar evaluaciones periódicas del estado nutricional.	educativo sobre el control del peso en el embarazo. - Báscula, cinta métrica.	nutricionista, estudiantes de enfermería.
Hábitos y Estilo de Vida	Fomentar un estilo de vida saludable para la madre y los gemelos.	- Fomentar la práctica de ejercicio físico adecuado (caminar, yoga prenatal) para mantener la circulación y prevenir la ganancia de peso excesiva. - Instruir sobre la importancia de descanso adecuado y evitar el estrés.	- Material educativo sobre ejercicio prenatal y hábitos saludables.	Médico, fisioterapeuta, estudiantes de enfermería.
Apoyo Emocional y Social	Proporcionar apoyo emocional a la madre durante el embarazo gemelar,	- Ofrecer sesiones de apoyo emocional y psicoeducación sobre los retos	- Recursos psicoeducativos. - Materiales de apoyo social.	Médico, psicólogo, estudiantes de enfermería.

	gestionando el estrés y posibles preocupaciones.	de un embarazo gemelar. - Proveer recursos de apoyo, tales como grupos de apoyo para madres de gemelos.		
Percepciones y Conocimiento sobre el Embarazo Gemelar	Mejorar la comprensión y preparación de la paciente sobre un embarazo gemelar, sus riesgos y cuidados necesarios.	- Brindar información detallada sobre los cuidados prenatales durante el embarazo gemelar, el riesgo de parto prematuro y las complicaciones posibles. - Educar sobre las señales de alarma y cómo actuar en caso de emergencia.	- Material educativo sobre embarazo gemelar y manejo de complicaciones. - Videos informativos.	Médico, estudiantes de enfermería.

Anexo 14. Plan de Intervención Pciente 7

PLAN DE INTERVENCIÓN: PACIENTE 7				
DIAGNÓSTICO (CIE-10): O22.0 (Complicaciones venosas en el embarazo) y O09.9 (Supervisión de embarazo de alto riesgo)				
Factor de Riesgo	Objetivo de la Visita	Actividades o Procedimientos	Recursos Necesarios	Responsables
Nutrición Prenatal	Mejorar la circulación y reducir el riesgo de complicaciones venosas mediante una dieta balanceada.	- Evaluar la dieta de la paciente y ajustar los nutrientes para evitar la obesidad, promoviendo alimentos ricos en fibra, antioxidantes, y bajos en sodio. - Instruir sobre la importancia de la hidratación adecuada y evitar alimentos que favorezcan la retención de líquidos.	- Suplementos prenatales con ácido fólico, hierro y calcio. - Material educativo sobre la dieta para mejorar la circulación.	Médico, nutricionista, estudiantes de enfermería.
Control de Complicaciones Venosas	Evitar el empeoramiento de las complicaciones venosas y prevenir nuevas lesiones en el sistema circulatorio.	- Realizar evaluación clínica de signos y síntomas de insuficiencia venosa (edema, varices, dolor en las piernas). - Monitorear la presión	- Medias de compresión graduada. - Ecógrafo Doppler. - Registros médicos para seguimiento de la presión venosa.	Médico, estudiantes de enfermería.

		venosa, realizar ecografías doppler si es necesario. - Recomendar el uso de medias de compresión si es indicado.		
Monitoreo de Embarazo de Alto Riesgo	Monitorear el bienestar materno y fetal para evitar complicaciones.	- Realizar controles regulares para evaluar la presión arterial, la presencia de edemas, y el estado general de la madre. - Controlar el bienestar fetal mediante ecografías y monitoreo de los movimientos fetales. - Evaluar la posibilidad de trombosis o flebitis.	- Equipo para control de presión arterial, ecografía, Doppler. - Registros médicos.	Médico, estudiantes de enfermería.
Prevención de Trombosis y Edemas	Prevenir la formación de coágulos y reducir los edemas en las extremidades inferiores.	- Recomendación de movimientos regulares, especialmente caminatas ligeras, para mejorar la circulación. - Fomentar la elevación de	- Material educativo sobre ejercicios para la circulación. - Recursos de apoyo para la gestión de trombosis.	Médico, estudiantes de enfermería, fisioterapeuta.

		las piernas durante el descanso. - Evaluar la necesidad de anticoagulantes, dependiendo de la gravedad de las complicaciones venosas.		
Hábitos y Estilo de Vida	Mejorar el estilo de vida para minimizar las complicaciones venosas.	- Fomentar el uso de ropa cómoda, evitar tacones altos y ropa apretada que pueda empeorar la circulación. - Promover hábitos de descanso adecuados y el manejo del estrés.	- Material educativo sobre hábitos saludables y ropa cómoda. - Espacios adecuados para descanso y relajación.	Médico, estudiantes de enfermería.
Apoyo Emocional y Social	Reducir el estrés emocional, ayudando a la gestante a lidiar con el embarazo de alto riesgo.	- Proporcionar información sobre el embarazo de alto riesgo y las complicaciones asociadas. - Ofrecer apoyo emocional para manejar el estrés, la ansiedad y los miedos relacionados con las complicaciones venosas. - Facilitar	- Material psicoeducativo sobre estrés y apoyo emocional. - Recursos de apoyo social y grupos de apoyo.	Médico, psicólogo, estudiantes de enfermería.

		grupos de apoyo para mujeres con complicaciones similares.		
Percepciones y Conocimiento sobre las Complicaciones Venosas	Mejorar el conocimiento sobre las complicaciones venosas y la importancia de su manejo.	- Realizar una sesión educativa sobre las complicaciones venosas en el embarazo, incluyendo la prevención de trombosis y la importancia de la circulación. - Informar sobre los signos de alerta para la formación de coágulos o flebitis (dolor, enrojecimiento, hinchazón).	- Materiales educativos sobre complicaciones venosas y manejo. - Videos informativos.	Médico, estudiantes de enfermería.

Anexo 15. Plan de Intervención Pciente 8

PLAN DE INTERVENCIÓN: PACIENTE 8				
DIAGNÓSTICO (CIE-10): O24.4 (Diabetes gestacional cuando complica el embarazo, el parto o el puerperio) y O09.9 (Supervisión de embarazo de alto riesgo)				
Factor de Riesgo	Objetivo de la Visita	Actividades o Procedimientos	Recursos Necesarios	Responsables
Control de Glucosa	Mantener los niveles de glucosa dentro de los parámetros normales para evitar complicaciones maternas y fetales.	- Medir la glucosa en ayunas y después de las comidas para controlar los niveles de azúcar en sangre. - Ajustar el plan de alimentación según los resultados de los controles de glucosa. - Evaluar la necesidad de iniciar tratamiento con insulina si los niveles de glucosa son elevados.	- Glucómetro. - Registro de mediciones de glucosa. - Insulina (si se requiere).	Médico, estudiantes de enfermería, endocrinólogo.
Nutrición Prenatal y Manejo Dietético	Promover una alimentación balanceada y adecuada para controlar la diabetes gestacional.	- Educar a la paciente sobre la dieta para controlar la diabetes gestacional (alto contenido	- Material educativo sobre dieta para diabetes gestacional. - Registros de seguimiento	Nutricionista, médico, estudiantes de enfermería.

		en fibra, bajo índice glicémico). - Recomendar comidas frecuentes y porciones pequeñas para mantener un control de glucosa estable. - Instruir sobre los alimentos permitidos y los que deben evitarse (azúcares refinados, carbohidratos simples).	nutricional.	
Monitoreo Fetal	Asegurar el bienestar fetal durante el embarazo con diabetes gestacional.	- Realizar ecografías periódicas para monitorear el crecimiento fetal, ya que la diabetes gestacional aumenta el riesgo de macrosomía fetal. - Monitorear los movimientos fetales y la frecuencia cardiaca para detectar signos de estrés fetal.	- Ecógrafo. - Monitores de frecuencia cardiaca fetal.	Médico, ecografista, estudiantes de enfermería.
Monitoreo de Complicacione	Prevenir complicacione	- Controlar la presión arterial	- Equipo de control de	Médico, estudiantes

s Maternas	s maternas como preeclampsia, hipertensión y cetoacidosis.	de manera regular para detectar posibles signos de preeclampsia. - Evaluar signos de cetoacidosis (náuseas, vómitos, aliento acetona). - Monitorizar el peso de la paciente y el crecimiento de la circunferencia abdominal para evaluar signos de sobrecarga de líquidos o preeclampsia.	presión arterial. - Glucómetro, tiras reactivas para cetonas.	de enfermería.
Ejercicio Físico	Fomentar la práctica de ejercicio para mejorar la sensibilidad a la insulina y controlar los niveles de glucosa.	- Recomendar ejercicios ligeros como caminar, nadar o yoga prenatal para controlar los niveles de glucosa y mejorar la circulación. - Establecer un plan de ejercicios supervisado y adaptado a la gestante.	- Material educativo sobre ejercicio prenatal. - Espacios adecuados para realizar actividades físicas.	Médico, fisioterapeuta, estudiantes de enfermería.
Monitoreo del	Preparar para	- Preparar un	- Glucómetro.	Médico,

Parto y Puerperio	el parto y el manejo adecuado en el puerperio para prevenir complicaciones.	plan de parto que contemple los riesgos asociados a la diabetes gestacional (parto prematuro, cesárea). - Controlar los niveles de glucosa en el puerperio para evitar fluctuaciones. - Evaluar la necesidad de tratamiento con insulina en el puerperio si la paciente no se normaliza rápidamente.	- Registros médicos para seguimiento en el puerperio.	estudiantes de enfermería.
Apoyo Psicoemocional y Social	Proveer apoyo emocional para manejar el diagnóstico de diabetes gestacional.	- Ofrecer apoyo emocional, especialmente si la paciente está experimentando ansiedad o estrés por su diagnóstico. - Facilitar grupos de apoyo o sesiones educativas sobre cómo manejar la diabetes gestacional.	- Materiales psicoeducativos sobre manejo de la diabetes gestacional. - Grupos de apoyo.	Médico, psicólogo, estudiantes de enfermería.

Percepciones y Conocimiento sobre la Diabetes Gestacional	Mejorar la comprensión de la paciente sobre su diagnóstico y tratamiento.	- Educar sobre los riesgos y complicaciones de la diabetes gestacional tanto para la madre como para el bebé. - Proporcionar información sobre los signos de hipoglucemia y cómo manejarla. - Informar sobre los riesgos de diabetes gestacional recurrente en embarazos posteriores.	- Materiales educativos sobre diabetes gestacional. - Videos informativos.	Médico, estudiantes de enfermería.

Anexo 16. Paciente gestante con riesgo obstétrico durante rastreo ecográfico.

Anexo 17. Paciente gestante con riesgo obstétrico alto durante ecografía de control para cuantificación de líquido amniótico

Anexo 18. Paciente gestante con riesgo obstétrico alto durante control de pulsos y signos vitales