



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención
del grado académico de Licenciada en Enfermería.**

TEMA:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
DIABETES GESTACIONAL.**

AUTOR:

MARIO ANDRES TAIPE ZURITA

TUTORA:

LCDA. LIGIA VARGAS ANGULO

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
TITULO CASO CLINICO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCION	VII
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 LA DIABETES.....	1
1.1.1 DIABETES GESTACIONAL.....	2
1.1.2 SIGNOS Y SINTOMAS.....	2
1.1.3 FACTORES DE RIESGO	3
1.1.4 DIAGNOSTICO	3
1.1.4 TRATAMIENTO.....	4
1.1.5 EPIDEMIOLOGIA	5
1.1 JUSTIFICACION	7
1.3 OBJETIVOS.....	8
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	8
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
DATOS GENERALES	9
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	10
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES	10
2.1.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	10
2.1.2 ANTECEDENTES.....	10
2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (anamnesis)	11
2.3 EXAMEN FISICO	11

2.3.1 VALORACION CEFALOCAUDAL	11
2.3.2 SIGNOS VITALES.....	11
2.3.3 MEDIDAS ANTROPOMETRICAS.....	12
2.3.4 VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)	12
2.3.5 PATRONES ALTERADOS.....	13
2.4 INFORMACION DE EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS	13
2.5 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	14
2.6 ANALISIS Y DESCRPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	15
2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	18
2.8 SEGUIMIENTO	18
2.9 OBSERVACIONES	20
CONCLUSIONES	20
Bibliografía.....	21

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

TITULO CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
DIABETES GESTACIONAL.**

RESUMEN

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que aparece por primera vez durante el embarazo en mujeres embarazadas que nunca antes padecieron esta enfermedad. En algunas mujeres, la diabetes gestacional puede afectarles en más de un embarazo. La diabetes gestacional por lo general aparece a la mitad del embarazo. Los médicos suelen realizar estudios entre las 24 y 28 semanas del embarazo.

La diabetes gestacional se puede controlar a menudo con una alimentación saludable y ejercicio regular, pero algunas veces la madre también necesitará insulina. **Fuente especificada no válida.**

La Diabetes Gestacional ocurre en el 7% de todos los embarazos a nivel mundial y su incidencia puede variar entre el 1 y el 14%, de acuerdo con diferentes factores étnicos propios de la región. En el Sistema de Notificación Epidemiológica Anual del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la Diabetes Gestacional muestra un incremento sostenido en el período comprendido entre 1994 y 2009, ascenso notablemente más pronunciado desde el 2017. La tasa se incrementó de 142 a 1084 casos, por cada 100.000 habitantes, con mayor prevalencia en mujeres de la costa ecuatoriana, en especial de la provincia de Manabí. Este fenómeno se repite entre 2009 y 2013. Conforme las estadísticas oficiales del Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC), la Diabetes Gestacional ocupó en el año 2009 el sexto puesto entre las causas de morbilidad materno-fetal. **Fuente especificada no válida.**

PALABRAS CLAVES: Diabetes Gestacional, INEC, Insulina, Epidemiológica, morbilidad

ABSTRACT

Gestational diabetes is a type of diabetes that appears for the first time during pregnancy in pregnant women who have never had this disease before. In some women, gestational diabetes can affect them in more than one pregnancy. Gestational diabetes usually appears in the middle of pregnancy. Doctors usually do tests between 24 and 28 weeks of pregnancy.

Gestational diabetes can often be controlled with healthy eating and regular exercise, but sometimes the mother will also need insulin.

Gestational Diabetes occurs in 7% of all pregnancies worldwide and its incidence can vary between 1 and 14%, according to different ethnic factors typical of the region. In the Annual Epidemiological Notification System of the Ministry of Public Health of Ecuador, Gestational Diabetes shows a sustained increase in the period between 1994 and 2009, a notably more pronounced rise since 2017. The rate increased from 142 to 1084 cases, for per 100,000 inhabitants, with a higher prevalence in women on the Ecuadorian coast, especially in the province of Manabí. This phenomenon is repeated between 2009 and 2013. According to official statistics from the Ecuadorian Institute of Statistics and Censuses (INEC), Gestational Diabetes ranked sixth among the causes of maternal-fetal morbidity and mortality in 2009.

KEY WORDS: Gestational Diabetes, INEC, Insulin, Epidemiological, morbidity and mortality

INTRODUCCION

Fuente especificada no válida. nos indica que la diabetes mellitus gestacional (DMG) es una patología que se presenta, generalmente, en embarazos con factores de riesgo asociados, como una manifestación de la alta prevalencia de obesidad, diabetes, malos hábitos alimenticios y sedentarismo a nivel mundial.

Antes de la introducción de la insulina, en 1922, las pacientes a menudo morían durante el embarazo. La mortalidad materna llegó a alcanzar de 45 a 65%. En un estudio realizado a nivel mundial se vio que la frecuencia de la diabetes mellitus gestacional se duplicó en la última década.

La morbilidad y mortalidad perinatal actual sigue siendo muy elevada (de 2 a 5%) y de acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes, afecta a casi 7% de los embarazos (200,000 casos por año).

La diabetes gestacional complica cerca de 4% de los embarazos (135,000 casos cada año en Estados Unidos) y la mortalidad materna llegó a alcanzar 45 a 65%. **Fuente especificada no válida.**

En Ecuador se realizó una encuesta por medio del test de O' Sullivan, que es una prueba útil para detectar la diabetes gestacional y sirve como método de diagnóstico precoz, **Fuente especificada no válida.** en su informe nos indica que se realizó este test en 34 mujeres en periodo de gestación, obteniendo un valor de 54% correspondiendo a la cantidad de las participantes. También nos indica que el 75% de mujeres bajo este diagnóstico de Diabetes Gestacional, no conocen acerca de esta patología y las complicaciones que pueda tener durante el parto.

El incremento de mujeres embarazadas con diabetes gestacional hace que en la sociedad nazca una inquietud para comprender esta patología y los riesgos que puede ocasionar, por tal motivo esta constituye nuestro objetivo de estudio y desarrollo del caso siendo enfermería el portavoz educativo.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 LA DIABETES

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos que comparten el fenotipo común de la hiperglucemia. En la actualidad se clasifica a la diabetes mellitus por el proceso patógeno que desencadena la hiperglucemia.

La diabetes mellitus tipo 1 se caracteriza por la deficiencia de insulina y una tendencia a sufrir cetosis, en tanto que la diabetes mellitus tipo 2 es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracteriza por grados variables de resistencia a la insulina, alteraciones en la secreción de insulina y una producción excesiva de glucosa hepática.

Otros tipos específicos comprenden la diabetes mellitus causada por defectos genéticos (diabetes del adulto de inicio juvenil y otros trastornos monogénicos poco comunes), enfermedades del páncreas exocrino (pancreatitis crónica, fibrosis quística y hemocromatosis), endocrinopatías (acromegalia, síndrome de Cushing, glucagonoma, feocromocitoma e hipertiroidismo), fármacos (ácido nicotínico, glucocorticoides, tiazidas e inhibidores de la proteasa) y embarazo (diabetes mellitus gestacional).

Los fenotipos de estos tipos monogénicos y secundarios de diabetes mellitus típicamente asemejan una diabetes mellitus tipo 2; su gravedad depende del grado de disfunción de la célula β y de la resistencia a la insulina preponderante.

La diabetes mellitus tipo 1 por lo general es resultado de la destrucción autoinmunitaria de las células β pancreáticas; también se le conoce como diabetes de inicio juvenil debido a que su pico de incidencia es en los niños y adolescentes.

La prevalencia de diabetes mellitus está aumentando rápidamente; en particular la frecuencia de diabetes mellitus tipo 2 está incrementando en paralelo con la epidemia de la obesidad.

Entre 1985 y 2013, la prevalencia a nivel mundial de diabetes mellitus ha aumentado casi 10 veces, de 30 millones a 382 millones de casos. En Estados Unidos, la prevalencia de diabetes mellitus es mayor a 8% en la población, e

incrementa con la edad. Una parte importante de personas con diabetes mellitus se encuentran sin diagnóstico.

La diabetes mellitus es reconocida por la morbilidad grave y mortalidad importante; es la quinta causa de mortalidad a nivel mundial. (Dennis L. Kasper)

1.1.1 DIABETES GESTACIONAL

La Diabetes Gestacional (DG), se define como toda intolerancia a los hidratos de carbono, de severidad variable que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Esta patología ocurre cuando el organismo materno no es capaz de sintetizar y utilizar toda la insulina que necesita, por lo que la glucosa se acumula en sangre, y ocurre lo que se denomina resistencia a la insulina; ocurre aproximadamente en 2- 5% de los embarazos y se considera en algunos países (EEUU, España, entre otros) la complicación médica más común durante la gestación.

En 1970 se incorpora el manejo interdisciplinario de la gestante diabética; sin embargo, persisten dificultades en la conducción de esta entidad, ya que se asocia a un aumento en la morbilidad materna (preeclampsia, hidramnios y parto por cesárea) y fetal (macrosomía, traumatismos perinatales y alteraciones metabólicas).

La diabetes gestacional también se acompaña de un mayor riesgo de DM a largo plazo en la madre y de diabetes, obesidad y alteración en el desarrollo psicomotor en los hijos. Dado que tanto las repercusiones perinatales como a largo plazo son adversas es tan importante su diagnóstico precoz como su tratamiento oportuno. (Jessy Caiafa, 2010)

1.1.2 SIGNOS Y SINTOMAS

Generalmente no hay síntomas o éstos son leves y no son potencialmente mortales para la mujer embarazada.

Los síntomas pueden abarcar:

Visión borrosa; Fatiga; Infecciones frecuentes, incluyendo las de vejiga, vagina y piel; aumento de sed; incremento de la micción; náuseas, vómitos, pérdida de peso a pesar de un aumento de apetito.

Que mujeres tienen más riesgo de padecer diabetes gestacional

Las mujeres que tienen más riesgo de padecer diabetes gestacional son aquellas mayores de 25 años.

Antecedentes familiares de diabetes

Diabetes gestacional en un embarazo anterior o cuando los niveles de azúcar en la sangre están ligeramente elevados antes de quedar embarazada.

Exceso de peso (índice de masa corporal >30)

Presencia de hipertensión arterial

Presencia de síndrome de ovario poliquístico. (Matamoros, s.f.)

1.1.3 FACTORES DE RIESGO

Algunos de los factores de riesgo de la diabetes gestacional son:

- Sobrepeso u obesidad
- Falta de actividad física
- Prediabetes
- Diabetes gestacional en un embarazo previo
- Síndrome de ovario poliquístico
- Miembro de la familia inmediata con diabetes
- Parto previo de un bebé con un peso de más de 9 libras (4,1 kilos)
- Pertenencia a una determinada raza o etnia, como negra, hispana, indígena americana o asiática americana. (Mayo Clinic, 2022)

1.1.4 DIAGNOSTICO

El examen para diagnosticar la diabetes mellitus gestacional puede iniciarse durante la primera consulta prenatal. Cuando el resultado de la glucosa en ayunas es mayor o igual a 126 mg/dL, o los niveles de glucosa en sangre al azar son mayores o iguales a 200 mg/dL o la hemoglobina glicosilada es mayor o igual al

6,5%, se confirma el diagnóstico de diabetes preexistente. Sin embargo, cuando la glucosa en ayunas es superior a 92 mg/dL e inferior a 126 mg/dL, se diagnostica diabetes mellitus gestacional, en cualquier edad gestacional. La razón principal del dilema de los criterios diagnósticos de diabetes mellitus gestacional es la gran cantidad de procedimientos y diferentes cantidades de glucosa administrada en la prueba de tolerancia oral a la glucosa.

Ante los diversos parámetros de diagnóstico utilizados en todo el mundo y la falta de estandarización, en 2014, la ADA (American Diabetes Association) recomendó nuevos criterios para el diagnóstico de diabetes. Las gestantes en etapas tempranas del embarazo que no cumplan con los criterios de diagnóstico para diabetes mellitus gestacional deben volver a someterse a prueba entre las semanas gestacionales 24 y 28. Una sola prueba positiva es suficiente para el diagnóstico.

Con estos nuevos criterios de diagnóstico, se estima que la prevalencia de diabetes mellitus gestacional aumentará aproximadamente 18%, lo que genera un mayor impacto en los costos en el sistema de salud y una mejor atención para las mujeres embarazadas, con el objetivo de reducir las complicaciones fetales y maternas causadas por la enfermedad. (Torres, 2018)

1.1.4 TRATAMIENTO

Tratamiento farmacológico de la paciente con diabetes gestacional. El fármaco a utilizar con fundamento científico recomendado durante el embarazo es la insulina. En concordancia con este concepto, la ADA 2016 establece que la insulina es el agente de primera línea recomendado para el tratamiento de la diabetes gestacional.

Insulinoterapia

La insulinoterapia es el tratamiento farmacológico de elección en la gestante con diabetes. Se indica en diabetes gestacional si después de siete días con tratamiento no farmacológico no se alcanzan los objetivos glucémicos en el 80% de los controles pre y postprandiales solicitados. Si los valores glucémicos resultan muy elevados, se podrá abreviar dicho plazo o insulinar desde el diagnóstico

Tipo de insulina

Se sugiere utilizar insulina humana para reducir a su mínima expresión la formación de anticuerpos anti insulina, ya que el uso de insulinas de origen animal (bovino, porcino) expone a la formación de los anticuerpos mencionados. El uso del análogo detemir fue aprobado por las entidades regulatorias para su utilización en el embarazo.

Antidiabéticos orales Diversos estudios publicados sostienen la eficacia y la seguridad de la metformina (embarazo categoría B por FDA) y la glibenclamida (categoría B por FDA) para el tratamiento de la diabetes gestacional. La evidencia demuestra que ambos fármacos atraviesan la placenta y no existen, al día de hoy, datos de seguridad a largo plazo. La glibenclamida (o gliburida) ha sido utilizada por algunos grupos de investigadores, pero debe tenerse en cuenta que se asocia a mayor hipoglucemia en el recién nacido, entre otras complicaciones. El uso de metformina durante el embarazo para el tratamiento de la diabetes gestacional es aún discutido. En relación con el síndrome de ovario poliquístico en tratamiento con metformina, se puede continuar hasta la semana 20 de embarazo o primer trimestre de gestación.

En síntesis, el grupo de trabajo evita recomendar fármacos que no estén aprobados por las entidades regulatorias para su utilización en el embarazo. (Susana Salzberg, 2016)

1.1.5 EPIDEMIOLOGIA

La Diabetes Gestacional ocurre en el 7% de todos los embarazos a nivel mundial y su incidencia puede variar entre el 1 y el 14%, de acuerdo con diferentes factores étnicos propios de la región.

En el Sistema de Notificación Epidemiológica Anual del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la Diabetes Gestacional muestra un incremento sostenido en el período comprendido entre 1994 y 2009, ascenso notablemente más pronunciado desde el 2017.

La tasa se incrementó de 142 a 1084 casos, por cada 100.000 habitantes, con mayor prevalencia en mujeres de la costa ecuatoriana, en especial de la provincia de Manabí. Este fenómeno se repite entre 2009 y 2013. Conforme las estadísticas

oficiales del Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC), la Diabetes Gestacional ocupó en el año 2009 el sexto puesto entre las causas de morbilidad materna-fetal. (Alex Aguirre, 2019)

1.1 JUSTIFICACION

A nivel mundial la diabetes gestacional tiene una alta incidencia, ocurre en el 7% de los embarazos, por ello el presente estudio es realizado con el objetivo de identificar como personal del área de salud, los riesgos, causas y síntomas que se producen durante esta patología en mujeres gestantes.

Al realizar este estudio se prioriza el proceso de atención de enfermería, acciones y diagnóstico enfermero, para la mejoría de la paciente aplicaremos la valoración de los patrones funcionales.

En la actualidad la diabetes gestacional puede ser prevenida a través de la educación correcta al paciente, por eso se debe crear nuevas estrategias de educación.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente con diabetes gestacional en el Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar las complicaciones del embarazo en mujeres con diabetes gestacional
- ✓ Determinar medidas de prevención y promoción de la patología
- ✓ Evaluar los factores de riesgo que conllevan al desarrollo de diabetes gestacional

DATOS GENERALES

NOMBRE: NN

APELLIDO: NN

SEXO: Femenino

RAZA: Mestizo

GRUPO SANGUINEO: O Rh+

RELIGION: católica

EDAD: 26 años

LUGAR DE NACIMIENTO: Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

RESIDENCIA: Babahoyo

NIVEL SOCIECONOMICO: Medio

CEDULA: 12026386**

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

2.1.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino de 26 años con embarazo de 29 semanas, ingresó al área de emergencia obstétrica del hospital Martín Icaza, por presentar: Polidipsia, poliuria, astenia, vómito e hiperglucemia. Al examen físico se observó, facies pálidas, mucosas orales semihumedas, abdomen globoso compatible a la edad gestacional. Frecuencia cardíaca fetal: 150 lpm.

2.1.2 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

- CLINICO: no refiere
- QUIRURGICO: No refiere
- TRAUMATOLOGICO: No refiere
- ALERGIAS: No refiere

Antecedentes ginecológicos

- **Menarquia:** 14 años
- **Ciclos:** regulares
- **Síntomas acompañantes:** cólicos menstruales
- **Enfermedades de transmisión sexual:** no refiere

Antecedentes obstétricos

- **Gesta:** 1 **Parto:** 0 **Cesaría:** 0 **Aborto:** 0
- **FUM:** 13/05/12
- **Controles:** 3 controles
- **Eco:** 2
- **Antecedente Vacunal:** Vacuna dT, primera dosis aplicada a la semana 22 de gestación, pendiente segunda dosis.

ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE: padece de diabetes mellitus tipo 2 controlada con tratamiento farmacológico (insulinodependiente).

MADRE: No refiere

HERMANOS: No refiere

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

- No refiere

ANTECEDENTES ALERGICOS

- No refiere

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (anamnesis)

Paciente de sexo femenino de 26 años de edad y 29 semanas de gestación por ecografía, refiere vómito, sed excesiva, fatiga, orinar más de lo normal. Al realizar la entrevista paciente se muestra ansiosa por su estado de salud y manifiesta tener miedo de perder a su bebé

2.3 EXAMEN FISICO

2.3.1 VALORACION CEFALOCAUDAL

Cabeza: Normo cefálica

Piel: Hidratadas

Cuello: Sin adenopatías

Tórax: Simétrico, con buena expansibilidad, latidos cardiacos normales 85x', no soplos

Mamas: Simétricas, normales turgentes

Extremidades superiores e inferiores: Normal, sin presencia de edema, pulsos distales presentes, llenado capilar 2 segundos. Extremidad superior derecha con vía intravenosa periférica permeable.

EXAMEN GINECO OBSTETRICO

Abdomen: Globoso debido al estado de gestación de 29 semanas ante maniobras de Leopold, altura uterina 28cm, posición cefálica dorso a la izquierda, producto único vivo, frecuencia cardiaca fetal 152 latidos por minutos (Doppler)

2.3.2 SIGNOS VITALES

- **Presión Arterial:** 100/60
- **Frecuencia Cardiaca:** 85x'
- **Frecuencia Respiratorio:** 19x'

- **Saturación de Oxígeno:** 99%
- **Temperatura Axilar:** 36.6
- **Pupilas:** Isocóricas, reactivas a la luz
- **Reflejos:** presentes
- **Frecuencia cardíaca fetal:** 138 – 145 latidos por minuto

2.3.3 MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

- **Peso:** 55 Kg
- **Talla:** 158 cm

2.3.4 VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)

➤ **Percepción / Manejo de Salud**

Paciente refiere que no conocía sobre los valores elevados de glucosa que tenía, indica que no consume drogas, ingiere bebidas alcohólicas, vacunas completas.

➤ **Nutricional y Metabólico**

Paciente tiene buena alimentación, tiene una temperatura de 36.6 ° C, con piel y mucosas deshidratadas, fascie pálida, hiperglicemia.

➤ **Eliminación**

Paciente presenta micciones frecuentes y vómitos.

➤ **Actividad / Ejercicio**

No realiza actividad física.

➤ **Sueño / Descanso**

Paciente no presenta problemas de sueño, descansa sus 8 horas.

➤ **Cognitivo / Perceptual**

Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15

Se encuentra preocupada por su estado de salud y el de su bebe.

➤ **Autocontrol / Auto concepto**

Sin alteraciones presentes, tiene una buena percepción sobre su propia personalidad

➤ **Rol y Relaciones**

Buenas relaciones con su entorno familiar, esposo y amigos

➤ **Sexualidad / Reproducción**

Menarquia a los 14 años

Refiere tener periodos menstruales normales

Genitales correctamente implantados y 0 abortos.

➤ **Adaptación / Tolerancia al Estrés**

Se encuentra pasando cuadros de estrés por sus altos niveles de glucosa, tiene miedo que existe alguna complicación que vaya a afectar de manera negativa su embarazo.

➤ **Valores y Creencias**

Refiere ser católica.

2.3.5 PATRONES ALTERADOS

- Nutricional/ Metabólico
- Eliminación
- Adaptación/ Tolerancia al Estrés

2.4 INFORMACION DE EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS

EXAMEN: BIOMETRIA HEMATICA – HEMATOLOGIA

NOMBRES	VALOR	VALOR REFERENCIAL
HEMOGLOBINA	13.8 g/dL	12.00 – 16.00g/dl
HEMATOCRITO	39.8	37.00 – 47.00%
PLAQUETAS	338	150.00 – 450.0010e3/uL
GLOBULOS ROJOS	5u/L	4 – 6 u/L
GLOBULOS BLANCOS	10 u/L	4-10 u/L
NEUTROFIOS	63u/L	55 – 65 /uL
EOSINÓFILOS %	0.3 u/L	0 – 5%
BASÓFILOS %	0.1	0 – 2%
MONOCITOS %	0.5	0.3 – 1u/L

EXAMEN GLUCOSA – QUIMICA

NOMBRE	VALOR	VALOR REFERENCIAL
GLUCOSA	128 mg/ dL	74 – 106mg/dL

EXAMEN NITROGENO UREICO (BUM) /UREA – QUIMICA

NOMBRE	VALOR	VALOR REFERENCIAL
UREA	23.88 mg/dL	13 – 43mg/dL

EXAMEN CREATININA – QUIMICA

NOMBRE	VALOR	VALOR REFERENCIAL
CREATININA	0.7 mg/dL	0.60 – 1.20mg/dL

FACTOR RH: POSITIVO

TIPO SANGUINEO: O

PRUEBAS SEROLOGICAS

VDRL NEGATIVO

V.I.H NO REACTIVO

TOXOPLASMOSIS NEGATIVO

2.5 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

➤ **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

Diabetes mellitus

➤ **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Amenaza de parto pretérmino

➤ **DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

Diabetes Gestacional

2.6 ANALISIS Y DESCRPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

- **BIOLOGICA:** Control de signos vitales.
- **FISICA:** Valorar signos de alarma
- **AMBIENTALES:** El ambiente en el que vive el paciente es agradable
- **SOCIALES:** Paciente se encuentra con preocupación por su salud y la de su bebe.

NANDA:
NOC:
NIC:

Dx: Riesgo de nivel de glucemia inestable

R/C: Diabetes gestacional

E/P: Hiperglicemia

Dominio: II Salud Fisiológica

Clase: Respuesta terapéutica

Etiqueta: nivel de glucemia

Campo 2: Fisiológico Complejo

Clase G: Control de electrolitos y acido básico

Etiqueta (2120): Manejo de hiperglucemima

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES		1	2	3	4	5
230001	concentración sanguínea de glucosa				X	
230004	Hemoglobina glucosilada					X

ACTIVIDADES

1. control de signos vitales
2. vigilar la glucemia, si está indicado
3. observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia poliuria, polidipsia, polifagia, visión borrosa, cefalea
4. Mantener una vía endovenosa.
5. Administrar insulina, según prescripción
6. vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, según indicación.
7. Consultar con el medico si persisten o empeoran los signos y síntomas de la hiperglucemia.
8. Fomentar el autocontrol de la glucemia.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E

NANDA:
NOC:
NIC:

Dx: Riesgo del desequilibrio de volumen de líquidos

R/C: Deshidratación cutánea, mucosas orales semihumedas

Dominio: II Salud fisiológica

Clase: G Líquidos y electrolitos.

Etiqueta: (0601) Equilibrio hídrico.

Campo: Fisiológico complejo

Clase: Control de electrolitos y acido básico.

Etiqueta: (2080) Manejo de líquidos/electrolitos

E/P: Vómito, polidipsia, Polaquiuria

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
060107 Entradas y salidas diarias equilibradas.			x		
060116 Hidratación cutánea				x	
060117 Humedad de membranas mucosas			X		
060115 Sed		x			

ACTIVIDADES

1. Administrar líquidos, si está indicado.
2. Monitorizar la ingesta de alimentos y bebidas con efectos diuréticos o laxantes.
3. Vigilar signos vitales según corresponda.
4. Control del Balance Hídrico.
5. Explorar las mucosas bucales, la esclera y la piel del paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico (sequedad, cianosis e ictericia).
6. Consultar con el medico si los signos y síntomas del desequilibrio hidroelectrolítico persisten o empeoran.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E

2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

La paciente presento signos y síntomas que generaron riesgos para su salud y la del bebe, existen probabilidades altas de que él feto presente anomalías, por ello debemos reducir los niveles de glucosa teniendo un control médico y alimentario adecuado. Aplicamos el Proceso de Atención de Enfermería basándonos en la taxonomía NANDA, NIC Y NOC, se utilizó el modelo de Marjory Gordon sobre los patrones funcionales, para ayudar a la paciente a valorar sus patrones no funcionales y realizar correctas intervenciones.

2.8 SEGUIMIENTO

Durante su estancia hospitalaria en el área de ginecología se le realizo a la paciente un seguimiento, donde se especifica lo que se realizó en el tiempo que estuvo hospitalizada.

Día 1

Paciente ingresó al área de Ginecología del Hospital Martin Icaza, con vía endovenosa periférica permeable se valoran signos vitales, se recibe a la gestante con diagnóstico de diabetes gestacional, está en compañía de su familiar, se brinda educación a la paciente sobre su patología, se procede hacer firmar el consentimiento informado, durante el primer día de hospitalización el médico valora exámenes de laboratorio donde constata que los valores de glucosa se encuentran elevados y ordena seguir con el tratamiento para diabetes gestacional.

Cuidados de enfermería:

- Valorar signos vitales.
- Mantener la vía periférica permeable
- Control de glicemia capilar
- Dieta hipoglucida
- Aplicación de medicación prescrita
- Cambios posturales.
- Control del balance hídrico

Día 2

Paciente de sexo femenino de 29 semanas de gestación se encuentra en el área de ginecología, el control de la glicemia capilar los niveles de glucosa se están estabilizando gradualmente, las manifestaciones clínicas propias de la patología se han atenuado, al momento la paciente se mantiene en condiciones clínicas estable.

Cuidados de enfermería:

- Control de signos vitales.
- Dieta para diabético.
- Control del Balance Hídrico.
- Mantener permeabilidad de la vía endovenosa.
- Mantener elevados barandales de la cama.
- Mantener el control de la glicemia.
- Impartir charlas encaminadas a preservar la salud de la paciente.

Día 3

Paciente gestante de 29 semanas se encuentra aún en hospitalización. El tratamiento y los cuidados de enfermería que se le han brindado, han sido favorable para que los niveles de glucosa se mantengan bajos, la paciente refiere que se quiere ir a su casa, pero aún no le dan el alta médica puesto que no ha culminado el tratamiento, se recanaliza la vía endovenosa dado que ya cumplió con el tiempo establecido por los protocolos hospitalarios.

Cuidado de enfermería:

- Control de signos vitales.
- Recanalización de vía endovenosa.
- Control del Balance Hídrico.
- Administración de medicación prescrita.
- Control de la glicemia capilar.

Día 4

La mujer gestante ha culminado de manera satisfactoria el tratamiento propuesto por el médico, el mismo envía a realizar exámenes de laboratorio para comprobar que la paciente haya mejorado, se le indica que debe continuar con medicación en casa y debe seguir la dieta acompañado de actividad física, pero sin mucho

esfuerzo, para evitar que los niveles de glucosa vuelvan a subir, se brinda orientación a la paciente sobre la patología.

2.9 OBSERVACIONES

Paciente de sexo femenino con 29 semanas de gestación, consciente, orientada en tiempo y espacio, se brindó interesada en conocer más sobre la patología que se encontraba pasando, por lo que se le dio la educación correcta acorde a su enfermedad, tratamiento y las complicaciones que puede llegar a darse si se alteran los valores en su glucosa.

Durante su estancia hospitalaria paciente se mostró muy colaborativa con el personal de salud.

CONCLUSIONES

Esta patología en el contexto obstétrico es considerado preocupante al ser catalogado como una de las principales enfermedades que se presentan durante el periodo de gestación en el marco mundial y local, dado que cuenta con elevadas tasas de morbilidad y mortalidad para tanto para la madre como para el bebe; desde la perspectiva maternal se presentan complicaciones que van desde la preeclampsia, hidramnios y parto distócicos, mientras que la parte fetal se identifica la macrosomía, traumatismos perinatales y alteraciones metabólicas.

En lo concerniente al tratamiento que se emplea sobre la diabetes gestacional aborda dos aspectos importantes y que se contrastan, el control sobre la dieta, y desde el aspecto farmacológico el empleo de medicamentos que favorezcan a la reducción de las complicaciones son afectación al feto, permitiendo mejorar el estado de salud de la paciente.

finalmente, el rol que cumple el personal de salud dentro de control y tratamiento de la patología es primordial para establecer e identificar los síntomas y tomar las medidas preventivas y correctivas en virtud de salvaguardar el estado de salud y vida de la paciente con los respectivos controles médicos y por medio de asesoramiento a la mujer en periodo de gestación sobre todo las afectaciones que pueden surgir a lo largo del proceso de embarazo

Bibliografía

Alex Aguirre, J. G. (2019). *Que es la diabetes gestacional* . Quito: Universidad San Francisco de Quito.

Dennis L. Kasper, A. S. (s.f.). Diabetes Mellitus. En *Harrison. Manual de Medicina* (pág. 173).

Jessy Caiafa, Z. R. (2010). Caracterización epidemiológica de la diabetes gestacional. *Scielo* .

Matamoros, D. S. (s.f.). *Diabetes gestacional: Síntomas, tratamiento y causas*. Obtenido de <https://zonahospitalaria.com/diabetes-gestacional-sintomas-tratamiento-y-causas/>

Mayo Clinic. (11 de Junio de 2022). Obtenido de Diabetes Gestacional : <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/gestational-diabetes/symptoms-causes/syc-20355339>

Susana Salzberg, J. A. (2016). GUÍAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO . *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes* , 117 - 128 . Obtenido de <https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/45/34>

Torres, W. P. (2018). Diabetes gestacional: fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y nuevas perspectivas. *Sociedad venezolana de farmacología Clínica y terapéutica* , 218-226.

ANEXOS

Anexo 1



Anexo 2. Educación a familiares de la paciente acerca de la patología que presenta

