



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADEMICO DE**

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TITULO DEL CASO CLINICO:

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN EMBARAZO DE 28
SEMANAS DE GESTACION MAS DIABETES GESTACIONAL**

AUTORA:

DAMARIS EUNICE CEPEDA OCHOA

BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR

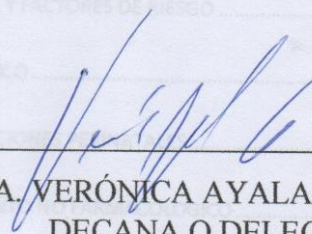
2018

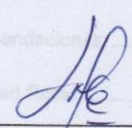


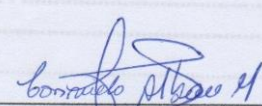
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA

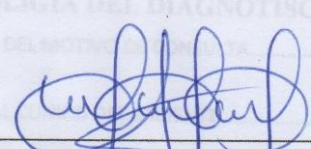


TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN


 DRA. VERÓNICA AYALA ESPARZA. MSC
 DECANA O DELEGADO (A)


 LIC. LIZETTZE MARTIN ESTEVEZ. MSC
 COORDINADOR DE LA CARRERA O DELEGADO (A)


 LIC. CONSUELO ALBAN MENESES. MSC
 COORDINADOR GENERAL DEL CIDE O DELEGADO


 LIC. DALILA GOMEZ ALVARADO.
 SECRETARIA GENERAL (E)
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO



INDICE

INTRODUCCION	1
I. MARCO TEORICO	2
1.1 DIABETES GESTACIONAL	2
1.2 FISIOPATOLOGÍA.....	2
1.3 ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO.....	3
1.4 DIAGNOSTICO	4
1.5 COMPLICACIONES PERINATALES.....	5
1.6 TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.....	6
1.6.1 Asesoramiento dietético	6
1.6.2 Recomendaciones:.....	7
1.6.3 Actividad física.	7
1.7 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	8
1.7.1 Autocontrol.....	9
1.8 JUSTIFICACION	10
1.9 OBJETIVOS.....	11
1.9.1 GENERALES	11
1.9.2 ESPECIFICOS	11
1.10 DATOS GENERALES DEL PACIENTE	12
II. METODOLIGIA DEL DIAGNOTISCO	13
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	13
2.2 HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE	13
2.2.1 Motivo de consulta	13
2.2.2Antecedentes.....	13
2.3 ANAMNESIS	13

2.4 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.	14
2.5 EXPLORACION CLINICA	15
2.5.1 Inspección general	15
2.5.2 Examen físico	15
2.5.3 Resultados de exámenes.....	16
2.6 Valoración por patrones funcionales de Maryory Gordon.....	17
2.6.1 Patrones disfuncionales.	18
2.7 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO ANÁLISIS DE DATOS.	18
2.7.1 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.....	18
2.7.2 CONDUCTA A SEGUIR.....	18
FUNDEMENTACION DE TEORIA EN ENFERMERIA.....	21
2.8 PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL	23
Diagnósticos de Enfermería	23
2.8.2 Diagnostico. NANDA.....	23
2.8.3 Intervenciones del NIC	23
2.8.4 Resultados del NOC.....	24
2.9 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	26
2. 10 SEGUIMIENTO.....	26
2. 11 OBSERVACIONES.....	27
III. CONCLUSIONES.....	28
IV BIBLIOGRAFIA	29
V. ANEXOS	30

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Identificación de riesgo en pacientes con DG.....	3
Tabla 2. Ganancia de peso en el embarazo según IMC preconcepcional.....	6
Tabla 3. Unidades de insulina según etapa trimestral del embarazo.....	8
Tabla 4. Distribución de dosis de insulina.....	8
Tabla 5. Calculo de requerimiento calórico.....	19
Tabla 6. Identificación de ganancia de peso durante el embarazo.....	19
Tabla 7. Calculo de dosis de insulina diaria para paciente.....	20

INTRODUCCION

En el embarazo se pueden manifestar diferentes patologías, que pueden afectar la diada materno- fetal, como la diabetes gestacional, que se produce por un trastorno en el metabolismo de los carbohidratos y aparece o se descubre por primera vez durante el embarazo. (Cañete, 2003)

En el presente estudio de caso, hablaremos de una mujer de 26 años de edad que acude a consulta externa, referida por presentar edema precoz de extremidades y aumento excesivo de peso, con antecedentes familiares de diabetes y antecedentes obstétricos de embarazo múltiples, parto complicados y abortos, enmarcándola dentro del grupo de mujeres embarazadas con factores de alto riesgo en DG. Se constató en el examen físico presencia de altura uterina de 31 cm, mayor a la edad gestacional 28 SG por FUM.

A la valoración de enfermería se evidencio signos vitales dentro de rangos normales, peso de 76kg y talla de 160 cm, obteniendo un IMC de: 29,6 kg/m².

Según los valores de laboratorio, tiene una glicemia de 112mg/dl, test TTOG positivo y un perfil de hemoglobina glicosilada del 7.2%, lo que indica que sus valores de glicemia han estado fluctuando con semanas de anticipación, por ello concluimos que su aumento de peso y fondo uterino es a causa de continuas hiperglicemias. Al observar estos resultados, medico refiere ingreso a observación para control glicémico, vigilancia de posibles riesgos y educación en salud para mejorar hábitos alimenticios. Se instauro tratamiento en segunda línea de acción “insulinoterapia”, para el control adecuado de la Diabetes gestacional

I. MARCO TEORICO

1.1 DIABETES GESTACIONAL

La OMS describe a la diabetes gestacional como intolerancia a los carbohidratos resultando en hiperglucemia de gravedad variable, que se inicia o reconoce por primera vez durante el embarazo.

Se caracteriza por un aumento patológico de la resistencia a la insulina, disminución de la sensibilidad a la insulina y la secreción deficiente de la misma, lo que conduce que se produzca en la madre y el feto hiperglucemia.

El termino Diabetes Gestacional surgió de los análisis de los antecedentes obstétricos (macrosomía y muertes intrauterina inexplicables) en las mujeres en las que se manifestaba clínicamente la diabetes mellitus. (Schwarcz.Ricardo, 2005)

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) manifiesta que esta patología causa complicaciones en el 7% de casi todos los embarazos, con un rango que va entre el 1 % y el 14% dependiendo de la población que se investiga y el método de tamizaje que se utiliza. La Diabetes Gestacional y su prevalencia general pueden ser del 10% al 20% de los casos al año en poblaciones de alto riesgo. (Amoroso, 2017)

1.2 FISIOPATOLOGÍA

A lo largo del embarazo tienen lugar una serie de modificaciones hormonales que van reduciendo paulatinamente la sensibilidad insulínica, durante el primer trimestre y las etapas iniciales del segundo se eleva la sensibilidad de la insulina, lo que se ha atribuido a mayores concentraciones de estrógeno circulantes (García, 2008)

La resistencia a la insulina depende de varios factores, que incluye una alteración en la secreción de la hormona del crecimiento y cortisol, secreción del lactógeno placentario humano y secreción

de la insulina, la progesterona y el lactógeno también contribuyen al desequilibrio del balance glucosa – insulina, como antagonista de las acciones. (Roura, 2012)

La resistencia materna a la insulina se eleva debido a los efectos antagonistas, de las hormonas placentarias, el cortisol y la insulina. En consecuencia, los requerimientos de insulina materna se elevan hasta tres veces. La mayoría de las mujeres embarazadas son capaces de incrementar la producción de insulina para compensar la resistencia a ella y mantener la normogluceemia. Cuando el páncreas es incapaz de producir suficiente insulina o ésta no se utiliza de manera eficaz, el resultado es la diabetes gestacional. La diabetes gestacional conlleva importantes riesgos tanto para la madre como para el feto, riesgos que pueden ser controlados hasta el final del embarazo y posterior al parto, por lo que se hace necesario un diagnóstico precoz.

1.3 ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

La etiología de la Diabetes mellitus gestacional no se puede definir como una sola o como causas específicas o puntuales, si no que se debe a la suma de varios factores desencadenantes que se originan como parte de los cambios fisiológicos del embarazo y la predisposición genético metabólica de la gestante. (Castín, 2011)

Según los siguientes factores de riesgo, se puede clasificar a pacientes de riesgo alto y de riesgo moderado.

Tabla 1.
Identificación de Riesgo en Pacientes con DG

Riesgo	Factores / criterios
Medio	Sobre peso (IMC mayor a 25 Kg/m ²) antes del embarazo. Historia de resultados obstétricos adversos.

Alto

Población latina hispana (como la ecuatoriana) con alta prevalencia en DM.

Obesidad mayor a 30 kg/m².

Antecedentes de diabetes mellitus en embarazos previos.

Partos con productos macrosomícos de más de 4 kilos o percentil mayor a 90.

Glucosuria.

Síndrome de ovario poliquístico.

Historia familiar de DM 2.

Trastorno metabólico de los carbohidratos (hiperglicemia en ayunas, intolerancia a los carbohidratos)

Óbito fetal de causas inexplicables.

Información obtenida en la guía de práctica clínica en Diabetes Gestacional (MSP, 2014)

1.4 DIAGNOSTICO

En el diagnóstico de la DG algo que debemos tener en cuenta, en la estratificación de los factores de riesgo en que se encuentra la gestante. Si la gestante se encuentra en riesgo alto, se realizara una glucemia en ayunas, en la consulta médica inicial que se interpretara de la siguiente manera.

- Mayor a 126 mg/dl: Diabetes preexistente.
- Entre 92 a 126 mg/dl : Diabetes gestacional
- Menor de 92 mg/dl: se realizara una PTGO administrando 75 gr de glucosa entre la semana 24 y 28 de gestación.

(Medina.Perez EA, 2017, enero)

Test de tolerancia oral a la glucosa: Según criterio de la HAPO

Se realiza una determinación de glucosa en ayunas, luego se administran 75 gr de glucosa vía oral. Se mide a las 0, 1 y 2 horas.

- ≥ 92 mg/dl/ Glicemia basal (0 horas)
- 180 mg/dl/ Glicemia a la hora
- 153 mg/dl/ Glicemia a las 2 horas

Valores iguales o superiores a 92, 180 y 153 mg/dl, respectivamente, en un solo punto ya son diagnósticos de diabetes gestacional.

1.5 COMPLICACIONES PERINATALES

La diabetes gestacional conlleva riesgos importantes tanto para la madre como para el feto:

Complicaciones maternas:

- Descomposiciones metabólicas agudas. Cetoacidosis diabéticas.
- Infecciones urinarias recurrentes.
- Preeclampsia/eclampsia.
- Diabetes mellitus tipo 2.
- Mayor riesgo de hipertensión, dislipidemias y enfermedad cardiovascular.

Complicaciones fetales

- Macrostomia.(peso al nacer por encima del percentil 90 (> 4 kg)
- Malformaciones congénitas
- Problemas respiratorios.
- Hiperbilirrubinemia, Hipocalcemia, Hipoglucemia

(Almiron, 2005, pág. 4)

1.6 TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Se determinara tratamiento en base a los valores obtenidos en la prueba de tolerancia oral, si los valores en glicemia basal son ≤ 92 mg/dl, y se observa 2 o más valores alterados a la post carga de glucosa, se iniciara tratamiento dietético para control glicémico, cuyo principal objetivo es:

- Evitar descompensaciones metabólicas de la gestante, y las complicaciones obstétricas por presencia de esta patología.
- Evitar repercusiones en el feto y el neonato.

Las intervenciones en el tratamiento incluyen además el control prenatal habitual, asesoramiento dietético, el ejercicio y tratamiento farmacológico, si es necesario.

El control metabólico tiene como objetivo el mantenimiento de normoglucemias con valores de glicemia en ayunas entre 70 - 90 mg/dl y a las dos horas entre 90 -120 mg/dl postprandiales.

1.6.1 Asesoramiento dietético

La dieta será semejante a la de cualquier paciente diabético, con excepción de que la mujer gestante requiere un aporte calórico mayor, que depende de la fase del embarazo en que se encuentre. En el primer trimestre no se requiere un aporte calórico mayor a la dieta. Durante el segundo y tercer trimestre, se requiere un aumento de 300 kcal/día, a excepción de la gestante obesa que su aumento de aporte calórico será solo de 100 kcal/dial.

La ganancia de peso es un factor importante que debe tener en cuenta el personal de salud.

Tabla 2

Ganancia de peso en el embarazo según imc preconcepcional.

Determinación del peso pregestacional (IMC)	Ganancia total (Kg)	Ganancia semanal en Kg (2° y 3° trimestre)
Bajo peso (IMC menor a 20)	12,5 a 18	0,5

Peso normal (IMC de 20 a 24,9)	11,5 a 16	0.4
Sobrepeso (IMC de 25 a 29.9)	7 a 11,5	0.3
Obesidad (IMC mayor a 30)	5 a 9	0,2

1.6.2 Recomendaciones:

- Tipo de dieta normocalorica para la embarazadas con IMC normal.
- Adaptada a las necesidades de cada gestante, según hábitos alimenticios, actividad física tipo de gestación o patologías existentes.
- Incentivar al consumo de líquidos, de preferencia recomendado agua.
- Se recomienda fraccionar las comidas de 5 a 6 con intervalo en ella de 3,5 horas y un ayuno nocturno no mayor a 8 horas.
- Limitar consumo de azucares refinadas (postres, dulces, caramelos, etc.) y así mismo bebidas azucaradas.

1.6.3 Actividad física.

Constituye junto a la dieta la primera estrategia para el tratamiento de la diabetes gestacional.

Mejora la función vascular de la gestante, disminuye la ganancia de peso, mejora el estado físico y mental de la mujer, y se relaciona con un parto más rápido y menor número de complicaciones

Se recomienda ejercicio moderado como: caminata, natación o ejercicios aerobios, realizados de forma regular de tres a cuatro sesiones de 20 a 30 minutos por semana y no de forma intermitente y discontinua.

Se debe adaptar a las diferentes etapas de embarazo, pues conforme avanza, disminuye la capacidad de la mujer para mantener su actividad física.

1.7 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Cuando la dieta y ejercicio no consiguen alcanzar los niveles normales de glicemia en sangre durante un periodo de dos semanas, se recomienda tratamiento con fármacos.

Cuando la glicemia en ayunas es igual o mayor a 105 mg/dl en más de una ocasión, o si las glicemias postprandiales a las dos horas son superiores a 120 mg/dl, se iniciara tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico se inicia con insulina y puede ser combinada como hipoglucemiantes orales como la metformina; esta disminuye la morbilidad fetal e infantil. La instauración del tratamiento con insulinas debe ser bajo consideración de un especialista.

Para ello se debe identificar las unidades de insulinas a aplicar según trimestre de embarazo.

Tabla 3
Unidades de Insulina según etapa trimestral del embarazo

Embarazos en trimestre	Unidades de insulina
Primer trimestre	0,25 a 0,5 u/kg de peso actual.
Segundo trimestre	0,6 a 0,7 u/ kg de peso actual.
Tercer trimestre	0,8 a 1 u/ kg de peso actual.

Distribución de las unidades de insulina de forma general.

Tabla 4
Distribución de dosis de insulina

DOSIS TOTAL	TIPOS DE INSULINA		HORA
3/3	Intermedia o NPH	Rápida o Regular	Administrar
2/3	2/3	1/3	>desayuno
1/3	1/2	1/2	> cena

El cálculo se hará en base al peso pre-gestacional datos obtenidos de (Schwarz.Ricardo, 2005)

Debemos recordar que el tratamiento farmacológico debe estar ligado siempre a una dieta adecuada y controles de glicemia diarios, para valorar, si tratamiento está siendo efectivo o no.

1.7.1 Autocontrol.

El autoanálisis de la glucemia es importante dentro de la educación en la diabetes, con las siguientes determinaciones:

- Una glucemia capilar basal diaria.
- Tres glucemias postprandiales diarias, correspondientes al desayuno, la comida y la cena.
- Un perfil glucémico completo una vez a la semana.

1.8 JUSTIFICACION

El estudio y desarrollo de este caso clínico es de relevancia para el conocimiento enfermero, por medio del cual podremos identificar como personal de salud las causas, síntomas, y posibles complicaciones que se pueden presentar, así como las acciones a tomar en presencia de esta patología. Para que de esta manera, podamos brindar cuidados de enfermería adecuados con calidad y calidez y posterior trasmisión de conocimientos a pacientes que se encuentran afectados. Observar y valorar la apreciación del comportamiento de la enfermedad y adaptación de la persona en presencia de la misma, así como la mejoría de sus patrones afectados, tras el cumplimiento de las pautas a seguir por medio del paciente y del personal de cuidado.

En el presente caso clínico, se pretenden priorizar los diagnósticos enfermeros, plan de cuidados y resultados que se esperan obtener en su aplicación. Para que a postiori sirva como referente a otros profesionales enfermeros que en determinado momento se enfrente a este tipo de patología en la práctica diaria.

1.9 OBJETIVOS

1.9.1 GENERALES

- Aplicar el proceso de atención de enfermería, que contribuya a mejorar el estado de salud actual de la usuaria.

1.9.2 ESPECIFICOS

- Valorar el estado de salud actual de la paciente.
- Diagnosticar los patrones de salud que están siendo afectados.
- Elaborar planes de cuidados que nos ayuden al restablecimiento de los patrones de afectados, mediante su aplicación.
- Valorar la efectividad de la acciones de salud realizadas.

1.10 DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres completos: X X X

Edad: 26 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: XXX

Lugar de Nacimiento: Babahoyo

Estado civil: casada

Hijos: 3

Ocupación: Ama de casa

Nivel de estudios: Secundaria

Nivel sociocultural/económico: Medio

Raza: Mestizo

Dirección: Ciudadela la Ventura

Procedencia Geográfica: Babahoyo: Prov. Los Ríos

Convivientes: 5 personas (ambos padres y los hijos).

Características Del Hogar: Villa de hormigón con 3 habitaciones, 1 sala y patio no tan amplio, con servicios básicos, alumbrado, agua potable y alcantarillado.

II. METODOLIGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 26 de edad orientada en tiempo y espacio, acude a consulta externa del Hospital Martin Icaza, luego de ser referida del Primer nivel de atención, presentando. Edema precoz de extremidades, aumento excesivo de peso. Fondo uterino mayor a la edad gestacional, paciente durante el interrogatorio comenta que tiene, historial familiar de diabetes mellitus. Antecedentes obstétricos de abortos, parto traumático, embarazo múltiple, sintomatología de diabetes mellitus. Al realizar exámenes de laboratorio se valora, Hemoglobina glicosilada y fructosamina, biometría hemática. Ecografía obstétrica para descartar macrosomía y alteraciones del líquido amniótico.

2.2 HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE

2.2.1 Motivo de consulta

Edema de miembros inferiores y aumento excesivo de peso.

2.2.2 Antecedentes

- **Familiares:** padres diabéticos
- **Personales:** no refiere enfermedades o patologías existentes
- **Obstétricos:** Gesta:4 , Abortos: 2, Parto: 1, Cesarias: 1

2.3 ANAMNESIS

Paciente de 26 de edad orientada en tiempo y espacio, acude a consulta externa, presentando, Edema precoz de extremidades, con 3 días de evolución y que desaparece al reposo, refiere que desde hace 3 semanas ha observado que ha aumentado de peso. Paciente durante el interrogatorio comenta que al momento tiene 28 semanas de gestación por FUM= 27 /06/2017 e historial familiar de diabetes mellitus y también ha notado que su apetito ha aumentado y las micciones se han hecho

más frecuentes. Paciente nos comenta que peso a inicio del embarazo fue de 58.5 kg. Se determinó IMC de 22.8 kg/m² a inicio de embarazo.

2.4 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.

Al analizar el cuadro clínico, apreciamos que estos síntomas son característicos de diabetes, y que el diagnóstico se orienta a esta patología por presentar factores de riesgo en su estado de salud actual y sus antecedentes familiares patológicos.

Analizaremos las determinantes que definen el origen del problema.

- **Biológicas:** Podemos apreciar, que los problemas, son los malos hábitos alimenticios, una dieta rica en cantidad y calidad, posiblemente por el desconocimiento de una dieta adecuada en su condición gestante.
- **Física:** Su actividad física, es notablemente disminuida, aquello contribuye a la manifestación del problema.
- **Ambientales:** No está expuesta a toxico de fábricas, ni industrias.
- **Sociales:** Su comportamiento social y sus relaciones con las demás personas (como sus padres); aunque es favorable, esta disminuido, apreciándose que gran parte de su tiempo lo usa para atender a sus hijos y su labor en el hogar.

2.5 EXPLORACION CLINICA

2.5.1 Inspección general

A la exploración paciente se encuentra orientada, en tiempo, espacio y persona. Presenta una tensión arterial de 100/80 mmhg, frecuencia cardiaca de 74 pulsaciones por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, saturación del 97 % al ambiente. Se toma peso y talla; Peso, 76kg y mide 160 cm.

Presencia de edema que mejora con reposo. Aumento acelerado de peso, se procedió a la medición de la altura de fondo uterino dando como resultado 31 cm. Se determinó un IMC de 29,6 clasificando en sobrepeso. Con glucosa en orina de ++++ por tirilla reactiva.

2.5.2 Examen físico

- **Cabeza:** normocefálica con fontanelas normotensas.
- **Ojos:** pupilas isocóricas, normo reactivas.
- **Pabellones auriculares:** bien implantados, sin malformaciones
- **Fosas nasales:** permeables, descongestionadas.
- **Boca:** sin malformaciones, mucosas hidratadas.
- **Cuello:** simétrico, no ingurgitación, sin presencia de adenopatías a la palpación.
- **Tórax:** simétrico, expansibilidad conservada, CsPs claros y ventilados, murmullo vesicular audibles. RsCs rítmicos, no soplos.
- **Mamas:** sin presencia de abultamientos, no dolorosas a la palpación.
- **Abdomen:** RsHs presentes. Globuloso compatible con el embarazo de 31SG, correspondiendo a talla de altura uterina de 31 cm.
- **Extremidades:** Extremidades simétricas, motricidad y sensibilidad conservada, extremidades inferior con edema +/-+++, que no deja fóvea a la digito presión.

2.5.3 Resultados de exámenes

QUIMICA SANGUINEA

PARÁMETRO	VALOR	RANGO
TGO	36 u/L	5 – 40 u/l
TGP	40u/L	7 – 56 u/l
urea	45 mg/dl	15 – 45 mg/dl
Creatinina	0,7 mg/dl	0.7 – 1. 2 mg/dl
Ácido úrico	6,2 mg/dl	2,6 – 7, 2 mg/dl
Glicemia	112 mg/dl	60 – 100 mg/dl
HbA1c	7,2 %	4,5 – 6 %
Fructosamina	290 mmol/l	200 – 285 mmol/l

PTOG

102 mg/dl	BASAL
185 mg/dl	1 HORA
164 mg/dl	2 HORA

RESUMEN DE ECOSONOGRAFIA OBSTETRICA

Útero: Ocupado por feto único de presentación cefálico, situación longitudinal dorso a la derecha.

Placenta: se localiza en pared anterior y fundida izquierda inserción.

Líquido amniótico: en volumen normal, con un ILA de 13 ml

Hueso nasal: presente. Arterias umbilicales presentes.

De acuerdo al diámetro biparietal de 74 mm, perímetro abdominal de 27 cm, la longitud de fémur 61 mm.

Corresponde a una gestación que cursa de 31 semanas ecográficas. Peso fetal estimado 1785 g = 3 libras 15 onzas.

Partes fetales: cabeza, cara, tórax, abdomen, extremidades y columna vertebral normales.

2.6 Valoración por patrones funcionales de Maryory Gordon

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud: Paciente manifiesta que se le dificulta ir a citas médica con regularidad. Ha cumplido con inmunización contra tétanos. Reconoce muy poco los signos de alarma durante el embarazo.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico: Mantiene dieta rica cantidad y calidad. Aumento de apetito durante las 3 últimas semanas de gestación. Se observa que peso es mayor al normal.

Patrón 3: Eliminación. Diuresis con mayor frecuencia. Heces normales

Patrón 4: Actividad y ejercicio: Lleva una vida sedentaria, no realiza actividad recreativas que impliquen la realización de ejercicio.

Patrón 5: Sueño y descanso: Manifiesta que puede conciliar normalmente el sueño.

Patrón 6: Cognitivo – perceptivo: Paciente consiente, orientada en tiempo, espacio y persona con capacidad para entender los procedimientos a realizarse.

Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto: La paciente reconoce su cuerpo físico, y no siente vergüenza del mismo.

Patrón 8: Rol y Relaciones: Es ama de casa, no trabaja, mantiene buena comunicación con sus padres.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción: Sexualmente activa, encuentra actualmente gestando. Manifiesta que tuvo un embarazo múltiple, que ha tenido abortos, y parto complicado.

Patrón 10: Adaptación y Tolerancia al estrés: Se encuentra preocupada por estado actual.

Patrón 11: Valores y Creencias. Paciente dice sentir bien con su vida, no expresa sufrir agresión en el hogar. Es católica y expresar estar contenta con la religión a la que pertenece.

2.6.1 Patrones disfuncionales.

- Patrón nutricional y metabólico
- Patrón actividad y ejercicio
- Patrón Sexualidad y Reproducción
- Patrón de percepción y manejo de la salud.

2.7 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO ANÁLISIS DE DATOS.

Al análisis del examen físico regional: facies de estrés, no álgicas, sin presencia de edemas; ojos simétricos, conjuntivas rosadas, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y acomodación. Mucosas hidratadas, piel con elasticidad conservada. Nariz, fosas nasales permeables, no se evidencia desviación de tabique nasal. Orejas de implantación normal, conducto auditivo externo permeable. Boca, mucosas orales húmedas. Cuello simétrico, sin presencia de ganglios y sin ingurgitación. Tórax, simétrico, expansibilidad conservada, Auscultación: RsCs audibles, rítmicos, no se evidencian soplos; pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: globuloso, compatible a embarazo, no doloroso a la palpación. Extremidades: simétricas, presencia de edema en miembros inferiores que involucra tobillos hasta región distal bilateral +/+++ que no deja fóvea. Al examen neurológico, paciente alerta, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15.

2.7.1 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Diabetes Gestacional CIE 10 --- 0244

2.7.2 CONDUCTA A SEGUIR

- sesoramiento dietético
- Recomendaciones en actividad física

En el asesoramiento dietético debemos identificar el IMC pre-concepcional y la ganancia de peso durante el embarazo, y el requerimiento de kcal/ diarias. En un IMC preconcepcional es de 30 kcal/día/kg peso.

Tabla 5
Calculo de requerimiento calórico

Peso y IMC preconcepcional	Clasificación de peso	Requerimiento calórico diario
58.5kg / IMC 22, 8 Kg/m ²	peso normal	1755 kcal/día + 300 kcal

Cálculos realizados en base a datos obtenidos de la historia clínica del paciente

- Identificación de ganancia de peso durante embarazo.
- La ganancia para una paciente con peso normal según IMC preconcepcional se estima entre 11, 5 a 16 kg de peso antes del parto, con una ganancia semanal recomendada de 0.4 kg.

Tabla 6
Identificación de ganancia de peso durante el embarazo.

Peso inicial	Peso actual	Ganancia total	Diferencias	Ganancia recomendada
58.5 KG	76 KG	19,5	3,5 kg	11.5 - 16 kg

Cálculo realizado en base a datos de la historia clínica del paciente en relación con la tabla de ganancia de peso según IMC pre-concepcional.

- Administración de medicamentos
- Enseñanza de autocontrol del paciente (glicemia, dieta, y realización de ejercicio moderado).

La administración de medicamentos se hará según prescripción médica, se puede determinar en qué trimestre de embarazo está la paciente y guiarse según unidades por kilo de peso al día.

Tercer trimestre de embarazo: (0,8 u/kg/día; Calculando: 0,8u / 76kg / día. = Una dosis total de 62.4 u por día.

Tabla 7
Calculo de la dosis de insulina diaria para la paciente.

DOSIS TOTAL	TIPOS DE INSULINA		HORA
62,4 u/día	Intermedia o NPH	Rápida o Regular	Administrar
41,6 u/día	27,7 u	13,8 u	>desayuno
20.8 u/día	13,8 u	6,9 u	> cena

Cálculo obtenido en relación al trimestre de embarazo y la tabla de Distribución de dosis de insulina.

Aspectos importantes.

Recomendar ejercicio moderado como: caminata, natación o ejercicios aerobios, realizados de forma regular de tres a cuatro por semana y no de forma intermitente y discontinua, con una duración de 20 a 30 minutos , si procede el alta médica.

Fomentar en la paciente una dieta adecuada y la aplicación de hábitos alimenticios que ayuden a mantener un nivel de glucosa adecuado.

Control glicémico, antes del desayuno, después del desayuno, almuerzo y cena, diariamente.

Enseñar a la realización del autocontrol glucémico, y enseñar los niveles requeridos de glicemia <80 mg/dl basal y < 120 mg/dl postprandial. Si paciente lleva tratamiento en casa luego de instauración de dosis necesaria y enseñanza en la aplicación correcta.

Precauciones generales en el tratamiento.

Se recomienda disponer siempre de soluciones de glucosa oral concentrada.

Se recomienda disponer de Glucagón para el manejo de la hipoglicemia severa.

Se recomienda disponer de terapia insulínica en bomba de infusión si el uso de múltiples inyecciones no es el adecuado y la mujer experimenta hipoglicemia discapacitante significativa.

Efectos secundarios del tratamiento.

Los efectos que pueden apreciarse en la administración de tratamiento hipoglucemiante como la aplicación de la insulina pueden ser las hipoglicemias.

Se recomienda asesorar a la paciente a que se realice una glucemia de control antes de acostarse, para advertir el riesgo de hipoglucemias.

FUNDEMENTACION DE TEORIA EN ENFERMERIA

Para la aplicación de los cuidados de enfermería nos fundamentaremos en dos teorías de enfermería como el de Virginia Henderson y Dorothea Orem. Su aplicación es un generador de cambios en el estado de salud actual de un paciente, mejorando y contribuyendo a lograr autocuidados e independencia de las acciones realizadas por el personal enfermo; y se orienta a que el paciente logre por su propia fuerza al mantenimiento y buen manejo de su salud o de su enfermedad,

TEORIA DE TENDENCIA DE SUPLENCIA O AYUDA (Virginia Henderson (1955-1950))

Henderson conceptualizó la función propia de la enfermería, que consistía en atender a la persona sana y enferma en sus actividades, para contribuir a su salud o recuperación, y las que

realizan, si tienen fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Declaró que la actuación de enfermería depende del médico y que los seres humanos tienen necesidades básicas que deben satisfacer y normalmente son cubiertas por el individuo sano.

Define a la enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario; hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

Henderson denominó a las necesidades como cuidados básicos de enfermería; estos se aplican mediante un plan de cuidados de enfermería, elaborados sobre la base de las necesidades detectadas en el paciente. Describe la relación enfermera paciente y se destacan 3 niveles de intervención: sustituta, ayuda o compañera.

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO (Dorothea Orem)

Su idea coincide con la de Henderson, para ella el objetivo de la enfermería es ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para preservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias que de ellas se derivan.

Definió el autocuidado como la práctica de actividades que el individuo aprende y orienta hacia un objetivo: mantener su salud, seguir viviendo y conservar su bienestar, y responde de manera consciente a sus necesidades en materia de salud, como las necesidades de alimentarse, el agua y reposo los cuales son fundamentales.

Necesidades específicas en determinados momentos de la vida: niñez, embarazo y vejez. Plantea que el autocuidado es imprescindible para la vida y, si faltan provocan la enfermedad y la muerte.

2.8 PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL

Diagnósticos de Enfermería

- Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con conocimientos deficientes sobre el manejo de la Diabetes.
- Riesgo de alteración de la diada materno fetal relacionado con alteración del metabolismo de la glucosa (Diabetes Gestacional)

2.8.2 Diagnostico. NANDA

Dominio 2 “Nutrición Metabólica”

Clase 4, metabolismo.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de nivel de glicemia inestable (**00179**)

Factores relacionados: Conocimientos deficientes sobre el manejo de la Diabetes.

(T.Heather Herdman, 2012-2014)

2.8.3 Intervenciones del NIC

Campo 2: Fisiológico Complejo

Clase G: Control de electrolitos y acido – base.

Manejo de la Hiperglucemia (2120)

- Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.
- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa y jaqueca.
- Administrar insulina según prescripción.
- Potenciar la ingesta oral de líquidos.

- Mantener una vía IV, si lo requiere el caso.
- Administrar líquidos IV si es preciso.
- Identificar causas de hiperglucemia.
- Realizar balance hídrico según corresponda.
- Ayudar en la deambulaci3n si hay hipotensi3n ortostatica.
- Facilitar seguimiento de dieta y ejercicio.
- Consultar a medico si persisten signos y sntomas de hiperglucemia.
- Instruir al paciente en la prevenci3n, reconocimiento y actuaci3n ante la hiperglucemia.

Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.

(Gloria.M & Faan, 2009)

2.8.4 Resultados del NOC

Autocontrol de la Diabetes (1619)

Dominio 2 “Salud fisiol3gica”

Clase G “Líquidos y electrolitos

INDICADORES	PUNTUACION
	1 5
➤ 161901 Acepta el diagn3stico del proveedor de asistencia sanitaria.	3 -----5
➤ 161907 Participa en el proceso de toma de decisiones de cuidados de salud.	2 -----5
➤ 161909 Realiza el r3gimen de tratamiento seg3n este pre- escrito.	2 -----5
➤ 161911 Controla los niveles de glucosa en sangre.	2 -----5
➤ 161920 Sigue la dieta recomendada.	2 -----4
➤ 161921 Sigue nivel de actividad recomendado.	2 -----4

(NOC, 2009)

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON DIABETES GESTACIONAL		
DIAGNOSTICO NANDA	INTERVENCIONES NIC	RESULTADOS DEL NOC
<p>Dominio 8 Sexualidad Clases 3 ; Reproducción</p> <p>Etiqueta 00209</p> <p>Riesgo de la alteración de la diada materno fetal relacionado con alteración del metabolismo de la glucosa (diabetes gestacional)</p>	<p>Campo 5 “ Familia “ Nivel W, Cuidados de un nuevo bebe</p> <p>Cuidados del Embarazo de alto riesgo. 6800</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultado del embarazo “ Diabetes” ✓ Revisar el historial obstétrico, para ver si hay factores de riesgo relacionado con el embarazo (embarazo múltiple, RPM, historial familiar de trastornos genéticos, etc. ✓ Determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgo identificados. ✓ Instruir a la paciente en técnicas de autocuidados para aumentar las posibilidades de un resultado saludable (dieta; importancia de chequeos prenatales regulares, normalización de valores de glucosa en sangre y precauciones sexuales; etc) ✓ Instruir a la paciente en técnicas de auto monitorización, si procede (prueba de glucosa en sangre) guiar e instruir a la paciente sobre signos y síntomas que requieran atención médica inmediata. 	<p>Dominio IV, Conocimiento y conducta de salud. Clase S, Conocimiento sobre la salud.</p> <p>Conocimiento: gestación (1810)</p> <p>181026 importancia del cuidado prenatal -----5</p> <p>181003 Signos de aviso de complicaciones de la gestación -----5</p> <p>181010 Practicas nutricionales saludables -----4</p> <p>181009 Beneficios de la actividad y ejercicio.-----4</p> <p>181033 Uso correcto de la medicación -----5</p>

2.9 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Cuando los niveles de glicemia han estado fluctuando con anterioridad, el riesgo de que se desarrolle en el feto anomalías es alto, como la macrosomía, la misma que puede derivar más problemas durante el trabajo del parto, tanto para la madre como para el feto como; sufrimiento fetal, dificultad respiratoria, desgarros en el canal de parto, etc. Por lo tanto el restablecimiento y control de los niveles de glucemia, es importante para reducir dichos riesgos.

En el proceso de atención de enfermería nos enfocaremos en aplicar la teoría de las necesidades básicas o teóricas del cuidado de enfermería y también en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, hasta lograr que la paciente logre su propio autocuidado.

Para ello debemos lograr una buena interrelación enfermero - paciente, transmitiendo conocimientos y logrando modificar sus conductas riesgo, así como la aceptación del tratamiento a seguir.

No olvidando siempre tener en cuenta los signos de alarma en la madre, como la presencia de preeclampsia o trastorno hipertensivos durante su estado de gestación y evaluar constantemente la maduración pulmonar del feto, por posible parto pretermino.

2. 10 SEGUIMIENTO

- La importancia del seguimiento en este tipo de pacientes radica, en la identificación de posibles riesgos a presentarse en la madre o en él bebe, durante su estado gestacional, en el momento de parto, el nacimiento, y luego del parto, ya que dispone una predisposición de nacimientos de niños con hipoglicemia, con sufrimiento fetal, dificultad respiratoria, y traumas del canal del parto, en la madre de un niño macrosomico.

- Se realizar seguimiento al menos cada semana.
- Controlando nivel de glucosa, peso y los signos vitales, dentro de rangos normales.
- Se valora constantemente si el régimen terapéutico (dieta, ejercicio, tratamiento farmacológico, y autocontroles) está siendo cumplido por parte de la paciente.
- En la semana 36, se realizara control del crecimiento fetal y líquido amniótico. Valoración con especialista. Se evaluara control glucémico y preparación para labor de parto o cesárea en caso de ser necesario.

2. 11 OBSERVACIONES

- Se realizó una entrevista al paciente para recabar datos poco claros expuestos en la historia clínica, lo que nos permitió, obtener información requerida e identificar factores predisponentes que influyeron en la evolución de la enfermedad actual.
- Se logró el restablecimiento de los niveles de glucosa, y se instruyó para que continúe tratamiento en casa.
- Se enseñó la realización de la auto-prueba de glucosa y se manifestó las metas de los niveles requeridos diarios, tanto preprandiales y postprandiales.
- Se revisaron Guías de prácticas clínicas, libros y artículos de revista, obteniendo fuente de información para profundizar los conocimientos acerca de la patología, obteniendo como resultado el reconocimiento de signos, síntomas y factores de riesgo, test diagnósticos y manejo de la Diabetes Gestacional.

III. CONCLUSIONES

Luego de la culminación de este caso clínico, podemos evidenciar que la aplicación del proceso de atención de enfermería es una herramienta muy útil en la cotidianidad del profesional enfermero, mediante su aplicación se logró una favorable interrelación enfermero- paciente y se obtuvo los datos necesarios para la formulación de diagnósticos de enfermería que dan a conocer las necesidades que deben satisfacerse en el usuario. Esto es relevante puesto que; de la buena aplicación del proceso dependerá la pronta recuperación del usuario o deterioro de su estado de salud.

Es importante recordar que la DG es una enfermedad que se puede diagnosticar a tiempo mediante el cumplimiento de los controles necesarios en el embarazo, durante el primer y según trimestre de gestación, La Diabetes Mellitus Gestacional por lo general se identifica, en el primer nivel de atención y debe ser referido a un segundo nivel para seguimiento y control de patología existente.

El personal de salud debe inculcar en el usuario, la importancia del cuidado prenatal en cuanto al cumplimiento de régimen dietético o farmacológico, controles y seguimiento, y la realización de actividad física moderada. Exponer al paciente y su entorno familiar la identificación de signos y síntomas de riesgo en el embarazo.

Podemos decir que al realizar acciones de salud oportuna, desde el primer nivel de atención, como la exposición hacia este grupo etario (Mujeres Embarazadas); temas de relevancia, como DG, preeclampsia, eclampsia, hipertensión en el embarazo, IVU, y muchas patologías más, que se presentan frecuentemente en esta etapa de la mujer, podríamos concientizar en la usuaria; cuando es imprescindible realizarse los controles a tiempo para la identificar cualquier tipo de patología que puede desarrollar.

IV BIBLIOGRAFIA

- Almiron, M. (2005). Diabestes Gestacional . *Revista de Posgrado de la via catedra de medicina* , 5.
- Amoroso, A. T. (2017). *Diabetes tipo 2 y riesgo alto de adquirir diabetes* . Quito-Ecuador: HealthEditor.Cia.Ltda.
- Cañete, M. (Noviembre de 2003). *unive*. Obtenido de <http://www.unibe.edu.do/sites/default/files/internados/obstetricia/Guias-de-urgencias-en-ginecologia-y-obstetricia.pdf>
- Castín, A. C. (2011). Endocrinologia"Diabetes Mellitus Gestacional, Generalidades . *Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica* , 5.
- Garcia, C. G. (2008). Diabetes Mellitus Gestacional . *Medicina Interna de Mexico* , 155.
- Gloria.M, B. R., & Faan. (2009). *Clasificaciones de Intervenciones de Enfermeria (NIC)*. Barcelona(España): Elsevier.
- Medina.Perez EA, S. A. (2017, enero). Diabetes gestacional. Diagnostico y tratamiento. *Medicina Interna México*, 8.
- MSP. (2014). *GPC de Diabetes pregestacional y Diabetes Gestacional* . Quito.
- NOC. (2009). *Clasificacion de Resultados de Enfermeria*. Barcelona,España: Elsevier.
- Roura, C. (2012). Medicina Materno fetal . En L. C. Roura, *Tratado de Ginecologia y Obstetrica* . España: Panamericana.
- Schwarcz.Ricardo, S. (2005). *Obstetricia*. Buenos Aries: El Ateneo.
- T.Heather Herdman, P. (2012-2014). *NANDA internacional, Diagnosticos Enfermeros/Definicion y Clasificaciones*. Barcelona: Elsevier.

V. ANEXOS

Riesgo	Factores / criterios
Riesgo medio	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrepeso (IMC mayor a 25 kg/m²) antes del embarazo - Historia de resultados obstétricos adversos
Riesgo alto	<ul style="list-style-type: none"> - Población latina/hispana (como la ecuatoriana) con alta prevalencia de DM - Obesidad (IMC mayor a 30 kg/m²) - Antecedentes de DG en embarazos previos - Partos con productos macrosómicos de más de 4 kilos o percentil mayor a 90 - Glucosuria - Síndrome de ovario poliquístico (SOP) - Historia familiar de DM2 - Trastorno del metabolismo de los carbohidratos (hiperglucemia en ayunas, intolerancia a los carbohidratos) - Óbito fetal de causa inexplicable

Fuente: Wisconsin Diabetes Mellitus Essential Care Guidelines / 2012
Elaboración: autores

Tabla. 1 IDENTIFICACION DE RIESGOS EN PACIENTES CON DG

Fuente: Guía de práctica clínica del MSP

La asignación de ingesta calórica diaria es similar en mujeres con DG o diabetes pregestacional y se calcula sobre la base del IMC preconcepcional así:^{5, 25, 26}

- Peso normal (IMC de 20 a 24,9): 30 kcal/kg/día.
- Sobrepeso y obesidad (IMC entre 25 a 39,9): 25 kcal/kg/día.
- Obesidad mórbida (IMC mayor a 40): 20 kcal/kg/día.

Tabla 2. Asignación de Kcal de acuerdo a IMC preconcepcional

Fuente: Guía de práctica clínica del MSP

El cálculo de la dosis total es una relación peso corporal / edad gestacional.

Embarazos en trimestre	Unidades de insulina
Primer trimestre:	0,25 a 0,5 U/kg de peso actual.
Segundo trimestre:	0.6 a 0.7 U/kg de peso actual.
Tercer trimestre:	0,8 a 1 U/kg de peso actual

Fuente: Schwarcz.Ricardo, S. (2005). *Obstetricia. Buenos Aries: El Ateneo*

Tabla 3. Identificación de unidades de insulina según trimestre de embarazo.

Fuente: Libro de Obstetricia: (Schwarcz.Ricardo, 2005)

Determinación del peso pregestacional (IMC)	Ganancia total (kg)	Ganancia semanal en kg (2.º y 3.º trimestres)
Bajo peso (IMC menor a 20)	12,5 a 18	0,5
Peso normal (IMC 20 a 24,9)	11,5 a 16	0,4
Sobrepeso (IMC 25 a 29,9)	7 a 11,5	0,3
Obesidad (IMC mayor a 30)	5 a 9	0,2

Fuente: Draznin B, Epstein S, Turner HE, Was JA (eds). Oxford American Handbook of endocrinology a diabetes. New York: Oxford University Press; 2011.
Elaboración: autores

Tabla 4. DETERMINACION DE GANACIA DE PESO

Fuente Guía de Practica Clínica de Diabetes Gestacional (MSP, 2014)

<i>DOSIS TOTAL</i>	<i>TIPOS DE INSULINA</i>		<i>HORA</i>
<i>3/3</i>	Intermedia o NPH	Rápida o Regular	Administrar
<i>2/3</i>	2/3	1/3	>desayuno
<i>1/3</i>	1/2	½	>cena

(Schwarcz.Ricardo, 2005)

TABLA 5. DETERMINACION DE INSULINO TERAPIA

Fuente: Libro de Obstetricia: (Schwarcz.Ricardo, 2005)



MEDICION DEL FONDO UTERINO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
SECRETARÍA



CERTIFICACION

AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaría de la Facultad de Ciencias de la Salud,

Certifica:

Que, por **Resolución Única de H. Consejo Directivo en sesión extraordinaria de fecha 28 de septiembre del 2017**, donde se indica: *„Una vez informado el cumplimiento de todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior, Reglamento de Régimen Académico, Estatuto Universitario y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título Académico, se declara **EGRESADO(A) DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD** a: **CEPEDA OCHOA DAMARIS EUNICE**, en la carrera de **ENFERMERIA**. Por consiguiente se encuentra **APTO** para el **PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO**“.- Comuníquese a la Msc. Karina de Mora, Responsable de la Comisión General del Centro de Investigación y Desarrollo de la Facultad.*

Babahoyo, 27 de Septiembre del 2017

Abg. Vanda Aragundi Herrera

SECRETARIA



03/10/2017 11:16 AM



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

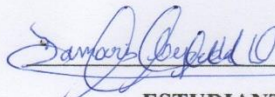
¡Impulsando el talento humano!

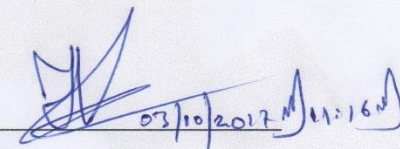
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA TRABAJO DE TITULACIÓN

DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE			
CEDULA:	120725261-8		
NOMBRES:	DAMARIS EUNICE		
APELLIDOS:	CEPEDA OCHOA		
SEXO:	FEMENINO		
NACIONALIDAD:	ECUATORIANA		
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	CDLA. PUERTA NEGRA CALLE PUIRGMIR		
TELÉFONO DE CONTACTO:	INTERSECIÓN S/N		
CORREO ELECTRÓNICO:	0960082245		
	DAMYCE@GMAIL.COM		
APROBACIÓN DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS			
IDIOMA:	SI	INFORMÁTICA:	NO
VÍNCULO CON LA SOCIEDAD:	SI	PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES:	SI
DATOS ACADÉMICOS DEL ASPIRANTE			
FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD		
CARRERA:	ENFERMERIA		
MODALIDAD:	SEMESTRE		
FECHA DE FINALIZACIÓN			
MALLA CURRICULAR:	08/31/2017		
TÍTULO PROFESIONAL(SI L TIENE):	NO		
TRABAJA:	NO		
INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA:	NO		
MODALIDAD DE TITULACIÓN SELECCIONADA			
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA			

Una vez que el aspirante ha seleccionado una modalidad de titulación no podrá ser cambiada durante el tiempo que dure el proceso.
Favor entregar este formulario completo en el CIDE de su respectiva facultad.

Babahoyo, 2 de Octubre de 2017


ESTUDIANTE


SECRETARIO(A)



Av. Universitaria Km 2 1/2 vía a Montalvo
052 570 368
rectorado@utbedu.ec
www.utbedu.ec



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

SOLICITUD DE MATRÍCULA - UNIDAD DE TITULACIÓN

Babahoyo, 2 de Octubre de 2017

Señor.

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Presente.

De mis consideraciones:

Yo: **DAMARIS EUNICE CEPEDA OCHOA** ;

Portador de la cédula de identidad o pasaporte #: **1207252618** ; con matrícula estudiantil #: _____ ;

habiendo culminado mis estudios en el periodo lectivo de: Marzo - Agosto del 2017 ;

estudiante de la carrera de: **ENFERMERIA**

una vez completada la totalidad de horas establecidas en el artículo de la carrera y los demás
compentes académicos, me permito solicitar a usted la matrícula respectiva a la unidad de titulación
por medio de de la siguiente opción de titulación:

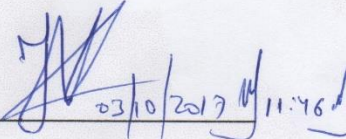
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA

Mi correo electrónico es: **DAMYCE@GMAIL.COM**

Por la atención al presente, le reitero mis saludos.

Atentamente,


ESTUDIANTE


03/10/2017 11:46 AM
SECRETARIO(A)



Av. Universitaria Km 2 1/2 vía a Montalvo
052 570 368
rectorado@utb.edu.ec
www.utb.edu.ec



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACION**



Babahoyo, 3 de Octubre del 2017

**Dra. Alina Inzquierdo Cirer, Msc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

Presente.-

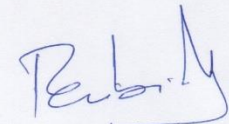
De mi consideración:

Por medio de la presente. Yo, **CEPEDA OCHOA DAMARIS EUNICE**, con cedula de ciudadanía **120725261-8**, egresada de la carrera de **ENFERMERIA**, de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, me dirijo a usted de la manera más comedida, autorice a quien corresponda, me recepte la documentación pertinente para la inscripción del Proceso de Titulación en la modalidad de **EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA**.

Por la atención que le brinde a la presente, le reitero mis agradecimientos.

Atentamente


.....
**CEPEDA OCHOA DAMARIS EUNICE
120725261-8**


03/10/2017 11:16 AM



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACION**



Lunes 29 de Enero del 2018

Doctora
Alina Izquierdo Cirer, MSC.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION

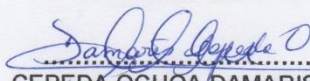
En su despacho.-

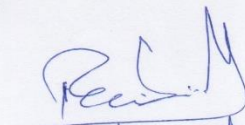
De mi consideración:

Por medio de la presente. Yo, **CEPEDA OCHOA DAMARIS EUNICE**, con cedula de ciudadanía **120725261-8**, egresada de la carrera de **ENFERMERIA**, de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, solicito que se me recepte de manera formal mi tema de Caso Clínico N° 17 para el Proceso de Titulación en modalidad de **EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA**. Que es:

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN EMBARAZO DE 28 SEMANAS
DE GESTION MAS DIABETES GESTACIONAL**

Atentamente


.....
CEPEDA OCHOA DAMARIS EUNICE
120725261-8


25/01/2018 11:42 AM

CASO CLÍNICO # 17

Paciente de 26 años de edad orientada en tiempo y espacio, acude a consulta externa del hospital Martín Icaza, luego de ser referida del 1^{er} nivel de atención, presentando, Edema precoz de extremidades, Aumento excesivo de peso, Fondo uterino mayor que edad gestacional paciente durante el interrogatorio comenta que tiene, Historial familiar de diabetes mellitus, Antecedentes obstétricos de abortos, parto traumático, Embarazo múltiple, Sintomatología de diabetes mellitus. Al realizar exámenes de laboratorio se valora, Hemoglobina glicosilada y fructosamina Biometría Hemática. Ecografía obstétrica para descartar macrosomía y alteraciones del líquido amniótico

D.X : DIABETES GESTACIONAL

Conforme los diagnósticos de enfermería correspondientes utilizando taxonomía NANDA

Valorar según el cuidado de atención de enfermería y el tipo de patología descrita, las prioridades y conducta a seguir en este caso clínico.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA



Babahoyo, 02 de Abril del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. Msc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Presente. -

De mi consideración:

Por medio de la presente. Yo, **CEPEDA OCHOA DAMARIS EUNICE**, con cedula de ciudadanía **120725261-8**, egresada de la Escuela de Enfermería, carrera Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para que por su digno intermedio se me recepte los tres anillados requeridos en el componente practico (Casos Clínicos) del Examen Complexivo, Tema: **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO EN EMBARAZO DE 28 SEMANAS DE GESTACIÓN MÁS DIABETES GESTACIONAL**. Para que pueda ser evaluado por el jurado respectivo, asignado por el consejo directivo.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable quedo de usted muy agradecido(a).

Atentamente.

CEPEDA OCHOA DAMARIS EUNICE
CI# 120725261-8

02/04/2018 11:45 AM