



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA



COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO
A LA OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA

TITULO DEL CASO CLINICO:

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A
PACIENTE CON DIABETES GESTACIONAL DE 26 SEMANAS DE
EMBARAZO.

AUTORA:

LOURDES JEANETH REYES ALVARADO

BABAHOYO - LOS RIOS - ECUADOR

2018

INDICE

1.1 DIABETES GESTACIONAL	2
1.2 FISIOPATOLOGIA	3
1.3 ETIOLOGÍA	4
1.4 FACTORES DE RIESGO	4
1.5 COMPLICACIONES	5
1.6 TRATAMIENTO	5
1.7 OBESIDAD EN LA GESTACION.....	6
1.8 ALCOHOLISMO EN LA GESTACION.....	7
1.9 JUSTIFICACION	8
1.10 OBJETIVOS.....	9
1.10.1 GENERAL.....	9
1.10.2 ESPECÍFICOS.....	9
1.11 DATOS GENERALES	10
II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	10
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	10
2.2 HISTORIA CLINICA	10
2.2.1 ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES.....	11
2.2.2 ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	11
2.3 ANAMNESIS.....	11

2.4 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.....	12
2.5 EXPLORACION CLINICA	13
2.5.1 EXPLORACIÓN FISICA.....	13
2.6 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)	13
2.6.1 PATRONES DISFUNCIONALES.....	14
2.7 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PREVIO ANALISIS DE DATOS ...	15
2.8 ANALISIS DEL CASO.....	15
2.9 CONDUCTAS A SEGUIR	16
2.10 DIAGNOSTICOS ENFERMEROS PRIORIZADOS	17
2. 11 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	¡Error! Marcador no definido.
ACCIONES A SEGUIR SEGÚN MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA	21
2 .12 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	22
2.13 SEGUIMIENTO.....	23
2.14 OBSERVACIONES	23
III CONCLUSIONES	25
IV REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	26
V ANEXOS	27

INTRODUCCION

La OMS advierte que una de cada once personas ya tiene diabetes; en su informe mundial sobre la diabetes sostiene que estas cifras indican que el número de personas afectadas se cuadruplico en los últimos 30 años, y de acuerdo con los científicos aumento en países de ingresos bajos y medianos. En este análisis se vincula a la diabetes con estilos de vida poco saludables y complicaciones en la gestación.

(Larevista, 30 Octubre 2016)

Las patologías en el embarazo pueden traer graves complicaciones, los controles prenatales deben incluir una exhaustiva valoración para detectar el más mínimo signo de alteración de la diada materna fetal.

Para este estudio de caso tenemos una usuaria de 25 años de edad con 26 semanas de gestación, peso corporal de 118kg obesidad grado 3, talla: 1,65 cm, IMC 43,7 kg/m. Signos vitales presión arterial: 125/81, temperatura corporal 36.1, frecuencia cardiaca 76 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, en la analítica presenta una glicemia de 94 mg/dl, sobrecarga oral y curva glicémica alterada en sus valores, alcohólica, edema en miembros inferiores talla de fondo uterino de 29 centímetros, de padres diabéticos, no presenta hipertensión arterial ni hematuria o proteinuria, previamente al embarazo no se manifestó la diabetes. Cumple con los controles desde el primer trimestre del embarazo.

El tratamiento, debido al alto riesgo debe ser hospitalario, por lo que se debe transferir a una unidad de mayor complejidad, no sin antes restablecer y preparar a la usuaria para el traslado.

I MARCO TEORICO

La Asociación Americana de la Diabetes indica en su estudio que el 7% de las mujeres embarazadas tienen diabetes gestacional. En nuestro país el porcentaje es más elevado pues del 10% al 20% de la comunidad obstétrica desarrolla esta patología, esto se debe al factor étnico, pues las mujeres latinoamericanas tenemos más probabilidad de padecer diabetes durante el embarazo, la mayor incidencia es en la región costa especialmente en la provincia de Manabí.

El INEC menciona que la diabetes gestacional ocupa el sexto lugar entre las patologías que se presentan durante el embarazo, y el mayor peso al nacer de hijos de madres diabéticas ya se ubica entre las diez patologías que causan la muerte neonatal

1.1 DIABETES GESTACIONAL

La diabetes gestacional se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o es reconocida por primera vez durante el embarazo y que puede persistir o no después del mismo, se debe solicitar análisis de glicemia en consulta preconcepcional o en el primer control prenatal. El valor de la glucosa que se toma como referencia es de hasta 90 mg/dl en ayunas. (M.S.P, Agosto 2008, pág. 12)

El estudio HAPO ha mostrado que niveles elevados de glucosa en sangre por encima de 92 se asocia a un incremento de glucosa y es en ese momento donde se debe iniciar tratamiento.

Este trastorno endocrino-metabólico crónico se produce por un estado de resistencia a la insulina e hiperinsulinemia, y aparece cuando la función pancreática de la gestante no puede asumir el ambiente diabético que genera el embarazo, afectando el metabolismo, los vasos sanguíneos, la circulación de la sangre, el corazón, los riñones, el sistema nervioso (cerebro), retina, sensibilidad cutánea es decir la función de todos los órganos y sistemas del cuerpo.

(M. Goya Canino, Junio 2005)

1.2 FISIOPATOLOGIA

El páncreas es un órgano situado en el abdomen, su unidad histológica son los islotes de Langerhans donde existen diversos tipos de células que producen una hormona diferente. Así tenemos que las células alfa sintetizan y liberan glucagón este aumenta el nivel de glucosa sanguínea; las células beta: producen y liberan insulina, hormona hipoglucemiante que regula el nivel de glucosa en la sangre retirando el exceso de la misma, que se almacena en el hígado en forma de glucógeno, y las células delta, producen somatostatina que parece funcionar en la regulación de la secreción de las células de los islotes. La insulina y el glucagón tienen importantes funciones en la regulación del metabolismo intermediario de los carbohidratos, proteínas y grasas.

(Vite D. M., 2008)

La resistencia a la insulina durante el embarazo depende de varios factores, que incluye una alteración en la secreción de las hormonas, principalmente el lactógeno placentario humano que es producido por la placenta y afecta los ácidos grasos y el metabolismo de la glucosa, promoviendo la lipólisis y secreción de insulinasas generadas por la placenta, facilitando el metabolismo de la insulina.

(Roura, Junio 2005)

Insulina y el efecto en el metabolismo de los carbohidratos: Inmediatamente después de una comida rica en carbohidratos la glucosa que pasa a la sangre causa secreción rápida de insulina, que a su vez determina la captación inmediata, el almacenamiento y el uso de la glucosa por los tejidos del organismo, en especial por el hígado, músculos y tejido adiposo. El estímulo más importante a la secreción de insulina es la glucosa, las células metabolizan la glucosa para convertirla en una forma de energía útil; por ello el organismo necesita recibir glucosa (a través

de los alimentos), absorberla (durante la digestión) para que circule en la sangre y se distribuya por todo el cuerpo, y que finalmente, de la sangre vaya al interior de las células para que pueda ser utilizada. Durante su administración, y dentro de unos pocos minutos se presenta un pico en la secreción de insulina; mismo que después disminuye, para presentar un nuevo pico más tarde. Además de este mecanismo relacionado con la glucosa, el páncreas es capaz de secretarla en condiciones basales, sin que medie un estímulo externo

1.3 ETIOLOGÍA

La placenta secreta hormonas necesarias para el mantenimiento del embarazo, crecimiento y salud fetal, tolerancia inmunológica, desarrollo de los mecanismos involucrados en el trabajo de parto. El principal tejido endocrino es el sinciciototrofoblasto productor de las hormonas HCG responsable de mantener el embarazo y la hormona somatotrofina coriónica o lactógeno placentario que es fuente de energía fetal, participa en la lipólisis y aumento de niveles de ácidos grasos libres circulantes que tienen efecto hiperglucémico. Los niveles sanguíneos son proporcionales al crecimiento del feto y la placenta, alcanzando niveles máximos hacia el final de la gestación, usualmente con cifras de 5–7 mg/L. En embarazos múltiples los niveles de esta hormona son más elevados. Pequeñas cantidades penetran a la circulación fetal.

La alimentación no saludable, la inactividad física, el abuso de alcohol y el consumo de cigarrillos, son factores de riesgo relacionados directamente con la enfermedad. (O.M.S, 2016)

1.4 FACTORES DE RIESGO

Se han descrito diversos factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes gestacional entre los más comunes tenemos: Antecedentes de diabetes mellitus en familiares de primer grado, edad materna igual o superior de 30 años, obesidad con IMC >26, diabetes gestacional en embarazos anteriores, mortalidad perinatal inexplicada, macrosomía fetal actual o antecedente de uno o más

hijos con peso al nacer mayor a 4000 gramos, malformaciones congénitas, Polihidramnios en el embarazo actual, pertenecer a un grupo étnico con alta tasa de diabetes mellitus tipo II, síndrome de ovario poliquístico, hipertensión arterial, abortos espontáneos.

(Duverges, 10 Septiembre 2014)

1.5 COMPLICACIONES

Diversos estudios han identificado complicaciones gestacionales asociados con la intolerancia a la glucosa. Como variables importantes se consideran: El peso al nacer para la edad gestacional por arriba del percentil 90 (>4 kg), parto por cesárea, hipoglucemia neonatal, parto prematuro, hiperbilirrubinemia, preeclampsia, macrosomía, polihidramnios

(Rios-Martinez, 26 Septiembre 2013)

Los factores que desencadenan las complicaciones son: errores, omisiones o ausencia de tratamiento, largos periodos de ayuno que pueden llevar a la hipoglucemia, daño en los pequeños o grandes vasos sanguíneos (microangiopatía o macroangiopatía) trastornos de la circulación sanguínea en las piernas produciendo edemas con o sin dolor.

1.6 TRATAMIENTO

El objetivo es restaurar los niveles glucémicos normales. Un tratamiento completo incluye

- Educación
- Dieta equilibrada y fraccionada con seis comidas al día, restricción de carbohidratos y grasas, dieta hipocalórica en IMC >27
- Ejercicio físico moderado.
- Control glicémico,
- Control de bienestar fetal,
- Antidiabéticos orales e insulina.

Además de mantener glucosa en ayunas no mayor a 90mg/dl, glucosa postprandial no mayor a 120 mg/dl, hemoglobina glicosilada (HbA1c o A1c) < 6 %, Fructosamina bajo 285. Así mismo conviene eliminar otros factores de riesgo cuando aparecen al mismo tiempo, como la hipercolesterolemia.

(Publica, 2012)

1.7 OBESIDAD EN LA GESTACION

El peso es una variable biológica sumamente importante por lo que sus modificaciones pueden indicar la presencia de una enfermedad de base.

(Argente, Abril 2008)

El exceso de peso asociado a la falta de actividad física y las continuas conductas alimenticias poco saludables son responsables de una posible resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa. De hecho, la obesidad abdominal se asocia con elevados niveles de ácidos grasos libres, los que podrían participar en la insulinoresistencia y en el daño a la célula beta-pancreática.

La definición de obesidad se realiza en función del índice de masa corporal (IMC) calculado a partir del peso en kilos para la talla al cuadrado en metros.

Tabla 1
Clasificación de la Obesidad

Peso Normal	IMC 18,5 - 24,9	
Sobrepeso o Pre-Obesidad	IMC \geq 25 y <30	
	Moderada Clase I	IMC \geq 30 y <35
Obesidad	Severa Clase II	IMC \geq 35 y <40
	Mórbida Clase III	IMC >40

Información obtenida en revista atención a la salud a la mujer obesa (Gutierrez, Junio 2005)

La obesidad está asociada a diversas complicaciones gestacionales maternas y fetales, tiene un importante impacto negativo que puede influir en la concepción o en la reproducción incrementando la tasa de complicaciones mismas que se atribuye a la existencia previa a la gestación y no al aumento excesivo de peso durante la misma.

1.8 ALCOHOLISMO EN LA GESTACION

En la sociedad actual el consumo de alcohol es un hábito de vida muy extendido en la población, el consumo abusivo lleva a problemas de muchas índoles, desde el punto de vista estrictamente sanitario hasta problemas familiares, sociales, laborales, económicos, y legales.

Cuando una mujer embarazada bebe alcohol, este viaja por vía sanguínea y llega a la sangre, tejidos y órganos del bebé. El alcohol se descompone mucho más lentamente en el cuerpo del bebé que en un adulto. Eso significa que el nivel de alcohol en la sangre del niño permanece elevado por más tiempo que en la madre. Esto puede perjudicar al bebé y algunas veces puede llevar a que se produzcan alteraciones congénitas, y al nacer síndrome de abstinencia o un daño de por vida. Las Complicaciones se clasifican en reversibles y permanentes. La cantidad que se bebe es tan importante como la frecuencia con la que se lo hace, incluso si usted no bebe con frecuencia, tomar una gran cantidad una vez puede ser dañino para el feto, tomar cantidades moderadas de alcohol estando embarazada puede llevar a un aborto espontáneo.

Las bebedoras empedernidas (aquellas que toman más de dos bebidas alcohólicas al día) están en mayor riesgo de dar a luz a un hijo con síndrome de abstinencia alcohólica fetal. Cuanto más beba usted, más aumentará el riesgo de daño para el bebé.

1.9 JUSTIFICACION

El embarazo propiamente trae consigo una serie de alteraciones, en etapa temprana la placenta produce niveles de hormonas que inhiben la acción de la insulina en las células lo que eleva el nivel de azúcar en la sangre, a medida que el bebé crece, la placenta produce cada vez más hormonas que contrarrestan la insulina llegando a un nivel que puede afectar el crecimiento y bienestar del feto, como vemos el embarazo predispone a la mujer a desarrollar esta patología misma que se agrava cuando sumamos a esa predisposición, malos hábitos alimenticios, tendencias al consumo de alcohol, sedentarismo y un manejo ineficaz de la salud actividades que influyen considerablemente en la dinámica materno fetal.

Es importante conocer las múltiples complicaciones que ocasiona esta patología, pues es en el profesional de enfermería en quien recae la responsabilidad al momento de brindar cuidados oportunos e integrales que permitan devolver el bienestar a la madre y el niño, mediante la aplicación de la herramienta NANDA, NIC Y NOC podemos elaborar planes de cuidados priorizando la patología que más afecte y ponga en riesgo la vida de la madre y el niño, incluyendo intervenciones independientes como captación, diagnóstico, tratamiento, control y evaluación de las actividades programadas.

1.10 OBJETIVOS

1.10.1 GENERAL

Participar activamente en el control de la madre y el niño elaborando un plan de cuidados oportunos acordes a las patologías presentes para mantener la homeostasis en la diada materna fetal.

1.10.2 ESPECÍFICOS

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería
- Orientar y educar sobre complicaciones y cuidados de la enfermedad
- Promover cambios en los hábitos alimenticios, actividad física y autocontrol de conductas nocivas para la salud
- Proporcionar apoyo emocional a la usuaria y familiar.

1.11 DATOS GENERALES

Apellidos:	NN
Nombre:	NN
Edad:	25 años
Lugar de nacimiento:	Babahoyo
Residencia:	Babahoyo
Ocupación:	Secretaria
Estado civil:	Casada
Alergias:	Negadas
Tipo de sangre:	0+

II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 26 semanas de gestación acude al centro de salud por control prenatal, manifiesta malos hábitos alimenticios, alcoholismo, y edema de miembros inferiores, lleva controles de embarazo desde el primer trimestre aunque manifiesta aceptar conductas lesivas para su salud y la de su hijo.

2.2 HISTORIA CLINICA

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad con 26 semanas de gestación acude al centro de salud por control prenatal. Lleva control prenatal desde el primer trimestre de su embarazo, no presenta hematuria o proteinuria, manifiesta que nunca ha sido diabética antes de su embarazo, la característica evidentemente observable es su aumento desproporcional de peso para la talla, así como la presencia de edema en los miembros inferiores, signos vitales normales

2.2.1 ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

- ✓ Madre con diabetes mellitus tipo II controlada con dieta y ejercicio
- ✓ Padre con diabetes mellitus tipo II controlado con farmacoterapia

2.2.2 ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

- ✓ Obesidad grado 3
- ✓ Alcoholismo.

2.3 ANAMNESIS

Paciente de 25 años de edad con abdomen gestante de 26 semanas de embarazo que ingresa por control prenatal, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona procedente de la ciudad de Babahoyo de estado civil casada, de ocupación secretaria, segundigesta con diagnóstico médico de Diabetes Gestacional. Llega a la consulta con signos vitales normales. Presión Arterial 125/81 mg/Hg, Frecuencia Cardiaca 76 por minuto, Frecuencia Respiratoria 18 por minuto, Temperatura 36.1°C .Medidas antropométricas Peso: 118 kg, Talla 1.65 centímetros, IMC 43.7. Manifiesta tener malos hábitos alimenticios mismos que se reflejan en una obesidad grado 3, además indica ser alcohólica, ingresa a esta casa de salud presentando edema de miembros inferiores y un fondo uterino de 29 centímetros, no presenta hipertensión arterial ni hematuria o proteinuria, alergias negadas y tipificación sanguínea O+, historia familiar progenitores diabéticos.

Se solicitan exámenes de laboratorio mismos que revelan: glucosa de 94 mg/dl, urea de 16 mg/dl, creatinina 1.1 mg/dl, Fe 890 mg, Ca 9.8 mg/dl, insulina 16.7 Uu/ml. A excepción de la glucosa que se encuentra alterada el resto de los valores químicos se encuentran en sus rangos normales. Para dar mayor precisión al resultado se envió una sobrecarga oral en una hora con un

resultado de 146 mg/dl, un confirmatorio de El test de O 'Sullivan con todos los valores alterados; en ayunas 110 mg/dl, en 1 hora 200 mg/dl, en la 2 hora 165mg/dl en la 3 hora 140 mg/dl, índice HOMA 3.88, usuaria menciona que antes de este embarazo no había sido diabética,

2.4 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA

En la información obtenida de la anamnesis, observamos que existen patrones de conducta que van estrechamente relacionados con la ineficacia al momento de cuidar la salud, conductas como consumir alcohol en la etapa de gestación, y los malos hábitos en la alimentación son la causa y el detonante de esta alteración que compromete la salud de la madre y el niño. En las siguientes determinantes describiremos las características que susceptibilizan y definen el origen del problema.

Biológicas: Alimentación poco saludable posiblemente a base de carbohidratos, grasas y proteínas, con ingesta superior a las necesidades, adicional el consumo de alcohol, hábitos que se reflejan en su salud.

Ambientales: Acude a laborar, vive en sector urbano de la ciudad.

Físicas: No realiza actividad física que ayude en la resistencia de las células a la insulina o a quemar calorías.

Sociales: No refiere actividades de distracción y al analizar el comportamiento posiblemente exista: trastorno de ansiedad, culpa u obsesivo compulsivo que la lleva al consumo de alcohol y la ineficacia para cambiar hábitos que restauren la salud vulnerabilizando su sistema inmune.

2.5 EXPLORACION CLINICA

En la exploración encontramos los siguientes hallazgos, usuaria que ingresa a esta unidad de salud al momento se encuentra orientada en tiempo espacio y persona, con signos vitales normales, peso alterado para la talla, índice de masa corporal elevado presenta un grado de obesidad mórbida.

2.5.1 EXPLORACIÓN FISICA

CEFALO CAUDAL

Cabeza: Implantación y cantidad de cabello normal

Boca: Mucosas hidratadas.

Ojos: Simétricos, pupilas normales

Nariz: No presenta secreciones

Orejas: Simétricas no hay maculas presentes

Cuello: Presenta pigmentación normal,, sin adenopatías, tamaño normal.

Tórax: Caja torácica normal, no hay presencia de masas ni edemas

Abdomen: Presenta estrías, cicatriz a causa de su parto anterior, abdomen gestante. Talla del fondo uterino de 29 cm.

Extremidades: Superiores normales, solo se encontraron edemas en las extremidades inferiores.

Piel: Pigmentación de la piel normal

2.6 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)

1. Percepción / Control De Salud: Antecedentes de obesidad grado 3, alcoholismo

2. Nutricional Y Metabólico: Malos hábitos alimenticios ingesta superior a las necesidades

3. **Eliminación:** Retención de líquidos, edema en miembros inferiores.
4. **Actividad / Ejercicio:** Dificultad al moverse por edema de miembros inferiores
5. **Sueño / Descanso:** Sin alteraciones
6. **Cognitivo / Perceptual:** Refiere antes no haber sido diabética
7. **Autocontrol/Autoconcepto:** No hay control mantiene hábitos lesivos.
8. **Función y Relaciones:** Casada y se desempeña como secretaria.
9. **Sexualidad / Reproducción:** Cursa por su segundo embarazo.
10. **Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés:** Mantiene conductas que no controla.
11. **Valores Y Creencias:** No valorables.

2.6.1 PATRONES DISFUNCIONALES

Nutricional Metabólico: Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios). Medidas antropométricas, aspectos psicológicos de la alimentación.

Percepción y Manejo de la Salud: Estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos.

Actividad y Ejercicio: Cantidad y tipo de ejercicio y deporte. Factores que interfieren en la realización de las actividades.

Autopercepción Autoconcepto: Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía, imagen corporal y patrón emocional.

Rol Relaciones: Percepción de las responsabilidades de su rol. Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

Tolerancia al Stress: Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

2.7 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PREVIO ANALISIS DE DATOS

La recogida de datos nos brinda una serie de elementos claves presentes en la usuaria; los trastornos alimenticios, las conductas lesivas como el consumo de alcohol en el embarazo y los valores de laboratorio determinan alteraciones en la glucosa. Priorizando las afectaciones el diagnóstico es Diabetes Gestacional A2, glucosa en ayunas y postprandial elevada.

2.8 ANALISIS DEL CASO

La diabetes se presenta por primera vez en el embarazo, mas sin embargo cabe recalcar que patologías agregadas como la obesidad mórbida y el alcoholismo son causas probables y potenciales de la misma, en este caso confluyen y se asocian tres patologías graves que juntas complican aún más la integridad de la usuaria y el niño, es evidente la afectación que presenta la usuaria siendo su etiología los malos hábitos en la alimentación, las conductas lesivas para su salud, que son responsables en gran medida de la condición actual, por otra parte el crecimiento desproporcionado del feto es indicador importante de talla uterina mayor a la edad gestacional, por tanto existe otra interactividad, las alteraciones fetales congénitas a causa de la patología, adicionado el edema de miembros inferiores que puede ser por múltiples causas como: el peso excesivo o la posición de los miembros inferiores.

Como podemos notar son tres patologías que establecen una estrecha relación y que una puede llevar a la otra ocasionando una clínica similar, es vital hacer hincapié en los hábitos saludables y conductas responsables en la gestión y manejo de la salud.

2.9 CONDUCTAS A SEGUIR

- ✓ Detectar oportunamente signos o síntomas de alerta o riesgo
- ✓ Educar a la usuaria sobre el manejo de la enfermedad
- ✓ Indicar a la paciente que el tratamiento es a base de dieta, ejercicio y medicación
- ✓ Control semanal de la glucosa
- ✓ Estabilizar a la paciente, normalizar valores de glicemia
- ✓ Vigilar la asistencia de la usuaria a controles prenatales
- ✓ Informar a la usuaria que debe cuidar y guardar el carné perinatal y llevarlo a cada control para actualizarlo
- ✓ Informar a la usuaria que debe traer puesta la pulsera de riesgo, para que pueda ser identificada según el riesgo
- ✓ Verificar que las vacunas estén administradas
- ✓ Dar seguimiento
- ✓ Si la usuaria no asiste a los controles realizar visita domiciliaria
- ✓ Brindar apoyo emocional a la usuaria y familiar

2.10 DIAGNOSTICOS ENFERMEROS PRIORIZADOS

1.- Dominio: Nutrición

1.- DX. Riesgo de nivel de glucemia inestable

R/C: Embarazo, aporte dietético, aumento de peso , control inadecuado de glucemia, falta de adhesión y cumplimiento al plan terapéutico de la diabetes, falta de control de la diabetes, nivel de actividad física, estado de salud física, periodos de crecimiento rápido, conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes

2.- Dx. Dominio: Promoción de la salud

DX: Gestión ineficaz de la propia salud

R/C: Complejidad del sistema de cuidados de la salud

E/P: Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria

3.- DX. Dominio: Sexualidad y Reproducción

DX: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal

R/C: Deterioro del metabolismo de la glucosa (diabetes), abuso de sustancias (alcohol), complicaciones del embarazo (diabetes gestacional, edema de miembros inferiores)

PLAN DE CUIDADOS EN DIABETES GESTACIONAL

NANDA	NOC	NIC
<p>DX: Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa en sangre Dominio 2: Nutrición Clase 4: Metabolismo</p>	<p>Dominio II: Salud Fisiológica Clase: a Respuesta Terapéutica Resultados: Nivel de Glucemia (2300) Magnitud a la que se mantienen los niveles de glucosa en plasma y orina dentro del rango normal</p>	<p>Campo 2: Fisiológico complejo Clase: G Control de electrolitos y ácido base Intervenciones: Manejo de la Hiperglucemia (2120) Prevenir y tratar los niveles de glucosa superior a lo normal</p>
DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INTERVENCIONES
<p>DX: Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) R/C: Embarazo, aporte dietético, aumento de peso, control inadecuado o falta de control de la glucemia, falta de adhesión y cumplimiento al plan terapéutico de la diabetes, nivel de actividad física, estado de salud física, conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 230001 Concentración sanguínea de glucosa..... 5 ➤ 230007 Glucosa en orina.....5 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar los niveles de glucosa en sangre ➤ Controlar niveles de glucosa capilar ➤ Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia polidipsia, polifagia, poliurea, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa. ➤ Instruir, educar a la paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la híper o hipoglucemia ➤ Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre ➤ Proporcionar ayuda en el ajuste del régimen para evitar y tratar la hiperglucemia ➤ Seguimiento del régimen terapéutico

PLAN DE CUIDADOS EN DIABETES GESTACIONAL		
NANDA	NOC	NIC
<p>Dx: Gestión Ineficaz de la propia salud Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud Dominio: 1 Promoción de la salud Clase: 2 Gestión de la salud</p>	<p>Autocontrol de la diabetes (1619) Pág. 184 Acciones personales para controlar la diabetes su tratamiento y prevenir el progreso de la enfermedad Dominio: Conocimiento y conductas de la salud Clase: Q Conductas de salud. Acciones de un individuo para favorecer, mantener o restablecer la salud</p>	<p>Campo: 3 Conductual Cuidados que apoyan el funcionamiento y facilitan los cambios en el estilo de vida Clase: O Terapia conductual (intervenciones para fomentar conductas deseables) Intervenciones: 4360 Modificación de la conducta Pág. 611</p>
DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INTERVENCIONES
<p>Gestión Ineficaz de la propia salud (00078) R/C: Conflicto de decisiones, complejidad del régimen terapéutico, demandas excesivas individuales o familiares E/P: Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participa en el proceso de toma de decisiones de cuidados de salud ➤ Realiza el régimen de tratamiento según esta prescrito ➤ Controla el nivel de glucosa en sangre ➤ Trata los síntomas de hiperglucemia o hipoglucemia ➤ Informa de síntomas de complicaciones ➤ Utiliza los servicios de asistencia sanitaria ➤ Utiliza medidas preventivas para reducir complicaciones ➤ Sigue la dieta y actividad recomendada ➤ Utiliza estrategias eficaces para el control del peso. ➤ Sigue las restricciones de ingesta de alcohol ➤ Utiliza los medicamentos según estén prescritos ➤ Adapta la rutina de la vida para tener una salud óptima 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar los niveles de glucosa, signos de trastornos hipertensivos, balance hídrico, administrar medicación. ➤ Determinar la motivación al cambio ➤ Ayudar a la paciente a identificar su fortaleza y reforzarla. Comunicación ➤ Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables ➤ Ayuda en la modificación de sí mismo ➤ Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos de la paciente. Fomentar la autorresponsabilidad ➤ Animar a la paciente a que examine su propia conducta ➤ Identificar los más pequeños éxitos ➤ Identificar el problema del paciente en términos de conducta. ➤ Entrenamiento para controlar impulsos. ➤ Realizar seguimiento del caso

PLAN DE CUIDADOS EN DIABETES GESTACIONAL		
NANDA	NOC	NIC
<p>Dx: Mantenimiento Ineficaz de la salud Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud Dominio: 1 Promoción de la salud Clase: 2 Gestión de la salud</p>	<p>Dominio: Conocimiento y conductas de la salud Clase: Q Conductas de salud. Acciones de un individuo para favorecer, mantener o restablecer la salud Autocontrol de la diabetes (1619) Pág. 184 Acciones personales para controlar la diabetes su tratamiento y prevenir el progreso de la enfermedad</p>	<p>Campo: 3 Conductual Cuidados que apoyan el funcionamiento y facilitan los cambios en el estilo de vida Clase: O Terapia conductual (intervenciones para fomentar conductas deseables) Intervenciones: 4360 Modificación de la conducta Pág. 611</p>
DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INTERVENCIONES
<p>Mantenimiento Ineficaz de la salud (00099) R/C: Afrontamiento individual ineficaz, deterioro perceptivo, incapacidad para realizar juicios apropiados E/P: Falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios en el entorno, antecedentes de falta de conducta de búsqueda de salud, incapacidad para llevar a cabo la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participa en el proceso de toma de decisiones de cuidados de salud ➤ Realiza el régimen de tratamiento según esta prescrito, dieta y actividad. ➤ Controla el nivel de glucosa en sangre Trata los síntomas de hiperglucemia o hipoglucemia ➤ Informa de síntomas de complicaciones ➤ Utiliza los servicios de asistencia sanitaria ➤ Utiliza medidas preventivas para reducir complicaciones ➤ Utiliza estrategias eficaces para el control del peso. ➤ Sigue las restricciones de ingesta de alcohol ➤ Utiliza los medicamentos según estén prescritos ➤ Adapta la rutina de la vida para tener una salud óptima 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar los niveles de glucosa, signos de trastornos hipertensivos, balance hídrico, administrar medicación. ➤ Determinar la motivación al cambio ➤ Ayudar a la paciente a identificar su fortaleza y reforzarla. Comunicación ➤ Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables ➤ Ayuda en la modificación de sí mismo ➤ Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos de la paciente. Fomentar la autorresponsabilidad ➤ Animar a la paciente a que examine su propia conducta ➤ Identificar los más pequeños éxitos ➤ Identificar el problema del paciente en términos de conducta. ➤ Entrenamiento para controlar impulsos. ➤ Realizar seguimiento del caso

ACCIONES A SEGUIR SEGÚN MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Las actividades de este caso se sustentan en dos teorías relevantes de enfermería. La práctica de las mismas es lo que genera un cambio, la promoción de salud y el autocuidado son parte primordial para la recuperación de la salud, la promoción, y educación modificará patrones de conductas nocivas para ella y el niño, además de fomentar el autocuidado.

TEORIA DE PROMOCION DE LA SALUD (Nola J. Pender)

Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan

En su modelo planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción. La motivación y conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO (Dorothea Orem)

Dorothea Orem nació en Baltimore, se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. En su teoría explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

2.12 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

La valoración enfermera en esta paciente con diabetes gestacional, con signos y síntomas de alerta y riesgo tanto para ella como para el niño, los valores alterados en la glucosa, la obesidad mórbida, la talla uterina superior a lo normal y el alcoholismo nos indica que, inmediatamente se debe iniciar tratamiento, el protocolo de atención indica que toda paciente que presente cualquiera de los signos o síntomas de alerta o es clasificada como de riesgo debe referirse de forma inmediata una vez estabilizada y con toda la documentación requerida al nivel de resolución superior para asegurar el control adecuado y el bienestar materno fetal, si se presentara demora en el inicio de del tratamiento en lo posible atender en la misma unidad de origen. El tratamiento deberá iniciar de inmediato, pues se debe mantener la homeostasis en la usuaria, las complicaciones del equilibrio acido base pueden traer desenlaces fatales y hay que precautelar la vida de la madre y el niño. Además se debe estar alerta a otras posibles complicaciones como trastornos hipertensivos para esto tomaremos en cuenta valores de proteínas, urea, creatinina en orina, detectar si se presentan taquicardias, bradicardias, taquipnea, bradipnea, hipertermia o hipotermia; el control del peso y balance hídrico nos ayudara a identificar pérdida o ganancia de peso, lapidar conductas adictivas mejora notablemente el proceso; Estas medidas conjuntamente con el compromiso de gestionar la salud eficazmente ayudaran al restablecimiento de los niveles de glucosa y se llegara al parto programado.

2.13 SEGUIMIENTO

- ✓ Además de un estudio adecuado se debe monitorizar a la paciente con el objetivo de evitar complicaciones. Aquí incluiremos actividades como:
- ✓ Vigilar el cumplimiento del plan de cuidados que incluye, alimentación, ejercicio, consumo de la medicación enteral y parenteral.
- ✓ Control del nivel de glucosa
- ✓ Control de Signos Vitales
- ✓ Control del peso, edemas o signos de deshidratación
- ✓ Revisión del plan de alimentación por experto en nutrición.
- ✓ Valorar resultados de hemoglobina glicosilada, fructosamina, colesterol y triglicéridos en sangre, además proteinuria, uremia, creatinina con el fin de detectar a tiempo posibles trastornos hipertensivos que pueden sobreañadirse a la patología existente.
- ✓ Educación, elaboración de un plan de cuidados y seguimiento.

2.14 OBSERVACIONES

- ✓ El categorizar las patologías para luego implementar actividades dirigidas a contrarrestar las enfermedades es un avance en el desarrollo del quehacer enfermero, pues en nosotros recae la responsabilidad de brindar cuidados y atenciones que recuperan la salud.
- ✓ La carencia de buenos hábitos de salud puede llevar al paciente a complicaciones
- ✓ Vigilar estados de hipoglucemia a consecuencia de largos periodos de ayuno
- ✓ Se recomienda analíticas como enzimas hepáticas, electrocardiograma o ecocardiograma, función renal para identificar oportunamente problemas que conllevan a complicaciones más críticas

- ✓ Es necesaria en la anamnesis una entrevista, mostrando empatía e interés por los problemas observables para detectar cuáles son las causas de las prácticas nocivas que claramente están afectando la parte psicológica y física de esta paciente.
- ✓ Fomentar el cuidado de la salud del niño y la madre
- ✓ El monitoreo constante asegura la detección oportuna de patologías que pueden presentarse a causa de la obesidad como trastornos hipertensivos.
- ✓ Es vital el apoyo en trastornos conductuales como el consumo de alcohol, pues la usuaria puede no verbalizarlo.
- ✓ El uso de las guías de práctica clínica facilita el trabajo del profesional de la salud.

III CONCLUSIONES

Conocer el comportamiento de la enfermedad y aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, es el punto clave para iniciar la atención y cuidados oportunos, pues esta herramienta sistémica e interactiva nos permite facilitar y evaluar constantemente el trabajo realizado, el continuo monitoreo es indispensable para detectar si es necesario un cambio o los resultados son los esperados.

Está comprobado que la promoción y prevención en salud parte de la educación que se le otorgue a la usuaria y familiares, pues la misma les permite conocer, factores de riesgo, complicaciones, diagnóstico, tratamiento y cuidados, con conocimiento se logra detectar oportunamente riesgos y tomar decisiones que salvaguarden la integridad de la madre y el niño, con el objetivo de eliminar consecuencias fatales, el más mínimo cambio en los hábitos de vida es un gran avance para la salud.

Es imprescindible promover cambios en los hábitos, la ingesta adecuada de alimentos y la actividad física logra el control y norma glicemia en la mayoría de los casos, disminuyendo el riesgo, también el autocontrol de conductas nocivas mejorará notablemente la salud.

El apoyo emocional a la usuaria y familiar juega un papel importante pues el sentirse acompañado y cuidado ofrece seguridad y bienestar, una usuaria segura es una usuaria que sin dudar acudirá a nuestro servicio de salud y evitará riesgos para ella y su hijo.

Los estudios de casos deben compilar información veraz con certificación científica y aprobadas por los organismos reguladores de la salud que avale las actividades y tratamientos, es así que el uso de las guías de práctica clínica agilitan el trabajo y nos permiten fundamentar nuestras decisiones.

IV REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Argente, A. y. (Abril 2008). Perdida y Ganancia de peso . En A. y. Argente, *Semiologia, Fisiopatologia* (pág. 136). Buenos Aires Argentina: Panamericana.
- Duverges, S. F. (10 Septiembre 2014). Enfermedades de la Nutricion y de las Glandulas Endocrinas. En S. S. Duverges, *Obstetricia* (pág. 359). España: El Ateneo 6 Edicion .
- Gutierrez, A. A. (Junio 2005). Atencion a la Salud de la mujer Obesa. En A. A. Gutierrez, *Tratado de Ginecologia y Obstetricia* (pág. 1504). España: El Ateneo.
- Larevista, E. U. (30 Octubre 2016). La Diabetes. *Larevista Diario el Universo*, 1.
- M. Goya Canino, A. C. (Junio 2005). Manual de Ginecologia y Obstetricia. En L. C. Roura, *Tratado de Ginecologia y Obstetricia* (pág. 1493). España: El Ateneo 2 Edicion Tomo 2.
- M.S.P. (Agosto 2008). Componente Normativo Materno Neonatal. En M. -S. CONASA, *Diabetes y Embarazo* (pág. 49). Quito.
- Nanda. (2015-2017). Nivel de Glucemia Inestable. En Nanda, *Diagnosticos Enfermeros de Nanda* (pág. 81).
- NIC. (2008). NIC. En G. M. Bulechek, *Nursing Interventions Classification* (pág. 76 80 515). Barcelona España: Elsevier.
- Noc. (2008). NOC. En N. O. (NOC), *Nursing Outcomes Clasification (NOC)* (pág. 135 143 542). Barcelona España: Elsevier.
- O.M.S, O. (2016). La Diabetes un Problema Prioritario de Salud Publica en el Ecuador. Quito- Ecuador.
- Publica, M. d. (2012). Componente Normativo Materno Neonatal Diabetes y Embarazo. Quito Ecuador.
- Rios-Martinez, W. (26 Septiembre 2013). Complicaciones Obstetricas de la Diabetes Gestacional. *Reproduccion Humana*, Artículo de Revision volumen 28, Numero 1 27-32.
- Roura, G. M. (Junio 2005). Diabetes Gestacional Fisiopatologia. En G. M. Roura, *Tratado de Ginecologia y Obstetricia* (pág. 1493). España.
- Vite, D. M. (2007). Manual de Fisiologia Pratica. En D. M. TobarVite, *Manual de Fisiologia* (pág. 196). Mexico.
- Vite, D. M. (2008). Pancreas Endocrino. En M. T. Vite, *Fisiologia Practica* (pág. 196). Colombia.

V ANEXOS

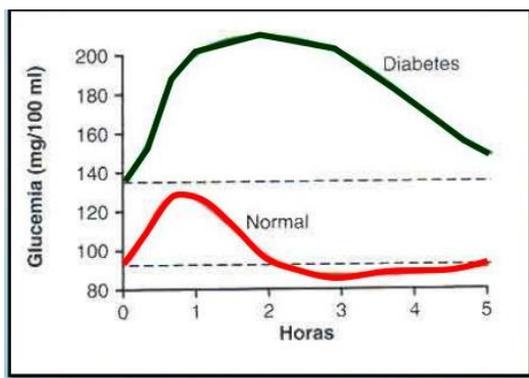


FIGURA 1. CURVA DE LA GLUCOSA NIVELES DE GLUCOSA

Fuente: <https://es.slideshare.net/cruzangel18/curva-de-tolerancia-a-la-glucosa-15396699>

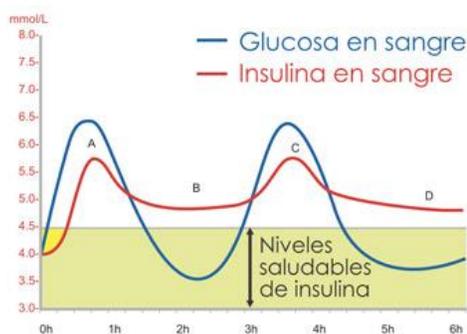


FIGURA 2. NIVELES SALUDABLES DE INSULINA

Fuente: <http://www.gratiszona.com/salud/nutricion-deportiva/adelgazar-controlando-tu-glucosa-en-sangre.htm>



FIGURA 3. GLUCOSA SEGÚN LA INGESTA DE CARBOHIDRATOS

Fuente: <http://www.citricdiet.com/fotos/curva.jpg>

Complicaciones de la Obesidad			
Complicaciones Maternas	Diabetes gestacional	Trastornos hipertensivos	Inducción del parto
	Falla del parto vaginal después de la cesárea	Complicaciones de la anestesia	Cesárea
	Hemorragia posparto	Infección genital Abortos de repetición	Infección del tracto urinario
	Infección de la herida	Tromboembolismo	Muerte materna
Complicaciones Embrionarias y/o Fetales	Defectos del tubo neural	Defectos cardiacos	Onfalocele
	Macrosomía.	Polihidramnios	Muerte intrauterino
	Oligohidramnios	Síndrome metabólico en la niñez	Distocia de Hombros

Tabla 2. Complicaciones de la Obesidad

Fuente: (elaboración propia)

Complicaciones del Alcoholismo	
Complicaciones Reversibles	Problemas de comportamiento y atención
	Problemas de aprendizaje
	Problemas con el pensamiento y el habla
	Problemas con el movimiento y el equilibrio, y tono muscular deficiente
	Crecimiento deficiente antes y después del parto
	Crecimiento deficiente antes y después del parto
	Anomalías cardíacas
Complicaciones Permanentes	Parálisis cerebral
	Parto prematuro
	Aborto o muerte infantil

Tabla 3: Complicaciones del alcoholismo.

Fuente: (Elaboración propia)

TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL													
PROTOCOLO DE MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL												
	I	II	III										
1. Solicite glicemia basal en la consulta preconcepcional.	X	X	X										
2. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X										
3. Evaluación clínica y obstétrica de acuerdo con protocolo de manejo de control prenatal.	X	X	X										
4. En todos los embarazos solicite TEST DE SCREENING PARA DIABETES GESTACIONAL (TEST DE O' SULLIVAN) en la primera visita, en la semana 24 a 28 y en semana 32 a 34, con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar una sobrecarga de 50 g de glucosa ▪ A cualquier hora del día ▪ Sin preparación previa en cuanto a dieta ▪ Valoración de glicemia una hora post sobrecarga 	X	X	X										
RESULTADO DEL TEST DE SCREENING: <ul style="list-style-type: none"> ▪ NEGATIVO: < 140 mg/dl. ▪ POSITIVO: >140 mg/dl. 													
5. SI RESULTADO NEGATIVO (< 140 mg/dl) <ul style="list-style-type: none"> ▪ repetir test a las 24 - 28 semanas ▪ repetir test a las 32 - 34 semanas 	X	X	X										
6. SI RESULTADO POSITIVO (> 140 mg/dl) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar test de tolerancia oral a la glucosa o test de sobrecarga con 100 g. 	X	X	X										
7. TEST DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA (TTOG). CONDICIONES: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar una sobrecarga de 100 g ▪ Realizar en ayunas y sin restricciones dietéticas previas ▪ No consumo de tabaco ▪ Reposo antes y durante la prueba ▪ Determinar glicemia en ayunas, a la 1, 2 y 3 horas. <table border="1" style="margin-left: 20px; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>Horas</th> <th>Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ayunas</td> <td>95 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>1 hora</td> <td>180 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>2 hora</td> <td>155 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>3 hora</td> <td>140 mg/dl</td> </tr> </tbody> </table>	Horas	Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)	Ayunas	95 mg/dl	1 hora	180 mg/dl	2 hora	155 mg/dl	3 hora	140 mg/dl	X	X	X
Horas	Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)												
Ayunas	95 mg/dl												
1 hora	180 mg/dl												
2 hora	155 mg/dl												
3 hora	140 mg/dl												
8. TTOG NEGATIVO: Menos de 2 valores positivos. Repetir screening con 50 g a las 24 - 28 semanas y a las 32 - 34 semanas	X	X	X										
9. TTOG POSITIVO: dos o más valores que sobrepasan los valores de corte diagnóstico para diabetes mellitus. Diagnóstico de Diabetes Mellitus confirmado.	X	X	X										
10. Escuche y responda atentamente a las preguntas e inquietudes de la paciente y a las de sus familiares.	X	X	X										
11. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X										
12. Indique la realización de EJERCICIO físico diario de intensidad moderada y acorde con la condición de la paciente, ya que reduce los valores de glucosa y la necesidad de insulina.	X	X	X										

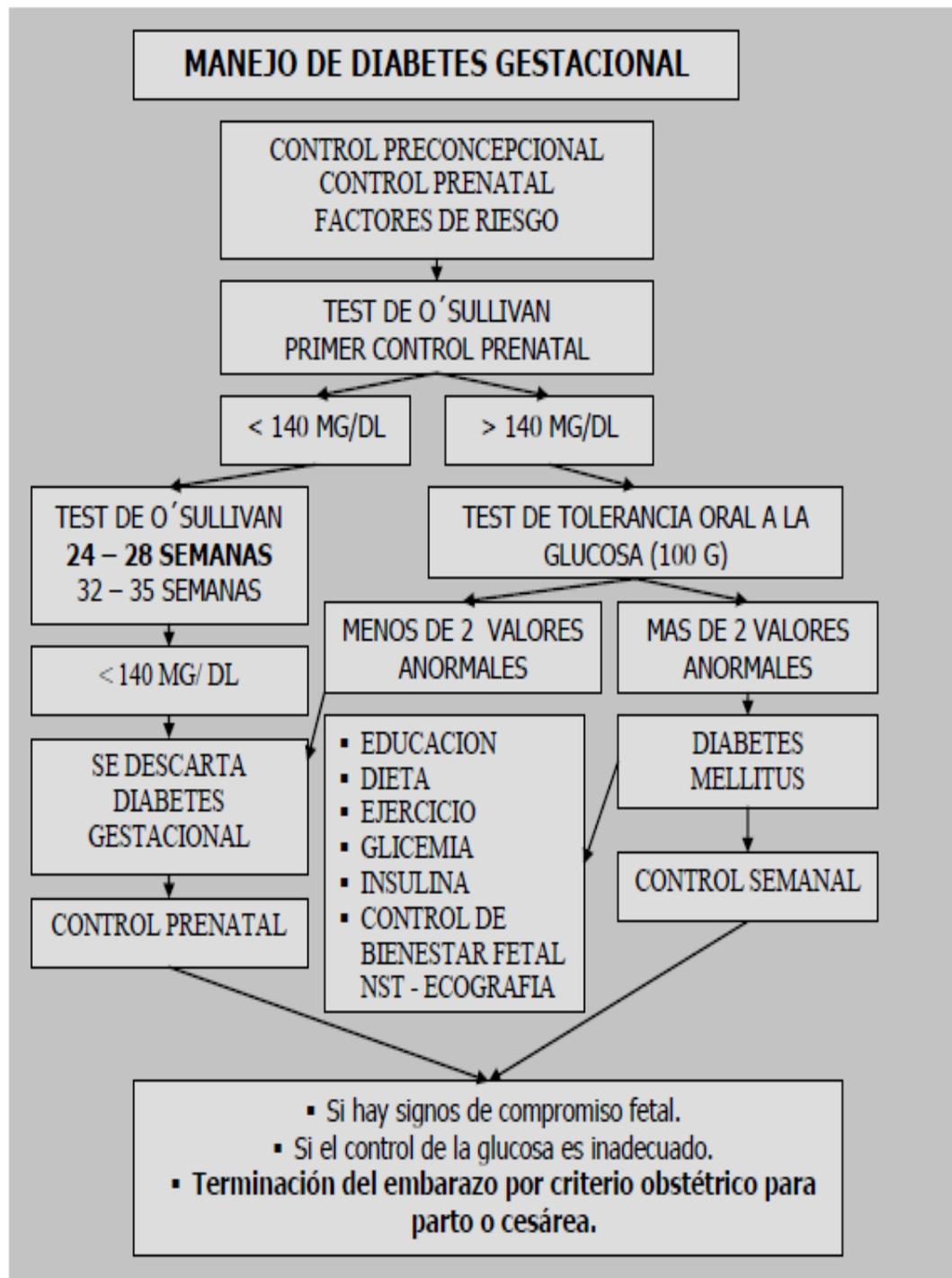
Figura # 4: Tratamiento de la DG.

Fuente: NMN MSP

TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL													
PROTOCOLO DE MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL												
	I	II	III										
1. Solicite glicemia basal en la consulta preconcepcional.	X	X	X										
2. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X										
3. Evaluación clínica y obstétrica de acuerdo con protocolo de manejo de control prenatal.	X	X	X										
4. En todos los embarazos solicite TEST DE SCREENING PARA DIABETES GESTACIONAL (TEST DE O' SULLIVAN) en la primera visita, en la semana 24 a 28 y en semana 32 a 34, con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar una sobrecarga de 50 g de glucosa ▪ A cualquier hora del día ▪ Sin preparación previa en cuanto a dieta ▪ Valoración de glicemia una hora post sobrecarga 	X	X	X										
RESULTADO DEL TEST DE SCREENING: <ul style="list-style-type: none"> ▪ NEGATIVO: < 140 mg/dl. ▪ POSITIVO: >140 mg/dl. 													
5. SI RESULTADO NEGATIVO (< 140 mg/dl) <ul style="list-style-type: none"> ▪ repetir test a las 24 - 28 semanas ▪ repetir test a las 32 - 34 semanas 	X	X	X										
6. SI RESULTADO POSITIVO (> 140 mg/dl) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar test de tolerancia oral a la glucosa o test de sobrecarga con 100 g. 	X	X	X										
7. TEST DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA (TTOG). CONDICIONES: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar una sobrecarga de 100 g ▪ Realizar en ayunas y sin restricciones dietéticas previas ▪ No consumo de tabaco ▪ Reposo antes y durante la prueba ▪ Determinar glicemia en ayunas, a la 1, 2 y 3 horas. <table border="1" data-bbox="435 1140 1010 1291"> <thead> <tr> <th>Horas</th> <th>Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ayunas</td> <td>95 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>1 hora</td> <td>180 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>2 hora</td> <td>155 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>3 hora</td> <td>140 mg/dl</td> </tr> </tbody> </table>	Horas	Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)	Ayunas	95 mg/dl	1 hora	180 mg/dl	2 hora	155 mg/dl	3 hora	140 mg/dl	X	X	X
Horas	Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)												
Ayunas	95 mg/dl												
1 hora	180 mg/dl												
2 hora	155 mg/dl												
3 hora	140 mg/dl												
8. TTOG NEGATIVO: Menos de 2 valores positivos. Repetir screening con 50 g a las 24 - 28 semanas y a las 32 - 34 semanas	X	X	X										
9. TTOG POSITIVO: dos o más valores que sobrepasan los valores de corte diagnóstico para diabetes mellitus. Diagnóstico de Diabetes Mellitus confirmado.	X	X	X										
10. Escuche y responda atentamente a las preguntas e inquietudes de la paciente y a las de sus familiares.	X	X	X										
11. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X										
12. Indique la realización de EJERCICIO físico diario de intensidad moderada y acorde con la condición de la paciente, ya que reduce los valores de glucosa y la necesidad de insulina.	X	X	X										

Figura # 4: Tratamiento de la DG.

Fuente: NMN MSP



Figura# 5. Flujograma de Manejo de la DG.

Fuente: NMN MSP