



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

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

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 28 AÑOS CON  
29 SEMANAS DE EMBARAZO Y DIABETES GESTACIONAL.**

**AUTOR:**

**ERICK ROLANDO VALLE MONSERRATE**

**TUTORA:**

**LCDA. ELISA BOUCOURT RODRÍGUEZ, MSC**

**Babahoyo, Los Ríos, Ecuador**

**2022**

## INDICE

DEDICATORIA .....	4
AGRADECIMIENTO .....	5
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO .....	6
RESUMEN .....	7
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
I. MARCO TEORICO.....	10
1.1 Diabetes Gestacional.....	10
1.2 Etiología.....	10
1.3 Factores de Riesgo.....	10
1.4 Fisiopatología .....	11
1.5 Clínica.....	12
1.6 Diagnostico.....	13
1.7 Tratamiento.....	14
1.8 JUSTIFICACION.....	16
1.9 OBJETIVOS.....	17
1.9.1 OBJETIVO GENERAL .....	17
1.9.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	17
1.10 DATOS GENERALES.....	18
II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. 18	
2.1 MOTIVO DE CONSULTA .....	18
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	19
2.3 Exploración física.....	19
2.4 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON). .....	20
2.5 PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS.....	22
2.6 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	22
2.7 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO. ....	24

2.8	ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	24
2.9	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE). .....	24
2.10	INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES. ....	27
2.11	SEGUIMIENTO. ....	27
2.12	OBSERVACIONES .....	30
	CONCLUSIONES .....	31
III	Bibliografía .....	32
	ANEXOS.....	34

## **DEDICATORIA**

Este caso clínico se lo dedico primero a Dios, por proveerme de fuerza para seguir adelante durante todo este proceso, luego a mis padres, Marcelino Valle y Glenda Monserrate por siempre estar ahí en los momentos más difíciles, porque son los pilares fundamentales en mi vida, por su sacrificio, su amor incondicional, porque gracias a ellos es que he podido llegar hasta estas instancias, para mi es gran honor y privilegio ser su hijo.

A mis dos hermanos porque su apoyo también fue imprescindible para llegar hasta aquí, por el apoyo moral que me brindaron durante toda mi etapa universitaria.

A las personas que me brindaron su apoyo e hicieron que este trabajo se culmine con éxito, en especial a ellos que compartieron sus conocimientos conmigo.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento está dirigido primeramente a Dios ya que es quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, a mis padres ya que son quienes me educaron y me enseñaron valores fundamentales en mi vida. Agradezco a la Universidad Técnica de Babahoyo porque me permitió adquirir conocimientos durante toda mi formación como profesional, también agradezco a mis docentes quienes fueron los mentores a lo largo de la carrera.

## **TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 28 AÑOS CON 29 SEMANAS DE EMBARAZO Y DIABETES GESTACIONAL.**

## RESUMEN

La diabetes gestacional es considerada como la incapacidad de tolerar los hidratos de carbono, dando como resultados hiperglicemias que se reconocen durante el embarazo. Su prevalencia es de entre el 2-5 % y está relacionada con la diabetes mellitus tipo 2. Esta condición repercute negativamente en la gestante y el nuevo ser.

El presente estudio de caso clínico se centra en una paciente de 28 años con 29 semanas de embarazo diagnosticada con diabetes gestacional, sin antecedentes de obesidad, sedentarismo y tabaquismo que ingresó al área de emergencia obstétrica por presentar: Polidipsia, poliuria, astenia y vómito. Al examen físico se observó deshidratación moderada; mediante laboratorio se evidencia hiperglicemia. A través de la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon se destaca: Alteración del patrón 2: nutricional-metabólica, patrón 3: eliminación y patrón 10: adaptación y tolerancia al estrés.

Considerando los datos obtenidos de la valoración inicial, se procedió a realizar los diagnósticos de enfermería establecidos en la NANDA: riesgo de nivel de glucemia inestable y riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos. Planteados los diagnósticos se establecieron metas propuestas por el NOC centradas en mejorar el nivel glucémico y el equilibrio hídrico. Las intervenciones dictaminadas por el NIC se enfocan en el manejo del nivel de la hiperglicemia y manejo de líquidos/electrolitos.

El manejo clínico de la paciente se realizó de forma efectiva, teniendo una evolución favorable evidenciada en el seguimiento. Las metas fueron cumplidas indicando el correcto planteamiento de las intervenciones propuestas en el proceso de atención de enfermería.

**Palabras Claves:** Diabetes, Embarazo, Hiperglicemia, Polidipsia, Poliuria

## ABSTRACT

Gestational diabetes is considered as the inability to tolerate carbohydrates, resulting in hyperglycemia that is recognized during pregnancy. Its prevalence is between 2-5% and it is related to type 2 diabetes mellitus. This condition has a negative impact on the pregnant woman and the new being.

This clinical case study focuses on a 28-year-old patient with 29 weeks of pregnancy diagnosed with gestational diabetes, with no history of obesity, sedentary lifestyle and smoking who was admitted to the obstetric emergency area for presenting: Polydipsia, polyuria, asthenia and vomiting. Physical examination revealed moderate dehydration; Laboratory tests show hyperglycemia. Through the evaluation of the functional patterns of Marjory Gordon, the following stands out: Alteration of pattern 2: nutritional-metabolic, pattern 3: elimination and pattern 10: adaptation and tolerance to stress.

Considering the data obtained from the initial assessment, the nursing diagnoses established in the NANDA were made: risk of unstable blood glucose level and risk of fluid volume imbalance. Once the diagnoses were raised, goals proposed by the NOC were established, focused on improving the glycemic level and water balance. The interventions dictated by the NIC focus on the management of the level of hyperglycemia and fluid/electrolyte management.

The clinical management of the patient was carried out effectively, with a favorable evolution evidenced in the follow-up. The goals were met indicating the correct approach of the interventions proposed in the nursing care process.

Keywords: Diabetes, Pregnancy, Hyperglycemia, Polydipsia, Polyuria



## INTRODUCCIÓN

La diabetes gestacional es una afección endocrino-metabólica. El estado diabetogénico aumenta gradualmente con el embarazo, principalmente en el segundo trimestre por acción de hormonas hiperglucemiantes, lo que genera un riesgo tanto para la gestante como para su feto. (Tuesca Molina, y otros, 2019).

Las embarazadas que presentan diabetes gestacional tienen alteraciones metabólicas parecidas a las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2, como: resistencia a la insulina y el daño celular resultante. Después del parto, incluso cuando los niveles de glucosa en la sangre han vuelto a la normalidad, un alto porcentaje de estas mujeres desarrollará diabetes mellitus tipo 2 durante su vida. (Tuesca Molina, y otros, 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado un llamado a nivel mundial para que se genere un impacto de carácter positivo que beneficie a las embarazadas con factores de riesgo en todos los países, puesto que aproximadamente el 20%-30% presentaran diabetes gestacional o serán diabéticas tipo 2 posterior a la etapa de embarazo, aunado a esto se producen comorbilidades, como: la hipertensión, dislipidemia y enfermedad cardiovascular (Tuesca Molina, y otros, 2019).

El presente caso clínico trata de una paciente de sexo femenino de 28 años de edad y 29 semanas de gestación, misma que acude acompañada de su cónyuge a la emergencia obstétrica del hospital sagrado corazón de Jesús, por presentar cuadro clínico caracterizado por: Polidipsia, poliuria, astenia y vómito.

## **I. MARCO TEORICO**

### **1.1 Diabetes Gestacional.**

Es definida como la presencia de glucosa elevada en sangre durante el embarazo; suele aparecer dentro de la semana 13 a la 28 durante el periodo de gestación. Se manifiesta principalmente con sed excesiva, hambre intensa, diuresis aumentada, vómito y decaimiento. Se presenta principalmente en gestantes que tengan sobrepeso, resistencia a la insulina o deficiencia en la producción de insulina (no se pone el punto aquí sino al final). (Bougherara, Hanssensab, Subtila, Vambergue, & Deruelleab, 2018).

### **1.2 Etiología**

En el transcurso del periodo gestacional se producen varias modificaciones a nivel hormonal que van atenuando de manera gradual la sensibilidad a la insulina, desde la séptima semana de gestación se empiezan a elevar los niveles de la hormona lactógeno placentaria y el cortisol, el incremento de la resistencia a la insulina comienza, y logra su cúspide en el tercer trimestre. Se ha evidenciado que la sensibilidad a la insulina se redujo en más de 50 % en el tercer trimestre en comparación con el primer trimestre. Las circunstancias que se relacionan con el incremento de la resistencia a la insulínica son: el aumento de los ácidos grasos libres de la lipólisis y la asincronía existente entre los receptores de insulina y la transportación de glucosa realizada por la proteína GLUT 4 a la superficie de las células. Por estos cambios es que se tiende a manifestar la hiperglucemia, lipolisis e hipercetonemia latentes en esta etapa (Almirón, Gamarra, & González, 2005).

### **1.3 Factores de Riesgo**

Entre los factores de riesgo se encuentran:

- Edad mayor a 25 años.
- Índice de masa corporal igual o mayor a 25 %.

- Ser mestizo, afroamericana o asiática.
- Tener padres o hermanos con diabetes mellitus y principalmente la tipo 2.
- Padecer de hipertensión arterial crónica.
- Intolerancia previa a la glucosa.
- Padecer el Síndrome de ovario poliquístico (SOP).
- Tener dos o más partos previos.
- Diabetes gestacional previa.
- Presentar polihidramnios previo.
- Óbito previo.
- Macrosomía fetal previa.
- Malformaciones fetales previas.
- Tener abortos a repetición. (Castillo Cartín, 2011).

#### **1.4 Fisiopatología**

En el embarazo se generan variaciones en el metabolismo de la madre para adecuar un ambiente en el cual se permita la embriogénesis, el desarrollo del feto, la maduración y la supervivencia de este, de modo que se facilita a una reserva de nutrientes al principio del embarazo y así cubrir el incremento de las demandas materno-fetales. El embarazo normal se caracteriza como una condición diabetogénica, por el aumento persistente de los niveles de glucosa después de las comidas y la disminución de la sensibilidad celular a la insulina en las últimas etapas del embarazo. (Medina Pérez, y otros, 2017).

Los mecanismos más importantes implicados en el surgimiento de la diabetes mellitus gestacional son: la resistencia a la insulina y el deterioro de las células beta pancreáticas. Está muy bien establecido que las gestantes con diabetes durante el

embarazo y después del parto, tienen altos niveles de resistencia a la insulina, disfunción de las células beta, aumento del índice de masa corporal (IMC), con predominio de la obesidad central e hiperlipidemia, entre otras características que a la par pueden provocar, además de diabetes mellitus gestacional transitoria, cambios metabólicos permanentes. (Medina Pérez, y otros, 2017).

Cuando existe una mayor demanda de insulina y las células beta pancreáticas son incapaces de suplirla se puede desarrollar la diabetes gestacional. Los niveles de glucosa plasmática por lo general no se mantienen en constancia cuando la paciente se encuentra en ayuno, esto se debe a un mayor requerimiento de glucosa por parte del feto, y por la disminución de la glucogénesis en el hígado como resultado de una baja cantidad de alanina, uno de los precursores del glucógeno. (Viana Reis, Fernandes Vivian, & Gualtieri, 2019).

## **1.5 Clínica**

Usualmente la sintomatología es ausente o se presentan de manera leve y no comprometen la vida de la paciente, estos síntomas pueden ser:

- Fatiga.
- Visión borrosa.
- Infecciones habituales.
- Polidipsia
- Polaquiuria
- Nauseas
- Vómitos
- Disminución del peso corporal. (Clemos Matamoro, 2016)

## **1.6 Diagnóstico**

Para el diagnóstico de diabetes en las gestantes se consideran tres criterios: aumento irrefutable de los niveles de glucosa plasmática a 200 mg/dL o superior y relacionarlo con los síntomas clásicos de la diabetes, obtener niveles de glucosa plasmática en ayunas, superiores a 126 mg/dL en más de dos pruebas realizadas y la utilización de la prueba de sobrecarga oral de glucosa con 100 gramos de la misma. (Medina Pérez, y otros, 2017).

### **Tamizaje Temprano**

Existen situaciones en las que se hace difícil establecer una diferencia entre la diabetes gestacional y la pregestacional puesto que un gran número de las mujeres no se realizan un tamizaje antes de entrar en gestación. Por esta razón se debe realizar de manera precoz un tamizaje, de preferencia al principio del cuidado prenatal con el objetivo de poder identificar a las embarazadas con diabetes tipo 2 sin diagnosticar, el tamizaje temprano se debe efectuar sobre las mujeres que tengan sobrepeso u obesidad y uno o más factores de riesgo (Espinoza Artavia & Fernández Vaglio, 2019).

### **Test De Tolerancia Oral A La Glucosa**

Esta prueba debe realizarse entre las semanas 24 y 28 de embarazo, se lo hace a las embarazadas que arrojan resultado negativo en la primera prueba hecha después de las 24 semanas, y también a las gestantes que presenten alto y bajo riesgo de desarrollar diabetes gestacional, esta prueba consiste en extraer la glucosa del plasma una hora después de la ingesta de los 75 g de glucosa, si en los resultados obtenidos se muestran niveles mayores a 130 mg/dL, se debe hacer la prueba con 100g de glucosa anhidra diluidos en 300 mililitros de agua y se debe tomar los valores de la glucosa en ayuna, a la hora, dos horas y tres horas post carga de glucosa. (Nava Díaz, Meneses Calderón, Briones Vega, Díaz de León Ponce, & Briones Garduño, 2010).

## **1.7 Tratamiento**

El objetivo principal de tratamiento de la diabetes gestacional es mantener los parámetros de glucosa en sangre de manera que minimicen las posibilidades de desarrollar alguna complicación perinatal, el fin terapéutico de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (COG) es mantener los valores de la glicemia en ayuno por debajo 95 mg/dL, menor a 140 mg/dL una hora después de comer y menor a 120 mg/dL a las dos horas de comer. Los fines terapéuticos se tornarán más estrictos cuando el crecimiento fetal sea igual o superior al percentil 90, en este caso el objetivo de la terapia será niveles inferiores a 80 mg/dL en ayuno y menor a 110 mg/dL dos horas después de comer (Parodi & Sophie, 2016).

### **Educación sobre diabetes**

Es muy importante que tanto la paciente como su núcleo familiar estén dotados de conocimientos básicos sobre esta patología, como controlarla, lo fundamental que es cumplir el tratamiento, las complicaciones que tienden a presentarse y como prevenirlas o solucionarlas cuando se presenten.

### **Plan alimenticio**

El plan de alimentación debe implementarse sin interferir en las demandas energéticas de la gestación, no se debe hacer uso de dietas de extrema restricción calórica (menor a 1600 Kcal/día) en las mujeres con obesidad, debe constituir el volumen calórico total (VCT) de 55 % de carbohidratos, 15% proteínas, 30% lípidos. No es provechoso restringir los niveles calóricos superiores al 30% del VCT en gestantes con obesidad, debido a que dietas con extrema restricción causan un incremento de la cetonemia materna. Por otra parte, restringir las calorías en un 30% baja el índice de macrosomía sin comprometer el feto.

### **Tratamiento Farmacológico.**

La utilización de hipoglucemiantes orales se rechaza unánimemente, porque atraviesan la barrera placentaria y favorecen el hiperinsulinismo fetal lo cual

incrementa la aparición de macrosomía en el feto, baja glucemia en el recién nacido, y por sus efectos teratogénicos.

### **Insulinoterapia:**

Se hace uso de la terapia de insulina cuando en una semana aparecen en dos o más veces los siguientes resultados: glucemia basal superior o igual a 95 mg/dL y/o después de comer es superior o igual a 120 mg/dL medidas en sangre capilar. Para reducir las posibilidades de desarrollar anticuerpos anti-insulinas se debe recurrir al uso de la insulina humana. Se hace uso de insulina de acción intermedia de dos a tres veces por día y se corrige con la insulina de acción rápida, en el momento que sea necesario. Si existe hipoglucemia con la insulina humana de acción rápida convencional puede ser conveniente utilizar la insulina Lispro.

### **Actividad Física.**

La realización de ejercicio es beneficiosa para el metabolismo ya que este tiene la facultad de disminuir la resistencia a la insulina. Para que no se produzcan contracciones en el útero se recomienda realizar ejercicios que activen la mitad superior del cuerpo. No se recomienda una intensa actividad física en la gestante si se generan contracciones del útero, si padece de hipertensión por embarazo, si presenta antecedentes de infarto agudo de miocardio (IAM) o arritmias y si tiene embarazos múltiples. (Almirón, Gamarra, & González, 2005).

## **1.8 JUSTIFICACION**

La diabetes gestacional no controlada y tratada a tiempo trae consecuencias que pueden llegar a ser devastadoras en la madre y el nuevo ser, por ende, es de suma importancia que el personal sanitario tenga conocimiento de las intervenciones oportunas y eficientes que se deben aplicar en estos casos. Un diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la participación efectiva de parte del personal de salud, pueden reducir considerablemente las comorbilidades, evitando complicaciones y el ingreso a salas de cuidados intensivos.

Por lo planteado anteriormente se presenta el caso clínico de una gestante de 28 años con 29 semanas de embarazo diagnosticada con diabetes gestacional, con la finalidad de explicar el correcto manejo clínico alrededor de esta patología. A través del proceso de atención de enfermería se valoraron y se destacaron los datos más relevantes obtenidos durante la anamnesis y la exploración física, para formular los diagnósticos correctos, plantear metas y ejecutar intervenciones que ayuden a restablecer la salud del paciente, garantizando una evolución favorable y evitando complicaciones a futuro.



## **1.9 OBJETIVOS**

### **1.9.1 OBJETIVO GENERAL**

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente de 28 años con 29 semanas de embarazo y diabetes gestacional.

### **1.9.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Analizar los factores de riesgo en embarazadas que propicien el desarrollo de diabetes gestacional.
- Describir la información referida mediante la valoración física, basándose en los patrones funcionales y en la taxonomía NANDA, NIC y NOC.
- Evaluar los resultados obtenidos a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente de 28 años con 29 semanas de embarazo y diabetes gestacional.

## **1.10 DATOS GENERALES.**

**Nombre y apellidos:** N/N

**Edad:** 28 años

**Género:** Femenino

**Etnia:** Mestizo

**Instrucción:** Primaria

**Ocupación:** Ama de casa.

**Religión:** católica

**Estado civil:** Casada

**Lugar de residencia actual:** Quevedo - La Venus

**Grupo sanguíneo:** O+

## **II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.**

### **2.1 MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente de sexo femenino de 28 años con embarazo de 29 semanas, ingresó al servicio de emergencia obstétrica del hospital sagrado corazón de Jesús, por presentar: Polidipsia, poliuria, astenia, vómito e hiperglucemia.

Al examen físico se observó, facies pálidas, mucosas orales semihúmedas, abdomen globoso compatible a la edad gestacional. Frecuencia cardiaca fetal: 152 lpm

## **Antecedentes Patológicos**

**Antecedentes patológicos personales:** No refiere

**Antecedente Familiares:** Padre padece de diabetes mellitus tipo 2 controlada con tratamiento farmacológico (insulinodependiente).

**Antecedentes quirúrgicos:** No refiere

## **Antecedentes Gineco-obstetra**

Menarquia a los 13 años

**Gesta.:** 1

**Parto:** 0

**Abortos:** 0

**Antecedente Vacunal:** Vacuna dT, primera dosis aplicada a la semana 22 de gestación, pendiente segunda dosis.

**Hábitos Tóxicos:** No refiere

## **2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).**

Paciente de sexo femenino de 28 años de edad y 29 semanas de gestación por ecografía, refiere vómito, sed excesiva, fatiga, orinar más de lo normal. Al realizar la entrevista paciente se muestra ansiosa por su estado de salud y manifiesta tener miedo de perder a su bebé

## **2.3 Exploración física**

**Cabeza:** Normo cefálico, simétrica, sin presencia de masas, buena implantación de cabello, limpio sin pediculosis. Se observan facies pálidas, Mucosas Orales semihúmedas

**Tórax:** Simétrico y normal, en región axilar no se evidencia adenopatías.

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

**Genitourinarios:** Al momento de realizar la inspección no se evidencia perdidas vaginales.

**Extremidades superiores e inferiores:** Simétricos, sin presencia de edema en miembros inferiores, pulsos distales presentes, llenado capilar 2 segundos.

Extremidad superior derecha con vía endovenosa periférica permeable.

### **Signos Vitales**

- **Temperatura:** 36.6 °C
- **Presión arterial:** 100/60 mmHg
- **Frecuencia cardiaca:** 85 por minuto
- **Frecuencia respiratoria:** 20 por minuto
- **Saturación:** 99%

### **Medidas Antropométricas**

- **Peso:** 55 Kg
- **Talla:** 158 cm
- **IMC:** 22

## **2.4 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).**

### **Patrón 1: Percepción y manejo de salud:**

- La paciente alega tener conocimiento sobre su salud, pero desconocía tener la glucosa elevada.

### **Patrón 2: Nutricional-metabólico:**

- Facie pálidas

- Mucosas orales semihúmedas
- Hiperglicemia

**Patrón 3: Eliminación:**

- Presencia de vomito
- Eliminaciones conjuntas presentes

**Patrón 4: Actividad y ejercicio:**

- Refiere no tener ninguna rutina de ejercicio establecida.
- Puede desenvolverse con normalidad en las actividades diarias.

**Patrón 5: Sueño- descanso:**

- Duerme las 8 horas diarias sin interrupción en su sueño.

**Patrón 6: Cognitivo-perceptivo:**

- Glasgow 15/15

**Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto:**

- Tiene una buena percepción sobre su propia personalidad.

**Patrón 8: Rol relaciones:**

- Refiere vivir con su esposo, sus suegros y alega tener una buena relación con todos ellos.
- Dice tener apoyo de su esposo.

**Patrón 9: Sexualidad y reproducción:**

- Menarquia a los 13 años.
- Refiere tener ciclos menstruales regulares.

**Patrón 10: Adaptación y tolerancia al estrés:**

- Se encuentra un poco estresada por sus altos niveles de glucosa, tiene miedo que existe alguna complicación que vaya a afectar de manera negativa su embarazo.

**Patrón 11: Valores y creencias:**

- Religión Católica

- Tiene un peso acorde y adecuado para la edad.

## 2.5 PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

- Patrón 2: Nutricional-metabólico:
- Patrón 3: Eliminación:
- Patrón 10: Adaptación y tolerancia al estrés:

## 2.6 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

- Biometría hemática
- Bioquímica

### BIOMETRICA HEMATICA

<b><u>BIOMETRIA HEMATICA</u></b>	<b><u>VALOR RESULTADO</u></b>	<b><u>VALOR REFERENCIAL</u></b>
HEMOGLOBINA	13.8 g/dl	13-17 g/dL
HEMATOCRITO	39.8 %	40-50%
PLAQUETAS	338 u/L	150-450 u/L
GLOBULOS ROJOS	5 u/L	4-6 u/L
GLOBULOS BLANCOS	10 u/L	4-10 u/L
NEUTROFIOS	63 u/L	55-65 u/L
EOSINOFILOS	0.3 u/L	0.5 u/L
BASOFILOS	0.01 u/L	0-0.02 u/L
MONOCITOS	0.5 u/L	0.3-1 u/L

## BIOQUIMICA

<b><u>BIOQUIMICA</u></b>	<b><u>VALOR RESULTADO</u></b>	<b><u>VALOR REFERENCIAL</u></b>
<b>GLUCOSA</b>	128 mg/dL	<b>70-100 mg/dL</b>
<b>UREA</b>	23.88 mg/dL	<b>10-50 mg/dL</b>
<b>CREATININA</b>	0.7 mg/dL	<b>0.6-1.1 mg/dL</b>
<b>ACIDO URICO</b>	1.90 mg/dL	<b>2.4-6 mg/dL</b>

<b>Hemoglobina Glucosilada</b>		
<b>Parámetro</b>	<b>Valor</b>	<b>Rango</b>
HbA1c	6.80%	Normal (no hay diabetes): menos de 5.7%  Prediabetes: 5.7 a 6.4 %  Diabetes: 6.5% o más

## Serología

<b>VIH</b>	No reactivo
<b>VDLR</b>	No reactivo

## **2.7 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.**

**Diagnóstico Presuntivo:** En base a la sintomatología es posible establecer un diagnóstico de carácter preliminar el cual tendrá que confirmarse con los exámenes complementarios. Inicialmente se optó por infecciones a las vías urinarias.

**Diagnóstico diferencial:** Analizar de manera globalizada la sintomatología de la paciente facilita establecer diagnósticos sin limitarnos a una posibilidad y así es posible utilizar diferentes terapéuticas, entre las cuales podemos definir: diabetes mellitus tipo 1 y diabetes mellitus tipo 2.

**Diagnóstico definitivo:** Gracias a los resultados obtenidos de la bioquímica sanguínea, prueba de tolerancia a la glucosa y el juicio médico se pudo determinar el diagnóstico diabetes gestacional.

## **2.8 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.**

De acuerdo a lo planteado anteriormente en el presente estudio los determinantes de la diabetes gestacional pueden ser genéticos, de origen étnico y haber presentado patologías o complicaciones específicas en embarazos previos al actual.

Ya que la paciente ha sido ingresada para brindarle los cuidados necesarios, es de gran importancia realizar las siguientes indicaciones:

- Control de signos vitales.
- Brindar cuidados de enfermería.
- Mantener los parámetros de glucosa normales.
- Educación de la paciente sobre la enfermedad.
- Identificar a tiempo las manifestaciones clínicas de riesgo.

## **2.9 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).**



NANDA: (00179)  
 NOC: (2300)  
 NIC: (2120)

M  
E  
T  
A  
S

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

**Riesgo de nivel de glucemia inestable**

**R/C: Diabetes gestacional**

**E/P: Hiperglicemia**

**Dominio II: Salud Fisiológica**

**Clase 2 AA: Respuesta Terapéutica**

**Etiqueta (2300): Nivel de glucemia**

**Campo 2: Fisiológico complejo**

**Clase 2 G: Control de Electrolitos y acido básico**

**Etiqueta (2120): Manejo de la hiperglucemia**

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES		1	2	3	4	5
230001	Concentración sanguínea de Glucosa			x	✓	
230004	Hemoglobina glucosilada			X	✓	

Antes X Después ✓

**ACTIVIDADES**

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

NANDA: (00025)  
NOC: (0601)  
NIC: (2080)

## Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

**R/C:** Deshidratación cutánea, mucosas orales semihúmedas.

**E/P:** Vómito, polidipsia, polaquiuria.

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio II:** Salud fisiológica.

**Clase G:** Líquidos y electrolitos.

**Etiqueta (0601):** Equilibrio Hídrico.

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

**Campo 2:** Fisiológico complejo.

**Clase G:** Control de electrolitos y ácido básico.

**Etiqueta (2080):** Manejo de líquidos/electrolitos.

### ESCALA DE LIKERT

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

### ACTIVIDADES

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

## **2.10 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

Los signos y síntomas que presentó esta paciente con diabetes gestacional generaron un riesgo relevante para ella y para el niño. Si los niveles de glucosa no se han mantenido estables, las posibilidades a que se presenten anomalías en el feto son altas. Por lo tanto, el control de los parámetros de glucosa es de gran importancia para disminuir estos riesgos. Cuando aplicamos el proceso de atención de enfermería emplearemos las teorías en el cuidado de enfermería y principalmente enfocándonos en teoría del autocuidado de D. Orem y así ayudar al paciente a alcanzar su autocuidado. Por esta razón debe existir una relación favorable entre el enfermero y el paciente, debemos educarla sobre la enfermedad que presenta y así evitaremos que la paciente no opte por conductas que vayan a comprometer su salud y la del niño.

La teorizante de enfermería Dorothea Orem a través de la teoría (déficit de autocuidado) posibilita el cuidado personalizado e íntegro de la paciente con diabetes gestacional, con énfasis en el autocuidado por medio de la educación al paciente. Mediante el enfoque educativo podemos orientar, enseñar y aconsejar a que el paciente opte por hábitos saludables relacionados a su patología, y también se fortalece las relaciones interpersonales entre enfermero y paciente.

## **2.11 SEGUIMIENTO.**

Se efectuó el seguimiento de la paciente a lo largo de la hospitalización en el área de ginecología, se detalla el seguimiento a continuación, donde se especifica la estancia en la casa de salud:

### **Día #1**

Paciente ingresó al área de Ginecología del Hospital Sagrado Corazón de Jesús con vía endovenosa periférica permeable se valoran signos vitales, se recibe a la gestante con diagnóstico de diabetes gestacional, está en compañía de su familiar, se explica los deberes y derechos de los pacientes, así como se hace firmar el consentimiento, durante el primer día de hospitalización el médico valora exámenes

de laboratorio donde constata que los valores de glucosa se encuentran elevados y ordena seguir con el tratamiento para diabetes gestacional.

Cuidados de enfermería:

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

## **Día #2**

La paciente se mantiene en el área de ginecología, el control de la glicemia capilar los niveles de glucosa se están estabilizando gradualmente, las manifestaciones clínicas propias de la patología se han atenuado, al momento la paciente se mantiene en condiciones clínicas estable.

Cuidados de enfermería:

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

## **Día # 3**

Paciente aún en hospitalización. El tratamiento junto a los cuidados de enfermería ha sido favorable para que los niveles de glucosa se mantengan bajos, la paciente refiere que se quiere ir a su domicilio, pero aún no se encuentra con alta médica puesto que no ha culminado el tratamiento, se re canaliza la vía endovenosa dado que ya cumplió con su periodo de utilización.

Cuidado de enfermería:

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

#### **Día #4**

La gestante ha culminado de manera satisfactoria el tratamiento propuesto por el médico, el mismo que ordena realizar exámenes de laboratorio para corroborar que se hayan completado los fines propuestos, posteriormente el médico le da el alta hospitalaria, se le explica a la paciente que debe continuar con la medicación en casa, y también la dieta y actividad física sin mucho esfuerzo, puesto que los niveles de glucosa se pueden elevar, se educa a la paciente sobre el tipo de alimentación que debe llevar y las posibles complicaciones de la enfermedad así como la forma de manejarla.

## **2.12 OBSERVACIONES**

En el caso clínico se mostró a una paciente de 28 años con diagnóstico de diabetes gestacional y fue posible establecer el factor de riesgo que puede originar la diabetes gestacional.

Es de gran importancia durante la anamnesis entrevistar de forma empática, y a su vez interesarse en las afecciones que se puede manifestar la paciente.

El déficit de adecuados hábitos de salud puede hacer que la paciente se complique, por esta razón es de gran ayuda educar a la paciente con los aspectos más relevantes de su enfermedad haciendo un énfasis hábitos nocivos para su condición.

Todo lo analizado permitió evidenciar que el trabajo del profesional sanitario es de gran ayuda hacer uso de las guías de práctica clínica.

## **CONCLUSIONES**

La diabetes en el embarazo es una patología que origina un gran riesgo tanto en el periodo fetal como el neonatal, por lo tanto, es de gran importancia comprender los factores de riesgo involucrados en la detección y diagnóstico de la misma, con la finalidad de establecer una terapia oportuna y un seguimiento materno reduciendo la morbilidad y mortalidad materno-fetal. Se debe enfatizar el valor de hacer un seguimiento después del parto porque una cierta proporción de mujeres tiene más probabilidades padecer diabetes tipo II a lo largo de su vida.

A través de la evaluación de la sintomatología, los patrones funcionales alterados, y la información obtenida luego de la valoración fue posible determinar la problemática y las necesidades que afectan la salud del paciente.

Puesto que se actuó de manera oportuna los resultados obtenidos fueron satisfactorios tras las intervenciones de enfermería, de esta manera se contribuyó a que el paciente se mejorara y posteriormente se recuperara.

## Bibliografía

- Almirón, M. E., Gamarra, S. C., & González, M. S. (Diciembre de 2005). DIABETES GESTACIONAL. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. Recuperado el 19 de Marzo de 2022, de [https://med.unne.edu.ar/revistas/revista152/7\\_152.pdf](https://med.unne.edu.ar/revistas/revista152/7_152.pdf)
- Bougherara, L., Hanssensab, S., Subtila, D., Vambergue, A., & Deruelleab, P. (Marzo de 2018). Diabetes gestacional. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 54(2). Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X18880869>
- Castillo Cartín, A. (2011). Diabetes mellitus gestacional: Generalidades. *Revista médica de Costa Rica Y Centro America*, 109-113. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc111s.pdf>
- Clemos Matamoro, S. (Marzo de 2016). Diabetes gestacional: Síntomas, tratamiento y causas. *Zonahospitalaria.com*. Obtenido de <https://zonahospitalaria.com/diabetes-gestacional-sintomas-tratamiento-y-causas/>
- Espinoza Artavia, A., & Fernández Vaglio, R. (Abril de 2019). Lo nuevo en diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional. *Revista Médica Sinergia*, 4(4), 41 - 54. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms194f.pdf>
- Medina Pérez, E., Martínez López, M., Sánchez Reyes, A., Hernández Peredo, A., Jiménez Flores, C., Serrano Ortiz, I., . . . Cruz González, M. (2017). Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Medicina interna de México*, 33(1), 91-98. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-48662017000100091](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100091)
- Nava Díaz, P., Meneses Calderón, J., Briones Vega, C. G., Díaz de León Ponce, M., & Briones Garduño, J. C. (Septiembre de 2010). Diagnóstico temprano de diabetes gestacional. *Revista de la Asociación Mexicana de medicina critica y*



*terapia intensiva*, 24(3), 110-113. Recuperado el 19 de Marzo de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2010/ti103b.pdf>

Parodi, K., & Sophie, J. (Junio de 2016). DIABETES Y EMBARAZO. *Revista de la facultad de ciencias medicas*. Obtenido de <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2016/pdf/RFCMVol13-1-2016-5.pdf>

Tuesca Molina, R., Acosta Vergara, T., Domínguez Lozano, B., Ricaurte, C., Mendoza Charris, H., Flórez Lozano, K., & Florez García, V. (2019). Diabetes gestacional: implementación de una guía para su detección en la atención primaria de salud. *Revista médica de Chile*, 147(2), 190-198. Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872019000200190&script=sci\\_arttext&tIng=e](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872019000200190&script=sci_arttext&tIng=e)

Viana Reis, M. G., Fernandes Vivan, R., & Gualtieri, K. (18 de Octubre de 2019). Diabetes mellitus gestacional: Aspectos Fisiopatológicos materno-fetales. *Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa*, 35(69). Obtenido de <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistatestes/article/view/1167>

## ANEXOS

VERIFICANDO PERMEABILIDAD DE LA VÍA ENDOVENOSA PERIFÉRICA.



### CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE INSULINA.

Denominación	Comienzo	Pico de actividad en horas	Duración de la acción en horas	Otra denominación
Ultrarrápida (análogas)	15 minutos	1 a 2	3 a 5	Lispro, Aspart
Rápida (solubles/neutrales)	30 minutos	2 a 3	6 a 8	Rápida, Cristalina, Regular
Intermedia (isófana)	1 a 2 horas	2 a 8	10 a 16	NPH, Lenta

**Fuente: GPC/MSP**