



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

**ESCUELA DE ENFERMERIA**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**Dimensión Practico del Examen Complexivo previo a la  
obtención del grado académico de Licenciado(a) en Enfermería**

**TEMA DEL CASO CLINICO**

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN  
PACIENTE CON DIABETES GESTACIONAL DE 39 SEMANAS EN  
EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA MATILDE HIDALGO DE  
PROCEL**

**AUTOR**

Fanny Vanessa Quimi Velarde

**TUTOR**

Lcda. Alicia Calderón Noriega

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador  
**2020**

## INDICE GENERAL

<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>I</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>II</b>
<b>TITULO DE CASO CLINICO</b> .....	<b>III</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>V</b>
<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>VI</b>
<b>I. MARCO TEORICO</b> .....	<b>1</b>
<b>DIABETES GESTACIONAL</b> .....	<b>1</b>
<b>FISIOPATOLOGÍA</b> .....	<b>2</b>
<b>DIAGNÓSTICO</b> .....	<b>3</b>
<b>TRATAMIENTO</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1 JUSTIFICACION</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2 OBJETIVOS</b> .....	<b>9</b>
<b>1.2.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	<b>9</b>
<b>1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> .....	<b>9</b>
<b>1.3 DATOS GENERALES</b> .....	<b>10</b>
<b>II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente)</b> .....	<b>10</b>
<b>2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).</b> .....	<b>11</b>
<b>2.3 Examen Físico (exploración clínica)</b> .....	<b>11</b>
<b>VALORACION CEFALOCAUDAL</b> .....	<b>12</b>
<b>VALORACION DE PATRONES FUNCIONALES</b> .....	<b>12</b>
<b>Paciente de buena talla y estatura.</b> .....	<b>14</b>
<b>PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS</b> .....	<b>14</b>
<b>2.4 Información de exámenes complementarios realizados</b> .....	<b>14</b>
<b>EXÁMENES DE LABORATORIO</b> .....	<b>14</b>
<b>2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial</b> .....	<b>15</b>
<b>2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar</b> .....	<b>16</b>
<b>2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.</b> .....	<b>19</b>
<b>2.8 Seguimiento</b> .....	<b>19</b>
<b>2.9 Observaciones</b> .....	<b>19</b>

<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>21</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>23</b>

## **DEDICATORIA**

Dedico mi estudio de caso primeramente a mi Dios por guiarme por el buen camino, por brindarme salud y vida y por permitirme cumplir una meta más en mi vida junto a las personas que más amo.

A mis padres por su apoyo incondicional, por estar ahí en cada momento y dificultad de mi vida ya que son el pilar fundamental para seguir adelante, con cada uno de sus consejos y gran amor que me brindan a diario.

A mi hermana por estar a mi lado en cada paso que doy, apoyándome siempre y dándome la fortaleza que necesito para seguir adelante.

A mi tío que a pesar de que ya no este junto a nosotros siempre quiso verme triunfar y ser una gran profesional, y desde el cielo sé que está muy orgulloso de mi.

**Con mucho amor**

**Fanny Vanessa Quimi Velarde**

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente agradezco a mi Dios por permitirme iniciar y culminar una etapa más en mi vida, por ser el guiador de mis pasos.

A mis padres que son mi inspiración y motor para seguir adelante, que gracias a su apoyo incondicional y sus valores inculcados eh podido llegar a cumplir un logro más

A mi hermana por siempre apoyarme en lo que más eh necesitado, en los momentos más difíciles y por sus consejos y amor que siempre me brinda.

A cada uno de mis docentes quienes me ayudaron a lo largo de mi carrera universitaria inculcándome conocimientos y experiencias, a mi tutora de caso clínico por sus opiniones y consejos brindados y a la coordinadora de titulación por brindarnos su paciencia y su tiempo.

A la Universidad Técnica De Babahoyo por haberme permitido ser parte de ella y por brindarme conocimientos y la oportunidad de superarme y ser una gran profesional de la salud.

Agradezco a cada uno de ellos.

**Fanny Vanessa Quimi Velarde**

## **TITULO DE CASO CLINICO**

**APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN  
PACIENTE CON DIABETES GESTACIONAL DE 39 SEMANAS EN EL  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA MATILDE HIDALGO DE PROCEL**

## RESUMEN

El presente estudio de caso tiene como objetivo dar a conocer el proceso de atención de enfermería en pacientes con Diabetes Gestacional, identificando los patrones disfuncionales.

La diabetes gestacional es una clase de diabetes que puede darse durante el embarazo. Suele desaparecer después del nacimiento del bebé.

La diabetes gestacional se trata controlando el nivel de azúcar en sangre. Algunas mujeres pueden hacerlo con una dieta especial para la diabetes y realizando actividad física. Otras mujeres requieren inyecciones de insulina o píldoras para la diabetes.

Varias mujeres con diabetes gestacional llegan a desarrollar diabetes tipo 2 más adelante. Es muy importante seguir haciéndose exámenes para detectar diabetes tipo 2 de manera regular después del embarazo.

No se sabe aún la causa del por qué algunas mujeres contraen diabetes gestacional. Para comprender cómo se produce, puede resultar favorable entender de qué forma el embarazo afecta el modo en el que el organismo procesa la glucosa. La placenta mantiene al bebé mientras crece. Las hormonas de la placenta intervienen en el desarrollo del bebé. Pero estas hormonas también obstruyen la acción de la insulina en el cuerpo de la madre. Este problema se llama resistencia a la insulina. La resistencia a la insulina impide que el cuerpo de la madre utilice la insulina. Es probable que necesite una cantidad de insulina hasta tres veces más alta.

**Palabras clave:** Diabetes gestacional, embarazo, insulina, resistencia, azúcar.

## ABSTRACT

The present case study aims to raise awareness of the nursing care process in patients with Gestational Diabetes, identifying dysfunctional patterns.

Gestational diabetes is a kind of diabetes that can occur during pregnancy. It usually disappears after the baby is born.

Gestational diabetes is treated by controlling the level of blood sugar. Some women can do it with a special diet for diabetes and doing physical activity. Other women require insulin injections or diabetes pills.

Several women with gestational diabetes develop type 2 diabetes later. It is very important to continue having tests to detect type 2 diabetes on a regular basis after pregnancy.

The cause of why some women get gestational diabetes is not yet known. To understand how it occurs, it may be favorable to understand how pregnancy affects the way in which the body processes glucose. The placenta keeps the baby as it grows. Placental hormones are involved in the development of the baby. But these hormones also obstruct the action of insulin in the mother's body. This problem is called insulin resistance. Insulin resistance prevents the mother's body from using insulin. You probably need an amount of insulin up to three times higher.

**Keywords:** Gestational diabetes, pregnancy, insulin, resistance, sugar.



## INTRODUCCION

En el siguiente estudio de caso que se aplicó en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel describiremos el estado de una paciente con Diabetes Gestacional, daremos a conocer las bases fundamentales de los diagnósticos de enfermería, cubriendo las necesidades básicas de la paciente.

Paciente de 25 años de edad con 39 semanas de gestación ingresa al área de emergencia manifestando dolor por contracciones de gran intensidad, médico de guardia realiza tacto vaginal, el cual indica dilatación de 3cm con borramiento, se realiza glicemia por indicaciones médicas marcando una glucosa de 152 mg/dl.

La diabetes gestacional (DG) es una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo; se trata de una insuficiente adaptación a la insulino-resistencia que se produce en la embarazada de entre 24 y 28 semanas de gestación, y su comportamiento es similar a la diabetes mellitus tipo 2.

Actualmente, no se sabe qué causa la diabetes gestacional; sin embargo, existen algunos indicadores. Uno de éstos es la hormona de la placenta, la cual ayuda al desarrollo del feto, pero al mismo tiempo impide la acción de la insulina en el cuerpo de la madre, lo que causa un problema de resistencia a la insulina.

La frecuencia de la aparición de la diabetes gestacional varía según los distintos estudios, las poblaciones y los criterios diagnósticos utilizados.

La DG se controla con ejercicio y un plan de alimentación saludable, y en algunos casos requiere de inyecciones diarias de insulina. Después del parto,

aproximadamente el 60% de todas las mujeres con DG tiene la posibilidad de desarrollar más tarde DMT2.

Para el desarrollo de la DG y la DM, se presentan factores de riesgo similares; sin embargo, las mujeres embarazadas mayores de 25 años, obesas o con antecedentes heredofamiliares de primer grado con diabetes tienen más probabilidades de presentar DG.

Estar al tanto de la presencia de los factores de riesgo en la población de mujeres embarazadas adquiere especial relevancia, pues permite identificar su vulnerabilidad y contribuye a focalizar las estrategias de prevención en este grupo de mujeres. Por su lado, el Plan Nacional de Salud 2007-2012 establece la detección de posibles factores de riesgo como una de sus estrategias para promover la salud materna y perinatal.

## **I. MARCO TEORICO**

### **DIABETES GESTACIONAL**

La diabetes gestacional es el trastorno endocrino metabólico generado por una intolerancia a los carbohidratos que ocurre durante el embarazo. El efecto diabetógeno de esta entidad aumenta en la medida que avanza el embarazo, especialmente en el segundo trimestre, por acción de hormonas hiperglucemiantes, lo que supone un riesgo para la gestante y su producto. Este hecho es particularmente evidente si la enfermedad no es diagnosticada y controlada a tiempo, causando problemas de macrosomia fetal, fetopatía diabética con hiperinsulinismo fetal, hipoxia y acidosis fetal. (GARCIA, 2019)

La diabetes gestacional es una variante de la diabetes mellitus porque comparten una fisiopatología común: resistencia a la insulina en los órganos diana e insuficiente secreción de la misma por las células  $\beta$ -pancreáticas. La gestación es una situación fisiológica única que ofrece la oportunidad de identificar el riesgo futuro de diabetes mellitus. (DOMINGUEZ, 2016)

### **EPIDEMIOLOGIA**

Por su magnitud y trascendencia la DG constituye actualmente un importante problema de salud pública. Es el trastorno metabólico más frecuente durante la gestación, estimándose una prevalencia entre el 2 y el 12% de todos los embarazos, dependiendo de la prevalencia de diabetes mellitus de los grupos étnicos.

Con frecuencia los factores están íntimamente relacionados entre sí, sin conocer exactamente el papel que cada uno de ellos juega en el desarrollo de la enfermedad. En las últimas décadas se ha detectado un aumento importante por el incremento entre las gestantes en la edad materna, pero sobre todo en el sobrepeso y la obesidad. (MORENO, 2016)

## **FISIOPATOLOGÍA**

Las modificaciones fisiológicas del metabolismo de la glucosa materna inducidas por el embarazo, garantizan el mantenimiento de un continuo y constante aporte de glucosa al feto a través de intercambios a nivel placentario. Hay aumento progresivo de la concentración de insulina materna durante toda la gestación, que trae como resultado modificaciones metabólicas de tipo anabólico, pues la hormona determina una mayor utilización de la glucosa con un acúmulo del glucógeno a nivel del hígado y los tejidos.

En la primera mitad del embarazo, la tolerancia a la glucosa mejora en las embarazadas con DM tipo 1 y 2, evidenciándose clínicamente por la reducción de los requerimientos de insulina y una superior frecuencia de los episodios de hipoglicemia. Este primer periodo se debe al aumento de las células pancreáticas, bajo el estímulo de estrógeno y progesterona.

En la segunda mitad del embarazo, la tolerancia glucosídica materna empeora progresivamente a causa de la creciente producción de hormonas con efecto hiperglicemiante y antiinsulínico; serie de eventos que se traduce clínicamente en un incremento de los requerimientos de insulina total. El efecto diabetógeno del embarazo se relaciona principalmente con la acción

del lactógeno de la placenta humana, hormona proteica de origen placentario que modifica el equilibrio glucometabólico. La acción combinada de esta hormona junto con la insulina placentaria produce una condición fisiológica de resistencia a la insulina, con la consiguiente hiperinsulinemia que garantiza la homeostasis materna y que en aquellas mujeres, con déficit latente o manifiesto de la actividad de las células beta del páncreas desencadena la intolerancia a la glucosa. El cortisol y la hormona lactógeno placentario, ambas diabetógenicas, alcanzan su máximo efecto en la semana 26. La progesterona, hormona antiinsulínica, ejerce su máximo de acción en la semana 32. Por lo anterior, el periodo entre las semanas gestacionales 26 y 32 son de trascendencia desde el punto de vista metabólico. (PARODI, 2016)

## **DIAGNÓSTICO**

### **DIAGNÓSTICO DE DOS PASOS**

En el 2013, el Instituto Nacional de la Salud (NIH por sus siglas en inglés) realizó una conferencia para llegar a un consenso respecto a los criterios diagnósticos para la DMG. El primer paso, consiste en el tamizaje con la ingesta de 50 gramos de una solución glucosada con una determinación de glicemia una hora posterior a esto. Para las mujeres que alcanzan o exceden el valor establecido para el tamizaje, se deberá de realizar un segundo paso que consiste en una ingesta de 100 gramos de glucosa con una determinación de glicemias a lo largo de 3 horas. Tradicionalmente, el diagnóstico definitivo se realiza cuando se exceden al menos 2 de los 4 valores esperados para la curva de tolerancia de glucosa.

## **DIAGNÓSTICO DE UN SOLO PASO**

A partir del 2010, la Asociación Internacional del Grupo de Estudio de Diabetes y Embarazo (IADPSG, por sus siglas en inglés) comenzó a promover el uso de un sólo paso diagnóstico con la prueba de tolerancia oral con 75 gramos de glucosa de 2 horas para el diagnóstico de la DMG a las 24-28 semanas de gestación. Con este método, se establecería el diagnóstico de haber al menos un valor igual o superior al establecido para las medidas (glicemia en ayunas 92 mg/dL, 1 hora post ingesta 180 mg/dL, o 2 horas post ingesta 153 mg/dL) (1,2). (Artavia & Vaglio, 2019)

## **FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo que predisponen a la diabetes gestacional son:

- >25 años
- Obesidad. Índice de masa corporal (IMC)>30 kg/m<sup>2</sup> (>27.5 kg/m<sup>2</sup> en mujeres de origen asiático)
- Antecedente de DG o alteraciones del metabolismo de la glucosa
- Sospecha DG previa no diagnosticada (Peso RN >4000 g)
- DM en familiares de primer grado
- Síndrome de ovario poliquístico
- Etnias de riesgo (sudeste asiático, latinas, norteafricanas) En pacientes que presenten uno o más factores de riesgo se realizará glicemia basal en analítica de primer trimestre. (Barcelona., 2018)

## **COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES**

Las mujeres embarazadas con diabetes gestacional tienen un riesgo prominente de morbilidad durante el embarazo, el parto y después del nacimiento.

Una de las complicaciones que pueden experimentar las embarazadas diabéticas es la macrosomía fetal, donde la hiperglucemia tiene una relación directa con la adiposidad neonatal, es una de las complicaciones mas frecuentes, definida por un peso mayor a 4000 gramos al nacer. Ocurre en un 35% de las diabéticas embarazadas, llevando a una mayor tasa de trauma periparto como distocia de hombros, trauma de plexo braquial, daño del nervio facial y céfalo hematomas. A demás se encuentra mayor tasa de cesárea, hemorragias posparto y laceraciones del canal de parto debido a trabajos de partos prolongados. (CAMPO, 2008)

Algunas de las complicaciones de la diabetes gestacional trascienden al parto, con repercusiones para el feto y la vida posterior de ambos. La mujer con diabetes gestacional tiene un riesgo elevado de padecer diabetes mellitus tipo 2 a largo plazo, se recomienda el seguimiento de la paciente desde los dos o tres meses posteriores al parto.

Otras complicaciones a lo largo que experimentan las pacientes son las enfermedades cardiovasculares y el síndrome metabólico.

Así como la diabetes gestacional genera cambios a largo plazo en la madre, en el recién nacido se generaran alteraciones como la obesidad, diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico.

Actualmente se hace referencia al fenómeno de transmisión epigenética, en donde el recién nacido adquiere características de la madre, que se reflejan

en la programación fetal. La hiperglucemia materna genera hiperglucemia intrauterina lo que, a su vez, da lugar a la hiperinsulinemia fetal con modificación en el patrón de crecimiento y alteración posterior del metabolismo fetal. Este aumento en el peso fetal aumenta el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 (seis veces más) comparado con recién nacidos con peso normal. El incremento de la diabetes mellitus en el recién nacido genera un riesgo elevado, a largo plazo, de obesidad (dos veces mayor) y de síndrome metabólico (cuatro veces mayor) con respecto a los RN de madre sin diabetes gestacional. (VIGIL, 2017)

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento adecuado de la diabetes gestacional debe tener como objetivo el control glucémico estricto que lleve a la reducción de las complicaciones materno-fetales en el embarazo y en el parto, con un adecuado seguimiento del incremento del peso en la gestante. El automonitoreo de la glucemia basal y especialmente de las cifras postprandiales es fundamental para guiar el tratamiento.

El manejo nutricional es el pilar de la terapia, y en la mayoría de los casos puede ser suficiente para lograr un control metabólico adecuado. La actividad física moderada (por ejemplo, caminar 30 minutos diarios) ha demostrado beneficios en cuanto a reducción de las cifras de glucemia materna en algunos estudios.

En cuanto a la terapia farmacológica, es importante mencionar el uso de hipoglucemiantes orales específicos como la glibenclamida y la metformina en el embarazo, aún el peso de la evidencia no permite recomendar su uso



rutinario. La insulina es el fármaco de elección en diabetes gestacional, y está indicada cuando no es posible cumplir y mantener las metas glucémicas mencionadas anticipadamente con las medidas no farmacológicas.

Durante el embarazo está aprobado el uso de insulinas humanas (NPH y regular) y de análogos de corta acción (lispro y aspart, pero no glulisina). No está aprobado el uso de análogos de larga acción (glargina y detemir). La terapia debe ser estrictamente individualizada. Se recomienda iniciar la insulina a una dosis promedio de 0,7 UI/Kg/día. Una estrategia común de dosificación consiste en dividirla en dos aplicaciones (2/3 en la mañana y 1/3 antes de cenar), en la dosis de la mañana 2/3 serán NPH y 1/3 será insulina de corta acción, en la dosis de la tarde 1/2 será NPH y 1/2 será insulina de corta acción. Este esquema tendrá lógicamente los ajustes individuales según índice de masa corporal, los niveles de glucemia y el estilo de vida (Touchie, 2015)

Según la OMS señala que “el esfuerzo se debe orientar a acciones a nivel mundial para reducir la carga de la enfermedad e identificar actuaciones costo-eficientes para la salud materna e infantil”. (MOLINA, 2019)

## **1.1 JUSTIFICACION**

Con el presente estudio de caso realizado podemos identificar como personal de la salud las causas, síntomas y posibles complicaciones que se pueden presentar en mujeres gestantes, teniendo en cuenta los factores de riesgos que pueden ocasionar a esta patología.

Con este estudio de caso se pretende priorizar las acciones y diagnósticos enfermeros, plan de cuidados y diferentes resultados que se pueden obtener en un paciente tanto como de esta patología u otra, enfocándonos en la mejoría de sus patrones alterados y en su mejoramiento de la misma.

A pesar que en la actualidad la Diabetes Gestacional puede ser prevenida en un 100%, su incidencia aún sigue en aumento. Se debe impulsar nuevas estrategias de prevención primaria y nuevos alineamientos que nos permita aplicarlo en un futuro a nivel profesional.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente con diagnóstico de diabetes gestacional de la ciudad de Guayaquil, para disminuir las posibles complicaciones que se presentan.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los patrones disfuncionales según Marjory Gordon.
- Formular diagnósticos de Enfermería según taxonomía NANDA, NIC y NOC.
- Realizar intervenciones de enfermería que contribuyan a mejorar el estado de salud, sin que se generen complicaciones mayores.

### **1.3 DATOS GENERALES**

#### **DATOS DEL PACIENTE.**

**Nombre:** N.N.      **Edad:** 25 años      **Sexo:** Femenino

**Fecha de nacimiento:** 17/03/1994.

**Estado civil:** casada.

**Ocupación:** Ama de casa.

**Lugar de residencia:** Guayaquil.

**Hijos:** Primigesta.

## **II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO**

### **2..1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente).**

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad, que cursa embarazo de 39 semanas de gestación, con diagnóstico de diabetes gestacional desde el primer trimestre de embarazo, acude al área de emergencia por presentar dolor con contracciones de gran intensidad e hiperglicemia elevada de 172mg/gl.

#### **ANTECEDENTES.**

- **Antecedentes heredofamiliares.**

**Madre:** Ninguna

**Padre:** Ninguna.

- **Antecedentes personales patológicos.**

**Alergias:** Ninguno

**Transfusiones:** No.

- **Infecciones infectocontagiosas:** Varicela a los 7 años, sin complicaciones

**Quirúrgicos:** Ninguno

## **2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).**

Paciente de 25 años de edad con 39 semanas de gestación manifiesta dolor con contracciones de gran intensidad, motivo por el cual acudió al área de emergencia. El médico de guardia valora y realiza tacto vaginal, el cual indica dilatación de 3 centímetros con borramiento, se realiza glicemia por indicaciones médicas marcando una glucosa de 152mg/dl, debido al valor aumentado se indica administrar 4 UI de insulina rápida STAT (subcutánea), posterior a 2 horas se mide glicemia el cual marca 124 mg/dl. Se realiza canalización de vía periférica, toma de muestra sanguínea, control de signos vitales y demás cuidados de enfermería. Luego bajo indicaciones médicas se administra solución salina 0,9% de 100 mililitros + 100 UI de insulina NPH, intravenosa por bomba de infusión a 2ml/hora y por estas razones se prepara a la paciente para pase a pre-quirúrgico.

## **2.3 Examen Físico (exploración clínica)**

<b>SIGNOS VITALES</b>	
<b>Frecuencia respiratoria</b>	20 x <sup>1</sup>
<b>Pulso</b>	87 x <sup>1</sup>
<b>Presión arterial</b>	125/70

Temperatura	36,6° C
-------------	---------

## VALORACION CEFALOCAUDAL

**Cabeza:** Normocéfalo

**Mucosas orales:** Semihumedas

**Cuello:** Sin adenopatía

**Tórax:** Simétrico

**Mamas:** Turgentes

**Abdomen:** Globuloso de acuerdo a la edad gestacional

**Extremidades inferiores:** Sin edema.

Al momento consciente orientada en tiempo y espacio, está inquieta, afebril, fascies pálidas, ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia cardiaca fetal de 162 latidos por minuto, campos pulmonares ventilados, con vía periférica permeable en el miembro superior derecho pasando solución salina 0,9% de 100 mililitros + 100 UI de insulina NPH; al tacto vaginal por el médico presenta dilatación de 3cm con borramiento, sin pérdida de líquido transvaginal.

## VALORACION DE PATRONES FUNCIONALES

### 1. Patrón Percepción/ Manejo de Salud

Paciente presenta alteración en su estado de salud, debido a su diagnóstico de diabetes gestacional.

### 2. Patrón Nutricional/ Metabólico

Paciente refiere una buena alimentación, sin ninguna restricción de alimentos.

### **3. Patrón Eliminación e Intercambio**

Diuresis con mayor frecuencia, heces normales.

### **4. Patrón Actividad/ Reposo**

Lleva una vida sedentaria, no realiza actividad recreativa que implique la realización de ejercicio.

### **5. Patrón Precepción y cognición**

Paciente se siente inquieta por presentar dolor debido a las contracciones de gran intensidad.

### **6. Patrón Autopercepción/ Autoconcepto**

Paciente reconoce físicamente su cuerpo y no siente vergüenza de si mismo.

### **7. Patrón Rol/ Relaciones**

Ama de casa, no trabaja, indica ser apoyada incondicionalmente por su esposo y familiares.

### **8. Patrón Sexualidad**

No refiere tener ninguna incomodidad.

### **9. Patrón Afrontamiento y Tolerancia al estrés**

Paciente refiere tener un poco de preocupación por su estado actual y posibles complicaciones.

### **10. Patrón Principios Vitales**

Refiere la paciente que no pertenece a ninguna religión o creencia.

### **11. Patrón Seguridad y Protección**

No presenta ninguna lesión física.

### **12. Patrón Confort**

Paciente refiere tener todo el apoyo de su familia.

### **13. Patrón Crecimiento y Desarrollo**

**Paciente de buena talla y estatura.**

## **PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS**

### **▪ Patrón 05: Precepción y cognición**

Paciente se siente inquieta por presentar dolor debido a las contracciones de gran intensidad.

### **▪ Patrón Actividad/ Reposo**

Lleva una vida sedentaria, no realiza actividad recreativa que implique la realización de ejercicio.

### **▪ Patrón 01: Percepción/ Manejo de la salud**

**Paciente presenta alteración en su estado de salud, debido a su diagnóstico de diabetes gestacional.**

## **2.4 Información de exámenes complementarios realizados**

### **EXÁMENES DE LABORATORIO**

<b>Componentes</b>	<b>Valor</b>	<b>de</b>	<b>Rango</b>
	<b>Laboratorio</b>		



Leucocitos	7.87 mil/mm <sup>3</sup>	4.00 – 10.00
Linfocitos	20,07 %	20.00 - 40.00
Eosinófilos	0,9 %	0.1 – 2.0
Basófilos	0,1 %	0 - 1.50
Glóbulos Rojos	3,81 mil/mm <sup>3</sup>	4.5 – 6.0
Hematocrito	36,7 %	33.0 – 51.0
Hemoglobina	13.0 g/dL	11.80 – 14.60
Plaquetas	302 mm <sup>3</sup> /ul	150 – 400
Colesterol	183 mg/dL	100 – 200
Triglicéridos	100 mg/dL	100 – 500
Glucosa	152 mg/dl	70 – 100

## 2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

- **Diagnóstico Presuntivo:** Dolor con contracciones de gran intensidad por embarazo de 39 semanas
- **Diagnóstico Diferencial:** Diabetes gestacional
- **Diagnóstico Definitivo:** Embarazo de 39 semanas más Diabetes Gestacional

## **2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.**

Una de las principales causas de la incidencia de la Diabetes Gestacional es la falta de información de los hábitos alimenticios, el sedentarismo, es necesario que en los centros de salud se eduque tanto a la madre como a los familiares sobre una buena nutrición, actividad física y planificación familiar, dando a conocer aquellas personas que están vulnerables a padecer esta enfermedad en su etapa de gestación como son: antecedentes familiares o personales, obesidad, sobrepeso, grupo étnico, sedentarismo entre otras más.

### **Análisis relacionado con el origen del problema**

- **Biológicas:** Paciente con diabetes gestacional
- **Físicas:** Falta de autocuidado
- **Ambientales:** Prevención de la enfermedad
- **Sociales:** Falta de información sobre esta enfermedad



# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



NANDA: Dominio 12  
NOC: Dominio 6  
NIC: Campo 5

**DOLOR DE PARTO**

M  
E  
T  
A  
S

**R/C:** Contracciones uterinas

**E/P:** Expresión facial de dolor.

**Dominio:** VI Salud familiar

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Dolor con contracciones	X				
Frecuencia de las contracciones uterinas	X				
Duración de las contracciones uterina	X				
Intensidad de las contracciones uterinas	X				
Glucemia	X				
Progresión de la dilatación cervical	X				

**Clase:** Z- Estado de salud de los miembros de la familia

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

**Etiqueta:** Estado materno

**Campo:** V Familia

- ACTIVIDADES**
1. Monitorizar signos vitales maternos.
  2. Realizar el monitoreo fetal.
  3. Preparar a la paciente para la cesárea según el protocolo (colocación de bata, gorro, zapatones a la paciente, revisar y retirar el esmalte de las uñas de la paciente)
  4. Canalización de vía periférica con solución salina al 0,9% 1000 ml.
  5. Colocación de medidas antiembólicas (vendas).

**Clase:** W - Cuidados de un nuevo bebé

**Etiqueta:** 6830 Cuidados intraparto



# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



**RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE**

NANDA: Dominio 11  
NOC: Dominio 2  
NIC: Campo 5

**R/C:** Embarazo

**E/P:** Alteración del metabolismo de la glucosa

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:** II Salud Fisiológica

**Clase:** AA – Respuesta terapéutica

**Etiqueta:** 2300 Nivel de glucemia

## ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Glucosa en orina		X			
Hemoglobina glicosilada		X			
Concentración sanguínea de glucosa		X			

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

**Campo:** V Fisiológico complejo

**Clase:** Q – Control de electrolitos y acidobasico

**Etiqueta:** 2120 Manejo de la hiperglucemia

## ACTIVIDADES

1. Monitorización de signos vitales.
2. Monitoreo fetal.
3. Control de glucemia cada hora
4. Observar signos y síntomas de hiperglucemia.
5. Administrar insulina rápida, si presenta glucemia elevada, bajo prescripción médica
6. Permeabilizar vía periférica.
7. -Administración de Dextrosa al 10 % si presenta glucemia por debajo de 70g/dl, bajo prescripción médica
8. Realizar toma de muestra sanguínea.

## **2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.**

De acuerdo a los resultados de los exámenes realizados de hematocritos, hemoglobinas, plaquetas y glucosa de esta manera nos podemos dar cuenta que nuestra paciente está presentando un diagnóstico de Diabetes gestacional más embarazo de 39 semanas.

## **Modelos y teorías de enfermería.**

### **Dorothea Orem (Modelo de Autocuidado)**

Considero como fundamento teórico el modelo de autocuidado de Dorothea Orem, ya que su teoría se basa en el autocuidado como una necesidad humana en su propio beneficio, el rol de la enfermera es influir en las personas para el logro de su propio cuidado.

## **2.8 Seguimiento.**

Durante el transcurso de su hospitalización se aplicó los planes de cuidado que se le evidencio a la paciente, aplicamos nuestras intervenciones para poder mejorar su cuadro emergente que presento hasta el momento de su intervención quirúrgica, se obtuvo RN vivo con un peso de 4100 kg, se educó a la paciente sobre los cuidados que debe de tener tanto para su bebe como para ella, indicando que se realice controles de glicemia.

## **2.9 Observaciones.**

Se realizó cesárea para la extracción del producto ya que se consto que era macrosomico, y el motivo por el cual ingreso la paciente fue por trabajo de parto.

Se logró el restablecimiento de los niveles de la glucosa y se dio a conocer a la paciente el tratamiento que debe seguir en su domicilio.

Se informó a la paciente y a los familiares sobre sus posibles complicaciones y riesgos que pudo haber presentado, y que debería de tomar en cuenta en caso de que decidiera tener otro embarazo.

## CONCLUSIONES

- De acuerdo a la aplicación del proceso de atención de enfermería a la gestante sujeto de estudio, se puede concluir que se consigue una descripción cualitativa de la diabetes gestacional, logrando profundizar en el conocimiento de la patología a partir de la experiencia directa de enfermería y el trabajo de investigación documental con evidencia científica.
- La valoración inicial, continua, generalizada y focalizada para enfermería constituye una herramienta útil capaz de captar la realidad de la situación de salud que vive el usuario, igual que para la identificación de las respuestas humanas prioritarias de la gestante y su familia.
- El diagnóstico de enfermería representó la base a los problemas suscitados para dar paso y priorizar la elaboración de intervenciones oportunas de acuerdo a las necesidades de la paciente.
- Los resultados que se obtuvieron al término del trabajo fueron favorables pues a través de las intervenciones se evitó el agravamiento del cuadro clínico, teniendo una intervención quirúrgica satisfactoria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artavia, D. A., & Vaglio, D. R. (2019). Lo nuevo en diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus gestacional. *Revista Medica Sinergia*, 14.
- Barcelona., H. C. (30 de Octubre de 2018). *Medicina Fetal Barcelona*.  
Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/diabetes%20gestacional.pdf>
- CAMPO, M. C. (2008). Factores de riesgo para Diabetes Gestacional en poblacion obstetrica. *Revista CES Medicina*, 12.
- DOMINGUEZ, V. (2016). Incidencia y factores clínicos de riesgo de diabetes mellitus en mujeres con diabetes gestacional previa. *Gineclogia y Obstetricia de Mexico*, 1.
- GARCIA, V. F. (2019). Diabetes gestacional: implementación de una guía para su detección en la atención primaria de salud. *Revista Medica de Chile*.
- Gracia, P. V. (2017). Diabetes gestacional: conceptos actuales. *Ginecol Obstet Mex*, 11.
- MOLINA, R. T. (04 de Marzo de 2019). *Scielo*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147n2/0717-6163-rmc-147-02-0190.pdf>
- MORENO, J. M. (2016). Dieta mediterránea y diabetes gestacional. *Nutricion cclinica en medicina*, 14.
- PARODI, K. (Junio de 2016). Diabetes y Embarazo. 6. Obtenido de <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2016/pdf/RFCMVol13-1-2016-5.pdf>
- Touchie, D. H. (2015). Diabetes gestacional:. En J. D. Endocrinología, *FASCÍCULO DIABETES* (pág. 6). Cucuta: Comité Editorial Fascículo Diabetes.
- VIGIL, P. (2017). Diabetes gestacional: conceptos actuales. *Ginecol Obstet Mex*, 11.



**ANEXOS**



