



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA**

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO A PACIENTE CON
DIABETES GESTACIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA: ANA MARÍA GUTIÉRREZ NAVA
NÚMERO DE CUENTA: 40212128 – 0**

**DIRECTORA DEL TRABAJO
MAESTRA MARÍA MAGDALENA MATA CORTES**

MÉXICO D.F., MARZO 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCION | 4 |
| 2. OBJETIVOS | 5 |
| 2.1 OBJETIVO GENERAL | |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS | |
| 3. MARCO TEORICO | 6 |
| 3.1 EVOLUCION DE LAS TEORIAS | |
| 3.2 NIVELES DE DESARROLLO DE LAS TEORIAS | 7 |
| 3.3 PERSPECTIVA HISTORICA DE LAS TEORIAS DE ENFERMERIA | 7 |
| 3.4 EL CUIDAR HUMANO | 9 |
| 3.5 TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON | 10 |
| 3.6 NIVELES DE DEPENDENCIA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON | 13 |
| 3.7 EL PROCESO DE ENFERMERIA | 14 |
| 4. METODOLOGIA | 17 |
| 5. PRESENTACION DEL CASO CLINICO | 18 |
| 5.1 VALORACION DE ENFERMERIA | 19 |
| 5.2 PLANIFICACION | 22 |
| 5.3 EJECUCION Y EVALUACION | 23 |
| 6. PLAN DE CUIDADOS DOMICILIARIOS | 40 |
| 7. CONCLUSIONES | 43 |
| 8. BIBLIOGRAFIA | 44 |
| 9. ANEXOS | 46 |

1. INTRODUCCION

El proceso de atención de enfermería permite una aplicación universal del cuidado de la salud de los individuos, familia y comunidad, en este caso en particular esta metodología permite analizar, aplicar y evaluar los elementos teóricos y metodológicos del proceso de enfermería en una situación concreta para ofrecer un cuidado integral a la usuaria embarazada con diabetes gestacional dado que hay un incremento del riesgo de muerte fetal y neonatal cuando la madre padece diabetes gestacional, pero este riesgo disminuye con un tratamiento efectivo y la vigilancia de la madre y el feto.

En el empleo del proceso de enfermería influyeron las opiniones, conocimientos y habilidades del profesional de enfermería y la interacción del profesional de enfermería con la usuaria. Los conocimientos y habilidades son los medios que permiten; obtener datos, determinar su importancia, desarrollar actuaciones que favorezcan una atención de enfermería individualizada, evaluar la eficacia del plan de cuidados e iniciar cambios que garanticen que la usuaria recibe una atención integral de calidad

Para el abordaje de este tema, se incluye un capítulo que menciona someramente la evolución de las teorías de enfermería, continuando con una breve reseña de la teoría de Virginia Henderson, la mención de las etapas de proceso de atención de enfermería, concluyendo con la presentación del plan de cuidados para una usuaria un problema interdependiente (diabetes gestacional) y un plan de seguimiento en el hogar.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Aplicar la metodología del proceso de atención de enfermería en el cuidado de una usuaria con embarazo de alto riesgo, en una unidad médica de alta especialidad

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Valorar las necesidades o problemas de la usuaria a través de la metodología propuesta por Virginia Henderson
- Planear los cuidados de enfermería en función de cada juicio clínico, formulando los objetivos correspondientes y la prioridad de la intervención
- Otorgar atención de enfermería individualizada e integral a una usuaria con embarazo de alto riesgo abordando problemas reales y potenciales
- Evaluar con juicio crítico comparativo el progreso de la usuaria en función de los resultados obtenidos a través de analizar la eficacia de las intervenciones de enfermería

3. MARCO TEORICO

3.1 EVOLUCION DE LAS TEORIAS

La enfermería como profesión necesariamente refleja las cualidades de la cultura y contexto en la que se desarrolla. Dentro de este contexto, la solución de los problemas de salud requiere una metodología, que aporte la sistematización específica e indispensable para el cumplimiento de la meta de salud. La enfermera como integrante del equipo de salud, tradicionalmente participaba en acciones de naturaleza médica. Este hecho subordinó a la enfermería como una actividad auxiliar de la medicina, condicionó el nivel profesional de sus practicantes y limitó su categoría de disciplina científica¹.

Aunque la profesión enfermera es tan antigua como la vida misma, no es hasta partir de Florence Nightingale (1821-1910) cuando a esta empieza a denominársele «enfermería moderna», estableciendo las pautas de acción de lo que las enfermeras deben ser y hacer.

A partir de la reforma Nightingale, adoptada en muchos hospitales y Universidades de todo el mundo, y gracias al avance de todas las disciplinas científicas, las investigadoras en enfermería iniciaron la formulación de modelos conceptuales, como un primer intento por definir la contribución específica de las enfermeras como miembros del equipo de salud. Estas aportaciones han permitido desarrollar una base de conocimientos que proyecta una explicación más completa y autónoma de la función y actividad de la enfermería ante este equipo multiprofesional.

Las teorías son una serie de conceptos relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. Pueden empezar como una premisa no comprobada (hipótesis) que llega a ser una teoría cuando se verifique y se sustente o puede avanzar de forma más inductiva².

Las teorías son verificadas y validadas a través de la investigación y proporcionan una orientación para esa investigación.

Las teorías deben reunir, al menos, las siguientes características:

- Deben ser lógicas, relativamente simples y generalizables.

- Deben estar compuestas por conceptos y proposiciones.

- Deben relacionar conceptos entre sí.

- Deben proporcionar bases de hipótesis verificables.

- Deben ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos.

- Pueden describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos, predecir o provocar un fenómeno deseado.

- Pueden y deben ser utilizadas por la enfermería para orientar y mejorar la práctica.

¹ Kérouak S. et al. El pensamiento enfermero. MASSON, SA.

² Marriner Tomey. A. M. Modelos y teorías de enfermería. 5ª edición

3.2 NIVELES DE DESARROLLO DE LAS TEORÍAS

1. Las Metateoría: se centra en aspectos generales, incluyendo el análisis del propósito, el tipo, la propuesta y la crítica de fuentes y métodos para el desarrollo de la teoría
2. Los Metaparadigmas: son de contenido abstracto y de ámbito general; intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios clave (por ejemplo la Teoría General de Enfermería de Orem o el Modelo de la Adaptación de Roy)
- 3 Las Teorías de Medio Rango tienen como objetivo fenómenos o conceptos específicos, tales como el dolor y el estrés; son de ámbito limitado, pero lo suficientemente generales como para estimular la investigación.
4. Las Teorías Empíricas se dirigen al objetivo deseado y las acciones específicas necesarias para su realización, son definidas brevemente³.

3.3 PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA⁴

(Desde 1860 a 1959)

1. En 1860, **Florence Nightingale** desarrolló su “Teoría del Entorno”, en 1952 funda la revista “*Nursing Research*”.
2. En 1952, **Hildegard Peplau** publica su “Modelo de Relaciones Interpersonales”, “*Interpersonal Relations in Nursing*”
3. En 1955, **Virginia Henderson** publica “*Definition of Nursing*”.
4. A mediados de los cincuenta, el Teachers College, de la Universidad de Columbia, de la ciudad de Nueva York, comenzó a ofrecer programas doctorales y de experto sobre educación y administración en enfermería, que desemboca en la participación de los estudiantes en el desarrollo y la comprobación de las teorías

(Desde 1960 a 1969)

1. La Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, de New Haven, Connecticut, definió la enfermería como un proceso, interacción y relación.
2. El gobierno de los Estados Unidos consolida los programas de doctorado y experto en enfermería.
3. En 1960, **Faye Abdellah** publica su “Teoría de Tipología de los problemas de Enfermería”.
4. En 1961, Ida Orlando publica su “Teoría del proceso Deliberativo”.
5. En 1962, **Lydia Hall** publica su “Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación”.
6. En 1964, **Ernestine Wiedenbach** dá a conocer su “Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería Clínica”.
7. En 1966, **Myra Levine** propone su “Modelo de la Conservación”.
8. En 1969, **Doroty Johnson** publica el “Modelo de Sistemas Conductuales”.

³ Marriner Tomey. A. M. Modelos y teorías de enfermería. 5ª edición

⁴ <http://www.seapremur.com/Documentos/a-vuela-pluma-por-nuestra-historia.htm.39k> (recuperado 11 octubre 2005)

(Desde 1970 a 1979)

1. En 1970, **Martha Rogers** publica su “Modelo de los Seres Humanos Unitarios”.
2. En 1971, **Dorothea Orem** publica su “Teoría General de la Enfermería”.
3. En 1971, **Imogene King** publica la “Teoría del Logro de Metas”.
4. En 1972, **Betty Neuman** publica su “Modelo de Sistemas”.
5. En 1976, la Hermana **Callista Roy** publica su “Modelo de Adaptación”.
6. En 1978, **Madeleine Leininger** publica su “Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales”.
7. En 1979, **Jean Watson** publica su “Teoría del cuidado Humano”.

(Desde 1980 a 1986)

1. En 1980, **Evelyn Adam** publica su “Modelo Conceptual de Enfermería”.
2. En 1980, **Joan Riel-Sisca** publica su “Modelo de Interaccionismo Simbólico”.
3. En 1981, **Rosemary Rizzo Parse** publica su “Teoría del Desarrollo Humano”.
4. En 1982, **Joyce Fitzpatrick** publica su “Modelo de la Perspectiva de Vida”.
5. En 1983, **Kathryn Barnard** publica su “Modelo de Interacción Padre-Hijo”.
6. En 1983, **Helen Erickson, Evelyn Tomlin y Mary Ann Swain** publican su “Teoría Modelación del Rol”.
7. En 1984, **Patricia Benner** publica su “Modelo del Aprendiz al Experto”.
8. En 1985, **Ramona Mercer** publica su “Teoría del Talento para el Papel Materno”.
9. En 1986, **Margaret Newman** publica su “Teoría de la Salud”.

3.4 EL CUIDAR HUMANO

La historia natural de la evolución de la enfermería retoma el concepto del cuidar humano, desde la propia esencia de la necesidad de la persona de procurar sus cuidados para la salud y la vida propia y la de los suyos.

Este bien del ser humano, que es saberse cuidar y mantener la vida y la supervivencia, surge del propio entorno de la vida del ser humano en cada una de sus etapas de desarrollo y en cada circunstancia de salud y de vida, como una realidad a lo largo de toda la historia del hombre y de la humanidad.

De la naturaleza del cuidar humano surge el contexto teórico del conocimiento enfermero como ciencia propia. La enfermera cuida de las personas donde viven, ayudándoles, enseñándoles o sustituyéndolas en el cuidado de sí mismas cuando no tienen el conocimiento, la voluntad o la fuerza necesarias y requieren cuidado profesional.

La evolución más reciente a lo largo del siglo que acaba de terminar, con la expansión y el avance de la investigación tecnológica en el cuidado médico y de la salud incorpora el concepto del cuidado tecnológico que se diferencia por su complejidad técnica y que sin perder su razón humana, incorpora la tecnología del cuidado en el saber enfermero.

Se estructuran los cuidados en instituciones cerradas en donde se concentra la alta tecnología. En esta época adquiere relevancia el cuidado técnico como valor dominante en la sociedad de la época, quedando relegado a un segundo plano el factor humano del cuidado a las personas. Se acentúan las funciones delegadas en detrimento de la esfera propia de la profesión: los CUIDADOS.

Desde la mitad del pasado siglo en donde aparecen las primeras aportaciones a los modelos conceptuales de enfermería, en un intento de aproximación al campo de una ciencia emergente, se centra el conocimiento enfermero en el estudio del cuidar. La demanda esencial se centra en la necesidad de la investigación para el desarrollo del conocimiento enfermero y su aplicación en la práctica de la enfermería.

Collière afirma que: cuidar ha sido considerado como banal y accesorio ante la emergencia de la medicina científica o se confunde con la aplicación de los tratamientos a los que ha sido asimilado, como auxiliar del médico. El arte de cuidar no nació de la enfermedad sino como la necesidad de asegurar la continuidad de la vida⁵.

El objetivo de los cuidados no es la enfermedad, sino todo lo que ayuda a vivir. Los tratamientos enfocados hacia la enfermedad, no pueden sustituir a los cuidados, curar no puede reemplazar a cuidar.

Dentro de cualquier sistema de cuidados de salud «La necesidad básica de un paciente enfermo es la necesidad de unos cuidados personalizados». Nadie pone en duda que tales cuidados corresponden principalmente al rol de la enfermera y nadie mantendría que este rol es algo nuevo. La enfermería ha evolucionado como respuesta a una necesidad, la necesidad del cuidado de los enfermos.

⁵ Colliere. F. Cuidado Enfermero. "Promover la vida". Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. España. 2000

3.5 TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921, su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial. Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica.

En 1955 publicó su "Definición de Enfermería", en 1966 perfiló su Definición en el libro: "The Nature of Nursing".

METAPARADIGMA.

Persona: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar un salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad, influible por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

Entorno: Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera. La salud puede verse afectada por factores físicos (aire, temperatura, sol, etc.) y personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia)

Salud: La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow; siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura), dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales), dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias) y tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender)⁶.

Enfermería: Define a la enfermería como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. La enfermería ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible. Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito.

Los elementos más importantes de su teoría son: La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz, introduce o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud, identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros".

⁶ Marriner Tomey. A.M. Modelos y Teorías de Enfermería. Quinta edición 2002

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1º.- Oxigenación (Respirar con normalidad).
- 2º.- Nutrición e hidratación (Comer y beber adecuadamente).
- 3º.- Eliminación (Eliminar los desechos del organismo).
- 4º.- Termorregulación (Mantener la temperatura corporal).
- 5º.- Moverse y mantener una buena postura (Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada)
- 6º.- Descanso y sueño (Descansar y dormir).
- 7º.- Usar prendas de vestir adecuadas (Seleccionar vestimenta adecuada).
- 8º.- Higiene y protección de la piel (Mantener la higiene corporal).
- 9º.- Evitar peligros (Evitar los peligros del entorno).
- 10º.- Comunicarse (Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones).
- 11º.- Vivir según sus creencias y valores (Ejercer culto a Dios, acorde con la religión).
- 12º.- Trabajar y realizarse (Trabajar de forma que permita sentirse realizado).
- 13º.- Jugar y participar en actividades recreativas (Participar en todas las formas de recreación y ocio).
- 14º.- Aprendizaje (Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud)⁷.

Estas 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos , que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital , incidiendo en ellas factores físicos , psicológicos o sociales .

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables: estados patológicos:

- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.

⁷ Marriner Tomey. A.M. Modelos y Teorías de Enfermería. Quinta edición 2002

- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera. Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Según el planteamiento de Virginia Henderson son útiles de considerar las siguientes definiciones:

Independencia: es la consecución de un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades de la persona, que adopta en función de su estado, comportamientos apropiados o que realiza por sí misma algunas acciones sin ayuda ajena

Dependencia: incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma, sin ayuda las acciones que le permitirían, en función de su estado alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades

Homeostasis: Equilibrio de los parámetros biológicos frente a las modificaciones del medio exterior

Necesidad: es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo ⁸

⁸ Fernández Ferrin C. et al "El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería". Ed. Masson. Barcelona. 1995

3.6 NIVELES DE INDEPENDENCIA SEGÚN V. HENDERSON⁹

| | | |
|----------------|---|----------------------|
| Nivel 0 | La persona satisface por sí misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasis. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda | INDEPENDENCIA |
| Nivel 1 | La persona necesita a alguien para que le enseñe como hacer para conservar o recuperar su homeostasis para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda | DEPENDENCIA |
| Nivel 2 | La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis | |
| Nivel 3 | La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento pero no puede participar mucho en ello | |
| Nivel 4 | La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento y apenas puede participar en ello | |
| Nivel 5 | La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento y no puede de ningún modo participar en ello | |

⁹ Phaneuf, Margot. La De Marche Scientifique. Ed. Mc Graw Hill. 1985

3.7 EL PROCESO DE ENFERMERIA

La sistematización de los conocimientos enfermeros en torno a la idea del método científico, denominado **Proceso de Enfermería**, es uno de los avances más significativos en la disciplina de enfermería, ya que corresponde a un método universal de trabajo. El propio proyecto utiliza el proceso de enfermería como núcleo de su metodología para la identificación de intervenciones enfermeras asociadas a los grupos de diagnósticos relacionados (GDR).

El proceso de enfermería, actualmente, está organizado en cinco fases identificables¹⁰:

1. Valoración

Primera fase del proceso de enfermería, es un proceso organizado y sistemático que se centran en la obtención de información relacionada con el usuario, el sistema cliente/familia o la comunidad, con la finalidad de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del usuario. Esta fase consta de dos componentes; recolección y documentación de los datos.

Al ser la valoración el inicio del proceso, se describen algunas directrices para reforzar su importancia como la fase clave para los siguientes pasos del proceso de enfermería:

- 1) En la recogida de datos se deben establecer prioridades entre los datos, según las necesidades del usuario
- 2) Los datos deben reunirse mediante técnicas adecuadas
- 3) Se debe hacer participar a los usuarios, a los familiares del usuario y a otros miembros del equipo de salud, cuando sea necesario
- 4) La recogida de datos debe ser el resultado de un proceso sistemático y continuo
- 5) Los datos deben documentarse de forma recuperable

2. Diagnóstico

La fase de valoración del proceso de enfermería proporciona la base para el proceso del diagnóstico una vez que los datos recogidos son organizados, analizados, interpretados y validados por el profesional de enfermería. El resultado del proceso de diagnóstico es el diagnóstico de enfermería (juicio crítico sobre las necesidades), que se convierte en el marco de referencia para las fases posteriores

El diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real, de riesgo o de estado de bienestar para el usuario de la atención que requiere intervención para solucionarlo

Un diagnóstico de bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto, un diagnóstico real, describe a un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen (signos o síntomas), un diagnóstico de riesgo describe un juicio sobre un individuo, familia o comunidad vulnerable de desarrollar un problema.

¹⁰ Iyer. Patricia. Et al. "Proceso y diagnóstico de enfermería" Mc Graw Hill Interamericana. Tercera edición. 1996

El enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, dependiendo del tipo, los de bienestar están formados por un solo enunciado, los de riesgo constan de dos elementos (el problema y los factores relacionados, los diagnósticos reales están conformados por tres elementos; el problema (etiqueta diagnóstica), los factores relacionados y las características definitorias (signos o síntomas)

3. Planificación

En esta fase, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería y consta de cuatro etapas:

- 1) Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados
- 2) Fijar resultados con el usuario para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas
- 3) Escribir las intervenciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos
- 4) Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las intervenciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados

4. Ejecución

La ejecución es el inicio y terminación de las intervenciones y acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los participantes de la atención del usuario. El plan de cuidados se utiliza como guía y el profesional de enfermería seguirá recogiendo datos relacionados con la situación del usuario y su interacción con el entorno, registrará, en los documentos adecuados, la atención del usuario y su respuesta a las intervenciones para evaluar la eficacia del cuidado.

Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

- 1) **Validar:** Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el usuario. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de las necesidades.
- 2) **Documentar** el plan de cuidados para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, debe permanecer por escrito y al alcance.
- 3) **Continuar con la recolección de datos** durante la ejecución continua, puede utilizarse como prueba para la evaluación del alcance de los objetivos y para establecer cambios en la atención.

5. Evaluación

Última fase del proceso de enfermería, determina el avance o cumplimiento de los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del usuario, establece medidas correctivas, si fuera necesario, y revisa el plan de cuidados.¹¹

La evaluación consta de tres etapas:

- 1) **La evaluación del logro de objetivos:** es un juicio sobre la capacidad del usuario para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo, su propósito es valorar si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma parcial, total o nula.
- 2) **Revaloración del plan:** Es el proceso de modificar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones con base en los datos que proporciona el usuario.
- 3) **La satisfacción del usuario atendido:** Se identifica la apreciación del usuario con relación a su cuidado.

Con fundamento en la definición de Yura y Walsh (1988) “el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de enfermería, mantener el bienestar óptimo del usuario y, si este estado se modifica, proporcionar la cantidad y calidad de la asistencia de enfermería que la situación exija para conducirlo de nuevo al estado de bienestar; en caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el proceso de enfermería debe contribuir a la calidad de vida del usuario, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor independencia posible y durante el mayor tiempo posible” . El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia o de la comunidad; consiste en una relación de interacción entre el usuario y el profesional de enfermería, con éste como centro de atención. El profesional de enfermería valida la valoración de las necesidades con el usuario y de forma conjunta utilizan el proceso de enfermería, lo que ayuda al usuario a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada que exige un enfoque deliberativo para la resolución de problemas, que requiere de habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales dirigidas a cubrir las necesidades del usuario, del sistema familiar o de la comunidad.

El método enfermero ha sido legitimizado como el sistema de la práctica de enfermería y ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería.

¹¹ Iyer. Patricia. Et al. “Proceso y diagnóstico de enfermería” Mc Graw Hill Interamericana. Tercera edición. 1996

4. METODOLOGIA

Una vez detectadas las necesidades y respuestas humanas de la usuaria mediante la valoración, se desarrollan las diferentes etapas del proceso atención de enfermería, analizando, organizando y priorizando los datos se procede a redactar los diagnósticos de enfermería que fundamentan la planificación del cuidado y permite formular los objetivos en conjunto con la usuaria para atender, prevenir o predecir problemas de salud reales o potenciales.

Considerando que los cuidados son flexibles para la realización de cambios con fundamento en la evolución o respuesta de la usuaria, se establece el plan de acción involucrando a todo el equipo de salud responsable de la usuaria durante su hospitalización; este plan contiene elementos encaminados a resolver la problemática detectada brindando asistencia, educación y vigilancia continua, así como la ejecución oportuna de las intervenciones independientes y dependientes.

El plan de cuidados contempla los diagnósticos de enfermería (problema, factores relacionados y características definitorias), objetivos de atención, intervenciones y actividades con las especificaciones estandarizadas o individualizadas sobre los cuidados enfermeros en la práctica clínica, en este instrumento se plantea un criterio didáctico que considera la fuerza metodológica que posee el proceso de atención de enfermería ante problemas reales o potenciales; incluye el seguimiento, la vigilancia y control continuado del estado de salud para la detección y predicción de riesgos, así como las acciones necesarias que garanticen la colaboración del resto del equipo de salud en la prescripción y ejecución de los cuidados adecuados que lleven a la usuaria a la recuperación máxima de su autonomía para que adquiera o mantenga conductas de protección de la salud, mediante una comunicación abierta y fluida, poniendo atención a lo que dice la usuaria, cómo lo dice y el contenido emocional, la educación para la salud debe responder a las necesidades de la cliente, tomando en cuenta la información previa que posee, sus experiencias previas y expectativas de vida, resaltando los beneficios de la información para la conservación o recuperación de la autonomía, economía, bienestar familiar y social, con empatía en sus valores, normas de conducta y creencias.

5. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Nombre: M.U.L Edad: 29 años Peso: 63 Kg. Talla: 1.52 m

Sexo: Femenino Escolaridad: Secundaria Procedencia: Huehuetoca, Hgo

Diagnóstico médico: Diabetes gestacional 28 – 29 SDG Gesta III A 1 C1

Usuaría femenina de 29 años de edad, casada con 9 años de relación, vive con su esposo y su hija de 4 años, originaria y residente de Huehuetoca estado de Hidalgo, fecha de nacimiento 14 de abril de 1974, nivel de educación: secundaria la paciente no manifiesta problemas de aprendizaje, prefiere leer que escribir, conoce las posibilidades de fuentes de apoyo de su comunidad y reconoce que el aprendizaje le ayuda a identificar y resolver problemas de salud (refiere que sobretodo durante este embarazo ha aprendido mas sobre la salud de la mujer que en todos sus años de vida)

Refiere haberse embarazado en tres ocasiones; el primer embarazo hace 8 años termino en aborto y desconoce las causas, el segundo embarazo hace 4 años con cesárea, obteniéndose un producto de sexo femenino de 37 semanas de gestación con un peso de 4 200 Kg. y talla de 53 cm. Muestra disposición para conocer la evolución del embarazo y demanda información sobre su estado de salud.

5.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Márquez Ugalde Lina Edad: 29 años Peso: 63 Kg. Talla: 1.52 m
Fecha de nacimiento: 14 de abril de 1974 Sexo: femenino Ocupación: ama de casa
Escolaridad: Secundaria Fecha de admisión: 29/09/2005 Hora: 11:45 h
Procedencia: Huehuetoca, Hgo Fuente de información: la paciente (directa)
Miembro de la familia/ persona significativa: Madre y esposo

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BASICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

- Frecuencia respiratoria: 20 por minuto
- Frecuencia cardiaca: 82 por minuto
- Coloración de piel normal
- Sin datos de cianosis ni compromiso respiratorio
- Llenado capilar de 3 segundos

NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Dieta habitual antes de la gestación con alto aporte de carbohidratos en número de tres comidas al día, desde su diagnóstico de diabetes; dieta para diabético fraccionada en quintos, niega trastornos digestivos.

Presento glucosurias en más de una ocasión y glucemias capilares aumentadas (motivo de su hospitalización)

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales irregulares (evacua el intestino cada tercer día), heces formadas de características normales, orina diluida (color amarillo pálido) 8 a 10 veces al día, niega padecimientos agregados como hemorroides, dolor al orinar o defecar y hace uso ocasional de laxantes, no manifiesta alteraciones del patrón de eliminación ante las emociones.

Abdomen globoso a expensas de gestación de 28-29 semanas, peristaltismo presente, sin alteraciones.

NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

No refiere molestia ante los cambios de temperatura, camina 30 minutos durante la mañana y descansa 20 minutos dos veces al día; prefiere la temperatura templada. Piel turgente sin datos de sudoración, el ambiente se mantiene neutro.

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Capacidad física cotidiana afectada por el embarazo y refiere cansancio a mitad de la mañana y a mitad de la tarde, reposa 20 minutos por la mañana y 20 minutos por la tarde.

Estado del sistema músculo esquelético: fuerza conservada, tono, resistencia y flexibilidad sin problemas, su postura afectada por el embarazo, no requiere de ayuda para la deambulaci3n, no refiere dolor al movimiento, no se observa presencia de temblores y refiere preocupaci3n por sus hijos que est3n al cuidado de su mam3

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Descanso de 20 minutos entre las 13 y 14 h. y otro periodo entre las 17 y 18 h. duerme de 22 a 6 h., descansa cuarenta minutos durante el d3a y duerme 8 horas aproximadamente por la noche, no refiere insomnio y refiere que en ocasiones duerme durante los descansos diurnos y refiere sentirse descansada al levantarse

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

La paciente refiere que vestir ropa c3moda y de sus colores favoritos le levanta el animo, en este momento se siente incomoda por tener que vestir la ropa del hospital y adem3s solo dispone de un camis3n que ya no le es suficiente para cubrirse en su totalidad debido a lo abultado de su abdomen, habitualmente no requiere ayuda para la selecci3n de su vestuario.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCI3N DE LA PIEL

La paciente se baña diario habitualmente por la mañana, se lava los dientes al levantarse y despu3s de cada alimento, realiza lavado de manos antes de comer y despu3s de ir al baño, la paciente se observa aseada y aliñada.

Turgencia de la piel conservada, mucosas orales secas, cabello y uñas sin alteraciones

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

La familia de la paciente esta conformada por su esposo, una hija de 4 años y ella, las situaciones de urgencia le producen extremada angustia y requiere de la ayuda de su esposo para afrontarlas, refiere conocer las medidas de prevenci3n de accidentes en el hogar y en la v3a publica, se somete a un chequeo de salud anual y durante el embarazo ha acudido a todas sus citas de control, conoce y realiza las actividades de control peri3dico de la salud de su hija en la unidad de medicina familiar.

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicaci3n, vivir seg3n sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y aprendizaje

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Estado civil: casada Años de relaci3n: 9 años vive con: su esposo y su hija de 4 años.

Preocupaciones por: el cuidado de su hija durante su permanencia en el hospital.

Personas que pueden ayudar: su esposo y la mam3 de la paciente.

Comunica sus problemas debido a su estado de salud con su esposo, su mam3 y sus hermanas.

Pasa sola el mayor tiempo del día, su esposo la visita por las tardes, sus hermanas algunas veces por la mañana y su mamá ocasionalmente (debido a que la mamá es quien cuida de su hija), la paciente se muestra muy sociable con el equipo de salud, se expresa con claridad, no refiere alteraciones de la visión ni de audición, se observa muy animada durante la visita familiar.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Creencia religiosa: católica la cual no le genera conflictos personales, los principales valores personales de la familia son: comunicación y honestidad. Se observa en su buró una imagen religiosa y un libro de oraciones.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

La paciente no trabaja fuera de casa y refiere satisfacción por su rol familiar, se observa bien orientada y con estado emocional calmado.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: lectura y le agrada tejer y bordar, refiere que le gusta ir al cine y que su localidad dispone de un cine, regularmente juega con su hija.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Nivel de educación: secundaria la paciente no manifiesta problemas de aprendizaje, prefiere leer que escribir, conoce las posibilidades de fuentes de apoyo de su comunidad y reconoce que el aprendizaje le ayuda a identificar y resolver problemas de salud (refiere que sobretodo durante este embarazo ha aprendido mas sobre la salud de la mujer que en todos sus años de vida)

Muestra disposición para conocer la evolución del embarazo y demanda información sobre su estado de salud.

No se identifican alteraciones nerviosas, se observa calmada y orientada en tiempo, lugar, persona y espacio.

5.2 PLANIFICACIÓN

| NECESIDAD DETECTADA | NECESIDAD JERARQUIZADA | OBJETIVO |
|---|--------------------------------------|--|
| OXIGENACIÓN | | |
| NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN | NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN | LA USUARIA MANTENDRA EL EQUILIBRIO NUTRICIONAL DURANTE LA GESTACION |
| ELIMINACIÓN | ELIMINACIÓN | LA USUARIA CONSERVARA EL EQUILIBRIO HIDRICO |
| TERMORREGULACIÓN | | |
| MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA | MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA | LA USUARIA REALIZA ACCIONES INDEPENDIENTES PARA MANTENER LA ALINEACIÓN CORPORAL SIN MOSTRAR DATOS DE DISTENSIÓN ESQUELÉTICA |
| DESACANSO Y SUEÑO | DESACANSO Y SUEÑO | LA USUARIA MOSTRARA MAYOR TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD FISICA |
| USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS | | |
| HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL | HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL | LA USUARIA MANTENDRA LA INTEGRIDAD DE LA MUCOSA ORAL Y PERMANECERA SIN DATOS DE INFECCION LA USUARIA CONSERVARA LA PIEL SIN DATOS DE PERDIDA DE SOLUCION DE CONTINUIDAD |
| EVITAR PELIGROS | | |
| COMUNICARSE | COMUNICARSE | LA USUARIA IDENTIFICARA LOS MECANISMOS DE APOYO CON QUE CUENTA EN SU FAMILIA Y EQUIPO DE SALUD |
| VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES | | |
| TRABAJAR Y REALIZARSE | | |
| JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS | | |
| APRENDIZAJE | | |

5.3 EJECUCIÓN

El presente plan de atención de enfermería fue diseñado con base en el modelo conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson:

La jerarquización de las necesidades se llevo a cabo con la misma propuesta de Henderson en su guía de valoración y se validó según el modelo de Maslow, modificado por Kalish, retomando primordialmente las necesidades de supervivencia (alimentos, aire, agua, temperatura, eliminación, descanso y dolor) y se integran las etapas de ejecución y evaluación.

NECESIDAD: NUTRICIÓN E HIDARTACIÓN
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA POTENCIAL

Riesgo de desequilibrio nutricional (por exceso) relacionado con patrones alimentarios disfuncionales

OBJETIVO: LA USUARIA MANTENDRA EL EQUILIBRIO NUTRICIONAL DURANTE LA GESTACION

| INTERVENCIONES | | EVALUACION |
|---|--|--|
| INDEPENDIENTES | INTERDEPENDIENTES | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las preferencias de comida de la paciente • Vigilar tendencias de perdida o ganancia de peso • Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento • Fomentar el aumento de ingesta de proteína, hierro y vitamina C • Proporcionar un sustituto de azúcar, cuando resulte oportuno • Comprobar la ingesta registrada para vigilar el contenido nutricional y calórico • Pesar a la paciente a intervalos semanales • Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación • Observar el ambiente en el que se produce el acto de comer • Programar el tratamiento y los procedimientos en horarios diferentes a los de alimentación • Observar presencia de nausea o vómitos • Vigilar niveles de energía, malestar, fatiga o debilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Determinar – en colaboración con la dietista, si procede- el tipo de dieta para satisfacer los requerimientos de alimentación • Colaborar en los procedimientos de diagnostico fetal (ultrasonografía, doppler, etc.) | <p>La paciente conserva el estado nutricional adecuado</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Observar si hay palidez, enrojecimiento o sequedad del tejido conjuntivo• Observar el color y humedad de la lengua• Disponer condiciones ambientales optimas a la hora de las comidas• Proporcionar dieta fraccionada• Comprobar la perfusion tisular• Observar el patrón de eliminación• Comprobar la función gastrointestinal• Comparar frecuentemente el estado actual con el estado previo para detectar mejorías o deterioros de la condición de la paciente• Vigilar la frecuencia cardiaca fetal• Verificar los movimientos fetales• Analizar las indicaciones medicas junto con el estado de salud de la paciente para garantizar la seguridad en su cumplimiento• Preguntar frecuentemente a la paciente por la percepción del estado de salud• Observar la capacidad de la paciente para realizar las actividades con independencia | | |
|---|--|--|

NECESIDAD: NUTRICIÓN E HIDARTACIÓN
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA POTENCIAL

Riesgo de alteración metabólica relacionada con intolerancia a la glucosa

OBJETIVO: LA USUARIA CONSERVARA CIFRAS DE GLUCOSA EN LIMITES NORMALES

| INTERVENCIONES | | EVALUACION |
|---|---|--|
| INDEPENDIENTES | INTERDEPENDIENTES | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Revisar el historial obstétrico para identificar los factores de riesgo (glucosuria en dos controles sucesivos, macrosomía fetal, según estudio ecográfico) • Vigilar los niveles de glucosa en sangre • Observar los signos de la hiperglucemia (poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas) • Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina • Vigilar presión sanguínea ortostática y pulso • Potenciar la ingesta oral de líquidos • Administrar insulina, según prescripción • Realizar balance hídrico • Instruir a la paciente y sus familiares en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia • Registrar niveles de glucosa en sangre con controles semicuantitativos (destrostix) • Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación • Controlar periódicamente presión sanguínea, | <ul style="list-style-type: none"> • Restringir el ejercicio cuando los niveles de glucosa en sangre sean > 250 mg/dl, especialmente si hay cuerpos cetónicos en la orina | <p>La paciente mantiene niveles de glucosa en sangre en límites normales</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>pulso, temperatura y estado respiratorio</p> <ul style="list-style-type: none">• Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea• Registrar la presión sanguínea mientras la paciente este acostada, sentada y de pie• Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia respiratoria (profundidad y simetría)• Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel• Observar el llenado capilar• Verificar frecuencia cardiaca fetal• Preguntar frecuentemente a la paciente por la percepción del estado de salud• Preguntar a la paciente por sus signos, síntomas o problemas con el feto• Explicar los resultados de las pruebas de diagnostico a la paciente• Comprobar la perfusion tisular• Vigilar la frecuencia cardiaca fetal• | | |
|--|--|--|

NECESIDAD: ELIMINACIÓN**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA POTENCIAL**

Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con aumento de glucosa en sangre manifestado por aumento de la frecuencia urinaria

OBJETIVO: LA USUARIA CONSERVARA LA PIEL Y LAS MUCOSAS HIDRATADAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

| INTERVENCIONES | | EVALUACION |
|---|---|--|
| INDEPENDIENTES | INTERDEPENDIENTES | |
| <ul style="list-style-type: none">• Vigilar los niveles de glucosa en sangre• Observar los signos de la hiperglucemia (poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas)• Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina• Registrar niveles de glucosa en sangre con controles semicuantitativos (destrostix)• Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación• Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática)• Observar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo frecuencia, consistencia, olor, volumen y color• Explicar a la paciente los signos y los síntomas de infección del tracto urinario• Obtener mediciones semicuantitativas de glucosa (labstix)• Realizar control de líquidos | <ul style="list-style-type: none">• Toma de muestras de sangre para estudios de química sanguínea | La usuaria no presenta datos de deshidratación |

NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA POTENCIAL

Deterioro de la deambulación relacionada con aumento de peso manifestado por balanceo postural lateral durante la marcha

OBJETIVO: LA USUARIA CONSERVARA LA ALINEACIÓN CORPORAL

| INTERVENCIONES | | EVALUACION |
|--|---|---|
| INDEPENDIENTES | INTERDEPENDIENTES | |
| <ul style="list-style-type: none">• Recomendar el uso de ropa cómoda• Proporcionar un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones• Ayudar a la usuaria a realizar los ajustes corporales antes de la deambulación• Instruir a la usuaria sobre técnicas de deambulación seguras• Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandilla)• Evaluar el nivel actual de la usuaria de ejercicio y conocimiento de la actividad / ejercicio recomendable• Informar a la usuaria acerca de las actividades apropiadas en función de su estado físico• Enseñar a la usuaria a palparse el útero durante el ejercicio para detectar la presencia de contracciones y a parar si estas se producen• Enseñar a la usuaria a utilizar la mecánica corporal• Observar a la usuaria mientras deambula• Proporcionar información sobre los cambios | <ul style="list-style-type: none">• | La usuaria realiza acciones independientes para mantener la alineación corporal sin mostrar datos de distensión esquelética |

| | | |
|--|--|--|
| <p>en la estructura musculoesquelética relacionados con el embarazo</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar una valoración global de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, recambio capilar, color y temperatura)• Aplicar modalidades de terapia de compresión (vendajes de corta extensión)• Animar a la paciente a realizar ejercicios de series de movimientos pasivos o activos, en especial de las extremidades inferiores, mientras este acostada• Verificar el uso de calzado cómodo y a la medida• Enseñar a la paciente el cuidado de los pies y uñas• Observar las extremidades para identificar calor, enrojecimiento, dolor o edema• Ayudar a la paciente a identificar sus preferencias sobre las actividades que puede realizar durante su estancia en el hospital | | |
|--|--|--|

NECESIDAD: DESCANSO Y SUEÑO**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL**

Fatiga relacionada con alteraciones metabólicas manifestado por expresión verbal de falta de energía para mantener el nivel habitual de actividad física

OBJETIVO: LA USUARIA MOSTRARA MAYOR TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD FISICA ANTES DEL ALTA

| INTERVENCIONES | | EVALUACION |
|--|---|---|
| INDEPENDIENTES | INTERDEPENDIENTES | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los niveles de glucosa en sangre • Observar los signos de la hiperglucemia (poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas) • Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina • Vigilar presión sanguínea ortostática y pulso • Registrar niveles de glucosa en sangre con controles semicuantitativos (destrostix) • Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte de la usuaria • Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de su cansancio • Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados • Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria) • Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño de la usuaria • Limitar los estímulos ambientales (luz y ruido) para facilitar la relajación durante el | <ul style="list-style-type: none"> • Restringir el ejercicio cuando los niveles de glucosa en sangre sean > 250 mg/dl, especialmente si hay cuerpos cetónicos en la orina • Administrar insulina, según prescripción • Consultar con la dietista la forma de aumentar la ingesta de alimentos energéticos | <p>La paciente conserva cifras de glucosa normales</p> <p>La paciente refiere verbalmente mayor sensación de bienestar durante los periodos de descanso/sueño</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>descanso</p> <ul style="list-style-type: none">• Favorecer el reposo (aumentar el número de periodos de descanso)• Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad• Evitar la actividad inmediatamente después de la comidas• Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación• Evitar actividades de cuidados durante los periodos de descanso programados• Instruir a la usuaria a reconocer los síntomas y signos de fatiga que requieran una disminución de la actividad• Determinar el esquema de sueño/vigilia de la usuaria• Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo• Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño de la usuaria• Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en extremo• Favorecer el ambiente para el sueño (luz, ruido, cama y temperatura)• Animar a la usuaria a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al del sueño• Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales | | |
|---|--|--|

NECESIDAD: HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA POTENCIAL

Riesgo de infección relacionado con cambios en el Ph inducidos por hiperglucemia

OBJETIVO: LA USUARIA PERMANECERA SIN DATOS DE INFECCIÓN DURANTE LA GESTACIÓN

| INTERVENCIONES | | EVALUACION |
|--|---|--|
| INDEPENDIENTES | INTERDEPENDIENTES | |
| <ul style="list-style-type: none">• Instruir a la usuaria acerca de las técnicas correctas de lavado de manos• Poner en practica precauciones universales• Enseñar a la usuaria a obtener muestras de orina a mitad de la micción , si procede• Instruir a la paciente acerca de los signos y síntomas de infección• Vigilar los niveles de glucosa en sangre• Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina• Registrar niveles de glucosa en sangre con controles semicuantitativos (destrostix)• Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio• Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea• Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia respiratoria (profundidad y simetría)• Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel | <ul style="list-style-type: none">• Toma de muestras de laboratorio• Mantener la vigilancia obstétrica | La paciente conserva cifras normales de glucosa en sangre y no presenta datos de infección |

NECESIDAD: HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA POTENCIAL

Riesgo de deterioro de la mucosa oral r/c aumento de la glucosa en sangre

OBJETIVO: LA USUARIA CONSERVARA LA INTEGRIDAD DE LA MUCOSA ORAL SIN DATOS DE INFECCIÓN

| INTERVENCIONES | | EVALUACION |
|---|---|---|
| INDEPENDIENTES | INTERDEPENDIENTES | |
| <ul style="list-style-type: none">• Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación• Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática)• Establecer una rutina de cuidados bucales• Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral• Observar el color, brillo y la presencia de restos de alimentos en los dientes• Animar a la usuaria a lavarse la boca• Recomendar el uso de cepillo de dientes de cerdas suaves• Enseñar a la usuaria a cepillarse los dientes, las encías y la lengua• Verificar la ingesta adecuada de agua• Enseñar a la usuaria a tomar chicles sin azúcar para aumentar la producción de saliva y la limpieza de los dientes | <ul style="list-style-type: none">• | La paciente conserva niveles de glucosa en sangre en cifras normales y la mucosa oral integra e hidratada |

NECESIDAD: HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA POTENCIAL**

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración del estado metabólico

OBJETIVO: LA USUARIA CONSERVARA LA PIEL SIN DATOS DE PERDIDA DE SOLUCUIÓN DE CONTINUIDAD

| INTERVENCIONES | | EVALUACION |
|---|---|---|
| INDEPENDIENTES | INTERDEPENDIENTES | |
| <ul style="list-style-type: none">• Instruir a la usuaria acerca de las técnicas correctas de lavado de manos• Poner en practica precauciones universales• Fomentar una ingesta nutricional adecuada• Observar calor, color, pulso, textura, edema o ulceraciones en las extremidades• Observar si hay zonas de fricción o presión• Observar si hay zonas de decoloración o magulladuras en la piel• Observar si hay demasiada humedad o sequedad en la piel• Instruir a la usuaria acerca de los signos y síntomas de infección• Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edema en los pies• Secar cuidadosamente los espacios interdigitales• Limpiar las uñas• Instruir a la usuaria/familiar en la importancia del cuidado de los pies• Ofrecer una actitud positiva respecto de las actividades independientes de cuidados de | <ul style="list-style-type: none">• | La paciente conserva el equilibrio metabólico sin presentar datos de lesión cutánea |

| | | |
|--|--|--|
| <p>los pies</p> <ul style="list-style-type: none">• Comprobar el estado de hidratación de los pies• Observar si hay edema en piernas o pies• Enseñar a la usuaria a vigilar la temperatura de los pies con el dorso de la mano• Instruir a la usuaria acerca de la importancia de la inspección, especialmente si disminuye la sensibilidad• Cortar las uñas de los pies cuando estén blandas, con un cortaúñas y utilizando la curva del dedo como guía• Examinar si en las uñas hay espesor o descolorimiento• Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión• Recomendar que se explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos en busca de datos de enrojecimiento, tumefacción, calor, sequedad, maceración, sensibilidad y zonas abiertas.• Recomendar el lavado diario de los pies con agua caliente y jabón suave• Recomendar el secado completo de los pies, especialmente entre los dedos• Instruir a la paciente a hidratar diariamente la piel poniendo los pies en remojo con agua a temperatura ambiente, aplicando posteriormente una crema hidratante• Enseñara la técnica adecuada para arreglarse las uñas de los pies (cortar las uñas rectas, seguir el contorno del dedo y | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>limpiar el borde con una lima)</p> <ul style="list-style-type: none">• Instruir en el cuidado de cayos blandos (frotar suavemente con una toalla)• Realizar una valoración global de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, recambio capilar, color y temperatura)• Aplicar modalidades de terapia de compresión (vendajes de corta extensión)• Dar cambios de posición cada 2 horas• Animar a la usuaria a realizar ejercicios de series de movimientos pasivos o activos, en especial de las extremidades inferiores, mientras este acostada | | |
|--|--|--|

NECESIDAD: COMUNICARSE**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL**

Temor relacionado con amenazas de cambio en el estado de salud y una probable perdida del producto de la gestación manifestado por expresión verbal de preocupaciones concretas

OBJETIVO: LA USUARIA IDENTIFICARA LOS MECANISMOS DE APOYO CON QUE CUENTA EN SU FAMILIA Y EQUIPO DE SALUD

| INTERVENCIONES | | EVALUACION |
|--|--|---|
| INDEPENDIENTES | INTERDEPENDIENTES | |
| <ul style="list-style-type: none">• Comentar la experiencia emocional con la usuaria• Explorar con la usuaria las causas que desencadenan las emociones• Animar a la usuaria a que exprese sus sentimientos• Favorecer la conversación como medio para disminuir la respuesta emocional• Permanecer el mayor tiempo posible con la usuaria para promover la seguridad y reducir el miedo• Administrar masaje en la espalda y cuello, si la usuaria acepta• Escuchar con atención a la usuaria• Animar la manifestación de sentimientos y miedos• Ayudar a la usuaria a realizar una descripción realista de los sucesos que se avecinan (parto, puerperio, etc.)• Instruir a la usuaria sobre el uso de técnicas de relajación• Mostrar calma ante la usuaria• Responder a las preguntas sobre su salud y | <ul style="list-style-type: none">• Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico | La usuaria expresa verbalmente la disminución del temor |

| | | |
|---|--|--|
| <p>estado del bebé de una manera sincera</p> <ul style="list-style-type: none">• Ayudar a la usuaria a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado | | |
|---|--|--|

6. PLAN DE CUIDADOS DOMICILIARIOS

Las recomendaciones para el cuidado domiciliario deben incluir aspectos relacionados con la nutrición e hidratación, la higiene, el patrón de ejercicio y descanso y la identificación de signos de alarma para contribuir con la usuaria a asumir la responsabilidad de su independencia y actividades de la vida diaria

NUTRICION E HIDRATACION

- Proporcionar información a cerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas¹²
 - No hay una dieta diabética, sólo existe una nutrición adecuada
 - Los hidratos de carbono totales son mas importantes que su tipo
 - Es esencial una ingesta de hidratos de carbono todos los días y en cada comida y colación.
 - Se deben limitar las grasa saturadas y poliinsaturadas y los alimentos azucarados
 - Comer alrededor de la misma hora cada día
 - Comer alimentos de todos los grupos de alimentos
 - Controlar el tamaño de las raciones
 - Comer tentempiés sanos para prevenir la hipoglucemia
- Debe consumir una dieta balanceada, integrada por los tres grupos de alimentos:

Grupo I

En forma moderada proporcionan la energía necesaria para efectuar las actividades diarias y mantiene la temperatura del cuerpo (Cereales y tubérculos, avena, arroz, tortillas, pan integral)

Grupo II

Ayudan a formar o reponer todas las partes del cuerpo como huesos, músculos, sangre y forman defensas para combatir las infecciones (Garbanzo, habas, frijoles, carne de pollo, res, pescado, leche, huevo) combinar alimentos de origen animal con los de origen vegetal

Grupo III

Contienen vitaminas y minerales que intervienen en el desarrollo y buen funcionamiento del organismo (verduras y frutas)

- Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales
- Determinar – en colaboración con la dietista, si procede- el tipo de dieta para satisfacer los requerimientos de alimentación
- Recomendar la ingesta de abundantes líquidos (2 ó 3 litros al día)
- Fomentar técnicas seguras de preparación y conservación de los alimentos

¹² Harmon G. Manual de embarazo y parto de alto riesgo. 3ª edición. Mosby. Elsevier. 2002

HIGIENE E IMAGEN CORPORAL

- Baño general de preferencia de regadera, enfatizar sobre la limpieza de boca y pies
- Lavado de manos antes de comer, antes de preparar alimentos y después de ir al baño
- Vestir ropas cómodas
- Utilizar calzado cómodo, con tacón bajo para evitar accidentes al caminar o lesiones de la piel
- Recomendar el uso de ropa interior que contenga pero no comprima
- Se debe conseguir y mantener un peso corporal adecuado; reduce la hiperglucemia, la dislipidemia y la hipertensión
- Vaciar la vejiga cada 2 horas para prevenir infecciones

EJERCICIO/DESCANSO

- Evaluar el nivel actual de la paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad / ejercicio recomendable
- Informar a la paciente del propósito y los beneficios de la actividad / ejercicio
- Enseñar a la paciente a llevar un diario de ejercicios
- Informar a la paciente acerca de las actividades apropiadas en función de su estado físico
- Enseñar a la paciente a palpase el útero durante el ejercicio para detectar la presencia de contracciones y a para si estas se producen
- Advertir a la paciente acerca de los peligros de sobrestimar sus posibilidades
- Advertir a la paciente de los efectos del calor y del frío extremos
- Enseñar a la paciente una buena postura y la mecánica corporal
- Ayudar a la paciente a alternar correctamente los periodos de descanso y actividad
- Proporcionar información sobre los cambios en la estructura musculoesquelética relacionados con el embarazo
- La ingesta de agua antes, durante y después del ejercicio evita la deshidratación
- Si hay hipertensión o cetonuria, se debe limitar la actividad para disminuir las necesidades metabólicas¹³

¹³ Mc Closkey D. J. M. Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª edición. Elsevier. Mosby. 2004

IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA

- Acudir a revisión medica en caso de:
 - Presencia de glucosa en orina
 - Salida de liquido o sangre por la vagina
 - Presencia de fiebre o malestar general
 - Dolor abdominal; nauseas o vomito
 - Presentar aliento con olor a fruta
 - Ausencia de movimientos fetales

7. CONCLUSIONES

El proceso de enfermería permite proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales de la usuaria. El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre el usuario y el profesional de enfermería, con el usuario como centro de la atención. El proceso de atención de enfermería permite validar las observaciones, las intervenciones y los resultados en forma conjunta con la usuaria; esto le ayuda a enfrentar los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia integral e individualizada.

En la práctica real se observa que en el proceso de atención de enfermería, no siempre se termina una fase antes de pasar a la siguiente, las fases del proceso están interrelacionadas y son interdependientes. Los datos de la evaluación ofrecen información para las fases de diagnóstico y de planificación. De igual forma, el plan de cuidados sirve de guía para la fase de ejecución y determina los criterios para la evaluación¹⁴.

En este proceso de atención a una usuaria con diabetes gestacional, se aplicó un pensamiento crítico, producto de un proceso cognitivo que reconoce cada fase del método sumando criterios éticos para la formulación de los juicios clínicos y la responsabilidad profesional.

El proceso de atención de enfermería sustenta el cuidado y permite contribuir a la transformación de la práctica profesional y a la prestación de cuidados lógicos, racionales y sistemáticos sin perder de vista los componentes humanísticos.

¹⁴ P. W. Iyer. B .J. Tapchit. D. Bocchi – Losey. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª edición. Mc. Graw Hill. Interamericana. 1995

8. BILIOGRAFÍA

1. Durán Escribano M. Historia del cuidar enfermero. ROL de Enfermería 2000; 23(5): 376-379.
2. Santo Tomás M. Ser Enfermera hoy. ROL de Enfermería 2001.24(5). 385
3. Alberdi Castell RM. Sobre las concepciones de la Enfermería. ROL de Enfermería n.º 115. Marzo 1988; 25-30.
4. Collière MF. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. ROL de Enfermería 1999; 22(1): 27-31.
5. Benner P. Práctica progresiva en Enfermería. Barcelona. Ed Grijalbo 1987; 243.
6. R. L. Wesley (1997): Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana, México. (*)
7. Hernández Conesa Juana (1995): Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería, McGraw-Hill Interamericana, Madrid.
8. Nightingale Florence (1990): Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es?, Masson – Salvat Enfermería, Barcelona.
9. Kozier, Barbara, et.al. “Introducción a la Enfermería”. En Enfermería Fundamental I. Tr. Por Carlos J. Bermejo Ceja y otros, 4ª ed., Madrid, Interamericana. Mc. Graw- Hill, 1993 pp 2-20.
10. Colliere, M. Francoise. “Una nueva Enfermera”. En Promover la vida, Tr. Por Loreto Rodríguez, Madrid, Interamericana. Mc. Graw- Hill, 1993 pp 183-206.
11. Kozier, Barbara, et.al. “Marco Conceptual y Teoría de Enfermería” En Enfermería Fundamental I Tr. Por Carlos J. Bermejo Ceja y otros, 4ª ed., Madrid, Interamericana. Mc. Graw- Hill, 1993 pp 61-85.
12. Fernández Ferrin Carmen, et.al. El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de casos., Barcelona, Masson-Salvat, 1993 pp. 1-58.
13. Alfaro-Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica. Tr. María Teresa Luis Rodrigo. 3ª. ed.. Madrid, Mosby-Doyma 1996.

14. Wolf Lewis Luverne, "Técnicas de Evaluación" En Fundamentos de Enfermería, Tr. Arturo Apario Vázquez, 4ª, ed. México, Harla, 1992. pp. 346-349, 360-362.
15. P. W. Iyer. B .J. Tapchit. D. Bocchi – Losey. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª edición. Mc. Graw Hill. Interamericana. 1995
16. Mc Closkey Dochterman J. M. Bulechek Gloria. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª edición. Elsevier. Mosby. 2004
17. Moorhead S. Jonson M. Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª edición. Elsevier. Mosby. 2004

9. ANEXOS

III. CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

| NECESIDAD | GRADO DE DEPENDENCIA | DE | DIAGNOSTICO ENFERMERIA | DE |
|---|----------------------|----|--|----|
| 1. Oxigenación | I PD D | ✓ | Riesgo de perfusion tisular inefectiva r/c problemas de intercambio | |
| 2. Nutrición e hidratación | I PD D | ✓ | Riesgo de deterioro de la mucosa oral r/c aumento de la glucosa en sangre | |
| 3. Eliminación | I PD D | ✓ | Deterioro de la eliminación urinaria r/c aumento de glucosa en sangre m/p poliuria | |
| 4. Moverse y mantener una buena postura | I PD D | ✓ | Deterioro de la deambulacion r/c índice de masa corporal aumentado m/p balanceo postural lateral durante la marcha | |
| 5. Descanso y sueño | I PD D | ✓ | Fatiga r/c alteraciones metabólicas m/p falta de energía para mantener el nivel habitual de actividad física | |
| 6. Usar prendas de vestir adecuadas | I PD D | ✓ | | |
| 7. Termorregulación | I PD D | ✓ | | |
| 8. Higiene y protección de la piel | I PD D | ✓ | Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c alteración del estado metabólico Riesgo de infección r/c cambios en el Ph inducidos por hiperglucemia | |
| 9. Evitar peligros | I PD D | ✓ | Temor r/c amenazas de cambio en el estado de salud y una probable perdida del producto de la gestación m/p ansiedad y expresión verbal de preocupaciones concretas | |
| 10. Comunicarse | I PD D | ✓ | | |

| | | | |
|---|----|---|-------|
| 11. Vivir según sus creencias y valores | I | ✓ | _____ |
| | PD | | _____ |
| | D | | _____ |
| 12. Trabajar y realizarse | I | ✓ | _____ |
| | PD | | _____ |
| | D | | _____ |
| 13. Jugar y participar en actividades recreativas | I | ✓ | _____ |
| | PD | | _____ |
| | D | | _____ |
| 14. Aprendizaje | I | ✓ | _____ |
| | PD | | _____ |
| | D | | _____ |

(I) Independiente, (P D) Parcialmente dependiente y (D) Dependencia

Fecha: 3 de octubre 2005

Hora: 11.35 a.m

Firma: _____

DIABETES GESTACIONAL

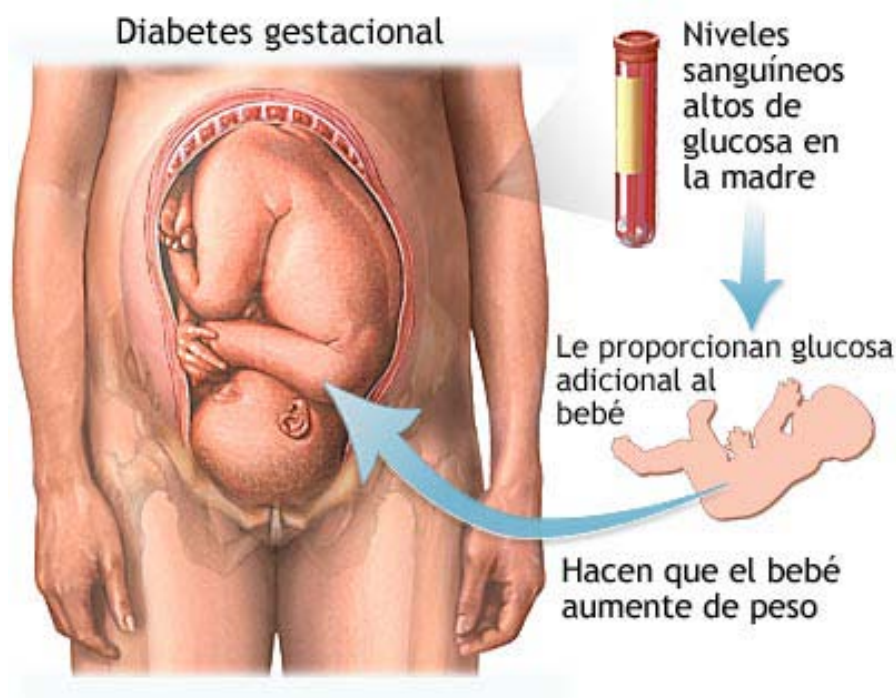
CONCEPTO

La diabetes gestacional es la que aparece o se diagnostica por primera vez durante el embarazo. En los nueve meses de gestación en la mujer se producen una serie de cambios en el organismo no sólo físicos, como el aumento del perímetro de la cintura, o de las mamas, sino también metabólicos. La mujer gestante tiene que producir hasta tres veces más insulina para mantener un equilibrio en los niveles de glucosa en sangre (glucemia) y si no lo consigue, desencadena en diabetes. Esta disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono o azúcares es una de las complicaciones más frecuentes en la mujer embarazada

Los distintos cambios metabólicos que se suceden durante el embarazo pueden llegar a hacer manifiesto un trastorno potencial del metabolismo de la glucosa que presentaba la mujer llevando a la diabetes gestacional. Las variaciones hormonales ejercen un efecto contrario a la insulina, afectando al sistema regulador de los hidratos de carbono. Además, dicho trastorno posteriormente afecta a las proteínas y las grasas, con serias complicaciones tanto para la madre como para el hijo si no es controlada.

Se ha visto que afecta a alrededor del 1 - 5% de todas las mujeres embarazadas, de las cuales el 50% padecerán de una diabetes con el paso de los años.

Figura 1.



Si los niveles de glucosa sanguínea materna están aumentados, el producto de la gestación recibe también un mayor aporte de glucosa y favorecen el incremento de peso generando macrosomía y alteración en la madurez de los pulmones.

SINTOMAS Y SIGNOS

- Aumento de la sed
- Incremento de la micción
- Pérdida de peso, a pesar de un aumento del apetito
- Fatiga
- Náuseas y vómitos
- Infecciones frecuentes, incluyendo las de vejiga, vagina y piel
- Visión borrosa

Nota: Usualmente no hay síntomas.

FACTORES DE RIESGO

Los principales **factores de riesgo**, aunque no en todos los casos, son:

- **Edad** de la madre superior a 35 años.
- **Obesidad** importante previa al embarazo o durante la gestación.
- **Presencia de glucosuria** (niveles elevados de glucosa en orina.).
- **Antecedentes previos de diabetes gestacional**. En este caso, se realizará a la mujer un estudio a partir de la primera visita al tocólogo.
- **Antecedentes familiares de diabetes**.
- Antecedentes previos de **complicaciones obstétricas**.
- Antecedentes de **muerte fetal intrauterino** sin causa evidente.
- **Hijos previos con malformaciones** o macrosomía (peso fetal al nacimiento superior a 4.000 gr).

DIAGNOSTICO

Por lo general, la diabetes que desarrollan las mujeres embarazadas no produce síntomas, sólo complicaciones, por lo que es necesario que en toda embarazada se descarte la presencia de diabetes y para detectarla se realizan diversas pruebas:

- Hacia la **semana 24-26** (a los seis meses de gestación) se realiza un **screening** a todas las mujeres embarazadas. Se realiza el **Test de O'Sullivan**, una prueba que consiste en la determinación de la glucemia en sangre venosa tras ingerir 50g de glucosa. En caso de que esta prueba sea positiva (con niveles de glucosa superiores a 140mg/dl) se le realizará una segunda prueba.
- **Curva de glucemia**. Es la segunda prueba, realizada en caso de que la primera sea positiva. En este caso se exige un ayuno previo de doce horas, se hace una primera determinación basal y después se ingieren 100g de glucosa haciendo posteriormente determinaciones seriadas a la 1^a, 2^a y 3^a horas, de modo que la presencia de dos o más valores superiores a lo normal se considera diagnóstico de diabetes gestacional.

TRATAMIENTO

La clave fundamental es el control metabólico, pues manteniendo unos niveles normales de glucemia se evitan las posibles complicaciones. El tratamiento se basa en varios puntos, en los que coinciden los expertos:

- **La dieta**, parte fundamental del tratamiento, debe ser equilibrada. Es decir, que incluya un 50% de carbohidratos, un 20% de proteínas y un 30% de grasas. Se debe distribuir en seis comidas diarias evitando así grandes variaciones en los niveles de glucosa en sangre. Si existe sobrepeso, la dieta deberá ser baja en calorías.
- **Ejercicio**, se exige caminar al menos una hora diaria. El ejercicio físico ayuda a descender los niveles de glucosa en sangre (glucemia). En líneas generales, durante el embarazo y sin llegar a situaciones de fatiga suelen ser recomendables los ejercicios que utilizan fundamentalmente las extremidades superiores (natación).
- **Insulina**, cuando con las medidas anteriormente citadas no se consigue un buen control es necesario administrar insulina, el hecho de comenzar un tratamiento con insulina no implica necesariamente que ya tenga que estar usándola para siempre (pues éste es un temor frecuente en casi todas las mujeres). Los antidiabéticos orales están contraindicados en la mujer embarazada.

Por lo general casi todas las mujeres vuelven a la normalidad metabólica tras finalizar el embarazo, aunque las pacientes que han padecido una diabetes gestacional tienen una alta probabilidad de volver a desarrollarla en embarazos posteriores (60%), así como de desarrollar también una diabetes franca en años sucesivos, entre un 30% y un 50% en el plazo de 15 a 20 años.

Para descartar problemas futuros, según los expertos, a las seis semanas del parto o tras finalizar el periodo de lactancia, a la mujer que ha padecido diabetes gestacional se le realizara otra prueba de sobrecarga de glucemia para determinar si continuará o no siendo diabética. Toda mujer que haya sido diabética durante la gestación y que posteriormente ya no lo sea deberá hacerse controles anuales de los niveles de glucosa en sangre. Asimismo, para prevenir la posible aparición de diabetes en el futuro es muy importante el control del peso, por lo que hay que corregir la obesidad mediante la instauración de un régimen de comidas adecuado y la práctica de ejercicio físico.

PRONOSTICO

Hay un incremento del riesgo de muerte fetal y neonatal cuando la madre padece diabetes gestacional, pero este riesgo disminuye con un tratamiento efectivo y la vigilancia de la madre y el feto. Los altos niveles de glucosa en sangre suelen volver a lo normal luego del parto. Sin embargo, las mujeres con diabetes gestacional deben someterse a chequeos minuciosos después del parto a intervalos regulares para detectar la diabetes de una manera temprana.

Hasta un 40% de las mujeres con diabetes gestacional desarrollan una diabetes completa dentro de 5 a 10 años después del parto y el riesgo puede incrementar en las mujeres obesas.

COMPLICACIONES

La diabetes gestacional puede originar complicaciones en el feto, aunque lo normal es que no aparezcan patologías en el bebé. Además, los embarazos están muy controlados y es fácil detectar cualquier problema. Aun así, las principales complicaciones que puede sufrir el feto, según los expertos son:

- **Macrosomía o aumento de peso en el momento del nacimiento.** Son fetos con un mayor peso de lo normal (superior a 4 kg.), con aspecto plétórico... lo que generalmente conduce a partos con instrumentación e incluso cesárea por desproporción entre el tamaño del feto y la pelvis de la madre. Como consecuencia de la diabetes, se elevan en la madre los niveles de glucosa en sangre, exceso que pasa al hijo a través de la placenta, lo que no puede hacer la insulina materna. El hijo se encuentra entonces con más cantidad de glucosa de la habitual, que sirve para estimular su páncreas y segregar abundante cantidad de insulina para el crecimiento y desarrollo fetal.
- **Alteración en la madurez de los pulmones.** Esto origina el llamado 'distres respiratorio', que puede desembocar en la muerte intrauterino del feto.
- **Traumatismos.** Debido al excesivo tamaño fetal en el momento del nacimiento, y cuando tiene lugar por la vía vaginal habitual, el niño puede sufrir a veces algún traumatismo (fractura de clavícula, parálisis braquial, etc.). De ahí que se recomiende en el caso de niños con presumible peso elevado que el embarazado termine con una cesárea.
- **La hipoglucemia y otras alteraciones metabólicas como hipocalcemia (nivel bajo de calcio), hiperbilirrubinemia (exceso de bilirrubina en la sangre) suelen darse** durante el periodo neonatal, tras el parto.
- Existe, además, un riesgo más elevado de padecer **diabetes mellitas** en hijos de madres con diabetes gestacional que en hijos de gestantes normales. Esta diabetes suele ser del tipo de la diabetes del adulto o diabetes no insulino dependiente (controlable con dieta o antidiabéticos orales). En el caso de las niñas, en su vida adulta puede también manifestarse como diabetes gestacional.