

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DESANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”**

TÍTULO:

**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EMBARAZADAS DIAGNOSTICADAS
CON DIABETES GESTACIONAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA
DE LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS EN EL PERIODO DE DICIEMBRE
DEL 2013 A MAYO 2014.**

AUTORA:

Mayra Cornejo Martínez.

Trabajo de Titulación previo a la Obtención del título de:

Licenciada de Enfermería

TUTORA:

Lcda. Fanny Ronquillo de León Mg.

Guayaquil- Ecuador

2014



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”

CERTIFICACIÓN:

Certifico que el siguiente trabajo fue realizado en su totalidad por **Mayra Alexandra Cornejo Martínez**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Licenciada en Enfermería**.

TUTORA:

Lcda. Fanny Ronquillo de León Mg

REVISOR/RES

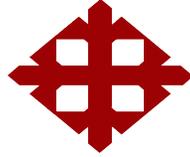
Dra. Amarilis Pérez

Lcda. Wilma Chamba

DIRECTORA DE LA CARRERA

Lcda. Ángela Mendoza Vines Mgs.

Guayaquil, a los 30 días del mes de junio del 2014



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Mayra Alexandra Cornejo Martínez**

DECLARO QUE:

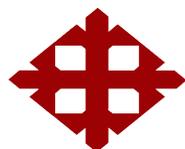
El trabajo de titulación intervenciones de enfermería en embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional que acuden a la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús en el periodo de diciembre del 2013 a mayo del 2014, previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las paginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del trabajo de Titulación referido.

AUTORA:

Mayra Alexandra Cornejo Martínez

Guayaquil, a los 30 días del mes de junio del 2014



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”

AUTORIZACIÓN

Yo, **Mayra Alexandra Cornejo Martínez**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la Institución del Trabajo de Titulación: **Intervenciones de enfermería en embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional que acuden a la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús en el periodo de diciembre del 2013 a mayo del 2014**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

AUTORA

Mayra Alexandra Cornejo Martínez

Guayaquil, a los 30 días del mes de junio del 2014

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado la fuerza para caminar adelante día a día, por bendecirme hasta llegar donde he llegado, haciendo realidad mi sueño anhelado. Mis agradecimientos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, que me abrió las puertas para estudiar y cumplir mis metas. A los profesores que con paciencia y empeño me dieron sus conocimientos que he adquirido a lo largo de la carrera. A mi tutora la Licenciada Fanny Ronquillo de León Mgs, que ha sido guía en esta etapa y me ha ayudado a corregir mis errores de trabajo. A mi madre que me ha ayudado en los momentos más duros. A mi esposo e hijas que con paciencia han sabido llevar los momentos en que he estado ausente en mi hogar.

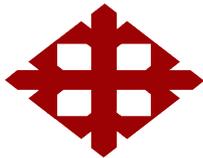
Que Dios los bendiga

Mayra Alexandra Cornejo Martínez

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a Dios por ser una verdadera fuente de amor y sabiduría. A mi madre que aun así quedándose viuda ha sabido guiarnos hacia el camino correcto. A la memoria de mi padre que siempre soñó verme toda una profesional. A mi esposo que siempre me ha apoyado en mis decisiones. Y en especial a mis amadas hijas Sofía y Madelaine que me extrañaron mis momentos de ausencia, sabiendo que era para un futuro mejor.

Mayra Alexandra Cornejo Martínez



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”

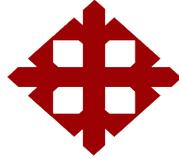
TRIBUNAL DE SUSTENTACION

Lcda. Fanny Ronquillo de León Mg

PROFESOR GUIA O TUTOR

PROFESOR DELEGADO

PROFESOR DELEGADO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”

CALIFICACION

Lcda. Fanny Ronquillo de León Mg.

INDICE GENERAL

CONTENIDO	N°
CARATULA.....	I
CERTIFICACION.....	II
DECLARACION DE RESPONSABILIDAD.....	III
AUTORIZACION.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACION.....	VII
CALIFICACION.....	VIII
INDICE GENERAL.....	IX
INDICE GENERAL.....	X
INDICE GENERAL.....	XI
INDICE GRAFICO.....	XII
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCION	XV
CAPITULO I	16
RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO	16
FUNDAMENTACION TEORICA.....	16
JUSTIFICACION DEL TEMA	17
PREGUNTA DE LA INVESTIGACION.....	18
OBJETO DE ESTUDIO	18
DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	19
CONTEXTUALIZACION DEL TEMA EN TIEMPO Y ESPACIO.....	20
OBJETIVOS	22
OBJETIVO GENERAL	22
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22

CAPITULO II	23
ANATOMOFISIOLOGIA DEL PANCREAS	23
EMBARAZO PATOLOGICO.....	25
ENFERMEDADES ENDOCRINAS.....	26
DIABETES MELLITUS.	26
CONCEPTO.....	26
CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS	27
CONCEPTO DIABETES MELLITUS TIPO 1.....	27
CONCEPTO DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	28
CONCEPTO DE OTROS TIPOS DE DIABETES.	29
DEFECTOS GENÉTICOS DE LA FUNCIÓN DE LA CELULA BETA.....	29
DEFECTOS HEREDITARIOS EN EL MECANISMO DE ACCION DE INSULINA	29
ENFERMEDADES DEL PANCREAS EXOCRINO	29
ENDOCRINOPATÍAS.....	29
INDUCIDA POR DROGAS O QUÍMICOS.....	30
INFECCIONES.....	30
OTROS SÍNDROMES GENÉTICOS ALGUNAS VECES ASOCIADOS A DIABETES.....	30
CONCEPTO DE DIABETES GESTACIONAL.....	30
FISIOPATOLOGIA DE LA DIABETES GESTACIONAL.....	31
RELACIONES ENTRE DIABETES, EMBARAZO Y PARTO.....	32
INFLUENCIA DEL EMBARAZO SOBRE LA DIABETES.	32
INFLUENCIA DE LA DIABETES SOBRE EL EMBARAZO.....	33
INFLUENCIA DE LA DIABETES SOBRE EL PARTO.....	33
MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA DIABETES GESTACIONAL.....	34
DIAGNOSTICO EN DIABETES GESTACIONAL	34
TEST DE O'SULLIVAN	35
DEFINICION.....	35
TRATAMIENTO DE DIABETES GESTACIONAL.....	36
MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL.....	36
VALORACION DE LA FUTURA MADRE	42

ADOLECENTES.....	42
MUJERES MAYORES	43
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	43
MARCO LEGAL	45
CAPITULO II DERECHOS DEL BUEN VIVIR	45
CAPITULO III DERECHOS DE LAS PERSONAS Y GRUPOS DE ATENCION PRIORITARIA	45
TEORIA DE ENFERMERIA.....	46
TEORIA DE DOROTHEA OREM. “TEORIA GENERAL DE ENFERMERIA”	46
CAPITULO III	47
ENFOQUE METODOLOGICO	47
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	47
TIPO DE ESTUDIO	47
UNIVERSO.....	47
MUESTRA.....	48
TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	48
TECNICAS	48
INSTRUMENTOS.....	48
CRITERIO DE INCLUSION.....	49
CRITERIO DE EXCLUSION.....	49
VARIABLES	49
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	49
VARIABLE DEPENDIENTE	49
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	50
PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	52
PROCESAMIENTO DE LOS DATOS DE LAS ENCUESTAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA.....	52
PROCESAMIENTO DE LOS DATOS DE LAS ENCUESTAS A LOS USUARIOS.	62
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES	73
Bibliografía	74

INDICE DE GRAFICO

CONTENIDO	N°
GRAFICO 1	52
GRAFICO 2	53
GRAFICO 3	54
GRAFICO 4	55
GRAFICO 5	56
GRAFICO 6	57
GRAFICO 7	58
GRAFICO 8	59
GRAFICO 9	60
GRAFICO 10	61
GRAFICO 11	62
GRAFICO 12	63
GRAFICO 13	64
GRAFICO 14	65
GRAFICO 15	66
GRAFICO 16	67
GRAFICO 17	68
GRAFICO 18	69
GRAFICO 19	70

RESUMEN

La diabetes gestacional es una enfermedad poco conocida en las mujeres gestantes, ya que puede llevar a la muerte a la madre y a su vez al producto si no se lleva un adecuado control mensual de su embarazo y una dieta adecuada. Un conocimiento adecuado de las profesionales en Enfermería sobre la diabetes gestacional puede ayudar a contrarrestar el alto índice de esta patología, por tal motivo se estudiaron las intervenciones de enfermería en embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional que acuden a la consulta externa del Hospital Maternidad Santa Mariana de Jesús. Se utilizó el método descriptivo se realizó una encuesta que tuvo en cuenta los estilos de vida y los hábitos alimentarios. Las embarazadas con mayor porcentaje de diabetes gestacional son las mujeres mayores de 30 años que indican que han tenido una mala alimentación durante el embarazo. Otro porcentaje son las que tienen diabetes y están en periodo de gestación esto quiere decir que no han llevado un adecuado estilo de vida. El desinterés de las pacientes a las charlas brindadas por parte del personal de enfermería y al incumplimiento del tratamiento médico ponen en riesgo de agravar la situación y un posible ingreso hospitalario. Se trabajó elaborando un programa de salud para diabetes gestacional a pacientes que acuden a la consulta externa; se recomendó a cada una llevar un control de citas que indica el ginecólogo, brindar charlas educativas sobre las consecuencias y seguimiento domiciliario para evitar mayores complicaciones durante el resto del embarazo.

PALABRAS CLAVES

DIABETES GESTACIONAL, GESTANTES, DIAGNOSTICO, ALIMENTACION, COMPLICACIONES.

ABSTRACT

Gestational diabetes is a poorly understood disease in pregnant women because it can cause death to the mother and in turn the product if appropriate monthly monitoring of pregnancy and proper diet are not leads. An adequate knowledge of the Nursing professionals in gestational diabetes can help reverse the high rate of this pathology, as such nursing interventions in pregnant diagnosed with gestational diabetes attending the outpatient Maternity Hospital of Santa Mariana studied Jesus. We utilized the descriptive survey method that took into account the lifestyle and dietary habits was conducted. Pregnant women with gestational diabetes higher percentage of women are older than 30 years who reported having had a poor diet during pregnancy. Another percentage are those with diabetes and are in gestation period this means that they have not taken a proper lifestyle. The disinterest of patients to talks given by the nursing staff and the failure of medical treatment threaten to aggravate the situation and possible hospitalization. Work is developing a health program for gestational diabetes patients attending the outpatient clinic; is recommended to keep track each citation indicating the gynecologist, providing educational talks about the consequences and home monitoring to prevent further complications for the rest of pregnancy.

KEYWORDS

GESTACIONAL DIABETES, PREGNANT, DIAGNOSIS, NUTRITION, COMPLICATIONS, PATHOLOGY

INTRODUCCION

La organización mundial de la salud estima que en el mundo mueren aproximadamente 600.000 mujeres al año con complicaciones durante el embarazo el parto y el puerperio. Es una patología que aqueja a las mujeres durante el embarazo originando una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono puede desencadenarse en el segundo trimestre del embarazo y se encuentra relacionado con algunos factores de riesgo como son la edad mayores de 30 años, una incorrecta alimentación, los antecedentes familiares, obesidad durante el embarazo, haber tenido anteriormente embarazos con diabetes gestacional.

La diabetes gestacional ocurre durante el embarazo. De cada 100 mujeres embarazadas, aproximadamente 4 de ellas desarrollan la enfermedad. Es una condición en la cual el cuerpo tiene dificultad en manejar los niveles de glucosa en la sangre. Esto puede crear un problema de salud muy serio, corre un riesgo mayor de nacer con macrosomía fetal, con defectos de nacimiento o nacer sin vida.

El cuerpo de la mujer produce más insulina durante el embarazo. Cuando no es suficiente para mantener el azúcar de la sangre en un nivel normal se eleva, es llamada diabetes gestacional. Generalmente vuelve a su nivel normal después del parto. Como un problema de salud pública conocemos que está relacionado a estilos de vida saludables y al tener conocimiento se puede prevenir y posiblemente disminuir las tasas de las complicaciones de esta patología que conlleva a padecer la madre y por lo tanto el feto. (CORNEJO, 2014)

CAPITULO I

RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO

Este trabajo de investigación se desarrolla por el elevado índice de embarazadas que son diagnosticadas con diabetes gestacional, que acuden a la consulta externa del Hospital Maternidad Santa Mariana de Jesús; según datos estadísticos de 40 embarazadas que ingresan a la consulta, 5 son diagnosticadas con diabetes gestacional, debido a las complicaciones que se presentan por el desconocimiento de los cuidados específicos y por falta de capacitación del personal profesional de enfermería en la atención de calidad a este tipo de embarazada.

El gobierno asume el compromiso de cambiar esta situación, mejorando la calidad y atención a la población reduciendo la morbimortalidad materna-perinatal. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador implementa estrategias de prevención, control y tratamientos a la embarazada.(CORNEJO, 2014)

FUNDAMENTACION TEORICA

Mi trabajo de investigación es creado para aplicar las Intervenciones de Enfermería a las embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional, que con las Intervenciones aplicadas elevaran su calidad de vida, para evitar los altos índices de morbimortalidad materna y perinatal.(CORNEJO, 2014)

JUSTIFICACION DEL TEMA

La diabetes gestacional es un problema de la salud ya que cada día va en aumento según las estadísticas del INEC.

En un consultorio del área de consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús acuden aproximadamente 40 pacientes de las cuales a cuatro se les detecta un nivel de glicemia elevado, por eso mi interés sobre esta patología para aplicar un plan de cuidado de enfermería a cada paciente.

Esta patología trata sobre la intolerancia a la glucosa que se detecta en la mujer durante el embarazo, después del parto generalmente se normalizan los niveles de azúcar en sangre. Pero en algunos casos puede llegar a desarrollarse a una diabetes mellitus.

En mi trabajo de titulación me di cuenta de las altas complicaciones que se presentan durante el embarazo, no solo de las pacientes que padecen de diabetes gestacional sino a las embarazadas en general. Al llevar un régimen adecuado sobre su alimentación y cambios en su estilo de vida tendrán un embarazo saludable. Al aplicar las intervenciones de enfermería a pacientes que son diagnosticadas con diabetes gestacional se espera disminuir el índice elevado según las estadísticas investigadas. Será beneficioso no solo a las pacientes sino también al personal profesional de enfermería ya que en actualizar los conocimientos podremos aplicar las técnicas adecuados para estos casos.

PREGUNTA DE LA INVESTIGACION

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional que acuden a la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús en el periodo de diciembre del 2013 a mayo del 2014?

OBJETO DE ESTUDIO

Este trabajo de investigación se realizó en la consulta externa del Hospital Maternidad Santa Mariana de Jesús a mujeres diagnosticadas con diabetes gestacional, esta Institución se encuentra ubicado en el sector sur oeste de la ciudad de Guayaquil, en la calle 27 y Augusto Gonzales perteneciente a la parroquia Febres Cordero, en el periodo de diciembre del 2013 a mayo del 2014 durante este tiempo se realiza una investigación absoluta.

Es una Institución que brinda atención a mujeres, embarazadas y niños de toda clase social con calidad y calidez, brindando apoyo psicológico, atención primaria por consulta externa y hospitalización.

DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

Se observa que en el Hospital Maternidad Santa Mariana de Jesús de la ciudad de Guayaquil, la carencia de un plan de Intervención de Enfermería en embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional, que apoye a estas pacientes a un mejor cuidado y manejo de su estado gestacional, evitar complicaciones de la enfermedad y mantener bajo control los factores de riesgo en este caso como son una mala alimentación, un inadecuado estilo de vida y la edad son factores predisponentes para desarrollar la enfermedad lo que lleva a disminuir la morbilidad y mortalidad materno infantil. Si partimos de que la diabetes en el embarazo puede estar controlada o bajo control, por lo tanto es importante instruir una guía de intervención de enfermería en este y otros hospitales.

Es una complicación del embarazo muy frecuente y varía según los distintos estudios, poblaciones y diagnósticos médicos utilizados. Se ha visto que una mala alimentación, un inadecuado estilo de vida y la edad son factores predisponentes para desarrollar la enfermedad.

En nuestro país, la prevalencia en un estudio multicentrico en 1992, fue de un 5% siendo un tercio de los casos diagnosticado por hiperglucemia de ayuno y los dos tercios restantes por un sistema de detección y diagnóstico en población total, siguiendo los criterios de la Asociación Americana de Diabetes (ADA).(MEDICINA, 2001)

Lo cierto es que la frecuencia de este trastorno se ha duplicado en la última década que afecta a la sociedad moderna. Su importancia radica en que aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas, como es el sufrimiento fetal, macrosomía y problemas neonatales entre otro. Por esta

razón es importante el conocimiento adecuado para realizar la detección, control y un seguimiento adecuado de la embarazada, a fin de disminuir la morbimortalidad materna perinatal. Por tal motivo, como futura profesional de la salud he considerado pertinente investigar las causas que influyen en la aparición de la diabetes gestacional, aplicando adecuadamente las intervenciones de enfermería con los resultados obtenidos y mejorar las alternativas que sean factibles de realizar.

CONTEXTUALIZACION DEL TEMA EN TIEMPO Y ESPACIO.

La diabetes ocurre cuando el cuerpo tiene un problema con la hormona llamada insulina que ayuda al organismo a convertir el azúcar de la sangre en energía. Cuando se padece la enfermedad el cuerpo no elabora la insulina suficiente o no la aprovecha como debería. Por lo que se acumula glucosa en la sangre al no poder ser utilizada sin ayuda de la insulina, esto causa que se mantenga elevado los niveles en sangre.

Existen algunas referencias que apuntan a las hormonas de la placenta, que suprimen la acción de insulina en la madre, de modo que el páncreas de la madre sigue produciendo insulina, pero las células de su cuerpo no logran usarlas de manera apropiada a fin de procesar la glucosa en la sangre, ocasionando un aumento en los niveles de azúcar en la sangre de la madre. Esta glucosa adicional, aunque no la insulina de la madre, se introduce en la placenta y eleva el nivel de glucosa en la sangre del bebé, dándole mayor energía de la que necesita para crecer normalmente, y un mayor tamaño también, que se conoce como macrosomía

Una mujer con diabetes gestacional puede desarrollar hipertensión arterial durante el embarazo, y necesitar un parto por cesárea para dar a luz a un bebé de gran tamaño. La diabetes gestacional puede producirse cuando la glicemia de la madre no está controlada, por dos razones: por alguna deficiencia en la

producción de insulina o por alguna disfunción es decir, que la insulina producida no funcione correctamente. Diabetes gestacional: es un tipo de diabetes que ocurre durante el embarazo. Por lo general desaparece después del parto. Cerca de 7 de cada 100 mujeres embarazadas padecen de diabetes gestacional. La diabetes gestacional es más frecuente en mujeres con sobrepeso, mujeres con familiares que han tenido diabetes gestacional, mujeres con familiares que tienen diabetes tipo 2.

En la diabetes gestacional, se debe considerar sobre distintas opciones de parto. La finalidad es lograr un parto seguro y un bebé sano. Cuando la mujer tiene diabetes gestacional, es común se induzcan (provoquen) el parto antes del término del embarazo. Esto se hace a veces para que el bebé no crezca tanto los riesgos sobre el poseer diabetes durante el embarazo para él bebe por el azúcar de la madre, el páncreas del bebé podrá empezar a producir insulina adicional, lo que provocaría un bajo nivel de glucosa en el momento del nacimiento, y un mayor riesgo de problemas respiratorios para el neonato, además de presentar mayor probabilidad de convertirse en un niño obeso y un futuro adulto diabético.

En la Maternidad Mariana de Jesús, no se realiza el procedimiento de enfermería a mujeres embarazadas con diabetes gestacional, es importante determinar la incidencia de complicaciones que se presentaron durante el periodo de mi investigación y así establecer una concientización que debe de existir sobre los cuidados de enfermería para dichas gestantes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las intervenciones de enfermería en embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional que acuden a la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar los conocimientos, actitud y práctica de enfermería en la atención de las embarazadas acuden a la consulta externa del Hospital Maternidad Mariana de Jesús.
- Evaluar los conocimientos del profesional de enfermería que trabaja en la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
- Proponer una guía de atención de enfermería a las embarazadas con Diabetes gestacional que acuden a la consulta externa.

CAPITULO II

ANATOMOFISIOLOGIA DEL PANCREAS

El páncreas está situado por detrás del estómago y por delante de la segunda y tercera vértebras lumbares. De forma aplanada y alargada, el páncreas se extiende desde el marco del duodeno hasta el hilo del bazo. En sentido anatómico se distinguen la cabeza, cuerpo y cola del páncreas. Debemos recalcar la íntima relación anatómica de la cabeza con el duodeno por las deformidades radiológicas que ocasionan en éste las afecciones de esa porción del páncreas y la frecuencia con que las úlceras duodenales penetran en el páncreas. Es un órgano retroperitoneal cubierto por delante por la hoja peritoneal posterior de la trascavidad de los epiplones que forma la mal llamada capsula del páncreas.

En sentido funcional tiene la conocida duplicidad que casi justifica la admisión de dos glándulas distintas: la exocrina o páncreas digestivo formadora de jugo pancreático, el más rico en enzimas de todos los jugos digestivos, y el páncreas endocrino constituido por los islotes de Langerhans formadores de la insulina y otras hormonas (glucagón y lipocaico) que intervienen en el metabolismo de los carbohidratos y de las grasas. Es un órgano muy activo; segrega cada día más de un litro de jugo. Indicador de esta gran actividad es su riqueza vascular y el aspecto ingurgitado de color rosado que adquiere durante la digestión. El aporte arterial lo verifican las pancreaticoduodenales superior e inferior y las ramas pancreáticas que nacen directamente de la arteria hepática y de la arteria esplénica.

Histológicamente el páncreas digestivo o exocrino es una glándula tubuloacinar de estructura parecida a la de las glándulas salivares. Los acinos se agrupan formando lobulaciones alrededor de un conductillo que recoge su secreción.

Sus células piramidales tienen la parte interna llena de granulaciones, en las fases de reposo, que constituyen las enzimas destinadas a verterse al conductillo durante las fases de actividad digestiva. Cada una de estas células debe formar todas las enzimas del jugo pancreático. En el centro de cada lóbulo están los islotes de Langerhans de la función endocrina, sin relación con los conductos excretores.

Los conductillos excretores están revestidos de un epitelio aplanado que se admite es el que segrega fundamentalmente el agua y los electrolitos en lo que es muy rico el jugo pancreático, mientras que las células acinares segregan las enzimas.

Como toda glándula exocrina el páncreas digestivo se atrofia si obstruyen sus conductos excretores; gracias a esta ligadura previa del conducto de Wirsung pudo obtenerse de los extractos pancreáticos la insulina que sin esa ligadura era destruida por las enzimas pancreáticas proteolíticas al hacer el extracto. A su vez la ligadura del conducto de Wirsung provoca hipertrofia de los islotes formadores de la insulina. El páncreas por lo menos nueve diferentes enzimas hidrolíticas; las más importantes son la *tripsina*, *amilasa* y *lipasa*, que digieren los tres principios inmediatos (proteínas, carbohidratos y grasas).

En el páncreas, además de las hormonas insulina y glucagón se forman otras dos hormonas de acción vasodilatadora y que aumentan la permeabilidad de los capilares, la *calicreina* y la *bradicinina*. Ambas en estado inactivo pasando a estado activo por la acción de la tripsina. (A. BALCELLS GORINA, 1978)

EMBARAZO PATOLOGICO

El embarazo no puede ser pensado como una anormalidad en el que el feto progresa dentro del útero.

Como efecto de estos cambios en los órganos y funciones que dañan en mayor o menor grado, la enfermedad en el embarazo es diferente a la patología fuera de la gravidez. Los progresos investigativos en inmunología han propuesto una interrogativa no lanzada, puede ser la gestación un aloinjerto, que se preserva y no es rechazado durante todo el embarazo. Este antagonismo entre el feto y la madre puede ser el principio de una disputa. Existen cuatro clases de trastornos:

Afección de los organismos gravídicos producidos directamente por la evolución del embarazo (toxemias de la gestación o gestosis).

Afección ya existentes antes de quedar embarazada y puede desmejorarse durante la gestación.

Trastornos escondidos que se adaptan evidentemente en el embarazo, basado en una etiología de sí mismo.

Trastorno ovulares o malformaciones del feto.(DR. JOSE BOTELLA LLUSIA, 1993)

ENFERMEDADES ENDOCRINAS.

Son patologías que dañan a las glándulas endocrinas como es la diabetes, hiperparatiroidismo, etc. La endocrinopatía tiene el carácter de una pseudogestosis o sea, que la inclinación al trastorno hormonal es antes del embarazo, revelando una preferencia ya existente. Ocurriendo exclusivamente, en el proceso de la diabetes gestacional.(LLUSIA, 1981)

DIABETES MELLITUS.

CONCEPTO.

La Organización Mundial de la Salud define como diabetes mellitus a “un estado crónico de hiperglucemia, que puede derivar múltiples factores que, a mechudo, actúan conjuntamente. La hiperglucemia puede ser la consecuencia de la falta de secreción de insulina o de la presencia de factores que se oponen a su acción”.

Dichos factores pueden ser puestos en evidencia por tres condiciones orgánicas desencadenantes: la obesidad, el estrés y el embarazo. (SCHWARCZ, 2003)

CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas cuyo denominador común es la hiperglucemia, producida por una disminución de la secreción o de la acción de la insulina o bien de ambas situaciones. ¹

La deficiente acción de la insulina a nivel de los órganos dianas es la base de las anomalías del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas que están presentes en la diabetes. ²

Se clasifican en cuatro grupos:

Diabetes tipo 1 (DM1)

Diabetes tipo 2 (DM2)

Otros tipos específicos de diabetes.

Diabetes mellitus gestacional.

CONCEPTO DIABETES MELLITUS TIPO 1.

En la DM1 las células se destruyen, lo que conduce a una deficiencia absoluta de insulina. Suele manifestarse en la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulinoterapia es necesaria para que el paciente sobreviva.

¹(Pallardo Sanchez, 2009)

²(Pallardo Sanchez, 2009)

Existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas temprana de la vida adulta.

La frecuencia de la diabetes mellitus tipo 1 varía en relación con determinadas grupos étnicos, afecta aproximadamente al 9 % de los individuos diabéticos en Norteamérica y al 20 % en los países escandinavos. ³

Se caracteriza por presentar polidipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso y una tendencia a desarrollar cetoacidosis que puede ocasionar náuseas, vómito, coma e incluso la muerte. ⁴

CONCEPTO DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Se presenta en personas con grados variables de resistencia de insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Ambos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta en adulto, su frecuencia en niños y adolescentes obesos.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la DM2 se puede subdividir:

Predominantemente insulinoresistente con deficiencia relativa de insulina.

³(Bonafonte Royo , 2006)

⁴(Bonafonte Royo , 2006)

Predominantemente con su defecto secretor de la insulina con o sin resistencia a la insulina.

CONCEPTO DE OTROS TIPOS DE DIABETES.

DEFECTOS GENÉTICOS DE LA FUNCIÓN DE LA CELULA BETA.

Se debe a un problema genético, que se transmite de generación en generación. Los más comunes son MODY1, MODY 2 y MODY 3.

DEFECTOS HEREDITARIOS EN EL MECANISMO DE ACCION DE INSULINA

Existen casos debidos a una alteración genética en la acción de la insulina.

Las alteraciones metabólicas asociadas a mutaciones en el receptor de la Insulina podrían producir desde hiperinsulinemia hasta diabetes severa.⁵

ENFERMEDADES DEL PANCREAS EXOCRINO

Determinadas enfermedades del páncreas tal como pancreatitis, trauma. Infecciones y carcinoma de páncreas pueden causar diabetes mellitus.⁶

ENDOCRINOPATÍAS.

Enfermedad referida a una glándula endocrina o a la cantidad o calidad de su secreción. (MOSBY, DICCIONARIO MOSBY, 2001)

⁵(Torres Morera , 2001)

⁶(Torres Morera , 2001)

INDUCIDA POR DROGAS O QUÍMICOS.

Ciertas drogas pueden dañar la producción de insulina como son: Vacor, pentamidina, ácido nicotínico, glucocorticoides, hormonas tiroideas, diazóxido, tiazidas y otros.

INFECCIONES.

Invasión del organismo por gérmenes patógenos que se reproducen y multiplican, produciendo una enfermedad por lesión celular local, secreción de toxinas o reacción antígeno-anticuerpo en el huésped. (MOSBY, DICCIONARIO MOSBY, 2001)

OTROS SÍNDROMES GENÉTICOS ALGUNAS VECES ASOCIADOS A DIABETES.

Los problemas genéticos se acompañan de una mayor incidencia de diabetes (INTRAMED, 2012) Síndrome de Down, síndrome de Turner, ataxia de Friedreich y otros. (DIABETES A. L., 2014)

CONCEPTO DE DIABETES GESTACIONAL.

La diabetes gestacional (DG) es un estado hipoglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo. (SALUD, 2014)

La diabetes gestacional se presenta alrededor de la semana 20 de gestación. Puede provocar abortos espontáneos, mortalidad perinatal, alto peso al nacer, parto prematuro.⁷

La diabetes gestacional se presenta cuando no se produce insulina suficiente (déficit secreción), para contrarrestar las acciones de estas hormonas y/o utilizar adecuadamente esta insulina (insulinorresistencia). Sin la suficiente insulina, la glucosa no puede abandonar el torrente sanguíneo y se convertirá en energía en el interior de la célula, provocando hiperglucemia. (CARE, 2014)

La Diabetes mellitus Gestacional puede considerarse:

- Una enfermedad previa no identificada.
- El desenmascaramiento de una anomalía metabólica compensada por el estrés agregado del embarazo, o
- Consecuencia directa de la alteración del metabolismo materno que surge del cambio en el medio hormonal. (DEREK, 2003)

FISIOPATOLOGIA DE LA DIABETES GESTACIONAL

En el transcurso de la semana 20 o primera mitad del embarazo, las hormonas que consisten en la gestación producen que la insulina aumente, haciendo que la glicemia plasmática tienda a disminuir.

Durante la segunda semana, los niveles crecientes de lactogéno placentario y otras hormonas contrainsulínicas sintetizadas por la placenta modifican la utilización materna y los aminoácidos.⁸

⁷(Planeta mama, 2007)

⁸(Barron, 2001)

Las acciones del lactogeno placentario son los responsables del estado diabetogeno presente en la gestación caracterizada por un exceso en el ritmo y en la cantidad de insulina secretada lo que se debe a una disminución en la sensibilidad a la insulina a nivel celular.⁹

La glucosa (azúcar) es el principal nutriente que traspasa la placenta. El feto condensa su insulina, pero si existe un aumento de glucosa en sangre de la madre, traspasara al feto consiguiendo el doble de energía de la que el necesita, adquiriendo un elevado peso al nacer complicando el parto.(PESO, 2006)

Posteriormente del alumbramiento, la distribución de glucosa alta adquirida se ausenta, abandonando al recién nacido con la obtención de insulina elevada persistente y capaz de recibir a los bajos niveles de glicemia.(MEDICAL, 2014)

RELACIONES ENTRE DIABETES, EMBARAZO Y PARTO.

INFLUENCIA DEL EMBARAZO SOBRE LA DIABETES.

La influencia del estado de gravidez sobre la enfermedad se hace evidente no solo en él, desencadenamiento de la llamada diabetes gestacional, sino en el efecto metabólico adverso sobre el control de la enfermedad ya establecida a partir de la semana 2 en adelante.

La evolución de la embarazada diabética se hace inestable: los requerimientos de insulina aumentan, y pueden ocurrir episodios de cetoacidosis que suelen llevar a la muerte del feto. No es raro que durante el embarazo se agraven lesiones preexistentes, especialmente retinianas y renales.

⁹(Barron, 2001)

INFLUENCIA DE LA DIABETES SOBRE EL EMBARAZO.

Sobre la grávida. Desde la semana 22 se inicia una perturbación del equilibrio hídrico que se manifiesta a través de edemas.

Sobre el desarrollo del huevo. Se sostiene que el 50% de los embarazos de diabéticas no tratadas terminan en aborto. Se trata de abortos tardíos y partos inmaduros. La muerte fetal suele ser consecuencia de un accidente cetoacidótico, hipoglucémico o preeclámptico. El feto produce macrosomía y si hay compromiso vascular se puede desarrollar un retardo en el crecimiento.

La placenta es un órgano mixto materno – fetal. Hay una placenta fetal, que es la que nosotros clínicamente vemos y una placenta materna o decidua funcionalmente ligada a aquella, pero que depende de la madre. La placenta fetal cuando es expulsada muere, la placenta materna se atrofia y se reabsorbe al término del embarazo mientras que los organismos materno y fetal siguen viviendo.¹⁰

INFLUENCIA DE LA DIABETES SOBRE EL PARTO.

El parto por las vías naturales suele ser difícil, dado el volumen fetal. Con frecuencia hay rotura de membranas. Ocurren a menudo desgarros perineales por el gran tamaño del feto, la extracción laboriosa y la fragilidad de los tejidos edematosos.

El periodo placentario presenta con frecuencia mala evolución, a causa de la hipodinamia por la sobredistensión previa producida por el aumento del contenido (feto, placenta, polihidramnios).

¹⁰(Botella LLusiá, 1992)

En el feto, el traumatismo craneano con sus secuencias neurológicas, las hemorragias meníngeas favorecidas por la fragilidad vascular, la elongación de los plexos nerviosos y la fractura de la clavícula son las eventualidades más frecuentes, a causa de la macrosomía se los ha denominado “gigantes con pie de barro”. (SCHWARCZ, 2003)

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA DIABETES GESTACIONAL.

- Glucosuria e hiperglucemia.
 - Cetonuria.
 - Preferencia a la acidosis y al coma, elevándose al término del embarazo.
 - Inclinción a toxemia gravídica con elevación de presión arterial.
 - Apego a la Insuficiencia Renal.
 - Anormalidad fetal con inclinación a hipoglucemia después del parto.
- (LLUSIA, 1981)

DIAGNOSTICO EN DIABETES GESTACIONAL

Se basa en la mayoría de los casos en el resultado anormal de la PTOG durante el embarazo. Un porcentaje minoritario de los casos se diagnostica a través de glicemias altas en ayunas durante el embarazo, y en esos casos no es necesario realizar un PTOG.¹¹

¹¹(Reece & Hollins, 2010)

Esta prueba se realiza de forma estandarizada se administra 100 mg de glucosa por vía oral en 400 ml de agua después de un ayuno nocturno entre 8 y 14 horas. La paciente debe cumplir una dieta estricta con más de 150 gramos de hidratos de carbono por lo menos por 3 días y debe permanecer en reposo durante la prueba.¹²

El diagnóstico requiere que por lo menos dos de las 4 glicemias de la PROG alcance o supere los límites de los valores normales. En la actualidad el método más empleado con mayor frecuencia para medir la glicemia es el ensayo de glucosa oxidasa o hexocinasa. Las mujeres con diabetes gestacional se deben controlar después del parto para detectar la diabetes en un momento temprano de su evolución.¹³

TEST DE O'SULLIVAN

DEFINICION.

Es una prueba destinada a valorar los niveles de azúcar en sangre, para diagnosticar los casos de embarazadas con riesgo de padecer Diabetes Gestacional.(AIMS, 2011)

Entre las 24 y 28 semanas se realizara en forma rutinaria en el segundo trimestre, con excepción de pacientes mayores de 35 años, mujeres que presentaron Diabetes Gestacional en embarazos anteriores y/o obesidad al inicio del embarazo, entre los que se realizara el test en el primer y tercer trimestre.(INATAL, 2014)

¹²(Reece & Hollins, 2010)

¹³(Reece & Hollins, 2010)

TRATAMIENTO DE DIABETES GESTACIONAL

Hay que recordar que la diabetes gestacional es transitoria es decir desaparece en el embarazo. ¹⁴

En las pacientes con hiperglicemia en ayunas se inicia frecuentemente con una dosis de insulina de acción intermedia o NPH al acostarse no más de 10 unidades. En los pacientes con hiperglicemia postprandial, es decir una mezcla de insulina intermedia con la insulina rápida 2:1 siendo una dosis común para empezar 30 Unidades antes del desayuno. ¹⁵

MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL.

1. Solicite glicemia basal en la consulta preconcepcional.
2. Realice o complete la Historia Clínica Materno Perinatal y el Carne Perinatal.
3. Evaluación clínica y obstétrica de acuerdo con protocolo de manejo de control prenatal.
4. En todos los embarazos solicite: TEST DE SCREENING PARA DIABETES GESTACIONAL (TEST DE O'SULLIVAN) en la primera visita, en la semana 24 o 28 y en semana 32 o 34, con las siguientes condiciones:
 - Administre una sobrecarga de 50g de glucosa.
 - A cualquier hora del día.

¹⁴(González Fristche, 2008)

¹⁵(González Fristche, 2008)

- Sin preparación previa en cuanto a dieta.
- Valoración de glicemia una hora pos sobrecarga.

RESULTADO DEL TEST DE SCREENING:

NEGATIVO: < 140 mg/dl.

POSITIVO: > 140 mg/dl.

5. SI RESULTADO NEGATIVO (< 140mg/dl)

- Repetir test a las 24 – 28 semanas.
- Repetir test a las 32 – 34 semanas.

6. SI EL RESULTADO POSITIVO (> 140mg/dl)

- Realice test de tolerancia oral a la glucosa o test de sobrecarga con 100g.

7. TEST DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA (TTOG) CONDICIONES:

- Administre una sobrecarga de 100 g.
- Realice en ayunas y sin restricciones dietéticas previas.
- No consumo de tabaco.
- Reposo antes y durante la prueba.
- Determine glicemia en ayunas, a la 1, 2 y 3 horas.

VALORES DE GLICEMIA

HORAS	VALOR DE GLICEMIA/NATIONAL DIABETES DATA GROUP (TTOG)
Ayunas	95 mg/dl
1 hora	180 mg/dl
2 hora	155 mg/dl
3 hora	140 mg/dl

8. TTOG NEGATIVO: menos de 2 valores positivos.

Repita Screening con 50 g a las 24 – 28 semanas y a las 32 – 34 semanas.

9. TTOG POSITIVO: dos o más valores que sobrepasan los valores de corte diagnóstico para diabetes mellitus. Diagnóstico de Diabetes Mellitus confirmado.

10. Escuche y responda atentamente a las preguntas e inquietudes de la paciente y a las de sus familiares.

11. Brinde apoyo emocional continuo.

12. Indique la realización de EJERCICIO físico diario de intensidad moderada y acorde con la condición de la paciente, ya que reduce los valores de glucosa y la necesidad de insulina.

13. Recomiende una DIETA equilibrada y fraccionada con seis comidas al día; calcule de 20 a 25 Kcal./Kg. De peso, con restricción de carbohidratos y grasas. Si el IMC es >27 indique dieta hipocalórica.

- Si dispone de nutricionista indique la interconsulta para incentivar aspectos educacionales sobre temas dietéticos.
- Mantenga la glucosa en ayunas no mayor a 90 mg/dl.
- Mantenga la glucosa postprandial no mayor a 120 mg/dl.
- Mantenga la Hemoglobina glicosilada bajo 6%.
- Mantenga la Fructosamina bajo 285.

- SI EN DOS SEMANAS NO SE OBTIENE ESTOS VALORES SE INDICA INICIAR EL USO DE INSULINA.

14. Disponga la referencia a unidad de mayor resolución con epicrisis o carne prenatal.

- Los requerimientos de INSULINA NPH son:
 - Primer trimestre: 0,7 UI/Kg/día.
 - Segundo trimestre: 0,8 UI/Kg/día.
 - Tercer trimestre: 0,9 UI/Kg/día.
- Se recomienda comenzar con 0,2 – 0,3 UI/Kg/día de insulina NPH o lenta: 2/3 antes del desayuno y 1/3 antes de la cena.
- Mantenga los valores dentro de lo referido con control de glicemia capilar:

VALORES ESPERADOS

HORAS	VALORES ESPERADOS (mg/dl)
Antes desayuno	60 – 90 mg/dl
Preprandial	60 – 105 mg/dl
Postprandial 2 H	< 120 mg/dl
2 am y 6 am	> 60 mg/dl

- Revise periódicamente la glicemia postprandial para considerar la adición de insulina rápida en una proporción de 2:1 (insulina NPH o lenta: insulina rápida).
- Control de glicemia venosa, TA y peso cada 15 días.
- Control mensual de fructusamina.

- Control trimestral de Hemoglobina glicosilada.
- Solicite urocultivo.

CONTROL DE BIENESTAR FETAL PRENATAL:

- Monitoreo fetal electrónico sin estrés cada semana,
- Ecografía mensual para control de crecimiento e índice de líquido amniótico (ILA).
- Diabetes gestacional no insulino dependiente desde semana 36.
- Diabetes gestacional insulino dependiente desde semana 32.

TERMINACION DEL EMBARAZO SEGÚN CRITERIO OBSTETRICO POR PARTO O CESAREA

- Si hay signos de compromiso fetal.
- Si el control de la glucosa es inadecuado y hay macrosomía considere la terminación del embarazo a las 38 semanas.
- Si la glicemia está controlada considere no sobrepasar las 40 semanas.
- Si hay labor de parto pre-termino no use beta-miméticos y considere el efecto de los corticoides sobre la glucosa materna.
- Comunique del caso al Servicio de Neonatología.

MANEJO INTRAPARTO.

- Administre glucosa en dextrosa al 5% sin exceder de 125c /hora. Evite la administración en bolos de solución glucosada.

- Solo si glucosa > 140mg/dl administrar insulina lenta a una dilución de 0,1 U/ml (25 U en 250 ml. De solución salina) en infusión continua a niveles de 0,5 a 1 U/hora.
- Si la paciente será sometida a inducción o cirugía programada no debe suministrarse la dosis habitual de la mañana.

MANEJO POSPARTO.

- Indicar dieta para diabético con aporte de 27 Kcal/Kg/día durante la lactancia materna.
- La insulina en el post parto rara vez debe ser utilizada y debe iniciarse si la glucosa en ayuna excede los 110 mg/dl o la glucosa 1 hora postprandial 160 mg/dl.
- Se sugiere 0.5 – 0,6 U/Kg./24 horas (sobre la base de peso posparto) dividida en varias dosis: por la mañana NPH + rápida y al acostarse NPH.
- Indicar prueba de sobrecarga de 75g en 2 horas seis semanas posparto para determinar una posible diabetes preexistente (2%).
- Indicar control anual de glicemia en ayunas.
- Alentar la pérdida de peso con un programa de ejercicio periódico.

15. Provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.

16. Programe una cita para las seis semanas posparto o proceda a la contra-referencia escrita a la unidad de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal correspondiente la hoja de contra-referencia y/o

epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.(NORMA Y PROTOCOLO MATERNO, 2008)

VALORACION DE LA FUTURA MADRE

La valoración de la futura madre requiere la evaluación tanto de la madre como del feto durante todo el periodo perinatal.

ADOLECENTES

- Es necesario vigilar de manera cuidadosa la presión arterial de referencia (BP), ya que las adolescentes tienen presiones sistólicas y diastólicas más bajas que las mujeres adultas.
- Buscar signos de abuso físico y sexual en adolescentes jóvenes, que pueden estar avergonzadas de compartir esta información.
- Las dietas de las adolescentes con frecuencia carecen de nutrientes esenciales como calcio y hierro, necesarios durante el embarazo.
- Tanto la madre como el feto están en proceso de crecimiento.
- La desproporción cefalopelvica es un problema común en el embarazo en adolescentes, ya que el crecimiento de la pelvis ocurre después del crecimiento en estatura.
- Por todas estas razones, los embarazos de adolescentes tienen aumento de riesgo de complicaciones.

MUJERES MAYORES

- El riesgo de complicaciones maternas o fetales aumenta con la edad de la paciente.
- Las mujeres embarazadas mayores de 35 años tienen mayor riesgo de presentar **diabetes gestacional**, hipertensión inducida por el embarazo (PIH), hemorragia gestacional, desprendimiento placentario y sufrimiento fetal durante el parto.
- Las mujeres mayores tienen mayor riesgo de concebir hijos con anomalías cromosómicas.
- Asimismo, tienen más posibilidades de padecer enfermedades médicas preexistentes, como diabetes e hipertensión (HTN).(DILLON, 2008)

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- El profesional de enfermería practica una inspección o valoración doble al atender el embarazo y la diabetes.
- Valorar el periodo prenatal identificando factores de riesgo.
- Indicar a la embarazada que informe todo síntoma que pueda representar el comienzo de la enfermedad.
- Establecer un orden de visitas indicadas por el médico.
- Realizar un seguimiento a las pacientes con diabetes gestacional.
- Distribuir un plan de alimentación equilibrada para modificar sus hábitos alimenticios.
- Monitoreo de la glucemia capilar deben estar las manos limpias lavadas con agua y jabón no utilizar alcohol.
- Control de cetonas urinarias con tiras reactivas directamente de la orina.

- Aplicar apoyo psicológico mediante intervenciones individuales o grupales.
- Realizar ejercicio físico de forma moderada incluido la elevación de las piernas cuando está sentada esto ayudara una mejor circulación sanguínea.
- Explicar la necesidad del tratamiento para su correcto desarrollo.
- Instruir técnicas de insulino terapia si lo necesitan incluido rotación de los sitios de punción, conservación, eliminación de la insulina y recomendaciones.
- Evaluación del estado fetal esto incluye ecografía fetal y monitoreo.

MARCO LEGAL

CAPITULO IIDERECHOS DEL BUEN VIVIR

ART. 32.- la salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El estado garantizara este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

CAPITULO III DERECHOS DE LAS PERSONAS Y GRUPOS DE ATENCION PRIORITARIA

ART. 43.- El estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativos, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y postparto.

4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.(DESARROLLO, 2013)

TEORIA DE ENFERMERIA

TEORIA DE DOROTHEA OREM. “TEORIA GENERAL DE ENFERMERIA”

Esta teoría está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidados y teoría de los sistemas de enfermería.

Persona: Orem define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que proporcionen los cuidados.

Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Salud: es definida como el “estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”. Por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. (CISNEROS, 2005)

CAPITULO III

ENFOQUE METODOLOGICO

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El diseño de investigación es descriptivo transversal porque se va a describir la aplicación de las intervenciones de enfermería a las mujeres diagnosticadas con diabetes gestacional con el fin de orientarlas para mejores cambios de salud tanto para la madre como para el feto.

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es de investigación descriptivo porque nos permite describir los fenómenos tal como se dan en la realidad; con enfoque cuantitativo porque utiliza la recolección y el análisis de datos, enfoque cualitativo porque usa la recolección de datos sin medición numérica afinando las preguntas de investigación en el proceso de interpretación.

UNIVERSO

El universo del trabajo está conformado por 3850 embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Maternidad Mariana de Jesús entre diciembre del 2013 a mayo del 2014.

MUESTRA

La muestra escogida para mi trabajo de investigación, es de 104 embarazadas que acuden a la consulta y de 10 profesionales de enfermería que prestan sus servicios en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús entre diciembre del 2013 a mayo del 2014.

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

TECNICAS

En el presente trabajo de investigación se empleó la técnica de Entrevista, la cual nos facilitó la recolección de datos y a conocer los diferentes aspectos de las embarazadas que indica la calidad de vida, determinando una adecuada intervención de enfermería; y del personal profesional de enfermería al momento de adaptar las intervenciones de enfermería a las pacientes embarazadas con diabetes gestacional.

INSTRUMENTOS

En mi trabajo de investigación se aplicó un Test para medir el grado de conocimiento a las embarazadas sobre la diabetes gestacional y al profesional de enfermería en la instrucción del cuidado de la paciente embarazada.

CRITERIO DE INCLUSION

Toda mujer embarazada que acepto la aplicación de la encuesta y la información brindada en la consulta externa del Hospital Maternidad Mariana de Jesús.

CRITERIO DE EXCLUSION

Embarazadas que no estén dispuestas a colaborar.

Embarazadas que no pertenecen a esa área de salud.

VARIABLES

- Diabetes gestacional.
- Embarazo.
- Intervenciones.
- Sobre peso

VARIABLE INDEPENDIENTE

Intervenciones de Enfermería.

VARIABLE DEPENDIENTE

Embarazadas con diabetes gestacional.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Concepto	Categoría	Indicadores	Escala	Técnica
Las intervenciones de enfermería que se dan a las pacientes con diabetes gestacional para mejorar su estado de salud.	Verificar el nombre de la paciente que sea correcto en su historia clínica y cita del día. Indicar a la paciente la próxima cita	Resultado de signos vitales. Resultados de exámenes actuales en la historia clínica.	Se están tomando los signos vitales.	Mi técnica que aplique fue la Encuesta porque son pacientes que llegan a la consulta.

VARIABLE DEPENDIENTE: EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL

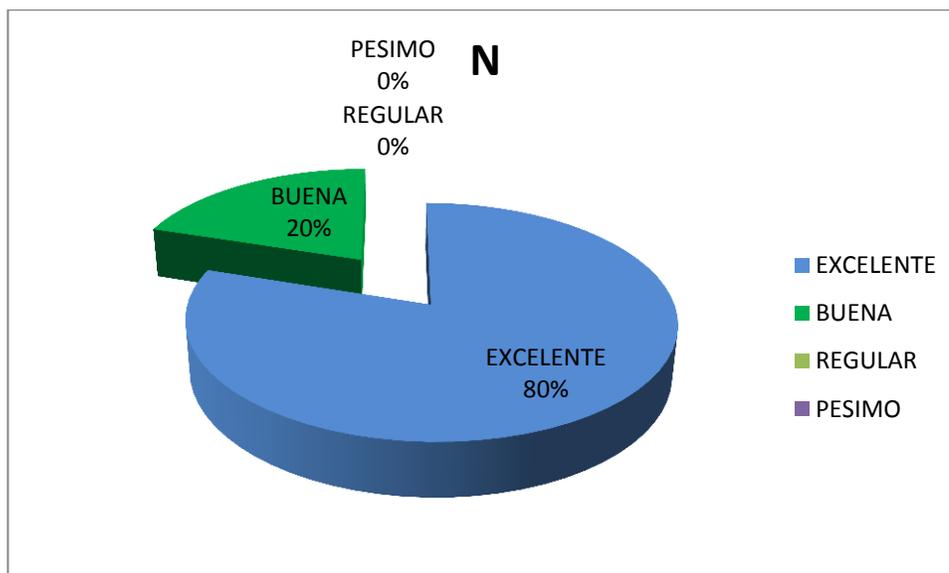
Concepto	Categoría	Indicadores	Escala	Técnica
Son pacientes gestantes con Diabetes Gestacional ya que ocurre solo en el embarazo.	Incidencia de diabetes gestacional.	Diabetes gestacional. Mujeres de alto riesgo.	Valores de glicemia mayores a 140mg/dl. Mayores de 35 años. Obesidad. Antecedentes patológicos.	La Encuesta realizada en la consulta externa del Hospital Maternidad Mariana de Jesús.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS DE LAS ENCUESTAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA.

GRAFICO 1

Valoración del personal de enfermería sobre la atención sanitaria brindada a las pacientes de la consulta externa de la Maternidad Santa Mariana de Jesús.

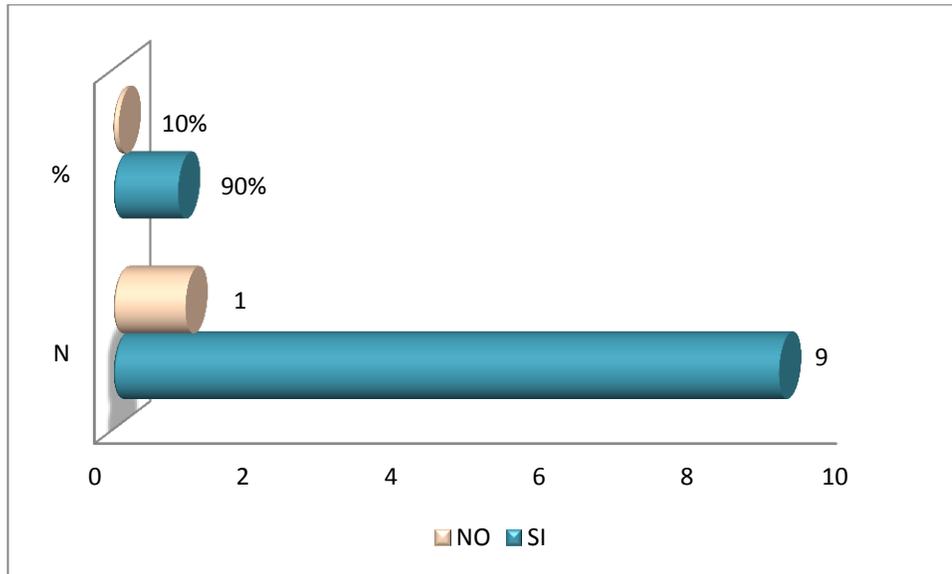


Fuente: Encuesta al profesional de Enfermería de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: El 80% de las Licenciadas encuestadas que trabajan en la consulta externa señalan que la atención sanitaria es excelente hacia las pacientes, mientras que el 20% indica que es buena la atención, por lo tanto la atención brindada a las pacientes en su mayoría tiende hacer excelente.

GRAFICO 2

Necesidad de enfermeras profesionales para promocionar cuidados de calidad a los pacientes en la consulta externa.

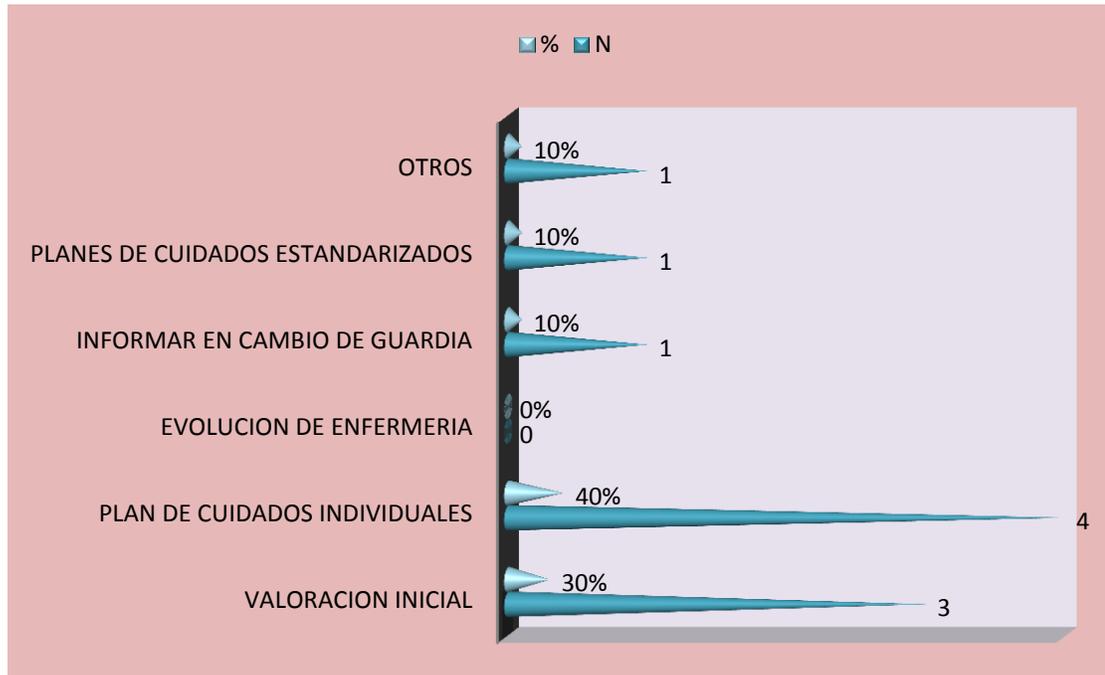


Fuente: Encuesta al profesional de Enfermería de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: El 90% las licenciadas de enfermería manifiestan que se necesita enfermeras profesionales para promocionar cuidados de calidad, mientras que el 10% indico que no se necesita más personal. Sin embargo en la actualidad el sistema internacional de enfermería dice que se debe profesionalizar la atención satinaría, por lo tanto debería de existir un 100% de profesionales de enfermería para lograr una óptima atención de salud.

GRAFICO 3

Mecanismos utilizados para garantizar la continuidad de los cuidados de las pacientes de la consulta externa.

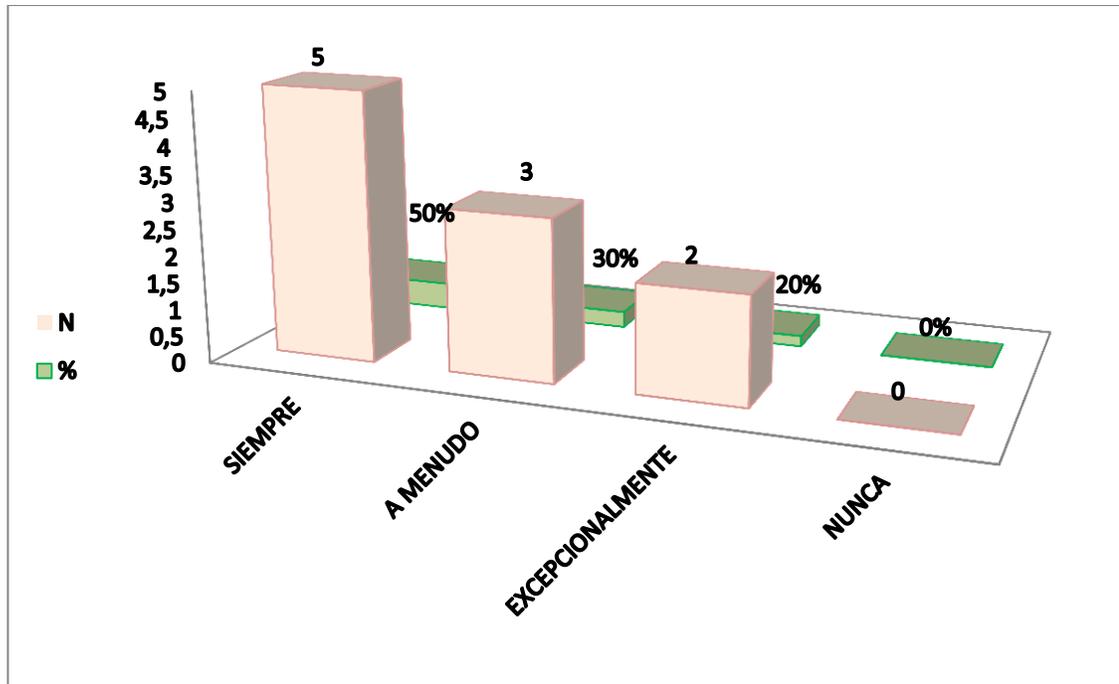


Fuente: Encuesta al profesional de Enfermería de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: De las 10 profesionales de enfermería encuestadas el 40% indicó que un plan de cuidado individual garantiza la continuidad de los cuidados a las pacientes de la consulta externa, mientras que el 30% prefiere una valoración inicial, seguido en 10% que optaron por planes de cuidados estandarizados, informar en cambios de guardia y otros tipos de opciones. Según la literatura indica que el Plan de cuidado individual y una valoración inicial es lo ideal para el cuidado del paciente. Por lo tanto hay una deficiencia en la aplicación de los procesos de atención.

GRAFICO 4

Distribución de las pacientes entre el personal profesional y auxiliares de enfermería.

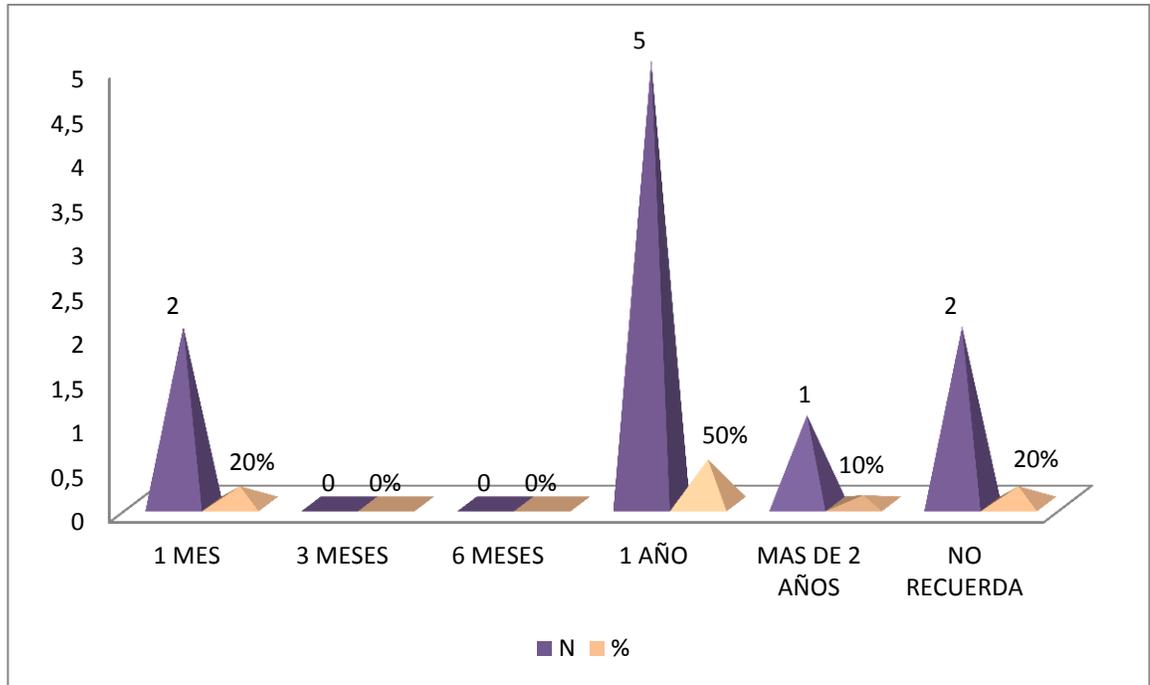


Fuente: Encuesta al profesional de Enfermería de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: El 50% de profesionales de enfermería se distribuye siempre las pacientes con los auxiliares de enfermería, seguido por un 30% que a menudo las distribuye, en menor porcentaje del 20% indicó que las distribuye excepcionalmente. Esto nos indica que la enfermera no cumple con sus funciones totalmente con las pacientes atendidas, ya que el trabajo debe ser en equipo delegando tareas al personal auxiliar bajo la supervisión del profesional.

GRAFICO 5

Grado de conocimientos actualizados de las licenciadas de enfermería para la elaboración de planes de cuidado estratégicos a las gestantes que acuden a la Maternidad Mariana de Jesús.

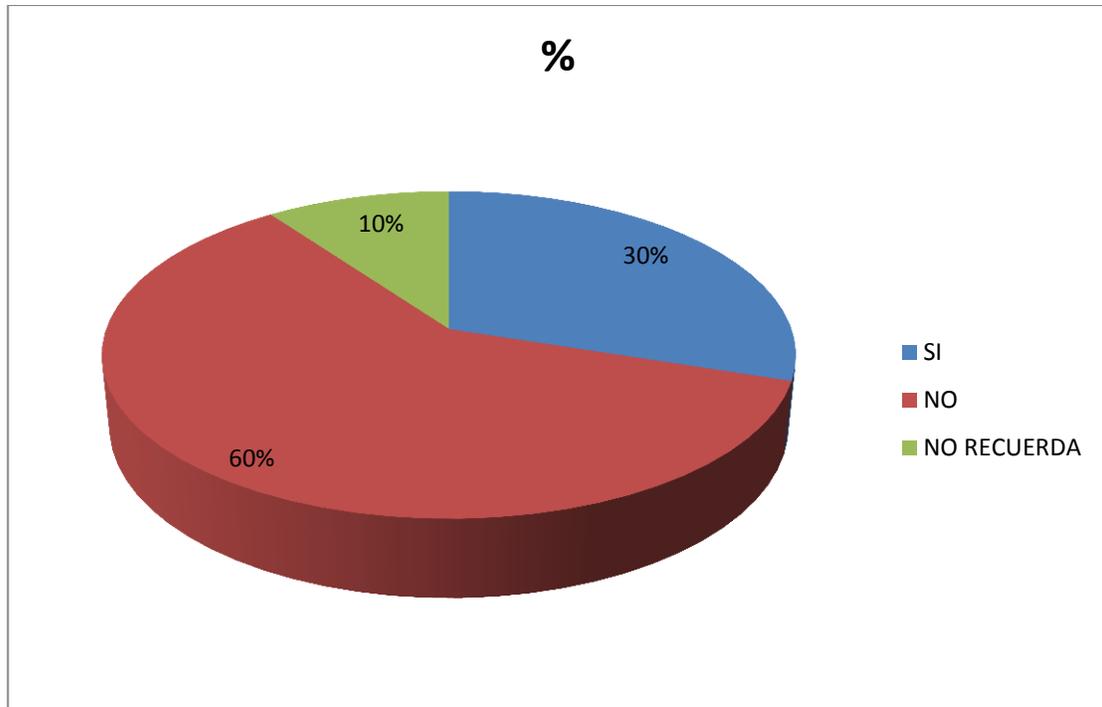


Fuente: Encuesta al profesional de Enfermería de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: Se demuestra que el mayor porcentaje que corresponde al 50% indican haber actualizado sus conocimientos en elaboración de planes de cuidados estratégicos hace 1 año, seguido por dos opciones del 20% que refirieron que no recuerdan y hace 1 mes de haberse actualizado, mientras que en menor porcentaje del 10% manifestó que se actualizo hace más de 2 años. Siendo importante la educación continua en el personal de enfermería y auxiliares de enfermería.

GRAFICO 6

Información adquirida sobre la existencia de los planes de cuidado estandarizados en el lugar de trabajo.

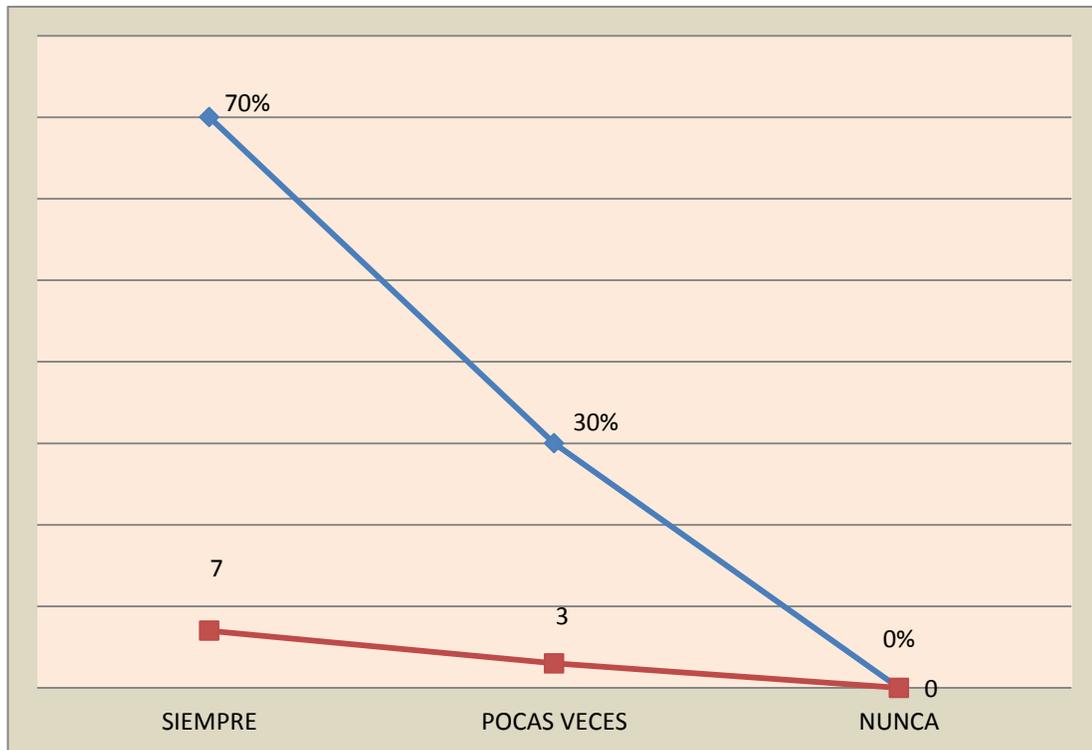


Fuente: Encuesta al profesional de Enfermería de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: El personal profesional de enfermería encuestado muestra que el 60% refirió que no existen planes de cuidados estandarizados en el lugar de trabajo, seguido por un 30% que indica que si existen los planes de cuidados en el trabajo y el menor porcentaje fue del 10% manifestó no recordar. Siendo importante que exista un plan de cuidados estandarizados por área de servicio en un hospital.

GRAFICO 7

Aplicación de los cuidados de enfermería a las pacientes embarazadas con diabetes gestacional por parte de la enfermera profesional de la consulta externa.

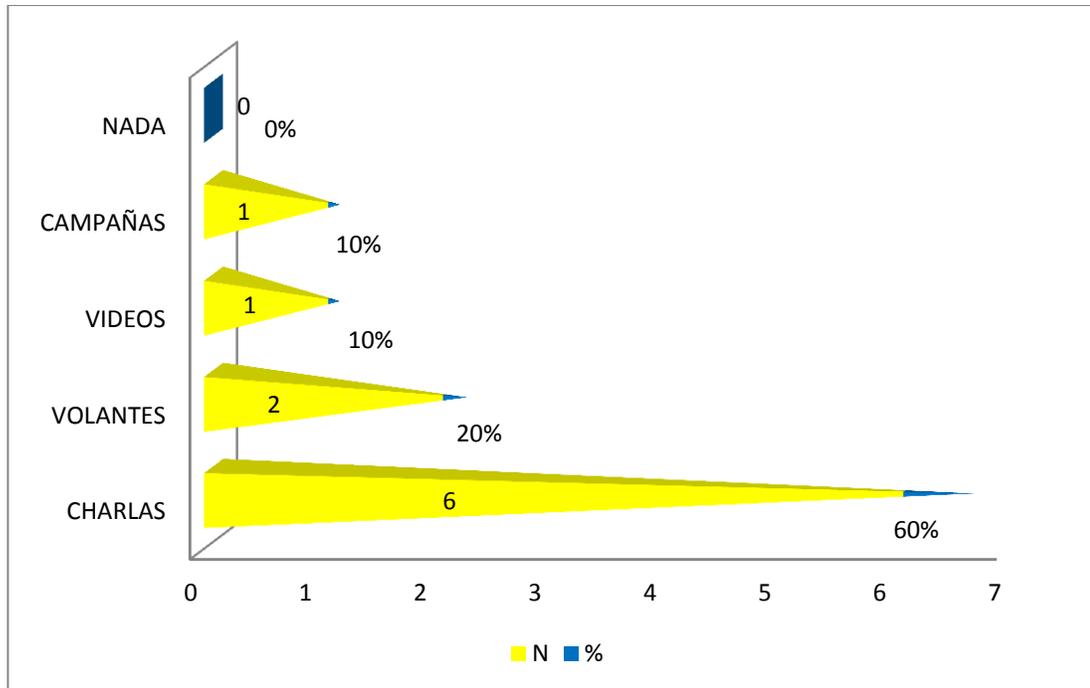


Fuente: Encuesta al profesional de Enfermería de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: Las licenciadas de enfermería encuestadas es del 70% que refieren que aplican los cuidados de enfermería a las pacientes embarazadas con diabetes gestacional, seguido por el 30% que indican aplicar los cuidados de enfermería pocas veces a las pacientes embarazadas. Es de vital importancia aplicar los cuidados de enfermería a cada paciente para evitar complicaciones posteriores.

GRAFICO 8

Información educativa de salud a pacientes embarazadas que acuden a la consulta externa.

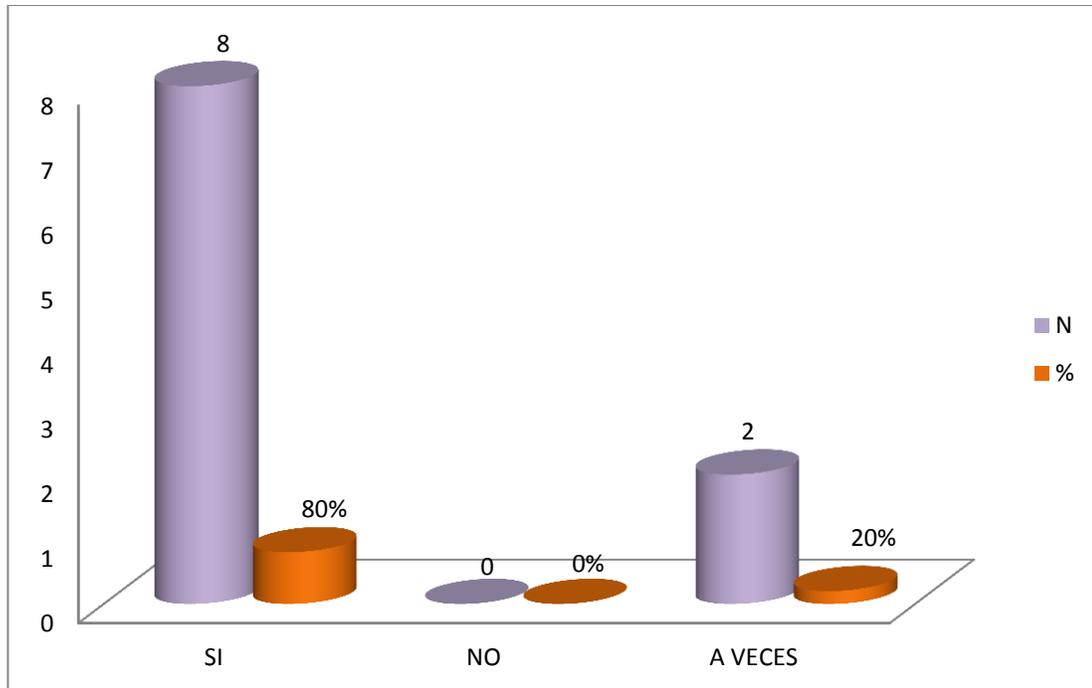


Fuente: Encuesta al profesional de Enfermería de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: De las diez licenciadas de enfermería encuestadas el 60% brindan información por medio de charlas a las pacientes embarazadas de la consulta externa, seguido por el 20% que prefieren dar volantes de información y en menor porcentaje del 10% que indican las campañas y otro 10% videos educativos para brindar información a las pacientes embarazadas lo que nos demuestra que las profesionales brindan información educativa de una u otra forma y así reducir el alto índice de complicaciones en la gestación.

GRAFICO 9

Disminución de las complicaciones graves al aplicar los planes de cuidado correctamente a cada paciente embarazada.

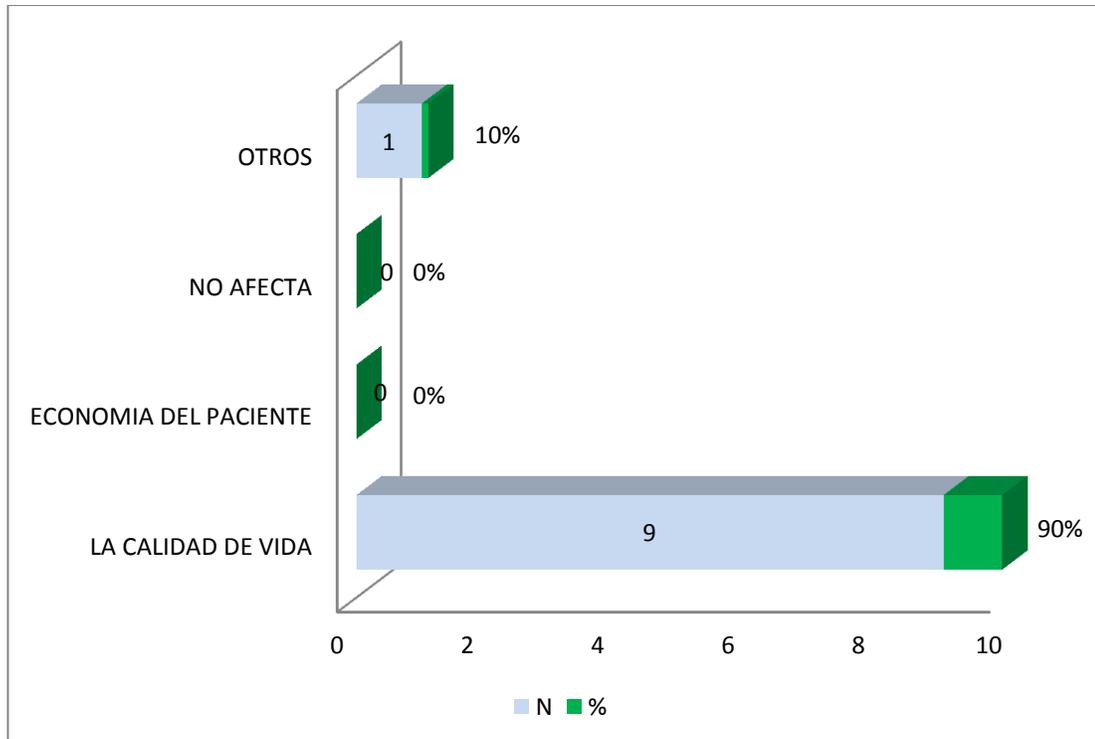


Fuente: Encuesta al profesional de Enfermería de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: Observamos que el mayor porcentaje del personal profesional de enfermería que es 80% indica contribuir a la disminución de complicaciones graves al aplicar los planes de cuidados adecuadamente a cada paciente embarazada, mientras que el 20% refiere que a veces puede disminuir las complicaciones graves en las pacientes embarazadas. Por lo tanto la aplicación del plan de cuidados individualizado favorece a la madre y a su producto en la prevención de complicaciones.

GRAFICO 10

Criterio de las Licenciadas de Enfermería sobre el perjuicio al desarrollo de los cuidados de enfermería con la poca colaboración de las pacientes.



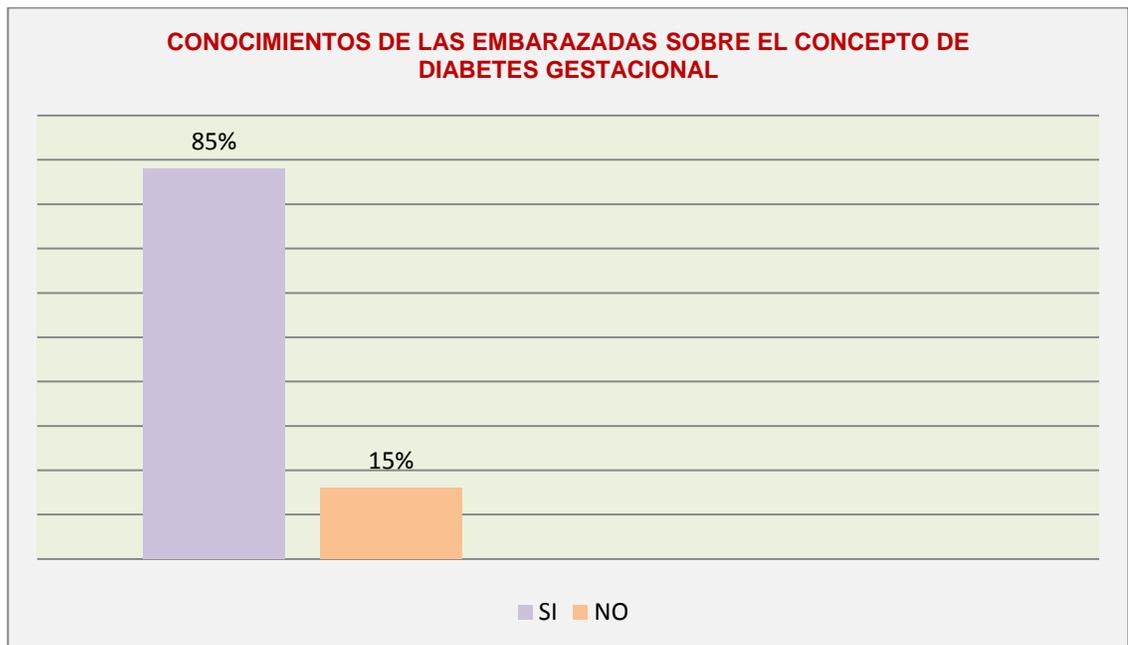
Fuente: Encuesta al profesional de Enfermería de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: Podemos demostrar que el mayor porcentaje es del 90% que las Licenciadas de Enfermería indican la poca colaboración de las pacientes al desarrollo de los cuidados de enfermería, mientras que el 10% refiere otros tipos de perjuicios. La poca colaboración de las pacientes en el cumplimiento del Plan de cuidados ejecutado por enfermería, influye negativamente en perjuicio de la madre tanto en la calidad de vida como en la economía de la paciente.

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS DE LAS ENCUESTAS A LOS USUARIOS.

GRAFICO 11

Conocimientos sobre concepto de diabetes gestacional en embarazadas que acuden a la consulta externa de la Maternidad Santa Mariana de Jesús.

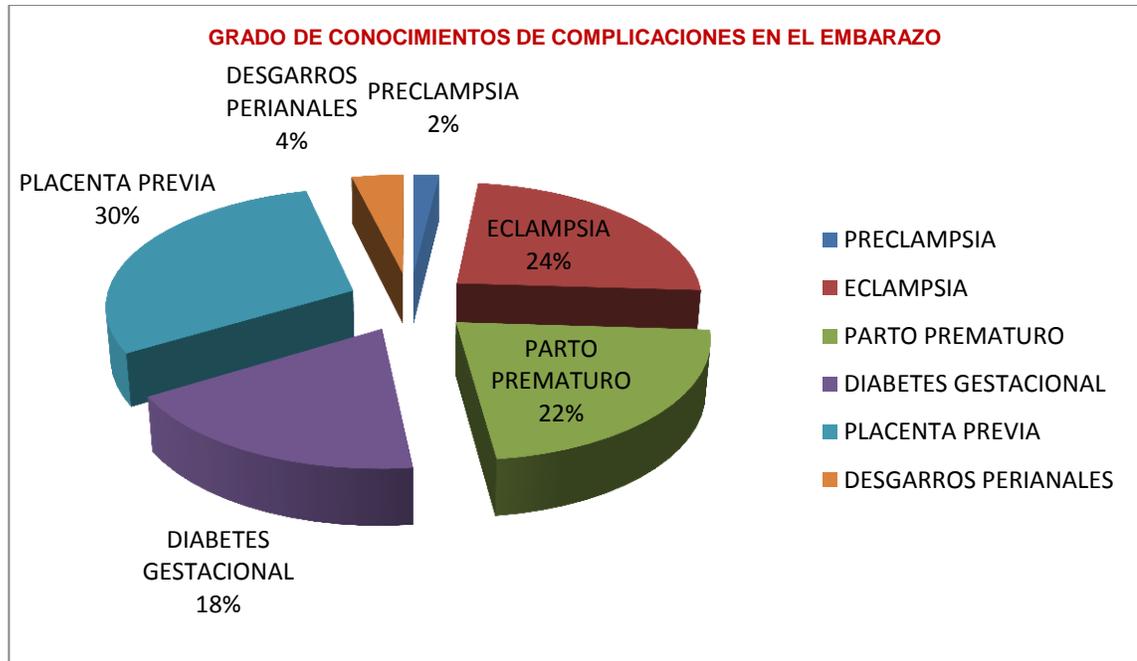


Fuente: Encuesta a las gestantes de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: Según datos obtenidos el 85% tiene conocimientos sobre el concepto de la diabetes gestacional, mientras que el 15% respondió que no tienen conocimiento sobre la diabetes gestacional. Siendo importante el conocimiento de la mujer embarazada sobre la diabetes gestacional para identificar alguna complicación que pueda aparecer durante la gestación.

GRAFICO 12

Conocimientos sobre las complicaciones en el embarazo a gestantes que acuden a la consulta externa de la Maternidad Santa Mariana de Jesús.

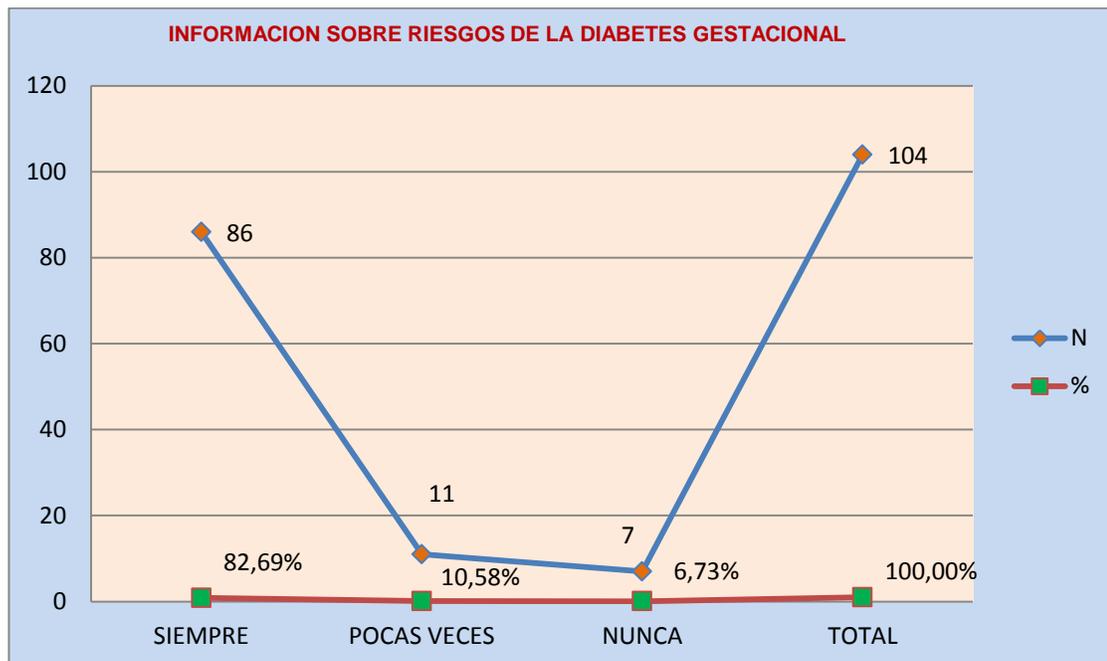


Fuente: Encuesta a las gestantes de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: El 30% de las encuestadas contestaron que la complicación que más conocen en el embarazo es la placenta previa, seguido en un 24% la eclampsia, mientras que el parto prematuro es de un 22%, un 18% tienen conocimiento de las complicaciones de la diabetes gestacional, el 4% refirieron a desgarros perianales y en menor porcentaje la preclampsia. Las embarazadas tienen cierto conocimiento sobre las complicaciones; pero sobre diabetes gestacional el conocimiento es deficiente en la mayoría de las embarazadas.

GRAFICO 13

Información recibida en la consulta externa de la Maternidad Santa Mariana de Jesús sobre como los riesgos de la diabetes gestacional.

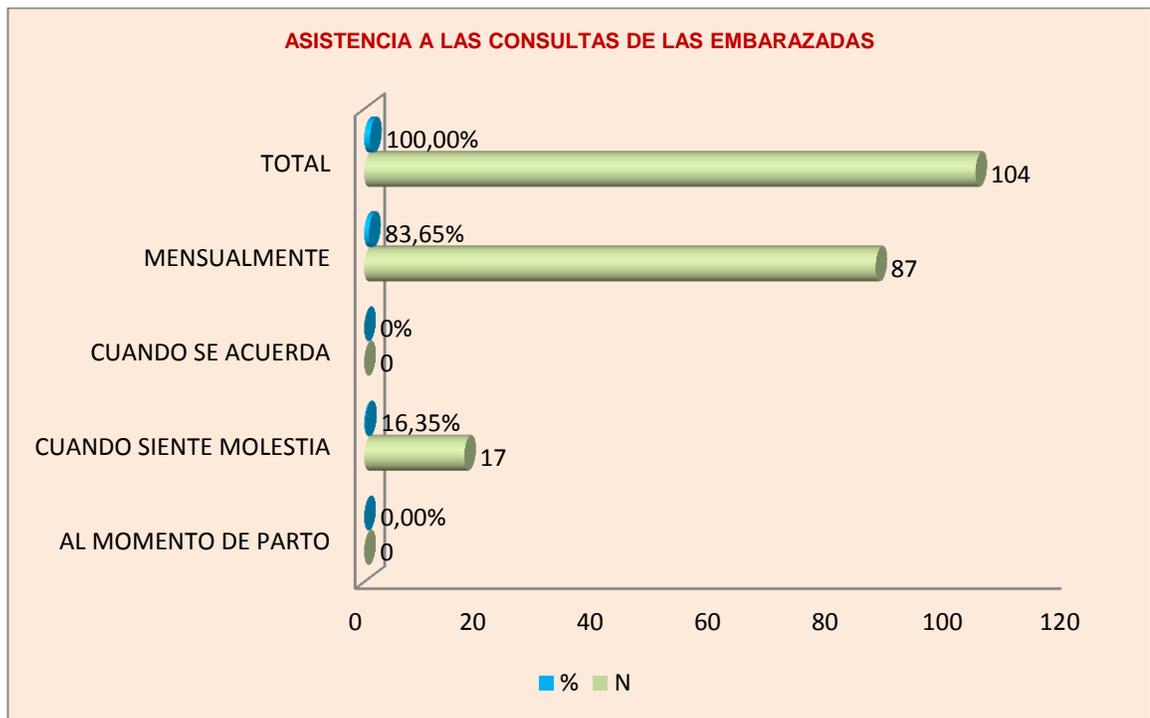


Fuente: Encuesta a las gestantes de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: De la totalidad de las embarazadas estudiadas el 82,69%% manifiesta que reciben información sobre los riesgos de la diabetes gestacional, seguido por el 10,58%% indica que pocas veces les brindan información y en un bajo porcentaje de 6,73%% refiere que nunca les brinda información. Observándose que en cierta forma las embarazadas encuestadas reciben información en su mayoría, existiendo un mínimo porcentaje que manifiesta lo contrario.

GRAFICO 14

Asistencia a la consulta de las embarazadas de la Maternidad Santa Mariana de Jesús.

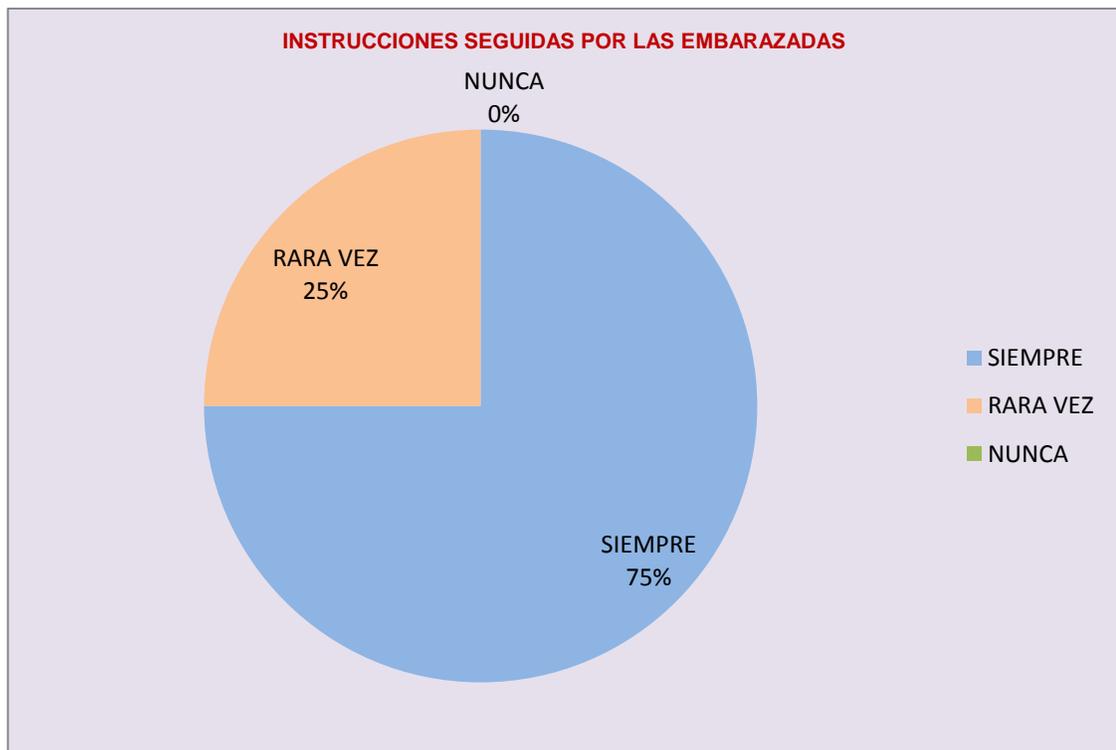


Fuente: Encuesta a las gestantes de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: Podemos demostrar que existe un alto porcentaje del 83,65% de las embarazadas que acuden mensualmente a la consulta, seguido por un 16,35% que acuden a la Maternidad cuando sienten alguna molestia. Sin embargo la mayoría de gestantes conocen la importancia de asistir periódicamente a las consultas para el seguimiento de su embarazo y así evitar complicaciones; existiendo un poco porcentaje por concientizar en la importancia de asistir al control mensual de su embarazo.

GRAFICO 15

Embarazadas que siguen las instrucciones del médico con respecto a su tratamiento.

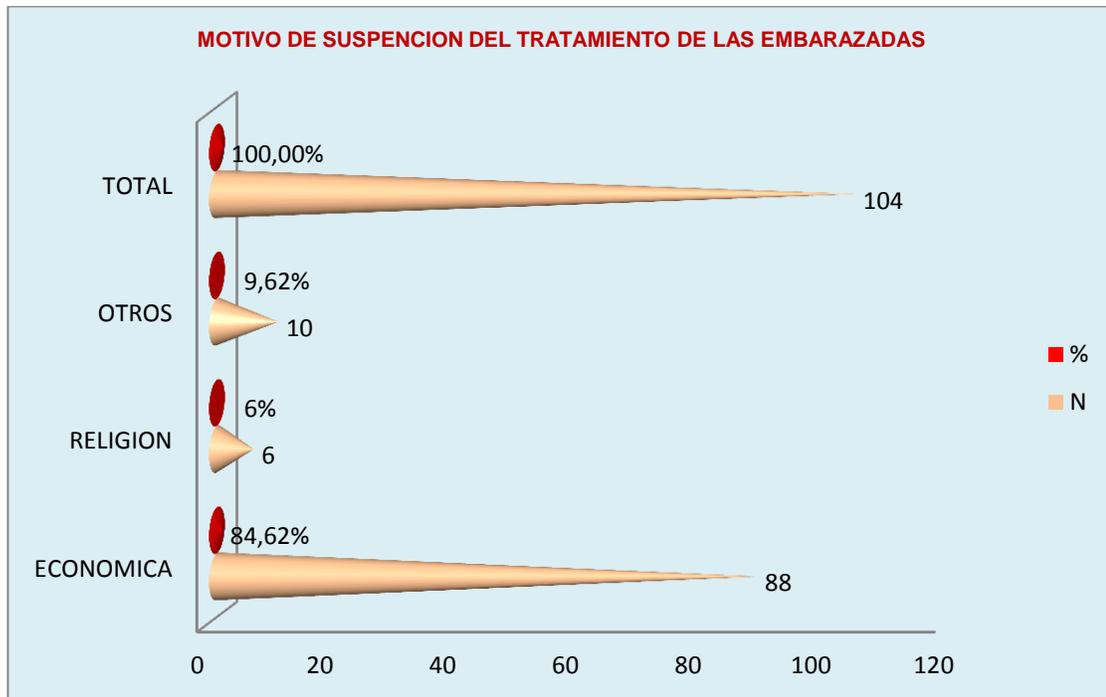


Fuente: Encuesta a las gestantes de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: del total de pacientes embarazadas el 75% refirió que siguen las instrucciones del médico con respecto al tratamiento que consideran de gran importancia el cumplimiento para su salud y del feto, seguido de un porcentaje bajo del 25% que rara vez siguen las instrucciones del médico.

GRAFICO 16

Motivo por lo que suspenden el tratamiento las embarazadas que acuden a la consulta externa de la Maternidad Santa Mariana de Jesús.

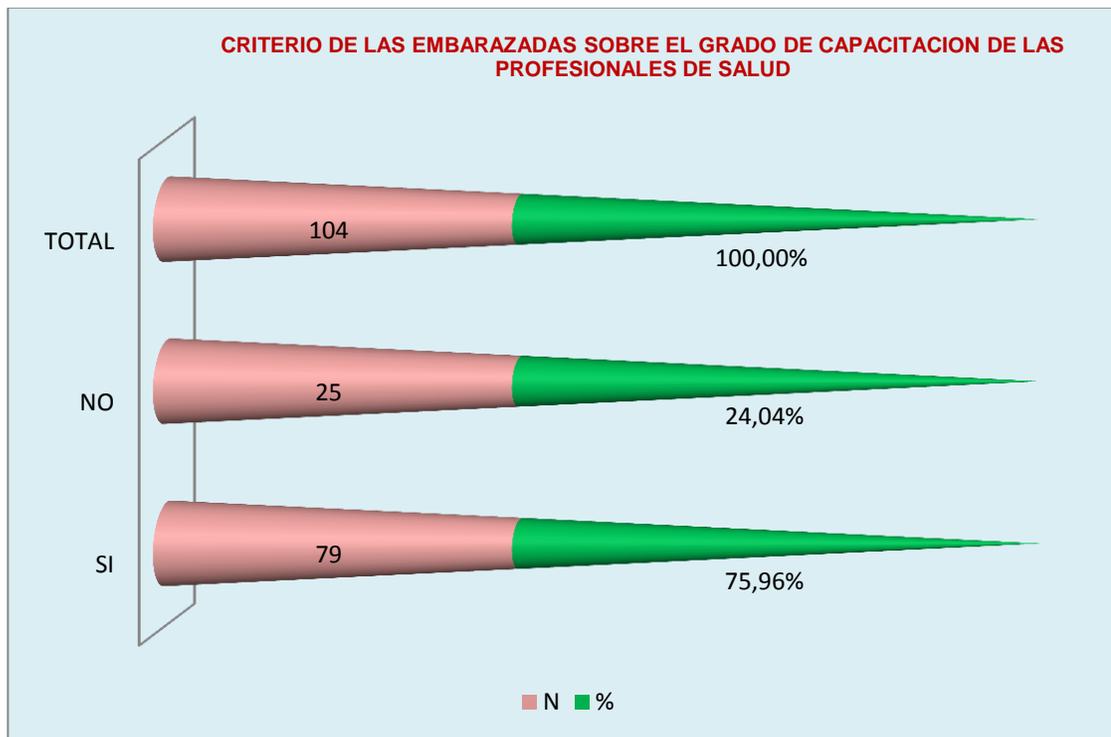


Fuente: Encuesta a las gestantes de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: de las 100 pacientes encuestadas el 84,62% de embarazadas encuestadas suspenden el tratamiento por razones económicas indicando que no tienen dinero ni un trabajo estable, el 9,62% por otras razones como el desconocimiento de las complicaciones al suspender el tratamiento y el 6% suspende el tratamiento porque su religión no les permite transfusiones de sangre si llegara el caso de necesitarla. Es necesario seguir estrictamente las recomendaciones del médico a lo largo del tratamiento, ya que de lo contrario se corre el riesgo de agravar la situación y aumentar así la posibilidad de un ingreso hospitalario.

GRAFICO 17

Criterio de las embarazadas con respecto al grado de capacitación de las profesionales de la salud para atender los casos de diabetes gestacional.

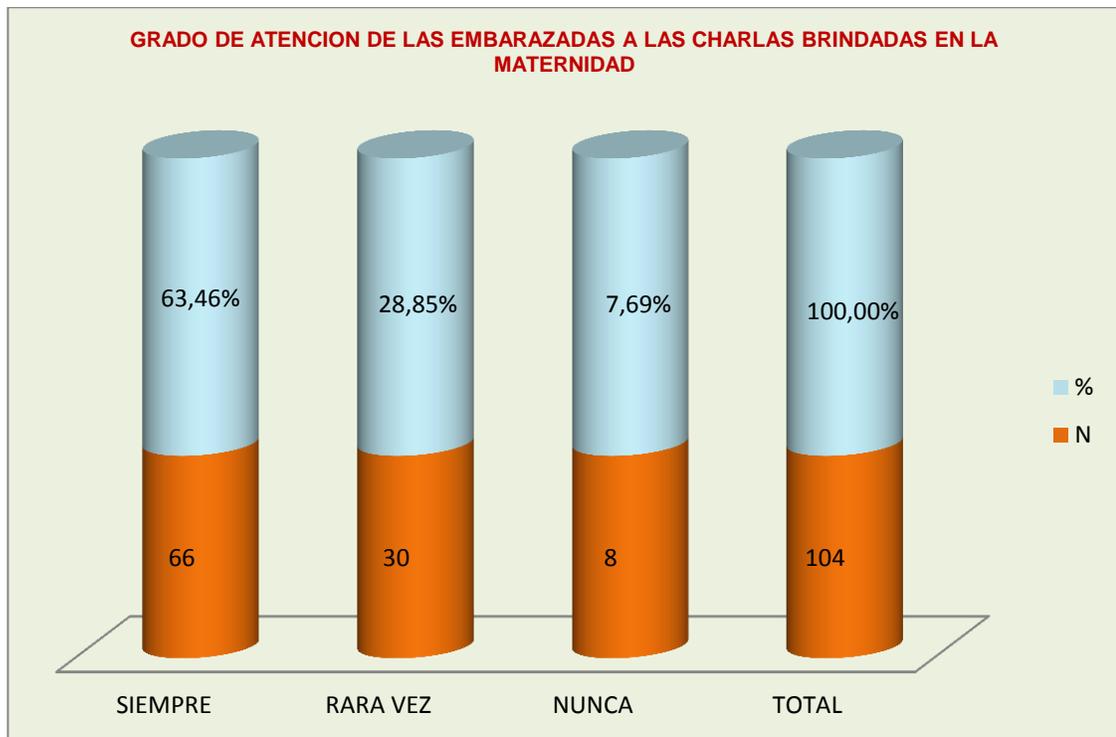


Fuente: Encuesta a las gestantes de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: Observamos que el 75,96% de las embarazadas encuestadas refieren que el personal profesional de la salud está capacitada para atender los casos de diabetes gestacional que presenten en la Maternidad, mientras que un 24,94% indicó que el personal profesional no está muy capacitado. Toda profesional de enfermería está capacitada en todos los aspectos para atender alguna complicación que se presente; siendo necesario demostrar a través de la acción.

GRAFICO 18

Grado de atención de las embarazadas a las charlas diabetes gestacional que se brinda en la consulta externa de la Maternidad Santa Mariana de Jesús.

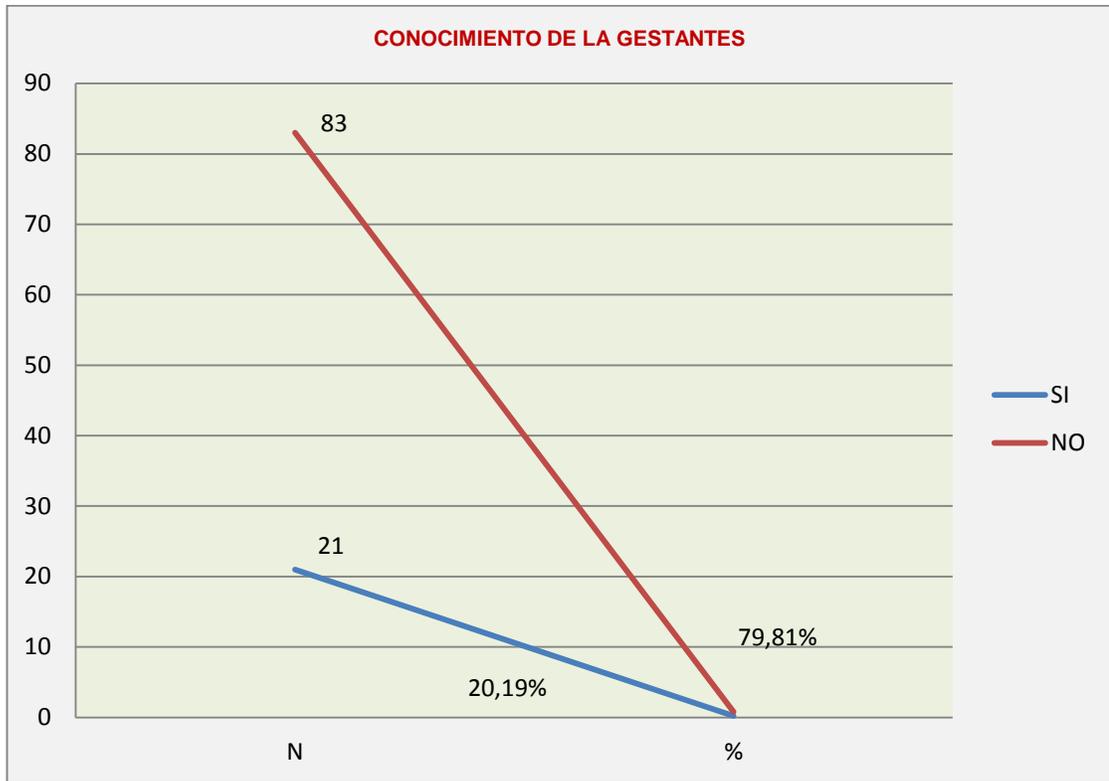


Fuente: Encuesta a las gestantes de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: El mayor porcentaje es 63,46% de embarazadas que prestan atención a las charlas que brindan en la maternidad sobre la diabetes gestacional, seguido por un 28,85% que indica que rara vez presta atención a las charlas y un 7,69% indico que nunca presta atención. Siendo fundamental mostrar atención a las charlas que brinda el personal profesional de enfermería sobre diabetes gestacional disminuyendo la morbilidad materno-fetal.

GRAFICO 19

Conocimientos de las embarazadas con diabetes gestacional sobre la posibilidad de convertirse en diabetes mellitus tipo 2 si no lleva los debidos controles médicos.



Fuente: Encuesta a las gestantes de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.
Elaborado por: Mayra Alexandra Cornejo Martínez.

Análisis e interpretación: un alto porcentaje corresponde al 79,81% de embarazadas con diabetes gestacional que no conocen que existe una probabilidad después del parto de convertirse en diabetes mellitus tipo 2, en cambio un 20,19% si tiene el conocimiento de esta probabilidad. Se demuestra un escaso conocimiento de la enfermedad en las gestantes.

CONCLUSIONES

La diabetes gestacional es una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo, en la investigación se encontró que la edad que fluctúa es entre 25 a 35 años.

El 3% de las embarazadas que formaron parte de la investigación tenían conocimientos sobre la diabetes gestacional y sus complicaciones en el embarazo y en el feto.

La ausencia a las consultas mensuales de la maternidad para su debido control, la suspensión del tratamiento y no seguir estrictamente las indicaciones del médico, llevan a complicaciones graves e irreversibles en el embarazo, en el parto y postparto, con un alto riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2.

Aplicar las intervenciones de enfermería ayudara a llevar un adecuado control y seguimiento a las gestantes con esta patología. En la investigación se encuentra que un 30% aplican pocas veces los cuidados de enfermería que requiere el paciente. Siendo necesario una mayor concientización por parte de las embarazadas para aplicar las recomendaciones dadas por el personal de enfermería y así evitar complicaciones futuras.

Las pacientes reciben los servicios de información gratuita sobre los riesgos y complicaciones de la diabetes por parte del personal profesional de enfermería en la consulta externa, obteniendo un resultado del 8% de gestantes que no prestan atención a las charlas por lo que no podrán aplicar los conocimientos que brindan en la Maternidad Santa Mariana de Jesús.

La enfermera profesional no solo es para la práctica clínica, sino también para brindar educación, investigación y rol administrativo; por lo tanto en la investigación se observa que el 60% de enfermeras profesionales brindan

información a los usuarios. Siendo necesario un mayor cumplimiento de la función educativa de la enfermera.

A pesar de recibir educación por parte del personal de enfermería, las encuestadas no aplican los conocimientos adquiridos siendo necesario una mayor concientización de las mujeres embarazadas.

El 80% del personal profesional de enfermería demuestra su efectividad en el cuidado de las pacientes embarazadas demostrando la máxima eficiencia y mejores resultados; sin embargo existe un 20% que tiene un déficit de efectividad en la atención sobre lo cual se debe influenciar para lograr el 100% de excelencia.

RECOMENDACIONES

Al finalizar esta investigación me permito hacer las siguientes recomendaciones:

Fomentar y promocionar sobre el régimen dietético de las embarazadas para prevenir la diabetes gestacional, implementando charlas educativas.

Las embarazadas en general lleven una adecuada alimentación balanceada evitando la obesidad durante el embarazo, ya que ciertos cambios alimenticios balanceados reducen el riesgo de padecer alguna complicación durante y después del embarazo.

Implementar en la consulta externa del Hospital Maternidad Mariana de Jesús programas de salud y prevención de la diabetes gestacional.

Implementar guía de atención a pacientes diagnosticadas con diabetes gestacional lo que ayudará a reducir las complicaciones. Esta guía será beneficiosa no solo a las pacientes sino también al personal profesional de enfermería del Hospital Maternidad Mariana de Jesús, lo cual dejo elaborado para su revisión, análisis y aprobación de la guía de atención de enfermería.

Aplicación del plan de cuidados individualizado a pacientes embarazadas para contribuir a disminuir complicaciones.

Bibliografía

A. BALCELLS GORINA, M. C. (1978). *PATOLOGIA GENERAL*. En M. C. A. BALCELLS GORINA, *PATOLOGIA GENERAL* (pág. 2126). BARCELONA: TORAY, S.A.

AIMS. (2011). *EL PARTO ES NUESTRO*. Obtenido de <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/el-test-de-osullivan-la-prueba-del-azucar>

BARRON WILLIAM TRASTORNOS MEDICOS DURANTE EL EMBARAZO (2001)

BONAFONTE ROYO SERGIO RETINOPATIA DIABETICA (2006)

BOTELLA LLUSIA JOSE LA PLACENTA FISIOLOGICA Y PATOLOGIA (1992)

CARE, B. (2014). *BAYER DIABETES CARE*. Obtenido de <http://www.diabetes.bayer.es/info-diabetes/diabetes-gestacional/index.php>

CISNEROS, L. F. (FEBRERO de 2005). *TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA Y SU APLICACION*. Obtenido de <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

CORNEJO, M. (3 de ABRIL de 2014). *INTRODUCCION*. GUAYAQUIL, GUAYAS, ECUADOR.

DEREK, L. (2003). *DIABETES MELLITUS FUNDAMENTOS Y CLINICA*. En L. DEREK, *DIABETES MELLITUS FUNDAMENTOS Y CLINICA* (pág. 2350). ESPAÑA: MC GRAW HILL.

DESARROLLO, P. N. (2013). *BASES CONSTITUCIONALES Y DEL BUEN VIVIR EN SALUD*. Obtenido de http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_buen_vivir_Salud.pdf

DIABETES, A. A. (2013). *TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL*. Obtenido de <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-gestacional/el-tratamiento-de-la-diabetes.html>

DIABETES, A. L. (2014). *CLASIFICACION DE LA DIABETES MELLITUS*. *REVISTA DE LA ASOCIACION LATINOAMERICANA DE DIABETES*, 40.

DIAZ, J. M. (2013). *DIABETES GESTACIONAL*. Obtenido de http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/32/Cap_9.pdf

DILLON, P. M. (2008). *VALORACION CLINICA EN ENFERMERIA*. MEXICO: MC GRAW HILL.

- DR. JOSE BOTELLA LLUSIA, D. J. (1993). *TRATADO DE GINECOLOGIA*. MADRID: DIAZ DE SANTOS, S.A.
- FAINGOLD, M. (OCTUBRE de 2008). *DIABETES GESTACIONAL*. Obtenido de http://www.diabetes.org.ar/docs/recomendacion_gestantes.pdf
- GONZALEZ FRISTCHE ERICK *EL MANEJO CUANTICO DE LA DIABETES (2008)*.
- INATAL. (10 de MAYO de 2014). *FUNDACION FETAL MEDICINE BARCELONA*. Obtenido de <http://inatal.org/el-embarazo/semana-a-semana/pruebas-diagnosticas/305-semana-24-el-test-de-o-sullivan.html>
- INTRAMED. (12 de ENERO de 2012). Obtenido de DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION DE LA DIABETES GESTACIONAL : <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74250>
- LESACK, A. B.-A. (2002). *LIBRO DE LABORATORIO DE ANATOMIA Y FISIOLOGIA*. BARCELONA: PAIDOTRIBO.
- MED, R. (2012). *DIABETES GESTACIONAL Y COMPLICACIONES NEONATALES*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91026363007>
- MEDICAL, N. (2014). Obtenido de FISIOPATOLOGIA DE DIABETES GESTACIONAL: <http://www.news-medical.net/health/Gestational-Diabetes-Pathophysiology-%28Spanish%29.aspx>
- MEDICINA. (2001). *PREVALENCIA DIABETES GESTACIONAL*. Obtenido de <http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol61-01/2/diabetesgestacional.htm>
- MOSBY. (2001). *DICCIONARIO MOSBY*. MADRID: ELSEVIER SCIENCE.
- MOSBY. (2001). *DICCIONARIO MOSBY*. MADRID: ELSEVIER SCIENCE.
- (2008). NORMA Y PROTOCOLO MATERNO. En MSP, *NORMA Y PROTOCOLO MATERNO* (pág. 319).
- NUÑEZ, D. J.-D. (1981). *PATOLOGIA OBSTETRICA*. BARCELONA: CIENTIFICO MEDICA.
- PALLARDO SANCHEZ, LUIS *ENDOCRINOLOGIA CLINICA (2009)*
- PLANETA MAMA *EL LIBRO DE EL EMBARAZO (2007)*
- PESO, L. H. (2006). Obtenido de FISIOPATOLOGIA DE LA DIABETES GESTACIONAL: <http://es.scribd.com/doc/86478015/Fisiopatologia-diabetes-gestacional>

REECE E, ALBERT HOLLINS JOHN OBSTETRICIA CLINICA (2010)

ROMERO, G. A. (28 de NOVIEMBRE de 2010). Obtenido de FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO: <http://conocimientos-fisiologia.blogspot.com/2010/11/fisiologia-del-aparato-reproductor.html>

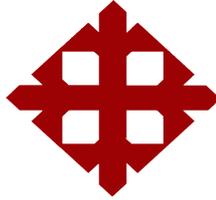
RUSSO, S. (2013). Obtenido de COMO VIVIR CON DIABETES: <http://www.comovircondiabetes.com/regimen-para-diabeticos-tipo-2-que-mejorara-tu-calidad-de-vida/>

SALUD, O. M. (2014). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

SCHWARCZ, R. L. (2003). *OBSTETRICIA*. ARGENTINA: EL ATENEO.

TORRES MORERA LUIS TRATADO DE CUIDADOS CRITICOS Y EMERGENCIA (2001).

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”

**PROGRAMA DE SALUD A EMBARAZADAS CON DIABETES
GESTACIONAL**



PROGRAMA DE SALUD PARA EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL

OBJETIVO:

Mejorar las condiciones de salud de las embarazadas con diabetes gestacional, contribuyendo a reducir las complicaciones maternas – fetales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Ofrecer de manera gratuita información a las pacientes para que concienticen a reducir las complicaciones del embarazo.
- Detectar precozmente factores de riesgos en el embarazo.
- Promover la incorporación de conocimientos, actitudes y hábitos positivos para la salud materna.

BENEFICIARIOS:

Pacientes embarazadas.

Hospital Maternidad Mariana de Jesús.

JUSTIFICACION:

Debido al índice elevado de diabetes gestacional en el Ecuador, el desinterés de las pacientes, el incumplimiento del tratamiento y la inasistencia a las consultas mensuales; se elaboró un programa de salud que permite a la embarazada adquirir conocimientos sobre la diabetes gestacional, permitiendo la intervención efectiva para mejorar la calidad de vida de las gestantes. Llegando a beneficiar no solo a las pacientes sino también al Hospital Maternidad Santa Mariana de Jesús.

1.- ¿Qué es la diabetes gestacional?

Es cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o es reconocida por primera vez durante el embarazo. Puede persistir o no después del embarazo.

2.- ¿Cómo empieza la diabetes gestacional en el organismo?

Empieza cuando el organismo no es capaz de producir insulina suficiente (déficit de insulina), para contrarrestar las acciones de estas hormonas y/o utilizar adecuadamente esta insulina (insulinorresistencia). Sin la suficiente insulina, la glucosa no permite abandonar el torrente sanguíneo y se convertirá en energía en el interior de la célula, provocando hiperglucemia.

3.- ¿Quién puede padecer de diabetes gestacional?

- Mujeres mayores de 35 años.
- Mujeres con sobrepeso.
- Mujeres con antecedentes familiares con diabetes.
- Mujeres con descendencia afroamericana, indígena.

4.- ¿Cómo se diagnostica la diabetes gestacional?

Realizando el Test de Screening en la primera visita, en la semana 24 a 28 y en la semana 32 a 34.

5.- ¿Qué resultado da el Test de Screening?

- Negativo: <140 mg/dl.
- Positivo: > 140 mg/dl.

6.- ¿Que hago si el resultado es negativo?

< 140mg/dl.

- Repetir test a las 24 – 28 semanas.
- Repetir test a las 32 – 34 semanas.

7.- ¿Y si el resultado es positivo que hago?

Realice test de tolerancia oral a la glucosa o test de sobrecarga con 100g.

8.- ¿En qué consiste el Test de Tolerancia Oral a la Glucosa (TTOG)?

- Administrar una sobrecarga de 75g de alguna sustancia glucosada o sea algún jugo dulce.
- Se lo realiza en ayunas.
- Reposo antes y durante la prueba.
- Determine glicemia a la hora, a las 2 horas y 3 horas.

HORAS	VALOR DE GLICEMIA (TTOG)
AYUNAS	95 mg/dl
1 HORA	180 mg/dl
2 HORAS	155 mg/dl
3 HORAS	140 mg/dl

9.- ¿Si el resultado de TTOG es negativo?

Menos de 2 valores positivos.

Repita screening con 50g a las 24 – 28 y a las 32 – 34 semanas.

9.- ¿Si el resultado de TTOG es positivo?

Dos o más valores que sobrepasan los valores de corte diagnóstico para diabetes mellitus. Diagnóstico de diabetes mellitus confirmado

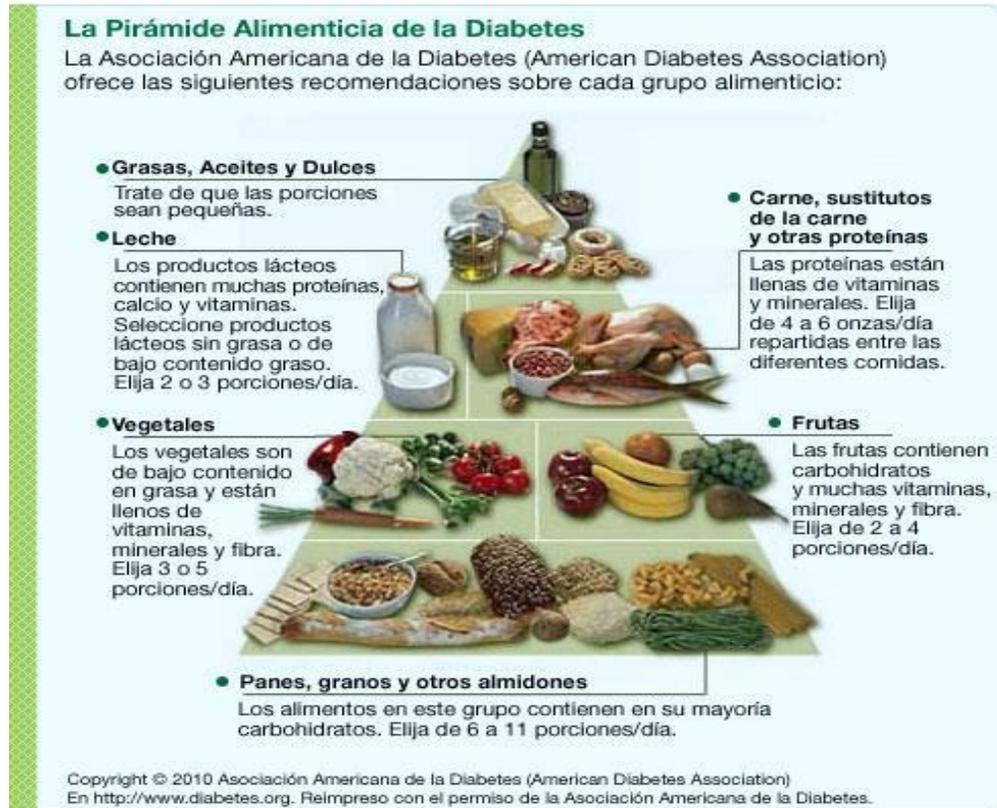
10.- Recomendaciones para mujeres con diabetes gestacional.

- Pregunte sus inquietudes al personal profesional.
- Realice ejercicio físico diario de baja intensidad y acorde con cada condición del paciente.
- Una dieta equilibrada y fraccionada con seis comidas al día, está restringido los carbohidratos, azúcares y grasas.
- Interconsulta con medico nutricionista.
- Si usted es positiva en el resultado; y si en dos semanas no obtiene valores normales se debe iniciar el uso de insulina.

11.- ¿Cuáles son los objetivos para la nutrioterapia medica en la diabetes mellitus gestacional?

- Consumir los alimentos que proporcionen todos los nutrientes necesarios para la madre y el feto.
- Mantener la normogluceemia materna.
- Desarrollar pautas nutricionales que detengan la reaparición de la diabetes gestacional y el inicio de la diabetes mellitus tipo 2.

12.- Pirámide Nutricional para la Diabetes (ADA)



13.- ¿El tamaño de las porciones es importante en la paciente con Diabetes Gestacional?

Individualmente del plan alimenticio que cumple, el tamaño de la porción es la clave; ya que puede contribuir a tener hiperglucemia y subir de peso.

ALIMENTOS	MEDIDAS
Pasta o arroz	1 taza
Verduras	1/2 taza
Brócoli	1 taza
Carne, pollo o pescado	85gr
Queso	30gr

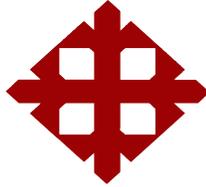
14.- ¿El consumo de fibras ayudan a controlar la Diabetes Gestacional?

Las fibras disminuyen la velocidad del azúcar en la sangre luego de las comidas. Existen dos tipos de fibra.

- Fibra insoluble: como las verduras y productos de grano entero.
- Fibra soluble: como las frutas, avena, cebada y porotos.

Los gramos recomendados de fibra son de 20 a 25 gramos al día.

FIBRA	MEDIDAS
Porotos	1/2 taza
Avena	1/3 taza
Cebada	1/4 taza
Naranja	1 pequeña



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**INTERVENCION EN ENFERMERIA EN EMBARAZADAS DIAGNOSTICADAS
CON DIABETES GESTACIONAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA
DE LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS EN EL PERIODO DE
DICIEMBRE DEL 2013 A MAYO 2014.**

**ENCUESTA A EMBARAZADAS DIAGNOSTICADAS CON DIABETES
GESTACIONAL**

OBJETIVO

Obtener la información para conocer el grado de conocimiento sobre la Diabetes gestacional a las embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Maternidad Mariana de Jesús.

INSTRUCCIONES

Lea de forma detenida cada una de las interrogantes y selecciones la respuesta correcta marcando con una X en el casillero que corresponde al número de la opción que selecciono.

PREGUNTAS:

1.- Tiene conocimientos sobre que es la Diabetes Gestacional.

SI

NO

2.- Conoce usted las complicaciones más frecuentes en el embarazo.

Eclampsia

Preclampsia

Diabetes gestacional

Parto prematuro

Placenta previa

Desgarro perianal

3.- Le brindan información en la consulta sobre como disminuir los riesgos de padecer esta enfermedad.

POCA VECES

NUNCA

SIEMPRE

4.- Con qué frecuencia acude a las consultas de la maternidad.

MENSUALMENTE

CUANDO ME ACUERDO

CUANDO SIENTO ALGUNA MOLESTIA

AL MOMENTO DEL PARTO

5. Sigue las instrucciones del médico con respecto a su tratamiento.

SIEMPRE

RARA VEZ

NUNCA

6.- Porque razones usted suspende el tratamiento de su enfermedad.

ECONOMICA

RELIGION

OTROS

7.- Usted cree que las profesionales de salud de la maternidad está capacitada para atender los casos de Diabetes Gestacional.

SI

NO

DESCONOCE

8.- Presta atención a las charlas que brindan en la consulta externa sobre la Diabetes Gestacional.

SIEMPRE

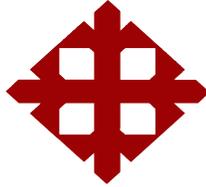
NUNCA

RARA VEZ

9.- Sabía usted que la Diabetes Gestacional tiene la posibilidad de convertirse en Diabetes Mellitus tipo 2 sin los debidos controles médicos.

SI

NO



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

INTERVENCION EN ENFERMERIA EN EMBARAZADAS DIAGNOSTICADAS CON DIABETES GESTACIONAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2013 A MAYO 2014.

ENCUESTA AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

OBJETIVO: Obtener información para conocer el grado de conocimientos de las licenciadas de enfermería hacia los planes de cuidado a las pacientes embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Maternidad Mariana de Jesús.

INSTRUCCIONES

Lea de forma detenida cada una de las interrogantes y selecciones la respuesta correcta marcando con una X en el casillero que corresponde al número de la opción que selecciono.

PREGUNTAS:

1.- ¿Cómo valora la atención sanitaria brindada por parte del personal profesional de enfermería hacia los pacientes?

MUY BIEN	<input type="checkbox"/>
BIEN	<input type="checkbox"/>
REGULAR	<input type="checkbox"/>
MAL	<input type="checkbox"/>

2.- ¿Existen suficientes enfermeras profesionales para promocionar cuidados de calidad a las pacientes en el área de la consulta externa?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

3 ¿Se distribuyen los pacientes entre el personal profesional y auxiliares de enfermería?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A MENUDO	<input type="checkbox"/>
EXCEPCIONALMENTE	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

4.- ¿Según sus conocimientos cuales de los mecanismos son utilizados por el equipo de enfermería de la unidad para garantizar la continuidad de los cuidados?

VALORACION INICIAL	<input type="checkbox"/>
PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALES	<input type="checkbox"/>
EVOLUCION DE ENFERMERIA	<input type="checkbox"/>
INFORMAR EN CADA CAMBIO DE GUARDIA	<input type="checkbox"/>
PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>

5.- En su caso, ¿Qué tiempo tiene de haber actualizado sus conocimientos de elaboración de planes de cuidados estratégicos?

1 MES	<input type="checkbox"/>
3 MESES	<input type="checkbox"/>
6 MESES	<input type="checkbox"/>
1 AÑO	<input type="checkbox"/>
MAS DE 2 AÑOS	<input type="checkbox"/>
NO RECUERDA	<input type="checkbox"/>

6.- ¿En su lugar de trabajo existen planes de cuidados estandarizados?

NO

SI

NO RECUERDA

7.- ¿Aplica planes de cuidados de enfermería a las pacientes embarazadas con riesgo de diabetes gestacional?

SIEMPRE

SI LO REQUIERE

NUNCA

8.- ¿Cómo le gustaría brindar información educativa de salud a pacientes embarazadas que acuden a la consulta?

CHARLAS

VOLANTES

VIDEOS

ACTUACIONES

NADA

9.- ¿Ud. Cree que aplicar los planes de cuidados correctamente a cada paciente disminuirá las complicaciones graves?

SI

NO

A VECES

10.- ¿Cómo cree que perjudica al desarrollo de los cuidados de enfermería, la poca colaboración de los pacientes?

LA CALIDAD DE VIDA

ECONOMIA DEL PACIENTE

NO AFECTA

OTROS