

Diabetes gestacional: tres ejes fundamentales del cuidado de Enfermería

Lic. Roxana Gabriela Gutiérrez Mendieta*

Lic. Olga Virginia Aragón**

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá: Unidad II Obstetricia.

El diagnóstico temprano es fundamental para asegurar el debido tratamiento con controles periódicos según indicación médica y para prevenir complicaciones que afecten a la madre durante el embarazo, el parto y la lactancia.

INTRODUCCIÓN

La diabetes es un trastorno endocrino del metabolismo de los hidratos de carbono que se caracteriza por el incremento de azúcar en la sangre (hiperglucemia) como resultado de la producción insuficiente de insulina o del uso ineficaz de la misma.

La diabetes gestacional, por su parte, se caracteriza por la resistencia a la insulina durante el embarazo. Se trata de un tipo de diabetes que sólo afecta a mujeres embarazadas y que se manifiesta por primera vez durante el embarazo. El control y cuidado estricto durante todas las etapas es muy

importante ya que puede ocasionar problemas a la madre y el hijo.

Existen factores predisponentes para su desarrollo: obesidad, embarazo con más de 25 años de edad, aumento excesivo de peso durante el embarazo, antecedentes de diabetes, antecedentes de hijos macrosómicos (peso superior a 4 kg en los partos anteriores), alteración de la glucemia en ayunas e intolerancia a la glucosa, así como antecedentes de diabetes gestacional en embarazos anteriores. Latinoamérica es considerado como grupo de alto riesgo de alta prevalencia.

* Enfermera Profesional en el área de Obstetricia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

** Enfermera Asistencial en Internación Conjunta, Binomio Madre-Hijo, referente en Lactancia Materna.

Diabetes pregestacional

En el caso de las mujeres que antes del embarazo se sabían diabéticas es preciso tener en cuenta a qué tipo responden:

Tipo 1 (Insulinodependiente o juvenil): necesitan aplicarse insulina todos los días desde el inicio de su enfermedad ya que su páncreas no lo produce en forma suficiente. En general se inicia en edades muy tempranas (niños, adolescentes y jóvenes), pero también puede comenzar en adultos.

Tipo 2 (no insulinodependiente, estable del adulto): generalmente comienza en la edad adulta. En el tratamiento se utilizan hipoglucemiantes orales, aunque a lo largo de la enfermedad pueda necesitarse la aplicación de la insulina en forma transitoria o permanente.

OBJETIVO

- Explicar y comunicar los cuidados de Enfermería a pacientes con esta patología, sobre la base de tres ejes fundamentales: **controlar, educar y concientizar**.
- Brindar información clara y precisa con el objetivo de mejorar los conocimientos y habilidades de la paciente, capacitándola para asumir el control e integrar el autocontrol en su vida cotidiana.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

El cuidado de Enfermería es fundamental en el transcurso de la internación y se centra en tres ejes: **controlar, educar y concientizar**. No sólo durante el tratamiento en la institución sino con una perspectiva duradera una vez dada el alta.

Además, es aconsejable trabajar en conjunto con un equipo interdisciplinario (servicio de salud mental, servicio social, etc.) según lo requiera la paciente.

El valor normal de glucosa en sangre en ayunas es de 70 mg/dl a 100 mg/dl.

El criterio de diagnóstico se confirma con dos glucemias en ayunas con resultado mayor o igual a 100 mg/dl. Antes de la semana 20 se considera pregestacional y después de ella, gestacional.

a) Controlar

El control y seguimiento se realizará en consultorio externo. El médico obstetra citará a la paciente en control prenatal una vez realizada la P75 para conocer el resultado. Dependiendo de dicho resultado decidirá si la paciente queda internada para regulación metabólica.

- **Prueba diagnóstica:** se realiza la P75 (prueba de tolerancia a la glucosa), con glucosa oral de 75grs, por la mañana, con ayuno de 8 a 12 horas. Dando una glucemia mayor o igual a 140 mg/dl a las 2 horas.
 - Durante la prueba no se puede fumar ni ingerir alimentos; la paciente permanecerá en reposo. No debe haber recibido en los cuatro días previos drogas que alteren el diagnóstico (p.ej. corticoides), ni haber cursado proceso infeccioso.

- Después de la extracción de una muestra de sangre en ayunas, la paciente ingerirá 75grs de glucosa disuelta en 375cc de agua a temperatura natural y deberá tomarla en un lapso de 5 minutos. A las dos (2) horas de iniciada la ingestión se volverá a extraer una muestra de sangre.

- A la paciente bajo tratamiento insulínico con regulación metabólica aceptable y que sólo requiera correcciones mínimas e interconsultadas con el servicio de nutrición se le realizará un monitoreo glucémico por Hospital de Día, donde cumplirá controles glucémicos en ayunas, después del desayuno, almuerzo y merienda sin que sea necesaria la internación. En este caso será citada nuevamente dentro de las 72 horas. Si la paciente tiene un promedio de glucemia mayor a 100 mg/dl y no ha realizado transgresiones alimentarias deberá internarse a fin de evaluar el tratamiento con insulina.

Hoja de control glucémico

Nombre y Apellido:					HC:	
Diagnóstico:					Cama:	
Horarios	10hs	14hs	18:30hs	23hs	04hs	07hs
Glucemia						
Correcciones						
Insulina						

Control de glucemia: signos y síntomas

Hipoglucemia (*)	Hiperoglucemia (**)
Palidez	Sofocación
Sudoración fría	Sed
Taquicardia	Debilidad
Cefalea	Náuseas y vómitos
Vértigo	Alteración sensorial

(*) **Hipoglucemia:** valor de glucemia es ≤ 63 mg/dl.
(*) **Hiperoglucemia:** valor de glucemia superior a los **130 mg/dl en ayunas y 180 mg/dl post-prandiales.**

Durante la internación se realizan estudios complementarios de control:

- Laboratorio completo
- Proteinuria de 24 horas
- Urocultivo
- Monitoreo fetal
- Ecografía obstetricia
- Doppler
- Electrocardiograma y evaluación cardiológica
- Ecocardiograma fetal
- Ginecología / colposcopia
- Odontología
- Oftalmología
- Nutrición

• Cuidados de Enfermería en la etapa de control durante la internación:

- Control de signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencias cardiacas, frecuencia respiratoria) y control diario de peso.
- Interrogar a la paciente si siente movimientos fetales.
- Evaluar si la paciente posee conocimiento sobre la patología (complicaciones, cuidados generales que debe realizar) y brindarle información sobre la misma (importancia del cuidado, reconocimiento de alimentos ricos en azúcares, cumplimiento de pautas, porción, colaciones, horarios y cómo resolver una hipoglucemia).
- Control de perfiles glucémicos: explicar su importancia, horarios, valores normales, insulino terapia, tipos de insulina, condiciones de almacenado, aplicación, asepsia, sitios de rotación, dosificación, descartables.
- Brindar información sobre el reconocimiento de signos y síntomas de hiperoglucemia e hipoglucemia, cuidados de higiene corporal (piel, pies, uñas) y odontológicos para evitar infecciones.

b) Educar

Es el primer escalón del tratamiento en la educación diabetológica, dieta y el ejercicio.

- **Cuidados de Enfermería: Educación diabetológica**

Enfermería debe brindar información clara y precisa con el objetivo de mejorar los conocimientos y habilidades de la paciente, capacitándola

para asumir el control e integrar el autocontrol en su vida cotidiana.

Si la paciente no está familiarizada con las técnicas de autocontrol e insulino terapia intensiva es aconsejable su hospitalización durante unos pocos días para realizar la educación.

- La paciente necesita conocer el método de tratamiento.

Gráfico 1. Etapas de control, diagnóstico y seguimiento.

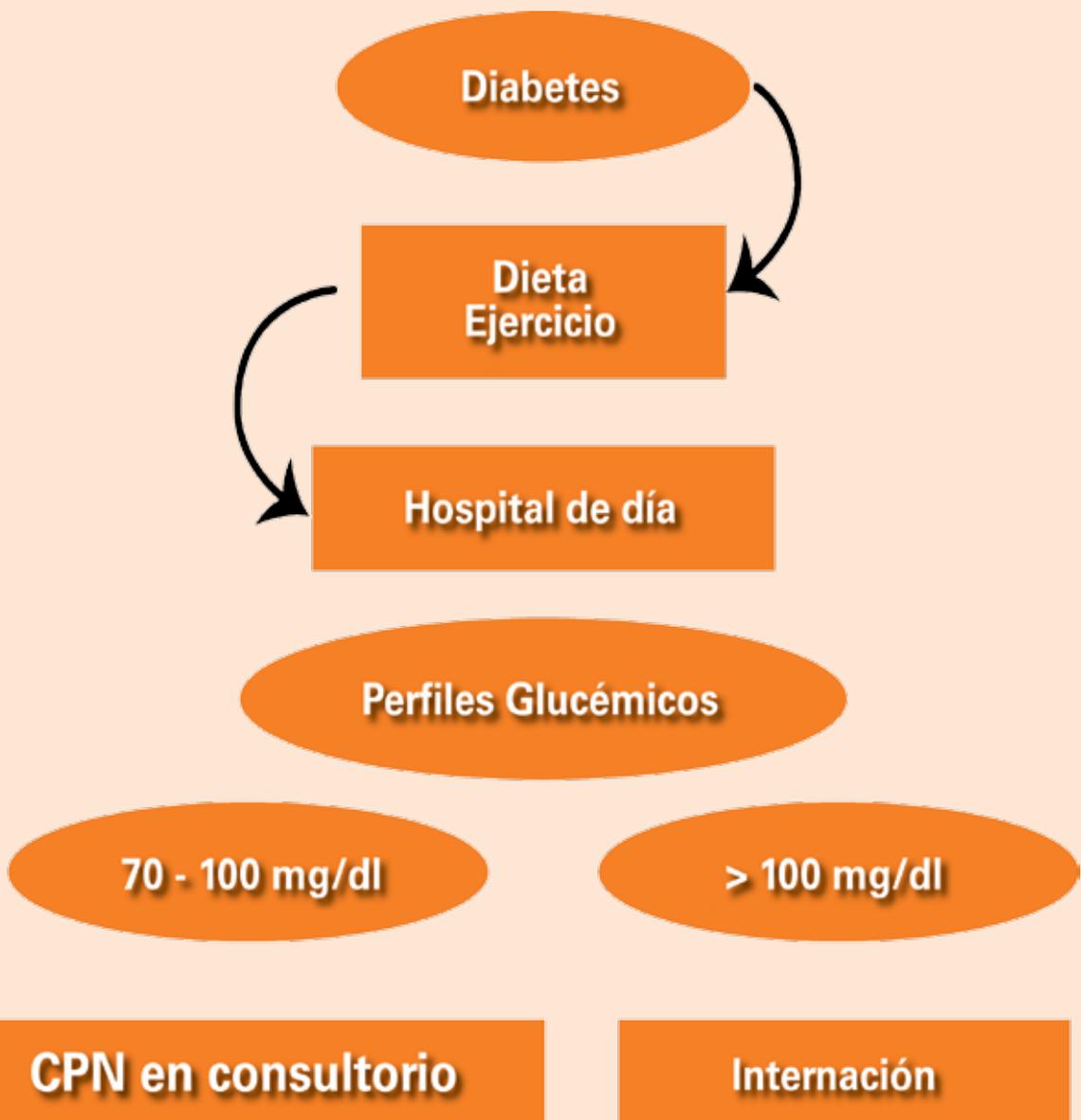


Gráfico 2. Pirámide de alimentos para la diabetes.



- Identificar la insulina prescrita, datos sobre la duración eficaz, acción pico.
- Saber si exige refrigeración o lugar oscuro y seco.

Con respecto a la administración y cuidados de insulina:

- Conocer la jeringa y frasco de insulina.
 - Administración de insulina con jeringa y aguja.¹
 - Carga de insulina para su aplicación.
 - Saber las zonas de aplicación de insulina y formas de rotación.
- **Elaboración del Plan Dietético:** el objetivo del tratamiento alimentario es normalizar los niveles de glucemia y el adecuado crecimiento del bebé y su bienestar. El tratamiento inicial consiste en una dieta individualizada, fraccionada y con una correcta selección de los hidratos de carbono y proteínas.

Su confección estará a cargo del médico nutricionista y/o licenciado en nutrición.

Los alimentos básicos pueden agruparse en tres grupos de acuerdo al siguiente criterio:

- proteínas: leche, carne, verduras.
- grasas: aceites.
- carbohidratos: frutas, pan.

Como parte de la educación alimentaria se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- Reconocimiento de alimentos ricos en azúcar.
- Cumplimiento de pautas (porción, colaciones, horarios).
- Resolución de hipoglucemia: la realización de colaciones con hidratos de carbono contribuye a evitar la hipoglucemia.
- Realizar ejercicio: ayuda a mejorar el control de la diabetes porque produce un descenso del nivel

de glucosa en la sangre (debido al aumento de la utilización del músculo en movimiento). Debe planificarse de acuerdo a las necesidades de la paciente y según el estilo de vida previo al parto de cada paciente.

- El ejercicio genera una sensación general de bienestar y colabora con el organismo en la metabolización de los alimentos y disminuye el requerimiento de insulina.

En pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional se indicará insulino terapia cuando, después de tres (3) días con plan de alimentación y ejercicio no alcancen los objetivos glucémicos en el 80% de los controles o el promedio diario sea mayor a 100 mg/dl.

c) Concientizar

- Lograr una buena comunicación con la paciente.
- Transmitir de manera clara las pautas a seguir (dieta, automonitoreo glucémico y administración de la insulina correcta) para que las incorpore en su vida cotidiana.
- Facilitar a la paciente los recursos educativos necesarios para cuando reciba el alta médica.
- Continuar con los controles glucémicos después del parto y con la dieta hasta el alta.

CONCLUSIÓN

La tarea de Enfermería es mejorar los conocimientos y habilidades de las pacientes con diabetes gestacional para su autocontrol. En la actualidad se dispone de evidencia suficiente sobre el valor de la educación en pacientes con diagnóstico de diabetes en el embarazo para lograr la adhesión al tratamiento y disminuir el requerimiento de insulina, mejorando los resultados perinatales.

¹ En la Maternidad Sardá la insulinización se realiza con pacientes internadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Abeyá, E; Calvo, E. et al (2009) *Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Basualdo, MN y Di Marco, I. (2006) *GPC Diabetes y embarazo*. Maternidad Sardá.
- Consensos SAD. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes. 2008 y 2009.
- ACOG: Practice bulletin: Fetal Macrosomia. N° 22: 1-11.
- American Academy of Family Physician (2001) "Practice guidelines on Fetal Macrosomía" American Family Physician 2001 Jul.
- Boulvain M, Stan C, Irion O: Elective Delivery in diabetic pregnant women (Cochrane Review) The Cochrane Library, Issue 3,2000.
- Buchanan T, Xiang, A, Kjos, S et al. (2007) "What is gestational Diabetes?" *Diabetes Care*; (2): S105- S111.
- IDF Clinical Guidelines Task Force: Global Guideline on Pregnancy and Diabetes. Brussels: International Diabetes Federation, 2009.
- Kuhl, C. (1998) "Etiology and pathogenesis of Gestational Diabetes." *Diabetes Care*; Vol 21. B19–B26.

- Langer, O. (1998) "Maternal Glycemic Criteria for Insulin Therapy in Gestational Diabetes Mellitus." *Diabetes Care*; Vol 21(2): B91-98.
- Lucas, MJ (2001) "Diabetes complicating pregnancy." *Obstetrics & Gynecology of North America*; 28(3) 513-36.
- Metzger, B; Buchanan T; Coustan, D et al. (2007) Summary and Recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*; Vol. 30(2): 251-260.
- Metzger BE, Lowe LP, Coustan DR. (2008) "Study Cooperative Research Group: Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes." *N Engl J Med*; 358(19):1991-2002.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008) "Diabetes in pregnancy. Management of diabetes and its complications from pre-conception to the postnatal period." Full guideline. London: *Clinical guideline*, n°63.
- Vambergue A; Dognin C; Boulogne A. (2008) "Increasing incidence of abnormal glucose tolerance in women with prior abnormal glucose tolerance during pregnancy: DIAGEST 2 study." *Diabet Med*. 2008 Jan;25(1):58-64.
- Vogel N, Burnand B, Vial Y, Ruiz J, Paccaud F, Hohlfeld P. (2000) "Screening for gestational diabetes: variation in guidelines." *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; Jul;91(1):29-36.



CARGÁ TU CV

EN LA WEB DE ADECRA+CEDIM Y ACCEDÉ A
GRANDES OPORTUNIDADES LABORALES

Te invitamos a cargar tu currículum, ingresando en: empleos.adecria.org.ar



SEGUINOS EN FACEBOOK
FACEBOOK.COM/EMPLEOSADECRA

¡Postulate!