



DOI: 10.26820/reciamuc/6.(3).julio.2022.221-230

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/899>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 221-230



Enfermería en pacientes con diabetes gestacional cuidados y causas

Nursing in patients with gestational diabetes care and causes

Enfermagem em pacientes com diabetes gestacional cuidados e causas

**Noralma Katherine Jaime Hernández¹; Leonela Lissett Ponce Lino²;
Miryam Rossana Lino Lino³; Eleodora Margarita Murillo Cañarte⁴**

RECIBIDO: 20/02/2022 **ACEPTADO:** 10/04/2022 **PUBLICADO:** 30/07/2022

1. Magister en Emergencias Médicas; Licenciada en Enfermería; Doctorando en Ciencias Biomédicas; Docente de la Universidad Estatal del Sur de Manabí; Jipijapa, Ecuador; noralma.jaime@unesum.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0001-9292-7337>
2. Especialista en Orientación Familiar Integral; Maestrante en Educación en Ciencias de la Salud; Licenciada en Enfermería; Docente de la Universidad Estatal del Sur de Manabí; Jipijapa, Ecuador; leytopl@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0809-2929>
3. Magister en Emergencias Médicas; Licenciada en Ciencias de la Enfermería; Ingeniera en Alimentos; Trabaja en el hospital Básico Jipijapa; Ecuador; roxylinolino@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7152-2832>
4. Magister en Emergencias Médicas; Licenciada en Enfermería; Docente de la Universidad Estatal del Sur de Manabí; Jipijapa, Ecuador; eleodora.murillo@unesum.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-3494-171X>

CORRESPONDENCIA

Noralma Katherine Jaime Hernández

noralma.jaime@unesum.edu.ec

Jipijapa, Ecuador

RESUMEN

La diabetes gestacional es el aumento en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, esta convierte una insuficiente adaptación de resistencia a la insulina que se produce a partir de las 20 a 28 semanas de embarazo. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Cuidados de enfermería en pacientes con diabetes gestacional. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. Existen varias teorías de enfermería para el cuidado de pacientes que no son solo específicas para una sola enfermedad como la de Marjory Gordon, Dorothea Orem, y otros que destacan y humanizan el rol de la enfermería en el manejo de distintas patologías, en base a las indicaciones de los médicos tratantes. Cuando se habla del humanismo se entiende que se crea una relación entre paciente - enfermero - familia, en los casos de patologías que requieren un manejo prolongado, a su vez la enfermería ejerce un rol de comunicación entre el médico y los familiares en muchos casos. El cuidado de enfermería en el caso de pacientes con diabetes gestacional, estas deben estar capacitadas para llevar a cabo esta responsabilidad, que implica entre otras cosas: vigilar los niveles de glucosa en sangre, observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia, administrar insulina según prescripción, potenciar la ingesta oral de líquidos, balance nutricional, consulta con médico tratante, entre otros.

Palabras clave: Diabetes, Gestacional, Enfermería, Cuidados, Paciente.

ABSTRACT

Gestational diabetes is the increase in the metabolism of carbohydrates that is detected for the first time during pregnancy, this converts an insufficient adaptation of insulin resistance that occurs from 20 to 28 weeks of pregnancy. The methodology used for this research work is part of a bibliographic review of documentary type, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as Nursing care in patients with gestational diabetes. The technique for data collection is made up of electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, Science direct, among others, relying for this on the use of descriptors in health sciences or MESH terminology. The information obtained here will be reviewed for further analysis. There are several nursing theories for patient care that are not only specific for a single disease, such as that of Marjory Gordon, Dorothea Orem, and others that highlight and humanize the role of nursing in the management of different pathologies, based on the instructions of the treating physicians. When speaking of humanism, it is understood that a relationship is created between patient - nurse - family, in cases of pathologies that require prolonged management, in turn, nursing plays a role of communication between the doctor and family members in many cases. Nursing care in the case of patients with gestational diabetes, they must be trained to carry out this responsibility, which implies, among other things: monitor blood glucose levels, observe if there are signs and symptoms of hyperglycemia, administer insulin according to prescription, enhance oral intake of fluids, nutritional balance, consultation with a treating physician, among others.

Keywords: Diabetes, Gestational, Nursing, Care, Patient.

RESUMO

O diabetes gestacional é o aumento do metabolismo de carboidratos que é detectado pela primeira vez durante a gravidez, isso converte uma adaptação insuficiente da resistência à insulina que ocorre de 20 a 28 semanas de gravidez. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação insere-se numa revisão bibliográfica de tipo documental, uma vez que vamos abordar questões levantadas a nível teórico como os cuidados de enfermagem a doentes com diabetes gestacional. A técnica de coleta de dados é composta por materiais eletrônicos, estes últimos como Google Scholar, PubMed, Science direct, entre outros, contando para isso com o uso de descritores em ciências da saúde ou terminologia MESH. As informações aqui obtidas serão analisadas para posterior análise. Existem várias teorias de enfermagem para o cuidado ao paciente que não são específicas apenas para uma única doença, como a de Marjory Gordon, Dorothea Orem e outras que destacam e humanizam o papel da enfermagem no manejo de diferentes patologias, com base nas orientações de os médicos assistentes. Quando se fala em humanismo, entende-se que se cria uma relação entre paciente - enfermeiro - família, nos casos de patologias que requerem manejo prolongado, por sua vez, a enfermagem desempenha um papel de comunicação entre o médico e os familiares em muitos casos. A assistência de enfermagem no caso de pacientes com diabetes gestacional, deve ser capacitada para exercer essa responsabilidade, o que implica, entre outras coisas: monitorar a glicemia, observar se há sinais e sintomas de hiperglicemia, administrar insulina conforme prescrição, potencializar ingestão oral de líquidos, equilíbrio nutricional, consulta com médico assistente, entre outros.

Palavras-chave: Diabetes, Gestacional, Enfermagem, Cuidado, Paciente.

Introducción

La OMS advierte que una de cada once personas ya tiene diabetes; en su informe mundial sobre la diabetes sostiene que estas cifras indican que el número de personas afectadas se cuadruplico en los últimos 30 años, y de acuerdo con los científicos aumento en países de ingresos bajos y medianos (Reyes Alvarado, 2018).

La diabetes es “una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia”. La insulina es “una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos”. Por consiguiente, si la glucosa no se absorbe como corresponde, se producirá un incremento de la misma en sangre (hiperglucemia) que con el paso del tiempo, lesionará considerablemente los tejidos, en especial los nervios y vasos sanguíneos (Álvarez Paniagua, 2016).

La diabetes gestacional es el aumento en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, esta convierte una insuficiente adaptación de resistencia a la insulina que se produce a partir de las 20 a 28 semanas de embarazo. Es la complicación más frecuente del embarazo y su frecuencia es variable según los distintos estudios. Dado que aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como el sufrimiento fetal, macrosomía y problemas neonatales (Anchundia Álava, 2022).

La atención a la embarazada tiene como objetivo reducir al mínimo el riesgo de morbi mortalidad tanto para la madre como para el niño, la identificación temprana de los factores de riesgo permite una atención más especializada de acuerdo con el factor de riesgo que presente la paciente, y así evitar complicaciones. Dentro de las condiciones para clasificar a la embarazada de alto riesgo se encuentran las condiciones clínicas y

en esta la Diabetes Mellitus entre otras afecciones asociadas al embarazo (Pérez Mardrazo et al., 2012).

Por tanto, los enfermeros deben en conjunto con los demás profesionales, priorizar en la asistencia prenatal la detección de los riesgos lo más precozmente posible. En la dinámica evaluativa de acompañamiento de la gestante/puérpera deben estar vigilantes para la reclasificación del riesgo en cada consulta, así como durante el trabajo de parto y a lo largo del puerperio. Para ello, es imprescindible el seguimiento meticuloso de las etapas de anamnesis, examen físico general, ginecológico y obstétrico, además de las actividades educativas desarrolladas individualmente con la mujer, para atenderla en sus necesidades y particularidades. Derivan también de estas el número de consultas en la red primaria, visitas domiciliarias y referencia para la utilización de recursos profesionales y de los niveles secundario o terciario (Amorim et al., 2017).

Factores de riesgo

- Edad materna mayor a 30 años.
- Historia obstétrica pasada (pasado de diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva específica del embarazo, nacimiento previo de un niño de más de 4000 gramos, abortos a repetición, nati y neo mortalidad fetal, macrosomía y malformaciones fetales).
- Uso de medicamentos con acción hiperglucemiante (corticoides y otros)
- Obesidad central IMC >30.7 Kg/m²
- Historia familiar de diabetes especialmente entre los familiares de 1º grado.
- Se puede agregar como factores de riesgo el hecho de pertenecer a determinados grupos étnicos como los indios Pima y los Naurúes entre los más importantes y el embarazo múltiple (Aurora & Uriel, 2015).

Complicaciones perinatales

- Polihidramnios: es el aumento del volumen del líquido amniótico. La etiología de este aumento no está clara, la causa podría ser la poliuria fetal, como respuesta a la hiperglucemia fetal. La presencia de polihidramnios se relaciona con la rotura prematura de membranas y como consecuencia, el inicio del trabajo del parto.
- Preeclampsia: es la aparición de hipertensión arterial y proteinuria en la embarazada. La insulinoresistencia que aparece en el segundo trimestre del embarazo se relaciona con el desarrollo de preeclampsia.
- Eclampsia: se relaciona directamente con la preeclampsia, siendo la fase más grave de ésta. Se caracteriza por la aparición de crisis convulsivas durante el embarazo o puerperio, causada por la hiperperfusión encefálica. o Infecciones urinarias: relacionadas con la glucosuria y la proteinuria.
- Descompensación metabólica aguda, relacionada con la aparición de cetoacidosis diabética: se produce un aumento de cuerpos cetónicos en sangre, liberados a través del metabolismo de los ácidos grasos. Puede aparecer un coma. Es una complicación muy grave tanto para la madre como para el feto.
- Desgarros perineales: en relación a la macrosomía fetal.
- Aumento de la tasa de cesáreas y partos vaginales instrumentados, en fetos macrosómicos (Gutiérrez López, 2015).

Complicaciones fetales

- Macrosomía: es la complicación más común asociada a esta patología. Las elevadas cantidades de glucosa pasan al feto a través de la placenta, esto produce una modificación en el medio intrauterino por lo que, el páncreas se estimula y secrega abundante insulina. Un ambiente

de hiperinsulinismo se relaciona con un crecimiento fetal acelerado.

- La diabetes gestacional se asocia con un crecimiento excesivo, del feto, del tejido sensible a la insulina como es el tejido adiposo, en especial, alrededor del tórax, abdomen y los hombros. Por ello, el aumento de distocias del hombro u otros traumatismos durante el parto como, lesiones del plexo braquial y desproporción pélvico – cefálica.
- Muerte fetal, más frecuente en gestantes con mal control metabólico.
- Riesgo de pérdida de bienestar fetal ante e intraparto.
- Inmadurez fetal, relacionado con la aparición de distrés respiratorio y alteraciones hematológicas y metabólicas neonatales como policitemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hiperviscosidad.
- Miocardiopatía hipertrófica, las malformaciones cardíacas son más frecuentes en los hijos de madres diabéticas. o Prematuridad, se relaciona con los niveles de la hemoglobina glicosilada (hb A1c). El riesgo aumenta en un 37% por cada elevación de 1% de la hemoglobina glicosilada.
- Hipoglucemia en el recién nacido: tras el nacimiento, deja de recibir glucosa a través de la placenta, sin embargo, el bebé continúa consumiendo glucosa debido al hiperinsulinismo. Hasta su regulación, el recién nacido puede sufrir algún episodio hipoglucémico (Gutiérrez López, 2015).

Clínica

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

- Fatiga.
- Visión borrosa.

- Infecciones habituales.
- Polidipsia.
- Polaquiuria.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Disminución del peso corporal (Valle Monserrate, 2022).

Diagnóstico

Para el diagnóstico de diabetes en las gestantes se consideran tres criterios: aumento irrefutable de los niveles de glucosa plasmática a 200 mg/dL o superior y relacionarlo con los síntomas clásicos de la diabetes, obtener niveles de glucosa plasmática en ayunas, superiores a 126 mg/dL en más de dos pruebas realizadas y la utilización de la prueba de sobrecarga oral de glucosa con 100 gramos de la misma (Valle Monserrate, 2022).

Tratamiento

El tratamiento se basa en medidas nutricionales, ejercicio y tratamiento farmacológico. El tratamiento dietético es un pilar fundamental en el manejo de la diabetes y en muchas ocasiones es probablemente la única intervención necesaria. En líneas generales, la dieta debe ir orientada hacia la consecución y mantenimiento de un peso aceptable y de unos niveles óptimos de glucosa, lípidos y tensión arterial. La proporción de nutrientes no será distinta a la recomendada en la población general, debiendo comer suficientes hidratos de carbono en cada comida y evitar los azúcares solubles y sus derivados por su rápida absorción que eleva la glucemia post-prandial. Se recomienda que el total de calorías consumidas a lo largo del día se repartan en 4 ó 5 comidas. En la diabetes tipo 2, el ejercicio físico juega un destacado papel aumentando la captación de glucosa por el músculo, incluso cuando no se disminuye el peso, ayudando a mejorar el control metabólico. Además, actúa de manera favorable sobre otros factores de riesgo de enferme-

dad cardiovascular como la hiperlipemia y la hipertensión arterial (Rengifo Mozombite, 2018).

- Los enfermos con glucemia basal menor de 140 mg/dl se benefician más de fármacos que no causan hipoglucemia, como es la metformina, la troglitazona o los inhibidores de alfa-glucosidasas. Los que tienen principalmente hiperglucemia basal (valores mayores antes de desayuno que de cena) deben usar metformina. Si su hiperglucemia dominante es, sobre todo, postprandial y mayor antes de cena que de desayuno, pueden usar inhibidores de alfa-glucosidasas. En aquellos pacientes con resistencia insulínica importante debe utilizarse troglitazona o, si ésta no está disponible, metformina, independiente del patrón glucémico.
- Los enfermos con glucemia basal entre 140 y 200 mg/dl tienen otras alternativas. Aquellos con normo peso o, sobre todo, los delgados deben ser tratados con sulfonilureas. En obesos con este nivel de glucemia el tratamiento se iniciará con metformina (Rengifo Mozombite, 2018).

El tratamiento con insulina está indicado en los siguientes casos:

1. En el momento del diagnóstico, en pacientes no obesos, con síntomas cardinales y glucemias elevadas.
2. En diabéticos con fallo primario o secundario a la combinación de fármacos orales. Es decir, cuando en esa situación no se están obteniendo los objetivos determinados de control metabólico. Los objetivos con vistas a la insulinización tienen que relativizarse en función del paciente: edad, complicaciones y enfermedades asociadas, grado de obesidad, expectativa de vida, situación social y cultural.
3. En situación de descompensación aguda por enfermedades intercurrentes.
4. En pacientes Diabéticos Tipo 1 la insulino-terapia es el pilar del tratamiento.

5. El tratamiento inicial debe ser con insulina cuando la distinción entre la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2 no está clara y en los pacientes con concentraciones de glucosa en sangre al azar de 250 mg / dl (13,9 mmol / L) y / o HbA1C 0,9 % (75 mmol / mol)
6. Presentación con cetosis o cetoacidosis requiere un período de terapia con insulina en ayunas y postprandial hasta restaurarlo a su estado normal o casi normal
7. La insulina es el agente de primera línea recomendado para el tratamiento de DM Gestacional. 8. En pacientes diabéticos que emplean terapias coadyuvantes con fármacos hiperglicemiantes (Rengifo Mozombite, 2018).

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Cuidados de enfermería en pacientes con diabetes gestacional. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Resultados

Tabla 1. Teoría de Dorothea Orem. “teoría general 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.

Fuente: Elaboración Propia. Tomado de (Cornejo Martínez, 2014).

Cuidados de enfermería

La actuación de enfermería comienza desde que la paciente acude por primera vez a la consulta de embarazo en el centro de atención primaria. La enfermera, previa anamnesis, deberá clasificar a las gestantes según el nivel de riesgo de DG y, en función de este, actuar de diferente manera:

- Bajo riesgo: menor de 25 años, normopeso, ausencia de antecedentes familiares

de diabetes en primer grado; ausencia de antecedentes personales en el metabolismo de la glucosa o de antecedentes obstétricos adversos. En este caso no está indicado realizar despistaje.

- Riesgo moderado: gestante de 25 años o más, sin otro factor. En este caso es recomendable realizar la sobrecarga oral de glucosa (SOG) de 50 gr entre las 24-28 semanas de gestación.

- Riesgo elevado, que se da cuando uno o más de los siguientes factores se da en la embarazada: obesidad (IMC >30), glucosuria, antecedentes personales de DG, patología obstétrica, antecedentes familiares de diabetes en primer grado. Se recomienda hacer el despistaje en la primera visita (8-12 semanas), entre las 24-28 semanas y entre las 32-36 semanas de gestación (Aguilar Paris & López Rodríguez, 2019).

Así pues, una vez estudiado el riesgo de la gestante a padecer DG, el diagnóstico definitivo se establecerá mediante determinaciones analíticas que básicamente consisten en pruebas de despistaje o screening. Actualmente la prueba más generalizada de screening es el test de SOG de 50 gr o test de O'Sullivan⁶. Este test determina del nivel de glucemia en plasma venoso una hora después de la ingesta de 50 gr de glucosa, en cualquier momento del día e independientemente de que exista o no toma previa de alimentos. Valor positivo: ≥ 140 mg/dl, valor que ha demostrado una alta sensibilidad (80 %) y especificidad (87 %). Un valor > 190 mg/dl diagnostica directamente DG, y no precisa la confirmación diagnóstica con SOG⁴. Se realiza a todas las embarazadas que no tengan una Diabetes Pregestacional conocida, entre las semanas 24 y 28, independientemente de que ya se haya realizado en el primer trimestre y siempre que no haya sido positivo (Aguilar Paris & López Rodríguez, 2019).

Plan de cuidados en pacientes con diabetes gestacional

Diagnósticos de Enfermería

- Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con conocimientos deficientes sobre el manejo de la Diabetes.
- Riesgo de alteración de la diada materno fetal relacionado con alteración del metabolismo de la glucosa (Diabetes Gestacional) (Cepeda Ochoa, 2018).

Diagnóstico. NANDA

- Dominio 2 "Nutrición Metabólica"
- Clase 4, metabolismo.
- Etiqueta diagnóstica: Riesgo de nivel de glicemia inestable (00179)
- Factores relacionados: Conocimientos deficientes sobre el manejo de la Diabetes (Cepeda Ochoa, 2018).

Intervenciones del NIC

Campo 2: Fisiológico

Complejo Clase G: Control de electrolitos y ácido – base.

Manejo de la Hiperglucemia (2120)

- Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.
- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa y jaqueca.
- Administrar insulina según prescripción.
- Potenciar la ingesta oral de líquidos.
- Mantener una vía IV, si lo requiere el caso.
- Administrar líquidos IV si es preciso.
- Identificar causas de hiperglucemia.
- Realizar balance hídrico según corresponda.
- Ayudar en la deambulación si hay hipotensión ortostática.
- Facilitar seguimiento de dieta y ejercicio.
- Consultar a médico si persisten signos y síntomas de hiperglucemia.
- Instruir al paciente en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia (Cepeda Ochoa, 2018).

Resultados del NOC

Autocontrol de la Diabetes (1619)

Dominio 2 “Salud fisiológica”

Clase G “Líquidos y electrolitos

INDICADORES	PUNTUACION
	1 5
➤ 161901 Acepta el diagnóstico del proveedor de asistencia sanitaria.	35
➤ 161907 Participa en el proceso de toma de decisiones de cuidados de salud.	25
➤ 161909 Realiza el régimen de tratamiento según este pre-escrito.	25
➤ 161911 Controla los niveles de glucosa en sangre.	25
➤ 161920 Sigue la dieta recomendada.	24
➤ 161921 Sigue nivel de actividad recomendado.	24

Figura 1. Valoración de enfermería por patrones funcionales (teoría de Marjory Gordon).

Fuente: (Cepeda Ochoa, 2018).

Patrón 1: Percepción y manejo de salud:

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

Patrón 2: Nutricional-metabólico:

- Facie pálidas
- Mucosas orales semihúmedas
- Hiperglicemia

Patrón 3: Eliminación:

- Presencia de vomito
- Eliminaciones conjuntas presentes

Patrón 4: Actividad y ejercicio:

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

Patrón 5: Sueño- descanso:

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

Patrón 6: Cognitivo-perceptivo:

- Glasgow 15/15.

Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto:

- Tiene una buena percepción sobre su propia personalidad.

Patrón 8: Rol relaciones:

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

Patrón 9: Sexualidad y reproducción:

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

Patrón 10: Adaptación y tolerancia al estrés:

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

Patrón 11: Valores y creencias:

- Religión Católica
- Tiene un peso acorde y adecuado para la edad (Valle Monserrate, 2022).

Conclusión

Existen varias teorías de enfermería para el cuidado de pacientes que no son solo específicas para una sola enfermedad como la de Marjory Gordon, Dorothea Orem, y otros que destacan y humanizan el rol de la enfermería en el manejo de distintas patologías, en base a las indicaciones de los médicos tratantes. Cuando se habla del humanismo se entiende que se crea una relación entre paciente - enfermero - familia, en los casos de patologías que requieren un manejo prolongado, a su vez la enfermería ejerce un rol de comunicación entre el medico y los familiares en muchos casos. El cuidado de enfermería en el caso de pacientes con diabetes gestacional, estas deben estar capacitadas para llevar a cabo esta responsabilidad, que implica entre otras cosas: vigilar los niveles de glucosa en sangre, observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia, administrar insulina según prescripción, potenciar la ingesta oral de líquidos, balance nutricional, consulta con médico tratante, entre otros.

Bibliografía

Aguilar Paris, M., & López Rodríguez, M. D. M. (2019). Actuación de enfermería en la diabetes gestacional. *Therapeia*, 12, 87–101.

Álvarez Paniagua, S. (2016). Diabetes gestacional y cuidados enfermeros [UNIVERSIDAD DE VALLADOLID]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24522/TFG-L1530.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Amorim, T. V., Souza, Í. E. D. O., Moura, M. A. V., Queiroz, A. B. A., & Salimena, A. M. O. (2017). Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. *Enfermería Global*, 16(2), 500. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.238861>

Anchundia Álava, S. J. (2022). Proceso de atención de enfermería en gestante de 37 semanas, con diabetes gestacional [UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/11206/E-UTB-FCS-ENF-000610.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Aurora, M. A. S., & Uriel, S. S. E. (2015). DIABETES GESTACIONAL [Universidad Autónoma de Yucatan]. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/48026366/PAE-DMG-Erik-Suleymi-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1659382363&Signature=Pfi4nY-f2EMEJ369vVEvDh4D4TWZXY4j~w9oCsPbfmYI-b7LDMmpo-umFUXWnMi-fArh8zm~I06Houp-l7rsGBYDnDNjHi67959eiHk6-GH1W38Jok4AM3RuY-N9OAC-8MCsvaBnH8b6qDFb2Cy6dUGJKdZ1L-JDUCxjuChwNQIOJqtAzXnjHnvVpA8ObI98o2d-1qAfZqE-XY0~pLLY9DgoRaUR4mmG4vr3pM-Mo2xemQilr8XMBE1Jw05zrSmKc~BwNzVy3cd-hvo4KeuxaWvyRrPa3hCFWLukc9sUCplz3Y71CoVs8pISMu~qOugjHLL~g1LxTK~E2htKsq1U0R-HRtDA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV-4ZA

Cepeda Ochoa, D. E. (2018). Proceso de atención de enfermería en embarazo de 28 semanas de gestación más diabetes gestacional [UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/3833/E-UTB-FCS-ENF-000004.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cornejo Martínez, M. (2014). Intervenciones de enfermería en embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional que acuden a la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús en el período de diciembre del 2013 a mayo 2014 [UNIVERSIDAD CATÓLICA DESANTIAGO DE GUAYAQUIL]. <http://201.159.223.180/bitstream/3317/3032/1/TUCSG-PRE-MED-ENF-90.pdf>

Gutiérrez López, L. (2015). Cuidados de enfermería en la diabetes gestacional [Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/11916/TFG-H268.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pérez Madrazo, K., Díaz Marín, D., Lorenzo Velásquez, B. M., & Castillo López, R. (2012). Revista cubana de enfermería. In *Revista Cubana de Enfermería* (Vol. 28, Issue 3). Editoriaal Ciencias Médicas. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=en



Rengifo Mozombite, A. F. (2018). Cuidado de enfermería a paciente con diabetes mellitus tipo 2 [UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA]. http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2239/SEG.ESPEC._Alexander Frank Rengifo Mozombite.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Reyes Alvarado, L. J. (2018). Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con diabetes gestacional de 26 semanas de embarazo [UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/3870/E-UTB-FCS-ENF-000024.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Valle Monserrate, E. R. (2022). Proceso de atención de enfermería en paciente de 28 años con 29 semanas de embarazo y diabetes gestacional [UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/11503/E-UTB-FCS-ENF-000671.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CITAR ESTE ARTICULO:

Jaime Hernández, N. K., Ponce Lino, L. L., Lino Lino, M. R., & Murillo Cañarte, E. M. (2022). Enfermería en pacientes con diabetes gestacional cuidados y causas. RECIAMUC, 6(3), 221-230. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(3\).julio.2022.221-230](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(3).julio.2022.221-230)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.