

Efecto de la educación lúdico-pedagógica en una paciente con diabetes gestacional de Coemssanar IPS

María Fernanda Figueroa Luna
Estudiante Programa de Enfermería
Universidad Mariana

En los últimos años se ha demostrado que la educación para los pacientes con Diabetes Mellitus (DM) constituye la piedra angular en su tratamiento, por cuanto es necesario que cumplan las indicaciones y efectúen una serie de cambios en sus hábitos y estilos de vida, con la finalidad de lograr un control metabólico adecuado que les permita evitar o disminuir las complicaciones vasculares crónicas y, por tanto, mejorar su calidad de vida.

La diabetes mellitus gestacional (DMG) ha sido definida usualmente como “intolerancia a los carbohidratos, que se descubre o se manifiesta por primera vez durante la gestación” (Frías-Ordoñez, Pérez-Gualdrón y Saavedra-Ortega, 2016, p. 769). En Colombia se ha reportado una prevalencia de DMG que oscila entre 1,43 y 6,3 %.

Esta enfermedad ocurre cuando la secreción de insulina no es suficiente para compensar la disminución en la sensibilidad a ésta; en su fisiopatología se ve la relación de mecanismos mediados de modo autoinmune, anomalías genéticas en la función de las células beta β pancreáticas o deterioro en la resistencia a la insulina. Cuando los niveles de glicemia en ayunas son ≥ 92 mg/dL y/o, al realizar la curva de tolerancia oral a la glucosa (solución glucosada de 75 mg) los resultados de la glicemia a la hora son ≥ 180 mg/dL y/o, a las dos horas ≥ 153 mg/dL. El efecto diabetógeno de esta entidad aumenta, en la medida en que avanza el embarazo, especialmente en el segundo trimestre, por acción de hormonas.

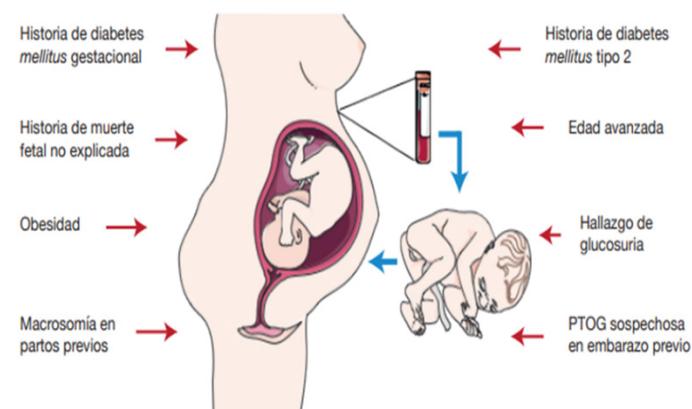
El test de tolerancia a la glucosa (TTOG) o curva de glucosa se realiza tras detectarse un Test de O’Sullivan patológico; requiere una mínima preparación antes de la prueba por parte de la embarazada, siguiendo una dieta o la recomendación de tomar 150 gramos extra de hidratos de carbono en la dieta habitual, tres

días antes de su realización. El día de la prueba se deberá acudir en ayunas al laboratorio, en el cual se extraerá inicialmente una muestra de sangre; a continuación, se administrará a la gestante una solución de glucosa (75 gr de glucosa) y, posteriormente, se extraerá nuevas muestras sanguíneas cada hora, durante tres horas.

De acuerdo con el reporte de caso, la paciente, a quien se le realizó una curva de tolerancia oral de glucosa, presentó a los 60 minutos, una glicemia de 209 mg/dl; a los 120 minutos, una glicemia de 170 mg/dl. Por lo tanto, evidencia una diabetes gestacional (DG).

Figura 1

Principales factores de riesgo para diabetes mellitus gestacional



En los exámenes de laboratorio de la paciente se encuentra una glucosuria de 17 mg/dl, acompañada de obesidad. Por eso, se ve la necesidad de intervenir en hábitos y estilos de vida saludables, con el fin de disminuir el exceso de consumo de azúcar, sal y grasas, que pueden complicar el embarazo y, por el contrario, le ayudarán a controlar y bajar peso.



La importancia de implementar una estrategia lúdico-pedagógica es para fomentar que el aprendizaje acerca de la diabetes, sus cuidados y demás, se haga con el fin de mejorar de una u otra forma el nivel de la calidad de vida de la usuaria, en quien se observa que la poca información en salud y, de algún modo, la enseñanza de la misma, no es adecuada; esto implica una poca comprensión, conllevando una detección tardía de la enfermedad y, también, errores en la toma de medicación.

Generalmente, no hay síntomas o, son muy leves y no son potencialmente mortales para la mujer embarazada. Estos pueden abarcar: visión borrosa, fatiga, infecciones frecuentes, incluyendo las de vejiga, vagina y piel, polidipsia, poliuria, náuseas y vómitos, pérdida de peso, a pesar de un aumento del apetito.

Qué mujeres tienen más riesgo de padecer diabetes gestacional:

- Las mayores de 25 años, especialmente con antecedentes familiares
- Las que la han presentado en un embarazo anterior o, cuando los niveles de azúcar en la sangre están ligeramente elevados, antes de quedar embarazada
- Las que tienen exceso de peso (Índice de masa corporal, IMC > 30)
- En las que hay evidencia de HTA
- Las que presentan Síndrome de ovario poliquístico.

Tratamiento no farmacológico

Se refiere a la educación y a las medidas higiénico-dietéticas que se brinda individualmente a los pacientes, mediante visitas domiciliarias, donde se indaga sobre:

- La comprensión de la DG y la importancia del tratamiento, con el fin de mirar las falencias y dudas, para poder actuar de manera oportuna.
- El saber interpretar y anotar los resultados de la glucemia capilar, para que la paciente tenga en cuenta los valores normales (70- 110 mg/dl) de glucemia y, si están alterados, informar al médico tratante.
- Integrar el tratamiento a su vida cotidiana de hábitos dietéticos, horarios y actividad habitual.
- Conocer la importancia de los controles periódicos con su equipo médico y los diferentes especialistas.

Se recomienda no superar un lapso de seis a ocho horas entre la última ingesta nocturna y el desayuno, para evitar la cetosis de ayuno.

La ganancia de peso óptima del embarazo depende del IMC de la madre, previo al embarazo.

Tabla 1

Ganancia de peso adecuada durante el embarazo

TABLA 3. Ganancia de peso adecuada durante el embarazo

Estado nutricional previo (según IMC)	Ganancia de peso recomendada en todo el embarazo (kg)
Bajo peso (menos de 18.5)	12.5-18
Peso normal (18.5-24.9)	11-16
Sobrepeso (25-29.9)	7.0-11
Obesidad (≥ 30)	5-7

Adaptado de Rasmussen, et al.⁴⁵ y Calvo, et al.⁴⁶ (C).

Se debe realizar ejercicios no isotónicos, de intensidad ligera, en los que predomine la actividad de las extremidades superiores del cuerpo, que no producen contracciones uterinas; por ejemplo: caminar durante una hora al día o efectuar caminatas de 30 minutos de duración, después de las comidas. Puede incluirse los ejercicios de preparación para el parto.

Tratamiento farmacológico

- Insulinoterapia: es el tratamiento farmacológico de elección en la gestante con diabetes; indica en DG si después de siete días con tratamiento no farmacológico no se alcanza los objetivos glucémicos en el 80 % de los controles pre y post prandiales solicitados.

Se recomienda iniciar la insulinoterapia con insulina *Neutral Protamine Hagedorn* (NPH) Humana durante el embarazo. El uso de glargina durante el embarazo no tiene aprobación. Las insulinas de acción rápida o prandial que fueron aprobadas por las entidades regulatorias son insulina regular humana (categoría A para FDA) y análogo de insulina aspártica (Categoría B)

Indicación de insulina en diabetes gestacional: se aconseja comenzar con 0.1-0.2 UI/Kg de peso actual al día de insulina.

NPH o con insulinas prandiales con esquema individualizado.



Las dosis y el momento de aplicación se van ajustando según las necesidades propias de cada paciente.

Antidiabéticos orales

Diversos estudios publicados, entre ellos el de Marín y Jiménez (2016), sostienen la eficacia y la seguridad de la metformina y la glibenclamida para el tratamiento de la DG:

Existe suficiente información que avala que la glibenclamida es segura durante el embarazo. Muchos de los temores para el uso de los hipoglicemiantes orales han quedado esclarecidos en la actualidad. Hasta ahora no ha sido informado en gestantes el uso de otros agentes hipoglicemiantes orales y, por tanto, no deben usarse. (p. 81).

La evidencia demuestra que ambos fármacos atraviesan la placenta y no existen, al día de hoy, datos de seguridad a largo plazo.

En cuanto a las actividades lúdico-pedagógicas planteadas para el desarrollo con la paciente de DG en estudio, se hizo primero unas preguntas del conocimiento de su patología; se elaboró un rotafolio que contenía características informativas acerca de la patología, entre ellas, descripción, factores de riesgo, sintomatología, tratamiento, complicaciones y cuidados para prevenir y tratar.

Y se culminó realizando las mismas preguntas que se hizo al inicio, para observar si hubo impacto en la educación brindada.

Conclusiones

Mediante la revisión de diferentes fuentes bibliográficas y, tomando como referente una paciente real que presentó DG, se ve la necesidad de seguir profundizando en esta patología, con el fin de crear una base de razonamiento científico sobre aquellas actividades que debería realizarse de manera oportuna desde el área de enfermería, para prevenir complicaciones durante el embarazo y el parto.

La educación en esta patología se ve reflejada en la disminución de las complicaciones durante el embarazo, ya que se interviene de manera educativa y farmacológica, como se puede evidenciar en las revisiones bibliográficas, donde las pacientes, después de una intervención del personal de salud, tienen

resultados positivos a corto y largo plazo, presentando una mejoría en su salud y estilo de vida, razón por la cual, culminan su parto con normalidad.

La actividad de intervenir educativamente, realizada por el personal estudiantil de Enfermería de la Universidad Mariana, contribuyó notablemente a la adquisición de conocimientos por parte de la paciente, que posteriormente fueron evaluados por medio de preguntas que, claramente indican que, actuando desde la educación en primera instancia, se puede favorecer notablemente el compromiso por parte de la paciente, en cuanto a su enfermedad y a que evite complicaciones futuras por falta de autocuidado.

Referencias

- Frías-Ordoñez, J.S., Pérez-Gualdrón, C.E. y Saavedra-Ortega, D.R. (2016). Diabetes mellitus gestacional: una aproximación a los conceptos actuales sobre estrategias diagnósticas. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(4), 769-775.
- Marín, Y. y Jiménez, S. (2016). Los antidiabéticos orales para el control metabólico en la diabetes gestacional. *Acta Médica del Centro*, 10(4), 81-90.

