



ALBA
PLANELLA
—
EIR

ENFERMERÍA
OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

**PATOLOGÍA
OBSTÉTRICA IV**

CONTENIDOS

DIABETES GESTACIONAL

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

GESTACIÓN CRONOLÓGICAMENTE PROLONGADA

APARECEN UNA MEDIA DE
11,5 PREGUNTAS EN EL EXAMEN
SOBRE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

“GESTACIÓN”
“PATOLOGÍA GINECOLÓGICA”
SON LOS 2 TEMAS MÁS
IMPORTANTES
DE LA ASIGNATURA

ORIENTACIÓN

No es una parte preguntada de manera habitual

Lo más importante es la
diabetes gestacional

DIABETES GESTACIONAL

- ▶ **Es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo**



**90 % DE LAS DIABETES
DURANTE EL EMBARAZO
CORRESPONDEN A DIABETES
GESTACIONAL**

**10 % DE LAS DIABETES
DURANTE EL EMBARAZO
CORRESPONDEN A DIABETES
PREGESTACIONAL**



DIABETES GESTACIONAL: CAMBIOS METABÓLICOS DURANTE EL EMBARAZO

- ▶ **La primera mitad del embarazo es anabólica** (aumento de las reservas de glucógeno y lípidos)
- ▶ **La segunda mitad del embarazo es catabólica** (consumo de las reservas)
- ▶ En la gestación normal se produce una **resistencia a la insulina fisiológica** que es compensada por un aumento de la secreción pancreática de esta hormona
- ▶ Tras la **expulsión de la placenta** se produce un **descenso brusco de las necesidades de insulina**



DIABETES GESTACIONAL: SIGNOS Y SÍNTOMAS

▶ **Clínica:**

- ▶ No tiene ni signos ni síntomas propios
- ▶ Se manifiesta exclusivamente mediante sus repercusiones sobre la mujer y sobre el feto-neonato



DIABETES GESTACIONAL: COMPLICACIONES

- ▶ **Repercusiones sobre la mujer:**
 - ▶ Complicaciones vasculares: retinopatía, nefropatía, neuropatía
 - ▶ Aumento del riesgo de miocardiopatía



DIABETES GESTACIONAL: COMPLICACIONES

- ▶ **Repercusiones sobre el embrión:**
 - ▶ Embriopatía diabética: abortos y malformaciones congénitas (cardiovasculares, del SNC, esqueléticas)
- ▶ **Repercusiones sobre el feto:**
 - ▶ Fetopatía diabética: macrosomía, crecimiento intrauterino retardado, muerte intraútero



DIABETES GESTACIONAL: COMPLICACIONES

- ▶ **Repercusiones sobre el neonato:**
 - ▶ Hipoglucemia (manifestación patológica más frecuente)
 - ▶ Hiperbilirrubinemia
 - ▶ Policitemia
 - ▶ Hipocalcemia



DIABETES GESTACIONAL: COMPLICACIONES

- ▶ **Repercusiones sobre la gestación:**
 - ▶ Amenaza de parto prematuro
 - ▶ Hipertensión
 - ▶ Hidramnios
 - ▶ Infecciones vaginales y uterinas

DIABETES GESTACIONAL: COMPLICACIONES

- ▶ **Repercusiones intraparto:**
 - ▶ Desproporción pélvico-fetal
 - ▶ Distocias
 - ▶ Cesáreas
 - ▶ Prolapso de cordón



LA VÍA DE PARTO DE ELECCIÓN
ES LA VAGINAL



DIABETES GESTACIONAL: TRATAMIENTO

- ▶ **Alimentación y ejercicio**
- ▶ **Insulina:** tratamiento farmacológico de elección durante el embarazo si la dieta y el ejercicio no son suficientes (tanto en la diabetes gestacional como en la pregestacional)
- ▶ **Antidiabéticos orales** (metformina y glibenclamida) solamente si la mujer rechaza el tratamiento con insulina

DIABETES GESTACIONAL: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

▶ Alimentación:

- ▶ Recomendar una dieta normocalórica con un 45 - 55 % de hidratos, 25 - 30 % lípidos y 20 % proteínas
- ▶ Restringir los azúcares refinados (pero no los hidratos de carbono)
- ▶ Comer cada 2 - 3 h e incluir hidratos de carbono en cada ingesta para reducir la cetogénesis y evitar las hipoglucemias (el ayuno nocturno no debe superar las 8 h)
- ▶ Proporcionar una dieta flexible que se adapte a las costumbres y preferencias
- ▶ Control del peso



DEBE SER SIMILAR AL DE
LA GESTANTE NO DIABÉTICA



DIABETES GESTACIONAL: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

▶ **Ejercicio:**

- ▶ Explicar los beneficios del ejercicio físico sobre la diabetes gestacional
- ▶ Recomendar realizar ejercicio moderado diario de bajo impacto (pasear, nadar...)



DIABETES GESTACIONAL: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

▶ **Autocuidado:**

- ▶ Enseñar las técnicas de medición de la glucemia capilar pre y postprandial y de la administración de insulina
- ▶ Informar sobre los valores normales de la glucemia
- ▶ Explicar los síntomas de la hipo e hiperglucemia y la actuación a seguir en caso de presentarse



AMENAZA DE PARTO PREMATURO

- ▶ Aparición de **dinámica uterina con modificación del cuello uterino entre 23 - 37** semanas de gestación
- ▶ **Causa:** multifactorial (desconocida en el 50 % de los casos)
- ▶ **Factores de riesgo:** déficits nutricionales, infecciones, bajo estado socioeconómico, antecedentes de parto pretérmino, malformaciones uterinas, desprendimiento de placenta, gestación múltiple

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

▶ **Diagnóstico:**

- ▶ **Ecográfico:** medición transvaginal del cérvix (> 2 cm)
- ▶ **Bioquímico:** detección de fibronectina en el exudado vaginal (la presencia de fibronectina hace probable el parto pretérmino)

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

▶ Manejo:

- ▶ Tocólisis (frenación del parto)
- ▶ Hidratación y reposo
- ▶ Administración de corticoides I.M. para ayudar a la madurez pulmonar fetal en gestaciones de 24 - 34 SG

ATOSIBAN
(ANTAGONISTA DE LA OXITOCINA)
ES EL FÁRMACO DE ELECCIÓN

LOS CORTICOIDES
ESTIMULAN EL PULMÓN FETAL
PARA PRODUCIR SURFACTANTE



GESTACIÓN CRONOLÓGICAMENTE PROLONGADA

MUCHAS
VECES SE DEBE A UN ERROR
EN LA DATACIÓN DE LA EDAD
GESTACIONAL

- ▶ Gestación que perdura **más allá de las 42 semanas**
- ▶ Está asociada a múltiples **complicaciones**:
 - ▶ Macrosomía
 - ▶ Sufrimiento fetal y síndrome de aspiración meconial
 - ▶ Síndrome posmadurez
 - ▶ ...
- ▶ En estos casos **se inducirá el parto** (prostaglandinas, amniotomía, oxitocina...)

RESUMEN: DIABETES GESTACIONAL

► ¿Qué repercusiones comporta?

ABORTOS

MALFORMACIONES

MACROSOMÍA

CIR

INFECCIONES

DISTOCIAS

PARTO PREMATURO

HTA

► ¿Cuáles son los pilares del tratamiento?

ALIMENTACIÓN

EJERCICIO

INSULINA

RESUMEN: AMENAZA DE PARTO PREMATURO

► ¿Cómo se diagnostica?

DILATACIÓN CERVICAL > 2 CM

DETERMINACIÓN DE FIBRONECTINA EN EL EXUDADO VAGINAL

► ¿Cómo se maneja?

TOCÓLISIS
(ATOSIBAN)

HIDRATACIÓN Y
REPOSO

CORTICOIDES
I.M.

PREGUNTAS EIR

EIR 2018
PREGUNTA 95

EIR 2007
PREGUNTA 74



ALBA
PLANELLA

—
EIR

ENFERMERÍA
OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

**PATOLOGÍA
OBSTÉTRICA IV**