

MANEJO Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE DIABÉTICA: UNA ATENCIÓN URGENTE.

AUTORÍA

Almudena Barroso Casamitjana*
Francisco José Navarro Bernal**
Ana María Peralta Domínguez***
*Matrona. Hospital de Jerez.

**Matrona. Centro de Salud de La Paz.

***Matrona. Hospital de Can Misses.

TITLE

HANDLING AND NEWBORN CARE DIABETIC
MOTHER: URGENT ATTENTION.

RESUMEN

La diabetes mellitus (DM) constituye la alteración metabólica que más frecuentemente se asocia al embarazo afectando al pronóstico de la madre y al de su futuro hijo.

Aproximadamente un 1% de todas las mujeres embarazadas presenta DM antes de la gestación (DM pregestacional: DPG) y hasta un 12%, dependiendo de la estrategia diagnóstica empleada, presentará DM en el transcurso del embarazo (DM gestacional: DG).

El hijo de madre diabética (HMD) es un neonato de riesgo elevado por las frecuentes complicaciones que presenta. Todas ellas más habituales en los hijos de madre con diabetes pregestacional y más intensas en caso de mal control metabólico durante la gestación.

En este documento presentamos un plan de cuidados estandarizado a llevar a cabo en HMD, que en cada caso habrá que individualizar, para conseguir unos cuidados de calidad, prevenir las posibles complicaciones y actuar en las mismas.

PALABRAS CLAVE

Gestante, embarazo, diabetes, recién nacido, complicaciones, cuidados, matrona.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is a metabolic disorder that most often associated with pregnancy affecting the prognosis of the mother and her unborn child.

Approximately 1% of all pregnant women develop DM before pregnancy (pre-gestational DM: DPG) and up to 12% depending on the diagnostic strategy employed, will present DM during pregnancy (gestational DM: DG).

The son of a diabetic mother (HMD) is a high-risk neonate by frequent complications presented. All more common in children of mother with severe diabetes before pregnancy and in case of poor metabolic control during pregnancy.

In this paper we present a standardized care plan to carry out in HMD, which in each case must be individualized to achieve quality care, prevent complications and act on them.

KEYWORDS

Pregnant, pregnancy, diabetes, newborn, complications, care, midwife.

INTRODUCCIÓN

1.- Definición y Clasificación

La diabetes mellitus (DM) constituye la alteración metabólica que más frecuentemente se asocia al embarazo, con una incidencia del 1% y nos referimos a ella como diabetes pregestacional (DPG). Se sabe que la DM tipo 1 y tipo 2 afectan al pronóstico de la madre y al de su futuro hijo, con un incremento del riesgo de abortos, malformaciones y otras complicaciones perinatales. Estudios observacionales han demostrado que el riesgo de malformaciones fetales está relacionado sobre todo con el mal control glicémico en las primeras 6-8 semanas de gestación, motivo por el que la optimización del control debería iniciarse antes de la concepción y, por tanto, la gestación debería estar planificada. De todos modos, también está documentado que alrededor de unas dos terceras partes de las mujeres diabéticas no realizan planificación de la gestación.

La diabetes gestacional (DG), consiste en la alteración del metabolismo hidrocarbonato que se diagnostica en el curso del embarazo, independientemente de la necesidad de tratamiento insulínico, grado del trastorno metabólico o su persistencia una vez finalizado el embarazo. Este diagnóstico obliga a una reclasificación de la alteración metabólica en el postparto. No presenta una clínica específica, se pone de manifiesto por sus complicaciones. Por ello es necesario un cribado sistemático en todas las embarazadas, y así evitar o minimizar las complicaciones materno-fetales. La estrategia diagnóstica se establece en dos etapas sucesivas: cribado y diagnóstico. La prueba de cribado es el Test de O'Sullivan, y la prueba diagnóstica es el Test de Tolerancia Oral a la Glucosa (TTOG). La frecuencia observada de Diabetes Gestacional oscila entre un 5 y 14%. La DG aparece por un retraso en la respuesta pancreática a la ingesta y un aumento de la resistencia periférica a la insulina. Además, existe una mayor predisposición a desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2.

2.-Repercusiones

La DM durante el embarazo es un factor de riesgo, para el desarrollo de complicaciones en la madre y en la descendencia:

A. Repercusión de la DM sobre la gestación: infecciones urinarias, candidiasis vaginal, polihidramnios, estados hipertensivos del embarazo y prematuridad.

B. Repercusión de la DM sobre el feto y el neonato:

DPG: malformaciones y/o abortos (periodo de organogénesis) y crecimiento intrauterino retardado (CIR) en situaciones de vasculopatía materna secundaria a diabetes.

En ambos tipos de DM (DPG y DG), secundarias a hiperinsulinismo fetal:

- Macrosomía (distocias, traumatismo obstétrico y aumento de la tasa de cesáreas)
- Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal ante o intraparto
- Miocardiopatía hipertrófica

- Inmadurez fetal que puede manifestarse como síndrome de distrés respiratorio, o alteraciones metabólicas.

C. Repercusión de la gestación sobre la madre:

DPG: los cambios hormonales fisiológicos del embarazo son los responsables de las modificaciones en las necesidades insulínicas condicionando un posible deterioro temporal del control metabólico. Así mismo, el embarazo puede favorecer el inicio y/o progresión de determinadas complicaciones vasculares específicas de la DM (retinopatía).

DG: los cambios hormonales fisiológicos del embarazo constituyen el factor desencadenante de la intolerancia glucídica responsable de la aparición de la DM.

D. Pronóstico materno: la aparición de DG constituye un marcador de prediabetes, dada la frecuencia de desarrollo posterior de DM tipo 2 y síndrome metabólico (dislipemia, obesidad e HTA asociadas). Ocasionalmente la DG está manifestando una disminución de reserva pancreática secundaria a destrucción autoinmune de la célula β (DM tipo 1 latente) dando lugar posteriormente a una DM tipo 1.

E. Pronóstico de la descendencia: en los niños que han sido gestados intraútero en un ambiente metabólico hiperglucémico, existe a largo plazo una mayor propensión al desarrollo de obesidad, alteraciones del metabolismo hidrocabonado e incluso síndrome metabólico en el adulto.

3.- Diagnóstico de la DG

Cribaje:

Se realiza mediante el Test de O'Sullivan: determinación de la glucemia en plasma venoso una hora después de la administración por vía oral de 50 g de glucosa. No se requiere ayuno previo. Se considerará como resultado patológico una glucemia ≥ 140 mg/dl.

Este screening se realizará:

1º trimestre: en gestantes de alto riesgo: edad > 35 años, obesidad (IMC > 30), antecedentes personales de DG u otras alteraciones del metabolismo de la glucosa, resultados obstétricos previos que hagan sospechar una DG no diagnosticada, historia de DM en familiares de primer grado.

2º trimestre: cribaje universal. Entre la semana 24 y 28 a todas las gestantes no diagnosticadas previamente.

3º trimestre: a las gestantes que no han sido estudiadas en el 2º trimestre y a aquellas en las que el estudio fue negativo pero que posteriormente desarrollan complicaciones que característicamente se asocian a la DG (macrosomía, polihidramnios..); en estos casos se obviará la prueba de despistaje, y se realizará directamente una sobrecarga oral de glucosa (SOG), así mismo, en los casos test de O'Sullivan patológico con SOG normal en el primer trimestre, a las 24-28 semanas se realizará directamente la SOG. Cuando el test de O'Sullivan resulte positivo se procederá a la confirmación diagnóstica mediante la práctica de una SOG.

Diagnóstico:

SOG: Determinación en plasma venoso de la glucemia en ayunas (8-14 horas) y después de la administración de 100 g de glucosa, a los 60, 120 y 180 minutos, la mujer debe estar sentada y sin fumar. Precisa dieta preparatoria 3 días previos que no sea restrictiva en

HC o por lo menos con un aporte diario de HC > 150 g. Dos glucemias basales > 126 mg/dl, en días diferentes, o al azar > 200 mg/dl, ratifican el diagnóstico de DG y excluyen la necesidad de realizar una SOG.

Se considerará diagnóstico de DG el hallazgo de dos o más puntos $>$ a los siguientes valores: Basal: 105 mg/dl; 1 hora: 190 mg/dl; 2 horas: 165mg/dl; 3 horas: 145mg/dl.

En caso de un único valor alterado (Intolerancia a la glucosa) se repetirá la SOG transcurridas 4 semanas.

4.- Tratamiento de la Diabetes en el embarazo

Control metabólico:

Tiene como objetivo el mantenimiento de normoglucemia durante el embarazo, intentando la obtención de valores de glucemia capilar, semejantes a los de la gestante no diabética.

- Glucemia basal: 70-95 mg/dl.
- Glucemia posprandial (1 hora): 90-140 mg/dl.
- Hb A 1C media ± 2 DE.
- Ausencia de cetonuria e hipoglucemia.

Métodos de tratamiento:

- Adecuar la dieta al peso de la paciente, a las necesidades de la gestación y al esquema de terapia insulínica, dividiéndola en 5-6 comidas/día. El reparto de los diversos principios inmediatos, en cuanto al aporte calórico global, deberá guardar los siguientes porcentajes: carbohidratos (40-50), proteínas (20%) y grasas (30-40% con predominio de monoinsaturadas)

- Recomendar la práctica de ejercicio físico moderado diario (más importante en la DM 2)

- En cuanto al tratamiento adicional a la dieta y ejercicio (hipoglucemiantes orales e insulina), se seguirán los mismos criterios del control metabólico de la diabetes en la etapa preconcepcional. En las mujeres con DM tratadas con insulina se instaurarán programas de tratamiento insulínico que permitan conseguir un adecuado control metabólico. En las mujeres con DM tratadas con antidiabéticos orales, por el momento, se recomienda suspender estos fármacos (incluso antes de la concepción) instaurándose si es preciso, tratamiento mediante programas de insulino terapia. Habrá que tener presente el aumento de sensibilidad a la insulina al inicio de la gestación y el aumento de la resistencia a la insulina en la segunda mitad de la misma, con los consiguientes cambios en los requerimientos

- Autocontrol domiciliario: se valorará la glucemia capilar mediante glucómetro. Una pauta mínima puede ser la realización de tres glucemias preprandiales diarias y tres glucemias posprandiales en días alternos, con una determinación nocturna según necesidades. Se recomienda también realizar análisis de cetonuria basal y en casos de glucemia > 200 mg/dl para descartar cetosis/cetoacidosis.

- Determinación de HbA1c cada 4-8 semanas.

- Seguimiento de la paciente, que deberá realizarse conjuntamente por obstetra y diabetólogo. La frecuencia de las visitas se adaptará a la situación clínica de la gestante, siendo aconsejable que tenga lugar cada dos a cuatro semanas.

Control obstétrico:

Se llevará a cabo el estudio ecográfico con el fin de establecer la cronología de la gestación, constatar la vitalidad y normalidad del embrión (o en su caso del feto)

y su ubicación en la cavidad uterina, así como las características de los anejos.

En las revisiones se tendrán en cuenta los siguientes objetivos:

- Valorar el crecimiento y bienestar fetal, así como la presencia de posibles complicaciones.

- Vigilar el bienestar materno y descartar complicaciones asociadas.

- Control obstétrico habitual: valoración de la frecuencia cardíaca fetal, circunferencia abdominal, altura uterina y movimientos fetales. Control de peso y tensión arterial.

- Estudio de anomalías congénitas: están sometidas a mayor riesgo de malformaciones, y por tanto deben ser objeto de especial atención aquellas pacientes en las que se asocie alguna de las siguientes circunstancias: obesidad, HbA1c > media + 7D E en el primer trimestre, biometría embrio-fetal por debajo de la media, hidramnios, cetoacidosis y nefropatía diabética grave.

- En los casos en que sea posible, especialmente si el primer estudio ecográfico se ha realizado precozmente, sería recomendable realizar una segunda ecografía entre las 14-16 semanas, principalmente en las gestantes diabéticas que presenten algún factor de riesgo de malformaciones asociado. En todos los casos, y siguiendo el criterio de la Sección Española de Ecografía y de la Sociedad Ginecológica Española, se realizará una ecografía a las 20-22 semanas de gestación para el despistaje de malformaciones.

- Dado que las gestantes diabéticas no tienen un mayor riesgo de cromosopatías, se seguirán a este respecto las mismas pautas que en la población general.

- Valoración del crecimiento fetal y características de los anejos ovulares: determinación seriada de biometrías fetales, volumen del líquido amniótico y de características placentarias, mediante ecografías mensuales a partir de las 28^a - 30^a semanas. Se valorará la realización de ecocardiografía fetal para estudio de una eventual miocardiopatía, habitualmente entre la 28^a y 32^a semanas.

- Valoración del bienestar fetal: en cada visita a partir del tercer trimestre, mediante estudio cardiotocográfico. La semana de inicio y la cadencia dependerán del control metabólico materno y del estado del feto. Se usarán otros métodos, tales como estudio de perfil biofísico o doppler, cuando se considere oportuno. El doppler tiene mayor utilidad en los casos de preeclampsia y de sospecha de crecimiento intrauterino retardado.

Ingreso urgente:

Complicaciones graves con repercusión materno-fetal:

- Mal control metabólico absoluto (cetosis clínica, hipoglucemia grave) o relativo (control metabólico irregular)

- Nefropatía y/o estados hipertensivos, no controlados.

- Pielonefritis.

- Amenaza de parto prematuro o rotura prematura de membranas.

- Sospecha de riesgo de pérdida del bienestar fetal.

- Otras indicaciones obstétricas.

Ingreso programado:

Siempre que exista un correcto control metabólico, ausencia de complicaciones y garantías de control ambulatorio del bienestar fetal, no será necesario el ingreso de la paciente hasta el momento del parto.

Vía del parto:

- La vía de elección del parto será la vaginal. Las indicaciones de cesárea son las mismas que para las gestantes no diabéticas

- En el caso de mujeres con retinopatía diabética proliferativa grave se recomienda evitar maniobras de Valsalva que puedan propiciar el desarrollo de hemorragias retinianas, aconsejándose la utilización durante el parto de anestesia loco-regional.

Técnica de inducción del parto:

- Con cérvix favorable (índice Bishop \geq 6), amniotomía, monitorización cardiotocográfica y perfusión de oxitocina.

- Con cérvix desfavorable, se realizará maduración cervical previa con prostaglandinas.

Control obstétrico intraparto:

- Monitorización de la dinámica uterina y de la frecuencia cardíaca fetal.

- Ante sospecha de Riesgo de Pérdida del Bienestar Fetal, se valorará la utilización de otro método de control fetal: pulsioximetría, tecnología STAN o estudio del equilibrio ácido-base.

Control metabólico intraparto:

Mantener la glucemia capilar entre 70-110 mg/dl (sin cetonuria) aplicando un protocolo de perfusiones intravenosas:

- Perfusión continua de glucosa (ej. 500 cc suero glucosado al 10 %, cada seis horas)

- Administración sistemática de insulina de acción rápida por vía intravenosa, preferentemente con bomba de infusión o en su defecto, incorporada a un suero fisiológico conectado en "T" al suero glucosado.

- Control horario de glucemia capilar para ajustar el ritmo de las perfusiones.

5.- Cuidados del recién nacido

El hijo de madre diabética (HMD) es un neonato de riesgo elevado por las frecuentes complicaciones que presenta. Todas ellas más habituales en los hijos de madre con diabetes pregestacional y más intensas en caso de mal control metabólico durante la gestación.

Problemas específicos del HMD:

• Metabólicos:

- Hipoglucemia (glucemia <40 mg/dl). Es la complicación más frecuente en las 2 primeras horas de vida por caída brusca del aporte de glucosa.

- Hipocalcemia (calcemia <7 mg/dl; <1,75 mmol/l). Aparece entre las 24 y 72 horas de vida. Se atribuye en parte a un hipoparatiroidismo funcional transitorio, coexiste por ello en ocasiones con hipomagnesemia (Magnesio sérico <1,5 mg/dl)

- *Macrosomía / peso elevado para la edad gestacional:*

A consecuencia de la macrosomía son más frecuentes la asfisia perinatal y los traumatismos durante el parto, sobre todo parálisis braquial y fracturas de clavícula. Estos HMD tienen visceromegalias y es frecuente el aumento de grosor del miocardio a nivel del septum interventricular (>5 mm) (miocardiopatía hipertrófica) que desaparece entre los 2 y 6 meses. Aunque es poco habitual que presenten sintomatología de hipertrofia septal por obstrucción del tracto de salida, cursa con insuficiencia cardíaca y soplo y suele ser autolimitada.

○ *Retraso de crecimiento intrauterino:*

En mujeres diabéticas con vasculopatía y flujo placentario disminuido.

○ *Inmadurez funcional:*

A la insulina se le ha atribuido un efecto de retraso sobre la maduración morfológica y funcional de algunos órganos (pulmones, paratiroides e hígado). Por ello, la incidencia de dificultad respiratoria por inmadurez (enfermedad de la membrana hialina), así como la ictericia, están aumentadas en este grupo de pacientes.

○ *Malformaciones congénitas:*

Son más frecuentes que en la población general. Aunque la más característica es el síndrome de regresión caudal, las más frecuentes son cardiopatías (comunicación interventricular, transposición de los grandes vasos, coartación de aorta), anomalías intestinales (colon izquierdo hipoplásico), renales (agenesia) y del sistema nervioso central.

○ *Problemas hematológicos:*

○ Poliglobulia: el aumento de hematocrito puede producir aumento de hiperviscosidad y dar complicaciones tromboticas; la más frecuente es la trombosis venosa renal.

○ Ictericia por la policitemia asociada e inmadurez hepática.

Conducta a seguir ante un HMD:

○ Habrá un experto disponible para la reanimación en sala de partos.

○ Tras el parto, se realizará exploración física cuidadosa para descartar malformaciones.

○ Se harán determinaciones de:

. Glucemia cada 30 minutos en las 2 primeras horas de vida, y luego a las 3, 6, 12, 24, 36 y 48 horas

. Calcemia a las 24 horas si el recién nacido presenta estigmas de HMD o sintomatología específica. Si aparece hipocalcemia se determinará la magnesemia.

○ Hematocrito / bilirrubina si aparece sintomatología.

○ Se practicarán exploraciones complementarias (Rx tórax, ecografías cerebral, renal, cardíaca, y/o de columna lumbo-sacra) según la clínica del paciente.

○ No serán recién nacidos subsidiarios de alta precoz.

Tratamiento:

○ *Alimentación precoz* (antes de las 2 horas de vida) con lactancia materna o artificial.

○ *Hipoglucemia*

○ Si aparece hipoglucemia en un HMD asintomático, se administrará leche o glucosa 10% por vía oral (5-10 ml/kg) y se realizará nuevo control de glucemia a los 20-30 minutos. Si la glucemia es >40 mg/dl se continuará con

alimentación cada 2 o 3 horas; si la glucemia es <40 mg/dl se ingresará para administración de glucosa endovenosa.

○ Hipoglicemia sintomática: se ingresará al recién nacido y se administrará glucosa por vía endovenosa.

○ Hipocalcemia

○ Si los niveles son <7 mg/dl debe tratarse con gluconato cálcico endovenoso.

○ Si resulta difícil de corregir debe sospecharse hipomagnesemia y corregirla al mismo tiempo.

JUSTIFICACIÓN

La diabetes tiene importantes repercusiones sobre el feto y el neonato. Para prevenir y abordar dichas complicaciones debemos conocerlas y aplicar los cuidados que de ellas se derivan con máxima rapidez y eficiencia para no comprometer el estado del recién nacido.

Sobre todo deberemos actuar en aquellas situaciones derivadas del hiperinsulinismo fetal como son la macrosomía (distocias, traumatismo obstétrico y aumento de la tasa de cesáreas) el riesgo de pérdida de bienestar fetal ante o intraparto miocardiopatía hipertrófica y la inmadurez fetal que puede manifestarse como síndrome de distrés respiratorio, o alteraciones metabólicas.

La matrona tiene que estar preparada y saber cuáles son los cuidados que requieren este tipo de pacientes. En este artículo se estandariza y unifican los cuidados primordiales que necesitan.

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados estandarizado, que unifique y garantice unos cuidados de calidad a los recién nacidos de madre diabética ingresados en la Unidad de Obstetricia y Ginecología.

METODOLOGÍA

Este artículo se centra en la revisión de los estudios basados en la evidencia científica existente en:

-Las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden y Medline.

-Bibliografía de Tratados de Obstetricia y Ginecología, Neonatología, Endocrinología y de diagnósticos enfermeros. (NANDA, NOC, NIC)

-Revistas científicas: Nure Investigación, Matronas Profesión y Matronas Hoy.

-Protocolos existentes en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

RESULTADO

Valoración de enfermería

Un buen control de la diabetes previo al embarazo disminuye la incidencia de malformaciones congénitas y un adecuado control de éste disminuye los problemas metabólicos asociados.

Manifestaciones clínicas evidentes en el hijo de madre diabética a valorar:

- Hinchados.
- Cubiertos de vénix caseosa.
- Pletóricos.
- Cara llena.
- Cordón umbilical grande.
- Piernas flexionadas y separadas.
- Manos semicerradas a cada lado de la cabeza.
- Abdomen prominente.
- Sobresaltos al menor estímulo.
- Cuello corto.
- Mejilla abultada.

Plan de cuidados

Los Diagnósticos de Enfermería que se deben plantear son los siguientes:

- Alteración de la nutrición por exceso relacionada con peso superior a 4 000 g.
- Alteración de la perfusión periférica relacionada con cifras altas de hemoglobina (pacientes que presentan policitemia)
- Alteración de la protección relacionada con sistema inmunitario inmaduro
- Alteración de la eliminación intestinal, estreñimiento relacionada con disminución de la luz del recto y el colon.
- Deterioro de la movilidad física relacionado con lesiones neuromusculares del miembro superior (recién nacidos que presentan parálisis braquial debido al traumatismo en el parto)
- Trastorno de la imagen corporal relacionado con malformaciones congénitas, ausencia de un miembro, entre otras.
- Riesgo de lesión relacionado con trauma en el parto (parto instrumentado)
- Riesgo de lesión cerebral relacionado con cifras bajas de glucemia.

Intervención:

La intervención está dada por acciones dependientes e independientes que realiza el personal de enfermería.

En un recién nacido de madre diabética las acciones consisten en:

- Todo recién nacido de madre diabética se debe ingresar en el departamento de cuidados especiales de neonatología para su observación estricta y para realizarle exámenes complementarios urgentes como son: glucemia, hemoglobina, ionograma y bilirrubina para corregir cualquier desequilibrio metabólico urgente.

- La hipoglucemia es la complicación más frecuente en estos neonatos debido al hiperinsulinismo crónico que presentan en la vida intrauterina, por lo que se le realiza una glucemia seriada las primeras 24 h. Si existiera la hipoglucemia se corrige suministrando glucosa por vía parenteral o una dosis única de glucagón intramuscular según indicación médica.

En un recién nacido de madre diabética las acciones independientes consisten en:

- Una vez que el personal de enfermería recibe al paciente en el servicio, debe proceder a la realización del examen físico para detectar posible anomalía congénita o algún trauma obstétrico en estos neonatos, ya que

generalmente son macrosómicos, por lo que el parto es muy traumático.

- Si en la exploración detecta alguna anomalía, debe comunicar urgente al personal médico y registrarlo en la historia clínica.

○ Los trastornos metabólicos son muy frecuentes en estos pacientes, principalmente la hipoglucemia, por lo que el personal de enfermería debe iniciar la alimentación precozmente para evitarla.

○ Vigilar atentamente los signos y síntomas de complicación, para la detención precoz y garantizar una atención inmediata, por lo que se recomienda la medición e interpretación de los signos vitales cada 2 h en las primeras horas de vida con énfasis en la frecuencia cardíaca y la temperatura.

○ Si el paciente presenta dificultad para la eliminación del meconio, distensión abdominal y vómitos, el personal de enfermería debe pasar una sonda nasogástrica; de lo contrario, estimular el peristaltismo intestinal con una sonda rectal, hasta que el paciente se estabilice.

○ El hijo de madre diabética es muy susceptible a las infecciones por la inmadurez del sistema inmune, por lo que el personal de enfermería debe extremar las medidas de higiene, insistiendo en el lavado de manos antes de la manipulación y la realización de alguna técnica, mantener la unidad individual del paciente para evitar las infecciones cruzadas y si presenta algún acceso venoso profundo se recomienda la manipulación con guantes.

Evaluación

La evolución de los pacientes sintomáticos está muy estrechamente relacionada con las alteraciones que estos presentan, son muy diversas las complicaciones que estos pacientes desarrollan y con un grado muy variable. El éxito está en la detención precoz de sus síntomas y del tratamiento inmediato y eficaz. Mientras que los pacientes asintomáticos presentan mejor pronóstico. A todos estos pacientes se les realiza un seguimiento para la evolución continuada de su desarrollo físico y psicomotor.

CONCLUSIONES

El hijo de madre de diabética (HMD) es un recién nacido de riesgo elevado que puede presentar complicaciones inmediatas al parto que requieren una atención urgente por parte del personal implicado en su asistencia.

El personal de enfermería (matrona) en estos casos es primordial, ya que es el primero con el que toma contacto el paciente, en el caso que nos ocupa el recién nacido. Debido a ello, debemos estar preparados y formados para poder cuidarlos.

Con la elaboración de los planes de cuidados, nos quedan recogidas y estandarizadas las necesidades que presentan estos pacientes y las actividades que se deben

de llevar a cabo con ellos, para que puedan recibir unos cuidados de calidad.

Los planes de cuidados estandarizados siempre habrá que individualizarlos, después de realizar una valoración exhaustiva con cada uno de los pacientes,

porque aparte de estos diagnósticos, pueden presentar otros muchos dependiendo del estado en que se encuentre.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guía NICE 2008. Gestational Diabetes and Pregnancy.
2. GEDE (Grupo Español de Diabetes y Embarazo). Diabetes Mellitus y Embarazo. Guía Asistencial, 2ª edición. Madrid 2000
3. SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Consulta preconcepcional 2002. Protocolo nº 2 bis (www.sego.es)
4. Asistencia al embarazo normal 2002. Protocolo nº 2 (www.sego.es)
5. Sociedad Española de Neonatología. "De guardia en Neonatología" Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales, 1ª edición. Editorial Ergon. Madrid 2003.
6. National Diabetes Data Group. Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. Diabetes 1979; 28: 1039-1057.
7. Ricart W, López J, Mozas J, Pericot A, Sancho MA, González N et al; Spanish Group for the Study of the Impact of Carpenter and Coustan GD M thresholds. Potential impact of American Diabetes Association (2000) criteria for diagnosis of gestational diabetes mellitus in Spain. Diabetologia 2005; 48(6):1135-41.
8. Ricart W, López J, Mozas J, Pericot A, Sancho MA, González N et al; Spanish Group for the Study of the Impact of Carpenter and Coustan GDM Thresholds. Body mass index has a greater impact on pregnancy outcomes than gestational hyperglycaemia. Diabetologia 2005; 48(9): 1736-42.
9. Usandizaga J, Dela Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Madrid. McGraw-Hill. 1998: p. 576-577.
10. Spark Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heatherherdman, Lavin M A. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. Madrid: Elsevier. 2004
11. Moorhead S, Johnson M, Maas. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Tercera Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005
12. Dochterman JM, Bulechek G. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC). Cuarta Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005