



**FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRABAJO DE TITULACIÓN

TESIS

**Tema:**

Factores de riesgos y cuidados de enfermería en pacientes con diabetes gestacional.


**Autor:**

Delgado Anchundia Brigitte Mishell

**Tutor:**

González Kadashinskaia Galina Orlandovna

**Periodo 2025-2**

 <b>Uleam</b> <small>UNIVERSIDAD LAICA        ELOY ALFARO DE MANABÍ</small>	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> <b>CERTIFICADO DE TUTOR(A).</b>	<b>CÓDIGO: PAT-04-F-010</b>
	<b>PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO        BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR</b>	<b>REVISIÓN: 1</b>  Página 1 de 1

## CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la **Facultad Ciencias de la Salud** carrera de **Enfermería** de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

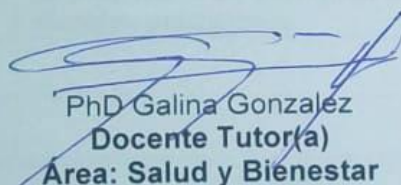
Haber dirigido y revisado el trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante **Brigitte Mishell Delgado Anchundia**, legalmente matriculado/a en la carrera de **Enfermería** período académico **2023 (1) -2024 (2)**, cumpliendo el total de **384** horas, correspondiente a la Cohorte que sustenta en el **2025 (2)** cuyo tema del proyecto es **Factores de riesgo y cuidados de enfermería en pacientes con diabetes gestacional**.

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 02 de Junio de 2026.

Lo certifico,

  
**PhD Galina Gonzalez**  
**Docente Tutor(a)**  
**Area: Salud y Bienestar**



### Declaración de autoría

El suscrito/a **Delgado Anchundia Brigitte Mishell** con cédula de identificación N° **1314742519**, dejo constancia, que el presente Trabajo de Titulación Modalidad proyecto de investigación, cuyo título es **“FACTORES DE RIESGOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL.”** Se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Manta 12 de Diciembre del 2024

*Brigitte Delgado*

Delgado Anchundia Brigitte Mishell

C.I: 1314742519



**CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL, REVISIÓN Y SUSTENTACIÓN**

**TEMA:** "Factores de riesgo y cuidados de enfermería en pacientes con Diabetes Gestacional"

**TRABAJO FINAL DE TITULACIÓN**

Sometido a consideración del Tribunal de Seguimiento y Evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**APROBADO POR:**

**Mg. Fátima Figueroa Cañarte**

**Presidente del tribunal**

**Mg. Intriago-Moreira Karen Lissete**

**Miembro 1 Tribunal de Titulación**

**PhD. Santos Álvarez Mirian del Rocío**

**Miembro 2 Tribunal de Titulación**

**LO CERTIFICA:**

**Lcda. Lastenia Cedeño Cobeña**

**Secretaría de la Carrera de Enfermería**

### **Dedicatoria**

Quiero dedicar mi trabajo de investigación a Dios quien me ha brindada fortaleza para continuar y superar cada obstáculo que se presentaron en mi vida.

A mis padres quienes me han apoyado incondicionalmente y son el motor principal de mi vida, quienes me han inculcado sus valores, por sus consejos, por estar presentes en cada tropiezo y en cada triunfo y por darme uno de los regalos más grandes como lo es el estudio, a mi novio por el apoyo incondicional durante mi vida, a mis hermanas y mis familiares que han sabido entenderme y darme animo en los momentos más complicados de mi vida. Y a mis amigos que me han acompañado durante toda mi carrera siendo una alegría día a día este logro es gracias a ustedes, y me es grato expresarles mi amor y agradecimiento.

**Brigitte Mishell Delgado Anchundia**

## Reconocimiento

El principal agradecimiento a Dios quien me ha guiado y me permito llegar hasta donde estoy hoy en día, dándome la fortaleza para seguir adelante, expresando mi más sincero agradecimiento a todas las personas que me han acompañado y apoyado durante la trayectoria.

En primer lugar, agradezco profundamente a mi asesora de tesis, Lic. Galina González, por su dedicación, orientación y por brindarme su conocimiento y experiencia a lo largo de este proceso. Sus valiosos comentarios y sugerencias fueron esenciales para dar estructura y rigor a este trabajo.

A mis docentes por impartir sus conocimientos en las aulas de clase. A mi querida Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, por permitirme culminar una etapa más en mi vida y desarrollarme como profesional.

**Brigitte Mishell Delgado Anchundia**



## Índice

1.	Planteamiento del problema .....	11
1.1.1	Objeto de estudio:.....	13
1.1.2	Campo de acción:.....	13
1.1.3	Objetivo General .....	13
1.1.4	Objetivos Específicos.....	13
2.	Justificación de la Investigación .....	14
3.	Marco teórico .....	15
3.1.1	Referentes teóricos que respaldan la investigación .....	15
3.1.2	Internacionales.....	15
3.1.3	Nacionales.....	16
4.	Marco Teórico Conceptual.....	18
4.1.1	Fundamentos fisiopatológicos de la diabetes en el embarazo .....	18
4.1.2	Impacto epidemiológico y riesgos materno-fetales .....	20
4.1.3	Tratamiento farmacológico y no farmacológico.....	22
4.1.4	El Rol de Enfermería en el Modelo de Atención Integral (MAIS-FCI).....	23
4.1.5	Brechas en la práctica clínica y necesidad de estandarización .....	24
4.1.6	Programas de salud para la atención a embarazadas con diabetes gestacional .....	26
4.1.7	Teorizantes de enfermería relacionadas con la problemática de investigación .....	27
4.1.8	Bases Legales.....	28
4.1.9	Leyes relacionadas con la salud.....	32
5.	Diseño Metodológico.....	32
6.	Plan de análisis.....	35
7.	Resultados y Discusión.....	36
8.	Empoderamiento para el autocuidado: el rol educativo de la enfermería en la Gestión de la Diabetes Gestacional .....	37
	Identificación de factores determinantes de falta de adherencia a los antidiabéticos orales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: Revisión sistemática .....	37
	Implementación de la atención preconcepcional para mujeres con diabetes .....	49
	Fong <i>et al</i> , 2014 .....	50
	Diabetes pregestacional versus diabetes gestacional: un estudio poblacional sobre diferencias clínicas y demográficas .....	50
	Discusión.....	51
	Capítulo III.....	53
	Diseño de la Propuesta .....	53
8.1.1	¿Qué es la diabetes gestacional? .....	54



8.1.2	Clasificación y epidemiología de la DM .....	54
8.1.3	Fisiopatología .....	55
8.1.4	Tipos de diabetes .....	55
8.1.5	Factores de riesgo .....	55
8.1.6	NUTRICIÓN Y SUPLEMENTOS .....	56
8.1.7	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA .....	56
8.1.8	COMPLICACIONES MATERNAS .....	56
8.1.9	Recomendaciones finales para las pacientes: .....	57
9.	Conclusiones .....	66
10.	Recomendaciones .....	67
11.	Bibliografía .....	68

## Resumen

La diabetes gestacional (DG) constituye problema de salud pública de complejidad creciente. La prevalencia de esta condición a nivel mundial y local demanda una respuesta sanitaria que trascienda la mera atención clínica, posicionando al profesional de la enfermería como el eje articulador fundamental en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI). Ante la persistencia de brechas en la aplicación de las guías y protocolos del Ministerio de Salud Pública para el diagnóstico y manejo de pacientes con DG, por parte de los profesionales de enfermería en Ecuador, se requiere desarrollar una estrategia integral de salud, lo cual es primordial para el manejo de la diabetes gestacional. Metodología: se desarrolló una revisión documental en donde la estrategia de búsqueda y selección de la información incluyó bases de datos como: Scopus, PubMed, Scielo, Dialnet, Google Académico, Medigraphic, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. Resultados: se evidenció Los factores de riesgo más frecuentes a nivel local fueron: la obesidad, la edad materna entre los 30-35 años y los antecedentes patológicos familiares relacionados con la diabetes. Estos factores no son aislados, sino que coexisten, todo lo cual empeora el riesgo metabólico. Un hallazgo fue que el empleo del lenguaje estandarizado no solo facilita la comunicación interprofesional, sino que confiere un sustento científico a las intervenciones. Conclusión: La calidad de vida y el bienestar del binomio materno-fetal no dependen solo de la prescripción médica, sino de una intervención de enfermería sistemática, continua y personalizada.

**Palabras Clave:** Diabetes gestacional, factores de riesgo, prevención, cuidados de enfermería tratamientos.

## Abstract

Gestational diabetes (GD) is a public health problem of increasing complexity. The prevalence of this condition globally and locally demands a healthcare response that goes beyond mere clinical care, positioning the nursing professional as the fundamental coordinating force in the Comprehensive Health Care Model (MAIS-FCI). Given the persistent gaps in the application of the Ministry of Public Health's guidelines and protocols for the diagnosis and management of patients with GD by nursing professionals in Ecuador, a comprehensive health strategy is needed, which is essential for the management of gestational diabetes. Methodology: A literature review was conducted, using databases such as Scopus, PubMed, SciELO, Dialnet, Google Scholar, and Medigraphic. The search was supported by the use of health sciences descriptors or MeSH terminology. Results: The most frequent risk factors at the local level were obesity, maternal age between 30 and 35 years, and a family history of diabetes. These factors are not isolated but coexist, all of which worsen the metabolic risk. One finding was that the use of standardized language not only facilitates interprofessional communication but also provides a scientific basis for interventions. Conclusion: The quality of life and well-being of the mother-fetus dyad depend not only on medical prescription but also on systematic, continuous, and personalized nursing intervention.

**Keywords:** Gestational diabetes, risk factors, prevention, nursing care, treatments.

## 1. Planteamiento del problema

La diabetes gestacional (DG) es una alteración en el metabolismo de los carbohidratos que se diagnostica por primera vez durante el embarazo en la semana 24 a 28 de gestación mediante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). El mecanismo subyacente involucrado en el desarrollo de la DMG es la resistencia crónica a la insulina. Sin embargo, en el 30% de los casos, se informa un déficit en la secreción de insulina debido a la disfunción de las células beta (Lende, 2020; Powe *et al*, 2026)

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) afirma que la prevalencia media de diabetes (DG) en los Estados Unidos es del 4%, con valores máximos que van del 1 al 14% dependiendo de la población estudiada y los exámenes utilizados para el diagnóstico. Las estadísticas varían en todo el mundo. Es fascinante que diferentes grupos étnicos experimenten cambios significativos en la prevalencia según se analizan en sus países de origen o en comunidades establecidas en países más desarrollados. (Domenech, 2023)

Según el Atlas 2025 de la IDF, en 2024, 23,0 millones (19,7%) de nacimientos vivos involucraron a mujeres embarazadas con algún tipo de hiperglucemia durante el embarazo (79,2% con DMG, 11% con DM detectada antes del embarazo y 9,9% con DM identificada por primera vez durante el embarazo). La mayoría de los casos de hiperglucemia en el embarazo (89,5%) se dieron en países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a la atención prenatal es limitado. Además, en cuanto a la edad, casi la mitad (49,2%) eran mujeres de entre 45 y 49 años, aunque hay menos embarazos en este grupo de edad (FID, 2025). Se espera que el número de casos de DG aumente debido a la creciente prevalencia de la obesidad (Plows, 2018).

Por otra parte, la diabetes mellitus pregestacional (DMP) es una condición en la que una mujer tiene diabetes mellitus, más comúnmente diabetes mellitus tipo 1 (DM1) o diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Antes de que comience el embarazo, a una mujer se le diagnostica diabetes, lo que aumenta el riesgo de complicaciones materno-fetales. La DMP ocurre en el 1-2% de todos los embarazos, y estas tasas están en aumento (CEOG, 2018). Aproximadamente una de cada nueve mujeres (14,9 millones) tiene DM, y el 35% de las diagnosticadas recientemente son mujeres en edad reproductiva (Britton, 2019). Esto indica que la diabetes está afectando cada vez más a las mujeres en edad fértil. Además, casi una de cada cinco adolescentes de 12 a 18 años y una de cada cuatro adultas jóvenes de 19 a 34 años tienen prediabetes, que puede progresar a diabetes. La creciente prevalencia de diabetes entre las mujeres en edad reproductiva se debe principalmente al aumento de la incidencia de DM2, impulsado por la mala nutrición, la obesidad y los estilos de vida más sedentarios (Andes, 2020).

El ECLAMC (Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas) nos informa que los hijos de madres diabéticas enfrentan una variedad de riesgos al nacer, incluyendo alteraciones del crecimiento fetal intrauterino (40%), hipoglucemia (20%), prematuridad (15%), asfixia (15%), enfermedad de membrana hialina (15%), malformaciones congénitas (MC) (5 a 12%),

policitemia y trastornos metabólicos como hipocalcemia, hipomagnesemia e hiperbilirrubinemia. (N, julio)

De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud) después del embarazo, entre el 5% y el 10% de las mujeres que tuvieron DG tiene 50% más de probabilidad de desarrollar diabetes tipo II, al igual que los hijos de estas. Las complicaciones maternas que se presentan durante el embarazo en mujeres con diabetes gestacional incluyen hipertensión inducida por el embarazo (HIE), preeclampsia, infecciones, parto por cesárea, hipoglucemia posparto y tendencia al aborto (Oskovi & Ozgu, 2021; Ye, 2022)

En Ecuador el profesional de la enfermería en Atención Primaria de Salud (APS) trabaja sobre el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Entre las funciones que realiza no solo se encuentra el seguimiento de pacientes crónicos, sino también a las gestantes y puérperas de la comunidad. En este sentido: controla, educa, evalúa adherencia y deriva oportunamente al paciente. Participa en el levantamiento de diagnósticos de salud en el área. Capacita a estudiantes y profesionales de salud, entre otras acciones (MSP, 2017).

A pesar de la existencia de guías del Ministerio de Salud Pública, existen evidencias de deficiencias en la realización del tamizaje universal entre las semanas 24 y 28 de gestación por parte de los profesionales de la enfermería, en donde se pierde la ventana de intervención crítica. Adicionalmente, la inadecuada aplicación de protocolos de diagnósticos (curva de tolerancia a la glucosa) propician un manejo inconsistente al no establecer diferencias entre la diabetes pregestacional (detectada tempranamente) y la diabetes gestacional de aparición tardía. La desactualización en el tratamiento farmacológico conlleva a un retraso en el inicio de este y por ende del control metabólico en la gestante (SAD, 2016).

El descuido en el componente de educación terapéutica constituye un factor de peso en esta problemática de salud. Un ejemplo de ello es que muchos profesionales de la enfermería obvian la necesidad de enseñar a las pacientes el correcto uso del glucómetro lo cual dificulta el monitoreo ambulatorio efectivo, tampoco informan adecuadamente a la paciente que haber tenido DG la predispone para desarrollar en el futuro DM tipo II. Por ello, el seguimiento posparto es prácticamente nulo y pone en evidencia las barreras de comunicación existente en la relación médico-paciente, todo lo cual contribuye a la falta de adherencia de la paciente al tratamiento (ADA, 2024; NICE, 2020).

En resumen, la diabetes gestacional constituye una compleja situación de salud que implica trastornos metabólicos de la glucosa en sangre y que afecta de forma significativa el estado de salud tanto de la madre como del feto. Esta condición requiere un manejo metódico para regular los niveles de glucosa y prevenir complicaciones. Por lo tanto, desarrollar una estrategia integral y bien estructurada es primordial, para el manejo de la diabetes gestacional que aborde la atención materna y promueva un desarrollo fetal saludable (Gherbon *et al*, 2025).

Ante la persistencia de brechas en la aplicación de las guías y protocolos del Ministerio de Salud Pública para el diagnóstico y manejo de pacientes con diabetes gestacional, por parte de los profesionales de enfermería en Ecuador, surge la siguiente interrogante:

¿Cómo contribuye el diseño e implementación de una guía educativa protocolizada, basada en el manejo integral de la diabetes gestacional, al fortalecimiento de las competencias técnicas del personal de enfermería en el primer nivel de atención?"

### **1.1.1 Objeto de estudio:**

El proceso de atención de enfermería a la gestante con diabetes gestacional en el primer nivel de atención (APS).

### **1.1.2 Campo de acción:**

La estandarización de las acciones de enfermería en el tamizaje y manejo de la diabetes gestacional para la mejora de la calidad asistencial.

### **1.1.3 Objetivo General**

Diseñar una guía educativa sobre los cuidados de enfermería en pacientes con diabetes gestacional, fundamentada en evidencia científica, para estandarizar la atención y mejorar la calidad del manejo clínico por parte de los profesionales de enfermería

### **1.1.4 Objetivos Específicos**

- Analizar los referentes teóricos y protocolos actuales de atención de enfermería en el manejo de la diabetes gestacional, a través de una revisión bibliográfica sistemática.
- Identificar las necesidades y brechas de conocimiento de los profesionales de enfermería respecto al manejo integral de pacientes con diabetes gestacional.
- Determinar la estructura de la guía bajo taxonomías NANDA-NIC-NOC y principios de andragogía para la atención especializada.



## 2. Justificación de la Investigación

El manejo oportuno de la diabetes gestacional es un desafío crítico que implica la disminución directa de las complicaciones materno-fetales. Los protocolos del Ministerio de Salud Pública en Ecuador respaldados por la evidencia científica muestran con claridad la ventana de intervención entre las 24 y las 28 semanas. No obstante, la brecha entre la normativa técnica existente y la práctica clínica diaria que se caracteriza por deficiencias en la diferenciación diagnóstica y el abordaje de la DG coloca en riesgo el pronóstico metabólico de la gestante. El presente estudio se justifica al promover la estandarización de las intervenciones de enfermería, transformando la práctica experiencial o desactualizada en el cuidado basado en la evidencia.

Desde la visión académica e investigativa en salud, concurre la imperiosa necesidad de conferir al profesional de la enfermería de herramientas pedagógicas y técnicas que promuevan la toma de decisiones, en el primer nivel de atención. El diseño de una guía educativa no solo representa un recurso de apoyo clínico, sino que constituye un ejercicio de sistematización del conocimiento. Al implementar la guía de taxonomías estandarizadas (NANDA, NIC, NOC), se establece un lenguaje profesional común, que permite el fortalecimiento de las competencias técnicas de la enfermería, lo cual reduce la brecha existente entre la teoría y la práctica.

En cuanto al impacto en salud pública, la aplicación de la mencionada guía (que deviene en instrumento), posibilita el control óptimo del metabolismo de la glucosa en la gestante, todo lo cual previene complicaciones tales como: la preeclampsia, la macrosomía fetal y el riesgo de desarrollar DM tipo II a futuro, entre otras. Desde el punto de vista social este trabajo pretende trascender la mejora del proceso enfermero; e influye de forma directa en la calidad de vida tanto de la madre como del recién nacido.

Por otra parte, al disminuir las complicaciones materno-fetales contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud ecuatoriano y se articula con el modelo del MAIS-FCI, donde el profesional de la enfermería ejecuta el rol de la prevención en salud, esencial para la detección precoz de complicaciones y el monitoreo de las pacientes a corto, mediano y largo plazo.

## Capítulo I.

### Bases Teóricas-Referenciales

### 3. Marco teórico

#### 3.1.1 Referentes teóricos que respaldan la investigación

##### Antecedentes internacionales y nacionales

Los siguientes estudios se encontraron al revisar una variedad de bibliografía de investigaciones relacionadas con el tema que se está tratando:

#### 3.1.2 Internacionales

Un estudio realizado en México tuvo como objetivo: describir la incidencia y los factores de riesgo de la diabetes gestacional en el Hospital "Fe del Valle Ramos" de 2015 a 2019. Se llevó a cabo un estudio observacional retro prospectivo en dos etapas. La primera etapa analizó los factores de riesgo principales relacionados con la diabetes gestacional en la población objeto de estudio, mientras que la segunda etapa describió los aspectos sociodemográficos y clínicos epidemiológicos relevantes. Resultados: los antecedentes de diabetes gestacional en embarazos previos, antecedentes familiares de diabetes gestacional en primer grado de consanguinidad y sobrepeso u obesidad materna fueron los principales factores de riesgo que contribuyeron más a la presencia de diabetes gestacional en las pacientes en estudio. Conclusión: los pacientes con alto riesgo de desarrollar esta enfermedad se pueden identificar y diagnosticar oportunamente si reciben una atención prenatal adecuada y un seguimiento periódico y sistemático. (Bauza, 2022)

En Colombia se llevó a cabo una investigación sobre los factores de riesgo para la diabetes gestacional en las poblaciones obstétricas en tres instituciones de Medellín. La metodología consistió en la comparación entre dos grupos (estudios de casos y control) con carácter retrospectivo. Las conclusiones mostraron que el precedente personal de DMG; una edad superior a los 25 años y la multiparidad constituyeron factores de riesgo en un porcentaje importante de la población estudiada, con un (OR = 2,6; IC 95%: 1,8-3,8) (María Nazareth Campo, 2021).

El estudio realizado en Argentina tuvo como objetivo: describir el papel del control de enfermería en personas con diabetes gestacional en embarazadas y se llevó a cabo a través de un enfoque descriptivo cuantitativo. Los resultados revelaron la investigación en este campo es relevante tanto social como científicamente, ya que puede contribuir a una comprensión más profunda de la diabetes gestacional y a la identificación de las mejores prácticas para su manejo. Como conclusión mostró la importancia de investigar la eficacia del control de enfermería en este grupo de pacientes y garantizar que reciban una atención óptima durante todo el proceso (González & Martínez, 2019).

Entre los años 2016 y 2017, se llevó a cabo una investigación en Lima, Perú, sobre los factores de riesgo para el desarrollo de diabetes gestacional en el Nosocomio Nacional Hipólito Unanue; el objetivo fue: Determinar los factores de riesgo para el desarrollo de diabetes gestacional en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipolito Unanue durante el periodo 2016 – 2017. El tipo de investigación que se eligió fue observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles. Resultados y conclusión: Los factores de riesgo para desarrollar diabetes gestacional incluyen antecedentes familiares, sobrepeso, obesidad, multiparidad y una edad mayor de 30 años antes de la macrosomía. (PORTULLA, 2018)

El artículo titulado: Diabetes gestacional: tres ejes fundamentales del cuidado de Enfermería tuvieron como objetivo: explicar y comunicar los cuidados de Enfermería a pacientes con esta patología. El mismo reveló que, 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. Conclusión: 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 (Gutiérrez, 2017).

### **3.1.3 Nacionales**

Se realizó una investigación que tuvo por objeto: evaluar el conocimiento de la diabetes gestacional en embarazadas que acuden a un centro de atención primaria, para direccionar el abordaje de la enfermedad, por parte de los profesionales de enfermería. La metodología del estudio consistió en una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, se recolectó información a través de una encuesta a de 100 gestantes. El 53% de la muestra fue primigesta, un 25% tuvo una gestación previa, el 22% manifestó que tuvo más de 2 partos, el 56 % afirmó que las mujeres quedaban diabéticas después del parto, el 73% aseveró que el consumo de bebidas azucaradas constituye una causa para el desarrollo de la enfermedad. Se concluyó que el conocimiento de las gestantes sobre la DG era limitado, por lo que el abordaje de enfermería se direccionó a la educación y promoción de la salud mediante el fomento de estilos de vida y alimentación saludables (Armijos Moreno K, 2023)

Un análisis llevado a cabo en Milagro – Ecuador, tuvo como objetivo: determinar la calidad de vida de féminas con diabetes gestacional. La revisión estadística del INEC sobre egresos hospitalarios en 2017 reveló que 739 mujeres fueron hospitalizadas por diabetes gestacional (de un total de 10.256 ingresos por diabetes). Esta morbilidad afecta significativamente la calidad de vida materna y feto-neonatal, requiriendo un control metabólico estricto y cambios en el estilo de vida. (Román, 2020)

Por otra parte, en Jipijapa provincia de Manabí, Ecuador se realizó un estudio con el propósito de investigar la frecuencia de los casos de diabetes gestacional en Latinoamérica. Para lo cual se desarrolló una revisión sistemática y descriptiva. Como resultados destacados tenemos que, Argentina fue el país con mayor número de casos de diabetes gestacional en Latinoamérica, con una estimación



del 63,9 % en comparación con otros países del continente. La prevalencia de diabetes gestacional en Latinoamérica varía en función de la población en general. Debido a los factores predisponentes de cada población y las variaciones en el estado gestacional, es crucial analizar la prevalencia en diferentes regiones. (Macías, 2020)

El estudio realizado en el Hospital Ginecobstétrico “Enrique C Sotomayor” en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de diabetes gestacional en pacientes que asisten a la consulta externa, identificó que la obesidad es el principal factor de riesgo, representando el (46%) de la incidencia según el índice de masa corporal, mientras que la pérdida de peso no intencional figura como la manifestación clínica más frecuente en un (21%). Conclusión: el control estricto de la ganancia de peso durante la gestación y el tamizaje glucémico son vitales para reducir las complicaciones perinatales. (Álvarez, 2018)

## 4. Marco Teórico Conceptual

### 4.1.1 Fundamentos fisiopatológicos de la diabetes en el embarazo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la diabetes mellitus como una enfermedad metabólica de etiología múltiple, que se caracteriza por una hiperglucemia crónica. Esta condición incluye alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas como resultado de un déficit en la secreción de insulina, en su acción manifestada por la resistencia a la insulina, o en la combinación de ambos mecanismos (Pérez, 2016).

#### Criterios Diagnósticos actualizados

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA), el diagnóstico de esta enfermedad se establece a partir del cumplimiento de al menos uno de los siguientes criterios:

- **Hemoglobina glucosilada (HbA1c):** 6.5%
- **Glucosa plasmática en ayunas:** 126 mg/dl (sin ingesta calórica durante al menos 8 horas)
- **Glucosa plasmática a las 2 horas:** 200 mg/dl durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa (con una carga de 75 g)
- **Glucosa plasmática aleatoria (casual):** 200 mg/dl en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia (sed excesiva, micción frecuente o pérdida de peso inexplicable)

De acuerdo con la mencionada institución, los trastornos de la glucosa se dividen en cuatro categorías:

**Diabetes tipo 1:** producida por la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas, que conduce a la deficiencia absoluta de insulina.

**Diabetes tipo 2:** Se caracteriza por una progresiva resistencia a la insulina en combinación con un déficit en su secreción.

**Diabetes gestacional:** condición que se entre el segundo o tercer trimestre del embarazo.

**Tipos específicos de diabetes:** Producida por defectos genéticos o medicamentos (ADA, 2025)

En la presente revisión documental haremos referencia a la diabetes gestacional por la importancia que reviste el tema en la actualidad debido al aumento de la incidencia y prevalencia de esta condición de salud a nivel mundial.

La DG es una alteración en el metabolismo de los carbohidratos que se diagnostica por primera vez durante el embarazo en la semana 24 a 28 de gestación mediante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). El mecanismo subyacente involucrado en el desarrollo de la DMG es la resistencia crónica a la insulina. Sin embargo, en el 30% de los casos, se informa un déficit en la secreción de insulina debido a la disfunción de las células beta (Powe *et al*, 2016; Lende, 2020).

La OMS asevera que esta condición de salud tiene la particularidad de presentar valores de glucosa que, a pesar de ser superiores a las cifras normales, son inferiores a los límites establecidos para diagnosticar la diabetes clásica. Se presenta en gestantes que no cuentan con un historial previo de diabetes y se diagnostica mediante exámenes rutinarios de detección prenatales, por lo general entre las 24 y 28 semanas de gestación, debido a que en raras ocasiones presentan síntomas perceptibles (OMS, 2025; Lende, 2020)

Por otra parte, la Diabetes Pregestacional (DPG): constituye una condición previa (antecedentes personales de DM tipo I o tipo II) que aumenta de forma significativa el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el feto, afectando hasta un 2% de los embarazos. En los últimos 10 años las estadísticas revelan un incremento de mujeres en edad fértil, por la influencia de factores como la mala nutrición, sedentarismo, obesidad, dislipidemia entre otros (Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos—Obstetricia, 2018).

La fisiología de la diabetes gestacional se basa en la interacción entre las modificaciones metabólicas adaptativas del embarazo y la incapacidad del páncreas para contrarrestar los efectos de dichas alteraciones. A continuación, se describen los aspectos fisiopatológicos más relevantes:

**Resistencia a la insulina:** El embarazo constituye una condición fisiológica que se caracteriza por la resistencia gradual a la insulina, por el efecto de hormonas contrarreguladoras (cortisol, prolactina, progesterona y el lactógeno placentario) que propician el paso de la glucosa hacia el producto de la concepción.

**Disfunción de las células beta:** En mujeres diagnosticadas con diabetes gestacional, existen evidencias de que no obstante a la resistencia periférica, hay un déficit en la secreción de insulina procedente de la disfunción primaria de las células beta del páncreas.

**Heterogeneidad en la patogenia:** las consecuencias derivadas de la resistencia a la insulina unido a las deficiencias en la secreción de esta, suele variar de forma heterogénea entre las gestantes, lo cual fundamenta los contrastes en el perfil metabólico de cada paciente.

**Influencia en el estilo de vida:** la adopción de hábitos perjudiciales para la salud conlleva al desarrollo de factores sistémicos que subyacen tales como el sedentarismo, obesidad, dislipidemia, mala nutrición, los cuales agravan la resistencia a la insulina previa o inducida por el embarazo (Powe *et al*, 2016; Lende, 2020).

### **Diagnóstico de la Diabetes Mellitus Gestacional**

El diagnóstico de diabetes gestacional se establece con base a tres criterios:

1. elevación inequívoca de la glucosa plasmática de 200 mg/dL o mayor y síntomas clásicos de diabetes;
2. glucosa plasmática en ayunas mayor de 126 mg/ dL en dos o más ocasiones
3. y uso de la curva de tolerancia a la glucosa (prueba de 100 gramos) (Medina, 2017).

En la primera consulta se realiza una valoración exhaustiva de la gestante para identificar su perfil de riesgo y a partir de ese punto, determinar el enfoque de seguimiento. Se definen como:

**Alto riesgo:** las gestantes que presentan uno o más de los siguientes factores: obesidad, antecedentes patológicos de presentar DMG en embarazo previo, antecedentes patológicos familiares de DM tipo II, antecedentes de macrosomía fetal, cifras de glucemia alteradas en ayunas o intolerancia previa a la glucosa, edad materna superior a los 35 años, y síndrome de ovario poliquístico.

**Riesgo moderado:** Aquellas gestantes que no cumplen con los criterios anteriores, pero presentan factores de riesgo menores como pertenecer a una población con una prevalencia elevada.

En función del nivel de riesgo se establecen los tiempos de evaluación. Para aquellas pacientes de alto riesgo, se realiza una prueba de glucemia en ayunas en la primera visita prenatal, si es normal, se debe repetir la prueba entre las semanas 24 y 28 de gestación. En pacientes con riesgo moderado o bajo se realiza el tamizaje de forma rutinaria en las semanas mencionadas con anterioridad, mediante la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) o la prueba de O'Sullivan (Medina, 2017).

El diagnóstico definitivo, se establece a partir de criterios bioquímicos determinados por la OMS y la ADA, (OMS, 2025; ADA, 2025) estos son:

- **Test de O'Sullivan:** Tras administrar 50 g de glucosa, transcurridos 60 minutos si la glucemia oscila entre valores de 130-140 mg/dL, se realiza la prueba diagnóstica, prueba oral de tolerancia a la glucosa (POTG).
- **POTG:** Se realiza con 75 g de glucosa. El diagnóstico se confirma si excede al menos uno de los valores de corte en ayunas, a las dos horas.

#### 4.1.2 Impacto epidemiológico y riesgos materno-fetales

La diabetes gestacional (DG) representa una de las complicaciones más frecuentes del embarazo. Recientemente la Federación Internacional de Diabetes estimó que, a nivel mundial, 1 de cada 6 nacidos vivos presentaba un diagnóstico de DG (Sweeting, 2022). En Estados Unidos, aproximadamente el 7 % de los embarazos se complicaron con diabetes de cualquier tipo, y el 86 % de esos casos correspondieron a embarazos complicados por DG. (ACOG, 2018). La prevalencia varía regionalmente, con menores tasas en Norteamérica y el Caribe (7%), en Europa es del 10,9 % (Paulo, 2021). En América Latina se comporta con cifras que oscilan entre el 10 y el 33 % (FID, 2025). La mayoría de los casos de hiperglucemia en el embarazo (89,5%) se dieron en países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a la atención prenatal es limitado.

En 2024, 23,0 millones (19,7%) de nacimientos vivos involucraron a mujeres embarazadas con algún tipo de hiperglucemia durante el embarazo (79,2% con DMG, 11% con DM detectada antes del embarazo y 9,9% con DM identificada por primera vez durante el embarazo). Además, en cuanto a la

edad, casi la mitad (49,2%) eran mujeres de entre 45 y 49 años, aunque hay menos embarazos en este grupo de edad (FID, 2025). Se espera que el número de casos de DG aumente debido a la creciente prevalencia de la obesidad.

La DMP ocurre en el 1-2% de todos los embarazos, y estas tasas están en aumento (CEOG, 2018). Aproximadamente una de cada nueve mujeres (14,9 millones) tiene DM, y el 35% de las diagnosticadas recientemente son mujeres en edad reproductiva (Britton,2019). Esto indica que la diabetes está afectando cada vez más a las mujeres en edad fértil. Además, casi una de cada cinco adolescentes de 12 a 18 años y una de cada cuatro adultas jóvenes de 19 a 34 años tienen prediabetes, que puede progresar a diabetes. La creciente prevalencia de diabetes entre las mujeres en edad reproductiva se debe principalmente al aumento de la incidencia de DM2, impulsado por la mala nutrición, la obesidad y los estilos de vida más sedentarios (Andes, 2020).

Las estadísticas hospitalarias en Ecuador revelaron una prevalencia de la diabetes gestacional (DMG) que varía entre el 7.8% y el 10% de los embarazos, es decir, que se encuentra dentro del promedio de casos reportados a nivel regional. (Rivadeneira, 2025). Representa la sexta causa de morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el feto (Muñoz, 2022). La incidencia de la DMG en la población oscila entre el 3 y el 10%, dependiendo de la etnia, los criterios diagnósticos y las áreas de estudio (Aguirre,2019). Esta morbilidad afecta significativamente la calidad de vida materna y feto-neonatal, requiriendo un control metabólico estricto y cambios en el estilo de vida. (Román, 2020). Asimismo, en la ciudad de Guayaquil otras investigaciones desarrolladas en hospitales de referencia situaron a la obesidad como principal factor de riesgo en las gestantes, con un 46% de las pacientes. En tanto, las complicaciones perinatales graves, se debieron a un tamizaje glucémico tardío y constituyeron el condicionante principal de pronóstico desfavorable (Pérez, 2024).

De no realizarse los controles metabólicos estrictos durante la etapa de gestación pueden presentarse una serie de complicaciones asociadas a la madre y al feto. Ellas son:

Maternas: hipertensión inducida por el embarazo (HIE), preeclampsia, cetoacidosis diabética, parto por cesárea, disfunción de la sínfisis del pubis, desgarros del canal blando del parto, hemorragia posparto, atonía uterina, hipoglucemia posparto, infecciones y tendencia al aborto (Oskovi & Ozgu, 2021; Ye, 2022; Márquez, 2018)

Fetales: alteraciones del crecimiento fetal intrauterino (macrosomía fetal), hipoglucemia, prematuridad, asfisia, enfermedad de membrana hialina, malformaciones congénitas (MC), policitemia, distocia de hombros, parálisis de Erb y trastornos metabólicos como hipocalcemia, hipomagnesemia e hiperbilirrubinemia. (N, julio)

### **Factores de riesgo**

Los factores de riesgo asociados a la diabetes gestacional no han sufrido una variación significativa con los años, destacan el sobrepeso y la obesidad que son factores modificables; antecedentes familiares de DM Tipo II o personales de diabetes gestacional (DG), la edad mayor a 35

años, el síndrome de ovario poliquísticos, macrosomía y muerte fetal inexplicada en el tercer trimestre del embarazo, entre otros (Lugo *et al*, 2022).

Un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de las pacientes con diagnóstico de DMG, durante los años 2014 al 2018 en un centro de salud en Pinar del Río, Cuba, reportó como antecedentes patológicos personales los abortos y la nuliparidad (Quintero, 2022).

Otra investigación de cohorte prospectivo que involucró a 531 parturientas, de ellas 265 con DMG seleccionadas de hospitales de referencia en Irán, reveló que la edad materna, los antecedentes familiares de diabetes, así como de DMG, la obesidad, y antecedentes de macrosomía constituyeron los factores de riesgo más comunes para el diagnóstico de la DMG, y mostraron una relación indirecta con los resultados adversos del embarazo (Kouhkan, 2021).

En Ecuador la DMG constituye un problema de salud pública. En Guayaquil el grupo con mayor incidencia fue el de mujeres entre 25 a 29 años. Sin embargo, en la ciudad de Cuenca el principal factor de riesgo fue la obesidad (Chavez, 2023).

En la península de Santa Elena los resultados de un estudio realizado en 2022 destacaron que el grupo de gestantes con DMG prevaleció entre mujeres entre 20 a 25 años, aunque enfatizó en el grupo de edad comprendido entre los 14 a 19 años con el 24%. Otros datos significativos del estudio fue que el 68 % de las participantes tenían como nivel de instrucción hasta la secundaria, el 62% eran solteras, el 74% no percibían remuneración salarial, la mitad de estas se encontraban en el segundo trimestre de gestación, el 74% tenían un periodo intergenésico entre 2 a 5 años, el 48% tenían obesidad, el 16 % padecía de hipertensión arterial, 34% tenían edad  $\geq$  a 30 años y el 34% tenían síndrome de ovario poliquístico (SOP) así como antecedentes previos: la DMG o antecedentes familiares de DM (Muñoz, 2022)

### **4.1.3 Tratamiento farmacológico y no farmacológico**

#### **Tratamiento farmacológico**

Es importante considerar lo siguiente: cuando el ejercicio y la dieta no alcanzan los objetivos en dos semanas; los análogos de insulina de acción rápida, lispro y aspart, son seguros de tomar, ya que reducen los episodios de hipoglucemia y mejoran el control de la glucemia posprandial.

La insulina NPH también es segura cuando se administra en conjunto con otras variantes del fármaco. Se requieren 0,3 a 1,5 UI/Kg de peso real, la dosis resultante se dividirá en dos tercios para el desayuno y un tercio para la pre-cena. Uno de los aspectos fundamentales es la de educar a la gestante en la insulino terapia, enseñar sitios de inyección, dosis correctas, evitar episodios de hipoglucemia entre otros aspectos (López, 2016).

#### **Tratamiento no farmacológico**

El abordaje nutricional constituye el primer paso en el tratamiento no farmacológico. Se debe promover en la embarazada una ganancia de peso adecuada, mediante el fomento de hábitos alimenticios de acuerdo con los requerimientos nutricionales durante esta etapa. Fomentar la adherencia

al plan terapéutico y alimentario, además de mantener la auto vigilancia regular de la glucosa resulta esencial para mantener un estado metabólico óptimo (López, 2016).

En este tipo de pacientes, la dieta debe garantizar una ganancia de peso de 8 a 12 kg (peso ideal), así como un aporte calórico calculado en función de la talla, el peso ideal y la edad gestacional. Si el índice de masa corporal es superior a 27 kg/m<sup>2</sup>, se debe calcular una ingesta de 25 kcal/kg; si el índice de masa corporal es entre 20 y 25 kg/m<sup>2</sup>, se debe calcular 30 kcal/kg; y si el índice de masa corporal es menos de 20 kg/m<sup>2</sup>, se debe calcular 35 kcal/kg. La ingesta debe estar compuesta por 50 a 60 % de carbohidratos, 20 a 30 % de grasas insaturadas. El desayuno debe ser de 30 kcal, la comida debe ser de 30 kcal, la cena debe ser de 20 kcal y las colaciones deben ser de 10% (López, 2016)

En mujeres con diabetes gestacional, el ejercicio físico leve posprandial (considerando una caminata de 20 a 45 minutos, tres veces por semana) reduce la glucemia una hora posprandial. (Alamán, 2018)

#### **4.1.4 El Rol de Enfermería en el Modelo de Atención Integral (MAIS-FCI)**

El profesional de enfermería desempeña un rol significativo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), en el primer nivel de atención en Ecuador. Sus acciones recaen en la prevención, diagnóstico precoz y abordaje eficaz y efectivo de la DMG. (MSP, 2017). Cabe recalcar que la enfermería como disciplina interviene en la comunidad desde un enfoque holístico direccionando sus labores en cinco pilares fundamentales:

- **Gestión del tamizaje:** En los controles prenatales realiza la valoración inicial y oportuna de los factores de riesgo de la gestante, lo cual facilita la captación o tamizaje universal en el período comprendido en las semanas 24 a la 28 de gestación, mediante la aplicación de la prueba de tolerancia oral a la glucosa. Con ello reducen la probabilidad de pérdida de la ventana terapéutica crítica. (Vázquez, 2022).
- **Educación terapéutica:** El diseño y establecimiento de estrategias educativas en el seguimiento y monitoreo de las embarazadas, enseñanza del autocuidado a pacientes y familiares, tales como: la adopción de hábitos de alimentación equilibrados y fraccionados, la ejercitación física adaptada al embarazo, garantizar un descanso adecuado (7 a 8 horas de sueño), así como manejo del glucómetro y automonitoreo de la glucemia en sangre capilar. Otro aspecto fundamental lo constituye la educación sobre insulino terapia, sitios de inyección, dosis correctas según prescripción facultativa, efectos adversos, para el caso de gestantes con DMP tipo I o diagnosticadas con DMG dependientes de la insulina. Todo ello contribuye a la prevención de diversas complicaciones a largo plazo (Vázquez, 2022; Litwak, 2019).
- **Enfoque Familiar y Comunitario:** El MAIS-FCI promueve la participación de la familia de la gestante con el propósito de facilitar y garantizar un acompañamiento efectivo, apoyo emocional y el mantenimiento de un entorno saludable. (Vázquez, 2022)



- Reclasificación y prevención de complicaciones: Los profesionales de enfermería vigilan la aparición de complicaciones obstétricas, y después del parto, indican a la paciente a realizarse la prueba de tolerancia a la glucosa para la reclasificación de esta y prevenir la DM tipo II a largo plazo (Vázquez, 2022)
- Estandarización del cuidado: El empleo de las taxonomías NANDA-NIC-NOC en primer lugar, permiten establecer un lenguaje común a nivel profesional, facilitar la comunicación clara, justificar y documentar la atención de salud, visibiliza la autonomía del enfermero, y contribuye a reducir la variabilidad del cuidado en la práctica clínica (Jiménez, 2025)

#### 4.1.5 Brechas en la práctica clínica y necesidad de estandarización

La existencia de deficiencias operativas en las instituciones del sistema de salud ecuatoriano, acentúan la disparidad entre las guías de prácticas clínicas (GPC) y la realidad de la práctica asistencial cotidiana, lo que compromete la calidad de la atención a gestantes con diagnóstico de DMG o con DM previa (OMS, 2024). A continuación, se detallan los siguientes puntos críticos:

- Debilidades en la aplicación de guías de buenas prácticas clínicas del MSP en lo concerniente al tamizaje universal mediante la prueba de la tolerancia oral a la glucosa a gestantes entre las semanas 24 a la 28. Lo cual conlleva a la pérdida de la ventana terapéutica (Santana, 2016).
- Fallas en el diagnóstico diferencial entre DMG y DMP, que conlleva al retraso terapéutico y al control metabólico de las gestantes en el primer nivel de atención. Todo lo cual implica un manejo inconsistente (Fong, 2014)
- La adherencia terapéutica marcada por las barreras en la comunicación debido a limitaciones en el tiempo de consulta y la sobrecarga asistencial del sistema público, dificultan la educación a la población afectada, con relación al autocuidado y medidas preventivas (Pagès & Valverde, 2018).
- La incertidumbre del médico respecto a la seguridad de determinados hipoglicemiantes orales genera retraso en la implementación de un régimen terapéutico por temor a la teratogenicidad y por tanto en el control metabólico. Por otro lado, el abordaje de la enfermedad suele ser netamente farmacológico, con lo que se descuida el tema de la educación terapéutica. Se evidencian insuficiencias en la capacidad de los profesionales de la salud, en general, de establecer un plan nutricional personalizado y que sea aceptable culturalmente, en el contexto manabita (Esquivel, 2024).
- Adicionalmente, un porcentaje significativo de los profesionales de la enfermería no educan a las pacientes en el uso del glucómetro de forma correcta, tampoco en aspectos concernientes a la insulino terapia (sitios de inyección, rotación del sitio de punción, reacciones adversas, etc.) (Álvarez *et al*, 2025).



- Las barreras geográficas en Manabí influyen en la dificultad que tienen las gestantes en acceder a los laboratorios para realizarse la prueba de tolerancia a la glucosa, que dura varias horas, generando gran inasistencia.
- La desarticulación multidisciplinaria existente entre muchos centros de salud conlleva a que la responsabilidad de la atención recaiga sobre el binomio médico-enfermera, para la cual no siempre están respaldados o capacitados (Quintero, 2022)

### **El lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC como eje del razonamiento clínico en la diabetes gestacional**

El abordaje de la DMG implica competencias especializadas en el marco de la enfermería que permiten brindar una respuesta eficaz en la atención a la gestante, basada en el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad y los riesgos alrededor del nacimiento, inherentes a esta. El empleo de las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC provee el marco científico y estandarizado para la toma de decisiones clínicas por parte de la enfermera, lo cual facilita el tránsito de una práctica mecanicista y rígida, por una basada en el juicio clínico y pensamiento crítico.

La articulación de los mencionados lenguajes implica una sinergia que estructura el proceso de atención de enfermería (PAE) sobre criterios de calidad y seguridad al paciente. Por ejemplo:

- El empleo del lenguaje NANDA-I: permite al profesional de la enfermería identificar las respuestas humanas y establecer los diagnósticos de enfermería ante las variaciones de los niveles de glucemia durante la gestación. Diagnósticos como riesgo de nivel de glucemia inestable o gestión ineficaz de la salud, permiten categorizar las necesidades de cuidado específicas del binomio materno-fetal, de esta forma logra priorizar las complicaciones emanadas de la hiperglucemia. (Lara et al, 2024).
- Taxonomía NOC (Resultados Esperados): La efectividad del cuidado se estandariza mediante el establecimiento de indicadores medibles que posibilitan evaluar la evolución de la paciente en el tiempo y de forma objetiva. Por ejemplo: Control de la glucemia. (Lara et al, 2024).
- La taxonomía NIC (Intervenciones de Enfermería): contribuye a la fase operativa en el manejo de pacientes con DMG. Intervenciones tales como: enseñanza del proceso de enfermedad o manejo de la hiperglucemia/hipoglucemia facilitan una nomenclatura basada en la evidencia científica que rigen la práctica clínica hacia objetivos terapéuticos claros y medibles. Este marco lógico implica que cada intervención se justifica a partir del resultado que se desea modificar, lo cual confiere una coherencia interna al plan de cuidados (Lara et al, 2024).

#### Articulación de las intervenciones de enfermería con la fisiopatología de la DMG

El abordaje enfermero de la gestante con diabetes, se direcciona en: el control metabólico inmediato, la educación para el proceso de enfermedad y el autocuidado. Estas acciones están directamente relacionadas a la fisiopatología de la enfermedad. Por ejemplo:



- La monitorización de la función pancreática: Un 30 % de las pacientes con DMG tienen déficit real en la secreción de insulina por disfunción de las células beta del páncreas. Es por lo que la enfermera interviene en el control ambulatorio de la glucemia, monitoreo del uso del glucómetro y capacitar a la paciente y los familiares en estos aspectos.
- El embarazo en sí mismo se presenta como un estado de resistencia a la insulina, estimulado por la acción de las hormonas placentarias. En este sentido, la enfermera debe ejercer la educación nutricional de la paciente para evitar picos glucémicos proporcionando información de las características de una dieta controlada y equilibrada, y de esta forma no sobrecargar la función del páncreas de la gestante. También debe insistir en la realización de actividad física si no hay contraindicaciones obstétricas, debido a que la actividad física moderada mejora la sensibilidad a la insulina y es altamente recomendada. Promover el descanso y el sueño. Y por último brindar educación farmacológica para enseñar a identificar reacciones adversas, modos de actuación, manejo de dosis, entre otros.
- El plan de cuidados de la gestante con DMG no debe ser estandarizado de forma rígida, sino que se debe tener en consideración las particularidades de la paciente, esto se logra mediante una valoración individualizada para establecer cuidados específicos, debido a la heterogeneidad metabólica de la población (Vázquez, 2022)
- De acuerdo con la evidencia científica un porcentaje significativo de las mujeres con DMG, suelen desarrollar DM tipo II, posterior al embarazo, en este sentido el profesional de la enfermería desempeña un rol fundamental en el seguimiento y monitoreo posparto de la paciente. Lo cual contribuye a prevenir complicaciones a mediano y largo plazo (Pérez, 2025).

En resumen, el empleo de la Taxonomía NANDA-I, NOC, NIC en el manejo de la DMG proporciona un razonamiento lógico con enfoque praxeológico. En el que el accionar del profesional de la enfermería evidencia la integración de la teoría con la práctica en un ciclo sistemático y continuo de evaluación y reajustes. En el que fortalece la autonomía al facilitar la toma de decisiones y garantiza la calidad del cuidado (Lara *et al*, 2024).

#### **4.1.6 Programas de salud para la atención a embarazadas con diabetes gestacional**

##### **Cuidados adicionales para mujeres con DG que reciben insulina**

Entre los aspectos a considerar en las gestantes que reciben tratamiento con insulina es que siempre deben tener al alcance, soluciones concentradas de glucosa oral. Para mujeres con diabetes mellitus tipo 1 y que están embarazadas, se recomienda la administración de Glucagón. Si el uso de múltiples inyecciones no es adecuado y la mujer sufre de una hipoglucemia discapacitante significativa, se recomienda disponer de terapia insulínica con bomba de infusión. Se aconseja a la paciente que realice un control de glucemia antes de acostarse. Para alertar sobre la posibilidad de hiperglucemia, especialmente durante el primer trimestre del embarazo (MSP, 2014).

##### **Programas de Enseñanza sobre Diabetes Gestacional**



- Proporcionar información sobre la diabetes gestacional, cómo manejarla y la importancia del autocuidado y la auto vigilancia.
- Promover la adherencia al tratamiento farmacológico y a la adopción de estilos de vida saludables.
- Realizar talleres que aborden la actividad física en la gestante, la promoción del descanso y sueño, terapias de relajación y respiración, mediante la implementación de sesiones grupales e individuales con el empleo de recursos audiovisuales que permitan la interacción entre el profesional de la enfermería y la paciente (MSP, 2014)

#### **Programas para el manejo de la nutrición**

- Crear planes de alimentación adaptados a cada persona para ayudar a controlar la glucosa y el peso.
- Diseñar estrategias dietéticas y facilitar el asesoramiento sobre diversas opciones nutricionales con expertos.
- Promover el trabajo multidisciplinario del equipo de salud para garantizar un abordaje holístico de la paciente (MSP, 2014)

#### **Programas de control y monitoreo**

- Enseñar a usar el glucómetro y su mantenimiento.
- Capacitar sobre la interpretación de los resultados en las diferentes mediciones horarias, la aparición de signos y síntomas posterior a la ingestión de los medicamentos o alimentos.
- Empleo de la tecnología como aplicaciones móviles para facilitar el monitoreo de la glucemia, además de otros parámetros fisiológicos.
- Cuidado con la labor pretérmino: Si se planea un parto electivo temprano, se debe considerar el uso de corticoides prenatales para ayudar a madurar los pulmones del feto. Si está indicado, considere usar medicación tocolítico (NO usar beta miméticos) para suprimir la labor.
- Establecer mecanismos de seguimiento después del parto para evaluar a la paciente y detectar o prevenir complicaciones tanto para la madre como para su hijo (MSP, 2014).

#### **4.1.7 Teorizantes de enfermería relacionadas con la problemática de investigación**

Según Florence Nightingale y su teoría del paciente-entorno. Debido a que las influencias y condiciones externas pueden afectar la vida y el desarrollo de un organismo, su preocupación por un entorno saludable no solo incluía los centros hospitalarios, sino también los lugares donde viven los pacientes, ya que creía que un entorno saludable era completamente necesario para que los cuidados de enfermería fueran adecuados. (Amaro, 2017)

La dieta del paciente preocupó a Nightingale, brindó a las enfermeras sus habilidades para evaluar la ingesta de alimentos, el horario de las comidas y su impacto en los pacientes. Esta teoría está

estrechamente relacionada con la diabetes gestacional porque busca prevenir la diabetes gestacional mediante un estilo de vida saludable, que incluye una alimentación saludable, un entorno saludable y un cuidado adecuado. (Vergara, 2016)

De acuerdo con Nola Pender, su modelo de promoción de la salud explora ampliamente las razones por las que las personas cambian su comportamiento, sus actividades y sus acciones para promover la salud.

El "modelo de promoción de la salud" de Nola Pender describe las dimensiones y las relaciones que están involucradas en la creación o alteración de conductas de promoción de la salud que están enfocadas en resultados positivos de salud, como salud óptima, satisfacción personal y vida productiva. Por lo tanto, el conocimiento debe modificarse o educarse con el tiempo para que pueda influir en su estilo de vida de la mejor y más saludable manera. (Vergara, 2016).

Teoría del Cuidado de Jean Watson: Watson enfatiza la importancia del cuidado compasivo en las relaciones entre enfermeras y pacientes. El apoyo emocional y la empatía son esenciales en el manejo de enfermedades crónicas como la diabetes gestacional. El postulado de la teorizante se basó en la construcción de una relación de confianza que permita a los pacientes canalizar sus necesidades, sentimientos y preocupaciones.

Virginia Henderson a través de la Teoría de las necesidades humanas se enfocó en categorizarlas de acuerdo con el nivel de prioridad y establecer intervenciones encaminadas a satisfacer las mismas. La relación de esta teoría con el abordaje de la paciente con DMG radica en que permite valorar y abordar las necesidades individuales de las pacientes para mejorar su bienestar y calidad de vida (Machín, 2015)

Según Dorothea E. Orem en su teoría del déficit de autocuidado, la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería forman una teoría general. Para satisfacer las necesidades fisiológicas que conlleva el embarazo, el autocuidado debe aplicarse de manera intencional y constante en el tiempo, siempre en consonancia con las necesidades de regulación de las personas. Esto implica cambios en la alimentación y el estilo de vida de la embarazada. (Vergara, 2016)

#### **4.1.8 Bases Legales**

##### **Salud**

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales;

y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Msp, 2012)

### **Derechos de supervivencia**

Art. 20.- DERECHO A LA VIDA. - Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo. Se prohíben los experimentos y manipulaciones médicas y genéticas desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento de niños, niñas y adolescentes; y la utilización de cualquier técnica o práctica que ponga en peligro su vida o afecte su integridad o desarrollo integral. (ADOLESCENCIA, 2014)

Art. 22.- DERECHO A TENER UNA FAMILIA Y A LA CONVIVENCIA FAMILIAR. - Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse en su familia biológica. El Estado, la sociedad y la familia deben adoptar prioritariamente medidas apropiadas que permitan su permanencia en dicha familia. Excepcionalmente, cuando aquello sea imposible o contrario a su interés superior, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a otra familia, de conformidad con la ley.

Art. 23.- PROTECCIÓN PRENATAL. - Se sustituirá la aplicación de penas y medidas privativas de libertad a la mujer embarazada hasta noventa días después del parto, debiendo el Juez disponer las medidas cautelares que sean del caso. El Juez podrá ampliar este plazo en el caso de madres de hijos con discapacidad grave y calificada por el organismo pertinente, por todo el tiempo que sea menester, según las necesidades del niño o niña. El responsable de la aplicación de esta norma que viole esta prohibición o permita que otro la contravenga, será sancionado en la forma prevista en este Código.

Art. 24.- DERECHO A LA LACTANCIA MATERNA. - Los niños tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.

Art. 25.- ATENCIÓN AL EMBARAZO Y AL PARTO. - El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

Art. 26.- DERECHO A UNA VIDA DIGNA. - Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.

Art. 27.- DERECHO A LA SALUD. - Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual. El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;
3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes. (ADOLESCENCIA, 2014)

### **Ley de prevención, protección y atención integral de las personas que padecen diabetes.**

Art1. El estado ecuatoriano garantiza a todas las personas la protección, prevención, diagnóstico, tratamiento de la Diabetes y el control de las complicaciones de la enfermedad que afectan a un alto porcentaje de la población y su respectivo entorno familiar.

Art.2. Créase el Instituto Nacional de Diabetología – INAD, Institución Pública adscrita al Ministerio de Salud Pública, con sede en la ciudad de Quito, que podrán tener sedes regionales en las ciudades, de Guayaquil, Cuenca y Portoviejo o en otras ciudades del país de acuerdo con la incidencia de la enfermedad; tendrá personería jurídica, y su administración financiera, técnica y operacional será descentralizada.

### **Constitución del Ecuador**

#### **LEY DE PREVENCIÓN, PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS QUE PADECEN DIABETES**

El Art.1 establece que el Estado ecuatoriano brinda a todas las personas la seguridad, prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes, que afecta a un gran porcentaje de la población y su entorno familiar. El Ministerio de Salud Pública será responsable de llevar a cabo la prevención, que será una política de Estado. Los ciudadanos ecuatorianos y los extranjeros que tengan una justificación de al menos cinco años de permanencia legal en Ecuador serán beneficiarios de esta Ley.

Art.2- créase el Instituto Nacional de Diabetología. Organización Pública adscrita al Ministerio de Salud Pública, con origen en Quito, que va a poder tener sedes regionales en las localidades de Guayaquil, Cuenca y Portoviejo o en otras localidades del territorio según la incidencia de la patología; van a tener personería jurídica, y su gestión financiera, técnica y operacional va a ser descentralizada.

Art 3.- El Instituto Nacional de Diabetología (INAD), contará con recursos como:

- a) Los asignados en el Presupuesto General del Estado, a partir del ejercicio fiscal del 2005; y b) Los provenientes de la cooperación internacional

Art 4.- son funciones del Instituto Nacional de Diabetología en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, las siguientes:

- a. Diseñar las políticas de prevención, detección y lucha contra la Diabetes.
- b. Desarrollar en coordinación con la Sociedad Ecuatoriana de Endocrinología y la Federación Ecuatoriana de Diabetes, estrategias y acciones para el diseño e implementación del Programa Nacional de Diabetes que deben ser cumplidas por las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.
- c. Elaborar y coordinar la implementación de estrategias de difusión acerca de la Diabetes y sus complicaciones en instituciones educativas a nivel nacional.
- d. Asesorar, informar, educar y capacitar a la población sobre esta enfermedad, los factores predisponentes, complicaciones y consecuencias a través del diseño y ejecución de programas y acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que contribuyan a desarrollar en la población, estilos de vida y hábitos saludables.
- e. Realizar el Censo y la Carnetización de las personas con Diabetes, cada tres años.
- f. Coordinar con organismos no gubernamentales, nacionales o extranjeros, los programas de prevención y atención integral de las personas con Diabetes.
- g. Promover la investigación médico - social, básica, clínica y epidemiológica de las complicaciones agudas y crónicas de la Diabetes, a nivel del Ministerio de Salud Pública, y organizaciones no gubernamentales nacionales o extranjeras.
- h. Elaborar y difundir a nivel nacional, las publicaciones, revistas, textos, manuales y tratados de diabetología.
- i. Crear incentivos a favor de las universidades para que preparen profesionales especializados en la atención de la Diabetes, así como gestionar el financiamiento de programas de investigación científica y de becas para esta especialización.
- j. Establecer las tareas físicas que no puedan ser desarrolladas por personas diabéticas y, ponerlas en conocimiento de las autoridades competentes en materia laboral, a fin de que se arbitren las medidas pertinentes.
- k. Programar, administrar, ejecutar y evaluar, de manera ágil y oportuna los recursos asignados al INAD.
- l. Coordinar con los medios de comunicación social para hacer conciencia de la diabetes como un problema de salud pública, sus consecuencias y fomentar medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- m. Velar por el cabal cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Ley.
- n. Dictar los reglamentos internos para el funcionamiento del INAD.
- o. Velar por la estabilidad de los trabajadores y empleados que padezcan de Diabetes o sus secuelas para que no sean despedidos por esta causa.
- p. Las demás funciones y responsabilidades que le asignen las leyes y reglamentos complementarios vinculados a la Diabetes. (Ecuador C. n., 2015)

#### **4.1.9 Leyes relacionadas con la salud**

##### **Leyes de Salud Pública**

- **Leyes de Control de Enfermedades:** Regulan la vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- **Regulación de Salud Ambiental:** Establece estándares para la calidad del agua, el aire y la seguridad alimentaria.

##### **Leyes de Derechos del Paciente**

- **Ley de Derechos del Paciente:** Asegura el acceso a información sobre su salud, consentimiento informado y confidencialidad.

##### **Leyes de Farmacología y Productos Sanitarios**

- **Ley de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos:** Regula la aprobación y supervisión de medicamentos y productos médicos.
- **Regulaciones sobre Ensayos Clínicos:** Normas que garantizan la ética y seguridad en la investigación médica.

##### **Leyes de Igualdad en Salud**

- **Leyes Antidiscriminatorias:** Prohíben la discriminación en el acceso a la atención médica por motivos de raza, género, orientación sexual, discapacidad.

## **Capítulo II**

### **5. Diseño Metodológico**

El presente estudio se desarrolló bajo una metodología de revisión bibliográfica, cuyo propósito es sistematizar la información científica relevante sobre factores de riesgo y cuidados de enfermería en la diabetes gestacional. La estrategia de búsqueda y selección de la información se rigió por criterios

específicos de inclusión y exclusión, garantizando la calidad y pertinencia del corpus documental analizado.

La técnica para la recolección de datos estuvo constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Scopus, PubMed, Scielo, Dialnet, Google Académico, Medigraphic, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida se revisó y analizó posteriormente.

Las palabras clave fueron: Diabetes gestacional, Factores de Riesgo, Prevención, Tratamientos, Cuidados de Enfermería.

### **Criterios de Selección**

Para asegurar la validez de los hallazgos, se establecieron los siguientes parámetros de selección:

#### **Criterios de Inclusión**

La selección de los documentos se basó en los siguientes requisitos fundamentales:

- **Pertinencia temática:** Se consideraron aquellos documentos que se encuentran directamente vinculados con el asunto particular de esta revisión.
- **Contribución al estudio:** Se seleccionaron artículos que aportan información sustancial tanto a los objetivos planteados como a la pregunta de investigación definida.
- **Tipo de documento:** Se priorizaron trabajos originales, asegurando así la calidad de la evidencia presentada.
- **Calidad de la fuente:** Se incluyeron únicamente artículos provenientes de fuentes académicas de confianza y con prestigio reconocido en el área de estudio.
- **Temporalidad:** Se limitó la búsqueda a artículos publicados en un rango de antigüedad de 10 años, garantizando la actualidad de los datos.
- **Idioma:** Se consideraron artículos redactados en español, inglés y portugués.

#### **Criterios de Exclusión**

Por el contrario, fueron descartados de la muestra los documentos que cumplieran con las siguientes condiciones:

- **Tipo de publicación:** Se excluyeron editoriales, cartas al editor y artículos de opinión, debido a su naturaleza no experimental o de revisión no sistemática.
- **Antigüedad:** Se eliminaron todos aquellos artículos con una antigüedad superior a los 10 años.
- **Idioma:** Se excluyó cualquier literatura redactada en idiomas distintos al español, inglés o portugués.

#### **Métodos de estudios**



- Método análisis – síntesis: Este método se utilizó a lo largo de la investigación ya que nos permite crear un análisis de lectura de publicaciones hechas por otros autores.
- Método histórico - lógico: ya que nos permitió realizar una revisión bibliográfica de los antecedentes históricos acerca de la diabetes gestacional.
- Método inductivo – deductivo: Ya que nos permitió realizar valoraciones a partir de bibliografías ya consultadas, para establecer diferencias y llegar a nuevas conclusiones.
- Método cualitativo: Es un método de estudio utilizado en la recolección de información no numérica, obtenidas de registros, artículos, etcétera
- Método cuantitativo: Este método se utilizó al hacer comparaciones numéricas y estadísticas de las distintas bibliografías consultadas.

#### **Instrumento empleado**

- Ficha de recolección de datos para síntesis de los artículos.

## 6. Plan de análisis

Se realizó una síntesis que tomó en cuenta los principales resultados de los estudios incluidos en la revisión. Esta información fue plasmada en tablas narrativas

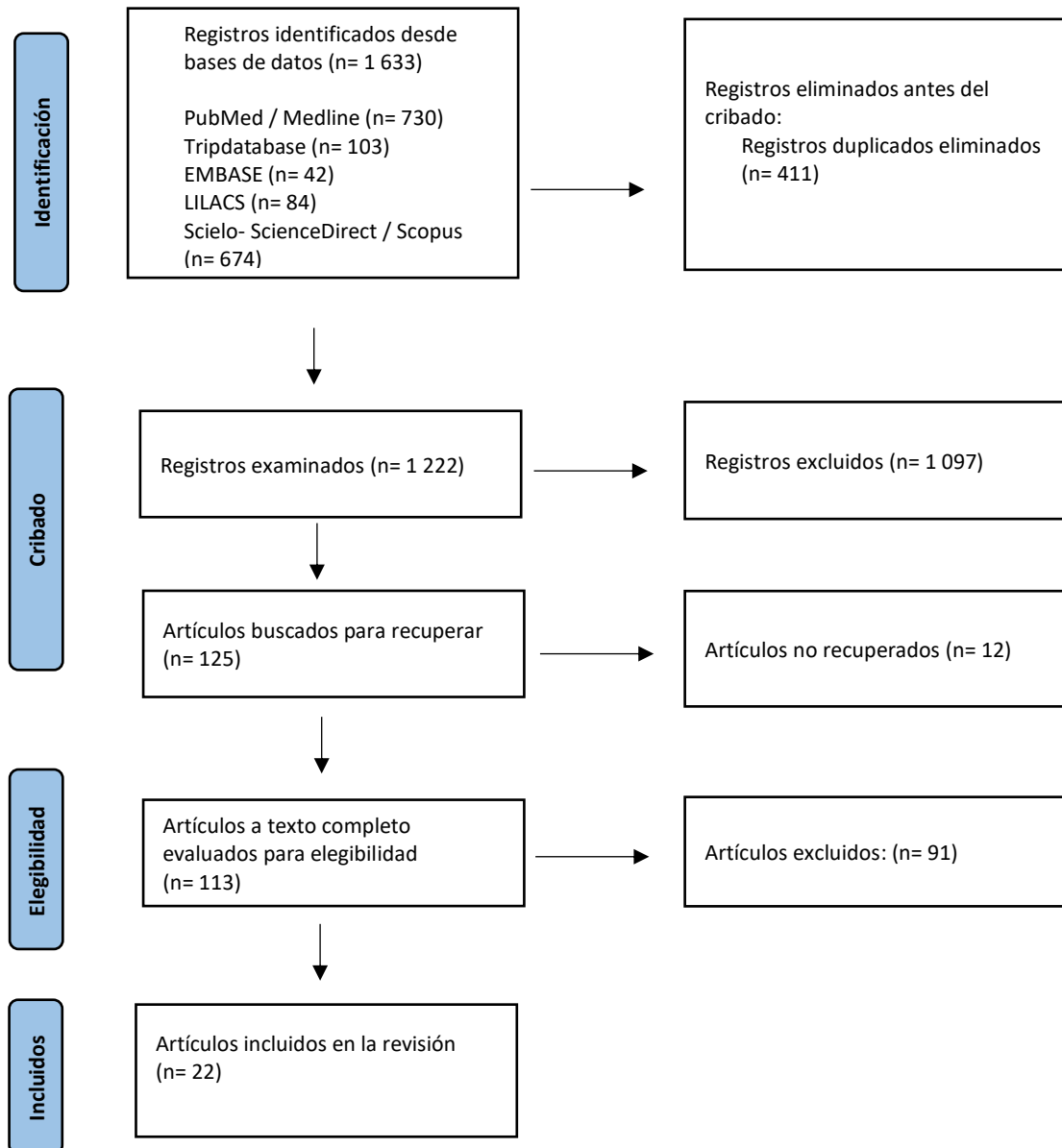


Fig.1- Proceso para la selección de artículos de la revisión bibliográfica

## 7. Resultados y Discusión

Posterior a la búsqueda sistemática en las diversas bases de datos seleccionadas, se identificaron un total de 1663 registros. Tras eliminar 411 artículos duplicados, se examinaron 1122 artículos de los cuales fueron descartados 1097 mediante la revisión de títulos y resúmenes por no cumplir con los criterios de inclusión. Se evaluaron 113 artículos para elegibilidad, se descartaron 91. Finalmente, se incluyeron en esta revisión 22 estudios que cumplieron rigurosamente con los criterios establecidos para inclusión.

Las bases de datos que aportaron mayor cantidad de artículos fueron: Scielo con el 31,8%, seguido de Dialnet con el 22,7%. El 18,18% estuvo compartida entre Google Académico y Pubmed. En tanto Medigraphic y Scopus presentaron el 4,5% de las investigaciones. Del total de artículos (22), el 54,54% correspondió a artículos originales con diseños cuantitativos, en tanto el 45,45% fueron revisiones bibliográficas.

La caracterización detallada de estos estudios se presenta a continuación:

No	Base de datos	Autor-año	Título	Objetivo	Diseño	Hallazgos y conclusiones
1	Google Scholar	Álvarez <i>et al</i> , 2025.	<b>Cuidados de enfermería en pacientes con diabetes mellitus tipo 1</b>	Describir los cuidados de enfermería esenciales en personas con diabetes tipo 1, incluyendo intervenciones educativas, control glucémico, abordaje del pie diabético y manejo de crisis agudas	Se realizó una revisión bibliográfica de tipo documental	El cuidado enfermero estructurado mejora la adherencia, el control metabólico y la calidad de vida del paciente. Se concluye que el trabajo enfermero es fundamental en el tratamiento integral de la diabetes tipo 1, especialmente en contextos

						educativos, clínicos y comunitarios.
2	Dialnet	Pérez, 2025	<b>8. Empoderamiento para el autocuidado : el rol educativo de la enfermería en la Gestión de la Diabetes Gestacional</b>	Identificar y estructurar los contenidos educativos esenciales que la enfermera debe impartir a las pacientes con Diabetes Gestacional para promover el autocuidado efectivo, asegurar un control glucémico óptimo y minimizar las complicaciones materno-fetales asociadas.	Se realizó una revisión bibliográfica	La intervención de Enfermería, basada en la enseñanza rigurosa de la monitorización, la adaptación de la dieta y el fomento del ejercicio es un factor determinante para el logro de un control metabólico adecuado.
3	Dialnet	Esquivel, 2024	<b>Identificación de factores determinantes de falta de adherencia a los antidiabéticos orales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2:</b>	Identificar y recopilar los factores que afectan a la falta de adherencia al tratamiento ADO en pacientes con DM2.	Revisión bibliográfica	Resultaron factores asociados a la falta de adherencia a los ADOs: copago del paciente, dosis diaria de ADO, tipo de ADO prescrito, número de medicamentos prescritos, menor frecuencia de citas



			<b>Revisión sistemática</b>			con el personal sanitario, niveles altos de HbA1C, depresión, sexo femenino, raza/etnia (distinta de la blanca), estado civil (distinto del matrimonio) y edad. Conclusión: Desde un punto de vista clínico, es importante identificar qué factores de riesgo son modificables y así, los profesionales sanitarios podrán diseñar acciones para que los pacientes mejoren su adherencia al tratamiento ADO y el control de la DM2.
4	Dialnet	Chávez, 2023	Factores de riesgo asociados a la diabetes gestacional en el primer nivel de atención	Analizar y comprender de manera profunda los factores de riesgo con el fin de poder	Revisión bibliográfica	Se destaca la importancia de abordar de manera integral y multidisciplinaria la DMG, involucrando a los profesionales



				proponer estrategias de prevención y tratamiento más efectivas		de la salud y a la población en general en la prevención y tratamiento de esta.
5	SCOPUS (ELSEVIER)	Lugo <i>et al</i> , 2022	Diabetes gestacional: factores de riesgo y complicaciones perinatales	Determinar los factores de riesgo y las complicaciones perinatales en embarazadas con diabetes mellitus que acudieron a la Maternidad Concepción Palacios entre 2010 y 2015.	Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal que incluyó 108 pacientes diabéticas gestacionales y 108 sin diabetes. Se compararon los factores de riesgo, se evaluaron las complicaciones y sus factores de riesgo.	Un índice de masa corporal mayor a 25 kg/m <sup>2</sup> , antecedentes personales de diabetes gestacional, familiares de diabetes e hipertensión y aumento excesivo de peso durante el embarazo, son factores de riesgo para diabetes gestacional. Las complicaciones asociadas fueron trastorno hipertensivo del embarazo e hiperglicemia.
6	Google Académico	Muñoz, 2022	Factores de riesgo asociados a la diabetes gestacional en embarazadas que asisten al	Determinar los factores de riesgo asociados a la diabetes gestacional en embarazadas	Diseño no experimental, enfoque cuantitativo, alcance descriptivo,	Se concluyó que los principales factores de riesgo asociados a la DMG fueron edad $\geq$ a 30 años los antecedentes de



			hospital Dr. José Garcés Rodríguez 2022	que asisten al hospital Dr. José Garcés Rodríguez – 2022.	corte transversal y método hipotético – deductivo,	DMG y antecedentes familiares de diabetes mellitus.
7	Scielo	Quintero, 2022	Factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus gestacional	Determinar los factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus gestacional.	Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de las pacientes con este diagnóstico, perteneciente a la comunidad del Policlínico Universitario “Pedro Borrás Astorga”, Pinar del Río, durante los años 2014 al 2018.	La DMG fue frecuente en la comunidad objeto de estudio, asociado a factores de riesgo, lo cual constituye un problema de salud, por lo que se deben intensificar las actividades de prevención desde la Atención Primaria de Salud. Por su complejidad, es necesario que en su manejo participe un grupo multidisciplinario de profesionales.
8	Scielo	Bauzá, 2022	Incidencia y factores de riesgo de la diabetes gestacional	Describir la incidencia y los factores de riesgo de la diabetes mellitus gestacional en el Hospital “Fe del Valle	Se realizó un estudio observacional retro prospectivo	Una atención prenatal adecuada y un seguimiento periódico y sistemático de la mujer embarazada permiten la identificación y el diagnóstico

				Ramos” en el período comprendido entre los años 2015 y 2019.		oportuno de pacientes con alto riesgo de desarrollar esta enfermedad.
9	Dialnet	Vázquez, 2022	Cuidados de enfermería en pacientes con diabetes gestacional	Establecer los cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional con el fin de reducir la morbi-mortalidad materno fetal	Revisión bibliográfica de tipo documental	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.
10	Pubmed	Kouhkan, 2021	Diabetes mellitus gestacional: principales factores de	Evaluar la relación entre el diagnóstico de diabetes gestacional y los	Estudio de cohorte prospectivo se realizó con 531 parturientas	Los resultados adversos del embarazo se correlacionaron significativamente



			riesgo y resultados relacionados con el embarazo: un estudio de cohorte.	factores de riesgo asociados de resultados adversos (maternos, intraparto, perinatales y neonatales) de acuerdo con los criterios de la Asociación Internacional de Grupos de Estudio sobre Diabetes y Embarazo.	de embarazo único (265 con diabetes gestacional y 266 sin diabetes gestacional). Fueron seleccionadas consecutivamente de hospitales de referencia y se evaluaron los resultados maternos, intraparto, perinatales y neonatales.	con el diagnóstico de diabetes gestacional, y los factores de riesgo no los afectaron directamente. Dados los resultados adversos para las madres y los hijos, es necesario realizar una detección y un manejo tempranos de la diabetes gestacional, especialmente en poblaciones asiáticas y en países de ingresos bajos y medios.
11	Scielo	2020	Factores de riesgo de diabetes gestacional en mujeres embarazadas de una maternidad de La Habana. Cuba	Describir los factores de riesgo de la diabetes gestacional.	Estudio transversal-descriptivo	Los factores de riesgo de diabetes gestacional se presentaron en la mayoría de las mujeres con la enfermedad, fundamentalmente de forma combinada.
12	Dialnet	Macías, 2020	Factores de riesgo asociados a diabetes por embarazo en	Identificar los factores de riesgo asociados a la Diabetes	Cuantitativo, descriptivo y analítico	Se logró identificar como principales factores de riesgo, la obesidad, la



			<p>pacientes atendidas en Centro de Salud Jipijapa</p>	<p>por embarazo en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, Ecuador.</p>		<p>multiparidad, los antecedentes familiares relacionados con diabetes y la macrosomía en embarazos anteriores. Se concluyó que la falta de controles preconcepcionales y de conocimiento relacionados a diabetes gestacional, los factores de riesgo en las mujeres en estado de gestación representan una problemática de gran proporción y aumenta el riesgo de padecer diabetes gestacional, además la demora de atención al inicio del embarazo, controles durante el embarazo no periódicos y falta de ecografías</p>
--	--	--	--	---	--	---



						oportunas no permiten un diagnóstico oportuno de diabetes gestacional.
13	Google Académico	Román, 2020	Calidad de vida relacionada con la salud y componentes asociados a féminas con diabetes en el embarazo, una revisión a las estadísticas de salud en el año 2017 en Ecuador.	Decidir la calidad de vida relacionadas con los componentes asociados a féminas con diabetes gestacional una revisión a las estadísticas de salud en Ecuador 2017	Este estudio corresponde al diseño no experimental de tipo descriptivo, correlacional, retrospectivo, la población fue delimitada con respecto a los datos que se obtuvieron del registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios.	Se determinó que la calidad de vida relacionada con la salud y factores asociados a mujeres con diabetes mellitus gestacional, una revisión a las estadísticas de salud en Ecuador al año 2017 fue causada por el mal hábito nutricional seguido por la inactividad el cual se considera un gran problema en salud pública.
14	Google Académico	Maza, 2020	Prevalencia y componentes de peligro de diabetes gestacional en el interior de salud N° 3 de la	Entablar la prevalencia y elementos de riesgo de diabetes gestacional en el centro de salud N° 3 de la	enfoque cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, de corte transversal	Se concluyó que en el centro de salud .3 existe una prevalencia de diabetes gestacional del 13,3 % y factores de riesgo más



			metrópoli de Loja.	ciudad de Loja, en el transcurso 2013 – 2017.		frecuentemente relacionados con la aparición de esta patología son la edad y la obesidad.
15	Scielo	Litwak <i>et al</i> , 2019	Monitoreo continuo de glucosa. Utilidad e indicaciones	Describir la homeostasis glucémica, evaluar la precisión del MCG, interpretar los datos adecuada y finalmente, sugerir en forma práctica los cambios para incorporar a la insulino terapia tradicional, basados en la información que aportan estos novedosos sistemas de monitoreo.	Revisión bibliográfica	El monitoreo continuo de la glucosa (MCG) es un componente muy robusto de la educación terapéutica y, junto al conteo de hidratos de carbono, permite decidir la dosis prandial y evaluar si ella fue correcta. Permite mejorar la titulación de la insulina basal y/o precisar los perfiles basales en las bombas de perfusión de insulina (BPI), detectar momentos de riesgo y entrenar para emergencias o momentos de excepción. Es fundamental que el equipo de salud sepa cómo

						<p>decodificar los resultados y enseñe a los pacientes cómo proceder con ellos. Para eso se requiere del conocimiento previo e incluso de un corto entrenamiento para obtener el mayor provecho y evitar potenciales dificultades.</p>
16	Scielo	Quintero <i>et al</i> , 2018	Nivel de conocimiento con relación a diabetes gestacional en embarazadas de un Nosocomio Público del Noroeste de México.	Identificar el nivel de conocimiento sobre diabetes gestacional, factores de riesgo y complicaciones materno-fetales en gestantes de un hospital en México	Estudio cuantitativo, transversal, observacional, descriptivo y analítico.	Existe un bajo nivel de conocimiento de factores de riesgo y complicaciones de la DG entre las embarazadas. Este nivel aumenta a mayor nivel educativo y económico, al tener antecedente de diabetes gestacional en embarazos previos y de recibir pláticas sobre este tema.
17	PubMed	Pagès & Valverde, 2018.	Adherencia terapéutica: factores	Describir los factores que pueden influir	Se realizó una búsqueda de los artículos de	La adherencia terapéutica es un comportamiento



			modificadores y estrategias de mejora	en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y las intervenciones que han sido desarrolladas para su mejora.	investigación más importantes publicados sobre el tema en la base de datos National Library of Medicine, Washington, DC (MEDLINE: PubMed).	dinámico influenciado por una gran variedad de factores y, por ello, las estrategias para mejorarla deberán individualizarse para cada paciente.
18	Medigraphic	Medina, & Martínez, 2017	Diabetes gestacional. Diagnóstico y procedimiento en el primer grado de atención	Reducir la morbilidad y mortalidad materno-fetal relacionadas con la enfermedad.	Artículo de revisión	El éxito del tratamiento de la mujer embarazada con diabetes se fundamenta en el control, desde el punto de vista metabólico, desde antes de la concepción y al continuar con éste durante la evolución del embarazo y, respecto a las pacientes diabéticas gestacionales, en el diagnóstico temprano.
19	Scielo	2017	Diabetes gestacional.	El objetivo del tratamiento es	Artículos de revisión	El éxito del tratamiento de la



			Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención	reducir la morbilidad y mortalidad materno-fetal relacionadas con la enfermedad.		mujer embarazada con diabetes se fundamenta en el control, desde el punto de vista metabólico, desde antes de la concepción y al continuar con éste durante la evolución del embarazo y, respecto a las pacientes diabéticas gestacionales, en el diagnóstico temprano.
20	Scielo	Olmedo, 2017	Diabetes gestacional: conceptos actuales	exponer los conceptos sobre diabetes y embarazo.	artículos de revisión	La diabetes gestacional sigue siendo una de las principales complicaciones obstétricas con alta tasa de morbilidad materna, neonatal y pediátrica. El tratamiento debe enfocarse a la dieta como primera medida y, de ser necesario, una estrategia farmacológica de



						metformina e insulina como únicas opciones.
21	Pubmed	Yehuda, 2016	Implementación de la atención preconcepcional para mujeres con diabetes	Diseñar, implementar y evaluar un modelo de atención centrada en el paciente (ACP) interprofesional y colaborativo, acorde con la evidencia actual.	Diseño pre-test/post-test para evaluar los cambios en el conocimiento de los profesionales clínicos sobre la atención centrada en el paciente (ACP) tras su participación en el programa educativo	Los profesionales sanitarios pueden contribuir a mejorar los resultados generales del embarazo en mujeres con diabetes mediante la planificación de la vida reproductiva. Se debe implementar un estándar de atención integral y orientado al bienestar en cada consulta médica con mujeres con diabetes en edad reproductiva. Preguntar a cada mujer con diabetes sobre sus intenciones reproductivas promueve la idea de que los embarazos deben ser deseados y planificados.



						Teniendo en cuenta estos conceptos, podemos maximizar la salud de las mujeres en edad reproductiva, disminuir los embarazos no deseados y mejorar los resultados del embarazo.
22	Pubmed	Fong <i>et al</i> , 2014	Diabetes pregestacional versus diabetes gestacional: un estudio poblacional sobre diferencias clínicas y demográficas	Evaluar las diferencias clínicas y demográficas entre pacientes con diabetes mellitus pregestacional (DMPG) y pacientes con diabetes gestacional (DG).	Estudio retrospectivo, que utiliza datos de altas hospitalarias de todos los partos ocurridos entre 2001 y 2007 en California.	Tanto la diabetes gestacional (DMG) como la diabetes pregestacional (DMP) parecen estar en aumento, y que la DMP presenta ciertas asociaciones demográficas, así como una mayor morbilidad clínica en comparación con la DMG. Consideramos que nuestros resultados permiten evaluar varias diferencias clave entre la DP y la DG en un estudio poblacional a gran escala.

Elaborado por: Brigitte Mishell Delgado Anchundia

## Discusión

La DMG se ratifica, mediante la presente investigación y la literatura científica revisada, como un problema de salud pública de complejidad creciente. La prevalencia de esta condición a nivel mundial y local demanda una respuesta sanitaria que trascienda la mera atención clínica, posicionando al profesional de la enfermería como el eje articulador fundamental en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI)

Se evidenció, a través de los resultados analizados, una clara correlación entre los estilos de vida y la incidencia de la DMG. Los factores de riesgo más frecuentes a nivel local fueron: la obesidad, la edad materna entre los 30-35 años y los antecedentes patológicos familiares relacionados con la diabetes. Al contrastar estudios previos realizados en Ecuador, como los de Muñoz (2022) y Macías (2020), se pudo determinar que estos factores no son aislados, sino que coexisten, todo lo cual empeora el riesgo metabólico. Es preciso señalar que, no obstante, la evidencia científica identifica estos factores como modificables, la práctica asistencial cotidiana en Manabí indica que las barreras geográficas, la insuficiencia de los controles preconcepcionales y el acceso limitado a los laboratorios para el tamizaje oportuno (entre las 24 -28 semanas) representan condicionantes críticos que imposibilitan el diagnóstico precoz y un pronóstico favorable.

La literatura consultada, enfatiza que el éxito en el manejo de la gestante con DMG está ligado de forma inexorable al diagnóstico temprano. Asimismo, se identifica una brecha importante entre la aplicación de las Guías de Práctica Clínica y la praxis cotidiana. La falta de conocimientos del profesional de la enfermería respecto a la seguridad de determinados hipoglicemiantes orales, así como, la sobrecarga asistencial, mencionada por Pagès y Valverde (2018), conllevan a retrasos terapéuticos que ponen en riesgo la salud materno-fetal. Los resultados analizados coinciden con Fong, (2014) en que la pobre diferenciación entre la DMG y la DPG, constituye una causa común de manejo subóptimo, reafirmando la necesidad de una mayor capacitación técnica para los profesionales de la enfermería que laboran en el primer nivel de atención.

Un hallazgo transversal en el análisis realizado es que la transición de una práctica mecanicista hacia una basada en el juicio clínico es posible mediante el uso de taxonomías NANDA-NIC-NOC. El empleo de este lenguaje estandarizado no solo facilita la comunicación interprofesional, sino que confiere un sustento científico a las intervenciones. La literatura revela, concretamente los trabajos de Lara et al. (2024) y Pérez (2025), ratifica que el empoderamiento del paciente a través de la educación terapéutica estructurada —que incluye el monitoreo de glucemia, el conteo de carbohidratos y la insulino terapia— mejora directamente la adherencia al tratamiento y el control metabólico. Este enfoque operativo es coherente con la teoría de Dorothea Orem, donde el profesional de enfermería interviene específicamente sobre el déficit de autocuidado de la gestante para compensar su incapacidad de mantener los niveles glucémicos por sí sola.



El debate apunta a que la educación no debe limitarse a la instrucción técnica; requiere un abordaje compasivo y biopsicosocial, tal como lo plantea Jean Watson en su Teoría del Cuidado. La falta de conocimiento de las pacientes sobre las complicaciones de la DMG, reportada por Quintero et al. (2018), subraya que la enfermera debe asumir un rol de educadora activa. Los programas de salud deben integrar, como sugiere Nola Pender, acciones que exploren las razones de cambio de comportamiento para promover estilos de vida saludables, aprovechando herramientas tecnológicas (aplicaciones, glucómetros) que faciliten la auto vigilancia en el hogar.

En resumen, la atención a la gestante con DMG demanda un enfoque holístico que integre el control metabólico con la promoción de la salud. La desarticulación multidisciplinaria sigue siendo una barrera, y el profesional de enfermería, respaldado por la legislación ecuatoriana y la evidencia científica, debe liderar el proceso de captación temprana y seguimiento posparto para reclasificar a la paciente y prevenir la progresión a DM tipo II a largo plazo. La calidad de vida y el bienestar del binomio materno-fetal no dependen solo de la prescripción médica, sino de una intervención de enfermería sistemática, continua y personalizada.

## Capítulo III

### Diseño de la Propuesta

#### Título: Guía Educativa de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Diabetes Gestacional

#### Introducción:

La diabetes mellitus gestacional se define como cualquier intolerancia a los carbohidratos detectada durante la gestación. El índice de esta enfermedad se sitúa alrededor del 2 al 5% de los embarazos regulares y se basa en la prevalencia de la población frente a la diabetes tipo 2. Se vincula con efectos perjudiciales para la madre, el feto, el neonato, el infante y los descendientes adultos de madre diabética. (Hernández-Peredo, 2017)

La DG está vinculada tanto con peligros para la madre como para el embrión. Las interrupciones del embarazo, la preeclampsia y el parto anticipado son más habituales en mujeres con diabetes previa. El manejo adecuado de la diabetes gestacional es fundamental para prevenir estas complicaciones. Los cuidados de enfermería desempeñan un papel clave en la educación y monitoreo de las pacientes durante el embarazo, proporcionando orientación sobre la correcta gestión de la enfermedad, la nutrición, el autocontrol de glucosa, y la importancia de mantener un estilo de vida saludable. (MSP, 2014)

#### Justificación

El control de la diabetes gestacional es fundamental para evitar efectos adversos tanto a corto como a largo plazo, y para lograr una buena salud materno-fetal. En este sentido, el papel de los profesionales de enfermería es crucial, ya que son los encargados de proporcionar educación continua, monitoreo y apoyo emocional a las pacientes durante el tratamiento y seguimiento de esta condición. Las enfermeras tienen una función decisiva en la educación sobre hábitos de vida saludables, como una alimentación adecuada, el autocontrol de la glucosa, y la importancia del ejercicio físico, elementos que juegan un papel fundamental en la prevención de complicaciones.

Esta guía educativa está diseñada para proporcionar conocimientos y proporcionar cuidados de las pacientes con diabetes gestacional con la finalidad de prevenir complicaciones, y garantizar un embarazo saludable tanto para la madre como para el bebé.

#### Objetivos

#### Objetivo general de la propuesta:

Proporcionar una guía educativa para el manejo integral de pacientes con diabetes gestacional, dirigida a los profesionales de enfermería con el objetivo de prevenir complicaciones y garantizar una mejor calidad de vida.

### **Objetivos específicos de la propuesta:**

- Identificar los factores de riesgo para diabetes gestacional en mujeres embarazadas, con el fin de proporcionar un manejo preventivo adecuado.
- Desarrollar estrategias educativas de enfermería que faciliten brindar apoyo emocional para reducir el estrés y la ansiedad relacionados con el manejo de la diabetes gestacional.
- Fomentar hábitos alimentarios saludables a través de la educación nutricional, orientada a controlar los niveles de glucosa.

### **Beneficiarios**

Las pacientes con diabetes gestacional quienes experimentarán una mejora significativa en su salud y bienestar.

### **Ubicación**

Esta guía podrá ser aplicada en Centro de salud La sequita del cantón Montecristi

### **Tiempo**

Esta guía educativa será aplicada de manera continua a las pacientes gestante de tal manera que se llenen de conocimientos acerca de la diabetes gestacional.

### **Responsable**

**Autor:** Brigitte Mishell Delgado Anchundia

### **Desarrollo de la propuesta**

Desarrollo de la Guía Educativa de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Diabetes Gestacional

#### **8.1.1 ¿Qué es la diabetes gestacional?**

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que se desarrolla solo durante el embarazo, significa que su glucosa en sangre, también denominada azúcar en sangre es demasiado alta. El cuerpo usa la glucosa para obtener energía. Tener mucha glucosa en sangre no es bueno para usted ni para su bebé. (medlineplus, s.f.)

#### **8.1.2 Clasificación y epidemiología de la DM**

- a) Diabetes Mellitus primaria
  - Tipo I (insulina dependiente)
  - Tipo II (no insulina dependiente)
- b) Diabetes gestacional
- c) Tolerancia a la glucosa anormal
- d) Anomalía latente de la tolerancia a la glucosa
- e) Anomalía potencial de la tolerancia a la glucosa (medlineplus, s.f.)

### 8.1.3 Fisiopatología

La diabetes gestacional (DG) es una forma de intolerancia a la glucosa que se desarrolla durante el embarazo y generalmente se diagnostica a partir de la semana 24-28 de gestación.

La fisiopatología de la diabetes gestacional se basa en una **resistencia a la insulina inducida por las hormonas placentarias**, que lleva a una **hiperglucemia materna** debido a un déficit relativo de insulina. Este desequilibrio metabólico afecta tanto a la madre como al feto, y puede resultar en complicaciones durante el embarazo y el parto. Los factores predisponentes, como la obesidad, la edad materna avanzada, los antecedentes familiares y la historia obstétrica, aumentan el riesgo de desarrollar esta condición. Un adecuado monitoreo y tratamiento son cruciales para prevenir complicaciones y asegurar un resultado positivo para la madre y el bebé. (j, 2022)

### 8.1.4 Tipos de diabetes

#### Diabetes tipo 1

Puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina. Esto se debe a que las células del páncreas que producen la insulina dejan de trabajar. Se necesitan inyecciones diarias de insulina. La causa exacta se desconoce

#### Diabetes tipo 2

Es mucho más común. Generalmente se presenta en la edad adulta; sin embargo, ahora se está diagnosticando en adolescentes y adultos jóvenes debido a las tasas altas de obesidad. Algunas personas con este tipo de diabetes no saben que padecen esta enfermedad. (MSP, diabetes gestacional, 2014)

#### La diabetes gestacional

Es el nivel de azúcar alto en la sangre que se presenta en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes. Si uno de sus padres, hermanos o hermanas tiene diabetes, usted puede tener mayor probabilidad de padecer esta enfermedad

### 8.1.5 Factores de riesgo

Usted puede correr un riesgo mayor para la diabetes gestacional si:

- Es mayor de 30 años.
- Tiene sobre peso o ha aumentado mucho peso durante el embarazo.
- Tiene uno o más familiares con diabetes.
- Pertenece a un grupo étnico que tiene más probabilidades de desarrollar diabetes como los hispanos, indios americanos, asiáticos o afroamericanos.
- Tuvo diabetes gestacional en su último embarazo.



- Dio a luz en su último embarazo a un bebé que pesó más de 9 1/2 libras o tuvo un nacimiento sin vida. (OPS, OPS, 2021)

Posibles problemas que puede tener el bebé cuando la madre tiene diabetes tipo 1 o 2 y sus niveles de azúcar en la sangre no están controlados adecuadamente.

- Defectos de nacimiento (congénitos).
- Muerte fetal o aborto espontáneo.
- Peso muy alto o bajo al nacer.
- Lesiones durante el parto si el bebé es muy grande.
- Bajos niveles de azúcar en la sangre después del nacimiento.
- Color amarillo en la piel y los ojos (ictericia) en los primeros 28 días de vida.
- Potencial de trastornos metabólicos (dificultad para convertir los alimentos en energía, o sea, diabetes) más adelante en la vida.

### 8.1.6 NUTRICIÓN Y SUPLEMENTOS

En el momento de la gestación no se debe escatimar calorías o ponerse a dieta. De hecho, ocurre justamente lo contrario necesita aproximadamente 300 calorías diarias más, sobre todo cuando el embarazo esté bastante avanzado y el neonato crezca más deprisa. Si usted está muy delgada, es muy activa o espera gemelos, necesitará ingerir todavía más calorías. Pero, si tiene sobrepeso, es posible que su médico le recomiende no aumentar tanto la ingesta de calorías. Comer de forma saludable siempre es importante y especialmente durante el embarazo. Por lo tanto, asegúrese de que las calorías que ingiere proceden de alimentos nutritivos que contribuirán al crecimiento y desarrollo del neonato. (childrens, s.f.)

### 8.1.7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

1. Control de síntomas
2. Apoyo emocional
3. Información adecuada y oportuna
4. Buena comunicación
5. Autonomía

### 8.1.8 COMPLICACIONES MATERNAS

Elevada incidencia en trastornos de la concepción (como la implantación inadecuada del embrión en el útero o los abortos espontáneos). Posibles consecuencias en el desarrollo del embarazo

- Retardo del crecimiento fetal.
- Elevada incidencia de malformaciones congénitas.
- Macrosomía: tamaño del feto elevado en relación con su edad.



- Prematuridad.
- Muerte fetal intrauterina.

#### **8.1.9 Recomendaciones finales para las pacientes:**

- Mantener un monitoreo regular de los niveles de glucosa.
- Seguir una dieta equilibrada.
- Realizar ejercicio de forma regular.
- Consultar con el equipo médico para ajustar el tratamiento según sea necesario.
- Participar activamente en el seguimiento postparto para prevenir la diabetes tipo 2

# Guía Educativa de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Diabetes Gestacional



Elaborado por:

**Brigitte Mishell Delgado Anchundia**



# Introducción

La diabetes mellitus gestacional se define como cualquier intolerancia a los carbohidratos detectada durante la gestación. El índice de esta enfermedad se sitúa alrededor del 2 al 5% de los embarazos regulares y se basa en la prevalencia de la población frente a la diabetes tipo 2. Se vincula con efectos perjudiciales para la madre, el feto, el neonato, el infante y los descendientes adultos de madre diabética. (Hernández-Peredo, 2017)

La DG está vinculada tanto con peligros para la madre como para el embrión. Las interrupciones del embarazo, la preeclampsia y el parto anticipado son más habituales en mujeres con diabetes previa. El manejo adecuado de la diabetes gestacional es fundamental para prevenir estas complicaciones. Los cuidados de enfermería desempeñan un papel clave en la educación y monitoreo de las pacientes durante el embarazo, proporcionando orientación sobre la correcta gestión de la enfermedad, la nutrición, el autocontrol de glucosa, y la importancia de mantener un estilo de vida saludable. (MSp, 2014)



# Objetivos

## **Objetivo general de la propuesta:**

Proporcionar una guía educativa para el manejo integral de pacientes con diabetes gestacional, dirigida a los profesionales de enfermería con el objetivo de prevenir complicaciones y garantizar una mejor calidad de vida.

## **Objetivos específicos de la propuesta:**

- ❖ Identificar los factores de riesgo para diabetes gestacional en mujeres embarazadas, con el fin de proporcionar un manejo preventivo adecuado.
- ❖ Desarrollar estrategias educativas de enfermería que faciliten brindar apoyo emocional para reducir el estrés y la ansiedad relacionados con el manejo de la diabetes gestacional.
- ❖ Fomentar hábitos alimentarios saludables a través de la educación nutricional, orientada a controlar los niveles de glucosa.

# ¿Qué es la diabetes gestacional?

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que se desarrolla solo durante el embarazo. La diabetes gestacional puede causar problemas de salud tanto en la madre como en el bebé.



## FACTORES DE RIESGO

Usted puede correr un riesgo mayor para la diabetes gestacional si:

- Es mayor de 30 años.
- Tiene sobre peso o ha aumentado mucho peso durante el embarazo.
- Tiene uno o más familiares con diabetes.
- Pertenece a un grupo étnico que tiene más probabilidades de desarrollar diabetes como los hispanos, indios americanos, asiáticos o afroamericanos.
- Tuvo diabetes gestacional en su último embarazo.

# Cuidados y Estrategias de Manejo

## Monitoreo de la glucosa

Es fundamental que las pacientes realicen un monitoreo regular de sus niveles de glucosa en sangre. Las recomendaciones incluyen:

- **Frecuencia:** Generalmente, deben medirse la glucosa antes de las comidas y una hora después de cada comida.
- **Método:** Uso de un glucómetro personal para medición de glucosa en casa.



## Alimentación y Dieta

- **Distribución de carbohidratos:** Comer porciones pequeñas y frecuentes a lo largo del día (3 comidas principales y 2-3 colaciones).
- **Carbohidratos de bajo índice glucémico:** Priorizar alimentos como vegetales, legumbres, frutas enteras, y granos integrales.
- Evitar **azúcares refinados y alimentos procesados**.
- **Consultas con un dietista** para ajustar la dieta individualmente y garantizar que cubra las necesidades nutricionales tanto de la madre como del bebé.



## Actividad física

El ejercicio moderado ayuda a mejorar la sensibilidad a la insulina y controla los niveles de glucosa. Algunas recomendaciones incluyen:

- **Caminar:** 30 minutos al día, la mayoría de los días de la semana.
- **Ejercicios de bajo impacto:** Como nadar o practicar yoga para embarazadas.



# ¿Por qué es importante una alimentación equilibrada y la actividad física?

Porque una dieta saludable puede prevenir la diabetes y otros problemas de salud.

La actividad física reduce la glucemia y mejora la sensibilidad a la insulina.



# Requerimientos calóricos en el embarazo

- Bajo peso:** de 35 a 40kcal por kilo al día
- Normo peso:** de 30 a 35 kcal por kilo al día
- Sobrepeso:** 25 kcal por kilo al día
- Obesidad:** de 12 a 15 kcal por kilo al día

La pérdida de peso, una ingesta de alimentos balanceada y la práctica de ejercicio tienen la posibilidad de contribuir a prevenir el desarrollo de la diabetes luego de la diabetes gestacional.



Diabetes tipo 1  
**10%**

El cuerpo no produce insulina

**No**

Diabetes tipo 2  
**90%**

El cuerpo produce insulina pero no la usa eficientemente

**SE PUEDE PREVENIR**

- ALIMENTACIÓN SANA Y EQUILIBRADA
- PESO SALUDABLE
- ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA (P.EJ. CAMINAR 30 MIN. AL DÍA)

¿CÓMO PREVENIR?

**SÍ**

Diabetes Gestacional

Nivel alto de glucosa en sangre durante el embarazo

Normalmente desaparece después

~60% probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2



FUENTES: Informe de IDF ([www.idf.org](http://www.idf.org)) OMS ([www.who.int/diabetes/facts/es/](http://www.who.int/diabetes/facts/es/))

# Complicaciones

## • Diabetes • ≡ GESTACIONAL ≡

### Complicaciones para la madre



Dificultades en el parto



Preeclampsia



Diabetes



### Complicaciones para el bebé

Sobrepeso al nacer



Hipoglucemia



Desarrollar diabetes tipo 2



Nacimiento prematuro



### ¿Qué recomiendan los médicos?



Dieta adecuada



Control de calorías



Realizar ejercicio



Tomar medicamento



Revisiones

## Plan de Cuidados de Enfermería para Gestante con Diabetes Gestacional

VALORACIÓN MARJORY GORDON	PATRÓN – NUTRICIONAL/METABÓLICO		
NANDA	Dominio 2: Nutrición	Clase 5: Metabolismo.	Código de Diagnóstico: 00179
NANDA	NOC	(NIC) ACCIÓN ENFERMERÍA	FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS
<p><b>[00179]</b> Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c los cambios fisiológicos del embarazo (hormonas placentarias) y factores de riesgo.</p>	<p><b>Dominio II:</b> Salud Fisiológica <b>Clase G:</b> [2300] Control de la glucemia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• [180205] Relaciones entre dieta, ejercicio y peso</li> <li>• [180206] Alimentos permitidos en la dieta</li> <li>• [2120] Manejo de la hiperglucemia.</li> </ul>	<p><b>Campo 2:</b> Fisiológico: Complejo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar sobre factores de riesgo (obesidad, antecedentes familiares, edad materna avanzada, diabetes gestacional previa).</li> <li>• Capacitar a la paciente en la técnica correcta de punción capilar, uso del glucómetro personal y el registro estricto en su diario metabólico</li> <li>• Brindar información clara, oportuna y con base científica para disipar mitos sobre la enfermedad, fortaleciendo su autonomía en el autocuidado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La educación sobre los factores de riesgo permite a la gestante comprender las condiciones que favorecen el desarrollo de la diabetes gestacional y la importancia de las medidas preventivas y del seguimiento prenatal.</li> <li>• La diabetes gestacional tiene un impacto directo en el crecimiento del feto. La automonitoreo diaria con glucómetro capilar proporciona una lectura en tiempo real que permite evaluar la respuesta metabólica inmediata del cuerpo ante los alimentos y el ejercicio.</li> <li>• Esto proporciona información crucial sobre el estado del paciente y ayuda a detectar cambios significativos en la eliminación que podrían indicar complicaciones o la eficacia del tratamiento.</li> </ul>

## 9. Conclusiones

Para finalizar podemos concluir lo siguiente:

La diabetes gestacional no responde únicamente a factores biológicos, sino que existe una fuerte correlación con factores modificables como la obesidad, el sedentarismo y la edad materna avanzada, por lo que las acciones del profesional de la enfermería en el primer nivel de atención recaen en: la prevención, diagnóstico precoz y abordaje eficaz y efectivo de la DMG mediante la educación terapéutica.

La falta de captación oportuna de la gestante y las barreras geográficas o de tiempo en el sistema de salud impiden la ejecución efectiva del tamizaje universal entre las semanas 24 y 28, lo que incrementa significativamente el riesgo de complicaciones materno-fetales. Todo lo cual acentúa la disparidad entre las guías de prácticas clínicas (GPC) y la realidad de la práctica asistencial cotidiana, lo que compromete la calidad de la atención a gestantes con diagnóstico de DMG o con DM previa.

El empleo de la Taxonomía NANDA-I, NOC, NIC en el manejo de la DMG proporciona un razonamiento lógico con enfoque praxeológico. En el que el accionar del profesional de la enfermería evidencia la integración de la teoría con la práctica en un ciclo sistemático y continuo de evaluación y reajustes. Basada en el juicio clínico y el pensamiento crítico. Lo cual permite establecer un plan de cuidados altamente individualizado, coherente con la heterogeneidad metabólica de cada paciente y fortalece la autonomía al facilitar la toma de decisiones basada en la evidencia científica.



## 10.Recomendaciones

Educar a las pacientes en el uso adecuado del glucómetro y la importancia de llevar un registro preciso de sus niveles de glucosa para discutirlos en las consultas médicas.

Los datos obtenidos de fuentes como el MSP, OPS, OMS, son de vital importancia para crear conciencia en la población, en especial en las mujeres gestantes y así tomar medidas para la prevención de la diabetes gestacional y reducir el índice de morbi-mortalidad de esta patología

Dar a conocer a las pacientes la predisposición genética para el desarrollo de la diabetes gestacional, para que los familiares tomen mejor atención al problema y de esta manera se abstengan de excesos que afatarían en su salud.

Es importante que las mujeres con diabetes gestacional reciban apoyo emocional, ya que el diagnóstico puede generar ansiedad, estrés y preocupaciones sobre la salud de la madre y el bebé. El acompañamiento psicológico es esencial para la adherencia al tratamiento y la gestión del estrés.



## 11. Bibliografía

- **Álvarez Avendaño, L. L., y Cevallos Pacheco, G. S. (2018).** *Incidencia de diabetes gestacional en pacientes que asisten a un Hospital Materno Infantil de la ciudad de Guayaquil* [Tesis de grado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil].
- **Álvarez Mateos, T., Vidal Villanueva, V., Cazacu, C., Vidal Villanueva, A., Méndez Valle, S., Subirats Valls, A., y Nina Tomiuc, E. (2025).** Cuidados de enfermería en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, 20(18), 958.
- **American Diabetes Association (ADA). (2024).** Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl 1), S20-S42.
- **Andes, L. J., Cheng, Y. J., Rolka, D. B., Gregg, E. W., e Imperatore, G. (2020).** Prevalencia de prediabetes entre adolescentes y adultos jóvenes en Estados Unidos, 2005-2016. *JAMA Pediatrics*, 174(5), e194498. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.4498>
- **Armijos Moreno, K., Maldonado Criollo, X., y Gallegos Gallegos, E. (2023).** Abordaje de enfermería en paciente con diabetes gestacional. *Polo del Conocimiento*, 8(4), 1999-2011. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i4.5547>
- **Britton, L. E., Hussey, J. M., Crandell, J. L., Brooks, J. L., y Bryant, A. G. (2019).** Uso de anticonceptivos entre mujeres con prediabetes y diabetes en una muestra nacional de EE. UU. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(1), 36-45. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12936>
- **Chávez-Maita, K. P., Camayo-Encalada, E. V., y Campoverde-Ponce, M. R. (2023).** Factores de riesgo asociados a la diabetes gestacional en el primer nivel de atención. *Polo del Conocimiento*, 8(3), 2400-2413. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i3>
- **Comité de Boletines de Práctica del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG). (2018).** Boletín de Práctica n.º 201: Diabetes mellitus pregestacional. *Obstetrics & Gynecology*, 132(4), e228-e248. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002960>
- **Comité de Práctica Profesional de la Asociación Americana de Diabetes. (2025).** Diagnóstico y clasificación de la diabetes: Estándares de atención en diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Suppl 1), S27-S49. <https://doi.org/10.2337/dc25-S002>
- **Esquivel-Prados, E., Rodríguez-Battikh, H. H., y García-Corpas, J. P. (2024).** Identificación de factores determinantes de falta de adherencia a los antidiabéticos orales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: revisión sistemática. *Ars Pharmaceutica*, 65(1), 56-72. <https://doi.org/10.30827/ars.v65i1.29147>
- **Federación Internacional de Diabetes. (2025).** *Atlas de la Diabetes de la FID* (11.ª ed.). Bruselas, Bélgica.
- **Fong, A., Serra, A., Herrero, T., Pan, D., y Ogunyemi, D. (2014).** Pre-gestational versus gestational diabetes: a population-based study on clinical and demographic differences. *Journal of Diabetes and its Complications*, 28(1), 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2013.08.009>
- **Gherbon, A., Frandes, M., Toderescu, C. D., Dirpes, D., Timar, R., Nicula, M. N., Dascau, C., Daniluc, R., y Timar, B. (2025).** Maternal and Fetal-Neonatal Complications of Romanian Women with Gestational Diabetes: A Retrospective Comparative Study. *Medicina*, 61(7), 1190. <https://doi.org/10.3390/medicina61071190>
- **González, E., Martínez, M. A., y García, E. (2019).** Factores asociados a la diabetes gestacional en mujeres embarazadas en España. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e1-e10. <https://doi.org/10.61616/rvdc.v4i2.48>
- **Gutiérrez Mendieta, R. G., y Aragón, O. V. (2017).** Diabetes gestacional: tres ejes fundamentales del cuidado de Enfermería. *Informe 1*, 14, 7-14. [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009837/vea\\_14492017-7-14.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009837/vea_14492017-7-14.pdf)
- **Jimenez Martinetti, Y. E., Soto Molina, V. M., y González Naranjo, D. E. (2025).** Utilización de la Taxonomía Nanda, NIC NOC en la Unidad de Cuidados Intensivos. Una Revisión Sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(2), 4116-4142. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i2.17204](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.17204)



- **Kouhkan, A., Najafi, L., Malek, M., Baradaran, H. R., Hosseini, R., Khajavi, A., y Khamseh, M. E. (2021).** Gestational diabetes mellitus: Major risk factors and pregnancy-related outcomes: A cohort study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 19(9), 827-836. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v19i9.9715>
- **Lara San Martín, L., Escuin Sanmartín, I., Sánchez Lorente, L., Ortiz Pijuan, M., Uriol Lou, M., y Arteaga Lagunas, S. (2024).** Caso clínico, proceso de atención de enfermería (PAE) control de diabetes tipo II de paciente en atención primaria. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(5). <https://doi.org/10.34896/RSI.2024.48.34.001>
- **Lende, M., y Rijhsinghani, A. (2020).** Diabetes gestacional: descripción general con énfasis en el manejo médico. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9573. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249573>
- **Litwak, L. E., Querzoli, I., Musso, C., Dain, A., Houssay, S., y Costa Gil, J. E. (2019).** Monitoreo continuo de glucosa: Utilidad e indicaciones. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(1), 44-52.
- **López, G. (2016).** Tratamiento de la diabetes en el embarazo: ¿Algo nuevo? *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(2), 134-282. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.04.014>
- **Lugo León, C., Bolaños, N., Vallejo, C., Vasquez, J., Rivero, A., y Gonzalez-Blanco, M. (2022).** Diabetes gestacional: factores de riesgo y complicaciones perinatales. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 82(1), 33-46. <https://doi.org/10.51288/00820106>
- **Medina-Pérez, E. A., Sánchez-Reyes, A., Hernández-Peredo, A. R., Martínez-López, M. A., Jiménez-Flores, C. N., Serrano-Ortiz, I., Maqueda-Pineda, A. V., Islas-Cruz, D. N., y Cruz-González, M. (2017).** Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Medicina Interna de México*, 33(1), 91-98.
- **Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014).** *Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo gestacional y pregestacional: Guía de práctica clínica.* <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Diabetes-en-el-embarazo.pdf>
- **Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017).** *Guía de Práctica Clínica: Diabetes durante el embarazo.* Quito.
- **Muñoz Torres, T. R. (2022).** *Factores de riesgo asociados a la diabetes gestacional en embarazadas que asisten al hospital Dr. José Garcés Rodríguez 2022* [Tesis de grado, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/8920>
- **NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2020).** *Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period (NG3).* London.
- **Organización Mundial de la Salud. (2024, 14 de noviembre).** *Diabetes.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- **Organización Mundial de la Salud. (2025, 14 de noviembre).** *La OMS presenta las directrices mundiales sobre la diabetes durante el embarazo con ocasión del Día Mundial de la Diabetes.* <https://www.who.int/es/news/item/14-11-2025-who-launches-global-guidelines-on-diabetes-during-pregnancy-on-world-diabetes-day>
- **Oskovi-Kaplan, Z. A., y Ozgu-Erdinc, A. S. (2021).** Manejo de la diabetes mellitus gestacional. En M. S. Islam (Ed.), *Diabetes: De la investigación a la práctica clínica* (Vol. 4, pp. 257–272). Springer.
- **Pagès-Puigdemont, N., y Valverde-Merino, M. I. (2018).** Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica*, 59(4), 251-258. <https://doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
- **Paulo, M. S., Abdo, N. M., Bettencourt-Silva, R., y Al-Rifai, R. H. (2021).** Diabetes mellitus gestacional en Europa: una revisión sistemática y metaanálisis de estudios de prevalencia. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 691033.
- **Pérez, J., y Gómez, L. (2024).** Factores de riesgo y complicaciones perinatales en gestantes de hospitales de referencia en Guayaquil. *Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia*, 15(2), 120-135. <https://doi.org/10.1234/reg.2024.001>
- **Pérez Lombarte, V. (2025).** Empoderamiento para el autocuidado: el rol educativo de la Enfermería en la gestión de la diabetes gestacional. *Revista Ocronos*, 8(12), 1181.
- **Pérez-Díaz, I. (2016).** Diabetes mellitus. *Gaceta Médica de México*, 152(Supl 1), 50-55.



- **Plows, J. F., Stanley, J. L., Baker, P. N., Reynolds, C. M., y Vickers, M. H. (2018).** La fisiopatología de la diabetes mellitus gestacional. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(11), 3342. <https://doi.org/10.3390/ijms19113342>
- **Powe, C. E., Allard, C., Battista, M. C., Doyon, M., Bouchard, L., Ecker, J. L., Perron, P., Florez, J. C., Thadhani, R., y Hivert, M. F. (2016).** Contribución heterogénea de los defectos de sensibilidad y secreción de insulina a la diabetes mellitus gestacional. *Diabetes Care*, 39(6), 1052–1055. <https://doi.org/10.2337/dc15-2672>
- **Quintero Paredes, P. P. (2022).** Factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus gestacional. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(1), e1458.
- **Quintero-Medrano, S. M., García-Benavente, D., Valle-Leal, J. G., López-Villegas, M. N., y Jiménez-Mapula, C. (2018).** Conocimientos sobre diabetes gestacional en embarazadas de un hospital público del noroeste de México: Resultados de una encuesta. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(3), 250-256. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000300250>
- **Rivadeneira, G. (2025).** Diabetes en el embarazo. *Medicina Vozandes*, 36(1), 64-67.
- **Román Relica, L., Calderón Ríos, T., Bermello García, M., y Lanchi Zuñiga, D. (2020).** Calidad de vida y salud: factores asociados en mujeres con diabetes mellitus gestacional. *Revista Venezolana de Gerencia*, 25(3), 226-237. <https://doi.org/10.37960/rvg.v25i3.33365>
- **Santana Mármol, W. (2016).** Frecuencia de hiperglucemia en mujeres embarazadas que acuden al Hospital San Francisco de Quito durante el período de enero a marzo del 2015 [Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador].
- **Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) y Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). (2016).** Consenso Latinoamericano de Diabetes y Embarazo. *Revista ALAD*, 8(2), 77-98.
- **Sweeting, A., Wong, J., Murphy, H. R., y Ross, G. P. (2022).** Actualización clínica sobre la diabetes mellitus gestacional. *Endocrine Reviews*, 43(5), 763-793.
- **Vásquez Morán, B. A., Díaz Soledispa, M. M., Zurita Desiderio, M. J., y Coello Llerena, M. F. (2022).** Cuidados de enfermería en pacientes con diabetes gestacional. *Dominio de las Ciencias*, 8(3), 91-106. <https://doi.org/10.23857/dc.v8i3>
- **Ye, W., Luo, C., Huang, J., Li, C., Liu, Z., y Liu, F. (2022).** Diabetes mellitus gestacional y resultados adversos del embarazo: revisión sistemática y metaanálisis. *BMJ*, 377, e067946. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067946>
- **Yehuda, I. (2016).** Implementation of Preconception Care for Women With Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 29(2), 105–114. <https://doi.org/10.2337/diaspect.29.2.105>
- **MedlinePlus, 2. (s.f.).** MedlinePlu. Obtenido de MedlinePlu: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000320.htm>
- **ADOLESCENCIA, C. D. (2014).** CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. Obtenido de <https://www.registrocivil.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/01/este-es-06-C%C3%93DIGO-DE-LA-NI%C3%91EZ-Y-ADOLESCENCIA-Leyes-conexas.pdf>
- **Alamán, C. C. (2018).** Gobierno de Aragón. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Obtenido de SERVICIO ARAGONES DE SALUD: <https://www.aragon.es/documents/20127/89933908/Plan+de+cuidados+de+enfermer%C3%A4a+en+el+paciente+con+diabetes+mellitus.pdf/8c35f85a-ca74-b7e8-51b8-a34fe4184459?t=1622017981991>
- **Alex Aguirre, J. G. (25 de 03 de 2019).** Universidad San Francisco de Quito. Obtenido de <https://noticias.usfq.edu.ec/2019/03/que-es-la-diabetes-gestacional.html>
- **Álvarez, L. &. (2018).** Repositorio UCSG. Obtenido de Repositorio UCSG: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11212/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-489.pdf>
- **Amaro. (2017).** Scielo. Obtenido de Scielo: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-Bauza,v\(marzo de 2022\).](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-Bauza,v(marzo de 2022).)
- **Incidencia y factores de riesgo de la diabetes gestacional.** Obtenido de Scielo : [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2709-79272022000100079](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272022000100079)
- **Bazurto. (15 de febrero de 2015).** Slideshare. Obtenido de obtenido en Slideshare: [https://es.slideshare.net/miry\\_0222/cuidados-de-enfermeria-enpacientes-con-diabetes-gestacional](https://es.slideshare.net/miry_0222/cuidados-de-enfermeria-enpacientes-con-diabetes-gestacional)



- **Brutsaert. (septiembre de 2020).** Manual MSD. Obtenido de Obtenido de Manual: : [https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornosendocrino1%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-ytrastornos-del-metabolismo-de-los-hidratos-de-carbono/diabetesmellitus-dmchildrens.\(s.f.\)](https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornosendocrino1%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-ytrastornos-del-metabolismo-de-los-hidratos-de-carbono/diabetesmellitus-dmchildrens.(s.f.))
- Obtenido de <https://www.childrensmn.org/educationmaterials/parents/article/8496/cuidado-de-la-salud-durante-el-embarazo/chiCondes>. (12 de junio de 2017). Clínica Las Condes. Obtenido de obtenido en Clínica Las Condes: <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/DiabetesAdultos/diabetes-gestacional-importancia>
- revista colombiana de obstetricia . Obtenido de scielo: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v59n1/v59n1a06.pdf>
- **Domenech. (11 de DICIEMBRE de 2023).** La Asociación Americana de la Diabetes Publica los Estándares de Cuidado para la Diabetes. Obtenido de La Asociación Americana de la Diabetes Publica los Estándares de Cuidado para la Diabetes: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol61-01/2/diabetesgestacional.htm>
- **Ecuador, A. N. (2022).** Biblioeca virtual. Obtenido de Biblioteca virtual : <https://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/3426>



## Factores de riesgo y cuidados de enfermería en pacientes con diabetes gestacional

ID : 27621ebd7797982523937a9404c5501c9c83d5e0



20%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : Factores de riesgo y cuidados de enfermería en pacientes con diabetes gestacional.txt  
Tamaño del archivo original : 2,48 MB  
Número de palabras : 15.918  
Número de caracteres : 104255

Depositante : GALINA GONZALEZ KADASHINSKAIA  
Fecha de depósito : 3 de junio de 2026  
Tipo de carga : interface  
fecha de fin de análisis : 3 de junio de 2026

### Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

**Similitudes** 10%

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



**Detección de IA** 8%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.

Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



**Idiomas no reconocidos** 3%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.

Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.



No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

**Textos entre comillas** 4%

Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.

Fuentes de similitudes (sección 2/2)

**Similitudes**

10%

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



**Fuente principal detectada**

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones
1	<a href="https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5224/1/TESIS%20LAURA%20ROMAN...">repositorio.unemi.edu.ec</a> repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5224/1/TESIS%20LAURA%20ROMAN...	1%	
2	<a href="http://www.sogvzla.org">www.sogvzla.org</a> www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/04/6-AO-82-1-Diabetes-gestaciona.pdf	<1%	
3	<b>Factores de riesgo asociados a diabetes por embarazo en pacientes...</b> <a href="http://www.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscador.html?task=detalhes&amp;sour...">www.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscador.html?task=detalhes&amp;sour...</a>	<1%	
4	<b>Identificación de factores determinantes de falta de adherencia a los...</b> <a href="http://hdl.handle.net/10481/91069">hdl.handle.net/10481/91069</a>	<1%	
5	<b>Factores de riesgo relacionados con la Diabetes mellitus tipo 2 en adultos d...</b> <a href="https://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12160/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-55.pdf">repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12160/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-55.pdf</a>	<1%	
6	<a href="http://strapi.lexis.com.ec">strapi.lexis.com.ec</a> <a href="http://strapi.lexis.com.ec/uploads/Decreto_Ejecutivo_159_LEXIS_Ecuador_63ca1aa18e.pdf">strapi.lexis.com.ec/uploads/Decreto_Ejecutivo_159_LEXIS_Ecuador_63ca1aa18e.pdf</a>	<1%	
7	<b>PROYECTO DE LEY REFORMATORIA DE LA LEY DE PREVENCIÓN, PROTECCIÓ...</b> <a href="http://participa.asambleanacional.gob.ec/legislation/processes/74">participa.asambleanacional.gob.ec/legislation/processes/74</a>	<1%	
8	<b>Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora</b> <a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&amp;pid=52340-98942018000400251&amp;lng=e...">scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&amp;pid=52340-98942018000400251&amp;lng=e...</a>	<1%	
9	<b>Guillermo</b> <a href="http://gramgi2021.sld.cu/index.php/gramgi/2021/paper/viewPaper/381">gramgi2021.sld.cu/index.php/gramgi/2021/paper/viewPaper/381</a>	<1%	
10	<b>Cuidados de enfermería en pacientes con diabetes mellitus tipo 1</b> <a href="http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-pacie...">www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-pacie...</a>	<1%	