**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE COM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL COM RECÉM-NASCIDO MACROSSÔMICO: ESTUDO DE CASO**

socepis1@gmail.com Sociedade Cearense de Pesquisa e Inovações em Saúde

**Maria Luana Mota Sousa 1, Osmar Rodrigues Paixão****2, Camila Chaves da Costa³**

1  Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (luanamota344@gmail.com)

2  Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (osmar\_paixao15@hotmail.com)

3  Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (camilachaves@unilab.edu.br)

**Resumo:**

Diabetes mellitus gestacional (DMG) é a intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação e que pode ou não persistir após o parto. Logo, o estudo foi realizado com uma puérpera que desenvolveu o DMG com recém-nascido macrossômico. Ademais, o estudo objetivou elaborar um plano de cuidados com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem a paciente com esta patologia. Este estudo trata-se de um relato de experiência, realizado com uma puérpera internada em uma maternidade de referência no Ceará. Nesta perspectiva, a paciente foi acompanhada em um pré-natal de alto risco, após diagnóstico do DMG e que evoluiu para uma cesariana, ao retornar para a enfermaria progrediu com diagnósticos de enfermagem que requerem intervenções para uma melhor recuperação e cuidados com RN. Os cuidados de enfermagem desenvolvidos com esta paciente foram: monitorar lóquios e fundo uterino, além de orientar quanto a troca de absorvente, entre outros que estão diretamente relacionados com os diagnósticos encontrados. Logo, este estudo permitiu compreender a fisiopatologia do diabetes mellitus gestacional e vivenciar a implementação e formulação da sistematização da assistência de enfermagem direcionada a esta paciente.

**Descritores:** Enfermagem. Diabetes mellitus gestacional. Diagnósticos de enfermagem.

**Área Temática:** Temas livres

1. **INTRODUÇÃO**

O Diabetes Mellitus (DM) é a condição crônica que mais cresce, principalmente nos países em desenvolvimento (CORTEZ et al., 2015). Ele integram grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção ou da ação da insulina envolvendo a destruição das células beta do pâncreas, que são produtoras desse hormônio, a resistência à ação dele e distúrbios de sua secreção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O DM está associado a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, principalmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Ele pode ser classificado em três tipos, o diabetes tipo 1, o diabetes tipo 2 e o diabetes gestacional (FERREIRA; PÉRICO e DIAS, 2018).

Como o estudo presente trata de uma gestante que teve o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), este será o foco. O DMG está ligado à alta produção de hormônios na placenta. O diagnóstico é feito através do pré-natal e dos exames laboratoriais realizados a partir do segundo trimestre da gestação. Em 2011, no Brasil, estimou-se que em cerca de 7% das gestações podem ocorrer complicações por conta do diabetes gestacional (WEINERT et al., 2011).

Durante a segunda metade da gestação, o desenvolvimento da resistência insulínica é resultado de uma adaptação fisiológica pelos hormônios placentários anti-insulínicos, os quais possibilitam o fornecimento adequado de glicose para o feto, como o lactogênio placentário, o cortisol e a prolactina (JACOB et al., 2014).

As causas podem estar ligadas ao sobrepeso, maus hábitos alimentares e a falta de atividade física. O tratamento é realizado por meio de uma dieta individual e por prática de atividade física leve e moderada. As mulheres com essa doença precisam verificar a glicemia antes da alta hospitalar, após o parto. Na maioria dos casos, ela se resolve no período pós-parto, não havendo necessidade de utilizar antidiabéticos orais ou insulina (WEINERT et al., 2011).

O feto na gestação diabética desenvolve-se em um ambiente intrauterino inadequado, estando sujeito a várias alterações metabólicas (JACOB et al., 2014). O rastreamento da DMG deve ser iniciado na primeira consulta de pré-natal, por meio da pesquisa de fatores de risco e da avaliação glicêmica inicial (MARUICHI; AMADEI e ABEL, 2012).

O enfermeiro tem um papel de grande relevância na identificação do DMG. Cabendo a ele identificar na consulta de enfermagem no pré-natal quais as problemáticas a gestante está vivenciando, levantar riscos, realizar ações de conscientização e encaminhar ao profissional médico para o diagnóstico preciso de DMG e o início do tratamento e acompanhamento especializado dessa gestante, encaminhando para um pré-natal de alto risco. O enfermeiro precisa ter uma interação com a cliente para poder dar orientações de hábitos saudáveis de acordo com a realidade socioeconômica da paciente (WEINERT, 2011).

A detecção da DMG é altamente recomendada, devido à incidência de desfechos adversos materno-fetais, pois quando o diagnóstico é tardio ou a terapêutica não é seguida corretamente, aumentam os riscos de partos cesarianos, pré-eclâmpsia, prematuridade, macrossomia, distorcia de ombro, hipoglicemia neonatal, e morbimortalidade perinatal (WEINERT et al., 2011).

Enfatizando a macrossomia como uma das principais complicações, Opara, Jaja e Onubogu (2010), observaram a incidência de 61% de macrossomia em um estudo que envolveu gestantes que apresentaram diabetes durante a gestação. A macrossomia é um conhecido indicador de DMG no feto, que está fortemente associado com prematuridade, síndrome da angústia respiratória, trauma do nascimento, morte fetal e materna (LEGARDEUR et al., 2014).

O termo “macrossomia fetal” é utilizado para designar recém-nascidos com peso igual ou superior a 4.000 gramas, independentemente da idade gestacional ao nascimento. Durante o pré-natal deve-se suspeitar desse diagnóstico para os fetos cujo peso estimado seja igual ou maior que o percentil 90. Esses conceptos têm morbidade perinatal elevada em função do aumento da ocorrência de tocotraumatismos e distúrbios metabólicos neonatais (BRASIL, 2012).

Segundo Olmos (2013), esta condição é bastante grave, podendo levar a morte neonatal em casos onde a mãe não deu atenção suficiente para a doença diagnosticada. A macrossomia fetal, caracterizada pelo maior desenvolvimento da massa muscular e da adiposidade, tem como fator primário a hiperinsulinemia fetal que é resultante da hiperglicemia materna, por isso, é necessário o monitoramento rigoroso da glicose pós-prandial.

Essa complicação acarreta em um aumento dos partos cesarianos, que são indicados para evitar principalmente o tocotraumatismo. No entanto, podem levar a complicações como hemorragias e infecções puerperais (OLMOS et al., 2013). A realização desse estudo de caso se dá pela importância do conhecimento das patologias e da assistência de enfermagem para essas complicações.

**2. METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa. Logo a experiência relatada tem como foco realizar um plano de cuidado com base na sistematização da assistência de enfermagem a uma paciente com diabetes mellitus gestacional que evoluiu para um bebê macrossômico. A data do período de prática foi 12/12/2019 até 19/12/2019, no período da manhã nos dias de terça a sexta, a coleta de dados e implantação das intervenções de enfermagem foram realizadas no dia 20/12/2019.

O cenário de experiência foi em uma maternidade de referência no estado do Ceará, situado na região Nordeste do país. Logo, a maternidade é totalmente pública, contratualizada com o Sistema Único de Saúde e dessa forma, não realiza nenhum atendimento particular ou a convênios.

Assim, a atividade foi desenvolvida com uma puérpera que se encontrava no dia sob cuidados da equipe multidisciplinar da unidade. Nesta perspectiva, os materiais utilizados durante todo o processo de coleta dos dados foram o prontuário da paciente em questão, também, pelo bloco de anotações que foram coletadas as informações durante toda a entrevista com a paciente e por meio dos instrumentos para o exame físico realizado. A análise dos dados se deram por meio de artigos científicos que relatam sobre a patologia em questão, e pelos instrumentos que são utilizados na enfermagem para construção dos diagnósticos, resultados e intervenções.

Além disso, a paciente estar ciente do estudo realizado e de acordo com a elaboração do mesmo. Ressalta-se a confidencialidade e anonimato da participante e respeito à resolução 466/2012 que trata da pesquisa com seres humanos.

**3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Paciente A. L. S, 34 anos, G2P1A0, peso 136,2 kg (IMC 50,8); branca, casada, evangélica, possui o ensino médio completo e não tem um emprego fixo. Natural e procedente de Fortaleza onde mora em casa própria com o esposo e o filho de 5 anos. Evolui com diagnóstico clínico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). Foi admitida na emergência da maternidade no dia 10/12/2019 com idade gestacional de 37s6d (US 11s1d em 06/06/2019) e encaminhada à observação pela obesidade e DMG. Logo, procurou atendimento médico por relatar cólica de forte intensidade na noite anterior. Encontrava-se com a glicemia alterada (DX 239 mg/dl). Negava perda do líquido amniótico ou corrimento.

Ademais, nega tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas e doenças como hipertensão arterial e diabetes. Entretanto, em uma das consultas de pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF) mais próxima de sua residência foi diagnosticada a DMG através do, teste oral de tolerância à glicose realizado no dia 07/10/2019 com valores de 110/ 174 mmHg e os valores da curva glicêmica após este diagnóstico estava constantemente acima dos valores de referência. Desta forma, a paciente em questão é encaminhada a maternidade de referência para as consultas de pré-natal de alto risco, somando ao total 11 consultas até sua admissão na emergência. Não apresenta antecedentes familiares de cardiopatias e doenças vasculares cerebral.

Outrossim, já realizou uma cirurgia anterior de cesariana há 5 anos, sem complicações obstétricas e que o bebê nasceu macrossômico, mas que não diagnosticado a DMG. Desconhece alergias medicamentosas e que não fazia uso de nenhum medicamento antes da patologia em questão e que logo passou a utilizar o ácido acetilsalicílico e a insulina regular somado ao sulfato ferroso profilático de rotina durante a gravidez. Informou ingesta calórica satisfatória, não realiza atividade física e que sempre esteve acima do peso. Também, está com a vacinação de influenza e tétano em dias e apenas 2 doses da hepatite B.; seu grupo sanguíneo é A com fator RH positivo e os resultados dos outros testes realizados foram de não reagentes.

Efetivamente, ao ser admitida na emergência evoluiu com PA 110 X 70 mmHg, batimentos cárdicos fetais 142-152 e cardiotocografia fetal reativa. Contudo, a cesária foi marcada para o dia 11/12/2019 às 09h. Assim, sucedeu a cirurgia com a paciente em decúbito dorsal sob a raquianestesia e com classificação de robson 5; o RN nasceu macrossômico com 4, 300 kg e foi realizado ao final da cesariana a inserção do DIU de cobre. Ao retornar para a enfermaria pós-cirúrgica, evoluiu com boa recuperação pós anestésica, referindo dor e sendo medicada conforme prescrição médica. Nesta perspectiva, ao ser avaliada pela escala de risco de lesão por pressão e risco de quedas, obteve resultado sem riscos. Encontra-se com os valores glicêmicos dentro das medidas de referência.

No dia 13 de dezembro, às 11 horas, a paciente estava no 2° pós-operatório de cesárea. Cuja evolução era alerta, em ar ambiente. Aceitando dieta via oral, verbalizando. Higienizada. Conciliando bem sono vigília. Pele íntegra, normocorada, hidratada. Deambulando. Sinais vitais: hemodinamicamente estável (PA: 112 X 84 mmHg, FC: 96 bpm, FR: 17 irpm) e normotérmica (T: 37,0 °C).

Ao exame físico, a avaliação pulmonar: tórax simétrico, padrão respiratório apical, ausculta pulmonar sem ruídos adventícios e com murmúrio vesicular em toda extensão pulmonar; avaliação cardíaca: ritmo regular, bulhas normofonéticas , sem sopros; avaliação abdominal: globoso e doloroso à palpação, ruídos hidroáreos presentes.

Mamas simétricas, levemente túrgidas, sem sinais de ingurgitação e mamilos protusos. Fundo uterino palpável, centralizado, acima da cicatriz umbilical. Ferida operatória limpa, seca, sem sinais flogísticos. Apresenta absorvente íntimo com pouca loquiação rubra. Extremidades perfundidas (tempo de enchimento capilar < 2 segundos, saturando 98%) e edema em membros inferiores presente no sinal de cacifo. Cateter venoso periférico pérvio em membro superior com hidratação venosa em curso. Eliminações fisiológicas presentes ao dia.

Os diagnósticos prioritários de enfermagem encontrados foram risco de sangramento relacionado à complicações pós-parto, cujas intervenções eram monitorar lóquios quanto as características, quantidade, cor e presença de coágulos, além de monitorar fundo uterino e orientar quanto a troca do absorvente pelo menos 6 vezes ao dia para verificação dos lóquios. O segundo, foi o risco de infecção relacionado a procedimentos cirúrgicos que reforçaram a equipe de enfermagem a orientar sobre cuidados com a ferida operatória, monitorar a incisão para detecção de sinais e sintomas de infecção e estimular a deambulação da paciente.

O terceiro diagnóstico encontrado, foi a disposição para amamentação melhorada relacionado à interesse em amamentar, as intervenções foram orientar quanto a pega correta da mama, monitorar mãe e bebê durante amamentação, salientar quanto a importância e benefícios da amamentação exclusiva e estimular a mãe a pedir ajuda quando necessário. Em suma, ela estava em uso de sulfato ferroso, ácido ascórbico e medicações sintomáticas se necessário.

**4 CONCLUSÃO**

Este estudo de caso permitiu compreender a fisiopatologia do diabetes mellitus gestacional; vivenciar a implementação e formulação da sistematização da assistência de enfermagem direcionada uma pessoa com diabetes mellitus gestacional; reconhecer a importância da elaboração de um plano de cuidados direcionado e específico a esse caso clínico. É oportuno destacar que compete ao enfermeiro elaborar meios de diminuir danos e sequelas ao binômio mãe e filho, e em especial, na prevenção do desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 na mãe no decorrer de sua vida.

**5 REFERÊNCIAS**

* 1. BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. 5 ed. Brasília, 2012.
	2. CORTEZ, D. N.; REIS, I. A.; SOUZA, D. A. S. MACEDO, M. M. L.; TORRES, H. C. Complicações e o Tempo de Diagnóstico do Diabetes Mellitus na Atenção Primária. Rev. Acta Paulista de Enfermagem, v. 28, n. 3, p. 250-255, 2015.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rev. Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 752-757, 2018.

* 1. JACOB, T. A.; SOARES, L. S.; SANTOS, M. R.; SANTOS, L. R.; SANTOS, E. R.; TORRES, G. C.; SILVA, V. Y. N. E.; KASHIWABARA, T. G. B. Diabetes Mellitus Gestacional: uma Revisão de Literatura. Rev. Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research, v. 6, n. 2, p.33-37, 2014.
	2.
	3. LEGARDEUR, H.; GIRARD, G.; JOURNY, N.; RESSENCOURT, V.; Factors Predictive of Macrosomia in Pregnancies with a Positive Oral Glucose Challenge Test: Importance of Fasting Plasma Glucose. Rev. Diabetes e Metabolismo [online], v. 40, p. 43–48, 2014.

MARUICHI, M. D.; AMADEI, G.; ABEL, M. N. C. .Diabetes mellitus gestacional. Rev. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, v. 57, n. 3, p.124-128, 2012.

OLMOS, P.; MARTELO, G.; REIMER, V.; RIGOTTI, A.; BUSSO, D. La Hipótesis de Pedersen no es Suficiente: Otros Nutrientes Además de la Glucosa Explicarían la Macrosomía Fetal en Pacientes Diabéticas Gestacionales com Sobrepeso y Buen Control Glicémico. Rev Med Chile [online], v.141, p. 1441-1448, 2013.

OPARA, P. I; JAJA, T.; ONUBOGU, U. C. Morbidity and Mortality Amongst Infants of Diabetic Mothers Admitted into a Special Care Baby unit in Port Harcourt, Nigeria. Italian Journal of Pediatrics [online], v. 36, n. 77, p. 1824-7288, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: 2017.

WEINERT, L.S. SILVEIRO, S. P.; OPPERMANN, M. L.; SALAZAR, C. C.; SIMIONATO, B. M.; SIEBENEICHLER, A.; REICHELT, A. J. Diabetes Gestacional: um Algoritmo de Tratamento Multidisciplinar. Rev. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia. v. 57, n. 7, p 435-445, 2011.