



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERIA

“SAN VICENTE DE PAUL”

TÍTULO:

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIABETES
GESTACIONAL DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DE
BASTIÓN POPULAR AREA # 12 DEL PERIODO DE OCTUBRE DEL 2014 A
FEBRERO DEL 2015¹**

AUTORES:

**SR. LUIS FERNANDO RODRÍGUEZ CÓRDOVA
SRA. BLANCA MAGDALENA ZAMORA CHÓEZ**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
LICENCIADA(O) ENFERMERÍA**

TUTOR (A):

DRA. AMARILIS RITA PÉREZ LICEA

GUAYAQUIL, ECUADOR

2015

¹ (UCSG, 2014)



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Blanca Zamora Chóez y Luis Fernando Rodríguez**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **licenciados en Enfermería**.²

TUTOR (A)

Dra. Amarilis Rita Pérez

DIRECTOR DE LA CARRERA

Lcda. Ángela Mendoza Vinces Mgs.

Guayaquil, a los 31 del mes de Agosto del año 2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Blanca Zamora Chóez y Luis Fernando Rodríguez**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BASTIÓN POPULAR AREA # 12 DEL PERIODO DE OCTUBRE DEL 2014 A FEBRERO DEL 2015.** Previa a la obtención del Título de **Licenciados en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.³

Blanca Zamora Chóez

Luis Fernando Rodríguez

³ (UCSG, 2014)



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Blanca Zamora Chóez y Luis Fernando Rodríguez**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL QUE ACUDEN AL CDNTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BASTION POPULAR AREA # 12 DEL PERIODO DE OCTUBRE DEL 2014 A FEBRERO DEL 2015**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.⁴

AUTORES:

Blanca Zamora Choez y Luis Fernando Rodríguez

⁴ (UCSG, 2014)

AGRADECIMIENTO

A **DIOS TODOPODEROSO**, que nos ha iluminado en el camino del saber para culminar con éxito nuestros estudios superiores.

A nuestros **PADRES** que nos guiaron y apoyaron para comprender el camino de la vida como persona y como profesional.

A la **ESCUELA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”** quienes nos brindaron la oportunidad de ingresar a su establecimiento , que es templo de saber, en cuyas aulas forje mi personalidad. De igual manera agradecemos a los docentes quienes compartieron sus conocimientos y supieron guiarnos para desempeñarnos como buenos profesionales.

A nuestros **FAMILIARES** los cuales de una u otra manera nos ofrecieron su ayuda de forma incondicional y su apoyo moral.

A nuestra **TUTORA DE PROYECTO DE TITULACIÓN DRA. AMARILIS PÉREZ**, quien supo conducirnos para la elaboración de nuestro proyecto y gracias a la cual le debemos el éxito del mismo ⁵

BLANCA ZAMORA CHOEZ Y LUIS FERNANDO RODRÍGUEZ

⁵ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

DEDICATORIA

Agradecemos infinitamente y en especial a Dios por ser un padre amoroso que nos da vida, salud y energía para poder culminar una meta seglar que nos ayudará en nuestro diario vivir , a nuestros cónyuges que nos acompañaron en nuestras decisiones y se mantuvieron junto a nosotros con apoyo moral y lucha constante, y de manera muy amorosa a nuestros hijos ,con quienes dejamos de compartir gratos momentos debido a nuestra ausencia que se daba por una noble causa que resultará en beneficio familiar.⁶

BLANCA ZAMORA CHOEZ Y LUIS FERNANDO RODRÍGUEZ

⁶ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

CALIFICACIÓN ⁷

Dra. .Amarilis Rita Pérez Licea

⁷ (UCSG, 2014)

INDICE

TÍTULO:.....	I
CERTIFICACIÓN	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	III
AUTORIZACIÓN	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VI
CALIFICACIÓN	VII
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT	XII
CAPITULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	6
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	7
VARIABLES	8
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	9
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	11
CAPITULO II.....	12

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	12
1.- DIABETES GESTACIONAL.....	12
2.-CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA DM.....	12
2.1.-EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	13
3.- CUIDADO PRECONCEPCIONAL A LA MUJER DIABETICA.....	14
4.- DIABETES GESTACIONAL	17
4.1.- FACTORES DE RIESGO.....	17
5.- CUIDADO PRENATAL.....	21
5.1.- CONTROL PRENATAL ESPECÍFICO EN MUJERES CON DM.....	21
5.2.- TRATAMIENTO DE LA D G.....	23
5.3.-TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DE LA DG.....	24
5.4.- CONTROL GLICEMICO EN DG	27
6.-INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	27
CAPITULO III.....	29
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	29
CONCLUSIÓN	49
RECOMENDACIONES.....	50
BIBLIOGRAFIA	51
ANEXOS.....	52

INDICE DE GRÁFICOS⁸

CONTENIDO	N.-
GRÁFICO 1: Valoración de la atención sanitaria.....	6
GRÁFICO 2: Personal enfermería suficiente?.....	7
GRÁFICO 3: Herramientas utilizadas.....	8
GRÁFICO 4: Capacitación del personal.....	9
GRÁFICO 5: Planes de cuidados estandarizados.....	10
GRÁFICO 6: Aplicación de planes de cuidados.....	11
GRÁFICO 7: Capacitación de las complicaciones de la DG.....	12
GRÁFICO 8: Edad de las gestantes.....	13
GRÁFICO 9: Estado civil de la gestante.....	14
GRÁFICO 10: Situación socioeconómica de la gestante.....	15
GRÁFICO 11: Número de controles prenatales.....	16
GRÁFICO 12: Nivel de instrucción de la gestante.....	17
GRÁFICO 13: Nivel de conocimiento de la DG de la gestante.....	18
GRÁFICO 14: Nivel de conocimiento de las complicaciones de la DG.....	19
GRÁFICO 15: Nivel de Información de las complicaciones de la DG.....	20
GRÁFICO 16: Asistencia a las consultas prenatales.....	21
GRÁFICO 17: Nivel de instrucción brindada por médico a la gestante.....	22
GRÁFICO 18: Nivel de conocimiento de DG en complicaciones al bebé.....	23
GRÁFICO 19: Capacitación del personal de salud en DG según usuarias.....	24
GRÁFICO 20: Nivel de conocimiento de la gestante en DM II.....	25

⁸ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

RESUMEN

La diabetes gestacional es una patología que se da en las pacientes gestantes, que tienen poco o ningún conocimiento de esta, provocando el incremento de la morbimortalidad de la madre o el producto.

Es necesario el correcto control para evitar o manejar los factores de riesgo acompañada de incluir la dieta adecuada para favorecer la salud materna y neonatal.

El correcto conocimiento de parte de los profesionales de enfermería sobre la diabetes gestacional ayuda a disminuir el índice de esta enfermedad, hemos investigado, estudiado para aplicar mejor las intervenciones de enfermería con este tipo de pacientes que acuden al centro de salud materno infantil de bastión popular área 12, utilizamos el método descriptivo, realizamos encuestas que sondeaba conocimiento acerca del problema, evaluó el sentido de interés en la salud para la paciente, el estilo de vida, los hábitos alimentarios relacionados con la edad, nivel de instrucción, nivel de recursos económicos, factores de riesgo individuales, como resultado las pacientes con mayor edad de 30 años son más propensas a padecer esta enfermedad, el no dar la suficiente importancia no prestando atención a las charlas brindadas por el personal de salud o a los consejos de los especialistas en el cuidado prenatal agravan la situación.

Se colaboró en el programa impuesto por el gobierno para quienes acuden a la consulta del centro de salud, se acompañó en el seguimiento domiciliario impuesto por el gobierno a los profesionales con la finalidad de colaborar en la prevención de mayores complicaciones futuras.⁹

Palabras claves: Diabetes Gestacional, Profesional de Enfermería,

⁹ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

ABSTRACT

Gestational diabetes is a condition that is given in pregnant patients who have little or no knowledge of this, causing increased morbidity and mortality of the mother or the product.

The right controls necessary to prevent or control the risk factors and include the proper diet to promote maternal and neonatal health.

The right knowledge from nurses about gestational diabetes helps lower the rate of this disease, we investigated, studied to better implement nursing interventions with these patients attending the center MCH popular bastion area 12, used the descriptive method, we conducted surveys that probed knowledge about the problem, evaluated the sense of importance to the patient, lifestyle, eating habits related to age, level of education, level of economic resources, factors individual risk as a result of patients older than 30 years are more prone to this disease, not giving enough importance not paying attention to the talks given by health personnel or the advice of specialists in prenatal care aggravate the situation.

He collaborated on the program imposed by the government to those who come to the doctor's clinic, was accompanied in the home monitoring by government tax professionals in order to assist in the prevention of major future complications.¹⁰

Keywords: Gestational Diabetes, Professional Nursing

¹⁰ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En términos generales, la diabetes mellitus (DM) se caracteriza por un aumento de la glucosa sanguínea. Es un desorden del metabolismo de los carbohidratos que requiere cambios inmediatos en el estilo de vida. En su forma crónica, la diabetes se asocia con complicaciones vasculares a largo plazo, incluyendo retinopatía, nefropatía, neuropatía y enfermedad vascular.¹¹¹²¹³

La DG corresponde a una hiperglucemia que se detecta por primera vez durante el embarazo.¹⁴ ¹⁵En todo el mundo, constituye una de las complicaciones habituales del embarazo y es responsable de una importante morbimortalidad tanto materna como perinatal.¹⁶¹⁷¹⁸

La Asociación Americana de Diabetes (ADA)¹⁹ ²⁰señala que la DG causa complicaciones en un 7% de todos los embarazos, con un rango que va entre el 1% y el 14%, dependiendo de la población que se investiga y del método de

¹¹ (ASSOCIATION, 2012)

¹² (HARTLING L, y otros, 2012)

¹³ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo(pre-gestacionaly gestacional) guía practica clinica , 2014)

¹⁴ (ASSOCIATION, 2012)

¹⁵ (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION , 2012)

¹⁶ (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION , 2012)

¹⁷ (PREGNANCY, 2008)

¹⁸ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo(pre-gestacionaly gestacional) guía practica clinica , 2014)

¹⁹ (ASSOCIATION, 2012)

²⁰ (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION , 2012)

tamizaje que se utiliza, llegando a representar 200.000 casos al año en EE.UU. La prevalencia en general de DG puede llegar a ser entre un 10% a 20% de los casos al año en poblaciones de alto riesgo, como la nuestra que tiene un factor de riesgo de tipo étnico por ser latinoamericana o hispana en el medio anglosajón.²¹²²

La DG se asocia tanto con riesgos para la madre como para el feto. Los abortos, la preeclampsia y el parto pretérmino son más comunes en mujeres con diabetes preexistente. Adicionalmente, la retinopatía diabética puede empeorarse rápidamente durante el embarazo. Los mortinatos, las anomalías congénitas (AC), la macrosomía, las lesiones durante el nacimiento, la morbilidad perinatal y los problemas de adaptación posnatal, como la hipoglucemia, son más comunes en niños nacidos de mujeres con diabetes preexistente.²³²⁴²⁵

La creciente prevalencia de diabetes, que se diagnostica en mujeres a edades más tempranas, favorece la presencia de DG. Los cambios fisiológicos que impone el embarazo dificultan el control de la misma y se asocian con morbilidad y mortalidad perinatal.²⁶²⁷²⁸

Según la OMS, después del embarazo, entre el 5% y el 10% de las mujeres que tuvieron DG, tienen hasta un 50% más de posibilidades de presentar DM tipo 2 en los próximos cinco a 10 años.²⁹³⁰

²¹ (FONT-LÓPEZ KC, y otros, 2010)

²² (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo(pre-gestacionaly gestacional) guía practica clinica , 2014)

²³ (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION , 2012)

²⁴ (PREGNANCY, 2008)

²⁵ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo(pre-gestacionaly gestacional) guía practica clinica , 2014)

²⁶ (HARTLING L, y otros, 2012)

²⁷ (KAVITHA N, DE S,, & KANAGASABAI S, 2013)

²⁸ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo(pre-gestacionaly gestacional) guía practica clinica , 2014)

²⁹ (WAHABI HA, ALZEIDAN RA, , & ESMAEIL SA., 2012)

La DM pregestacional expone al feto a concentraciones elevadas de glucosa durante el primer trimestre del embarazo, incrementando el riesgo de AC, especialmente a nivel de sistema nervioso central (SNC), a nivel cardiovascular, renal y músculo-esquelético, así como a aborto espontáneo. La probabilidad de AC y aborto tiene una relación lineal con la concentración de glucosa plasmática de la madre, expresada en la concentración de hemoglobina glucosilada (HbA1c), y este riesgo excesivo se puede reducir cuando la madre mantiene un control glucémico adecuado desde el primer trimestre del embarazo.

³⁰ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo(pre-gestacionaly gestacional) guía práctica clínica , 2014)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se observa que en el centro de salud Materno Infantil Bastión Popular área # 12, la necesidad de mayores intervenciones de Enfermería en embarazadas con Diabetes Gestacional, que apoye a este grupo de pacientes en un mejor cuidado y manejo de su estado, para evitar complicaciones de la enfermedad y mantener bajo control los factores de riesgo tales como: mala alimentación, inadecuado estilo de vida y la edad que son factores predisponentes para desarrollar la enfermedad, lo que llevará a disminuir la morbilidad y mortalidad materno infantil. Si partimos de que la diabetes en el embarazo puede estar controlada o bajo control, por lo tanto es importante instruir a través de una guía de Intervenciones de Enfermería en este y otros centros de salud.

En el sistema de notificación epidemiológica anual del MSP del Ecuador, la DG muestra un incremento sostenido en el período comprendido entre 1994 y 2009, ascenso notablemente más pronunciado en los tres últimos años. La tasa se incrementó de 142 por 100.000 habitantes a 1084 por 100.000 habitantes, con mayor prevalencia en mujeres de la costa ecuatoriana, y en especial de la provincia de Manabí³¹³². Este fenómeno se repite entre 2009 y 2013.

De acuerdo a estadísticas oficiales del Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC),³³ ³⁴ la DG ocupó, en el año 2009, el sexto puesto entre las causas de morbimortalidad maternofetal. En 2012, el sobrepeso al nacer se ubica dentro de las 10 primeras causas de morbilidad infantil en el Ecuador.³⁵³⁶

³¹ (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INEC), 2000-2012)

³² (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pre-gestacional y gestacional) guía práctica clínica, 2014)

³³ (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INEC), 2000-2012)

³⁴ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pre-gestacional y gestacional) guía práctica clínica, 2014)

³⁵ (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INEC), 2000-2012)

³⁶ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pre-gestacional y gestacional) guía práctica clínica, 2014)

Prevenir los factores de riesgo evita complicaciones obstétricas, como es el sufrimiento fetal, macrosomía y problemas neonatales entre otros. Es de vital importancia el conocimiento adecuado, para realizar la detección, control y seguimiento de la embarazada, a fin de disminuir la morbimortalidad materna perinatal. Por tal motivo , como futuros profesionales de salud hemos considerado investigar las causas que influyen en la aparición de la Diabetes Gestacional el centro de salud Materno Infantil Bastión Popular área # 12 , aplicando adecuadamente las intervenciones de enfermería con los resultados obtenidos y mejorar las alternativas que sean factibles.

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las intervenciones de enfermería en embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden centro de salud Materno Infantil Bastión Popular área # 12 del periodo de octubre del 2014 a febrero del 2015.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Identificar los conocimientos y aplicación de la práctica de Enfermería en la atención de las embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de salud Materno Infantil Bastión Popular área # 12.
- Evaluar los conocimientos del profesional de Enfermería que labora en el centro de salud Materno Infantil Bastión Popular área # 12.
- Proponer una guía de atención de enfermería a las embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de salud Materno Infantil Bastión Popular área # 12.³⁷

³⁷ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las intervenciones de Enfermería en Embarazadas con Diabetes gestacional que acuden al centro de salud Materno Infantil Bastión Popular área # 12?³⁸

³⁸ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

VARIABLES

Intervenciones de enfermería

Pacientes Embarazadas con Diabetes Gestacional

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Intervenciones de Enfermería³⁹

DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA	FUENTE
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Actividades organizadas, planificadas y ejecutadas para satisfacer las necesidades básicas de los pacientes	Características del Personal	Sexo	Femenino Masculino	Encuesta al profesional de enfermería
		Edad	Licenciada/o Auxiliar	
		Cargo	20 – 40 años >40 años	
	Conocimiento de la Enfermedad	Factores de Riesgos	ausentes ___ moderado ___ frecuente ___	Encuesta al profesional de enfermería
		Cuidados a las pacientes	___ No ___ No se ___	
		Conocimiento como profesional de enfermería	Educación Sanitaria: - Información - esquema de tratamiento	
		Evaluación de enfermería: peso, talla, signos vitales.	Raras veces ___ Alguna veces ___	Encuesta al profesional de enfermería
		Consejería: Educación para la salud en prevención y promoción	Casi siempre ___ Siempre ___	
		Evalúa a través de una guía de cuidados		

³⁹ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

VARIABLE: PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL

Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
<p>Diabetes gestacional:</p> <p>Se considera una Enfermedad multifactorial en la que intervienen factores genéticos, inmunológicos, ambientales, así como, del estilo de vida.</p>	<p>Incidencia de pacientes con Diabetes Gestacional</p>	Tipo de Diabetes	Diabetes Gestacional
		Nivel de conocimiento	Bueno Regular Malo
		Peso	En kg
		Talla	En cm
		Nivel de Escolaridad	-Primaria -Secundaria -Universidad
		Procedencia	-Rural -Urbana
		Edad	16- 19 años 20-24 años 25-29 años >35 años
		Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Edad >35 años - Antecedentes Familiares - Obesidad - Diabetes gestacional previa - Macrosomía fetal previa

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

POBLACIÓN Y MUESTRA

Pacientes con Diabetes Gestacional centro de salud Materno Infantil Bastión Popular área # 12 se tomara una muestra de 50 pacientes 7 licenciadas de Enfermería que laboran en dicho centro de salud.

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo ya que nos permite describir los fenómenos tal como se dan en la realidad.

METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuantitativo ya que utiliza la recolección y análisis de datos.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Encuesta y test.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Elaboración de tablas y gráficos con datos estadísticos.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En mi trabajo de investigación se aplicó un test para medir el conocimiento de las embarazadas sobre la Diabetes Gestacional y al profesional de Enfermería en la instrucción del cuidado a la paciente embarazada.⁴⁰

⁴⁰ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

1.- DIABETES GESTACIONAL

En términos generales, la diabetes mellitus (DM) se caracteriza por un aumento de la glucosa sanguínea. Es un desorden del metabolismo de los carbohidratos que requiere cambios inmediatos en el estilo de vida. En su forma crónica, la diabetes se asocia con complicaciones vasculares a largo plazo, incluyendo retinopatía, nefropatía, neuropatía y enfermedad vascular.⁴¹

La DG corresponde a una hiperglucemia que se detecta por primera vez durante el embarazo.⁴² En todo el mundo, constituye una de las complicaciones habituales del embarazo y es responsable de una importante morbimortalidad tanto materna como perinatal.⁴³

2.-CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA DM

Se incluyen cuatro clases clínicas de DM,^{44 45} se excluyen las causas secundarias.

⁴¹ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo(pre-gestacional y gestacional) guía práctica clínica , 2014)

⁴² (ASSOCIATION, 2012)

⁴³ (STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES. DIABETES CARE , 2013)

⁴⁴ (ASSOCIATION, 2012)

⁴⁵ (STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES. DIABETES CARE , 2013)

Definiciones básicas:

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA
Diabetes tipo 1	Resultado de la destrucción de las células beta, por lo general conduce a la absoluta deficiencia de insulina
Diabetes tipo 2	Resultado de un defecto progresivo de secreción de insulina con resistencia a la insulina.
Diabetes gestacional	Intolerancia a los carbohidratos resultando en hiperglucemia de gravedad variable con inicio o primer reconocimiento durante el embarazo.
Otros tipos específicos de diabetes	Debido a otras causas, por ejemplo, defectos genéticos en la función de células beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exócrino (por ejemplo, fibrosis quística) y drogas (tal como en el tratamiento HIV/sida), o después de trasplante de órganos).

2.1.-EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La atención médica debe estar centrada en el cuidado tanto de la madre como del feto y del RN. Existen seis momentos importantes en la implementación de las recomendaciones:

1. Cuidado preconcepcional a la mujer diabética
2. Diabetes gestacional
3. Cuidado prenatal
4. Cuidado intraparto
5. Cuidado neonatal
6. Cuidado posnatal

3.- CUIDADO PRECONCEPCIONAL A LA MUJER DIABETICA

<p>FORMACIÓN Y ASESORÍA⁴⁶</p> <p>Se debe ofrecer información y asesoría a todas las mujeres con DM que están planificando un embarazo. Se debe recomendar a la paciente buscar cuidado preconcepcional y se le debe suministrar información que incluya lo siguiente: - Riesgo de complicaciones en el embarazo y cómo reducirlas con un buen control glucémico. - Dieta, control de peso y ejercicio, incluyendo reducción de peso en mujeres con un IMC sobre 25 kg/m². - Hipoglucemia y como identificar la misma. - Náusea y vómito relacionado con el embarazo y control glucémico. - Evaluación de la retina y del riñón. - Cuándo detener la anticoncepción en caso de tenerla. - Tomar suplementos de ácido fólico (5 mg/día) tres meses antes y durante el embarazo (1 mg/día). - Revisar todos los posibles cambios en la medicación, en los objetivos glucémicos y en la rutina de automonitoreo.</p>	R-A
<p>LOS RIESGOS DE HIPERGLUCEMIA EN EL EMBARAZO INCLUYEN:⁴⁷</p> <p>- Macrosomía fetal - Trauma durante el nacimiento, tanto para la madre como para el niño - Aborto - Anomalías congénitas - Aumento de morbilidad neonatal - Muerte neonatal - Obesidad y/o diabetes que puede aparecer después en el niño - Incremento del índice de cesáreas</p>	E-1a
<p>OFRECER A LA PACIENTE LOS SIGUIENTES CUIDADOS PRECONCEPCIONALES:⁴⁸</p> <p>- Suplementación con ácido fólico - Medición de glucosa mediante automonitoreo - Tirillas de medición de cetonas para mujeres con DM tipo 1 - Un programa estructurado de educación en diabetes - Medición trimestral de HbA1c - Valoración oftalmológica: evaluación de retina mediante imagen digital con midriasis usando tropicamida - Evaluación renal, incluyendo microalbuminuria, antes de suspender la anticoncepción. - Considerar estudios adicionales si la creatinina sérica se encuentra fuera de los límites normales que van entre 0,4 a</p>	R-A

⁴⁶ (ASSOCIATION, 2012)

⁴⁷ (ASSOCIATION, 2012)

⁴⁸ (HARTLING L, y otros, 2012)

0,8 mg/dL y valoración por nefrología	
<p>SEGURIDAD DE LA MEDICACIÓN ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO:⁴⁹</p> <p>La insulina (regular y NPH), y/o la metformina son opciones farmacológicas válidas antes y durante el embarazo; existe fuerte evidencia sobre su efectividad y seguridad en el embarazo. Datos provenientes de estudios clínicos y otras fuentes no sugieren que los análogos de la insulina de acción rápida (aspart y lispro) afecten adversamente el embarazo o la salud del feto o del RN, por lo cual pueden ser utilizados.⁵⁰</p>	E-2a
<p>NO se recomienda los análogos de la insulina de larga-acción (glargina) durante el embarazo, ya que la evidencia en este tema es aún limitada.</p>	E-1b
<p>TAN PRONTO SE CONFIRME EL EMBARAZO SE DEBE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suspender los hipoglucemiantes orales con excepción de la metformina y, si se requiere empezar la insulino-terapia. - Suspender los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los antagonistas de receptores de angiotensina 2 (ATA2), y considerar terapias alternativas en pacientes con hipertensión arterial crónica. - Suspender las estatinas. 	R-B
<p>GLUCEMIA DIANA Y SEGUIMIENTO DE LA MISMA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recomendar el automonitoreo de glucemia con objetivos glucémicos individualizados. - Asesorar a la paciente sobre la necesidad de control glucémico para que aumente la frecuencia del automonitoreo, que incluya una combinación de niveles pre y posprandiales. - Realizar HbA1c trimestralmente. - Recomendar bajar los niveles de HbA1c y recomendar que un valor igual o menor (\leq) a 7% es seguro, reduciendo el riesgo de complicaciones. - Recomendar evitar el embarazo en diabéticas pregestacionales si los niveles de HbA1c son mayores a 8%; en ese caso, primero lograr los objetivos terapéuticos anteriormente citados. 	E-2a

⁴⁹ (PREGNANCY, 2008)

⁵⁰ (ASSOCIATION, 2012)

CONSULTA PRECONCEPCIONAL	
Se recomienda realizar una consulta preconcepcional a toda mujer que desee embarazarse	E-1c
CONTROL GLICEMICO	
Se recomienda que la mujer con diabetes, para programar un embarazo, sea evaluada y tratada con el fin de alcanzar un nivel de glucosa plasmática y hemoglobina glicosilada HbA1c lo más cercano a lo normal como sea posible (mínimo HbA1c < 7), sin llegar a hipoglucemia.	E-2c
TERAPIA INSULINICA	
Se recomienda acudir a consulta con especialista en diabetes para lograr una intensificación en el tratamiento de su diabetes. Esta intensificación puede ser con: sistema basal-bolo, insulina premezcla análogas, entre otros; con el fin de lograr, de manera individual y bajo perspectiva del especialista, el objetivo glucométrico planteado como nivel preconcepcional, así como durante el embarazo, y para un ajuste determinante de su terapia insulínica.	E-1c
Todo cambio de tratamiento insulínico debe ser prioritario para alcanzar los objetivos, previa programación preconcepcional, en aras de lograr un embarazo sin riesgos.	E-2
Se sugiere que en caso de necesidad de administrar insulina de acción prandial, se utilice una insulina análoga de acción corta (lispro o aspart), en lugar de insulina regular humana, por su perfil farmacodinámico más fisiológico y de menor riesgo de hipoglucemia.	E-2c
No se recomienda el uso de glargina, insulina análoga de acción prolongada, para el manejo de una paciente que esté en un programa preconcepcional, por no estar aprobada por la FDA para este uso.	E-2c
No se recomienda el uso de detemir, insulina análoga de acción prolongada, por no encontrarse en venta en nuestro país.	E-2c
FUNCIÓN RENAL (PRECONCEPCIONAL)	
MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN	
Se recomienda que se mantenga un nivel de control (<130/80) como objetivo y que sea de prioridad lograrlo, antes de iniciar la	E-1c

suspensión de contracepción o programación para embarazo.	
Se recomienda que toda mujer con diabetes que está programando un embarazo y que esté utilizando un inhibidor de la enzima convertidor de angiotensina (IECA) o bloqueante de receptor angiotensina (ARA 2) descontinúe esta medicación previa la programación de concepción.	E-1c

4.- DIABETES GESTACIONAL

Tamizaje y diagnóstico:⁵¹ Según los siguientes factores de riesgo, se puede clasificar a pacientes de riesgo alto y de riesgo moderado.

4.1.- FACTORES DE RIESGO

Riesgo	Factores / criterios
Riesgo medio	Sobrepeso (IMC mayor a 25 kg/m ²) antes del embarazo - Historia de resultados obstétricos adversos
Riesgo alto	- Población latina/hispana (como la ecuatoriana) con alta prevalencia de DM - Obesidad (IMC mayor a 30 kg/ m ²) - Antecedentes de DG en embarazos previos - Partos con productos macrosómicos de más de 4 kilos o percentil mayor a 90 - Glucosuria - Síndrome de ovario poliquístico (SOP) - Historia familiar de DM2 - Trastorno del metabolismo de los carbohidratos (hiperglucemia en ayunas, intolerancia a los carbohidratos) - Óbito fetal de causa inexplicable

⁵¹ (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION , 2012)

<p>El tamizaje dependerá de la estratificación de riesgo en la mujer gestante, definiendo alto y moderado riesgo.⁵²</p> <p>ALTO riesgo: se realiza una glucemia en ayunas en la consulta médica inicial, que se interpretará de la siguiente manera:</p> <p>- Mayor a 126 mg/dL = diabetes preexistente - Entre 92 a 126 mg/dL = DG - Menor de 92 mg/dL = se realizará una PTOG de 75 g entre las semanas 24 y 28 de gestación.</p> <p>MODERADO riesgo: se realizará una PTOG de 75 g a la mujer gestante entre la semana 24-28</p>	E-2 ^a
<p>Los puntos de corte máximos de PTOG de 75 g son:⁵³⁵⁴⁵⁵⁵⁶</p> <p>- Basal: menor a 92 mg/dL - 1^o hora: menor a 180 mg/dL - 2^o hora: menor a 153 mg/dL</p> <p>Se considera DG si uno o más de estos valores se altera.</p>	E-2a

⁵² (PREGNANCY, 2008)

⁵³ (ASSOCIATION, 2012)

⁵⁴ (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION , 2012)

⁵⁵ (BLUMER I, y otros, 2013)

⁵⁶ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo(pre-gestacionaly gestacional) guía practica clinica , 2014)

<p>NO son pruebas equivalentes para tamizaje de DG la medición de glucosa capilar o el test urinario de glucosa. ⁵⁷⁵⁸</p>	<p>R-A</p>
<p><u>Se debe suministrar información y asesorar en el tamizaje cuando.</u>⁵⁹</p> <p>- Existe riesgo de complicaciones al nacimiento o si la DG no se controla. - La DG responderá a los cambios en la dieta y ejercicio en la mayoría de mujeres. - La metformina o la insulínaterapia pueden ser necesarias si la dieta y el ejercicio no controlan los niveles de glucosa sanguínea. - Se requiere monitoreo de glucosa estricto durante el embarazo y el trabajo de parto</p>	<p>E-1a</p>
<p><u>Se debe suministrar información y asesoría después del tamizaje</u> sobre⁶⁰ - Los riesgos de la DG y cómo reducirlos con un buen control glucémico. - Dieta, control de peso y ejercicio, incluyendo pérdida de peso para mujeres con sobrepeso. - Automonitoreo de glucemia. - Objetivos personalizados para control de glucemia.</p>	<p>E-1^a</p>
<p>Los riesgos de la DG incluyen: - Macrosomía fetal - Trauma durante el nacimiento, tanto para la madre como para el niño - Incremento del índice de cesáreas - Morbilidad neonatal - Muerte neonatal -</p>	<p>E-1^a</p>

⁵⁷ (PREGNANCY, 2008)

⁵⁸ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo(pre-gestacional y gestacional) guía práctica clínica , 2014)

⁵⁹ (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION , 2012)

⁶⁰ (PREGNANCY, 2008)

Obesidad y/o diabetes desarrollada más tarde en la vida del niño	
<u>Terapia para control de la hiperglucemia en el embarazo:</u> ^{61 62} Se debe considerar terapia farmacológica para mujeres con DG: - Si los cambios en la dieta y el ejercicio no mantienen los objetivos de control glucémico en un período de una a dos semanas. - Si la ecografía/ultrasonido muestra macrosomía fetal incipiente entre la semana 28 a 30, esto es circunferencia abdominal sobre el percentil 70. - Si se requiere terapia para hiperglucemia en el embarazo. - Se debe ajustar la terapia farmacológica de forma individualizada. - Las opciones farmacológicas son: metformina (antidiabético oral permitido en el embarazo), e insulina (NPH, regular). Este tratamiento será evaluado, decidido y supervisado por el médico especialista.	R-A
En la primera consulta médica prenatal a toda embarazada, se debe determinar los factores de riesgo para desarrollar DG, y clasificarlas en grupos de riesgo moderado y alto. Véase la tabla 2. ⁶³	R- A
Las mujeres con alto riesgo para desarrollar DG, deben ser evaluadas tan pronto como sea posible después de confirmar del embarazo. ⁶⁴	R-B

⁶¹ (PREGNANCY, 2008)

⁶² (HERNANDEZ TL, FRIENDMAN JE,, VAN PELT RE,, & BARBOUR LA, 2011)

⁶³ (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION , 2012)

⁶⁴ (FONT-LÓPEZ KC, y otros, 2010)

5.- CUIDADO PRENATAL

Se recomienda el manejo multidisciplinario e integral de la diabetes en el embarazo, ya que es una condición que amerita atención prioritaria, con enfoque ginecológico, tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico de ser necesario, asegurando lo siguiente:⁶⁵⁶⁶

- Cuando la paciente tenga DG, que sea referida a un especialista.
- Realizar controles glucémicos cada semana al menos.
- Asesorar sobre el establecimiento de salud adecuado para atender el parto (segundo y tercer nivel).
- Proveer información y educación integral en diabetes durante cada consulta de control prenatal.
- Garantizar el seguimiento y las consultas prenatales.

5.1.- CONTROL PRENATAL ESPECÍFICO EN MUJERES CON DM ⁶⁷⁶⁸

Durante la primera consulta médica: -

Ofrecer información, asesoría y apoyo sobre control glucémico y automonitoreo enfocado a metas terapéuticas. - Realizar una historia clínica orientada al problema. - Revisar la medicación. - Ofrecer una evaluación de la retina y del riñón si estos no hubieran sido realizados en los 12 meses previos. - Realizar exámenes de laboratorio prenatales como son biometría hemática, glucosa sérica, examen general y cultivo de orina, VDRL, grupo sanguíneo y factor Rh, BUN, creatinina, HbA1c, glucemia en ayunas y posprandial; y consulta con

⁶⁵ (ASSOCIATION, 2012)

⁶⁶ (PREGNANCY, 2008)

⁶⁷ (PREGNANCY, 2008)

⁶⁸ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo(pre-gestacional y gestacional) guía práctica clínica , 2014)

<p>especialista en diabetes. - Establecer riesgo de complicaciones de diabetes. - Derivación para control nutricional.</p>
<p>Semanas 6 a 8: -</p> <p>Confirmar la viabilidad del embarazo y la edad gestacional.</p>
<p>Semanas 20 a 22: -</p> <p>Realizar una ecografía morfológica fetal (detalle anatómico).</p> <p>Semanas 11 a 14: -</p> <p>Realizar ecografía para determinar marcadores ecográficos de AC. - Realizar HbA1c. - Realizar control con especialista en diabetes.</p>
<p>Semanas 28 a 30: -</p> <p>Realizar ecografía para valorar crecimiento fetal, perímetro abdominal fetal y determinación de percentil para descartar macrosomía fetal incipiente. - Realizar control con especialista en diabetes.</p>
<p>Semana 36: -</p> <p>Realizar ecografía para valorar crecimiento fetal y el volumen del líquido amniótico. - Realizar valoración con especialista en diabetes. - Recomendaciones de manejo glucémico y preparación para la inducción de la labor de parto o cesárea.</p>

Semana 38: -

Ofrecer inducción de la labor o cesárea, si se indica. - Realizar test de bienestar fetal en las mujeres que esperan labor espontánea. - Ofrecer información y asesoría sobre: - Tiempo, modo y manejo del parto. - Analgesia y anestesia, incluyendo evaluación anestésica para mujeres con comorbilidades como obesidad o neuropatía autonómica. - Cambios en la terapia hipoglucémica durante y después del nacimiento. - Cuidado inicial del recién nacido. - Inicio de la lactancia y el efecto de la lactancia sobre el control glucémico. - Anticoncepción y seguimiento.

Semanas 39 a 41:

- Realizar test de bienestar fetal en las mujeres que esperan labor espontánea

5.2.- TRATAMIENTO DE LA D G⁶⁹⁷⁰⁷¹

La obesidad es un factor independiente de riesgo de eventos adversos que incluyen: trastornos glucémicos, intolerancia a la glucosa, desórdenes hipertensivos, mortalidad perinatal, macrosomía, nacimiento pretérmino y AC.

NO se recomienda el descenso de peso durante el embarazo.⁷² La ganancia de peso adecuada durante la gestación depende del peso con el cual la paciente comienza la misma

⁶⁹ (PREGNANCY, 2008)

⁷⁰ (FONT-LÓPEZ KC, y otros, 2010)

⁷¹ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamineto de la diabetes en el embarazo(pre-gestacionaly gestacional) guia practica clinica , 2014)

⁷² (FONT-LÓPEZ KC, y otros, 2010)

5.3.-TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DE LA DG

<p>La terapia médica nutricional debe proporcionarla un especialista en nutrición con experiencia en el manejo de diabetes y embarazo.</p>	<p>R-C</p>
<p>Se recomienda cambios alimentarios y ejercicio como el principal tratamiento de la DG. Un buen soporte no farmacológico, logra el control en una gran mayoría de estas pacientes; así mismo la mujer diabética que se embaraza debe recibir soporte nutricional de manera obligatoria en su primera consulta prenatal.⁷³</p>	<p>R-C</p>
<p>Los principales objetivos del manejo nutricional y el soporte de ejercicio moderado son:⁷⁴⁷⁵⁷⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lograr una ganancia de peso adecuada. - Optimizar el control glicémico. - Reducir las fluctuaciones de glucosa en especial durante la glucemia posprandial. - Evitar la cetonuria y evitar los episodios de hipoglucemia en pacientes insulinizadas. - Proveer de suficiente energía y nutrientes para permitir un crecimiento fetal normal 	<p>E-2a</p>
<p>. La dieta debe ser culturalmente apropiada, acorde con los hábitos alimenticios locales. La actividad física de cada gestante debe ser susceptible de modificaciones de acuerdo con la meta terapéutica, es decir, debe estar indicada por el especialista.⁷⁷</p>	<p>R-C</p>
<p>Se recomienda consumir 40% a 45% de carbohidratos del total de calorías, 20% a 25% de proteínas y 30% a 40% de grasas. Las</p>	<p>R-C</p>

⁷³ (FONT-LÓPEZ KC, y otros, 2010)

⁷⁴ (ASSOCIATION, 2012)

⁷⁵ (HARTLING L, y otros, 2012)

⁷⁶ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo(pre-gestacionaly gestacional) guía practica clinica , 2014)

⁷⁷ (FONT-LÓPEZ KC, y otros, 2010)

grasas saturadas no deben exceder de 10% del total de lípidos. Evitar carbohidratos simples. ⁷⁸⁷⁹ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo(pre-gestacionaly gestacional) guía práctica clínica , 2014)	
Se ha demostrado que el consumo de carbohidratos con bajo índice glucémico genera reducción de hiperglucemia posprandial, mejores niveles de objetivos glucémicos y productos con menor peso al nacer comparados que en madres gestantes con consumo de alimentos de alto índice glucémico.	E-2a
Se recomienda el uso de tablas de índice glucémico con el objetivo de controlar el consumo de carbohidratos de bajo índice glucémico, ya que es parte fundamental del soporte nutricional en estas pacientes.	R-A
a asignación de ingesta calórica diaria es similar en mujeres con DG o diabetes pregestacional y se calcula sobre la base del IMC preconcepcional así:5, 25, 26 - Peso normal (IMC de 20 a 24,9): 30 kcal/kg/día. - Sobrepeso y obesidad (IMC entre 25 a 39,9): 25 kcal/kg/día. - Obesidad mórbida (IMC mayor a 40): 20 kcal/kg/día.	R-A

⁷⁸ (ASSOCIATION, 2012)

⁷⁹ (HARTLING L, y otros, 2012)

En las pacientes tratadas con insulina, la dieta se fraccionará con una colación nocturna para evitar la hipoglucemia. El total de calorías se fraccionará en quintos o sextos. ³²	R-C
Se recomienda realizar ejercicio moderado, ya que disminuye la glucemia en mujeres con DG. Se considera ejercicio moderado la caminata, natación o ejercicios aeróbicos, realizados de forma regular tres a cuatro sesiones de 20 a 30 minutos por semana y no de forma intermitente o discontinua.	E-1 ^a
NO se recomienda el ejercicio físico intenso o en el ámbito competitivo, así como el aumento brusco en la cantidad de ejercicio, como por ejemplo. ⁸⁰ 1. Los ejercicios de equilibrio, con riesgo de caídas o traumatismo abdominal en el tercer trimestre de embarazo. 2. La posición estática durante períodos prolongados. 3. Los cambios bruscos de posición por el riesgo de mareos y caídas.	R-A
NO se recomienda la realización de maniobras de Valsalva, con espiración forzada con la boca y la nariz tapada, que reducen la oxigenación fetal. ⁸¹	E-1a
Algunos ensayos clínicos señalan que la combinación de la dieta y el ejercicio moderado mejora los niveles de glucemia y favorece la pérdida de peso. ⁸²	E-1b

⁸⁰ (PREGNANCY, 2008)

⁸¹ (PREGNANCY, 2008)

⁸² (ASSOCIATION, 2012)

5.4.- CONTROL GLICEMICO EN DG

La meta en la glucosa sanguínea durante el embarazo es lograr una glucemia central en: ⁸³⁸⁴⁸⁵⁸⁶⁸⁷

- Ayuno menor a 90 mg/dL
- Dos horas posprandial menor a 120 mg/dL

Se recomienda un control más estricto cuando el crecimiento fetal es igual o mayor del percentil 90, en donde las metas de glucemia serán:

- En ayuno, menor a 80 mg/dL
- Una hora posprandial menor a 130 mg/DI

Se recomienda una vigilancia aún más estrecha en estas pacientes, por el riesgo que tienen de presentar hipoglucemia fetal o neonatal.

NO se recomienda usar de rutina la HbA1c para valorar el control de glucemia en el segundo y tercer trimestre de embarazo.^{88 32}

6.-INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Para planificar y ejecutar las intervenciones de enfermería en el cuidado del paciente diabético es indispensable que la (el) enfermera (o) realice la valoración, establezca los diagnósticos de enfermería y finalmente proyecte las intervenciones, que son los cuidados directos que se realizarán en

⁸³ (FONT-LÓPEZ KC, y otros, 2010)

⁸⁴ (KAVITHA N, DE S,, & KANAGASABAI S, 2013)

⁸⁵ (WAHABI HA, ALZEIDAN RA, , & ESMAEIL SA., 2012)

⁸⁶ (BENHALIMA K, y otros, 2012)

⁸⁷ (dirección nacional de normatización diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo(pre-gestacionaly gestacional) guía practica clinica , 2014)

⁸⁸ (PREGNANCY, 2008)

beneficio del paciente. Estos aspectos engloban los iniciados por enfermería como resultado de sus diagnósticos y los indicados por el médico. Asimismo, estas intervenciones deben abarcar el cuidado directo al paciente en caso de incapacidad.

Las intervenciones se clasifican en dos tipos: las prescritas por la enfermera y las prescritas por el médico (delegadas). Todas las intervenciones requieren de un juicio inteligente por el profesional de enfermería, ya que, son legalmente responsables de su adecuada puesta en práctica.⁸⁹

La valoración del paciente es el primer paso del proceso y consiste en la recolección de los datos en forma deliberada y sistemática para determinar su estado de salud. Con estos datos se establecen los diagnósticos de enfermería, se planifican e implementan las intervenciones adecuadas y posteriormente se evalúa su efectividad.

El primer paso implica, la anamnesis, evaluación de la libreta de auto control, evaluación del cumplimiento de la exploración física que se enfoca hacia los signos y síntomas de hiperglucemia prolongada, y en los factores físicos y emocionales que puedan afectar la capacidad del paciente para realizar o aprender a realizar las actividades Relacionadas con el cuidado de su enfermedad, y por último, la Educación diabetológica⁹⁰. Se entrevista al enfermo y se le Interroga sobre los síntomas que preceden al diagnóstico de diabetes Como: poliuria, polidipsia, polifagia, resequedad de la piel, pérdida de Peso, prurito vaginal y lesiones en la piel que no cicatrizan.

⁸⁹ (ASSOCIATION, 1997)

⁹⁰ (GEDAPS, 1999)

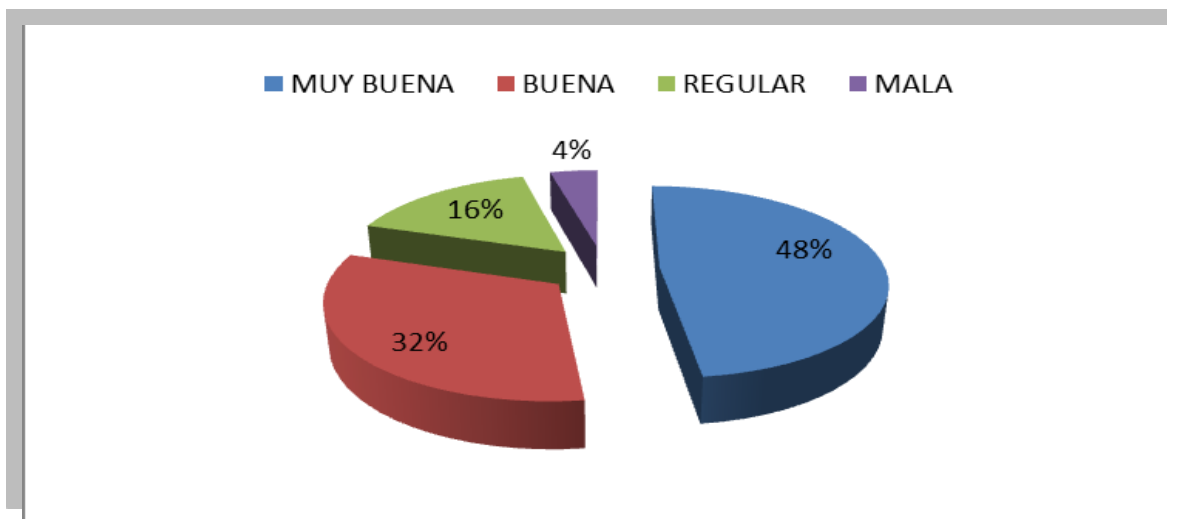
CAPITULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

PROCEDIMIENTO DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA AL PERSONAL DE ENFERMERIA

GRAFICO 1:



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del centro de salud materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

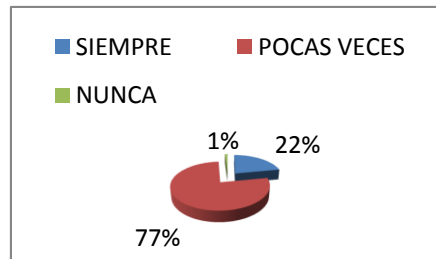
ANÁLISIS:

Al encuestar a los Licenciados de Enfermería mencionaron que la valoración de la atención sanitaria que se da a las pacientes con diabetes gestacional es muy buena en el 48%, el 32 % es buena, el 16 % regular, solo el 4% menciona que es mala, en su mayoría el personal está dando la mejor atención a las embarazadas profesionalizando la atención sanitaria⁹¹ con la finalidad de promover, proteger y restaurar la salud de esta condición que amerita atención prioritaria.

⁹¹ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

CUENTAN CON SUFICIENTE PROFESIONAL DE ENFERMERÍA?

GRÁFICO 2



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del centro de salud materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

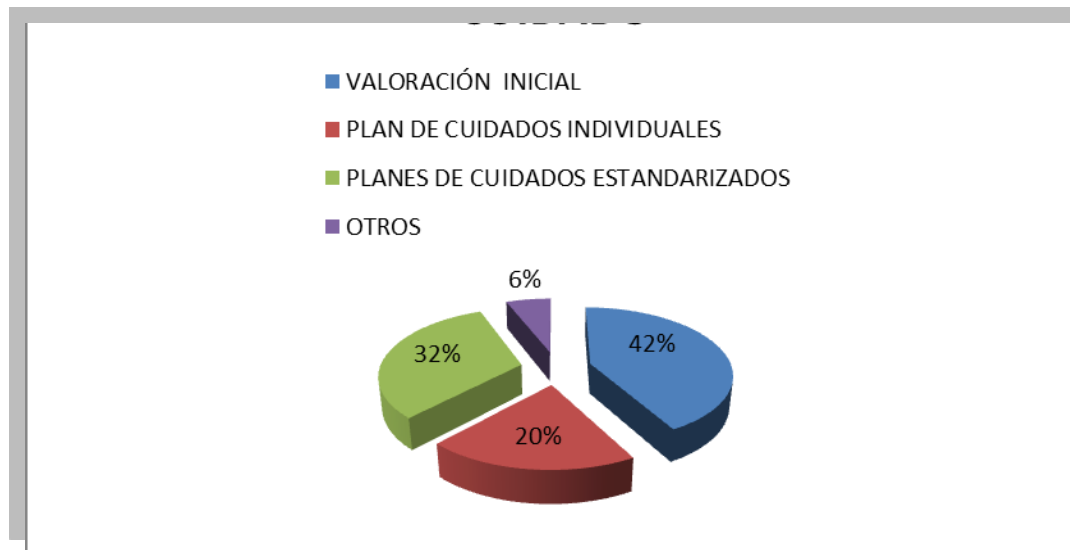
ANÁLISIS:

El 77% de los licenciados encuestados concordaron en que se necesita más personal profesional de enfermería para mejorar la prevención y promoción de cuidados de calidad que se optimizan con el incremento de personal, acompañado de más centros de salud que abarquen la totalidad de pacientes debido al aumento de población que por ende la necesidad se manifiesta, EL 22% refiere que nunca cuenta con suficiente personal, disminuyendo la calidad de atención y el 1% se siente satisfecho con la cantidad de profesional de enfermería.⁹²

⁹² (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

HERRAMIENTAS UTILIZADAS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO

GRÁFICO 3



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del centro de salud materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

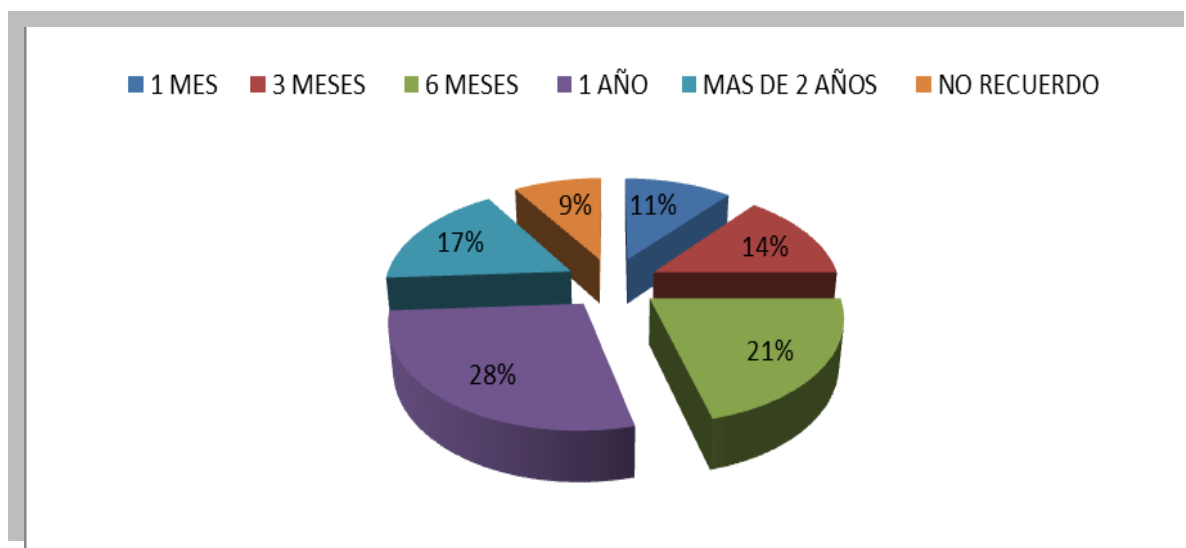
ANÁLISIS:

Queda evidenciado en el gráfico que el profesional de salud de Enfermería en el 42% refiere que se garantiza la continuidad del cuidado con la valoración inicial, mientras que el 32% menciona que se garantiza la continuidad del cuidado con plan de cuidados estandarizados, el 20% con planes de cuidados individuales y el 6% indica que otros. Cabe recalcar que existen actualmente en su mayoría planes de cuidados estandarizados a nivel de salud para mejorar el buen servicio a las pacientes.⁹³

⁹³ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

GRÁFICO 4



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del centro de salud materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

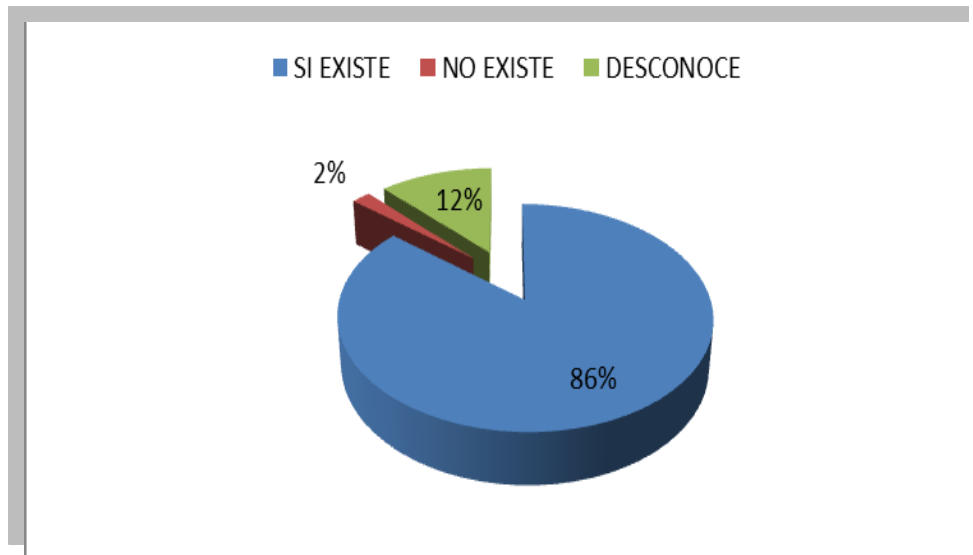
ANÁLISIS:

Se evidencia en la encuesta realizada a los Licenciados de Enfermería mencionan que se debe capacitar al personal para los planes de cuidados estandarizados, el 28% en un año, el 21% en 6 meses, el 17% más de 2 años, el 14% 3 meses, el 11% 1 mes, y el 9% no recuerda. Si se dedica a la capacitación un tiempo prudente con buenas estrategias, el profesional de enfermería saldrá mejor capacitado para ejercer y beneficiar al paciente⁹⁴

⁹⁴ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

EXISTENCIA DE LOS PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

GRAFICO 5:



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del centro de salud materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

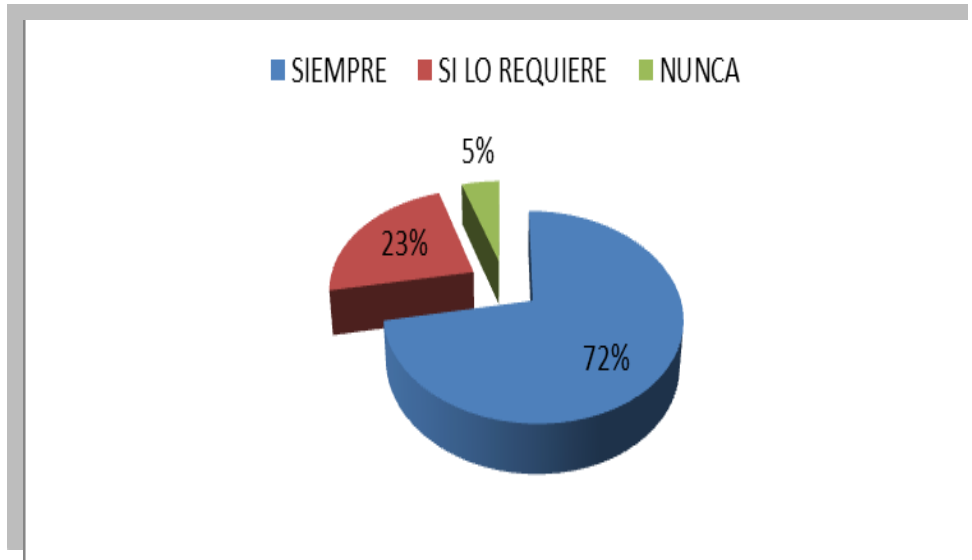
ANÁLISIS:

El 86% de los profesionales de salud responden que existen en su área de trabajo, mientras que un 12% desconoce y el 2% indica que no existe. Es importante que el personal de enfermería tenga el pleno conocimiento de la existencia de un plan de cuidados estandarizados por área de servicio en un hospital o centro de salud, que se maneja por protocolos, que este actualizado y que contribuya de forma adecuada a la paciente con DG⁹⁵

⁹⁵ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

APLICACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS A PACIENTES CON DG

GRAFICO 6:



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del centro de salud materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

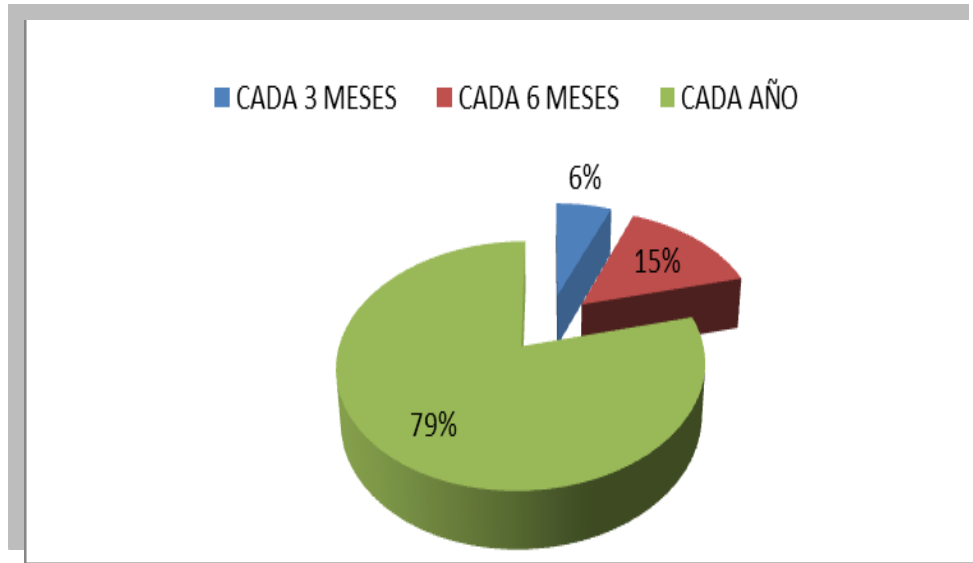
ANÁLISIS:

En la respuesta obtenida de los Licenciados de Enfermería en un 72% menciona aplicar los planes de cuidados de enfermería a las pacientes con diabetes gestacional, el 23% indica que si lo requiere la paciente y el 5% dice que nunca, pues cabe recalcar que es muy importante aplicar los planes de cuidados a cada paciente porque se relaciona estrictamente con la necesidad del individuo priorizando sus necesidades y mantendremos el seguimiento del paciente evaluándola evitando futuras complicaciones para favorecer la salud materna y del niño.⁹⁶

⁹⁶ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

CAPACITACIÓN EN COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DG

GRAFICO 7:



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del centro de salud materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

ANÁLISIS:

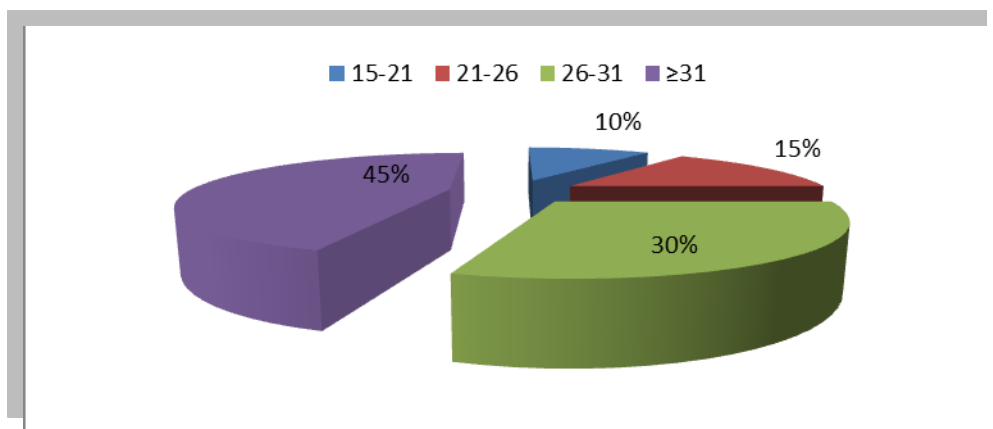
Se observa que el mayor porcentaje del personal de Enfermería se capacita cada año en un 79%, el 15% cada 6 meses y el 6% cada tres meses, queda claro que la capacitación es continua para atender mejor a las pacientes con diabetes gestacional llevando a cabo campanas fuera y dentro del centro de salud incluido el seguimiento domiciliario, motivada por el Ministerio de Salud del Ecuador que implementa estrategias de prevención, control y tratamiento ya que el gobierno está comprometido con la Salud Pública materno infantil.⁹⁷

⁹⁷ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

PROCEDIMIENTO DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA A LAS EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL

EDAD DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA CON DG

GRÁFICO 8



FUENTE: Encuesta realizada a embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de salud materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

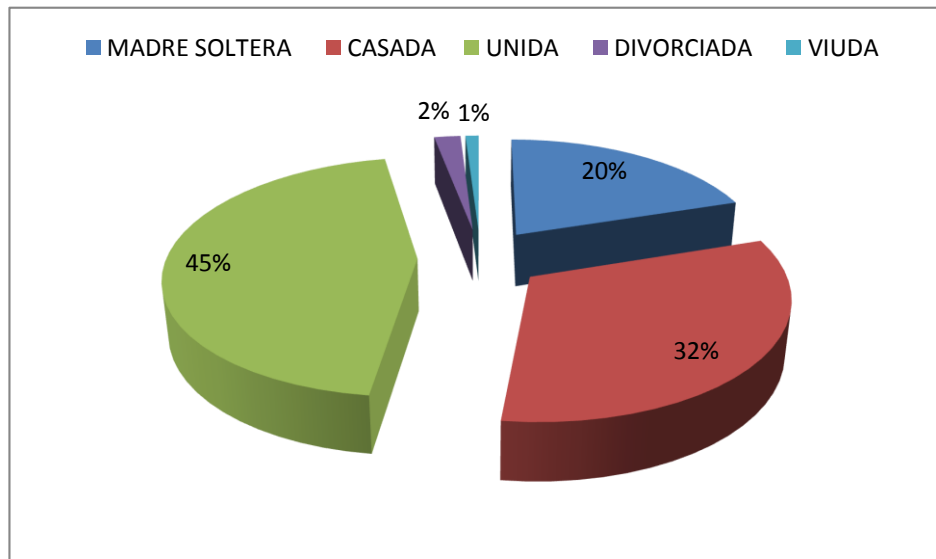
ANÁLISIS:

De cada 100 mujeres en gestación aproximadamente 4 de ellas desarrollan diabetes gestacional y según la encuesta realizada a las usuarias que acuden a la consulta médica con diabetes gestacional, la edad de las gestantes con esta patología corresponden a la comprendida en el mayor número a las mujeres gestantes diabéticas mayores de 30 años que tiene el 45%, el 30% está entre mujeres gestantes diabéticas de 21 a 26 años y a mujeres gestantes diabéticas el 10%. Se demuestra que esta patología va mejor acompañada del factor de riesgo “edad de la gestante”.⁹⁸

⁹⁸ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA CON DG.

GRÁFICO 9



FUENTE: Encuesta realizada a embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de salud materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

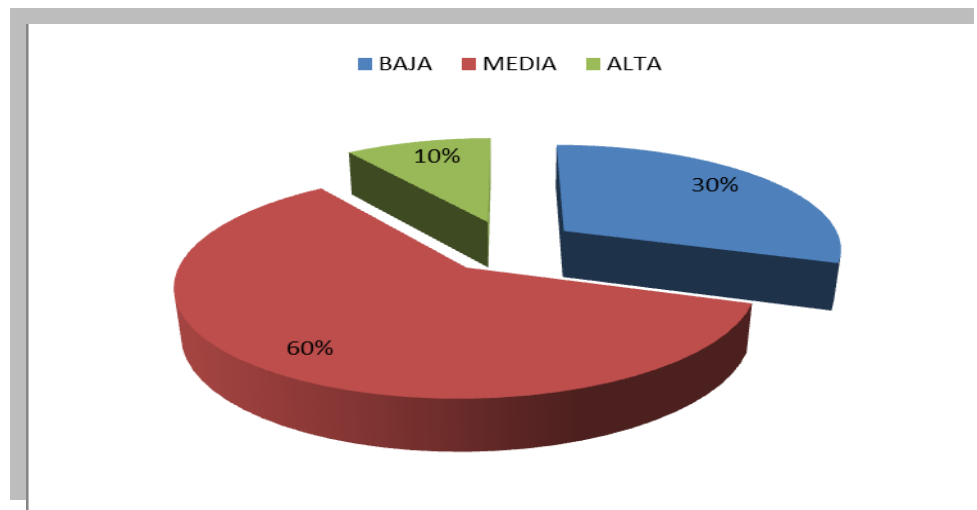
ANÁLISIS:

Según la encuesta realizada el 45% de mujeres embarazadas con diabetes gestacional son mujeres de estado civil unidas a su pareja, esta patología está relacionada con el estilo de vida saludable y hábitos alimentarios, el cual se necesita una dieta adecuada, y los bajos ingresos de la pareja no les permite una correcta alimentación, disminuye el porcentaje al 32% en parejas casadas que junto al compromiso crean mayor responsabilidad para su salud, el 20% corresponde a madre soltera que por lo general tienen su bebé antes de los 30 años evitando el factor de riesgo edad.⁹⁹

⁹⁹ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

SITUACIÓN SOCIO ECONOMICA DE LAS GESTANTES ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA CON DG.

GRÁFICO 10



FUENTE: Encuesta realizada a embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de Salud Materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

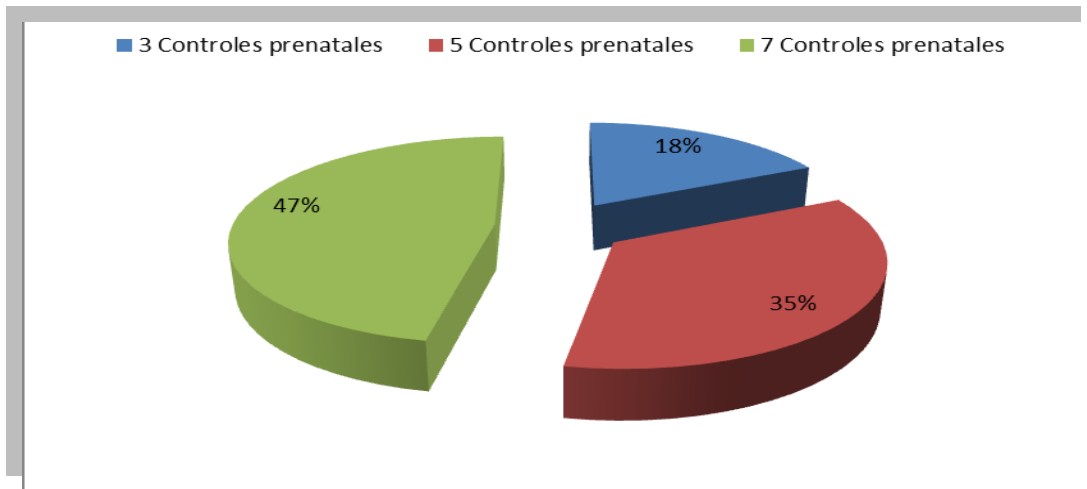
ANÁLISIS:

Se puede demostrar que existe un mayor porcentaje en pacientes con diabetes gestacional con situación socio económica media que corresponde al 60%, el cual está relacionada con el descuido de su alimentación porque de si tener como abastecer el alimento diario , el problema es la mala nutrición, una dieta inadecuada origina alteración del metabolismo de los hidratos de carbono provocando la diabetes, el 30 % corresponde a la clase baja que debido a sus bajos ingresos económicos se imposibilita acceder al alimento nutritivo para la gestante.¹⁰⁰

¹⁰⁰ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA MÉDICA CON DG

GRÁFICO 11



FUENTE: Encuesta realizada a embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de Salud Materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

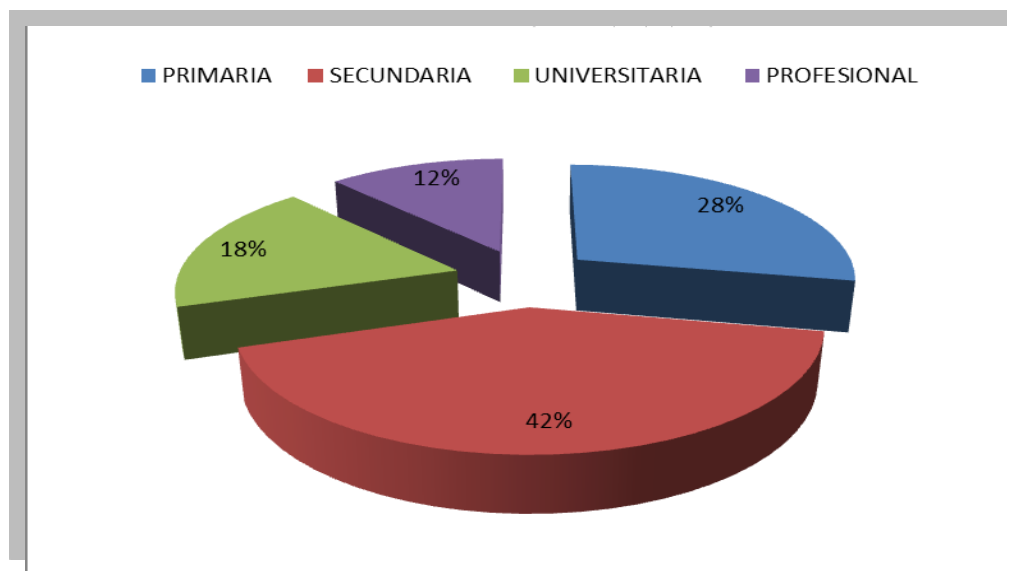
ANÁLISIS:

A través de los resultados de la encuesta podemos observar que una vez diagnosticada la paciente con diabetes gestacional, crea conciencia de su necesidad de salud asistiendo a los controles regularmente el 47% tiene la mayor cantidad de control, seguida del 35 %, por ende es necesario que el personal de enfermería siga dando charlas educativas a las pacientes y hacer seguimiento a las gestantes del 18% convenciéndolas de que sean más regulares en su asistencia a los controles maternos, para disminuir los altos índices de morbilidad materna y perinatal.¹⁰¹

¹⁰¹ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CON DG QUE ACUDEN A LA CONSULTA .

GRÁFICO 12



FUENTE: Encuesta realizada a embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de Salud Materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

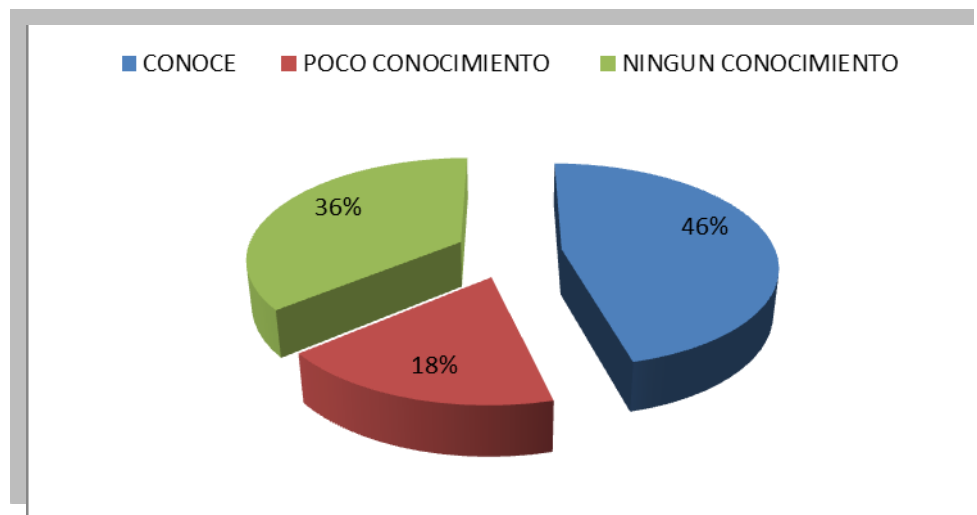
ANÁLISIS:

Se evidencia que el 42% y el 28% tienen instrucción académica de secundaria y primaria respectivamente, lo que nos permite visualizar que el nivel académico influye en el aporte intelectual y nos favorece para ejecutar mejor la salud de la gestante permitiéndonos evaluar el interés y captación de la gestante, el 18% y el 12% es de paciente de 3er nivel de instrucción, lo que nos permitirá determinar la captación en la capacitación de la gestante con guías educativas en charlas brindadas en los centros de salud y seguimiento de la gestante diabética, para disminuir la morbilidad y mortalidad materno infantil.¹⁰²

¹⁰² (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS GESTANTES SOBRE SU PATOLOGÍA LA DG.

GRÁFICO 13



FUENTE: Encuesta realizada a embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de Salud Materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

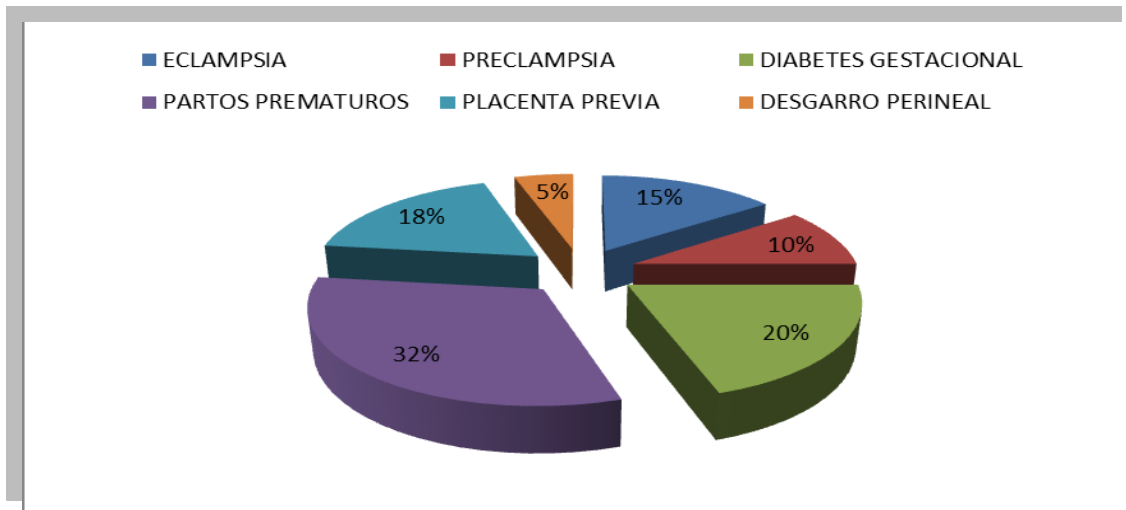
ANÁLISIS:

Se evidencia en la encuesta realizada a la paciente del centro materno infantil, el 46% indicaron si tener conocimiento acerca de la diabetes gestacional, pues al momento de sus visitas periódicas se les realizaron exámenes de rutina que confirmaron su patología y con la asistencia oportuna y continua les ayudó a obtener información de su enfermedad brindada por el personal de salud, el otro 36% corresponden a gestantes que acuden casi nunca a sus controles prenatales, queda evidenciado que el porcentaje es alto, y el 18% está relacionado con pacientes que acuden con poca regularidad.¹⁰³

¹⁰³ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES FRECUENTES EN EL EMBARAZO DE LAS GESTANTES CON DG

GRÁFICO 14



FUENTE: Encuesta realizada a embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de Salud Materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

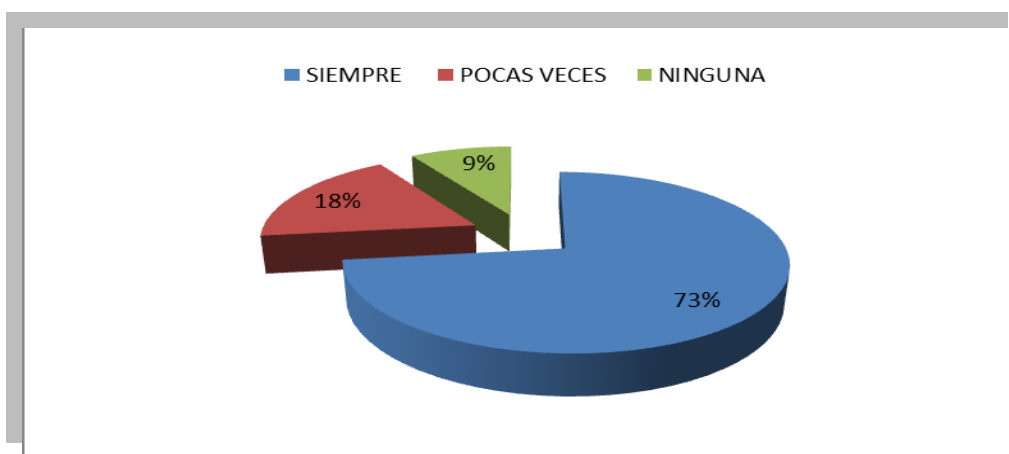
ANÁLISIS:

Entre las pacientes encuestadas el 32% contestaron que la complicación que más conocen es la placenta previa seguido de un 20% diabetes gestacional, mientras que tienen conocimiento un 18% de la placenta previa, un 15% saben acerca de la eclampsia, y el 5% se refieren a desgarros, Se puede observar que si asisten a los controles y se les brinda educación continua se logra poner en alerta a las gestantes para que eviten complicaciones futuras para ella y su bebe. Pero es necesario un conocimiento más amplio y en general porque hay gran número de gestantes que no asisten a sus controles periódicamente.¹⁰⁴

¹⁰⁴ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

INFORMACIÓN BRINDADA A LAS GESTANTES DE COMO NO PADECER LAS COMPLICACIONES DE SU PATOLOGÍA LA DG.

GRÁFICO 15



FUENTE: Encuesta realizada a embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de Salud Materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

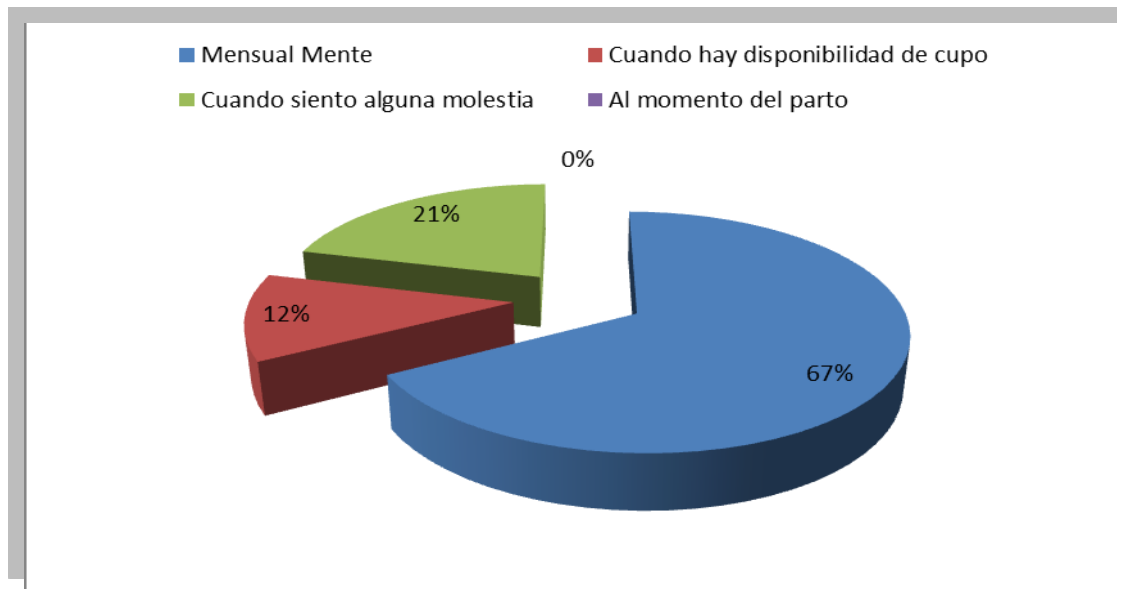
ANÁLISIS:

De la totalidad de las embarazadas estudiadas el 73% menciona que reciben información sobre los riesgos de la diabetes gestacional, sigue el 18% las cuales indican que pocas veces han tenido información y el 9% refiere que no han tenido información acerca de las complicaciones que se podrían presentar en una paciente con diabetes gestacional. Se puede ver que existe información adecuada que ofrece el personal de salud para la mayoría de las gestantes, con una pequeña cantidad que manifiesta que no recibe ninguna información.¹⁰⁵

¹⁰⁵ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

ASISTENCIA A LAS CONSULTAS PRENATALES DE LAS PACIENTES CON DG.

GRÁFICO 16



FUENTE: Encuesta realizada a embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de Salud Materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

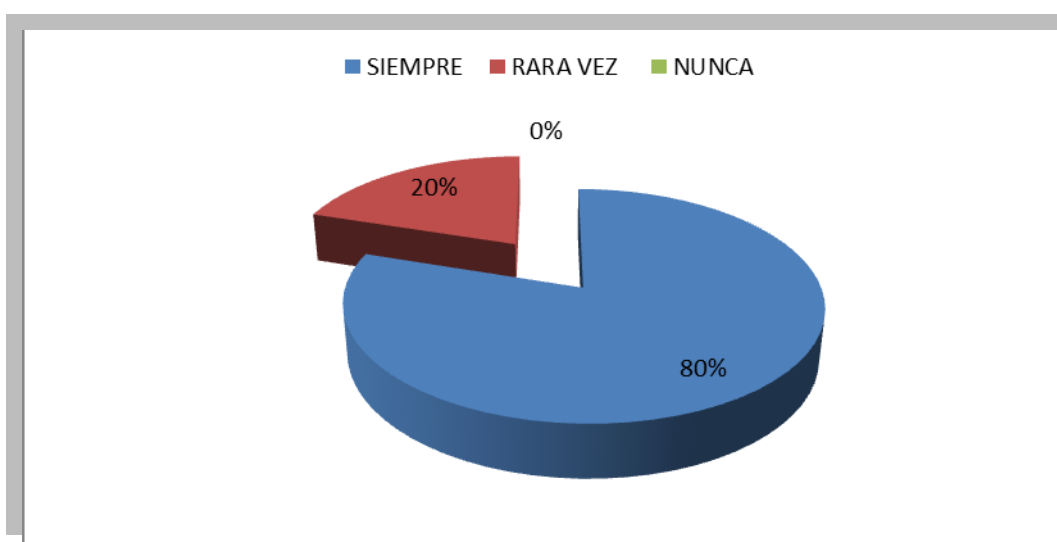
ANÁLISIS:

Se puede demostrar que el conocimiento de la gestante que padece esta enfermedad está relacionado con la mayor asistencia de paciente con diabetes gestacional a las consultas periódicas prenatales que equivale al 67%, es importante recalcar el interés que siente la futura madre para mantener a su hijo saludable para evitar complicaciones el 21% corresponde a cuando sienten molestias y el 12% cuando hay disponibilidad de cupo demostrando menos interés, esto nos motiva a seguir trabajando con este tipo de paciente para obtener resultados que beneficien la salud materna.¹⁰⁶

¹⁰⁶ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

INSTRUCCIONES BRINDADAS POR EL MÉDICO A LAS PACIENTES CON DG SOBRE SU ENFERMEDAD.

GRÁFICO 17



FUENTE: Encuesta realizada a embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de Salud Materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

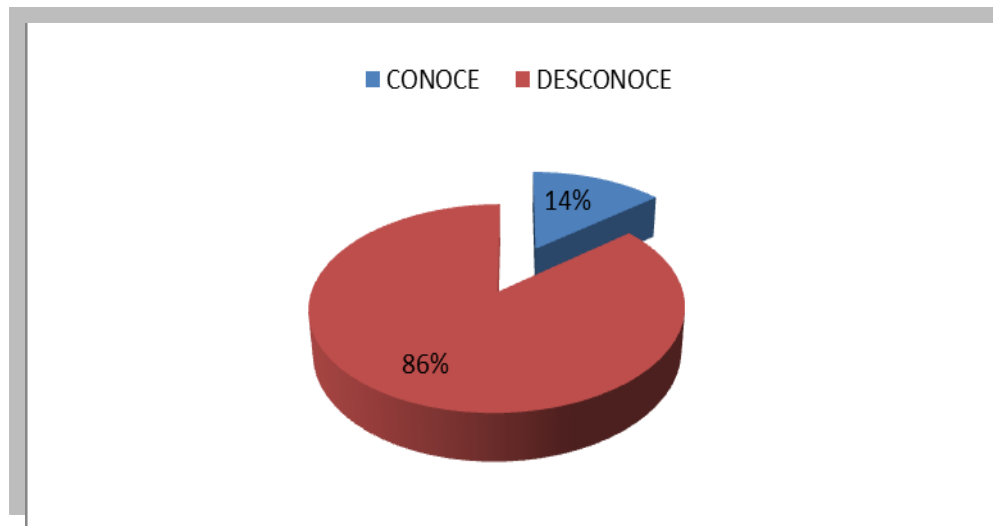
ANÁLISIS:

El 80% de las pacientes con diabetes gestacional encuestadas mencionaron que el médico tratante les da siempre instrucciones acerca de los riesgos y beneficios de su tratamiento e indican la forma de cómo evitar mayor complicaciones, mientras que un 20% mencionó que rara vez se les comunica, como personal de enfermería estamos capacitados para atender en su totalidad esta necesidad de información hacia las pacientes con diabetes gestacional.¹⁰⁷

¹⁰⁷ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

CONOCIMIENTO DE LAS USUARIAS DE LAS COMPLICACIONES QUE CAUSA LA DG A SU BEBÉ

GRÁFICO 18



FUENTE: Encuesta realizada a embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de Salud Materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

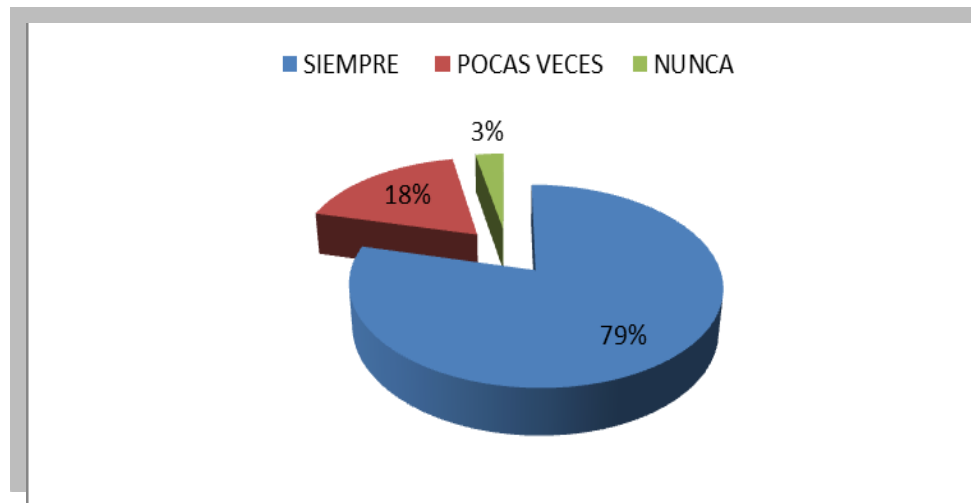
ANÁLISIS:

Según la respuesta de las usuarias, el 86% de las gestantes diabéticas tienen desconocimiento acerca de las complicaciones de su bebé a pesar de la información que se les ha proporcionado en el momento de la asistencia a la charlas prenatal, esto está muy ligado con la asistencia más baja a las consultas, mientras que el otro 14% si tiene conocimiento sobre los riesgos posnatales.¹⁰⁸

¹⁰⁸ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

EL PROFESIONAL DE SALUD ESTA CAPACITADO PARA BRINDAR INFORMACIÓN A LAS USUARIAS CON DG.

GRÁFICO 19



FUENTE: Encuesta realizada a embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de Salud Materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

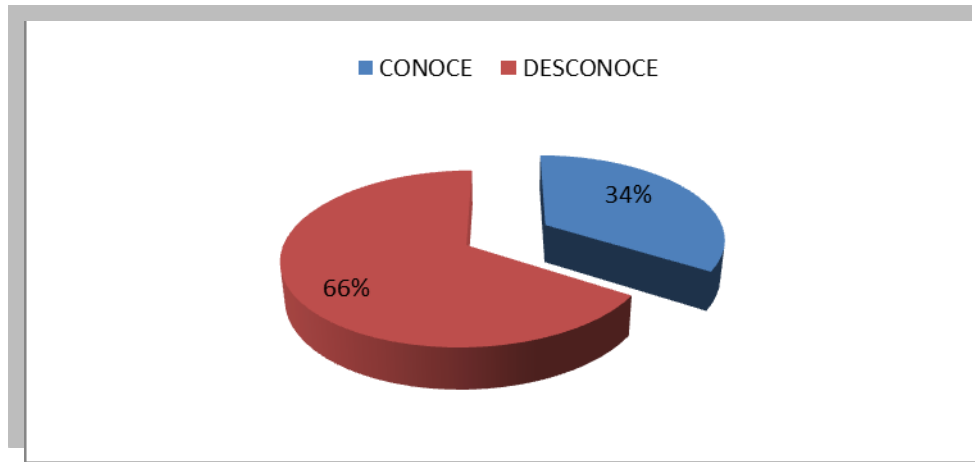
ANÁLISIS:

En la respuesta de las pacientes mencionan que el 79% del personal de salud está capacitado para brindar información acerca de la DG y atender los casos de diabetes gestacional y que el otro 18% pocas veces y un pequeño porcentaje no lo está, como todo buen profesional de salud debemos equiparnos completamente con buen conocimiento y actualizarnos constantemente en cuestiones de salud para atender complicaciones que presenten nuestros usuarios.¹⁰⁹

¹⁰⁹ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

CONOCIMIENTO DE DIABETES GESTACIONAL SI PUEDE CONVERTIRSE EN DIABETES MELLITUS TIPO II.

GRÁFICO 20



FUENTE: Encuesta realizada a embarazadas con Diabetes Gestacional que acuden al centro de Salud Materno infantil Bastión popular área # 12.

ELABORADO POR: Blanca Zamora y Fernando Rodríguez

ANÁLISIS:

Al realizar las encuestas a las pacientes que padecen diabetes gestacional, el 66% refieren tener conocimiento acerca que pueden convertirse en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 por la buena información obtenida proporcionada por el personal de salud que constantemente concientizan y enseñan cuidados a la madre para su producto, mientras que el 34% menciona desconocer que después del parto padecerán o se complicaran , vale recalcar que a pesar de ser menor el porcentaje de los que sí tienen conocimiento, el 34% es un índice alto que necesita mejor información para que apliquen mayor cuidado prenatal, así que como profesionales de salud podemos atender estos casos en su totalidad.¹¹⁰

¹¹⁰ (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

CONCLUSIÓN

Los datos obtenidos en este estudio revelan que los encuestados profesionales tienen formación académica de Licenciatura en Enfermería lo que se revierte en mejor atención a las pacientes por el conocimiento académico obtenido, permitiendo manejar el concepto correcto sobre Diabetes Gestacional. Pese a esto aumentan y actualizan sus conocimientos asistiendo a capacitaciones que se dan con frecuencia.

Acerca de los cuidados que ofrecen los encuestados a las pacientes con diabetes gestacional, una mayoría considera adecuado toda clase de cuidado con tal de lograr un mayor beneficio para la paciente, plan de alimentación, plan de actividad física, insulino terapia, hipoglucemiantes, monitoreo fetal y control de glicemia; lo cual lo refuerzan con los conocimientos obtenidos, sugieren que la institución aplique guías de cuidados al paciente con diabetes gestacional y planes de atención de enfermería estandarizados siempre actualizados para prevenir las complicaciones a futuro con la madre y el feto.

En la institución estudiada se realizan actividades de educación, asesoría y consejería de forma individual a estas pacientes; una vez al mes lo cual quieren implementar con más frecuencia para que las madres prevengan complicaciones futuras. Y sugerimos continuar con guías prácticas basadas en evidencia de las necesidades específicas e individuales de la paciente.¹¹¹

¹¹¹ (ZAMORA & FERNANDO, 2015)

RECOMENDACIONES

Se sugiere realizar un seguimiento sobre si el personal de enfermería profesional y auxiliar cumplen con las intervenciones de enfermería adecuadas en pacientes con Diabetes Gestacional.

Dar capacitaciones permanentes y constantes a todo el personal de Enfermería incluidas las auxiliares de enfermería que labora en todo el hospital así tengan poco tiempo laborando en la institución.

Evaluar los programas educativos destinados a los pacientes para optimizar los cuidados del paciente.

Incentivar al personal de Enfermería que brinden charla educativa al paciente y familiares para evitar las complicaciones a futuro con la madre y producto.

Aplicar los planes de cuidados estandarizados para las pacientes con Diabetes Gestacional.

Seguir las guías actualizadas proporcionadas sobre la diabetes gestacional que se proporcione tanto a las madres diabéticas como a las mujeres diabéticas en cuidado preconcepcional.

Realizar trabajos de investigación de intervenciones de enfermería y proporcionar dichas investigaciones al personal que labora para que se actualice constantemente¹¹²

¹¹² (ZAMORA & FERNANDO, 2014)

BIBLIOGRAFIA

- 1-(ASSOCIATION, 2012)
- 2.- (A., 2012)
- 3.- (STANDARTS OF MEDICALCARE IN DIABETES. DIABETES CARE , 2013)
- 4.- (PREGNANCY, 2008)
- 5.- (HARTLING L, y otros, 2012)
- 6.- (KAVITHA N, DE S,, & KANAGASABAI S, 2013)
- 7.- (HERNANDEZ TL, FRIENDMAN JE,, VAN PELT RE,, & BARBOUR LA, 2011)
- 8.- (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION , 2012)
- 9.- (LANGER O, UMANS JG,, & MODOVNIK M, , 2013)
- 10.- (FONT-LÓPEZ KC, y otros, 2010)
- 11.- (WAHABI HA, ALZEIDAN RA, , & ESMAEIL SA., 2012)
- 12.- (INSTITUTO NACIOANL DE ESTADISTICA Y CENSOS (INEC), 2000-2012)
- 13.- (BLUMER I, y otros, 2013)
- 14.- (GUIDELINES INTERNATIONAL NETWORK , 2010)
- 15.- (BENHALIMA K, y otros, 2012)
- 16.- (DIRECCIÓN NACIONAL DE NORMATIZACIÓN DIAGNOSTICO Y TRATAMINETO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO(PRE-GESTACIONAL Y GESTACIONAL) GUIA PRACTICA CLINICA , 2014)
- 17.- (TESIS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA)
- 18.- (UCSG, 2015)

ANEXOS

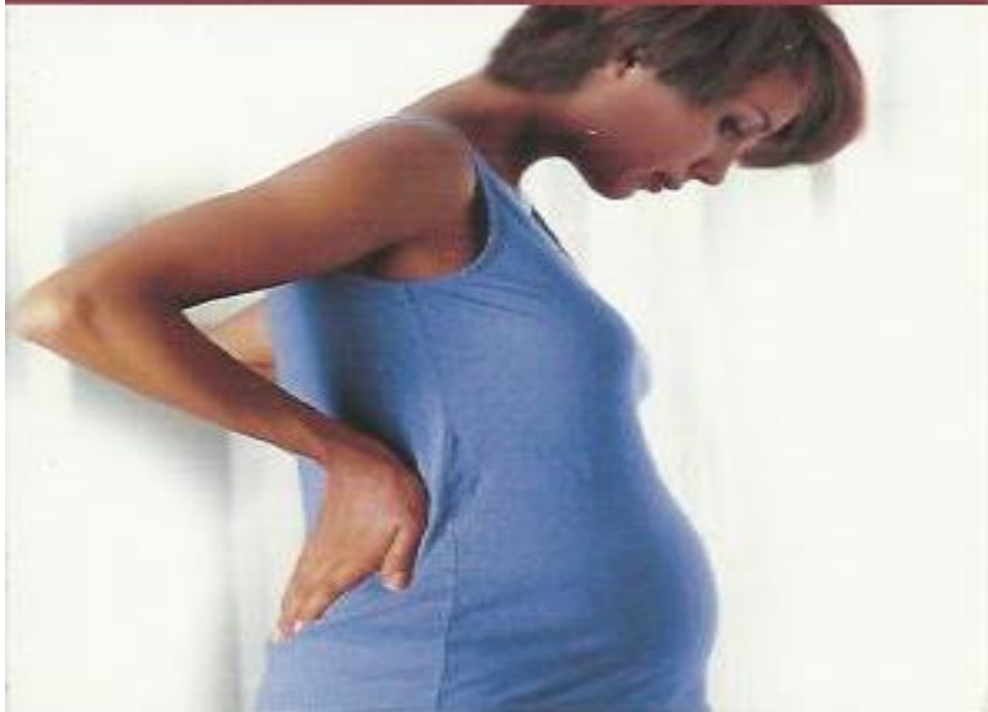


UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE ENFERMERÍA
“SAN VICENTE DE PAUL”

GUÍA DE SALUD PARA GESTANTES DIABÉTICAS

DIABETES

Diabetes Gestacional



OBJETIVO:

Incrementar conocimiento en las embarazadas que padecen diabetes gestacional, para contribuir a disminuir los grados de severidad que afectan a la madre y el producto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Estimular la aplicación de conocimientos, hábitos, actitudes, para que la madre gestante aplique en su salud materna.

-Incorporar conocimiento a la madre para que aprenda a detectar precozmente factores de riesgos en el embarazo.

-Ofrecer conocimientos de manera gratuita con información en charlas junto a esta guía para concientizar a la madre de la magnitud de sus complicaciones.

BENEFICIARIOS:

Pacientes embarazadas con diabetes gestacional.

Centro de salud materno infantil Bastión popular.

JUSTIFICACION:

La presente guía elaborada para la Diabetes mellitus gestacional, la diseñamos para aumentar el interés de las pacientes para lograr mejor orientación en el cumplimiento del tratamiento y la asistencia a las consultas prenatales con la correcta intervención del equipo de salud y la finalidad de mejorar la calidad de la gestante y su producto, de esta manera también aportamos en beneficio del Centro de Salud Materno-Infantil de Bastión Popular.

QUE ES LA DIABETES GESTACIONAL?

Es la intolerancia a los carbohidratos que resulta en niveles altos de glucosa, se reconoce por primera vez durante el embarazo, y que puede o no resolverse después del embarazo. La presencia de la diabetes gestacional se considera un embarazo de alto riesgo.



COMO EMPIEZA LA DIABETES GESTACIONAL EN EL ORGANISMO

La placenta y los adipocitos de la madre produce sustancias que alteran el estado materno sobre todo en la segunda mitad del embarazo esto causa el estado de resistencia a la insulina y sin la insuficiente insulina que debería tener las células de la madre habrá una concentración de glucosa en la sangre provocando la hiperglucemia.

QUIENES PADECEN LA DIABETES GESTACIONAL?

- Mujeres mayores de 35 años.
- Mujeres con sobrepeso.
- Mujeres con antecedentes familiares con diabetes.
- Mujeres con descendencia afroamericana, indígena.
- Mujeres con antecedentes de diabetes gestacional.
- Partos con niños de tamaño grande y peso más de 4 kilos
- Antecedentes de muerte fetal.

COMO SE DIAGNÓSTICA LA DIABETES GESTACIONAL?

Durante la primera visita médica se ofrece información, asesoría y control de la glicemia y exámenes de laboratorio con el test de Screening, en la semana 24 a 28 de embarazo y en la semana 32 a 34 de embarazo.

COMO ES EL CONTROL PRENATAL EN LAS MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL?

La paciente es referida inmediatamente al especialista, se realiza controles de la glicemia cada semana, es asesorada adecuadamente en la casa de salud para atender el parto, se ofrece información y educación integral en la diabetes durante cada consulta, Se realiza alrededor de 5 ecografías durante todo el embarazo para determinar el control de la edad gestacional, crecimiento fetal, y volumen de líquido amniótico.



RECOMENDACIONES PARA MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL

- Las dudas e inquietudes debe consultarlas al profesional de la salud.
- Realizar ejercicio físico diario moderado y acorde con cada condición del paciente, se debe consultar que tipos de ejercicio van de acuerdo a la gestante. La caminata, natación o ejercicios aerobicos realizados de forma regular 3 a 4 sesiones de 20 a 30 minutos por semana, no de forma discontinua, Esto disminuye la glucemia en mujeres con diabetes gestacional.
- No se recomienda ejercicio con espiración forzada con la boca y nariz tapada pues reduce la oxigenación fetal.
- La dieta debe ser fraccionada en 5 porciones diarias que incluya proteínas ,fibras, frutas, vegetales, se debe evitar carbohidratos simples , azucares y

grasa solo un 10% del total de consumo diario, se recomienda un estricto control de del consumo de carbohidratos.

-Interconsulta con el nutricionista.

-La dieta y el ejercicio juegan un importante papel en la diabetes gestacional, si usted consigue lo niveles normales de glicemia el medico iniciara el uso de insulina que es compatible con el embarazo, la dosis depende de manera individual y quien la determina es el profesional de salud.

MiPlato para Diabetes Gestacional

Quando está embarazada y tiene diabetes, tiene necesidades nutricionales especiales. Use *MiPlato para Diabetes Gestacional* para ayudar a controlar su nivel de azúcar en la sangre. Esto ayudará a que usted y su bebé se mantengan sanos. Todos los días, coma toda la cantidad de porciones/variedades de alimentos mostrados abajo. Hable con un dietista certificado para que le ayude a desarrollar un plan de comida y ejercicio que le ayudará a adaptarse a sus necesidades.

⚠ Limite Sus Carbohidratos (hidratos de carbono). Cuando uno tiene diabetes gestacional, el tipo y cantidad de carbohidratos importa. Verduras, Granos, Frutas, y Lácteos contienen carbohidratos. Algunos más y otros menos. Comer demasiado o del tipo incorrecto de carbohidratos puede elevar el azúcar en la sangre. Evite comidas que añaden azúcar o harina blanca, como galletas, dulces, y refrescos (sodas).

Verduras	Proteína	Granos	Frutas	Lácteos
<p>Coma verduras bajas en carbohidratos. Use verduras frescas, congeladas, o verduras enlatadas que sean bajas en sodio.</p> <p>Para la diabetes, verduras altas en carbohidratos como las papas, camote, batatas, chícharos, y elote, cuentan como Granos, no como Verduras</p> <p>Cantidad Diaria 6 o más de estas opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 tazas de verdura de hoja cruda • 1 taza de verdura cruda • 1/2 taza de verdura cocida <div style="text-align: center;"> <p>5 gramos (g) de carbohidratos por porción</p> </div>	<p>Escoja proteína baja en grasa. Evite el tocino, salchichas, y mortadela.</p> <p>Cantidad Diaria 6 o más de estas opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 onza de pescado, aves, carne desgrasada, o queso • 1/4 taza de requesón • 1 huevo • 1 onza de nueces • 1/2 taza de tofu • 2 cucharadas de crema/mantequilla de nueces <div style="text-align: center;"> <p>0 g de carbohidratos por porción</p> </div>	<p>Para la diabetes, frijoles y verduras altos en carbohidrato cuentan como Granos. Coma granos 100% integrales. Evite cereales de desayuno frío. Evite arroz, fideos, y papas que sean instantáneos.</p> <p>Cantidad Diaria 7 de estas opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 rebanada de pan de trigo integral • 1/2 taza de papa o batata • 1 tortilla pequeña de trigo integral • 1/2 taza de frijoles secos cocidos, cereal no-instantáneo, elote, o chícharos • 1/3 taza de pasta o arroz cocinado <div style="text-align: center;"> <p>15 g de carbohidratos por porción</p> </div>	<p>Coma Frutas de todos colores y no endulzadas. No tome jugo de frutas. Evite frutas en el desayuno. Limite la fruta seca a solo 1/4 taza al día.</p> <p>Cantidad Diaria 2 de estas opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 manzana pequeña • 17 uvas pequeñas • 1 taza de papaya • 1/2 plátano <div style="text-align: center;"> <p>15 g de carbohidratos por porción</p> </div>	<p>Elija sólo leche o yogurt natural y pasteurizado.</p> <p>Para la diabetes, el queso está en el grupo de proteínas. No coma yogurt o tome leche en el desayuno.</p> <p>Cantidad Diaria 3 de estas opciones para mujeres o 4 de estas opciones para adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 taza de leche de 1% o sin grasa • 1 taza de leche de soya con calcio • 3/4 taza de yogurt natural <div style="text-align: center;"> <p>15 g de carbohidratos por porción</p> </div>
<p>Grasas y Aceites</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <ul style="list-style-type: none"> Use aceites saludables de plantas como canola, cártamo, y aceite de oliva para cocinar. Lea etiquetas para evitar grasas saturadas y trans (grasas hidrogenadas). Evite grasas sólidas como manteca de cerdo, manteca, y mantequilla. <ul style="list-style-type: none"> El pescado tiene grasas saludables. Coma pescado cocido en dos comidas cada semana. Limite aceites a 6 cucharaditas cada día. </div> <p style="text-align: center;">0 g de carbohidratos por porción</p>				



UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE ENFERMERÍA

“SAN VICENTE DE PAUL”

**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EMBARAZADAS
DIAGNOSTICADAS CON DIABETES GESTACIONAL QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BASTION POPULAR AREA # 12
DEL PERIODO DE OCTUBRE2014 A FEBRERO DEL 2015 .**

ENCUESTA AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

OBJETIVO:

Obtener información para conocer el grado de conocimientos de las licenciadas de Enfermería hacia las intervenciones de Enfermería a realizar a las pacientes diagnosticadas con Diabetes Gestacional

INTRUCCIONES

Lea de forma detenida cada una de las interrogantes y seleccione la respuesta correcta marcando con una x en el casillero que corresponde al número de la opción que selecciono

ESPECIFIQUE SU CARGO:

- a) licenciada en enfermería
- b) auxiliar de enfermería

AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL: _____

1.- COMO VALORA LA ATENCIÓN SANITARIA BRINDADA POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA?

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala

2.- EXISTE SUFICIENTE PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD A LOS PACIENTES?

Siempre pocas veces Nunca

3.- SEGÚN SUS CONOCIMIENTOS CUALES SON SUS HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS?

- Valoración inicial
- Plan de cuidados individuales
- Planes de cuidados estandarizados
- Otros

4.- EN SU CASO QUE TIEMPO TIENE DE HABER ACTUALIZADO SUS CONOCIMIENTOS DE ELABORACION DE PLANES DE CUIDADOS ESTRATEGICOS?

- 1 mes
- 3 meses
- 6 meses
- 1 año
- Más de 2 años
- No recuerdo

5.- EN ESTA INSTITUCIÓN EXISTEN PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS?

- Si existe No existe Desconoce

6.-APLICA LOS PLANES DE CUIDADOS EN LAS PACIENTES CON ALTO RIESGO DE PADECER DIABETES GESTACIONAL?

- Siempre
- Si lo requiere
- Nunca
- Desconozco

7.- EL CENTRO DE SALUD CADA CUANTO CAPACITA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LAS COMPLICACIONES EN PACIENTES QUE PADECEN DIABETES GESTACIONAL?

- Cada 3 meses
- Cada 6 meses
- Cada Año
- Mensual



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE ENFERMERÍA
“SAN VICENTE DE PAUL”**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EMBARAZADAS
DIAGNOSTICADAS CON DIABETES GESTACIONAL QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BASTION POPULAR AREA # 12
DEL PERIODO DE OCTUBRE 2014 A FEBRERO DEL 2015 .**

**ENCUESTA A EMBARAZADAS DIAGNOSTICADAS CON DIABETES
GESTACIONAL**

OBJETIVO:

Obtener información para conocer el grado de conocimientos sobre la diabetes gestacional a las embarazadas que acuden al Centro Materno infantil Bastión popular área # 12

INTRUCCIONES

Lea de forma detenida cada una de las interrogantes y seleccione la respuesta correcta marcando con una x en el casillero que corresponde al número de la opción que selecciono

1.-EDAD DE LA GESTANTE:

- a) 15 – 20
- b) 21 – 26
- c) 26 - 31
- d) ≥ 31

2.- ESTADO CIVIL:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unida
- d) Divorciada
- e) Viuda

3.- SITUACIÓN SOCIO ECONÓMICA:

- a) Baja
- b) Media
- c) Alta

4.- NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES:

- Mensualmente
- Menos de 5
- Menos de 3
- Ninguno

5.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Universitaria
- c) profesional

6- TIENE USTED CONOCIMIENTOS SOBRE QUE ES LA DIABETES GESTACIONAL?

Conoce ningún conocimiento poco conocimiento

7.- CONOCE CUALES SON LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO?

Eclampsia

Preclampsia

Diabetes Gestacional

Partos Prematuros

Placenta Previa

Desgarro Perineal

8.- LE BRINDARON INFORMACIÓN AL MOMENTO DE LA CONSULTA COMO NO PADECER DE ALGUNA DE LAS COMPLICACIONES ANTES MENCIONADAS?

Siempre

Pocas veces

Ninguna

9.- CON QUÉ FRECUENCIA ACUDE A SUS CONTROLES PRENATALES?

Mensual Mente

Cuando hay disponibilidad de cupo

Cuando siento alguna molestia

Al momento del parto

10.- SIGUE LAS INSTRUCCIONES QUE LE BRINDA AL MÉDICO CON RESPECTO A SU ENFERMEDAD?

Siempre

Rara vez

Nunca

11.- SABE USTED CUALES SON LAS COMPLICACIONES QUE PRODUCE LA DIABETES GESTACIONAL A SU BEBE?

Conoce

Desconoce

12.- USTED CREE QUE EL PROFESIONAL DE SALUD DE ESTE CENTRO ESTÁ CAPACITADO PARA ATENDER CASOS DE DIABETES GESTACIONAL?

Siempre

pocas veces

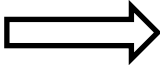
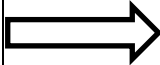
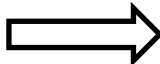
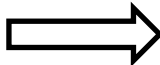
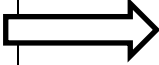
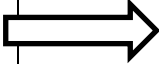
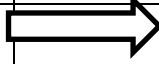
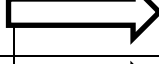
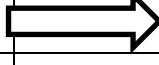
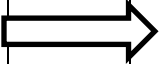
Nunca

13.-SABÍA USTED QUE LA DIABETES GESTACIONAL PUEDE CONVERTIRSE EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 SI NO LLEVA LOS CONTROLES ADECUADOS?

Conoce

Desconoce

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL
DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DE BASTIÓN POPULAR AREA # 12 DEL
PERIODO DE OCTUBRE DEL 2014 A FEBRERO DEL 2015

ACTIVIDADES	MESES					
	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
Entrega de anteproyecto						
Presentación de anteproyecto reformado						
Planteamiento del problema desarrollo de marco teórico						
Elaboración de objetivos, variables, metodología.						
Recolección de datos. Análisis de los datos del informe. Marco teórico.				 		
Conclusiones Recomendaciones					 	
Informe final						
Sustentación de proyecto						

FOTOS











UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No COR-1497



CARRERA
DE
ENFERMERIA

www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

CE-017-2014

13 de Enero del 2015

**DOCTOR
EDWIN VERA GARABIJÓ
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL 2
BASTION POPULAR**

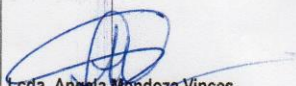
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a Usted, la autorización para que los estudiantes **ZAMORA CHOEZ BLANCA** y **RODRIGUEZ CORDOVA LUIS** quienes se encuentran realizando el trabajo de titulación con el tema "CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL N°12, PERIODO DE NOVIEMBRE 2014 A FEBRERO 2015" realicen la encuesta en el hospital que usted dignamente dirige.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente


Licda. Angela Mendoza Vincas
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

Cc: Archivo

AM/Fátima



Certificado No. CCR-1497



CARRERA DE ENFERMERIA

www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 - 2200286
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador

CE-017-2014

13 de Enero del 2015

**DOCTOR
EDWIN VERA GARABIJÓ
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL 2
BASTION POPULAR**

En su despacho. -

De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a Usted, la autorización para que los estudiantes ZAMORA CHOEZ BLANCA y RODRIGUEZ CORDOVA LUIS quienes se encuentran realizando el trabajo de titulación con el tema "CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL N°12, PERIODO DE NOVIEMBRE 2014 A FEBRERO 2015" realicen la encuesta en el hospital que usted dignamente dirige.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente

Licda. Angela Mendoza Vincas
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

Cc: Archivo

AM/Fátima

29 ENE 2015





Certificado No CQR-1497



www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

INFORME DOCENTE DE TRABAJO DE TITULACION.

Yo, DRA. AMARILIS RITA PÉREZ LICEA, certifico que una vez revisado el trabajo de titulación, con el tema: **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DE BASTIÓN POPULAR AREA # 12 DEL PERIODO DE OCTUBRE DEL 2014 A FEBRERO DEL 2015**, perteneciente a los estudiantes **RODRIGUEZ CÓRDOVA LUIS FERNANDO Y ZAMORA CHÓEZ BLANCA MAGDALENA**, del nivel pre profesional de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl" de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, cumplió con las actividades que a continuación se detallan:

- Tema o problema: claro, específico que tiene relación con las observaciones de su práctica de internado.
- Planteamiento del problema: incluye pertinencia y está delineado en relación a las líneas de investigación de la carrera.
- Tipo de investigación y objetivos: Cumplió con los requisitos de ser descriptiva(o) y elaborando los objetivos de acuerdo al problema planteado.
- Diseño Metodológico: estuvo basado en la estructura propuesta por la carrera (Cuantitativo- Cualitativo o mixto)
- Fundamentos conceptuales: coherentes con el problema de investigación.
- Conclusiones y recomendaciones: hacen hincapié en la relación de la realidad del problema con la fundamentación conceptual.
- Bibliografía: cumplió con la norma APA 6 y con el número de libros solicitados.

Por lo anteriormente descrito, se los considera APTOS para defensa y presentación, habiendo cumplido con las 400 horas de entorno estudiantil.
Atentamente

TUTOR(A) 

Guayaquil, 6 de Marzo del 2015

← <https://secure.orkund.com/view/13427343-764726-976845#q1bKLVajio6tBQA=>

ORKUND Cristina González (cristina_gonzalez01)

Document: [DIABETES GESTACIONAL \(Fernando Rodriguez y Blanca Zamora\).doc \(01342059\)](#)

Submitted: 2015-03-02 16:44 (+05:00)

Submitted by: nicarita@gmail.com

Receiver: cristina.gonzalez01.ucsg@analysis.orkund.com

Message: Faltó CORRECCION PARA EL URKUND. [Show full message](#)

of this approx. 21 pages long document consists of text present in 0 sources.

Rank	Path/FileName
1	DIABETES GESTACIONAL (Fernando Rodriguez y Blanca Zamora).doc
Alternative sources	
1	http://es.scribd.com/document/240810482/DIABETES-GESTACIONAL-2014
2	TI UCSC GESTACIONAL Y TALBOTO.doc
3	ucsg guayaquil de talboto feliz.doc
4	http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/12145/7010/1/UCSC-PRE-MED-51F-00.pdf

100% Active External source: http://www.af.org/sites/default/files/attachments/2005_51f2010a_mes_Messenger%20... 100%

HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, & Trounstein R, 2008

10- ()

LANGER O, UHANS JG, & MODORNIK M, 2013

11- (FONT-LOPEZ KC, y otros, 2010)

12- (HAHMEI HA, ALZEDDANI NA, & ESHAEIL SA, 2012)

13- (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS (INEC), 2009-2012)

14- (BLUMER L, y otros, 2013)

15- (GUIDELINES INTERNATIONAL NETWORK, 2010)

16- (BEHRAJANA K, y otros, 2012)

ANEXOS

Mgs. Cristina González
 C.I.: 7201511027
 DOCENTE UCSG

Urkund Analysis Result

Analysed Document: DIABETES GESTACIONAL I fernando rodriguez y blanca
zamora.doc (D13418506)
Submitted: 2015-03-02 22:44:00
Submitted By: licearita@gmail.com

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

Mgs. Cristina González
C.I.: 1201511027
DOCENTE UCSG

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TÍTULO:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES

CON DIABETES GESTACIONAL DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DE BASTIÓN

POPULAR AREA # 12 DEL PERIODO DE NOVIEMBRE DEL 2014 A FEBRERO DEL 2015

AUTORES:

Sr. Luis Fernando Rodríguez Córdova

Sra. Blanca Magdalena Zamora Chóez

TUTOR:

Dra. Amarilis Rita Pérez Licea

Guayaquil, Ecuador 2015

UNIVERSIDAD CATÓLICA

DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Blanca Zamora Chóez y Luis Fernando Rodríguez, como requerimiento parcial para la obtención del Título de licenciados en Enfermería.1

TUTOR (A)

Dra. Amarilis Rita Pérez

DIRECTOR DE LA CARRERA

Lcda. Ángela Mendoza Vincés Mgs.

Guayaquil, a los 31 del mes de Agosto del año 2015

Mgs. Cristina González
C.I.: 1264311027
DOCENTE UCSG

DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo,

Blanca Zamora Chóez y Luis Fernando Rodríguez

DECLARAMOS

QUE:

El Trabajo de Titulación INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EMBARAZADAS CON
DIABETÉS GESTACIONAL QUE ACUDEN

AL CDNTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BASTIÓN POPULAR AREA # 12 DEL

PERIODO DE NOVIEMBRE DEL 2014 A FEBRERO

DEL 2015. Previa a la obtención del Título de Licenciados en Enfermería, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.2

Guayaquil,

a los 31 del mes de Agosto del año 2015

Blanca Zamora Chóez Luis Fernando Rodríguez

UNIVERSIDAD CATÓLICA

DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"

AUTORIZACIÓN

Nosotros, Blanca Zamora Chóez y Luis Fernando Rodríguez

Autorizamos

a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo

de Titulación INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

EN EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL QUE ACUDEN

Mgs. Cristina González
C.I.: 1207511027
DOCENTE UCSG