



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

TEMA:

**INCIDENCIA DE DIABETES EN MUJERES GESTANTES DE 30
A 45 AÑOS EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDAD, AÑO 2016**

AUTORA:

Azua Lucio Noemí Alexandra

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTOR:

Lic. Erazo Freire Rosario Mgs.

Guayaquil, Ecuador

20 de septiembre del 2016



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Azua Lucio Noemí Alexandra**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Enfermería**.

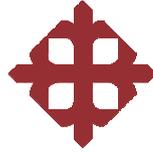
TUTORA

f. _____
Lcda. Erazo Freire Rosario Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Lcda. Mendoza Vinces Angela Mgs.

Guayaquil, a los 20 del mes de septiembre del año 2016



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Azua Lucio Noemí Alexandra**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Incidencia De Diabetes En Mujeres Gestantes De 30 A 45 Años de un Hospital de Especialidad, año 2016** previo a la obtención del Título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 20 del mes de septiembre del año 2016

AUTORA

f. _____
Azua Lucio Noemí Alexandra



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Azua Lucio Noemí Alexandra**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Incidencia De Diabetes En Mujeres Gestantes De 30 A 45 Años de un Hospital de Especialidad, año 2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 del mes de septiembre del año 2016

AUTORA:

f. _____
Azua Lucio Noemí Alexandra

DEDICATORIA

Esta obra, producto de un gran esfuerzo y perseverancia la dedico con todo mi cariño a Carolina mi hija, como recompensa por el tiempo que no le he podido dedicar por mis estudios. A Galo mi esposo por su amor y todo el apoyo moral que me ha dado. A mami Noemí por su amor incondicional. A mis padres Rebeca y Segundo por la ayuda que me han prodigado durante la etapa educativa.

AZUA LUCIO NOEMÍ ALEXANDRA

AGRADECIMIENTO

Agradezco de corazón a Jehová Dios por su infinita bondad y misericordia al darme toda la fortaleza, voluntad y espíritu de superación para culminar con éxito mis objetivos anhelados.

A mi hija Carolina por su paciencia, amor y comprensión por el tiempo que le negué.

A mami Noemí por su gran cariño y abnegación.

A mi esposo galo por su amor y comprensión.

A mis padres Rebeca y Segundo por la ayuda incondicional durante mis estudios.

A mis hermanos Pablo, Jorge, Henry, Lady, por sus maravillosos consejos.

A mis tíos hermanos Denny, Rocío y Fátima por su cariño y gran paciencia.

A la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil por su apoyo económico.

A mi asesora de tesis, Lcda. Rosario Erazo, Mgs. por su dedicación y entrega en la docencia.

A mis maestros por el sabio conocimiento científico compartido.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil por los valores humanos inculcados.

AZUA LUCIO NOEMÍ ALEXANDRA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
Licda. Erazo Freire Rosario Mgs.
TUTOR

f. _____
Lcda. Angela Mendoza Vincés, Mgs.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____
Lcda. Martha Holguín Jiménez
COORDINADORA DE LA CARRERA

f. _____
Dra. Amarilis Rita Pérez Licea
OPONENTE

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Azua Lucio Noemi TESIS FINAL.doc (D21755387)
Submitted: 2016-09-14 19:23:00
Submitted By: alexiazua8220@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

Recibidos - olarmuro.144 - X URKUND - Log in X Inicio - URKUND X D21755387 - Azua Lucio | X

← → C <https://secure.orkund.com/view/21447110-272709-273866#q1bklVayio7VUSOTM/LTMtMTsxlTWyMqgFAA==>

URKUND

Dokument [Azua Lucio Noemi TESIS FINAL.doc](#) (D21755387)

Inskickat 2016-09-14 12:23 (-05:00)

Inskickad av alexiazua8220@hotmail.com

Mottagare oiga.munoz.ucsg@analysis.orkund.com

Meddelande tesis fina AZUA NOEMI [Visa hela meddelandet](#)

0% av det här ca 20 sidor stora dokumentet består av text som också förekommer i 0 st källor.

Källförteckning **Markeringar**

Ranking	Sökväg/Filnamn
	http://instituciones.msp.gob.ec/somosalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12...
	Deber N1 -Técnicas de Estudio-.docx
	http://docplaver.es/9530581-Deteccion-y-manejo-de-la-diabetes-gestacional.html
	https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentos/Direcciones/dnm/archiv...
	TECNICAS DE ESTUDIO.docx
	Revision Antiplagio.docx

0 Varningar Återställ Exportera Skicka

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA "SAN VICENTE DE PAUL" TEMA: INCIDENCIA DE DIABETES EN MUJERES GESTANTES DE 30 A 45 AÑOS EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDAD, AÑO 2016 AUTORA: #1 Alexia

44%

Hämtad: 2016-09-14 12:32 (-05:00)

Extern källa: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/4017/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-159.pdf> 44%

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de LICENCIADA EN ENFERMERIA TUTOR: Lic. Erazo Freire Rosario Mgs. Guayaquil, Ecuador 20 de septiembre del 2016

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL" CERTIFICACION

Certificamos que el presente trabajo

de titulación,

fue realizado en su totalidad por Azua Lucio Noemi Alexandra,

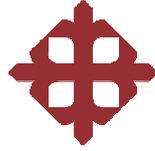
como requerimiento para la obtención del Título de Licenciada en Enfermería. TUTORA

f. _____ Lcda. Erazo Freire Rosario Mgs. DIRECTOR DE LA CARRERA f. _____ Lcda. Mendoza Vences Angela Mgs. Guayaquil, a los 20 del mes de septiembre del año 2016 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Yo, Azua Lucio Noemi Alexandra DECLARO QUE: El Trabajo de Titulación,

Incidencia De Diabetes En Mujeres Gestantes De 30 A 45 Años de un Hospital de Especialidad, año 2016 previo

ES 12:02 15/09/2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”

CALIFICACIÓN

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	III
AUTORIZACIÓN.....	IV
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	vii
URKUND.....	VIII
CALIFICACIÓN.....	X
ÍNDICE GENERAL.....	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIII
RESUMEN (ABSTRACT)	XIV
INTRODUCCIÓN.....	15
CAPÍTULO I.....	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	18
JUSTIFICACIÓN.....	19
OBJETIVOS.....	20
Objetivo General	20
Objetivos Específicos.....	20
CAPÍTULO II.....	21
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	21
Diabetes pregestacional	21
Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)	22
Curva de tolerancia oral a la glucosa.....	24
ETIOPATOGENIA.....	26

ANOMALÍAS ENDOCRINAS	26
Diabetes mellitus clínica	27
Incidencia de la Diabetes Gestacional	27
FACTORES DE RIESGO	28
Diagnóstico	28
Complicaciones maternas.....	29
Complicaciones neonatales	29
Aumento de peso en el feto	30
Pronóstico	31
Otros Estudios	31
Incidencia.....	34
Importancia	34
FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	34
Plan Nacional del Buen Vivir:.....	35
Modelo de Atención Integral de Salud “MAIS”	36
Derechos del buen vivir	36
CONSULTA EXTERNA DEL “HOSPITAL GINECO - OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR”.....	36
Política de calidad del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor	36
VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN	39
CAPÍTULO III.....	41
DISEÑO METODOLÓGICO	41
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	42
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES.....	56
BIBLIOGRAFÍA.....	57
ANEXOS.....	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Edad	42
Gráfico N° 2 Educación.....	43
Gráfico N° 3 Gestaciones.....	44
Gráfico N° 4 Lugar de nacimiento.....	45
Gráfico N° 5 Lugar de residencia	46
Gráfico N° 6 Etnia	47
Gráfico N° 7 Inicio de diabetes gestacional.....	48
Gráfico N° 8 Antecedentes familiares de diabetes.....	49
Gráfico N° 9 Antecedentes personales	50
Gráfico N° 10 Índice de masa corporal	51
Gráfico N° 11 Macrosomía fetal	52
Gráfico N° 12 Prematuro.....	53
Gráfico N° 13 Óbito fetal	54

RESUMEN (ABSTRACT)

En la última década se ha observado el incremento de la diabetes mellitus gestacional, uno de los factores es la obesidad y su unión con la diabetes de tipo II y el síndrome metabólico. El problema identificado es la presencia de un gran número de gestantes que acuden a la consulta con Diabetes Gestacional en diversos estados y con variedad de signos y síntomas: Irritabilidad, polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso, muchas de ellas por falta de control prenatal y por factores socioeconómicos refieren un alto grado de complicaciones; de esta población de gestantes la gran mayoría de ellas viven en zonas rurales marginales y no cuentan con centros de salud cercanos. El objetivo de este estudio es determinar la incidencia de Diabetes Gestacional en la consulta externa de la Maternidad Enrique C. Sotomayor. Como metodología se aplicó un método cuantitativo que permitió establecer la incidencia con el porcentaje de pacientes que presentan Diabetes Gestacional, este estudio está integrado por 65 usuarias gestantes con la patología descrita, para la recolección de datos se aplicó la observación indirecta a través de una guía de recolección de datos; de las historias clínicas. Los principales resultados reflejan el porcentaje que representa mayor incidencia en las gestantes entre las edades de 30 a 35 años.

Palabras claves: Diabetes Gestacional, glucosa, incidencia, complicaciones obstétricas, aborto, malformaciones, macrosomía fetal, óbito fetal.

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente trabajo es identificar la incidencia de Diabetes Gestacional en las embarazadas que acuden a la consulta externa de la Maternidad Enrique C. Sotomayor. La Diabetes Gestacional, es uno de los de los problemas de salud pública que constituye una de las principales causas de mortalidad y morbilidad fetal a nivel nacional y mundial.

La Diabetes Gestacional se define como la baja tolerancia a los hidratos de carbono por primera vez durante la gestación, se diferencia de otros tipos de diabetes porque no es por la carencia de insulina sino por resistencia a la insulina, ya que se presenta casi siempre por primera vez a las 20 semanas de gestación, se ha observado en muchos casos que los niveles de glucosa se normalizan después del parto.

La detección clínica de la Diabetes Mellitus Gestacional se realiza con la intención de identificar la incidencia en mujeres embarazadas con alto riesgo de morbilidad materna y morbimortalidad perinatal. Las investigaciones hasta el presente no han logrado determinar el valor de glucemia materna en los cuales empieza el riesgo o el aumento que hay con mayor rapidez.

El problema identificado es el gran número de gestantes con Diabetes Gestacional que acuden a la consulta externa de la Maternidad Enrique C. Sotomayor. Diabetes Mellitus Gestacional, es un tipo de Diabetes que empieza o se reconoce durante el embarazo, se estima que puede afectar hasta un 15% de las mujeres embarazadas de todo el mundo. Mediante los resultados se ha logrado registrar que en la India alrededor de 4 millones de mujeres tienen Diabetes Mellitus Gestacional. Se podría decir que hay bastantes probabilidades de que estos valores aumenten debido a que los niveles de obesidad materna siguen en aumento.

Los estudios realizados por algunos grupos étnicos comunican las siguientes cifras de frecuencia: 0.4% en razas caucásicas, 1.5% en raza negra, 3.5 a 7.3% en

asiáticas y hasta 16% en nativas americanas. En Ecuador se ha mencionado una frecuencia que varía entre 4 y 11% de la población obstétrica. Respecto a la edad de la madre, se ha señalado que la incidencia es de 0.4 a 0.5 en menores de 25 años y de 4.3 a 5.5 % en mayores de esa edad. En la última década este trastorno se ha duplicado de una forma paralela a la llamada pandemia metabólica que perjudica a las sociedades modernas.(García, 2008)

De acuerdo al Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), la diabetes gestacional ocupó en el año 2009, el sexto puesto entre las causas de morbilidad materno fetal. Mientras que en el año 2012 el sobrepeso al nacer se ubicó entre las diez primeras causas de morbilidad infantil en el Ecuador. Claramente se observa en estas estadísticas la estrecha relación entre la diabetes gestacional y el nacimiento de los neonatos con problema de sobrepeso o patologías derivadas del mismo, lo cual es un alarmante problema de salud pública.(Usiña & Carrera, 2013)

En la metodología se realiza la observación indirecta a través de los historiales clínicos, con los datos que se recopilaban se pudo realizar los cuadros estadísticos de las pacientes que acudieron a la consulta externa y se logró determinar cuál es el índice de incidencia de Diabetes Mellitus Gestacional en las mujeres embarazadas. (Azua Lucio Noemí Alexandra)

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio se realizó en la Consulta Externa del Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil, esta área tiene una disponibilidad de atención de lunes a viernes de 07:30 a 18:00 donde acuden mujeres en etapa de gestación. La Diabetes Mellitus Gestacional es un estado patológico propio del embarazo, que está asociado generalmente con factores como: genética, el sedentarismo, malos hábitos alimenticios.

El problema identificado, es que existen muchas gestantes que acuden a la consulta con Diabetes Gestacional en diversos estados y con variedad de signos y síntomas: Irritabilidad, polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso. Muchas de ellas por falta de control prenatal y por factores socioeconómicos refieren un alto grado de complicaciones; de la población que acuden la gran mayoría son mujeres que viven en zonas rurales marginales y no cuentan con centros de salud cercanos a su residencia.

La Diabetes Gestacional se manifiesta cuando se observa intolerancia a la glucosa de forma inicial durante el embarazo. Los síntomas pueden resolverse unas semanas después del parto; sin embargo, en la mitad de las mujeres se desarrolla diabetes mellitus en un lapso de cinco años después del parto. Con la diabetes gestacional el feto está en mayor riesgo de aborto espontáneo, exposición a infecciones maternas, hidramnios, cetoacidosis, hipoglucemia por el tratamiento materno de la diabetes con insulina, saltarse comidas, aumento del ejercicio o hiperglucemia con macrosomía.(Johnson, 2011)

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la incidencia de la Diabetes Gestacional en mujeres gestantes que se presentan en la consulta externa de la Maternidad Enrique C. Sotomayor?

¿Cuáles son los factores de riesgo de la Diabetes Gestacional?

JUSTIFICACIÓN

El tema es importante porque se realiza un estudio de la mujer en estado de embarazo en riesgo y los datos sirven para próximos estudios en futuras propuestas, son beneficiarios del presente estudio: Usuarías, la institución y los organismos de salud encargados de hacer prevención.

La Diabetes Mellitus tipo II es uno de los principales problemas de salud pública, no sólo en Ecuador sino también en países en desarrollo constituyéndose en una de las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial. La Diabetes Mellitus Gestacional representa un alto riesgo tanto para la mujer como el producto, es indispensable que cuando exista una anomalía clínica, ésta sea detectada a tiempo mediante los controles prenatales para de esta manera reducir la morbilidad y la mortalidad fetal ocasionadas por este importante y hasta ahora subestimado problema de salud pública.

Debido a que las mujeres gestantes no tienen un control prenatal como el Ministerio de Salud Pública lo exige, donde dice que toda mujer en periodo de gestación debe tener como mínimo 5 consultas periódicas, muchas de ellas no llevan a cabo sus chequeos por factores socioeconómicos, geográficos o por desconocimiento.

La población hispana es considerada de alto riesgo para padecer de Diabetes Gestacional, esta información se la disimila en el reporte de la literatura internacional, sería muy conveniente realizar las preguntas necesarias para ratificar si sólo se considera de alto riesgo únicamente a la población hispana que radica en los Estados Unidos. La propuesta de este trabajo es totalmente factible ya que se trata de un estudio estadístico y académico que se ejecutó mediante la revisión de historias clínicas, así como la comprobación en la literatura de enfermería para determinar la incidencia de la Diabetes Gestacional.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la incidencia de Diabetes Gestacional en la consulta externa de la Maternidad Enrique C. Sotomayor en el periodo de Mayo a Septiembre del 2016.

Objetivos Específicos

- ❖ Identificar a la población que presenta Diabetes Gestacional en la consulta externa.
- ❖ Describir los factores de riesgo de Diabetes Gestacional que presentan las pacientes atendidas en la consulta externa.
- ❖ Establecer las complicaciones registradas de la Diabetes Gestacional en las usuarias que acuden a la consulta externa de la Maternidad Enrique C. Sotomayor.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

Diabetes pregestacional

El antecedente de Diabetes Mellitus tipo 1 o 2 resulta de suma importancia, debido a que la hiperglucemia que suele presentarse en estas mujeres tiene una función determinante en las complicaciones que se presentan desde el momento de la concepción y durante todo el embarazo. (Dorantes Cuellar, Martínez Sibaja, & Guzmán Blanno, 2008, p. 709)

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que amerita de mucha atención por las complicaciones que se puedan presentar durante la gestación.

De acuerdo al Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), la diabetes gestacional ocupó en el año 2009, el sexto puesto entre las causas de morbilidad materno fetal. Mientras que en el año 2012 el sobrepeso al nacer se ubicó entre las diez primeras causas de morbilidad infantil en el Ecuador. Claramente se observa en estas estadísticas la estrecha relación entre la diabetes gestacional y el nacimiento de los neonatos con problema de sobrepeso o patologías derivadas del mismo, lo cual es un alarmante problema de salud pública. (MSP, 2014)

De los resultados estadísticos que el INEC maneja se puede apreciar que la Diabetes Gestacional es un problema que ocupa uno de los principales lugares entre las enfermedades que son más concurrentes a nivel mundial.

Por lo general, las mujeres con diabetes mellitus tipo 1 tienen un tiempo de evolución más largo en cuanto a su padecimiento y, por

consiguiente, pueden presentar una o varias de las complicaciones tardías que con frecuencia se asocian con la diabetes, de tal manera que el descontrol glucémico previo a la concepción y durante esta, así como durante el periodo de organogénesis, aumenta el riesgo de malformaciones congénitas, abortos espontáneos, o ambos. De igual manera, a pesar de que las mujeres con Diabetes Mellitus tipo 2 en edad reproductiva por lo general presentan una evolución más corta de su padecimiento, el descontrol glucémico periconcepcional en ellas pueden también dar lugar, aunque con menor frecuencia, a malformaciones congénitas, abortos espontáneos, o ambos, no obstante que la mayor parte de las veces no presenten complicaciones tardías propias de la Diabetes Mellitus.(Dorantes Cuellar et al., 2008, p. 709)

Las mujeres en gestación cuando presentan la Diabetes Mellitus suelen padecerlo por el embarazo y su recuperación suele darse a su término, esta enfermedad puede tener complicaciones como abortos, malformaciones o ambos.

El control glucémico estricto es la clave en el manejo de la mujer diabética embarazada. En la mayor parte de los estudios realizados en la población diabética no embarazada se ha demostrado que la presencia y la severidad de la retinopatía diabética están asociadas con control glucémico deficiente.(Dorantes Cuellar et al., 2008, p. 710)

Cuando las mujeres embarazadas tienen un mejor control con sus citas prenatales, puede tener un embarazo más tranquilo debido a que con los cuidados podrá sobrellevar la diabetes que presente en la gestación.

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

La Diabetes Gestacional se define como intolerancia a los azúcares de severidad variable, que se presentan o se diagnostican por primera vez durante el embarazo (usualmente en etapas avanzadas de éste), por lo general, entre las semanas 24 y 28 de gestación, de tal manera que

resulta mucho menos frecuente la asociación de esta entidad con malformaciones congénitas, abortos espontáneos o ambos; sin embargo, en caso de descontrol glucémico importante hacia el final del embarazo, el riesgo de restricción de crecimiento intrauterino, óbitos o macrosomía, es similar al observado en los casos de diabetes pregestacional.(Dorantes Cuellar et al., 2008, p. 709)

La patología se ve reflejada solamente en los embarazos frecuentes con factores de riesgo de los antecedentes familiares que conlleva a agravar aún más la enfermedad de las gestantes mayores de 35 años.

Para diagnosticar un 100% a las mujeres gestantes se les debería realizar las pruebas a todas las embarazadas que presentan riesgo, en el rango de mayores probabilidades de padecer esta enfermedad, de esta manera se reserva la prueba curva de tolerancia oral a la glucosa, esta prueba se la debería aplicar a todas las mujeres que estén en gestación para prevenir problemas a futuro con el feto.

Durante el embarazo ocurre un incremento normal de resistencia a la insulina que proporciona un suministro ininterrumpido de nutrientes hacia el feto. Una gran cantidad de sustancias producidas por la placenta y por los adipocitos son las que reprograman la fisiología materna y causan este estado de resistencia insulínica, sobre todo en la segunda mitad del embarazo.(MSP, 2014, p. 37)

Mediante la aplicación de la insulina se trata de controlar el azúcar en la sangre, en el proceso de gestación es producida en gran cantidad por la placenta para la protección del feto y evita las malas formaciones.

La gestación implica una serie de cambios anatómicos y fisiológicos adaptativos necesarios para albergar a un nuevo organismo. Por lo tanto, la evaluación continua del estado de salud de la madre y el feto durante el embarazo resulta fundamental para evitar y manejar

oportunamente las complicaciones. Asimismo, las características de la población materna a nivel mundial y regional exigen considerar factores de riesgo que pueden asociarse a resultados adversos en el producto de la gestación, así como identificar al paciente en riesgo de complicaciones. Este hecho constituye un reto en la salud materno-infantil.(Martin et al., 2010)

Un embarazo tiene varios cambios anatómicos y fisiológicos en la mujer en la cual se adaptan al ritmo de organismo con los diferentes tratamientos que esté siendo tratada, el diagnosticar a tiempo la diabetes ésto permite reducir el porcentaje de morbilidad, con la intervención del médico se debe llevar un tratamiento continuo para lograr llegar a la culminación de la gestación con éxito sin provocar un daño mayor en el producto.

Curva de tolerancia oral a la glucosa

La curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG) hasta ahora es la más sensible de las pruebas que se puede realizar para diagnosticar la diabetes mellitus en sus etapas tempranas. Existen situaciones que podrían alterar los resultados de la prueba en ausencia de diabetes, por tal motivo eso es muy importante cumplir con algunos requisitos indispensables.

Para obtener un resultado exacto y sin causar alguna alteración se debe de cumplir las siguientes condiciones:

1. Se realiza el examen por la mañana y después de tres días sin restricción de actividad física o de dieta (por lo menos se debe de consumir 150g al día de carbohidratos).
2. El ayuno previo no debe ser menor de 10 horas ni mayor de 16 horas, y sólo se permite el consumo de agua en ese periodo.
3. Para realizar esta prueba el individuo debe de permanecer sentado y no fumar durante la prueba.

4. Se tiene que evitar cualquier tipo de estrés emocional o físico antes y durante la prueba.
5. En la prueba se pide que suspenda el consumo de medicamentos porque puede cambiar la tolerancia a la glucosa (hipoglucemiantes orales por lo menos dos semanas antes, hormonales anticonceptivos un mes antes y otros fármacos por lo menos tres días antes de la prueba); en caso de diuréticos debe asegurarse que la concentración sérica de potasio sea normal.
6. La carga de glucosa es de 75g de glucosa anhidra disuelta en agua en ausencia de embarazo y de 100g de glucosa en mujeres embarazadas.
7. La carga de glucosa se consume en 5 min en forma de una solución glucosada al 25% (25g/dl).
8. El tiempo cero es el momento del primer trago de la solución. Debe obtenerse una muestra en ayunas y otras 2 h después del tiempo cero. En mujeres embarazadas las muestras se obtienen cada hora durante 3 horas.
9. Las muestras se colocan en tubos que contienen 30 mg de fluoruro de sodio por cada 5ml de sangre, luego se centrifugan y el plasma se separa dentro de las 4 h que sigue a la obtención; si no se procesan de inmediato, deben mantenerse congeladas.(Lerman Garber & Aguilar Salinas, 2011)

ETIOPATOGENIA

En el periodo de gestación existen muchos cambios hormonales a medida que pasa el tiempo se reduce paulatinamente la sensibilidad insulínica. A partir de la 7^o semana empieza la elevación de la hormona lactógeno placentaria y el cortisol materno, inicia el aumento de la resistencia insulínica que llega a su máxima manifestación en el 3^o trimestre. Se ha encontrado una reducción de la sensibilidad insulínica de más del 50% durante el 3er trimestre comparado con el 1er trimestre.

Las causas que contribuyen al incremento de la resistencia insulínica son la elevación de los ácidos grasos libres provenientes de la lipólisis y un ineficiente acoplamiento entre la activación del receptor de insulina y la translocación de los GLUT 4 a la superficie celular. Estos cambios son los promotores de la tendencia a la hiperglucemia, lipólisis e hipercetonemia existente en este período.

El cortisol y la hormona lactógeno placentaria son diabetogénicos y el momento de su máximo efecto se manifiesta en la 26^o semana de gestación. La progesterona, otra hormona antinsulínica ejerce su máximo de acción en la semana 32^o. Por lo dicho, la 26^o y la 32^o semanas de gestación son de gran trascendencia desde el punto de vista metabólico y esto condujo a normalizar en este momento el estudio del metabolismo hidrocarbonado durante el embarazo.(Almirón, Gamarra, González, & Issler, 2005)

ANOMALÍAS ENDOCRINAS

Diabetes Mellitus: Las mujeres con diabetes insulínica son más propensas a tener algún aborto espontáneo o las malformaciones congénitas. Se puede decir que el riesgo es casi directamente proporcional a tal punto de un control metabólico a un inicio del embarazo.

En un estudio prospectivo que realizaron mencionan que con un buen control de la glucemia en los primeros 21 días después de la concepción, el registro de los abortos fue parecido al que hay de las mujeres que no padecen diabetes. El control inapropiado aumenta de una forma notable el alto índice de abortos. La diabetes puede tener mayor recurrencia en los abortos, se encontró un alto índice de frecuencia de resistencia insulínica en las mujeres con abortos recurrentes

Diabetes mellitus clínica

“La diabetes mellitus clínica es un síndrome de alteraciones metabólicas con hiperglucemia inapropiada, que produce una deficiencia absoluta o relativa de insulina. También es posible que exista un defecto en la acción de la insulina (resistencia a la insulina)”.(Gardner, Padilla Sierra, Rivera Muñoz, & Shoback, 2012)

Incidencia de la Diabetes Gestacional

En una investigación meticulosa de 221 mujeres sanas estudiadas a lo largo de 707 ciclos menstruales, Wilcox et al. (1988) encontraron que 31% de los embarazos se pierden después de la implantación. Utilizaron análisis muy específicos para detectar bajas concentraciones de gonotropina coriónica humana B (hCG-B) y publicaron que 66% de estos abortos tan precoces es asintomático desde el punto de vista clínico.

Varios factores modifican la frecuencia del aborto espontáneo; se desconoce si los abortos asintomáticos también se modifican. Por ejemplo, los abortos evidentes por medios clínicos aumentan con la paridad así como con la edad materna y paterna (Gracia, 2005; Warburton, 1964; Wilson, 1986). La frecuencia se duplica de 12% en las mujeres menores de 20 años a 26% en mayores de 40 años de edad. Para la misma comparación en la edad paterna, la frecuencia aumenta de 12 a 20%. De nuevo, no se sabe si los abortos silenciosos se modifican también con estos factores. Los mecanismos que provocan el aborto no siempre se manifiestan,

pero durante los primeros tres meses del embarazo la muerte del embrión o el feto casi siempre precede a su expulsión espontánea. Por lo tanto, para identificar la causa de un aborto precoz es necesario definir la causa de la muerte fetal. En los abortos que se producen en etapas más avanzadas del embarazo, el feto no suele morir antes de ser expulsado y se deben buscar otras explicaciones. (Williams, Hoffman, & Pérez Tamayo Ruiz, 2014)

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de la DMG tienen relación con el aumento de la obesidad y del síndrome metabólico bien detallado en otros capítulos de este contexto en los cuales se menciona lo siguiente para la valoración de una paciente que está en estado de gestación.

- a) Sobrepeso u obesidad central IMC >30.7.
- b) Antecedentes familiares de DM tipo 2.
- c) Antecedentes personales de DMG: macrosomía, abortos repetidos, mortinatos o recién nacidos fallecidos en la primera semana, polihidramnios, hipertensión arterial (HTA) y malformaciones fetales.
- d) Presencia de glucosuria y/o glucemia en ayunas igual o mayor de 92 mg/dL durante el embarazo actual.
- e) Uso de fármacos antihiper glucemiantes (corticoides y otros) previamente o en la actualidad.
- f) Mujeres mayores de 30 años

Diagnóstico

Para reportar un diagnóstico se toma como referencia los niveles de glucosa con el objetivo de comenzar con un tratamiento y de esta manera lograr reducir las posibles complicaciones que se pueden presentar. Se consideran valores normales de glicemia en ayunas menores a 100mg/ y de 140mg/dL después de dos horas de una carga de glucosa. La variación del metabolismo de la glucosa previa a la aparición de la diabetes, se establece lo siguiente:

- ❖ Glucosa alterada en ayunas (GAA): cuando su valor se encuentra entre 100mg/dL y 125mg/dL
- ❖ Intolerancia a la prueba de glucosa (ITG): a las dos horas con cifras entre 140 y 199mg/dL, después de una carga de 75g de glucosa.(Rojas de P, Molina, & Rodríguez, 2012)

Complicaciones maternas

- ❖ Distocia en trabajo de parto.
- ❖ Aumento en número de cesáreas.
- ❖ Aumento el porcentaje de infecciones.
- ❖ Cicatrización lenta en herida quirúrgica.
- ❖ Hematomas.
- ❖ Ceromas.

Complicaciones neonatales

Las deformidades congénitas son la principal causa de mortalidad y morbilidad graves en los recién nacidos de madres que presenten Diabetes Mellitus tipo 1 o tipo 2 pregestacional. Distintos estudios reflejan la asociación entre la hiperglucemia materna durante el período de embriogénesis y la frecuencia elevada de abortos y malformaciones congénitas. Por ello, la teratogenicidad secundaria a hiperglucemia se produce casi exclusivamente en las pacientes con diabetes pregestacional. En la diabetes gestacional, la frecuencia de malformaciones congénitas no es superior a la de la población general.

A las pacientes que presenten Diabetes Mellitus de tipo 1 o tipo 2 que están planificando un embarazo se les debe realizar un control estricto.

El control glucémico en el momento de la concepción y durante el primer trimestre minimiza el riesgo de malformaciones congénitas. Las malformaciones congénitas relacionadas con la hiperglucemia perjudican directamente al sistema nervioso central (anencefalia, espina bífida) y al sistema cardiovascular. También se han descrito malformaciones gastrointestinales, genitourinarias y esqueléticas. (Álvarez Blasco, 2005)

Es recomendable que en las pacientes que están en gestación se debe llevar un control periódicamente para evitar complicaciones en el periodo de gestación.

Como consecuencia del déficit de control prenatal y glucémico el producto adquirirá:

- ❖ Malformaciones congénitas
- ❖ Polihidramnios
- ❖ Macrosomía fetal
- ❖ Parto pretérmino
- ❖ Distocia de hombro al nacer
- ❖ Hipoglucemia neonatal
- ❖ Malformaciones cardíacas
- ❖ Distres respiratorio

Aumento de peso en el feto

La hiperglucemia materna lleva a la hiperplasia de las células del páncreas en el feto por un estímulo continuo en la producción de insulina, utilizando glucosa como un principal nutriente, este hace que el feto presente un aumento en el peso habitual. La hiperglucemia materna, además de estimular la secreción de las células β , provoca la disminución del número de receptores de insulina; esto exacerba la resistencia a la insulina. El entorno y ésto hace que el feto crezca, esto tiene implicaciones en la vida adulta lo cual lo predispone a sufrir una serie de anomalías metabólicas como la obesidad, DM tipo 2 e hipertensión arterial. Puede haber un porcentaje que influya para el crecimiento fetal está reflejado en 18% por los genes fetales, 20% por los genes maternos y 62% por el ambiente

intrauterino. La insulina regula el crecimiento de los tejidos fetales: un exceso en la secreción lleva al incremento de los adipocitos y obesidad secundaria. Los cambios fetales autoprotectores durante la vida intrauterina llevan a cambios programados permanentes, considerados como alteraciones de la función endocrina pancreática, los cuales se hacen presentes durante la vida adulta.(Faingold et al., 2008)

Pronóstico

El medico Norbert Freinkel plantea una clasificación para la mujeres gestantes que presenten diabetes mellitus gestacional a pesar de que el uso no es general, resulta de gran importancia diagnosticar en cuanto al comportamiento de la misma, así de pronostica en cuanto al comportamiento de la misma, así como respecto a la posibilidad de que aquellas mujeres con Diabetes Mellitus Gestacional pudieran desarrollar algún grado de intolerancia a los azúcares, Diabetes Mellitus durante las etapas posteriores de sus vidas. Esta clasificación se divide en las mujeres con Diabetes Mellitus Gestacional en tres grupos: A-1, A-2 y B-1, de acuerdo con la concentración de glucemia en ayunas durante la CTOG- 3h al momento de establecer el diagnóstico (<105, entre 105 y 130 o >130mg/dL, respectivamente). Se tiene comprendido que los cambios hormonales son propios del embarazo desarrollando una función de gran importancia, el desarrollo de intolerancia a los azúcares o de Diabetes Mellitus en mujeres vulnerables de presentar alteraciones. Es por ello que en el embarazo es considerado como potencialmente Diabetógeno.(Dorantes Cuellar et al., 2008, p. 712)

Otros Estudios

Situación en Chile

Los porcentajes que reflejan la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2003, indican que la prevalencia del auto reporte de diabetes en el embarazo en mujeres entre 25-44 años fue del 1,2%. El 1,3% de los egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio (CIE 10 024), el año 2010, tenían el antecedente de diabetes, lo

que es una aproximación a la magnitud del problema considerando que en Chile la atención institucional alcanza 99,8 %; de ese total, 68,8% fueron clasificados como DG. La calidad de los registros no permite conocer la proporción de mujeres con DM tipo 1 y 2.

Según las estadísticas del Programa de Salud de la Mujer en el sistema Público de Salud, 5,1% del total de mujeres que ingresaron a control prenatal el año 2012, tenía diabetes. Entre las clasificadas como de alto riesgo obstétrico, 17,7% tenía diagnóstico de diabetes, ese mismo año. Esa proporción aumento de 11,9% al 17,7% entre el año 2010 y 2012, respectivamente.(Ministerio de Salud, 2014)

Especialista en Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) de México, explicó que aproximadamente el 10 por ciento de todas las mujeres embarazadas van a desarrollar diabetes gestacional, en tanto que en las mujeres con alto riesgo por obesidad, edad mayor a 35 años y antecedentes familiares con diabetes, pueden desarrollar diabetes mellitus gestacional hasta en un 45 por ciento.

Por tal motivo especialistas del INPer, dirigen un estudio en el que se aplica metformina, más tratamiento médico nutricional, en el cual se ha observado que se reduce la probabilidad de desarrollar diabetes gestacional en las mujeres que tienen alto riesgo de 45 a 10%. Se explicó que en el total de las mujeres embarazadas sin riesgo, se reduce de 10 a 5%.

De acuerdo con cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos mexicanos mayores de 20 años fue de 71.3 por ciento, que equivalen a 48.6 millones de personas.

Según el documento, la prevalencia de obesidad es más alta en el sexo femenino, al representar el 37.5%, respecto al sexo masculino que reportó 26.9%.

La encuesta indica que el grupo de la población que tuvo el mayor crecimiento de obesidad fue el de las mujeres de entre 20 y 29 años; por lo tanto, se estima que

un número creciente de embarazos tendrá complicaciones relacionadas a la obesidad como la diabetes gestacional.

Ante la epidemia de obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular que afecta a México y al mundo, es fundamental el estudio y la implementación de intervenciones que mejoren la programación fetal en las futuras generaciones, como una acción efectiva para la prevención primaria de dichas enfermedades, alertó el especialista del INPer.

Ésta y otras investigaciones se presentarán del 20 al 24 de abril en la 30 Reunión Anual de Perinatología “El origen perinatal de las enfermedades del adulto”, Que se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

Diabetes Mellitus Gestacional, un tipo de Diabetes que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo, afecta a hasta un 15% de las mujeres embarazadas de todo el mundo. Tan sólo en India, se calcula que 4 millones de mujeres tienen Diabetes Mellitus Gestacional. Es probable que estas cifras aumenten, ya que los niveles de obesidad materna siguen en aumento.(Federación Internacional de Diabetes, s. f.)

Los estudios de diversos grupos étnicos han informado la siguiente cifra de frecuencia: 0.4% en razas caucásicas, 1.5% en raza negra, 3.5 a 7.3% en asiáticas y hasta 16% en nativas americanas. En el Ecuador se ha mencionado una frecuencia que varía entre 4 y 11% de la población obstétrica. Respecto a la edad de la madre, se ha señalado que la incidencia es de 0.4% a 0.5% en menores de 25 años y de 4.3 a 5.5 % en mayores de esa edad. Lo cierto es que la frecuencia de este trastorno se ha duplicado en la última década, en forma paralela a la llamada pandemia metabólica que afecta a las sociedades modernas.(García, 2008)

De acuerdo al Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), la diabetes gestacional ocupó en el año 2009, el sexto puesto entre las causas de morbilidad materno fetal. Mientras que en el año 2012 el sobrepeso al nacer se ubicó entre las diez primeras causas de morbilidad infantil en el Ecuador.

Claramente se observa en estas estadísticas la estrecha relación entre la diabetes gestacional y el nacimiento de los neonatos con problema de sobrepeso o patologías derivadas del mismo, lo cual es un alarmante problema de salud pública.(Censos, 2014)

Incidencia

Es la cantidad de nuevos casos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un periodo de tiempo específico, como un año.

La incidencia muestra la probabilidad de que una persona de una cierta población resulte afectada por dicha enfermedad.

Importancia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), la diabetes mellitus (DM) es el tercer problema de salud pública más importante en el mundo, en donde la diabetes gestacional hace parte de uno de los cuatro grupos de esta patología; los otros grupos son la diabetes tipo 1 (DM1), la diabetes tipo 2 (DM2) y otros tipos específicos de diabetes. La diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2, al igual que en la intolerancia a los carbohidratos causan diabetes pregestacional al existir antes del embarazo.

FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Constitución De La República Del Ecuador:

Cap.II Sección 7 Salud

Art. 32 “La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y

otros que sustenten el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.(MSP, 2012)

Cap. III

Art.35 Define las personas y grupos de atención prioritaria y establece que la responsabilidad del ámbito público y privado de garantizar una atención prioritaria y especializada. El estado prestara especial protección a las personas en doble condición de vulnerabilidad. Con respecto a estos grupos en varios articulados menciona sus derechos en salud. Incorpora artículos importantes en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos (capitulo sexto “Derecho de Libertad”).(MSP, 2012)

Plan Nacional del Buen Vivir:

Objetivo 3: “La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida.

Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física”.(Consejo Nacional de Planificación, 2014)

Modelo de Atención Integral de Salud “MAIS”

Objetivo estratégico del MAIS:

Reorientación del enfoque curativo, centrado en la enfermedad y el individuo, hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de APS, fortaleciendo y articulando las acciones de promoción, prevención de la enfermedad, en sus dimensiones individual y colectiva; garantizado una respuesta oportuna, eficaz, efectiva y continuidad en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; con enfoque intercultural, generacional y de género.(MSP, 2012)

Derechos del buen vivir

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, a la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.(MSP, 2012)

CONSULTA EXTERNA DEL “HOSPITAL GINECO - OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR”

Política de calidad del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

El Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor ofrece: normas de prevención y atención médica en la salud sexual, reproductiva, medicina perinatal y neonatal a población de escasos recursos económicos y a quien pueda contribuir a su prestación.

El Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor se esfuerza por entregar sus servicios en procesos de atención en consulta externa, hospitalización, medicina crítica, docencia e investigación; procurando mejorar continuamente la satisfacción de sus clientes internos y externos. (Guayaquil, 2012-2015)

Misión

Brindar una asistencia médica, solidaria sin fines de lucro, con un alto nivel de calidad y calidez en la atención a las personas más necesitadas y a todas aquellas que requieren este servicio contribuyendo con buen trato a la población afectada.

Visión

Ser en los próximos años una unidad de salud como referencia en el país, brindando los servicios de Ginecología, Obstetricia, Neonatología y relacionados.

Para cumplir con la Misión y darle sentido a la Visión se contó con colaboradores comprometidos, altamente capacitados y con vocación de servicio.

Valores

Innovación

Se fortalece el conocimiento de manera directa, al brindar una atención personal y fomentando el desenvolvimiento profesional y tecnológico, la investigación científica y la mejora continua de los servicios.

Integridad

Realizar las actividades brindando una atención con calidez de forma humana al proteger la integridad del paciente que se hace atender realizando una labor de manera profesional, correcta y confiable mediante la práctica de ética y valores.

Liderazgo

Desarrollar labores de una manera correcta manteniendo un trabajo de colaboración con el único fin de brindar a los pacientes una atención fiable en la ciudad o a nivel nacional.

Solidaridad

Buscar el bienestar de los pacientes, es por ellos que se labora con el objetivo de brindar día a día atención de calidad y compromisos con los pacientes entre los componentes de la sociedad ecuatoriana para enaltecer la dignidad humana y el trato efectivo que se prodiga a todo aquel que necesita ayuda.

Sostenibilidad

Atender las necesidades de la sociedad ecuatoriana sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras de satisfacer las suyas, garantizando el equilibrio entre crecimiento, cuidado del medio ambiente y bienestar social.

VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLES

Incidencia de diabetes gestacional

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Número de casos nuevos de Diabetes Gestacional en una población determinada y en un periodo determinado.	Características demográficas	Edad	30- 35 años 36-40 años 41-45 años
		Educación	Primaria Secundaria Superior
		Gestaciones	1 2 3 Más de 4
		Lugar de nacimiento	Costa Sierra Oriente Región insular
		Lugar de residencia	Urbano Rural
		Etnia	Blanca Negra Mestiza Indígena
		Inicio de diabetes gestacional	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Número de casos nuevos de diabetes gestacional en una población determinada y en un periodo determinado	Factores de riesgo	Antecedentes familiares DM tipo 2	Paternos Maternos Ancestros
		Antecedentes personales	Diabetes Mellitus Gestacional Abortos Polihidramnios, Hipertensión Arterial
		IMC	<30 >30
	Complicaciones Fetales	Macrosomía fetal	Presente Ausente
		Prematuro	Presente Ausente
		Óbito fetal	Presente Ausente

Autora: Azua Lucio Noemí Alexandra

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

En el presente trabajo de investigación se aplica el método cuantitativo que permitió establecer la incidencia con el porcentaje de pacientes que presentan la enfermedad de Diabetes gestacional en la consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

Población

El universo de este estudio está integrado por 65 usuarias gestantes con patología de Diabetes Mellitus que fueron atendidas en la Consulta externa de la Maternidad Enrique C. Sotomayor de Mayo a septiembre del 2016.

Método de recolección de datos

Par la recolección de datos de aplicó como técnica la observación a través de una guía de recolección de datos de historias clínicas. El objeto de estudio son pacientes gestantes de 30 a 45 años de edad que acuden a la consulta externa del Hospital Gineco Obstetra Enrique C. Sotomayor durante el periodo de mayo a septiembre del 2016.

Procedimiento para la recolección de la información

Observación indirecta a través de una guía de recolección de datos en las Historias Clínicas.

Plan de tabulación y análisis de datos:

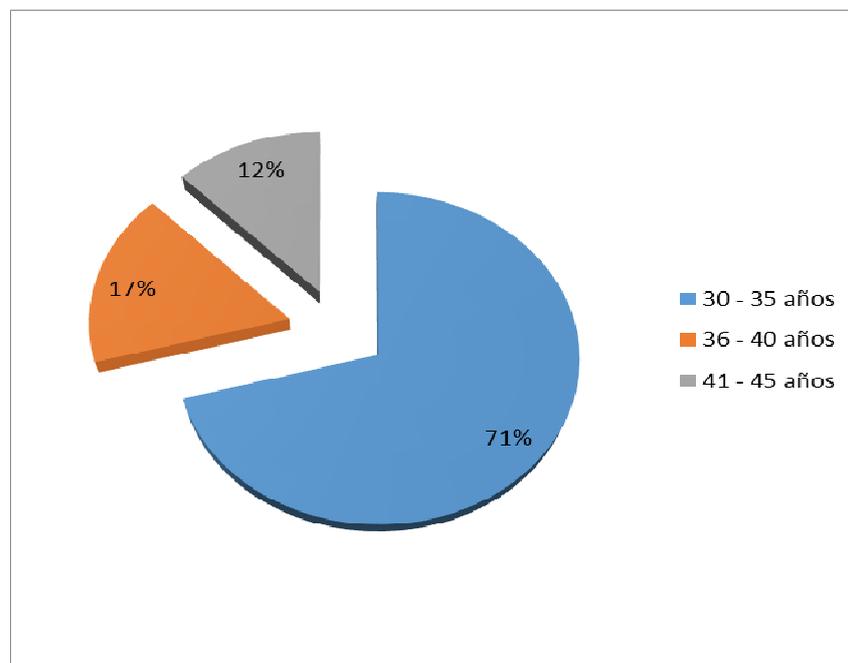
Elaboración de tablas con datos estadísticos utilizando el programa Excel, el cual permitió realizar gráficos en forma de pastel. Para poder interpretar los resultados.

Instrumento de recolección de datos:

Guía de recolección de datos.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Gráfico N° 1 Edad

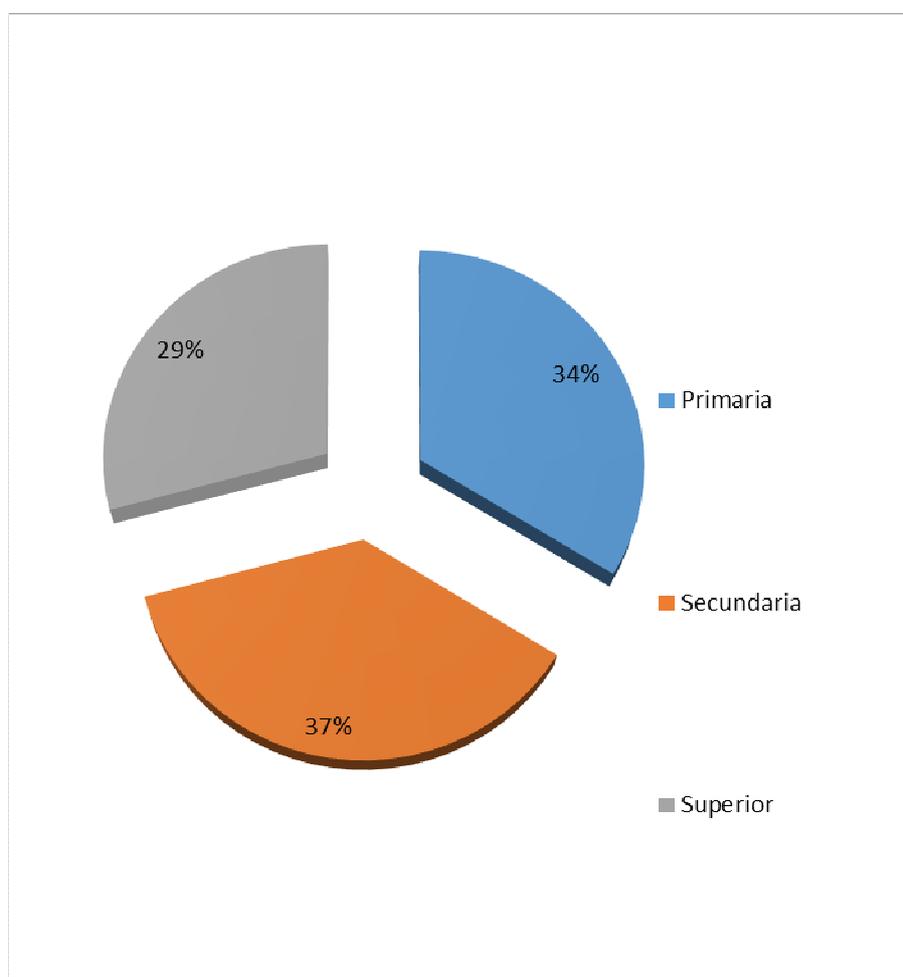


Fuente: Hospital Gineco Obstetra Enrique C. Sotomayor

Autor: Azua Lucio Noemí Alexandra

Análisis: De los registros que se encontró en los Historiales Clínicos del estudio, se puede evidenciar que la incidencia que existe de diabetes en mujeres gestantes de 30-35 años es de un 71%, de 36-40 años es 17%, en cambio de con un 12% las mujeres de 41 a 45 años; Lo cual está en relación a la tendencia señalada en los otros estudios realizados que indican que el mayor porcentaje de DG se presenta en mujeres mayores de 30 años.

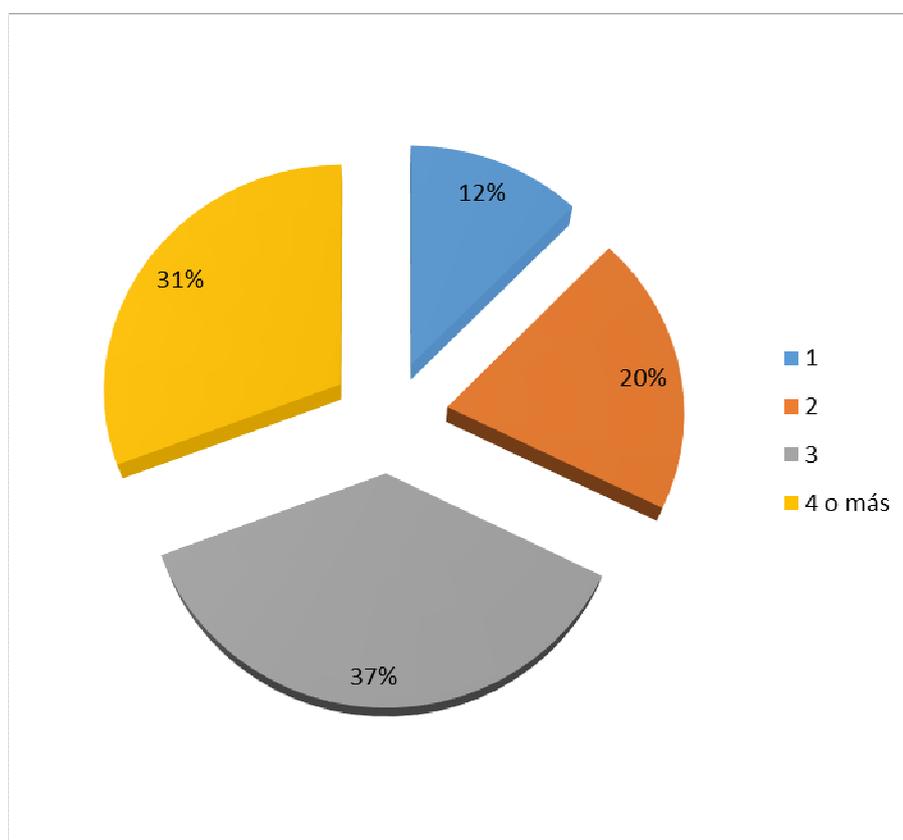
Gráfico N° 2 Educación



Fuente: Hospital Gineco Obstetra Enrique C. Sotomayor
Autor: Azua Lucio Noemí Alexandra

Análisis: La educación es un factor importante que se puede evidenciar en las mujeres gestantes que acuden a consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor, sólo el 37% ha terminado la secundaria, un 34% sólo ha culminado sus estudios primarios, y un 29% tiene estudios superiores, por lo que se puede deducir que hay limitación en el nivel educativo, que se podría relacionar a los estilos de vida de las gestantes.

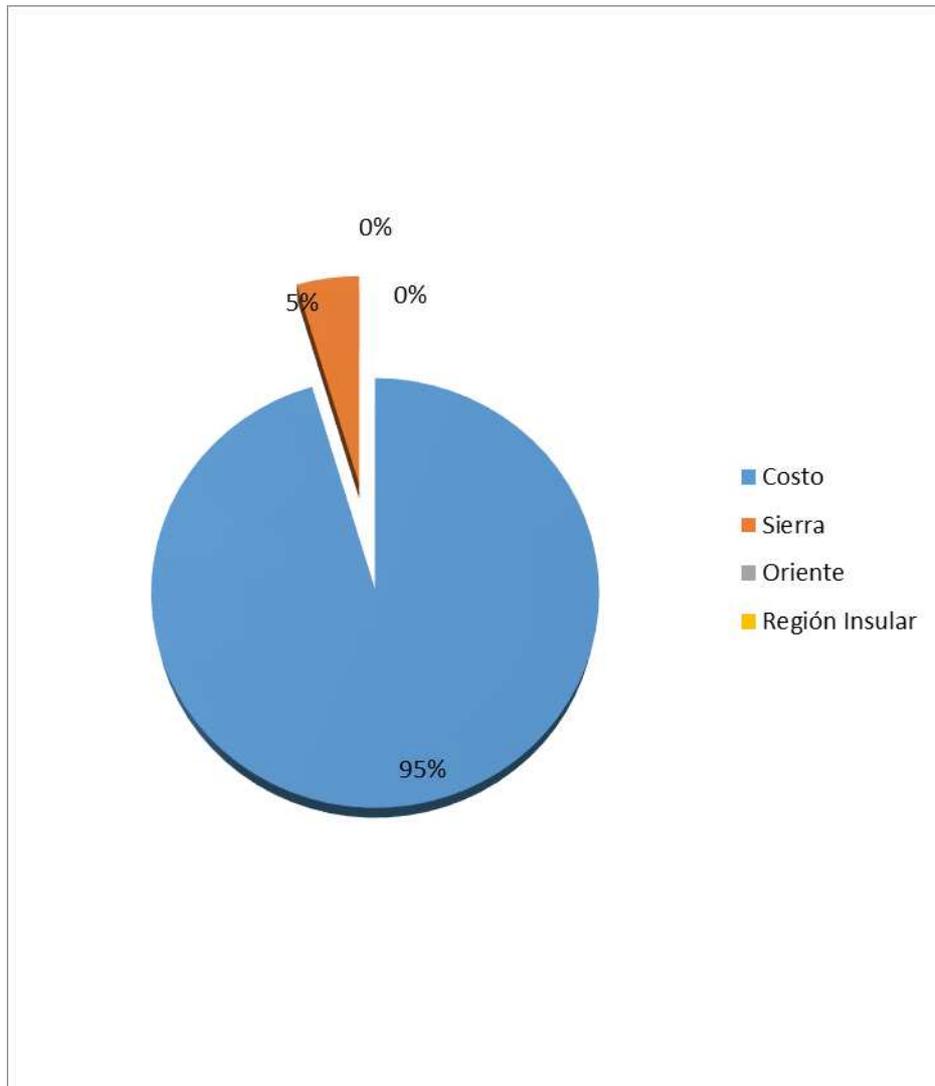
Gráfico N° 3 Gestaciones



Fuente: Hospital Gineco Obstetra Enrique C. Sotomayor
Autor: Azua Lucio Noemí Alexandra

Análisis: En las Historias Clínicas de las mujeres gestantes revisadas, se encontró que el 37% tiene hasta 3 gestaciones, el 31% más de 4 embarazos, el 20% ha tenido sólo 2 gestas y el 12% de las mujeres sólo 1 gestación, es lo que se pudo obtener de las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor.

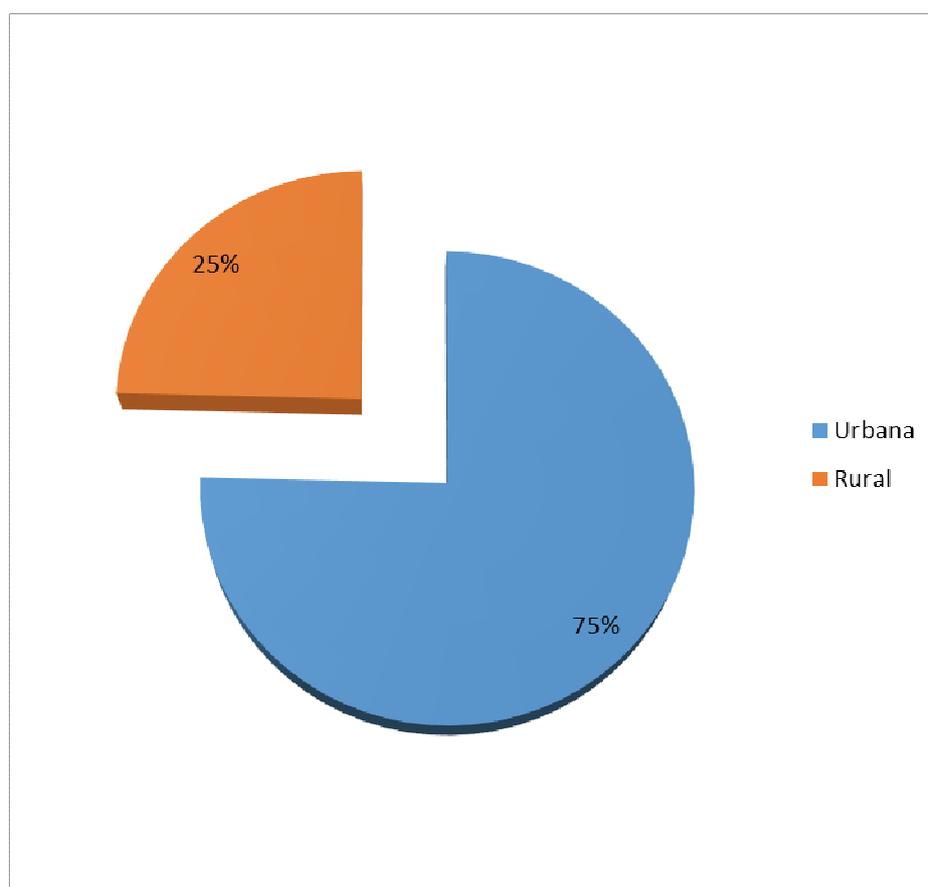
Gráfico N° 4 Lugar de nacimiento



Fuente: Hospital Gineco Obstetra Enrique C. Sotomayor
Autor: Azua Lucio Noemí Alexandra

Análisis: La incidencia entre las mujeres gestantes que acuden a la consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor, es el 95% los nacimientos en la región costa y un 5% en la sierra.

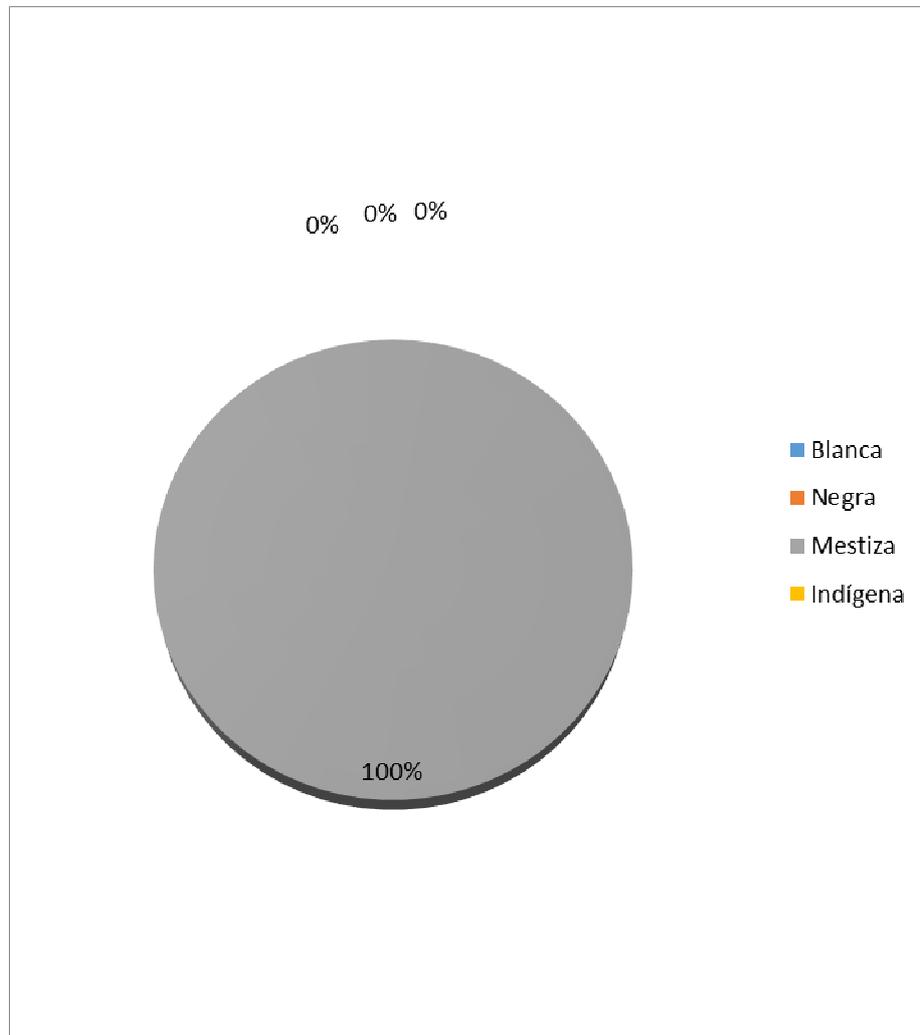
Gráfico N° 5 Lugar de residencia



Fuente: Hospital Gineco Obstetra Enrique C. Sotomayor
Autor: Azua Lucio Noemí Alexandra

Análisis: Los datos encontrados en los Historiales Clínicos del presente estudio, reflejan la evidencia de que el 75% de las mujeres gestantes tiene su residencia en la zona urbana y un 25% se ubica en la parte rural. Lo que comprueba la incidencia en el número de casos nuevos en una determinada población.

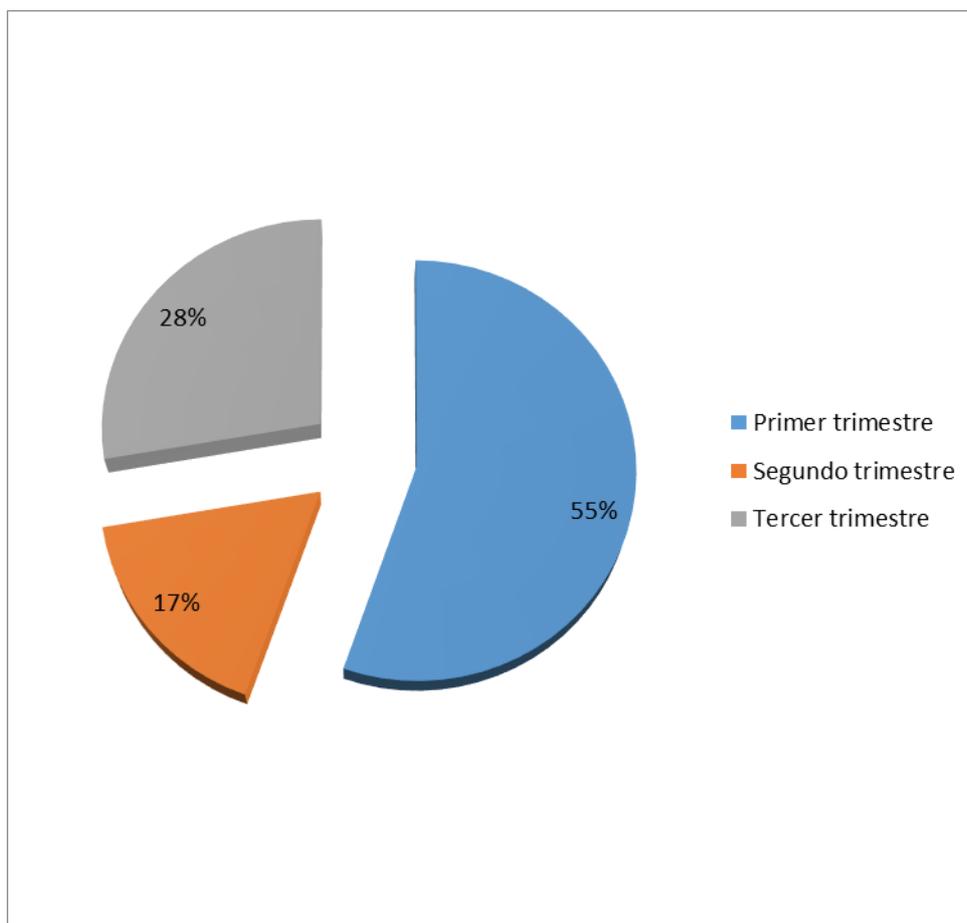
Gráfico N° 6 Etnia



Fuente: Hospital Gineco Obstetra Enrique C. Sotomayor
Autor: Azua Lucio Noemí Alexandra

Análisis: De la recolección de datos, Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, las Gestante pertenecen al grupo de mestizos. Su porcentaje de Etnia es 100%, la que acude a la consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor.

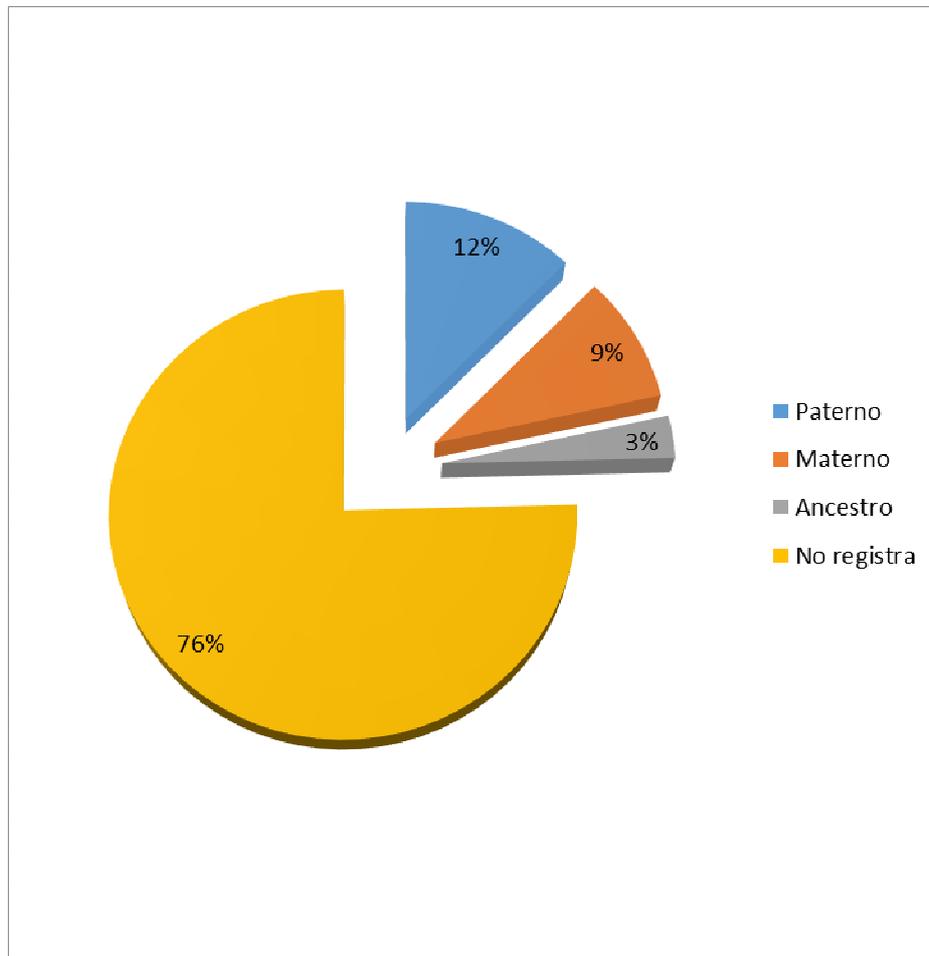
Gráfico N° 7 Inicio de diabetes gestacional



Fuente: Hospital Gineco Obstetra Enrique C. Sotomayor
Autor: Azua Lucio Noemí Alexandra

Análisis: De los datos obtenidos de los Historiales Clínicos del estudio, las gestantes que acuden a la consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor, en el primer trimestre de gestación hay un porcentaje de 55% de las mujeres, un 28% se presenta en el tercer trimestre y el 17% se registra en el segundo, de todas las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor.

Gráfico N° 8 Antecedentes familiares de Diabetes

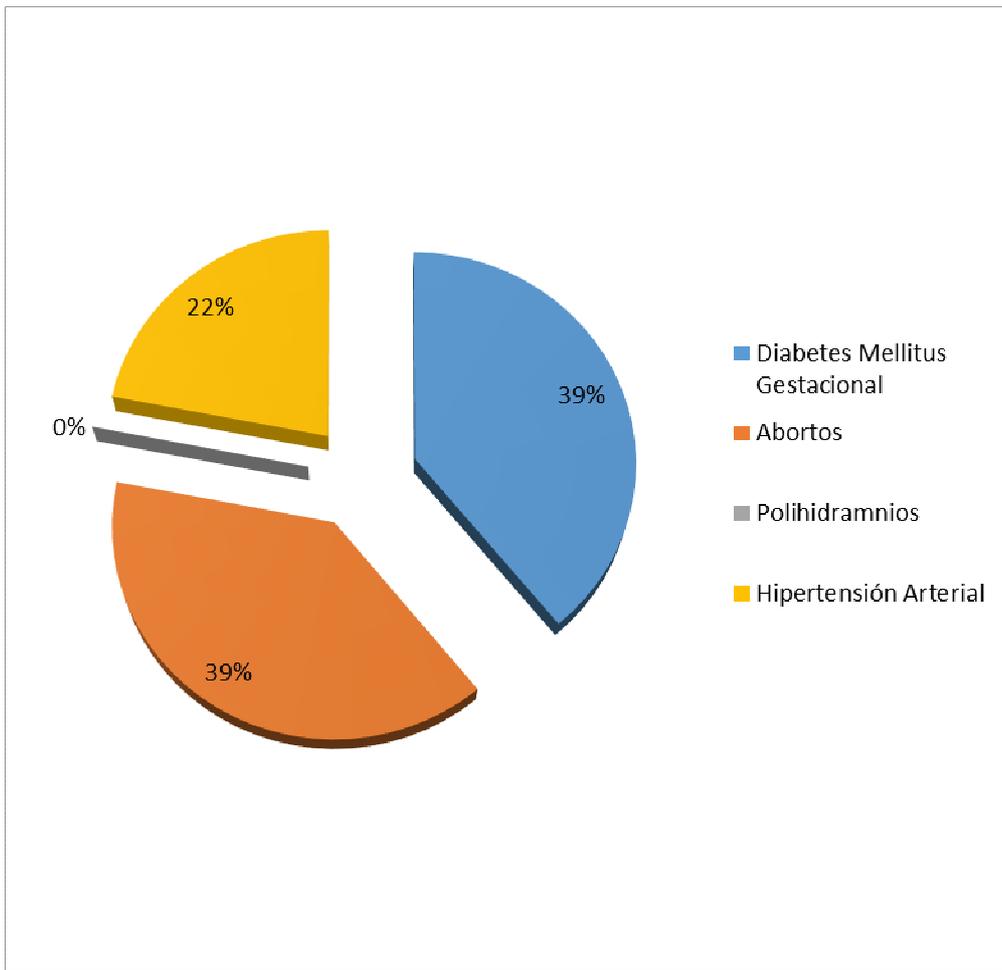


Fuente: Hospital Gineco -Obstetra Enrique C. Sotomayor

Autor: Azua Lucio Noemí Alexandra

Análisis: De los resultados que se encontró en las Historias Clínicas del estudio, las gestantes que acuden a la consulta externa reflejan un 76% de las mujeres gestantes no registra antecedentes familiares, el 12% registra de referencia paterna, el 9% refiere por parte materna y el 3% lo registra de los ancestros de las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor.

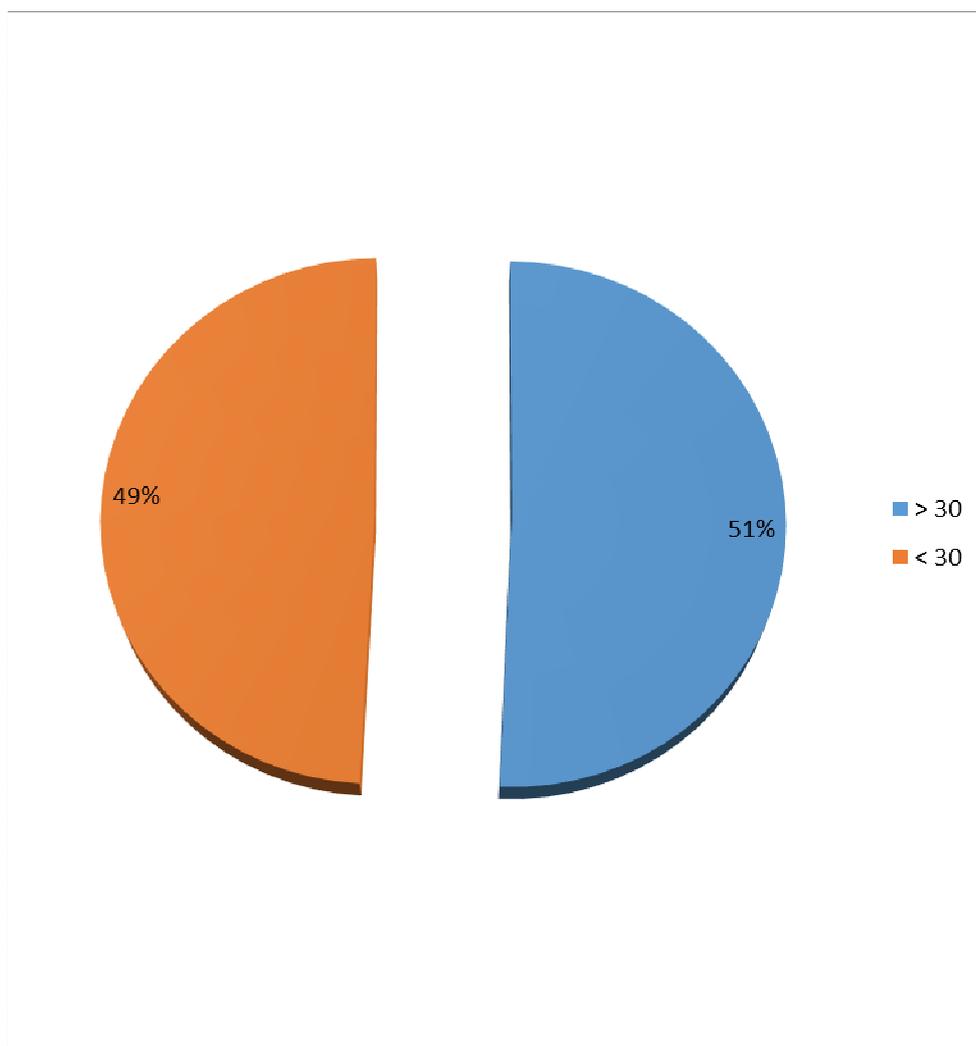
Gráfico N° 9 Antecedentes personales



Fuente: Hospital Gineco Obstetra Enrique C. Sotomayor
Autor: Azua Lucio Noemí Alexandra

Análisis: En los Historiales Clínicos se pudo evidenciar que algunas pacientes presentan casi todos los antecedentes personales de las mujeres gestantes que acuden a la consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor.

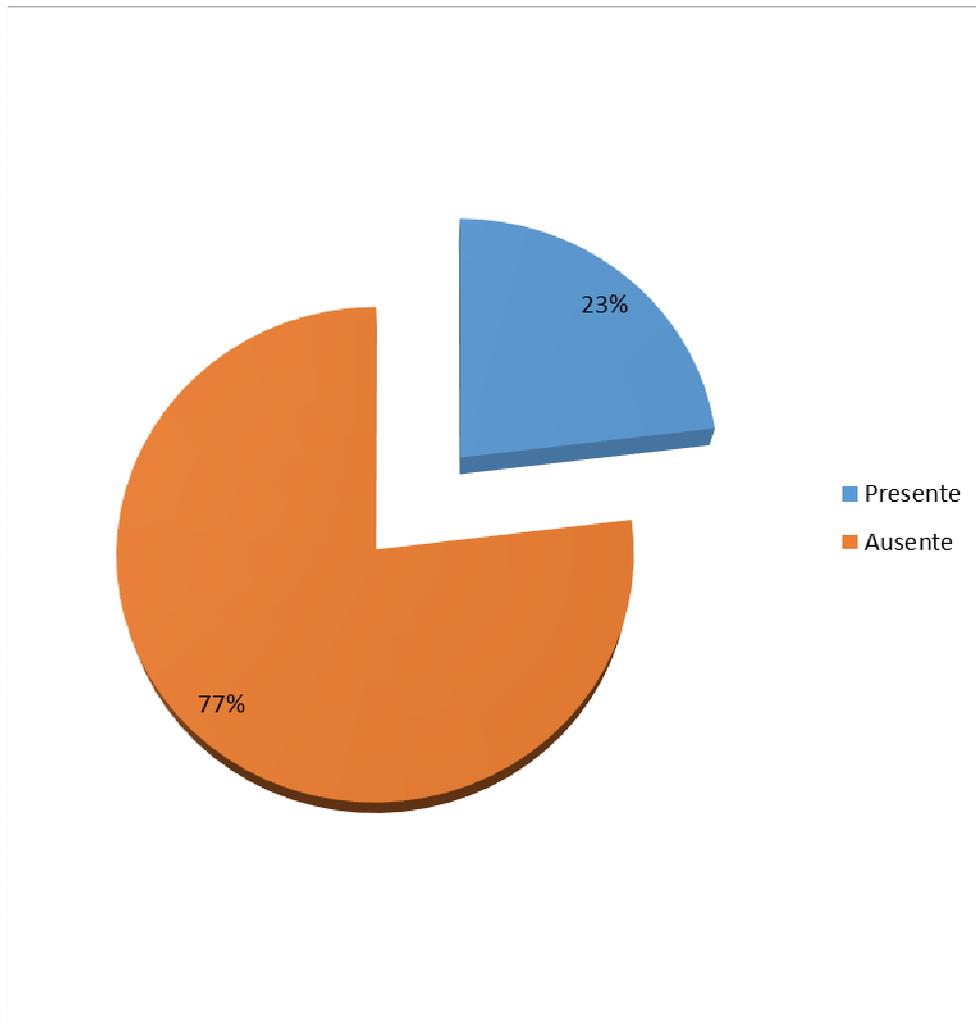
Gráfico N° 10 Índice de masa corporal



Fuente: Hospital Gineco Obstetra Enrique C. Sotomayor
Autor: Azua Lucio Noemí Alexandra

Análisis: En los datos investigados, se evidencia que las gestantes que acuden a la consulta externa, el índice de masa corporal el 51% tiene obesidad grado I, II y obesidad mórbida y el 49% tiene sobrepeso.

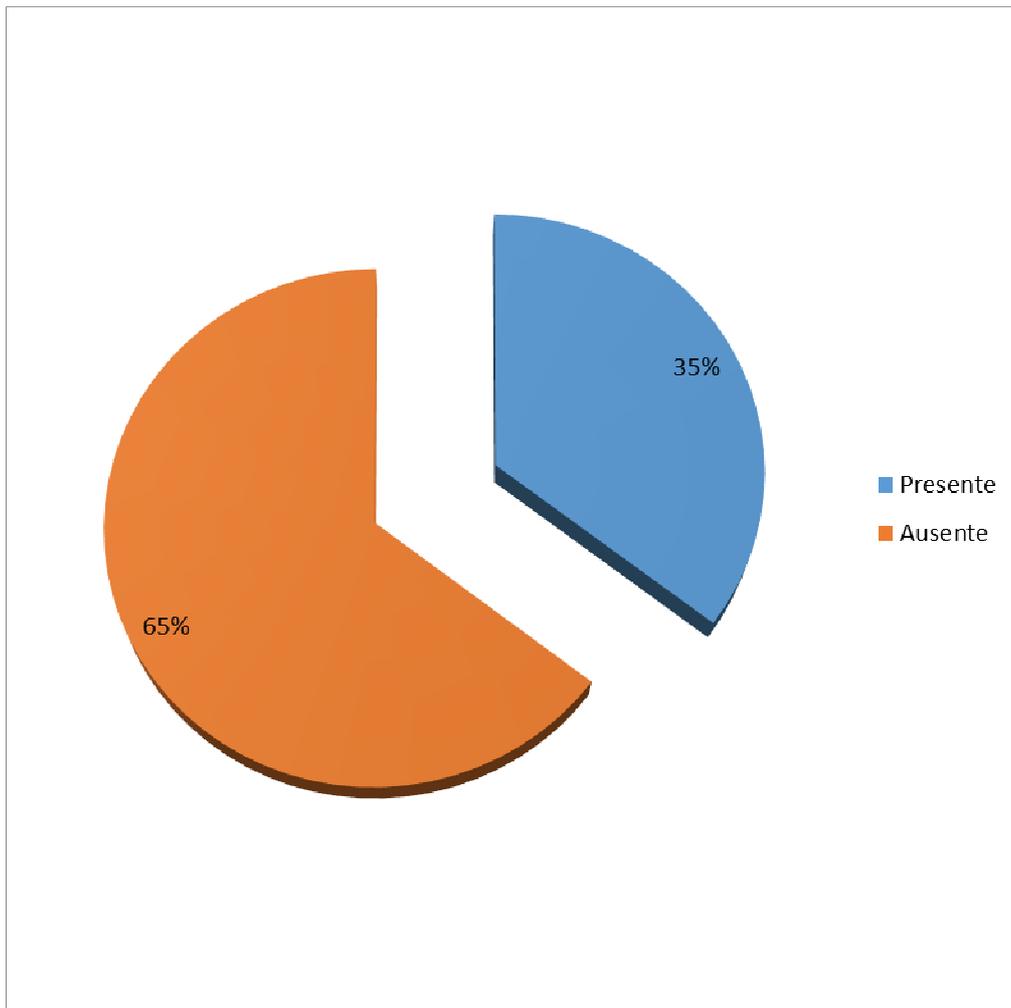
Gráfico N° 11 Macrosomía fetal



Fuente: Hospital Gineco Obstetra Enrique C. Sotomayor
Autor: Azua Lucio Noemí Alexandra

Análisis: De los datos encontrados en las Historias Clínicas del presente estudio, el diagnóstico de macrosomía fetal está en un 77% ausente debido a que la Diabetes Gestacional en su mayoría se presenta en el primer trimestre, esta es controlada obstétricamente y a tiempo. Pero hay gestantes en las que se presenta en el tercer trimestre y por ende tienen presente un 23% de macrosomía fetal.

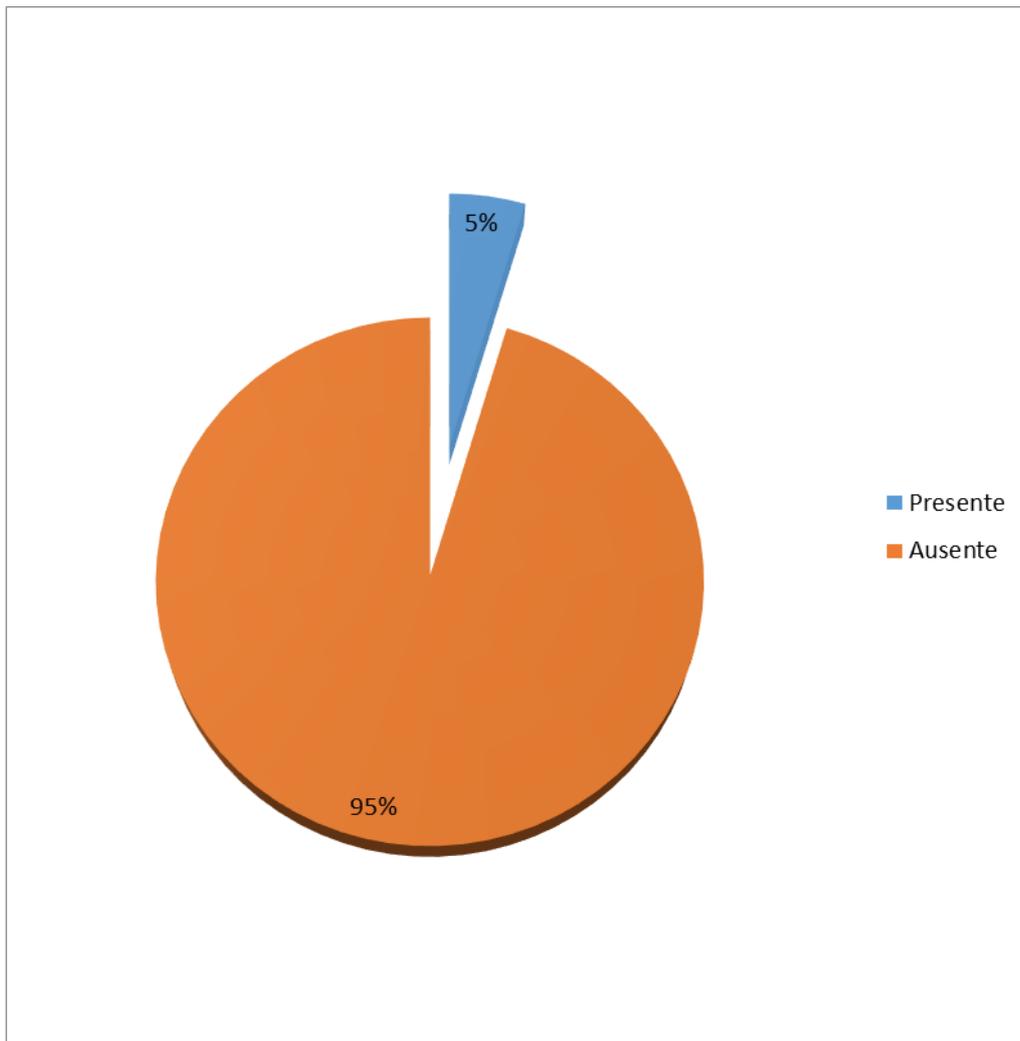
Gráfico N° 12 Prematuro



Fuente: Hospital Gineco Obstetra Enrique C. Sotomayor
Autor: Azua Lucio Noemí Alexandra

Análisis: En los datos que se encontró dentro de los Historiales Clínicos de estudio se corroboró que en los partos de las madres con Diabetes Gestacional se han registrado 65% de no existir partos prematuros y en un 35% están presente los partos prematuros de las mujeres que acuden a la consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor.

Gráfico N° 13 Óbito fetal



Fuente: Hospital Gineco Obstetra Enrique C. Sotomayor
Autor: Azua Lucio Noemí Alexandra

Análisis: En los registros de los Historiales Clínicos de estudio, la ausencia de óbito fetal se refleja en un 95% en las pacientes y el 5% está presente en las gestantes que acuden a la consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor.

CONCLUSIONES

La población que presenta Diabetes Gestacional en la consulta externa son mujeres de 30 a 45 años, siendo la incidencia de 100% en las usuarias estudiadas de la Maternidad Enrique C. Sotomayor.

Los factores de riesgo que presentan las pacientes con Diabetes Gestacional, atendidas en la consulta externa de la Maternidad Enrique C. Sotomayor son: Macrosomía fetal, óbito fetal, partos prematuros y en algunos casos malformaciones congénitas y otras complicaciones durante la gestación y en el momento del parto, donde el 37% tiene 3 gestaciones, el 31% más de 4 embarazos, el 20% sólo 2, y el 12% sólo uno.

Las mal formaciones congénitas son la principal causa de mortalidad y morbilidad graves en los recién nacidos de madres que presentan Diabetes Mellitus tipo 1 o tipo 2, Diabetes pregestacional, también distocia en trabajo de parto, aumento en número de cesáreas, alto número de porcentaje de infecciones, cicatrización lenta en herida quirúrgica, hematomas y ceromas.

(Azua Lucio Noemí Alexandra)

RECOMENDACIONES

Es recomendable que las Licenciadas de Enfermería orienten por medio de charlas a las Gestantes con Diabetes Gestacional acerca de la importancia de realizarse el debido control de glicemia, más aún pacientes que presentan factores de riesgo existentes en sus familiares, para prevenirlos y que puedan evitar malformaciones en el feto u otros factores de riesgo.

Formación de club para madres con Diabetes Gestacional con la finalidad de que aprendan a consumir alimentos hipocalóricos, hipolipídicos, hiposódicos, elaboración de guía de ejercicios moderados para ayudar al cuerpo a procesar la glucosa y de esta manera mantener los niveles de azúcar en la sangre dentro de los parámetros normales.

Motivar a las Gestantes por medio de charlas acerca de la importancia de realizarse los controles prenatales periódicos y las ecografías con el fin de verificar que no existan complicaciones.

Organizar una brigada del personal de Licenciadas de Enfermería con el objetivo de promover educación preventiva a las adolescente de 13-18 años de edad y de esta manera reducir los números de casos en los cuales las mujeres en edad fértil minimicen las complicaciones materno-fetal y en el trabajo de parto.

(Azua Lucio Noemí Alexandra)

BIBLIOGRAFÍA

- Almirón, M. E., Gamarra, S. C., González, M. S., & Issler, J. R. (2005a). Diabetes gestacional. *Rev Postgr Via Cátedr Med*, 152, 23–7.
- Almirón, M. E., Gamarra, S. C., González, M. S., & Issler, J. R. (2005b). Diabetes gestacional. *Rev Postgr Via Cátedr Med*, 152, 23–7.
- Castro, O., Chu, L. E., & others. (2015). *Diagnóstico de diabetes gestacional a partir de la prueba de tolerancia a la glucosa*. Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado a partir de <http://www.repositorio.usac.edu.gt/337/1/Informe%20Final.pdf>
- CCVE_cd.pdf. (s/f). Recuperado a partir de http://ome.fuden.es/media/docs/CCVE_cd.pdf
- Censos, I. N. de E. y. (2014, mayo 9). Diabetes y enfermedades hipertensivas entre las principales causas de muerte en el 2013. Recuperado el 26 de agosto de 2016, a partir de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/diabetes-y-enfermedades-hipertensivas-entre-las-principales-causas-de-muerte-en-el-2013/>
- Censos, I. N. de E. y. (s/f). Instituto Nacional de Estadística y Censos. Recuperado el 26 de agosto de 2016, a partir de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>
- Comida-paradiabeticos.blogspot.com. (2012a, domingo, de enero de). Comida para diabeticos: Aspectos psicosociales de la diabetes. Recuperado a partir de http://comida-paradiabeticos.blogspot.com/2012_01_01_archive.html
- Comida-paradiabeticos.blogspot.com. (2012b, jueves, de enero de). Comida para diabeticos: Diabetes gestacional. Recuperado a partir de <http://comida-paradiabeticos.blogspot.com/2012/01/diabetes-gestacional.html>
- Comida-paradiabeticos.blogspot.com. (2012c, jueves, de enero de). Comida para diabeticos: Diabetes gestacional. Recuperado a partir de <http://comida-paradiabeticos.blogspot.com/2012/01/diabetes-gestacional.html>

Comida-paradiabeticos.blogspot.com. (2012d, lunes, de enero de). Comida para diabeticos: ¿Que es la diabetes? Recuperado a partir de <http://comida-paradiabeticos.blogspot.com/2012/01/que-es-la-diabetes.html>

Comida-paradiabeticos.blogspot.com. (2012e, jueves, de enero de). Comida para diabeticos: Stevia, un aditivo natural especial para diabéticos. Recuperado a partir de <http://comida-paradiabeticos.blogspot.com/2012/01/stevia-un-aditivo-natural-especial-para.html>

Comida-paradiabeticos.blogspot.com. (2012f, marzo 3). Comida para diabeticos: Diez cuidados básicos de los pies del diabetico. Recuperado a partir de <http://comida-paradiabeticos.blogspot.com/2012/01/diez-cuidados-basicos-de-los-pies-del.html>

Comida-paradiabeticos.blogspot.com. (2012g, marzo 10). Comida para diabeticos: DIABETES Y LA TERCERA EDAD. Recuperado a partir de <http://comida-paradiabeticos.blogspot.com/2012/01/diabetes-y-la-tercera-edad.html>

Conza Conza, C. C. (2016). Incidencia de muerte materna en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala. Durante el año 2013. Recuperado a partir de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21672es/s21672es.pdf>

Corcuera, M. A., Elias, A., Retegi, A., Gabilondo, N., & Eceiza, A. (1987). *Trabajo Experimental Sostenible en el Máster de Ingeniería de Materiales Renovables*. Recuperado a partir de http://www.ingurumena.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/posters_ivjornadas_educacion/es_def/adjuntos/16_corcuera_resumen.pdf

Coustan, D. R., Lowe, L. P., Metzger, B. E., & Dyer, A. R. (2010). The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) study: paving the way for new diagnostic criteria for gestational diabetes mellitus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(6), 654.e1-654.e6. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.04.006>

Dieta para diabetes gestacional. (2016). Recuperado el 13 de septiembre de 2016, a partir de <http://foaligi.faith/post-2375>

- División de Enfermería. (2012, enero 16). Colocación y Retiro de Gorro, p. 3. Uruguay.
- Dorantes Cuellar, A. Y., Martínez Sibaja, C., & Guzmán Blanno, A. (2008). *Endocrinología clínica*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Endocrinopatías y Embarazo. (s/f). Recuperado a partir de <http://www.biblioteca-medica.com.ar/2011/12/endocrinopatias-y-embarazo.html>
- Faingold, M. ., Lamela, C., Gheggi, M., Lapertosa, S., Di Marco, I., Basualdo, M. ., ... Alvariñas, J. (2008). Recomendaciones para Gestantes con Diabetes. *1, 1*, 15.
- Federación Internacional de Diabetes. (s/f). *Diabetes y Embarazo* (p. 4). Bélgica. Recuperado a partir de https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/PB_DiabetesInPregnancy_ES.pdf
- Flores Natividad, P. G., & Torres Ortiz, S. del C. (2015, septiembre). *Factores de Riesgo en el Embarazo, Parto Puerperio y Recién Nacido, FACTORES INTRÍNSECOS*. Veracruz - Mexico. Recuperado a partir de <http://es.slideshare.net/paulinagflores1/factores-intrinsicos-que-es-genetica-de-los-padres>
- García, C. G. (2008). Diabetes mellitus gestacional. *Medicina interna de México*, *24*(2), 148–156.
- Gardner, D. G., Padilla Sierra, G. E., Rivera Muñoz, B., & Shoback, D. (2012). *Endocrinología básica y clínica*. México D.F. (México: McGraw Hill.
- Incidencia: MedlinePlus enciclopedia médica. (s/f). Recuperado el 26 de agosto de 2016, a partir de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002387.htm>
- ISAGS. (2014). *Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur* (p. 63). UNASUR. Recuperado a partir de [http://www.isags-unasursalud.org/uploads/biblioteca/7/bb\[186\]ling\[2\]anx\[560\].pdf](http://www.isags-unasursalud.org/uploads/biblioteca/7/bb[186]ling[2]anx[560].pdf)
- Johnson, J. Y. (2011). *Enfermería materno-neonatal*. México: Manual Moderno.
- Laredo Rodriguez, L. R. (2011, octubre 5). Enfermedades infecciosas y parasitarias más comunes en el hombre. Recuperado el 12 de septiembre de 2016, a partir de

<http://www.monografias.com/trabajos85/enfermedades-infecciosas-parasitarias/enfermedades-infecciosas-parasitarias.shtml>

Lerman Garber, I., & Aguilar Salinas, C. A. (2011). *Atención integral del paciente diabético*.

México, D.F.: McGraw-Hill. Recuperado a partir de

<https://es.scribd.com/doc/293090140/Atencion-Integral-del-Paciente-Diabetico-LERMAN-4e-pdf>

Martin, J. A., Hamilton, B. E., Sutton, P. D., Ventura, S. J., Mathews, M. ., & Osterman, M. J.

(2010). National Vital Statistics Reports, 59(1), 72.

Medline Plus. (2016). Uso de guantes en el hospital [HTML]. Recuperado a partir de

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000452.htm>

Ministerio de Salud. (2014). *Guía Diabetes y Embarazo* (p. 83). Chile: Gobierno de Chile.

Recuperado a partir de http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/11/GUIA-DIABETES-Y-EMBARAZO_web-14-11-2014.pdf

Misión, Visión y Valores. (s/f). Recuperado el 26 de agosto de 2016, a partir de

<https://www.juntadebeneficencia.org.ec/es/nosotros/mision>

MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS* (p. 210). Ecuador.

Recuperado a partir de

http://instituciones.msp.gob.ec/somosalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

MSP. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (Pregestacional y gestional): guía de práctica clínica*. Quito: MSP.

MSP. (s/f-a). Recuperado el 13 de septiembre de 2016, a partir de

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/%20Acuerdo%204194%20NORMA%20TECNICA%20PARA%20DERIV%20ACI%20C3%2093>

N%20Y%%2020FINANC.%20COBERTURA%20INTERNACIONAL%20ENF%20.%20C
A%20T%20ASTR%C3%93FICAS.pdf

MSP. (s/f-b). Recuperado el 13 de septiembre de 2016, a partir de

https://aplicaciones.msp.gob.ec/upload/upload/00001%20190_201%201_00001%20190.PDF

Radio Estado. (2015, marzo 16). Radio Estado 32: Programa piloto baja número de mujeres con diabetes gestacional. Recuperado a partir de

<http://radioestado32.blogspot.com/2015/03/programa-piloto-baja-numero-de-mujeres.html>

Resource not found. (s/f). Recuperado el 14 de septiembre de 2016, a partir de

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.1%201799/14321/406121.pdf;sequence=2>

Rojas de P, E., Molina, R., & Rodríguez, C. (2012). Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10, 7–12.

SciELO - Scientific Electronic Library Online. (s/f). Recuperado el 13 de septiembre de 2016, a

partir de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-

[31%20102012000400005](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31%20102012000400005)

Tejada, G. D. (2013, febrero). CLASES FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA: Uso de Bata, Gorro y Mascarilla. Recuperado a partir de

<http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com/2013/02/uso-de-bata-gorro-y-mascarilla.html>

Ticona Chavéz, E. (2009). Control de las Enfermedades transmitidas por contacto y por aire en el Hospital. *Diagnostico*, 48(1), 2.

Usiña, J., & Carrera, S. (2013). Anuario de Estadísticas Vitales Nacimiento y Defunciones 2013.

INEC. Recuperado a partir de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf

Valadez, B. (2015, marzo 15). Programa piloto baja número de mujeres con diabetes gestacional.

Recuperado el 13 de septiembre de 2016, a partir de

http://radioestado32.blogspot.com/2015_03_16_archive.html

Williams, Hoffman, B. L., & Pérez Tamayo Ruiz, A. M. (2014). *Ginecología*. México [etc.:

McGrawHillEducation.

Yumpu.com. (s/f). 6 SECRETARÍA DE SALUD M. Recuperado el 13 de septiembre de 2016, a

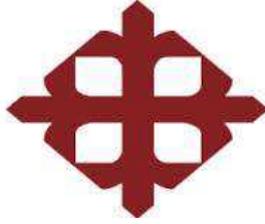
partir de <https://www.yumpu.com/es/document/view/38844099/36aqitnqd/7>

(s/f). Recuperado el 13 de septiembre de 2016, a partir de

<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/101%20155/121716/F1%20164210998/>

[ACUERDO%20%20202000005284%20%20ECUADOR.pdf](https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/101%20155/121716/F1%20164210998/ACUERDO%20%20202000005284%20%20ECUADOR.pdf)

ANEXO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”

Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Licenciada en Enfermería.

GUÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título: Incidencia de Diabetes en mujeres gestantes de 30-45 años. **Objetivo:** Recolectar información de las Historias Clínicas de mujeres gestantes de 30 a 45 años que acuden a la consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor.

Información para observación indirecta:

Historia Clínica

1. Edad 30- 35 años <input type="checkbox"/> 36- 40 años <input type="checkbox"/> 41- 45 años <input type="checkbox"/>	2. Educación Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>
3. Gestaciones 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 o más <input type="checkbox"/>	4. Lugar de nacimiento Costa <input type="checkbox"/> Sierra <input type="checkbox"/> Oriente <input type="checkbox"/> Región Insular <input type="checkbox"/>
5. Etnia Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/>	6. Lugar de Residencia Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>

<p>7. Antecedentes familiares de Diabetes</p> <p>Paterno <input type="checkbox"/></p> <p>Materno <input type="checkbox"/></p> <p>Ancestros <input type="checkbox"/></p>	<p>8. Inicio de diabetes gestacional</p> <p>Primer trimestre <input type="checkbox"/></p> <p>Segundo trimestre <input type="checkbox"/></p> <p>Tercer trimestre <input type="checkbox"/></p>
<p>9. Índice de masa corporal</p> <p>> 30 <input type="checkbox"/></p> <p>< 30 <input type="checkbox"/></p>	<p>10. Antecedentes personales</p> <p>Diabetes Mellitus Gestacional <input type="checkbox"/></p> <p>Abortos <input type="checkbox"/></p> <p>Polihidramnios <input type="checkbox"/></p> <p>Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/></p>
<p>11. Prematuro</p> <p>Presente <input type="checkbox"/></p> <p>Ausente <input type="checkbox"/></p>	<p>12. Macrostomia fetal</p> <p>Presente <input type="checkbox"/></p> <p>Ausente <input type="checkbox"/></p>
<p>13. Óbito fetal</p> <p>Presente <input type="checkbox"/></p> <p>Ausente <input type="checkbox"/></p>	

Autora: Alexandra Azua

**Técnica de observación a través de una guía de recolección de datos de
Historias Clínicas**





DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Azua Lucio Noemí Alexandra**, con C.C: # **0910057132** autor/a del trabajo de titulación: **Incidencia de diabetes en mujeres gestantes de 30 a 45 años de un Hospital de Especialidad, año 2016** previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **20 de septiembre de 2016**

f. _____

Nombre: **Azua Lucio Noemí Alexandra**

C.C: **0910057132**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Incidencia de diabetes en mujeres gestantes de 30 a 45 años de un Hospital de Especialidad, año 2016.		
AUTOR(ES)	Noemí Alexandra Azua Lucio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Rosario Erazo Freire, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de septiembre de 2016	No. DE PÁGINAS:	74
ÁREAS TEMÁTICAS:	Diabetes Mellitus Gestacional, factores de riesgos, complicaciones fetales.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Diabetes Gestacional, glucosa, incidencia, complicaciones obstétricas, aborto, malformaciones, macrosomía fetal, óbito fetal.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>En la última década se ha observado el incremento de la diabetes mellitus gestacional, uno de los factores es la obesidad y su unión con la diabetes de tipo II y el síndrome metabólico. El problema identificado es la presencia de un gran número de gestantes que acuden a la consulta con Diabetes Gestacional en diversos estados y con variedad de signos y síntomas: Irritabilidad, polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso, muchas de ellas por falta de control prenatal y por factores socioeconómicos refieren un alto grado de complicaciones; de esta población de gestantes la gran mayoría de ellas viven en zonas rurales marginales y no cuentan con centros de salud cercanos. El objetivo de este estudio es determinar la incidencia de Diabetes Gestacional en la consulta externa de la Maternidad Enrique C. Sotomayor. Como metodología se aplicó un método cuantitativo que permitió establecer la incidencia con el porcentaje de pacientes que presentan Diabetes Gestacional, este estudio está integrado por 65 usuarias gestantes con la patología descrita, para la recolección de datos se aplicó la observación indirecta a través de una guía de recolección de datos; de las historias clínicas. Los principales resultados reflejan el porcentaje que representa mayor incidencia en las gestantes entre las edades de 30 a 35 años.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0985173040 2-205527	E-mail: alexiazua8220@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-209210 – 593993142597		
	E-mail: martyholguinj@hotmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			