



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRA

TEMA:

“FACTORES DE RIESGOS MATERNOS Y FETALES EN MADRES QUE
PADECEN DIABETES GESTACIONAL” EN USUARIAS DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL

“DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL” DE SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO
DEL 2013

AUTORA

ARACELY CRISTINA CHILA CIFUENTES

TUTORA

OBST. YAZMÍN GRANDA BARBA

GUAYAQUIL – ECUADOR

AÑO 2013



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: Factores de riesgos maternos y fetales en madres que padecen diabetes gestacional en usuarias del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.		
AUTOR/ ES: Chila Cifuentes Aracely Cristina	REVISORES: Obst. Yazmín Granda Barba	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: de Ciencias Medicas	
CARRERA: Obstetricia		
FECHA DE PUBLICACION:	Nº DE PÁGS:	
ÁREAS TEMÁTICAS		
PALABRAS CLAVE: diabetes gestacional, diabetes mellitus tipo I y II, parto prematuro, macrosomía.		
RESUMEN:		
<p>El objetivo principal de este estudio retrospectivo fue determinar los factores de riesgos maternos y fetales en usuarias que padecen diabetes gestacional en el Hospital “Matilde Hidalgo de Procel” durante el periodo comprendido entre septiembre del 2012 y febrero del 2013, Identificando los antecedentes personales y familiares como factor predisponentes para diabetes gestacional y determinando la forma del término del embarazo en pacientes con diabetes gestacional.</p> <p>El universo estuvo establecido por todas las pacientes embarazadas usuarias del área de hospitalización del Hospital “Matilde Hidalgo de Procel durante el periodo comprendido entre septiembre del 2012 y febrero del 2013, se estableció en concreto una muestra de 55 pacientes embarazadas con Diabetes gestacional y Diabetes mellitus tipo I y II, de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados:</p> <p>El factor de riesgo materno con mayor porcentaje fue el parto pretérmino con un (86%), mientras que el factor de riesgo fetal que más se presento fue el óbito fetal con un (15%), entre los antecedentes patológicos familiares el (51%) no presento antecedentes ningún tipo de diabetes, y como antecedente patológico personal el (49%) presento diabetes mellitus tipo I y II, aunque no fue el porcentaje mayoritario fue significativo. En cuanto al término del embarazo tenemos que el (70%) termino en partos pretérminos por cesáreas.</p>		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0980936470	E-mail: arita_789@hotmail.com



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

Esta tesis cuya autoría corresponde a: Chila Cifuentes Aracely Cristina con C.I. 092696011-3 ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en forma presenté por el tribunal examinador de Grado Nominado por la escuela de obstetricia como requisito parcial para optar por el título de obstetra.

OBST. ADRIANA INTRIAGO ROSADO

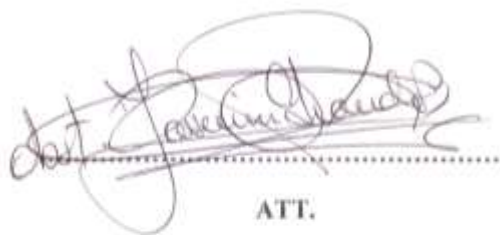
DR. FREDDY ORTEGA LEÓN M.S.c

OBST. MERCY LIMONES GONZALEZ

GUAYAQUIL, 27 DE JUNIO DEL 2003

CERTIFICADO

Yo, **Obst. Yazmín Granda Barba**, docente principal de la Escuela De Obstetricia, certifico haber revisado, corregido, aprobado la tesis con el tema: "FACTORES DE RIESGOS MATERNOS Y FETALES EN MADRES QUE PADECEN DIABETES GESTACIONAL" EN USUARIAS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL", DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013. Presentado por la **interna: Aracely Cristina Chila Cifuentes con C.I. 092696011-3**, como requisito previo a la obtención del título de obstetra, encontrándose *apta para sustentarla.*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Obst. Yazmín Granda Barba', is written over a horizontal dotted line. The signature is fluid and cursive.

ATT.

Obst. Yazmín Granda Barba

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios, por haberme dado la vida, ya que sin ella nada de esto hubiera sido posible y permitirme haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional.

Por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón, e iluminar mi mente.

A mis maestros, a mis compañeros, gracias por todos esos momentos compartidos en nuestro diario vivir, que sé, que quedaran guardados como buenos recuerdos de nuestro esfuerzo y sacrificio como estudiantes y poderlos luego disfrutar como grandes anécdotas vividas.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, a mi madre, por ser el pilar más importante de mi vida, por haberme dado su cariño y apoyo incondicional.

A mi padre, quien estuvo brindándome su apoyo siempre e inculcándome buenos valores a seguir.

A mis hermanos quienes siempre han estado a mi lado aconsejándome y guiándome por el buen camino.

Y a todas esas personas que de una u otra forma contribuyeron a mi formación profesional.

RESUMEN

La Diabetes constituye la complicación más frecuente en el embarazo, reconocido así por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud incidiendo directamente en la madre y el feto. El objetivo principal de este estudio retrospectivo fue determinar los factores de riesgos maternos y fetales en usuarias que padecen diabetes gestacional en el Hospital “Matilde Hidalgo de Procel” durante el periodo comprendido entre septiembre del 2012 y febrero del 2013, Identificando los antecedentes personales y familiares como factor predisponentes para diabetes gestacional y determinando la forma del término del embarazo en pacientes con diabetes gestacional. El universo estuvo establecido por todas las pacientes embarazadas usuarias del área de hospitalización del Hospital “Matilde Hidalgo de Procel durante el periodo comprendido entre septiembre del 2012 y febrero del 2013, se estableció en concreto una muestra de 55 pacientes embarazadas con Diabetes gestacional y Diabetes mellitus tipo I y II, de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados:

El factor de riesgo materno con mayor porcentaje fue el parto pretérmino con un (86%), mientras que el factor de riesgo fetal que más se presentó fue el óbito fetal con un (15%), entre los antecedentes patológicos familiares el (51%) no presentó antecedentes ningún tipo de diabetes, y como antecedente patológico personal el (49%) presentó diabetes mellitus tipo I y II, aunque no fue el porcentaje mayoritario fue significativo. En cuanto al término del embarazo tenemos que el (70%) terminó en partos pretérmino por cesáreas.

Palabras claves: diabetes gestacional, diabetes mellitus tipo I y II, parto pretérmino, Macrosomía.

SUMMARY

Diabetes is the most common complication in pregnancy, recognized as such by the World Health Organization (WHO) and the Pan American Health Organization acting directly on the mother and fetus. The main objective of this retrospective study was to determine the factors of maternal and fetal risks in users with gestational diabetes in the Hospital "Matilde Hidalgo de Procel" during the period between September 2012 and February 2013, Identifying personal and family history predisposing factor for gestational diabetes and determining the form of the term of pregnancy in patients with gestational diabetes. The universe was established by all users of the area pregnant patients Hospital inpatient "Matilde Hidalgo de Procel during the period between September 2012 and February 2013, was established specifically a sample of 55 pregnant patients with gestational diabetes mellitus Diabetes type I and II, of which the following results were obtained: The maternal risk factor with the highest percentage was a preterm delivery (86%), while the fetal risk factor that best present was a stillbirth (15%), between the family medical history (51%) did not present any diabetes history, and pathological personal as the (49%) presented diabetes mellitus type I and II, although it was the largest percentage was significant. As the end of pregnancy has the (70%) ended in preterm delivery by cesarean section.

Keywords: Gestational diabetes, diabetes mellitus type I and II, preterm delivery, macrosomia.

ÍNDICE

RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1.3. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.1.4. VIABILIDAD.....	3
1.2. OBJETIVOS.....	4
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	4
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
1.3. HIPÓTESIS.....	4
1.4. VARIABLES.....	4
1.4.1. VARIABLES INDEPENDIENTE.....	4
1.4.2. VARIABLES DEPENDIENTE.....	4
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. ANTECEDENTES.....	5
2.2. FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	6
2.2.1. LEY DE PREVENCIÓN, PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS QUE PADECEN DIABETES.....	6-7
2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	8

2.3.1. DIABETES GESTACIONAL.....	8
2.3.2. FACTORES DE RIESGOS.....	8
2.3.3. COMPLICACIONES DE LA DIABETES GESTACIONAL.....	9
2.3.3.1. MATERNAS.....	9
2.3.3.2. FETALES.....	9
2.3.4. ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES GESTACIONAL.....	10
2.3.5. DIAGNÓSTICO.....	11
2.3.6. PLAN NUTRICIONAL.....	12
2.3.7. AUTOMONITOREO DE GLUCOSA EN SANGRE.....	13
2.3.8. APLICACIÓN DE INSULINA.....	14
2.3.9. ANTIDIABÉTICOS ORALES.....	15
2.3.10. EVALUACIÓN POSTPARTO TRAS DIABETES GESTACIONAL.....	15
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	16
3.1. MATERIALES.....	16
3.1.1. LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO....	16
3.1.2. PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....	16
3.1.3. RECURSOS UTILIZADOS.....	16
3.1.3.1. HUMANOS.....	16
3.1.3.2. MATERIALES.....	16
3.1.3.3. ECONÓMICO.....	17
3.1.4. UNIVERSO Y MUESTRA.....	17
3.1.4.1. UNIVERSO.....	17

3.1.4.2. MUESTRA.....	17
3.2. MÉTODOS.....	17
3.2.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	17
3.2.2. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
3.2.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	18
3.2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	18
3.2.4.1. CRITERIO DE INCLUSIÓN.....	18
3.2.4.2. CRITERIO DE EXCLUSIÓN.....	18
4. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	19
4.1. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	34
4.1.1. OBJETIVO GENERAL.....	34
4.1.2. PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO.....	34
4.1.3. SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO.....	35
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
5.1. CONCLUSIONES.....	36
5.2. RECOMENDACIONES.....	36
5.3. PROPUESTA.....	37
5.3.1. JUSTIFICACIÓN.....	37
5.3.2. OBJETIVOS.....	38
5.3.3. FACTIBILIDAD DE LA APLICACIÓN.....	38
5.3.4. DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA.....	38
5.3.5. FORMAS DE SEGUIMIENTO.....	38

6. BIBLIOGRAFÍA.....	39
7. ANEXOS.....	40

ÍNDICE DE GRÁFICO

FACTORES DE RIESGOS MATERNOS EN PACIENTES CON DIABETES
GESTACIONAL

GRÁFICO N° 1.....	19
--------------------------	-----------

FACTORES DE RIEGOS FETALES EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL	
GRÁFICO N° 2	20
ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES DE PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL	
GRÁFICO N° 3	21
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL	
GRÁFICO N° 4	22
TERMINO DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL	
GRÁFICO N° 5	23
TRIMESTRE DE GESTACION EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL	
GRÁFICO N° 6	24
NIVELES DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL	
GRÁFICO N° 7	25
APGAR DE RECIEN NACIDOS DE PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL	
GRÁFICO N° 8	26
PARIDAD DE LA PACIENTE CON DIABETES GESTACIONAL	
GRÁFICO N° 9	27
EDAD MATERNA DE PACIENTE CON DIABETES GESTACIONAL	
GRÁFICO N° 10	28
NIVEL EDUCACIONAL DE PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL	
GRÁFICO N° 11	29
REGISTRO DE LA PRESION ARTERIAL DE PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL	

GRÁFICO N° 12	30
TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL	
GRÁFICO N° 13	31
DIAGNOSTICO DE INGRESO DE LAS PACIENTES	
GRÁFICO N° 14	32
DIAGNOSTICO DEFINITIVO DE LAS PACIENTES	
GRAFICO 15.....	33

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes representa una de las condiciones médicas que con más frecuencia complican el embarazo y tiene la mayor repercusión no solo sobre la madre y el feto, sino también sobre el recién nacido, la niñez, adolescencia y probablemente en la vida adulta.¹

Las mujeres con diabetes en el embarazo son divididas en dos grupos: Aquellas en que la diabetes antecede el embarazo (diabetes pre gestacional) y aquellas cuya intolerancia a la glucosa se desarrolla durante la gestación (diabetes gestacional)²

La frecuencia de las alteraciones metabólicas de los hidratos de carbono en la población general y en las gestantes no suele ser muy alta, se observa en 4 a 6 partos por cada 1000, para las pre - gestacionales y de 4 a 5 partos por cada 100 para las diabéticas gestacionales.²

Durante muchos años se conoce la relación entre la diabetes y la existencia de una historia obstétrica desfavorable. Lo que inicialmente despertó el interés por la diabetes gestacional fueron las complicaciones a corto plazo (pre – eclampsia), sepsis urinaria, polihidramnios, parto pre término, macrosomía fetal, parto laborioso, trauma obstétrico, desproporción céfalo pélvica, asfixia fetal, aumento de la mortalidad neonatal, síndrome de dificultad respiratoria (SDR), enfermedad de membrana hialina, pues las complicaciones obstétricas y la morbimortalidad perinatal justifican por sí solas la necesidad de diagnosticar e intervenir. Sin embargo, las consecuencias para los niños a largo plazo y la delimitación de un grupo de mujeres con alto riesgo de diabetes futura, han añadido motivaciones para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad³

El éxito en el manejo de las embarazadas con diabetes se fundamenta en que “las pacientes con diabetes pre - gestacional deben estar bien controladas desde el punto de vista metabólico, desde antes de la concepción y permanecer así durante la evolución del embarazo”, y con respecto a las diabéticas gestacionales “el peligro radica en desestimarlas y no diagnosticarlas a tiempo”.⁴

Muchos esquemas de tratamiento se han ideado, todos encaminados a la disminución de la morbimortalidad materna perinatal que se logra con un buen control metabólico durante el embarazo, e incluso antes de este.

En nuestro país la conducta y tratamiento de estas pacientes está descrito en las Normas y protocolo de atención prenatal del Ministerio de Salud Pública (MSP).⁵

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué riesgos maternos y fetales se presentan con mayor frecuencia en madres con diabetes gestacional usuarias del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”?

La diabetes gestacional, es una enfermedad que se presenta frecuentemente en el embarazo, donde la placenta produce una cantidad importante de hormonas que tienen un cierto efecto diabético o hipoglicemiante y a menudo revierte a la normalidad después del parto. La diabetes gestacional generalmente empieza en la mitad del embarazo, todas las mujeres embarazadas deben realizarse la prueba del O’Sullivan entre las semanas 24 y 28 del embarazo para detectar la afección, sino se diagnostica a tiempo esta enfermedad puede causar daño al producto como macrosomía, hipoglucemia neonatal y a la madre como infecciones del tracto urinario, pre-eclampsia, diabetes tipo II y como consecuencia podría perder su funcionamiento hasta llegar a la muerte por lo que se debe catalogar al embarazo con diabetes gestacional como de “alto riesgo”, para que mediante chequeos semanales se lleve un control de la glicemia y evitar los problemas antes mencionados.⁵

1.1.1. DETERMINACION DEL PROBLEMA

La prevalencia media de Diabetes Gestacional en los E.E.U.U., es de 4%, con valores que oscilan entre 1 y el 14%, dependiendo de la población estudiada y del test utilizado para el diagnóstico; en la India hay una prevalencia del 0,6%; en la Argentina según su estudio realizado en 2010 fue el 5%.

La Diabetes Gestacional en Ecuador ocupa el 6° lugar entre las enfermedades crónicas degenerativas, con una frecuencia de 6- 9% de la población. La frecuencia de Diabetes Gestacional en diferentes estudios es de 1 al 5 % aunque muy probablemente sea mayor, algunos sugieren hasta el 12 %, dado que las pruebas o no se aplican o no se realizan en seguimiento de estas

1.1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los antecedentes patológicos familiares y personales que pueden predisponer a la diabetes gestacional?

¿Cuáles es la forma del término del embarazo en pacientes con diabetes gestacional?

1.1.3 JUSTIFICACIÓN

Dado que los daños a la salud causados por el estado hiperglucémicos durante el embarazo son de gran repercusión tanto para la madre como para el producto, es de vital importancia detectarlos tempranamente y hacer el diagnóstico de Diabetes Gestacional, así como catalogar el embarazo como de “Alto riesgo” para que mediante chequeos semanales se lleve un control de la glicemia y evitar los problemas antes mencionados y el más caótico aun, la muerte del producto.

La posibilidad de manejar una diabética embarazada no es baja, tomando en cuenta que la Diabetes Gestacional en Ecuador ocupa el 6° lugar entre las enfermedades crónico degenerativas, con una frecuencia de 6- 9% de la población. La frecuencia de Diabetes Gestacional en diferentes estudios es de 1 al 5 % aunque muy probablemente sea mayor, algunos sugieren hasta el 12 %, dado que las pruebas o no se aplican o no se realizan en seguimiento de estas.

Por todo esto se realiza el siguiente trabajo de investigación para identificar los factores riesgos maternos y fetales que se pueden producir en madres con Diabetes Gestacional, y buscar la forma de prevenirlos.

1.1.4. VIABILIDAD

El problema planteado hace que este proyecto educativo sea viable, porque ayuda a identificar y prevenir los riesgos que se puedan producir en estas gestantes, realizando gran importancia del diagnóstico oportuno, el manejo adecuado de la Diabetes Gestacional planteado en este trabajo investigativo y teniendo claridad en los factores de riesgo, permitirá educar y orientar a la población gestante que acude a la consulta externa del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”, mejorando la calidad de vida materna y perinatal.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgos maternos y fetales en madres que padecen diabetes gestacional, usuarias del área de hospitalización en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” durante el periodo comprendido entre los meses de septiembre del 2012 y febrero del 2013.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar los antecedentes personales y familiares como factor predisponentes para diabetes gestacional.
- Determinar la forma del término del embarazo en pacientes con diabetes gestacional.

1.3. HIPÓTESIS

La Diabetes Gestacional no detectada oportunamente, aumenta en un alto porcentaje el riesgo materno y fetal

1.4. VARIABLES

1.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Antecedentes patológicos familiares y personales, edad gestacional, hipertensión arterial, abortos previos.

1.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Diabetes gestacional, complicaciones maternas y fetales.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que normalmente ocurre sólo durante el embarazo, en la cual las hormonas del embarazo limitan la capacidad de la insulina para hacer su trabajo. Se desconoce la causa por la cual se da; pero se cree que es a partir del segundo del segundo trimestre de gestación, que es cuando la placenta comienza a funcionar.⁶

La placenta a más de realizar el intercambio de nutrientes entre la madre y el feto realiza una función endocrina gracias a la liberación de esteroides, que tienen acción hiperglucemiante, bloqueando la función de la insulina en los órganos diana. Otra hormona que favorece la nutrición del feto es el lactógeno placentario que lleva a cabo un proceso de gluconeogénesis para mantener niveles basales de glucemia, fundamentales para el desarrollo del feto. Estos dos factores, la esteroidogénesis y el lactógeno placentario, son los que hacen que una mujer pueda debutar con una diabetes durante el embarazo, y en la gran mayoría de los casos, desaparece en cuanto se presenta el parto⁶.

En el embarazo normal hay aportaciones metabólicas destinadas para corregir el desequilibrio que se da por el aumento del aporte nutritivo para el feto, uno de estos desequilibrios consiste en que el organismo necesita un mayor aporte de insulina al utilizar en más cantidad la glucosa. Esto se evidencia en los cambios que se da en toda embarazo que suele notar por las mañanas los desagradables síntomas de la hipoglucemia tales: náuseas, somnolencia, cansancio, debilidad, etc.

Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Jalisco señalaron que la diabetes gestacional se genera de manera principal por el esfuerzo metabólico que realiza el cuerpo durante el embarazo, lo que conlleva a trastornos hormonales, entre ellos el de la insulina.⁷

Manifestaron que es la primera causa de complicación metabólica en el embarazo; se estima que la diabetes gestacional se registra en cinco de cada 100 embarazos, y el

sobrepeso y la obesidad son los primeros factores de riesgo para desarrollar esta variante de diabetes.

La prevalencia media de Diabetes Gestacional en los E.E.U.U., es de 4%, con valores que oscilan entre 1 y el 14%, dependiendo de la población estudiada y del test utilizado para el diagnóstico; en la India hay una prevalencia del 0,6%; en la Argentina según su estudio realizado en 2010 fue el 5%.⁸

En el Ecuador la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 es de 4.1 a 5%. La incidencia/por año de 115.19 casos/100.000 habitantes.⁸

De acuerdo a estadísticas oficiales del Instituto de Estadísticas y Censo (INEC), la Diabetes Gestacional ocupó en el 2009 el sexto puesto entre las causas de morbilidad materno-fetal de la población Ecuatoriana.⁸

2.2. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

2.2.1. LEY DE PREVENCIÓN, PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS QUE PADECEN DIABETES

El Estado Ecuatoriano garantiza a todas las personas la protección, prevención. Diagnóstico, tratamiento de la diabetes y el control de las complicaciones de esta enfermedad que afecta a un alto porcentaje de la población y su respectivo entorno familiar. La prevención constituirá política de estado y será implementada por el Ministerio de Salud Pública. Serán beneficiarios de esta Ley, los y las ecuatorianos y ecuatorianas y los y las extranjeros/as que justifiquen al menos cinco años de permanencia legal en el Ecuador.⁹

Art.2- créase el Instituto Nacional de Diabetología. INAD, Institución Pública adscrita al Ministerio de Salud Pública, con sede en Quito, que podrá tener sedes regionales en las ciudades de Guayaquil, Cuenca y Portoviejo o en otras ciudades del país de acuerdo con la incidencia de la enfermedad; tendrán personería jurídica, y su administración financiera, técnica y operacional será descentralizada.⁹

Art 3.- El Instituto Nacional de Diabetología (INAD), contará con los siguientes recursos...¹⁰

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

Art 4.- son funciones del Instituto Nacional de Diabetología en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, las siguientes¹¹.

- a) Diseñar las políticas de prevención, detección y lucha contra la diabetes.
- b) Desarrollar en coordinación con la Sociedad Ecuatoriana de Endocrinología y la Federación ecuatoriana de Diabetes, estrategias y acciones para el diseño e implementación del Programa Nacional de Diabetes que deben ser cumplidas por las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.
- c) Elaborar y coordinar la implementación de estrategias de difusión acerca de la diabetes y sus complicaciones en instituciones educativas a nivel nacional.
- d) Asesorar, informar, educar y capacitar a la población sobre esta enfermedad, los factores pre disponentes, complicaciones y consecuencias a través del diseño y ejecución de programas y acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que contribuyan a desarrollar en la población, estilos de vida y hábitos saludables.
- e) Realizar el censo y la carnetización de las personas con diabetes, cada tres años.
- f) Coordinar con organismos no gubernamentales, nacionales o extranjeros, los programas de prevención y atención integral de las personas con diabetes.
- g) Promover la investigación médico – social, básica, clínica y epidemiológica de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes, a nivel del Ministerio de Salud Pública, y organizaciones no gubernamentales nacionales o extranjeras.
- h) Elaborar y difundir a nivel nacional, las publicaciones, revistas, textos, manuales y tratados de Diabetología.
- i) Crear incentivos a favor de las universidades para que preparen profesionales especializados en la atención de la diabetes, así como gestionar el financiamiento de programas de investigación científica y de becas para esta especialización.

- j) Establecer las tareas físicas que no puedan ser desarrolladas por personas diabéticas y, ponerlas en conocimiento de las autoridades competentes en materia laboral, a fin de que se arbitren las medidas pertinentes.
- k) Programar, administrar, ejecutar y evaluar, de manera ágil y oportuna los recursos asignados al (INAD) Instituto Nacional de Diabetología
- l) Coordinar con los medios de comunicación social para hacer conciencia de la diabetes como un problema de salud pública, sus consecuencias y fomentar medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- m) Velar por la estabilidad de los trabajadores y empleados que padezcan de diabetes o sus secuelas para que no sean despedidos por esta causa; y,
- n) Las demás funciones y responsabilidades que le asignen las leyes y reglamentos complementarios vinculados a la diabetes.^{12.}

2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.3.1. DIABETES GESTACIONAL

Toda alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo se denomina como diabetes gestacional, en la cual se da una insuficiente adaptación a la insulina - resistencia que se produce en el embarazo. El riesgo de la diabetes gestacional aumenta por las complicaciones obstétricas que se pueden presentar causando daño tanto para la madre como para el feto.

2.3.2. FACTORES DE RIESGOS

- Edad materna mayor a 30 años.
- Historia obstétrica pasada (pasado de diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva específica del embarazo, abortos a repetición, neo-mortalidad fetal, macrosomía y malformaciones fetales).
- Uso de medicamentos con acción hiperglucemiante (corticoides y otros)
- Obesidad central IMC >30.
- Historia familiar de diabetes especialmente entre los familiares de 1º grado.

Por lo general la diabetes gestacional desaparece después del embarazo, pero una vez que se ha presentado hay posibilidad de que dos de cada tres mujeres presente nuevamente esta enfermedad en futuros embarazos. Hasta un 30 a 40% de las mujeres con diabetes gestacional desarrollan una diabetes mellitus manifiesta dentro de 5 a 10 años. El riesgo puede incrementar si la obesidad está presente.¹³

2.3.3. COMPLICACIONES DE LA DIABETES GESTACIONAL

2.3.3.1. MATERNAS

- ✓ Descompensación metabólica aguda: cetoacidosis diabética, siendo mortal para la madre y el feto.
- ✓ Infecciones urinarias recidivantes que agravan la evolución de la diabetes.
- ✓ Preeclampsia/eclampsia, que aumenta el riesgo de morbilidad materna/fetal
- ✓ Diabetes gestacional en embarazos posteriores y diabetes mellitus tipo 2.

Cosson reporta un riesgo incrementado para el parto pretérmino en gestantes con diabetes. Esto puede estar relacionado con la predisposición de estas gestantes al desarrollo de enfermedades colaterales que provocan daños placentarios en su microcirculación, que favorece a la prematuridad y a veces al bajo peso.¹⁴

2.3.3.2. FETALES

- ✓ Macrosomía: resulta frecuente y constituye un factor de riesgo para el parto, asfixia intraparto y trauma obstétrico; sin embargo, dado que se trata de un pronóstico adverso bien reconocido, el mantenimiento de un buen control metabólico de la diabetes mellitus durante el embarazo debe eliminar ese problema.¹⁴ Existen complicaciones relativas a la macrosomía fetal, llevando a un aumento de la tasa de partos por cesárea, mayor riesgo de tóco traumatismos y aumento de la neo mortalidad.

- ✓ Malformaciones congénitas pueden ocurrir, ya que no siempre se trata diabetes que aparece por primera vez en el embarazo, pero si es diagnosticada en esta ocasión.
- ✓ Problemas respiratorios: Enfermedad de la membrana hialina por inmadurez pulmonar, ya que el hiperinsulinismo fetal, interfiere en la acción madurativa de las catecolaminas y corticoides endógenos.
- ✓ Hiperbilirrubinemia.
- ✓ Hipocalcemia: se presenta a los dos o tres días del nacimiento, cuya causa es la reducción transitoria de la secreción de Paratohormona.
- ✓ Hipoglucemia: es frecuente, especialmente en los neonatos macrosómico.

Normalmente el páncreas es capaz de producir la cantidad de insulina necesaria superar la resistencia a la misma, pero, cuando esta producción no es suficiente para contrarrestar el efecto de las hormonas placentarias, el resultado es la diabetes gestacional.¹⁴

2.3.4. ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES GESTACIONAL

En la actualidad la diabetes mellitus afecta al 16% de la población, aunque casi la mitad de ellos la desconoce.

El riesgo elevado de diabetes gestacional es significativamente mayor en personas que tienen antecedentes de diabetes en familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos o abuelos) y también de segundo grado (tíos, sobrinos). Esto se debe a que la diabetes tiene un componente hereditario importante, por lo que se va a tener mayor predisposición. Estudios recientes demuestran que las mujeres con antecedentes de diabetes gestacional tienen un alto riesgo de repetir esta condición en embarazos sucesivos, además de tener alto riesgo de diabetes futura. Esto está relacionado con el agravamiento del trastorno en los hidratos de carbono de las pacientes que se ve afectado cada vez más, con necesidades de uso de insulina para su control por la hiperglucemia resultante.

El Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE, 2006) clasifica en dos grupos a las gestantes según su riesgo de desarrollar diabetes a lo largo del embarazo:

Gestantes de alto riesgo: son aquellas que presentan uno o más de los siguientes factores: edad igual o superior a 35 años, obesidad (IMC $>30 \text{ Kg/m}^2$), macrosomía en partos anteriores ($>4 \text{ Kg}$), antecedentes personales de diabetes gestacional, alteraciones del metabolismo de la glucosa o antecedentes familiares de diabetes en primer grado.

Gestantes de riesgo moderado-bajo: son todas las que no tienen ninguno de los factores de riesgo anteriores.¹⁵

Estudios dicen que a medida que se prolonga el embarazo, aumenta la frecuencia de riesgo fetal y materno, esto se explica por el periodo de exposición más prolongado del feto a la hiperglucemia en las gestantes diabéticas, en un periodo donde esta es determinante a su desarrollo y muchos autores recomiendan la interrupción del embarazo alrededor de las 38 semanas.¹⁶

Gainor encontró una asociación significativa con altas tasas de cesáreas entre las gestantes con diabetes.¹⁷

2.3.5. DIAGNÓSTICO

Se hace cuando la glucemia basal es superior a 125 mg/dl en dos ocasiones o bien superior a 200 mg/dl en una sola determinación. Para detectar la diabetes gestacional se pueden utilizar varios métodos: El test de O'Sullivan se debe realizar de forma rutinaria para evaluar la forma en que las embarazadas metabolizan los carbohidratos. En caso de que éste salga alterado se debe realizar una curva diagnóstica con una carga de 100 g de glucosa. Los valores normales son 105 mg/dl (basal), 190 mg/dl (60 minutos), 165 mg/dl (120 minutos) y 145 mg/dl a las 3 horas. Si dos de ellos son anormales (por ejemplo, 210 mg/dl a la hora y 182 mg/dl a las 2 horas) se confirma el diagnóstico de Diabetes Gestacional, aún con una glucemia basal normal de 79 mg/dl o de 130 mg/dl a las tres horas. Si solo uno de los valores está alterado el diagnóstico sería de Intolerancia a la glucosa del embarazo

En la actualidad se recomienda clasificar previamente a todas las embarazadas según el nivel de riesgo de padecer diabetes gestacional, para actuar de diferente manera según el caso. Así es que tendremos tres grupos:

- Mujeres con riesgo bajo: son aquellas que tienen menos de 25 años, normopeso, ausencia de antecedentes familiares de diabetes (de primer grado), ausencia de antecedentes personales de alteraciones del metabolismo de la glucosa o de malos antecedentes obstétricos. En este grupo no sería necesario realizar ningún tipo de despistaje.
- Mujeres con riesgo moderado: son aquellas que tienen 25 años de edad y ningún otro factor de riesgo. En este grupo la recomendación es realizar un test de O' Sullivan entre las semanas 24 – 28 de gestación.
- Mujeres con riesgo alto: son aquellas que tienen uno o más de los siguientes factores de riesgo: obesidad importante (IMC>30), glucosuria, antecedentes personales de diabetes gestacional o patología obstétrica, antecedentes familiares (primer grado) de diabetes. En este grupo se recomienda hacer el despistaje con el test de O' Sullivan en la primera visita, entre las semanas 24 – 28 y entre las semanas 32 – 36 del embarazo.

2.3.6. PLAN NUTRICIONAL

Es un recurso fundamental en el manejo de la diabetes gestacional y debe de iniciarse a partir de que se confirma el diagnóstico. En condiciones ideales el plan de nutrición debe ser implementado por profesionales de la nutrición, como nutriólogos o dietistas. La meta principal del plan de nutrición en el embarazo es contribuir al nacimiento sin complicaciones de un niño sano.¹⁸

La Asociación Americana de Diabetes recomienda que el plan de nutrición sea individual, en vista de que las recomendaciones de consumo de alimentos se deben basar en el peso y la talla que la paciente tenía antes del embarazo

El plan de nutrición incluye:

- 1) evaluación basada en historia clínica, exámenes de laboratorio, hábitos, preferencias y recursos destinados a la alimentación

2) estrategias para controlar el consumo de hidratos de carbono para promover hábitos de nutrición que permitan alcanzar las metas de glucemia, aumentar de peso en forma razonable y evitar la aparición de cetonurias

3) programar consultas subsecuentes para vigilar el aumento de peso, las cifras de glucemia y la capacidad de la paciente para llevar el plan de alimentación.¹⁸

Se ha demostrado que la restricción de 30 a 35% en el consumo de calorías (25Cal/kg peso prenatal por día) reduce la hiperglucemia y la concentración de triglicéridos en mujeres obesas (IMC > 30 kg/m²), sin aumentar la cetonuria; también se ha informado que restricciones mayores en el consumo de calorías (35–40%) reducen las cifras de glucemia materna y mejoran el pronóstico fetal.¹⁹

La mejor manera de mejorar su alimentación es consumir una variedad de alimentos saludables. Usted debe aprender a leer las etiquetas de los alimentos y revisarlas al tomar decisiones con respecto a ellos. Hable con su médico o nutricionista si usted es vegetariana o sigue alguna otra dieta especial.

- Ser moderada en grasa y proteínas suministrarle carbohidratos a través de los alimentos, lo que abarca frutas, verduras y carbohidratos complejos (tales como pan, cereal, pasta y arroz).
- Ser baja en alimentos que contengan mucho azúcar, tales como bebidas gaseosas, jugos de fruta y panes dulces.

Si el manejo de la dieta no controla los niveles de azúcar (glucosa) en la sangre, se le pueden prescribir medicamentos orales para la diabetes o terapia con insulina.

La mayoría de las mujeres que desarrollan diabetes gestacional no necesitarán medicamentos o insulina para esta enfermedad, pero algunas sí.

2.3.7. AUTOMONITOREO DE GLUCOSA EN SANGRE

Permite que el equipo médico realice una valoración objetiva del control de la glucemia en forma cotidiana, y conozca el efecto de las comidas y colaciones sobre la glucemia.

También ayuda a establecer si es necesario modificar las proporciones de macro nutrientes recomendadas.

En condiciones ideales, el automonitoreo debe realizarse cinco veces al día: en ayunas, antes del desayuno, de la comida, de la cena y antes de acostarse. La frecuencia del automonitoreo puede reducirse a tres o cuatro veces al día si se llega a establecer un control adecuado de glucosa.²⁰

2.3.8. APLICACIÓN DE INSULINA

Hasta la fecha, la insulina es el único recurso farmacológico autorizado en el control de la glucemia durante el embarazo. El uso de insulina se recomienda cuando el plan de nutrición no logra alcanzar o mantener las metas de glucemia por automonitoreo.

Hay diferentes métodos para iniciar su aplicación. Uno de estos consiste en calcular la dosis por kilogramos de peso ideal. Otro método se denomina escala “por deslizamiento”; es un método “retrospectivo” y consiste en aumentar la dosis de insulina a partir de la cifra previa de glucemia (para “deslizar” la glucemia a las cifras deseadas). Es el método más utilizado para corregir la glucemia en pacientes con diabetes, aunque no toma en cuenta el consumo de hidratos de carbono de la comida siguiente (actúa “en el pasado”). El tercer método se denomina ajuste por patrones y se basa en la identificación de cifras mayores o menores que las metas de glucemia en un horario constante (patrón de hiperglucemia o de hipoglucemia), para proceder a calcular las dosis de ajuste de insulina con base en la cantidad de hidratos de carbono que la paciente consumirá en la comida siguiente, y de la actividad física o ejercicio por realizar (actúa “en el futuro”). Todos estos métodos se basan en el uso de combinaciones de insulina de acción rápida o corta, e insulinas de acción intermedia o prolongada. La dosis de insulina de acción intermedia o prolongada suele aplicarse por la mañana, para mantener niveles basales durante el desayuno y la comida. A medida que avanza el embarazo es necesario valorar el crecimiento fetal por ultrasonido para descartar la presencia de macrosomía, y es necesario reforzar la frecuencia del automonitoreo para evitar los episodios de hipoglucemia.²¹

2.3.9. ANTIDIABÉTICOS ORALES

Hasta la fecha, no está autorizado el uso de antidiabéticos orales en el manejo de la diabetes gestacional, aunque se han valorado en este campo desde hace muchos años. Los principales argumentos que han impedido su uso en este grupo de pacientes han sido la elevada morbilidad y mortalidad fetal en las mujeres que los consumían antes del embarazo y los siguieron utilizando durante la gestación, y el riesgo de efectos fetales por el paso de estos fármacos a través de la membrana placentaria. Sin embargo, estudios recientes realizados por Langer y cols. Demostraron que el uso de glibenclamida puede ser una alternativa eficaz a la aplicación de insulina. En este estudio no se encontraron diferencias significativas entre el grupo tratado con insulina y el grupo que recibió glibenclamida, llegando a la conclusión de que esta sulfonilurea representa una alternativa, cómoda y eficaz para el control de la diabetes gestacional, y que el factor decisivo en el éxito de cualquier esquema es el grado de autocontrol de la glucemia. El uso de antidiabéticos orales en el manejo de la diabetes gestacional es un área de intensa investigación en la actualidad.²²

2.3.10. EVALUACIÓN POSTPARTO TRAS DIABETES GESTACIONAL:

- A las seis semanas tras el parto o al finalizar la lactancia se practicará sobrecarga oral de glucosa (SOG) con 75 gr, para reclasificar a la paciente como normal, glucemia basal alterada, intolerante a la glucosa o diabética.
- Si presentan glucemia basal alterada o intolerancia a la glucosa se aconseja repetir anualmente la (SOG) y se recomendará evitar sobrepeso, realizar ejercicio y dieta equilibrada.
- Si la sobrecarga y la glucemia basal son normales, se realizarán glucemias basales cada tres años.

3. MATERIALES Y METODOS

3.1. MATERIALES

3.1.1. LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El presente estudio se realizó en el Cantón Guayaquil de la Provincia del Guayas, en el departamento de estadística del Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, situado en el Guasmo Sur de la ciudad, en la calle Olfa de Bucaram y 29 de Mayo; el cual es uno de los sectores más populosos y poblados de Guayaquil.

3.1.2. PERIODO DE INVESTIGACION

Estuvo comprendido de septiembre del 2012 a febrero del 2013.

3.1.3. RECURSOS UTILIZADOS

3.1.3.1. HUMANOS

- Autora
- Gerente del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”
- Personal de estadísticas del Hospital “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”
- Tutor de tesis

3.1.3.2. MATERIALES

Entre los materiales que se utilizaron fueron:

- Historias clínicas(anexo 1)
- Computadoras
- Tiempo de internet
- Esferos
- Pendrive
- Impresiones
- Anillados
- Escáner
- Fotocopias
- Viatico

3.1.3.3. ECONOMICO: (ANEXO 2)

3.1.4. UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.4.1. UNIVERSO

El universo está conformado por todas las Historias Clínicas de las pacientes del área de hospitalización del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” durante el periodo comprendido entre septiembre del 2012 a febrero del 2013.

3.1.4.2. MUESTRA

Esta dada por 55 pacientes gestantes con Diabetes Gestacional, usuarias del área de hospitalización en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” durante el periodo comprendido entre septiembre del 2012 a febrero del 2013

3.2. MÉTODOS

3.2.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Según el problema y los objetivos planteados el estudio es de tipo descriptivo porque, nos permitió recolectar datos de las historias clínicas, y retrospectivo porque los datos se obtuvieron de historias clínicas ya existentes, realizado en el hospital Materno Infantil” Dra. Matilde Hidalgo de Procel” en el periodo comprendido de septiembre del 2012 a febrero del 2013.

Las técnicas que se utilizaron fueron las de observación, análisis y síntesis, para la recolección de la información, se utilizó la técnica digital siendo tabulados los datos para obtener las variables de la hipótesis, los datos fueron procesados y llevados a tablas y gráficos de números y porcentajes

3.2.2. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Con la aceptación del tema de investigación por parte de las autoridades de la Escuela de Obstetricia se designo una tutora a cargo, docente de la Escuela que se considera el investigador principal.

Se realizo un oficio (anexo 3) que se entrego al Hospital para la autorización de la revisión de las historias clínicas de las pacientes atendidas con diagnóstico de diabetes gestacional en el periodo comprendido de septiembre del 2012 a febrero del 2013, en el que se les explico el objetivo del estudio y la necesidad de la revisión de los mismos.

3.2.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En nuestro estudio tomamos la información de las historias clínicas de las pacientes con diagnostico de diabetes gestacional. Las mismas que fueron tabuladas en cuadros y gráficos para obtener nuestras variables (anexo4).

3.2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.2.4.1. CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnostico de diabetes gestacional atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel durante el periodo comprendido de septiembre del 2012 a febrero del 2013.

3.2.4.2. CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no presentaron diagnostico de diabetes gestacional atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel durante el periodo comprendido de septiembre del 2012 a febrero del 2013.

4. TABULACION Y ANALISIS DE LOS DATOS

- **FACTORES DE RIESGOS MATERNOS EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL**

CUADRO 1

PARAMETROS	FRECUENCIA	%
PARTOS PRETERMINOS	44	83
AMENAZA DE PARTO PRETERMINOS	2	4
ABORTO ESPONTANEO	3	5
MUERTE MATERNA	2	4
SIN COMPLICACION	2	4
TOTAL	*53	100

GRÁFICO 1

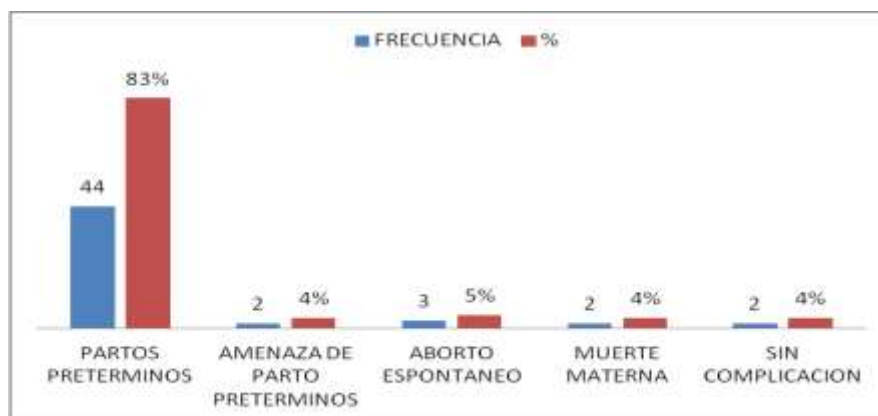


GRÁFICO 1: Se determinó que el mayor porcentaje de las complicaciones maternas fue para parto pretérmino con el (83%), seguido del (5%) para abortos espontáneos, el (4%) para amenaza de parto pretérmino, el (4%) para muerte materna y el (4%) para pacientes sin complicación.*El total da 53 porque 2 pacientes tuvieron alta a petición sumados nos da 55 pacientes que es total de la muestra.

- **FACTORES DE RIESGOS FETALES EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL**

CUADRO 2

PARAMETROS	FRECUENCIA	%
MACROSOMIA	7	15
OBITO FETAL	2	4
DISTRES RESPIRATORIO	3	6
MALFORMACION CARDIACA	1	2
MUERTE FETAL	2	4
SIN COMPLICACIONES	33	68
TOTAL	*48	100

GRAFICO 2

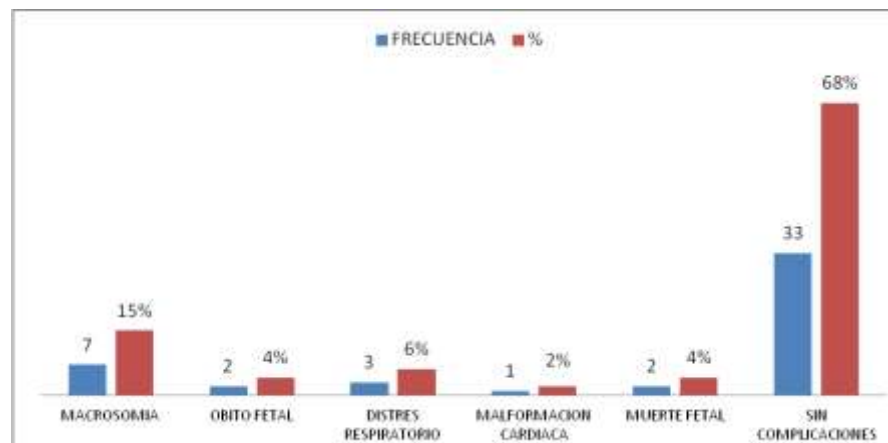


GRAFICO 2: El mayor porcentaje esta dado por pacientes sin complicaciones fetales con un (68%), seguido de un (15%) para la macrosomía, el (6%) para distrés respiratorio fetal, el (4%) para óbito fetal , (4%) para muerte fetal y el (2%) para las malformaciones congénitas.

*El total es 48 pacientes porque 2 tuvieron alta a petición, 3 pacientes ingresaron por aborto y 2 por amenaza de parto Pretérmino, sumadas nos da 55 pacientes que es la muestra total.

- **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL**

CUADRO 3

PARÁMETROS	FRECUENCIA	%
DIABETES	27	49
SIN DIABETES	28	51
TOTAL	55	100

GRAFICO 3

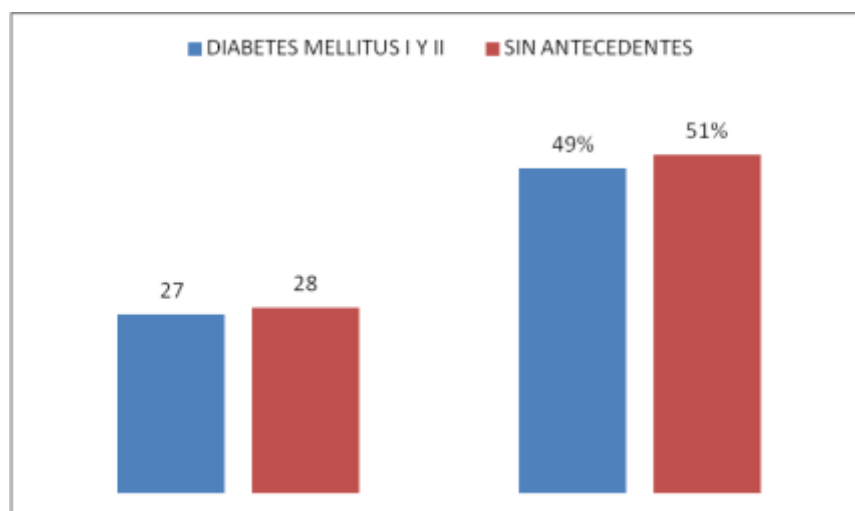


GRAFICO 3: Se identificó que el mayor porcentaje fue del (51%) para las pacientes sin antecedentes familiares de diabetes mellitus I y II, el (49%) para las pacientes con antecedentes familiares de diabetes.

- **ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL**

CUADRO 4

PARAMETRO	FRECUENCIA	%
DIABETES GESTACIONAL	18	33
DIABETES MELLITUS TIPO I Y II	27	49
SIN ANTECEDENTES DE DIABETES	10	18
TOTAL	55	100

GRAFICO 4

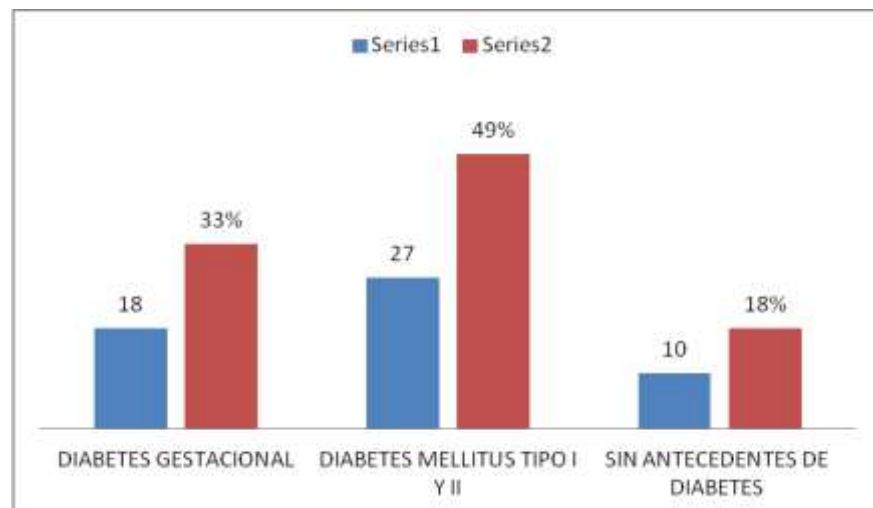


GRAFICO 4: El (49%) de las pacientes tuvo como antecedente personal diabetes mellitus I y II, el (33%) diabetes gestacional y el (18%) no tuvo antecedentes personales de diabetes.

- **TERMINO DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL**

CUADRO 5

PARÁMETROS	FRECUENCIA	%
PARTOS PRETERMINOS POR CESAREA	37	70
PARTOS PRETERMINOS VAGINALES	7	13
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	2	4
ABORTOS	3	6
MUERTE MATERNA	2	4
MUERTE FETAL	2	4
TOTAL	*53	100

GRÁFICO 5

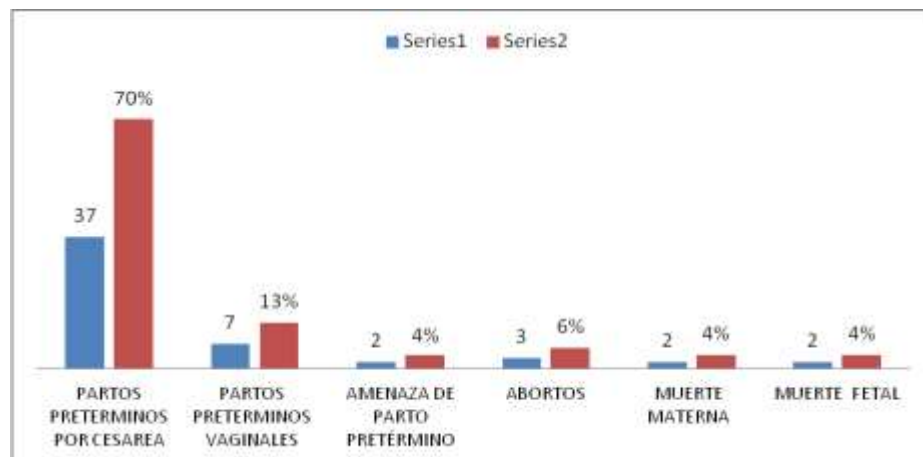


GRÁFICO 5: Se determinó que el mayor porcentaje en cuanto al y termino del embarazo fue del (70%) para partos pretérminos. corresponde a partos pretérminos por cesárea, el (13%) para partos pretérminos vaginales, el (4%) amenaza de parto pretérmino, el (6%) para abortos, el (4%) muerte materna, y muerte fetal (4%).

*53 pacientes porque hubieron 2 altas a petición, sumado nos da 55 pacientes que es el total de la muestra

- **TRIMESTRE DE GESTACION EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL**

CUADRO 6

PARÁMETROS	FRECUENCIA	%
1er. TRIMESTRE	3	5
2°. TRIMESTRE	1	2
3er. TRIMESTRE	51	93
TOTAL	55	100

GRAFICO 6

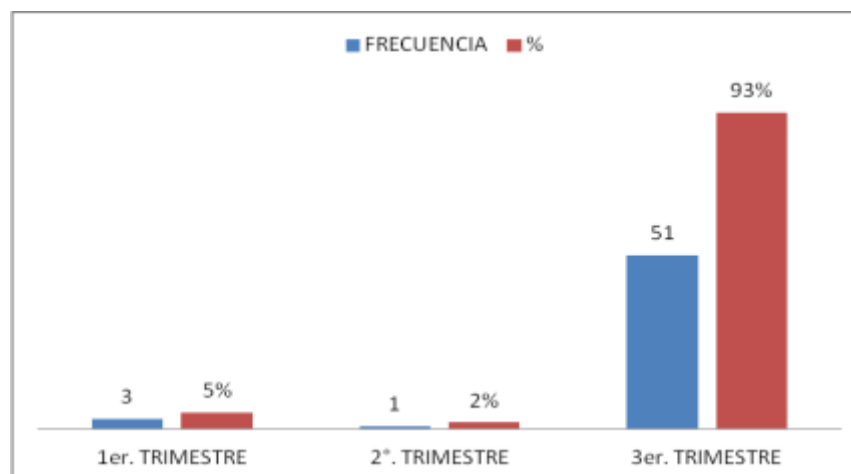


GRAFICO 6: El (93%) de las pacientes se encontraban el en tercer trimestre de gestación, seguida del (5%) que se encontraban en el segundo trimestre y el (2%) en el primer trimestre de gestación.

- **NIVELES DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABTETES GESTACIONAL**

CUADRO 7

PARÁMETROS	FRECUENCIA	%
67 – 91	12	22
107 – 136	6	11
146 – 181	13	24
191 – 206	7	13
269 – 284	8	14
314 – 338	9	16
TOTAL	55	100

GRAFICO 7

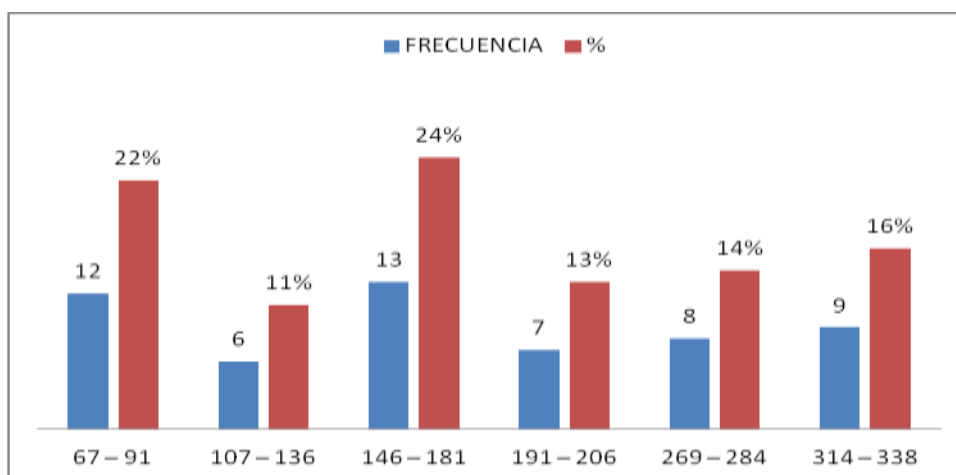


GRAFICO 7: Vemos que el porcentaje mayor de glicemia esta dedo en los niveles de 146-181mg con el 24%, seguido del 22% para los niveles de 67-91mg, el 16% para los niveles de 314-338, luego tenemos el 15% para 191/206 mg, el 14% para los niveles de 269-284mg, el 11% para los niveles de 107-136mg.

- **APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS En PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL**

CUADRO 8

PARÁMETROS	FRECUENCIA	%
8 a 9	30	62
7 a 8	8	17
6 a 8	3	6
menos de 6	7	15
TOTAL	*48	100

GRAFICO 8

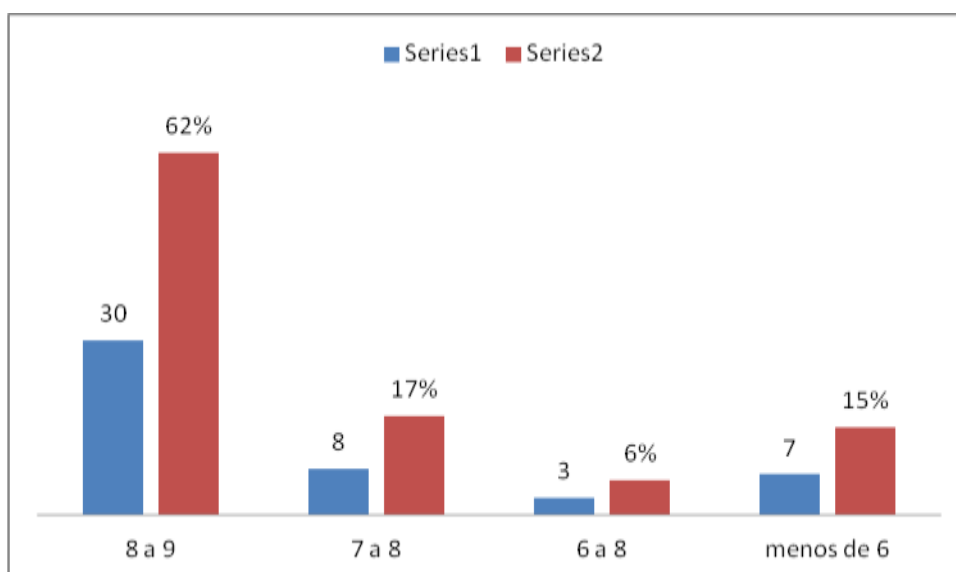


GRAFICO 8: El (62%) de los recién nacidos tuvieron un apgar de 8 a 9, el (17%) de 7 a 8, seguido del (6%) para los que tuvieron un apgar de 6 a 8 y el (15%) un apgar de menos 6. *48 pacientes porque, 2 pacientes solicitaron alta, 2 pacientes tuvieron amenaza de parto pretérmino y 3 pacientes tuvieron aborto espontáneo.

- **PARIDAD DE LA GESTANTE CON DIABETES GESTACIONAL**

CUADRO 9

PARAMETROS	FRECUENCIA	%
PRIMIGESTAS	9	16
MULTIGESTAS	46	84
TOTAL	55	100

GRAFICO 9

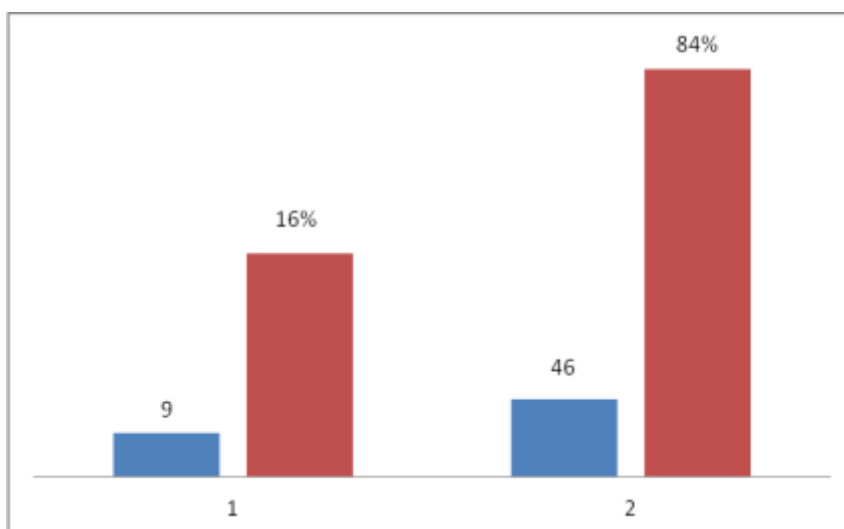


GRAFICO 9: El mayor porcentaje de las gestantes son multigestas con un (84%), y las primigesta con un (16%).

- **EDAD MATERNA DE PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL**

CUADRO 10

PARÁMETROS	FRECUENCIA	%
15 – 19	3	5
20 – 24	7	13
25 – 29	7	13
30 – 34	18	33
35 – 39	14	25
40 – 44	6	11
TOTAL	55	100

GRAFICO 10

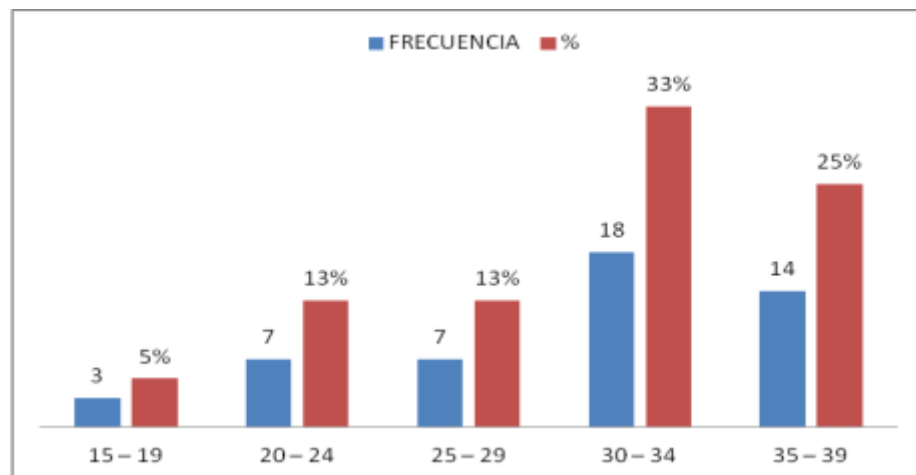


GRAFICO 10: Dentro de las edades con mayor porcentaje tenemos de 30-34 años con un (34%), seguido de 35-39 años con un (25%) ,luego tenemos de 25-29 años con un (13%), de 20-24 años con un (13%), de 40-44 años con un (11%) y por ultimo tenemos de 15-19 años con un (5%).

- **NIVEL EDUCACIONAL EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL**

CUADRO 11

PARÁMETROS	FRECUENCIA	%
PRIMARIA	5	9
SECUNDARIA	16	29
SUPERIOR	34	62
TOTAL	55	100

GRAFICO 11

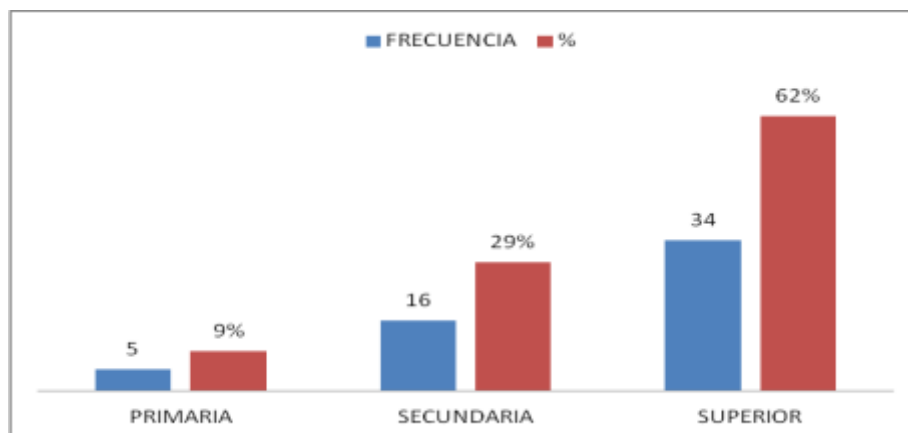


GRAFICO 11: Representa el mayor porcentaje según el nivel educacional de las gestantes con diabetes tenemos el (62%) para el nivel superior, el (29%) para la secundaria y el (9%) para la primaria.

- **REGISTRO DE LA PRESION ARTERIAL EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL**

CUADRO 12

PARÁMETROS	FRECUENCIA	%
90/110	8	15
97/110	6	11
140/80	11	20
150/90	14	25
120/70	7	13
110/90	5	9
190/120	4	7
TOTAL	55	100

GRAFICO 12

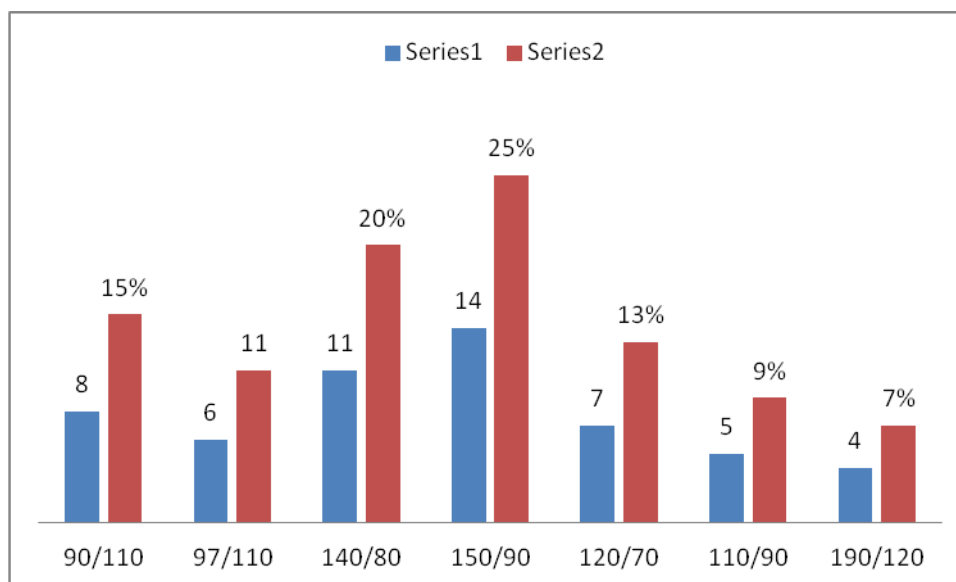


GRAFICO12: Existe un elevado porcentaje de hipertensión arterial de rangos de entre 150//190mmhg con un (25%), seguido del (20%) para 140/80mmgh, el (15%) 90/110, el (13%) para 120/70mmgh, el (11%) para 97/110mmgh, el (9%) para 110/90.

- **TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL**

CUADRO 13

PARÁMETROS	FRECUENCIA	%
INSULINO DEPENDIENTES	4	7
OTROS FÁRMACOS	44	80
SIN TRATAMIENTO	7	13
TOTAL	55	100

GRAFICO 13

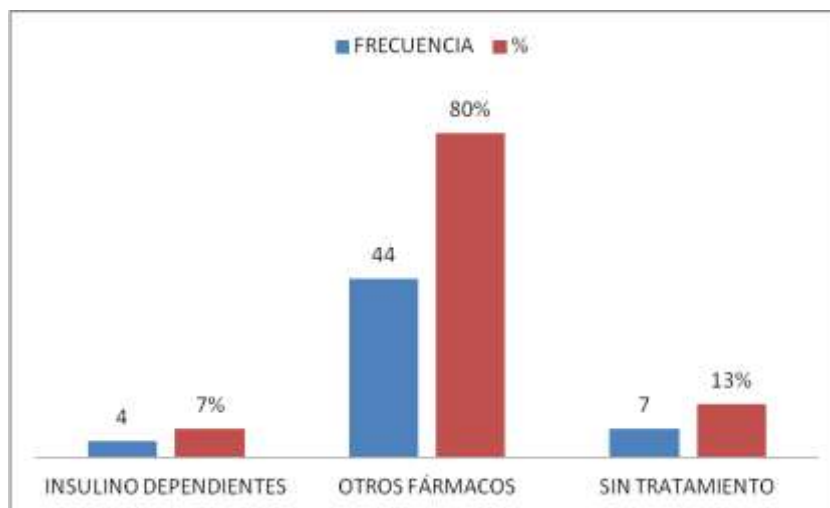


GRAFICO 13: El (80%) de las pacientes recibe como tratamiento otros fármacos como la Metformina, el (13%) no recibe tratamiento, el (7%) es insulino dependiente.

- **DIAGNÓSTICO DE INGRESO DE LAS PACIENTES**

CUADRO 14

PARÁMETROS	FRECUENCIA	%
DIABETES GESTACIONAL	25	45
D.M TIPO I	1	2
D-M TIPO II	22	40
INSULINO DEPENDIENTE	7	13
TOTAL	55	100

GRAFICO 14

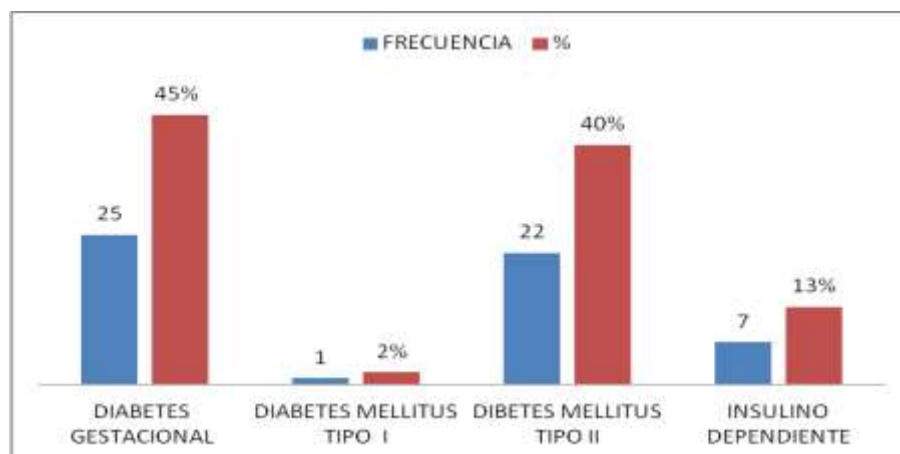


GRAFICO 14: El (45%) de las pacientes ingresaron con diagnostico de diabetes gestacional, el (40%) corresponde a diabetes mellitus tipo I, el (13%) a diabetes insulino dependiente y el (2%) a diabetes mellitus tipo II.

- **DIAGNOSTICO DEFINITIVO DE LAS PACIENTES**

CUADRO 15

PARÁMETROS	FRECUENCIA	%
DIABETES GESTACIONAL	25	45
DIABETES MELLITUS I y II	30	55
TOTAL	55	100

GRAFICO 15

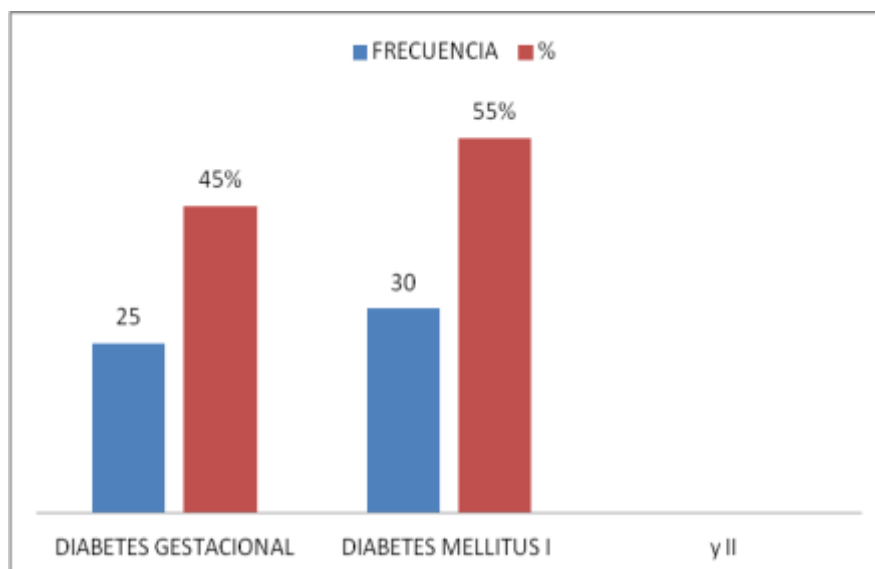


GRAFICO 15: El (55%) de las pacientes tuvieron como diagnostico definitivo diabetes mellitus tipo I y II, el (45%) restante fue para diabetes gestacional.

4.1. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1.1. OBJETIVO GENERAL

- El objetivo principal de nuestro estudio fue identificar los factores de riesgos maternos y fetales en madres que padecen diabetes gestacional, según la bibliografía consultada Cosson reporta un riesgo incrementado para el parto pretérmino en gestantes con diabetes. Esto puede estar relacionado con la predisposición de estas gestantes al desarrollo de enfermedades colaterales que provocan daños placentarios en su microcirculación, que favorece a la prematuridad y a veces al bajo peso.¹⁴ En nuestro estudio se reporto un alto porcentaje para partos pretérminos con un (83%), lo cual concuerda con la cita antes mencionada.
- En cuanto a los factores de riesgos fetales tenemos que el (68%) no presento complicaciones, pero entre las más frecuente tenemos a la macrosomía fetal con un porcentaje del (15%). En la bibliografía consultada se dice que en las gestantes diabéticas, la macrosomía fetal resulta frecuente y constituye un factor de riesgo para el parto, asfixia intraparto y trauma obstétrico; sin embargo, dado que se trata de un pronóstico adverso bien reconocido, el mantenimiento de un buen control metabólico de la diabetes mellitus durante el embarazo debe eliminar ese problema.¹⁴

4.1.2. PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

- El primer objetivo específico fue identificar los antecedentes patológicos familiares y personales como factor de riesgo predisponente para la diabetes gestacional. En nuestro estudio tuvimos que el mayor porcentaje fue para las pacientes sin antecedentes patológicos familiares de diabetes gestacional con un (51%). Según la literatura se dice que el riesgo elevado de diabetes gestacional es significativamente mayor en personas que tienen antecedentes de diabetes en familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos o abuelos) y también de segundo grado (tíos, sobrinos). Esto se debe a que la diabetes tiene un

componente hereditario importante, por lo que se va a tener mayor predisposición. lo cual no concuerda con nuestra investigación.

- En cuanto a los factores patológicos personales de diabetes gestacional tenemos que en nuestro estudio el mayor porcentaje fue para la diabetes mellitus I y II con un (49%). Estudios recientes demuestran que las mujeres con antecedentes de diabetes gestacional tienen un alto riesgo de repetir esta condición en embarazos sucesivos, además de tener alto riesgo de diabetes futura. Esto está relacionado con el agravamiento del trastorno en los hidratos de carbono de las pacientes que se ve afectado cada vez más, con necesidades de uso de insulina para su control por la hiperglucemia resultante¹⁶. Aunque no tuvimos un alto porcentaje para esta entidad; no hay que desestimarla como un factor predisponente para futuros embarazos

4.1.3. SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

- Nuestro segundo objetivo específico fue determinar el término del embarazo en pacientes con diabetes gestacional en el presente estudio se encontró que el 67% tuvieron parto pretérmino y todas fueron quirúrgicos. Estudios dicen que a medida que se prolonga el embarazo, aumenta la frecuencia de riesgo fetal y materno, esto se explica por el periodo de exposición más prolongado del feto a la hiperglucemia en las gestantes diabéticas, en un periodo donde esta es determinante a su desarrollo y muchos autores recomiendan la interrupción del embarazo alrededor de las 38 semanas.²⁸
- Gainor encontró una asociación significativa con altas tasas de cesáreas entre las gestantes con diabetes .²⁸ lo mismo ocurrió en este estudio

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Por todo lo expuesto anteriormente concluimos que se encontró baja incidencia en los riesgos fetales en las madres diabéticas, los resultados perinatales no dejan de ser desfavorables para estas pacientes, considerándoselas como un grupo de riesgo elevado.
- En los riesgos maternos encontramos, amenaza de partos pretérminos con un alto porcentaje, así como también amenaza de partos pretérminos y abortos espontáneos.
- En cuanto a los riesgos fetales no encontramos anomalías que tengan una significación exitosa en el tema, solo encontramos 7 casos de macrosomía, 3 casos de distrés fetal y 1 de con cardiopatía, los que pueden estar en relación con factores genéticos o estados hiperglucémicos no diagnosticados.
- Este trabajo investigativo no arroja datos más concretos; no podemos negar que es una entidad con mucho riesgo materno y fetal y que merece realizar un diagnóstico más exhaustivo y precoz.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que las pacientes gestantes de alto riesgo tengan un control prenatal óptimo para evitar posibles complicaciones maternas y fetales
- Con una mejor recolección de datos de las historias clínicas se podría tener datos más concretos que tendríamos mejores diagnósticos.

5.3. PROPUESTA

La diabetes gestacional constituye la complicación más frecuente en el embarazo, lo que incide no solo en la madre si no también al feto. Por lo que es necesario fomentar charlas educativas para prevenir posibles complicaciones maternas y fetales en gestantes con diabetes gestacional.

5.3.1. JUSTIFICACIÓN

Según la organización mundial de la Salud (OMS), la diabetes es el tercer problema de Salud Pública más importante en el mundo, siendo la diabetes gestacional uno de los grupos de esta patología, los otros son diabetes Mellitus I y II.

La OMS identifica a la diabetes gestacional como una hiperglucemia que se detecta por primera vez durante el embarazo y que se presume es inducido por éste.²⁰ en general, el término se aplica a cualquier grado de intolerancia a los hidratos de carbono de intensidad variable, independientemente de la necesidad de tratamiento insulínico, grado del trastorno metabólico o su persistencia una vez finalizado el embarazo.²¹

La mayoría de las mujeres en el mundo con diabetes gestacional no se diagnostican. Esto tiene importantes implicaciones no solo para el resultado del embarazo, sino también para el futuro de la madre y del niño.

Se justifica fomentar estas charlas educativas a las pacientes gestantes; porque a pesar de que la diabetes es una enfermedad muy frecuente, la mayoría de las gestantes desconocen los riesgos que se pueden producir tanto en ellas como en el feto.

A pesar de que la diabetes gestacional está amparada por nuestra constitución de la república vemos que no se cumple con ella. Estas consideraciones hicieron necesario fomentar charlas educativas, para que proporcione conocimientos a las pacientes así como información acerca del manejo que se le debe dar a una persona con tendencia a padecer esta patología o que ya la presente, todo ello acompañado de un control prenatal óptimo.

5.3.2. OBJETIVOS

- Fomentar la importancia de los controles prenatales desde el inicio de la gestación.
- Lograr que las usuarias mejoren sus conocimientos sobre la diabetes gestacional y posibles complicaciones que se puedan presentar.
- Educar a las pacientes para que concienticen acerca de la detección temprana de la diabetes gestacional.

5.3.3. FACTIBILIDAD DE APLICACION

Esta propuesta será factible si contara con el permiso de las autoridades para realizar estas charlas educativas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel.

5.3.4. DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA

- Estas charlas educativas son un conjunto actividades que proporcionara a las pacientes, información acerca de los aspectos de la detección temprana de la diabetes gestacional y su tratamiento.
- Toda paciente debe ser evaluada por su obstetra y remitirla al especialista endocrinólogo en caso de que requiera evaluación y tratamiento especializado. Las charlas serán dadas en la consulta externa del hospital materno infantil “Dra. Matilde de Procel”.
- A través de esta propuesta buscamos mejorar el estilo de vida de las pacientes.
- Estas charlas iniciarían con una frase de motivación, seguida de una breve introducción sobre la vida y la gestación.

5.3.5. FORMAS DE SEGUIMIENTO

- Se dictaran las charlas 1 vez por semana, dependiendo del día de disponibilidad del personal capacitado.
- Habrá una hoja de control de las pacientes de asistan a las charlas.
- Se utilizaran materiales de apoyo para una mejor descripción del tema

6. BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association. Position Statement, Op. Cit.^{19.}
- American Diabetes Association. Position Statement, Op. Cit.^{20.21.22}
- Asociación Americana de Diabetes. Cuidados de la Diabetes Gestacional¹⁷
- Constitución de la República del Ecuador. 2008^{9.10.11.12.}
- diabetes Mellitus Gestacional detectada por el Grupo Nacional de Diabetes. Argentina 2006.
- Diabetes gestacional | University of Maryland Medical Center
<http://umm.edu/health/medical/spanishpreg/embarazos-de-cuidados-especiales/diabetes-gestacional>^{6.}
- Guía asistencial del grupo español de Diabetes y Embarazo- 2ª edición – 2000.⁷
- Gunderson E. 1997. Intensive nutrition therapy for gestational diabetes. Diabetes Care Powers M. 1996. Handbook of diabetes medical nutrition therapy. Gaithersburg, MA. Aspen Publication.^{18.19.}
- http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista152/7_152.htm
- <http://www.fisterra.com/guia2/diabetes-gestacional>^{13.14.15}
- Hollander M, Paarlberg M. Diabetes Gestacional: una revisión de la literatura y las directrices actuales Revista Gineco Obstétrica N°2 – 2007^{16.}
- INEC 2009.⁸
- Kusuya T, Nakagawa S, Sathoh J,. Informe de la Comisión sobre la clasificación y los criterios de diagnóstico de diabetes mellitus. Pract 2005:58.^{23.}
- MSP Epidemiología 2005.
- Organización Mundial de la Salud. Definición, Diagnóstico y Clasificación de la diabetes Mellitus y sus complicaciones. Ginebra: OMS 2009.^{3.4.5.}
- William JW. La importancia clínica de glucosuria en mujeres embarazadas. Am J med.2009.^{1,2.}

7. ANEXO

ANEXO 1 HISTORIA CLINICA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA																		
1 REGISTRO DE ADMISIÓN																							
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE																		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (CALLE Y N.º - MANZANA Y CASA)		BARRIO	BARROCOA	CANTÓN	PROVINCIA																		
FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAIS)	GRUPO ÉTNICO	EDAD EN AÑOS	SEXO																		
FECHA DE ADMISIÓN		OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	TIPO DE SEGURO DE SALUD	REFERIDO DE																		
MOTIVO QUE MOTIVÓ APLICAR A		PARENTESCO / AFÍLIACIÓN	DIRECCIÓN		N.º TELEFONO																		
FORMA DE LLEGADA		FUENTE DE INFORMACIÓN		INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE																			
AMBULANCIA	AMBULANCIA	OTRO (TRANSPORTE)																					
2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO																							
HORA	PAISAJE	CAUSA CLÍNICA	CAUSA D. SISTÉMICA	CAUSA BIOMECÁNICA	GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH																		
NOTIFICACIÓN A LA POLICIA	OTRO MOTIVO																						
3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA																							
LUGAR DEL EVENTO	SITUACIÓN DEL EVENTO		FECHA Y HORA DEL EVENTO		N.º APLIC. DIVISIÓN POLICIA																		
INCIDENTE DE TRÁNSITO	CAÍDA	QUEMADURA	INTOXICACIÓN	EXHAUSTIÓN	OTRO (ESTRÉS)																		
VIOLENCIA FÍSICA	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	VIOLENCIA SEXUAL	VIOLENCIA FAMILIAR	ABUSO FÍSICO	ABUSO PSICOLÓGICO																		
INTOXICACIÓN ALIENÉGENA	INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	INTOXICACIÓN X DRUGAS	INTOXICACIÓN DE SANGRE	OTRO	ENVENENAMIENTO																		
OBSERVACIONES																							
ALERTA ESTABLE																							
PREDA AL DUEÑO																							
4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES																							
DESCRIBIR ARAJO, REGISTRANDO EL NOMBRE RESPECTIVO					N.º APLIC. APLIC.																		
1. ALERGIAS	2. CLÍNICAS	3. GENÉTICAS	4. TRAUMATISMOS	5. QUIRÚRGICOS	6. FARMACOLÓGICOS																		
OTRO																							
5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS																							
DESCRIBIR ARAJO, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, FRECUENCIA, FACTORES DESPESANTE					N.º APLIC. APLIC.																		
VALORACIÓN	VIA AEREA / OXIGENIO	RESPIRATORIO	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO																			
6 CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR																							
REGIÓN ANATÓMICA	PUNTO DOLOROSO	SITUACIÓN		EVOLUCIÓN		TIPO		SE ALIVIA CON:		ALIVIA CON:		INTENSIDAD											
		LOCALIZACIÓN	TIPO	PROGRESIVO	REFERIDO	AGUDO	CRÓNICO	INTERMITENTE	CONTINUO	COLETO	FRICCIÓN		NECESA	ESFUERZO	POSTO. PREVEN.	REPOSICIÓN	REPOSICIÓN	REPOSICIÓN	REPOSICIÓN				

EMERGENCIA (1)

7 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

PRESIÓN ARTERIAL	F. CARDÍACA (PULSOS)	F. RESPIRATORIA (RPM)	TEMP. BUCAL (°C)	TEMP. AXILAR (°C)	PESO (Kg)	TALLA (cm)	F. CEFÁLICA (cm)
CLASIFICACIÓN INICIAL	GLUCOSA (mg/dl)	URINARIA (mg/dl)	MOJERA (ml)	TOTAL (ml)	REACCIÓN PUPILA (D)	REACCIÓN PUPILA (I)	TIPO DE GASES

8 EXAMEN FÍSICO

CP		SP		CP		SP		CP		SP		CP		SP	
1-1. PIEL - PÁLIDAZ				4-4. BOCA				11-11. ABOCENAS				1-1. OÍDÍOS DE LOS OÍDÍOS			
2-2. CABEZA				7-7. OÍDÍOS TUBEROS				12-12. COLUMNA VERTEBRAL				2-2. RESPIRATORIA			
3-3. OJOS				8-8. CUELLO				13-13. BALS-PELNE				3-3. CIRCULACIÓN			
4-4. OÍDÍOS				9-9. AXILAS-AXILAS				14-14. MIEMBROS SUPERIORES				4-4. SANGRE			
5-5. NARIZ				10-10. TÓRAX				15-15. MIEMBROS INFERIORES				5-5. GENITAL			

9 LOCALIZACIÓN DE LESIONES

ESCRIBIR EL NÚMERO SOBRE LA REGIÓN CORRESPONDIENTE

ESCRIBIR EL NÚMERO SOBRE LA REGIÓN CORRESPONDIENTE	NO APLICA
1. HERIDA PENETRANTE	
2. HERIDA CONTANTE	
3. FRACTURA EXPUESTA	
4. FRACTURA CERRADA	
5. AMPUTACIÓN	
6. HEMORRAGIA	
7. MORDEDURA	
8. PICADURA	
9. EXCORIACIÓN	
10. DEFORMIDAD O MASA	
11. HEMATOMA	
12. QUEMADURA G - I	
13. QUEMADURA G - II	
14. QUEMADURA G - III	
15.	

10 EMERGENCIA OBSTÉTRICA

EMERGENCIA OBSTÉTRICA				NO APLICA
GESTAS	PARITAS	ABORTOS	CEBARRAS	
FECHA ÚLTIMA RESTRICCIÓN	SEMANA GESTACIÓN	SEMANA GESTACIÓN	SEMANA GESTACIÓN	
PRECIOSIDAD C. FETAL	MEMBRANAS ROTAS	TIEMPO		
ALTERA ÚTERO	PRESENCIA DODI			
OLASIÓN	INFRAMEN TO	PLACD		
PELVIS DTA	SANGRADO VAGINAL	CONTRACCIONES		

11 SOLICITUD DE EXÁMENES

REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NÚMERO										NO APLICA
1. BIOMETRÍA	3. GEMEA SANGRENEA	2. SÍNDROME	1. ESCOCOPÍA	8. S.A. ABOCOM	11. TOMOGRAFÍA	13. ESCOCOPÍA PELVICA	15. INTEROCHEMIA			
3. FRENALOGÍA	4. ELECTROLITO	6. ELECTRO CARDIOGRAMA	4. S.A. TORAX	14. S.A. OÍDÍOS	12. RESONANCIA	14. ESCOCOPÍA ABOCOM	16. OTROS			

12 DIAGNÓSTICO DE INGRESO

PRE- PRESENTIVO	DEF- DEFINITIVO	DE	PRE- DEF
1			
2			
3			

12' DIAGNÓSTICO DE ALTA

PRE- PRESENTIVO	DEF- DEFINITIVO	DE	PRE- DEF
1			
2			
3			

13 PLAN DE TRATAMIENTO

	MEDICAMENTO CONCENTRACIÓN Y FORMA FARMACÉUTICA	POSOLÓGIA
1		
2		
3		
4		

14 ALTA

CONSEJO	CONSULTA EXTERNA	OBSERVACIÓN	INTERVENCIÓN	REFERENCIA	VIVO	EN CONDICIÓN ESCALE	EN CONDICIÓN INSTABLE	HAZ DE INCOMPLETO
SERVICIO DE REFERENCIA		ESTABLECIMIENTO			HECHO EN EMERGENCIA	CASA		
FECHA DE CONTROL	HORA FINALIZACIÓN	PROFESIONAL Y CÓDIGO				FECHA		

ANEXO 2

RECURSO ECONOMICO

CONCEPTO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Esferos	5	0.35ctvs	1.75
Tiempo de internet	180 horas	0.50ctvs	90.00
Pendrive	3	12.00	36.00
Impresiones	680 hojas	0.10 ctvs.	68.00
Anillados	6	0.75ctvs.	4.50
Escáner	17 hojas	0.50ctvs	8.50
Fotocopias	270 hojas	0.03ctvs	8.10
Viatico	25	25.00	25.00
Consumo telefónico	30	30.00	30.00
TOTAL			271.85 dólares

ANEXO 3

Dr.

FREDDY MONTOYA

Gerente del Hospital Materno Infantil

“Dra. Matilde Hidalgo de Procel”

Ciudad.-

De nuestras consideraciones:

Yo, **CHILA CIFUENTES ARACELY CRISTINA**, con **C.I. 0926960113** alumna del 5to año de la Universidad Estatal de Guayaquil Escuela de Obstetricia, solicito se me conceda su autorización para obtener datos estadísticos para mi tesis con el tema:”**FACTORES DE RIESGOS MATERNOS Y FETALES EN MADRES QUE PADECEN DIABETES GESTACIONA**”, en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”. De Septiembre del 2012 a Febrero del 2013

Por la atención prestada a esta solicitud queda muy agradecida esperando sea aprobada.

Atentamente,

.....
CHILA CIFUENTES ARACELY CRISTINA
C.I. 0926960113

ANEXO 4

PARAMETROS QUE SE UTILIZARON DE LAS HISTORIAS CLINICAS PARA LA TABULACION	
ANTECEDENTES PERSONALES	<ul style="list-style-type: none">• EDAD• NIVEL EDUCACIONAL• ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES Y PERSONALES
ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS	<ul style="list-style-type: none">• PARIDAD• TRIMESTRE DE GESTACION• TERMINO DEL EMBARAZO
DIAGNOSTICO DE INGRESO	
EXAEMNES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none">• REGISTRO DE PRESION ARTERIAL• REGISTRO DE NIVELES DE GLUCOSA
APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS	
TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES	
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	
FACTORES DE RIESGOS FETALES	
FACTORES DE RIESGOS MATERNOS	