



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**PRINCIPALES COMPLICACIONES OBSTETRICAS QUE SE PRESENTAN EN UNA
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES EN EL EMBARAZO.**

**TRABAJO PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

CABRERA GONZALEZ KATHERINE ALEXANDRA

MACHALA - EL ORO

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, CABRERA GONZALEZ KATHERINE ALEXANDRA, con C.I. 0704803857, estudiante de la carrera de ENFERMERÍA de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autora del siguiente trabajo de titulación PRINCIPALES COMPLICACIONES OBSTETRICAS QUE SE PRESENTAN EN UNA PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES EN EL EMBARAZO.

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.

- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
 - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.

 - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 15 de diciembre de 2015



CABRERA GONZALEZ KATHERINE ALEXANDRA
C.I. 0704803857

FRONTISPICIO

Autora



0704803857

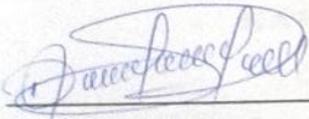
C.I.

Dirección: PTO. BOLIVAR, MACHALA, El Oro

Tif: 2927-783

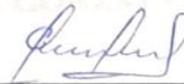
e - mail : katito_forever@hotmail.com

COMITÉ EVALUADOR



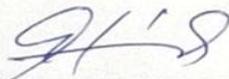
Lcda. ELIDA REYES RUEDA

C.I. 0705085835



Lcda. GLADIS MORA VEINTIMILLA

C.I. 0702547316



Lcda. GISELA LEON GARCIA

C.I. 0705174407

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a Dios por ser el inspirador para cada uno de mis pasos dados en mi convivir diario, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mi madre ROSALIA GONZALEZ (+), por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaste. A pesar de que no estés en el mundo terrenal. Mamá gracias por todo tu apoyo, por siempre vivirás en mi corazón.

Mi padre LEVIS CABRERA, por estar conmigo siempre *por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.*

Mis abuelos ROBERTO CABRERA, ROSARIO PALMA, por quererme y apoyarme siempre, esto también se lo debo a ustedes.

A KEVIN PERALTA por compartir los buenos y malos momentos.

Todos aquellos familiares y amigos que no recordé al momento de escribir esto. Ustedes saben quiénes son.

RESUMEN

La diabetes es una condición patológica que complica el embarazo con mayor frecuencia, con influencia en el futuro de la mujer y de su bebe.

Diabetes gestacional es alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se ocurre por primera vez durante el embarazo, esta traduce una insuficiente adaptación a la insulino resistencia que se produce en la gestante.

En términos generales se debe a un desorden metabólico que requiere de cambios inmediatos en el estilo de vida.

Es una de las complicación más frecuente, su frecuencia es variable según los distintos estudios realizados, en las poblaciones y según criterios y diagnósticos utilizados.

La Diabetes mellitus pregestacional expone al feto durante el primer trimestre de embarazo a elevadas concentraciones de glucosa, aumentando el riesgo de anomalías congénitas, específicamente , a nivel cardiovascular, a nivel de sistema nervioso central, a nivel musculo - esquelético, a nivel renal y así como a abortos espontáneos.

Su importancia radica en que aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas con la presencia de hiperglucemia materna, las cantidades excesivas de glucosa llevan a una hiperinsulinemia fetal y esta a su vez causa macrosomía y/o el crecimiento excesivo del feto, incrementando consecuentemente el índice de cesáreas. Durante el parto, causa trauma perineal y distocia de hombro, e hipoglucemia en el neonato

En este apartado veremos detalladamente las principales complicaciones obstétricas en las gestantes con diagnostico de diabetes gestacional y de la misma manera dar a conocer y fomentar el autocuidado para las pacientes con esta patología a través del proceso de atención de enfermería (PAE).

ABSTRACT

Diabetes is a pathological condition complicating pregnancy more often, with influence on the future of the woman and her baby.

Gestational diabetes is alteration in the metabolism of carbohydrates is first detected during pregnancy, this translates insufficient adaptation to insulin resistance that occurs in pregnant women.

Overall it is due to a metabolic disorder that requires immediate changes in lifestyle.

It is one of the most common complication, its frequency varies according to different studies, and as populations and diagnostic criteria used.

Diabetes mellitus before pregnancy exposes the fetus to high concentrations of glucose during the first trimester of pregnancy, increasing the risk of congenital anomalies, particularly cardiovascular level, at the level of central nervous system, muscle level - skeletal, the kidneys and so as spontaneous abortions.

Its importance is that it increases the risk of obstetric complications such as macrosomia, neonatal problems, fetal distress among others.

In this section we will detail the main obstetric complications in pregnant women diagnosed with gestational diabetes and in the same way to publicize and promote self-care for patients with this condition through the process of nursing care (PAE)

CONTENIDO

INTRODUCCION

La diabetes gestacional (DG) es definida como alteración del metabolismo de los hidratos de carbono que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo⁽¹⁾. Esta aplica independientemente de si requiere o no insulina en el tratamiento y si la alteración persiste o no después del embarazo. (anexo1)

En mujeres de edades más tempranas se diagnostica diabetes debido a la creciente prevalencia de esta, y por ende favoreciendo a la presencia de DG. Los cambios fisiológicos del embarazo se asocian con mortalidad y morbilidad perinatal dificultando el control de la misma . La Organización Mundial de Salud, indica que entre el 5% y el 10% de las mujeres que presentaron DG después del embarazo hay más posibilidades del 50% de presentar en los próximos 5 a 10 años DM tipo 2 ⁽²⁾.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) informa que la DG causa complicaciones en un 7% de todos los embarazos, con un rango que va entre el 1% y el 14%, dependiendo de la población que se investiga y del método de tamizaje que se vaya a utilizar. La prevalencia en general de DG puede llegar de un 10% a 20% de los casos anuales en poblaciones de alto riesgo ⁽²⁾.

En el sistema de notificación epidemiológica anual del Ministerio de Salud Publica del Ecuador, la DG muestra un incremento establecido en los períodos comprendidos entre 1994 y 2009,

produciéndose un incremento de 142 por 100.000 habitantes a 1084 por 100.000 habitantes, repitiéndose este fenómeno en los periodos comprendidos entre 2009 y 2013 siendo de mayor prevalencia las mujeres de la costa ecuatoriana, en especial de la provincia de Manabí. Según las estadísticas oficiales del instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo (INEC) la DG en el año 2009, ocupó el sexto lugar entre las causas de morbilidad y mortalidad materno-fetal ⁽²⁾ .
(ANEXO 2)

El objetivo del presente trabajo es conocer las principales complicaciones obstétricas que se presentan en las gestantes con diagnóstico de diabetes gestacional a través de revisión bibliográfica, para fomentar el autocuidado a través del proceso de atención de enfermería.

DESARROLLO

DIABETES

Diabetes Mellitus I

Inicia antes de los 30 años de edad, es la Diabetes insulino dependiente, presenta cetoacidosis y síntomas adicionales ⁽³⁾.

Diabetes Mellitus tipo II

Inicia después de los 30 años , es la Hiperglucemia no insulino dependiente, se observa aumento de apetito, de la cintura abdominal y un notable aumento de peso, pero hay poca presencia de síntomas adicionales ⁽³⁾.

Diabetes Gestacional

Cualquier grado de intolerancia a la glucosa que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo y puede persistir o no después del mismo ⁽³⁾.

Diabetes Gestacional I

La glucosa en ayunas normal y posprandial se encuentra elevada y se logra normalizar la glucemia con dieta ⁽³⁾.

Diabetes Gestacional II

La glucosa en ayunas y posprandial se encuentran elevadas y se logra normalizar la glucemia con insulina y dieta ⁽³⁾. (anexo3)

El embarazo normalmente es un estado de incremento de resistencia a la insulina que se da para proporcionar un suministro ininterrumpido de nutrientes hacia el feto. La gran cantidad de sustancias producidas por los adipocitos y por la placenta son las que reprograman la fisiología materna causando el estado de resistencia a la insulina, en la segunda mitad del embarazo. La DG es caracterizada por un aumento patológico de la resistencia a la insulina, la secreción deficiente de la insulina y disminución de la sensibilidad a la insulina, llevando a la madre y al feto a un incremento de glucosa; por lo cual mediante la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) podremos diagnosticar⁽⁴⁾.

La DG es asociada con el incremento de riesgo materno-fetales. Aunque se puede resolver con el nacimiento del bebé en la mayoría de los casos, un 35% de las mujeres con DG tienen diabetes preexistente, y un 50% tienen mayor riesgo de desarrollar DG recurrente y desarrollar posteriormente DM tipo 2⁽⁴⁾.

Con la presencia de hiperglucemia materna, las cantidades excesivas de glucosa llevan a una hiperinsulinemia fetal y esta a su vez causa macrosomía y/o el crecimiento excesivo del feto, incrementando consecuentemente el índice de cesáreas. Durante el parto, causa trauma perineal y distocia de hombro, e hipoglucemia en el neonato⁽⁴⁾.

La presencia excesiva de insulina en la circulación fetal puede retrasar la maduración pulmonar y por ende baja la producción de surfactante, conduciendo a una enfermedad de membrana hialina o síndrome de dificultad respiratoria⁽⁴⁾.

Las complicaciones más frecuentes en las mujeres embarazadas son hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia y preeclampsia sobreagregada a hipertensión⁽⁴⁾.

El aumento del riesgo de Anomalías Congénitas, abortos espontáneos y, especialmente del Sistema Nervioso Central, músculo-esquelético, renal y cardiovascular se deben al aumento de los niveles de glucosa ⁽⁴⁾.

A partir del primer trimestre del embarazo, desde el control preconcepcional si la madre mantiene un excelente control glucémico y el adecuado conocimiento de la patología se podría reducir estos riesgos excesivos ⁽⁴⁾.

CAUSAS

Al ser bloqueado el trabajo que hace la insulina por las hormonas del embarazo, incrementara los niveles de glucosa en la sangre de una mujer embarazada.

- Antecedentes familiares de diabetes.
- Dio a luz a un bebé macrosómico 9 lb (4 kg) o que presento alguna anomalía congénita.
- hipertensión arterial.
- Aborto espontáneo.
- Presenta antes del embarazo sobrepeso.
- Durante el embarazo aumentó de peso excesivamente ⁽³⁾.

SÍNTOMAS

La mayoría de las gestantes no presentan sintomatología y durante un estudio prenatal rutinario se realizara el diagnóstico.

En las mujeres gestantes que presentan síntomas, se pueden incluir estos ⁽³⁾:

- Visión borrosa
- Fatiga
- Infecciones frecuentes, del tracto urinario, cistitis
- Polidipsia
- Poliuria
- Náuseas y vómitos ⁽³⁾.

COMPLICACIONES MATERNO – FETALES

MACROSOMIA

En la etiopatogenia de la macrosomia la hiperglucemia materna estimula las células pancreáticas fetales aumentando su producción llevando a un hiperinsulinismo. Y el aumento de insulina estimula la síntesis lipídica dando lugar al feto macrosómico. Se asocia a los niños de gran peso con la presencia de diabetes. En madres diabéticas la incidencia de fetos macrosómicos y de fetos grandes para su edad gestacional es mayor.

Se determina que la diabetes materna es el mayor factor de riesgo para las macrosomia, ya que los fetos macrosómicos tienen mayor riesgo de malformaciones congénitas, trombosis vascular, partos distócicos, muerte intrauterina, miocardiopatías hipertróficas, e hipoglucemia neonatal. ⁽⁵⁾.

MUERTE FETAL INTRAUTERINA

La muerte fetal intrauterina puede ser causada por la baja presión de oxígeno en la sangre (hipoxemia). Esta complicación se da en las gestantes que han tenido un mal control de glicemia, y se presenta con frecuencia en las últimas 4 a 8 semanas del embarazo. se presenta macrosomía

fetal, restricción del crecimiento intrauterino y el óbito fetal que puede aparecer desde etapas tan tempranas ⁽⁵⁾.

MALFORMACIONES

Estas se presentan en los hijos de madres con diabetes preestablecida, que presentaron hiperglucemias en el período crítico de la organogénesis, 5 a 8 semanas después del último período menstrual. El riesgo es proporcional directamente al nivel de hemoglobina glicosilada (Hb A1c). Cuando la prueba se hace 2 a 3 meses después de la concepción, refleja los niveles de glucosa en sangre que la paciente presentaba en el período periconcepcional. Niveles de HbA1c < 9 % se relacionan con abortos espontáneos en 12 % y malformaciones en 3 %; si los valores aumentan a más de 14 % la frecuencia de aborto espontáneo es 37 % y de malformaciones es 40 %. Si la HbA1c es < 7 % la probabilidad que se produzcan malformaciones mayores no llega a 2 % . Se sabe además que el índice de masa corporal previo al embarazo es un predictor de malformaciones congénitas Si se encuentra que una paciente tiene DMG antes de las 20 semanas de gestación, probablemente sea una diabetes mellitus que antecedió al embarazo. Una hemoglobina glicosilada soporta esta impresión diagnóstica e indica que el feto tiene mayor riesgo de malformaciones fetales mayores ⁽⁴⁾.

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA (SDR)

El hiperinsulismo fetal implicado en la patogenia de la macrosomía y la hipoglucemia neonatal parece afectar también la madurez pulmonar. El efecto que produce el hiperinsulismo es la supresión de la síntesis de fosfatidilglicerol el cual es el mayor componente del surfactante que es indispensable para la expansión pulmonar ⁽⁵⁾.

HIPOGLUCEMIA

La hipoglucemia se debe al un hiperinsulinismo producido por hiperplasia de la célula beta pancreática, que está a su vez transfiere cantidades excesivas de glucosa al feto por medio de la placenta ⁽⁵⁾.

COMPLICACIONES MATERNAS

Entre los factores de riesgo que tienen mayor incidencia en las complicaciones maternas se puede mencionar a las crisis hipertensivas, edad avanzada de la mujer gestante y obesidad durante el embarazo y aumento de riesgo de enfermedades cardiovasculares. A si como tambien hay mayor riesgo de presentar infecciones como; cistitis cervicovaginitis, corioamnionitis e infecciones puerperales, pero las complicaciones que se dan con mayor frecuencia son las hemorragias posparto. Y debido a los fetos macrosomicos se ha aumentado el indice de cesareas, Tambien la gestante que presenta diabetes tiene a futuro desarrollar diabetes tipo II ⁽⁴⁾.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (PAE)

VALORACION:

Anamnesis:

- Historia familiar de la diabetes mellitus.
- Obesidad IMC > 30.
- Historia de hipertensión arterial.
- Antecedentes obstétricos de abortos o macrostomias, óbito fetal.
- Sintomatología⁽³⁾.

Examen físico:

- Edema precoz de extremidades
- Aumento excesivo de peso ⁽³⁾.

DIAGNOSTICO:

Dominio 2: Nutrición

Clase 4: Metabolismo

NANDA: (00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c conocimiento deficiente sobre el manejo de la diabetes⁽⁶⁾.

Dominio 3: Eliminación/ Intercambio

Clase 1: Función Urinaria

NANDA: (00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto urinario e/p poliuria⁽⁶⁾.

Dominio 4: Actividad / Reposo

Clase 3: Equilibrio de la Energía

NANDA: (00093) Fatiga r/c embarazo e/p cansancio⁽⁶⁾.

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

NANDA: (00214) disconfort r/c síntomas relacionados con la enfermedad e/p dolor⁽⁶⁾.

PLANIFICACION:

- Acciones personales para controlar la diabetes, su tratamiento y para prevenir el progreso de la enfermedad.
- Gravedad de la infección y síntomas asociados. Mediante la administración de medicamentos disminuir la infección.
- Acciones personales para controlar la energía necesaria para iniciar y mantener la actividad.
- Actividades para controlar el dolor⁽⁷⁾.

EJECUCION:

- NIC: (2120) Manejo de la hiperglucemia.

(5246) Asesoramiento nutricional.

- NIC: (0590) Manejo de la eliminación urinaria.
- NIC: (5612) Enseñanza actividad/ejercicio.
- NIC: (1400) Manejo del dolor⁽⁸⁾

EVALUACION:

El poco conocimiento de las pacientes sobre la diabetes conlleva a que presente niveles de glucemia inestable.

Con el correcto cuidado, tratamiento y consejería se logra crear conciencia en las pacientes y por ende conlleva a un mejor cuidado en la dieta y actividades que realizan.

PLAN DE CUIDADOS ⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾.

DX DE ENFERMERIA	RESULTADOS E ENFERMERIA (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS
<p>Dominio 2: Nutrición</p> <p>Clase 4: Metabolismo</p> <p>NANDA: (00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c conocimiento deficiente sobre el manejo de la diabetes</p>	<p>(1619) Autocontrol de la diabetes</p>	<p>(2120) MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenciar ingesta oral de líquidos. • Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia. • Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. • Instruir al paciente en la prevención reconocimiento y actuación ante la Hiperglucemia. • Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicio 	<p>Se logra concientizar a la paciente sobre a la dieta y ejercicio que debe seguir y se le da conocimiento de los signos y síntomas de la hiperglucemia y lo que debe realizar para prevenir este estado.</p>

		<p>(5246)</p> <p>ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</p> <ul style="list-style-type: none">• Establecer una relación terapéutica basada en confianza y respeto.• Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.• Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada	
--	--	--	--

PLAN DE CUIDADOS ⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾.

DX DE ENFERMERIA	RESULTADOS E ENFERMERIA (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS
<p>Dominio 3: Eliminación/ Intercambio</p> <p>Clase 1: Función Urinaria</p> <p>NANDA: (00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto urinario e/p poliuria</p>	<p>(0703) Severidad de la infección.</p>	<p>(0590) MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente los signos y síntomas de la infección del tracto urinario. • Enseñar al paciente a beber un cuarto de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochececer. • Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina del aseo. 	<p>Logramos que la ingesta de líquido en la paciente mejor y que se realice un aseo adecuado.</p>

PLAN DE CUIDADOS ⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾.

DX DE ENFERMERIA	RESULTADOS E ENFERMERIA (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS
<p>Dominio 4: Actividad / Reposo</p> <p>Clase 3: Equilibrio de la Energía</p> <p>NANDA: (00093) Fatiga r/c embarazo e/p cansancio</p>	<p>(0005) Tolerancia a la actividad</p> <p>(0002) Conservación de la energía</p>	<p>(5612) ENSEÑANZA EJERCICIO PRESCRITO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente como controlar la tolerancia a la actividad/ejercicio. • Dar la respectiva información al paciente acerca de que actividades son propicias para su estado físico. • Indicar al paciente como conservar la energía. • Enseñar al paciente a alternar periodos de descanso y de actividad. 	<p>Logramos a través de enseñar a la paciente a tolerar la actividad y ejercicio</p>

PLAN DE CUIDADOS ⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾.

DX DE ENFERMERIA	RESULTADOS E ENFERMERIA (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS
<p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort físico</p> <p>NANDA: (00214) Disconfort r/c síntomas relacionados con la enfermedad e/p dolor.</p>	<p>(1605) Control del dolor</p>	<p>(1400) MANEJO DEL DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse que el paciente reciba los cuidados y analgésicos correspondientes. • Explorar con el paciente los factores que puedan aliviar o empeorar el dolor. • Disminuir o eliminar los factores 	<p>Se logra disminuir el dolor. con cambios posturales y con la administración de medicamentos</p>

CIERRE

Mediante la investigación bibliográfica se concluye que las principales complicaciones obstétricas de Diabetes Gestacional se producen debido a un incremento de la resistencia de insulina provocando hiperglucemia en la madre, que a su vez se asocian con que los niveles altos de glucosa causan un crecimiento excesivo del feto o macrosomias, y estos fetos tienen mayor riesgo de muerte intrauterina, malformaciones congénitas e hipoglucemia fetal, además que el exceso de insulina puede retrasar la maduración pulmonar, debido a una baja producción de surfactante que conduce al síndrome de dificultad respiratoria, así como también abortos espontáneos que se dan en las pacientes que no llevan un buen control de glucosa, estas complicaciones por lo general se presentan en el segundo trimestre del embarazo . En la madre los niveles altos de glucosa la llevaran a desarrollar Diabetes Mellitus tipo II en el futuro, también enfermedades cardiovasculares, infecciones puerperales e infección de tracto urinario, cervicovaginitis entre otras.

La enfermera a través del proceso de atención de enfermería concientiza a las madres sobre la dieta y el ejercicio que deben seguir y se le da conocimiento de los signos y síntomas de la hiperglucemia y lo que se debe realizar para prevenir este estado, también sobre cómo manejar el dolor producido por las infecciones y propios del embarazo así como ayudar a la tolerancia de la actividad y ejercicio evitando que estos le causen fatiga o cansancio.

El trabajo del equipo de salud y el monitoreo de las gestantes con factores de riesgo y el diagnóstico correcto, así como el inicio del tratamiento y el seguimiento obstétrico, y las capacitaciones para las mujeres de edades fértiles permiten evitar o reducir las complicaciones para la madre y el feto.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Mónica Elizabet Almirón, Silvana Carolina Gamarra, Mirta Soledad González. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 152. DIABETES GESTACIONAL. Diciembre 2005 Pág. 23-27. Disponible en: http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista152/7_152.htm
2. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pregestacional y gestacional). Guía de Práctica Clínica. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2014. Disponible en: [http:// salud.gob.ec](http://salud.gob.ec)
3. Ministerio de Salud Pública. Componente normativo materno. CONASA. Agosto 2008. Disponible en: <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/2.%20Componente%20Normativo%20Materno%20CONASA.pdf>
4. JUAN ARIZMENDI, VICENTE CARMONA PERTUZ, ALEJANDRO COLMENARES, DIANA GÓMEZ HOYOS, TATIANA PALOMO. DIABETES GESTACIONAL Y COMPLICACIONES NEONATALES. rev.fac.med vol.20 no.2 Bogotá July/Dec. 2012. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562012000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
5. Eduardo Contreras Zúñiga, M.D, Luis Guillermo Arango, M.D, Sandra Zuluaga Martínez, M.D. Diabetes y embarazo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 59 No- 1. 2008. Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v59n1/v59n1a06.pdf>

6. T. Heather Herdman, PH, RN. Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación 2012- 2014. ELSEVIER España 2013.

7. Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean I. Maas. Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). cuarta edición. España 2009.

8. Gloria Bulechek. Horward Butcher. Joanne Dochterman. Cheryl Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Sexta Edición. ELSEVIER España 2014.

ANEXOS

ANEXO 1

Mónica Elizabet Almirón, Silvana Carolina Gamarra, Mirta Soledad González . Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 152 . DIABETES GESTACIONAL. Diciembre 2005 Pág. 23-27. Disponible en: http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista152/7_152.htm

← → ↻ ↗ congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista152/7_152.htm ☆ ≡

DIABETES GESTACIONAL

Mónica Elizabet Almirón, Silvana Carolina Gamarra, Mirta Soledad González
Alumnas de 7º año de la Carrera de Medicina, UNNE
Prof. Dr. Issler Juan Ramón, Adjunto de la cátedra de obstetricia.

Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 152 - Diciembre 2005 Pág. 23-27 [Archivo en formato pdf](#)

RESUMEN

La diabetes gestacional es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, esta traduce una insuficiente adaptación a la insulina resistencia que se produce en la gestante.
Es la complicación más frecuente del embarazo y su frecuencia es variable según los distintos estudios, poblaciones y criterios diagnósticos utilizados.
Su importancia radica en que aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como ser el sufrimiento fetal, macrosomía y problemas neonatales, entre otros.
Palabras claves: Diabetes gestacional, insulina resistencia, complicaciones obstétricas, macrosomía fetal.

ABSTRACTS:

The Gestational Diabetes is that alteration in the metabolism of carbon hydrates that is detened for the first time during pregnancy.
The most frequent complistions during pregnancy are variable depending on the population studied and on the criteria use for diagnosis.
Its impatance lies in the increase of different obstetrics complications as well as in the fetal suffering, macrosomia and neonative problems among others..
Keyword: Gestational Diabetes, resistance insulin, obstetrics complications, macrocephalous.

INTRODUCCION

La diabetes gestacional es la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo.¹ A diferencia de los otros tipos de diabetes, la gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación.² La respuesta normal ante esta situación es un aumento de la secreción de insulina, cuando esto no ocurre se produce la diabetes gestacional.¹
En muchos casos los niveles de glucosa en sangre retoman a la normalidad después del parto. Su prevalencia global se sitúa entre 1 – 3%.³
Es reconocida la repercusión de la diabetes gestacional sobre el embarazo y sus efectos perinatales adversos tanto en la madre como en el feto, por tal razón se ha realizado la presente revisión bibliográfica.

MATERIALES Y METODOS

Se ha realizado una extensa revisión bibliográfica tomando como fuente libros de Medicina General, Obstetricia, Revistas científicas, Artículos publicados en internet a fin de profundizar en el tema.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia de diabetes gestacional varía notablemente, según los distintos autores. Esta diferencia obedece a varios factores:

- Diferencias en la metodología y los criterios de diagnóstico utilizados.
- Factores de riesgo de la población de embarazadas estudiadas.
- Diferencias étnicas: se han encontrado grupos de muy baja frecuencia en Taipei, Taiwán (0,7%) hasta poblaciones de alta prevalencia como los indios Zuni (14,3%).
- Subdiagnóstico en los países en vías de desarrollo, por la falta de identificación de las pacientes.
- Sobrediagnóstico por problemas técnicos o de metodología.

En un estudio multicéntrico realizado por los Doctores. Alvarñas y Salzberg encontraron que nuestro país presenta una prevalencia del 5%. Dichos autores comparan nuestra prevalencia con la de los Estados Unidos que presenta valores que oscilan entre 2,5% y 12,3%, resultados muy variables ya que dependen de la metodología diagnóstica utilizada.⁴
En 1989 sobre el auspicio del Ministerio de Salud, fue iniciado el estudio brasilero de diabetes gestacional, que utilizó los criterios de la O.M.S. para el rastreamiento y diagnóstico. El censo realizado en seis capitales brasileras omadas al azar, comprendió un total de 5.010 gestantes, encontrándose diabetes gestacional en el 0,4%.
En el reporte de la maternidad de Mercy, Melbourne, Australia, se señala globalmente en una estadística de varios países un aumento del 3,3% al 7,5% entre 1979 y 1988.⁵

ANEXO 2

Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pregestacional y gestacional). Guía de Práctica Clínica. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2014. Disponible en: [http:// salud.gob.ec](http://salud.gob.ec)

Según la OMS, después del embarazo, entre el 5% y el 10% de las mujeres que tuvieron DG, tienen hasta un 50% más de posibilidades de presentar DM tipo 2 en los próximos cinco a 10 años.⁹

La exposición del feto a concentraciones elevadas de glucosa plasmática de la madre, durante el segundo y el tercer trimestre, resulta en crecimiento fetal excesivo, macrosomía, hipoglucemia, ictericia, hipocalcemia, policitemia y enfermedad por deficiencia de surfactante pulmonar en el neonato y posteriormente, en niños y adultos, en obesidad y diabetes.^{10,11}

La DM pregestacional expone al feto a concentraciones elevadas de glucosa durante el primer trimestre del embarazo, incrementando el riesgo de AC, especialmente a nivel de sistema nervioso central (SNC), a nivel cardiovascular, renal y músculo-esquelético, así como a aborto espontáneo. La probabilidad de AC y aborto tiene una relación lineal con la concentración de glucosa plasmática de la madre, expresada en la concentración de hemoglobina glucosilada (HbA1c), y este riesgo excesivo se puede reducir cuando la madre mantiene un control glucémico adecuado desde el primer trimestre del embarazo.¹¹⁻¹⁵

En el sistema de notificación epidemiológica anual del MSP del Ecuador, la DG muestra un incremento sostenido en el periodo comprendido entre 1994 y 2009, ascenso notablemente más pronunciado en los tres últimos años. La tasa se incrementó de 142 por 100.000 habitantes a 1084 por 100.000 habitantes, con mayor prevalencia en mujeres de la costa ecuatoriana, y en especial de la provincia de Manabí.¹⁶ Este fenómeno se repite entre 2009 y 2013.

De acuerdo a estadísticas oficiales del Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC),¹⁶ la DG ocupó, en el año 2009, el sexto puesto entre las causas de morbilidad materno-fetal. En 2012, el sobrepeso al nacer se ubica dentro de las 10 primeras causas de morbilidad infantil en el Ecuador.¹⁶

Esta GPC contiene recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la DM y sus complicaciones en mujeres que desean concebir y en aquellas que ya están embarazadas. Esta guía fue construida enfocándose en el cuidado de rutina prenatal, intraparto y posnatal. Se hacen recomendaciones por separado, cuando la evidencia lo muestra, para mujeres con diabetes preexistente (tipo 1, tipo 2 y otros tipos de diabetes). El término mujeres se usa para designar a todas las mujeres en edad de concebir, de forma independiente de su edad, lo que incluye también adolescentes.

ANEXO 3

Ministerio de Salud Pública. Componente normativo materno. CONASA. Agosto 2008.

Disponible

en:

<http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/2.%20Componente%20Normativo%20Materno%20CONASA.pdf>



www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/2.%20Componente%20Normativo%20Materno%20CONASA.pdf

Definiciones

Diabetes Mellitus	Intolerancia a la glucosa expresada por los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none">• síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso).• glucemia en ayuno de 8 horas mayor a 126 mg/dl, y un valor mayor a 200 mg/dl 2 horas después de una prueba de sobrecarga con 100 g de glucosa.
Diabetes Mellitus tipo I	Diabetes insulino dependiente, inicia antes de los 30 años de edad, síntomas adicionales y cetoacidosis.
Diabetes Mellitus tipo II	Hiper glucemia no insulino dependiente, inicia después de los 30 años, aumento de la cintura abdominal, apetito y aumento de peso excesivos pero con pocos síntomas adicionales.
Diabetes Gestacional	Cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o es reconocida por primera vez durante el embarazo. Puede persistir o no después del embarazo.
Diabetes Gestacional I	Glucosa en ayunas normal y posprandial elevada. Se logra normogluce mia con dieta.
Diabetes Gestacional II	Glucosa en ayunas y posprandial elevada. Se logra normogluce mia con dieta e insulina.

CÓDIGO CODIFICACIÓN CIE 10

ANEXO 4

JUAN ARIZMENDI, VICENTE CARMONA PERTUZ, ALEJANDRO COLMENARES, DIANA GÓMEZ HOYOS, TATIANA PALOMO. DIABETES GESTACIONAL Y COMPLICACIONES NEONATALES. rev.fac.med vol.20 no.2 Bogotá July/Dec. 2012. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562012000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Factores de riesgo para Diabetes Gestacional en población obstétrica

Risk factors for gestacional diabetes in obstetric population

MARÍA NAZARETH CAMPO CAMPO¹, GUADALUPE POSADA ESTRADA²

Forma de citar: Campo MN, Posada G. Factores de riesgo para Diabetes Gestacional en población obstétrica. Rev CES Med 2008; 22 (1): 59-69

RESUMEN

La diabetes mellitus gestacional (DMG) se define como una intolerancia a los carbohidratos de severidad variable, que comienza o que es detectada por primera vez durante el embarazo. Su prevalencia es del 7% según la población estudiada y la prueba de diagnóstico utilizada. En Colombia los datos son inferiores a los descritos en la literatura con reportes que van desde 0,34 % a 2,03 %. Los hispanos son considerados población de alto riesgo para diabetes gestacional, estos datos son disímiles de lo reportado en la literatura internacional y sería pertinente preguntarse si esta población considerada como de alto riesgo corresponde únicamente a los hispanos que viven en Estados Unidos ó Europa. No existen estudios propios que determinen cuáles son los factores de riesgo para nuestra población obstétrica.

Conociendo la controversia sobre la realización del tamizaje, es importante identificar a través de la revisión de la evidencia los factores de riesgo para diabetes gestacional.

PALABRAS CLAVE

Diabetes gestacional

ANEXO 5

Eduardo Contreras Zúñiga, M.D, Luis Guillermo Arango, M.D, Sandra Zuluaga Martínez, M.D. Diabetes y embarazo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 59 No- 1. 2008. Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v59n1/v59n1a06.pdf>



Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 59 No. 1 • 2008 • (38-45)

ARTÍCULO DE REVISIÓN

DIABETES Y EMBARAZO

Diabetes and pregnancy

*Eduardo Contreras-Zúñiga, M.D.**, *Luis Guillermo-Arango, M.D.***,
*Sandra Ximena Zuluaga-Martínez, M.D.****, *Vanesa Ocampo, M.D.*****.

Recibido: septiembre 13/07 • Aceptado: marzo 18/08

RESUMEN

Objetivo: el objetivo del presente trabajo es revisar la epidemiología, la clasificación clínica, el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes pregestacional y gestacional.

Materiales y métodos: con las palabras clave diabetes, diabetes gestacional, diabetes pregestacional, y embarazo se buscó información en las bases de datos de Pubmed/Medline, Cochrane, SciELO, al igual que en las referencias de los artículos de revistas y textos, especialmente de los últimos cinco años. El resultado de esta búsqueda arrojó 79 referencias, de las cuales se tomaron las 35 más relevantes, teniendo en cuenta principalmente metaanálisis, artículos de revisión, estados del arte, estudios aleatorizados

el diagnóstico con dos glucemias de ayuno > 105 mg/dl o una glucemia de ayuno > 126 mg/dl o una glucemia en cualquier momento > 200 mg/dl.

Conclusión: un mejor control de las cifras de glucemia durante el embarazo está asociado a un mayor bienestar fetal.

Palabras clave: diabetes, diabetes pregestacional, diabetes gestacional, embarazo.

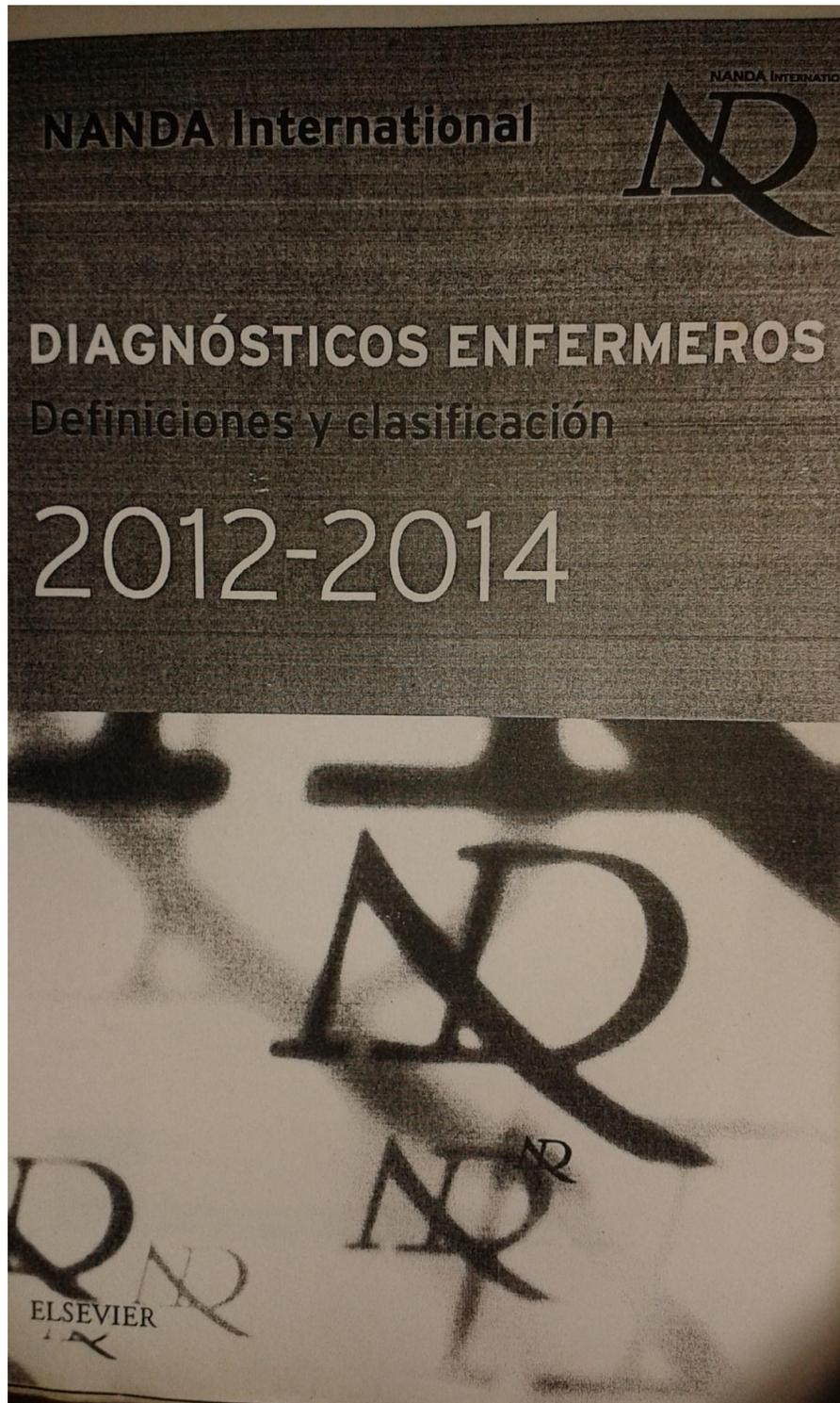
SUMMARY

Objective: the present work was aimed at reviewing the epidemiology, clinical classification, diagnosis and treatment of pre-gestational and gestational diabetes.

Materials and methods: PUBMED/Medline,

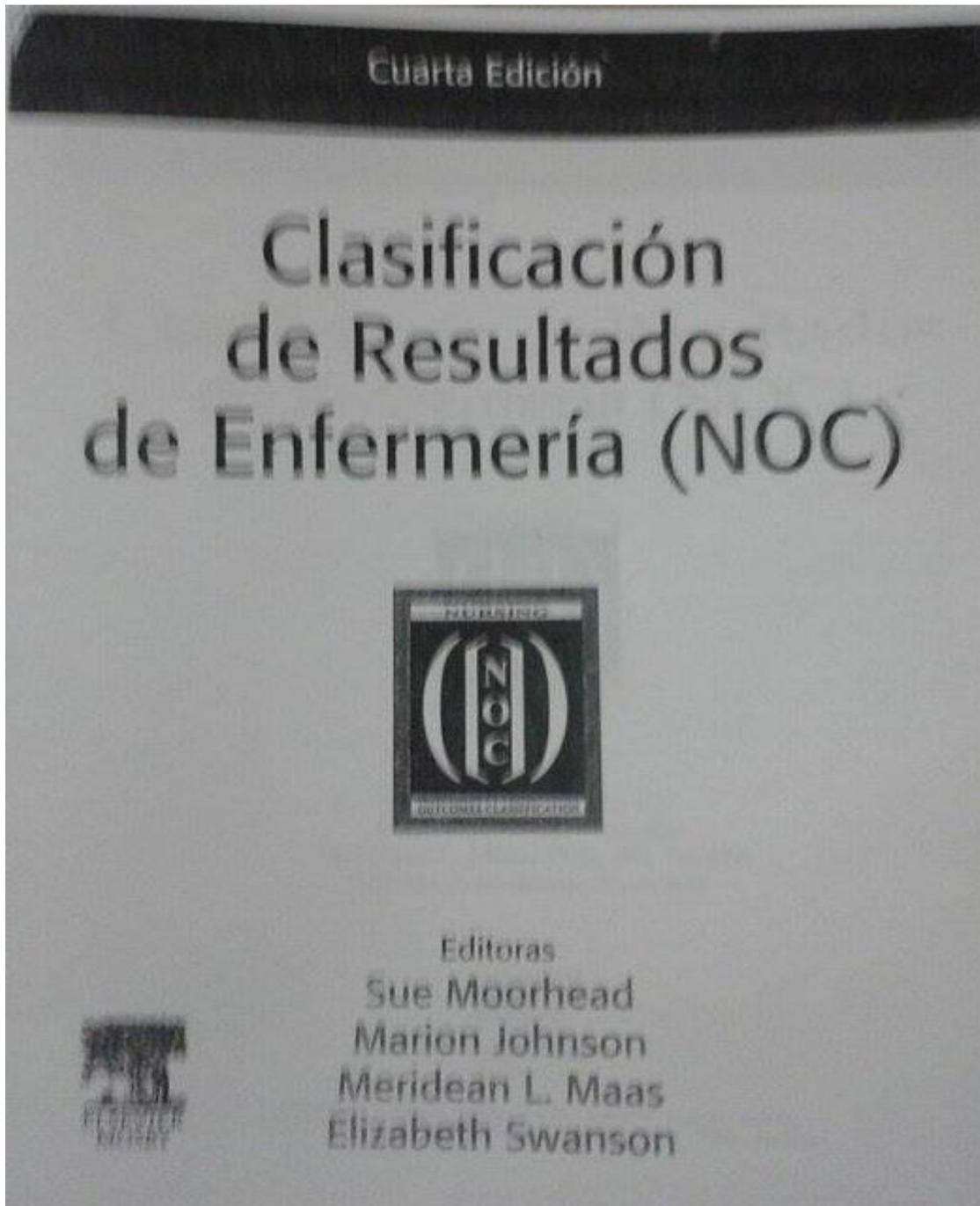
ANEXO 6

T. Heather Herdman, PH, RN. Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación 2012- 2014. ELSEVIER España 2013.



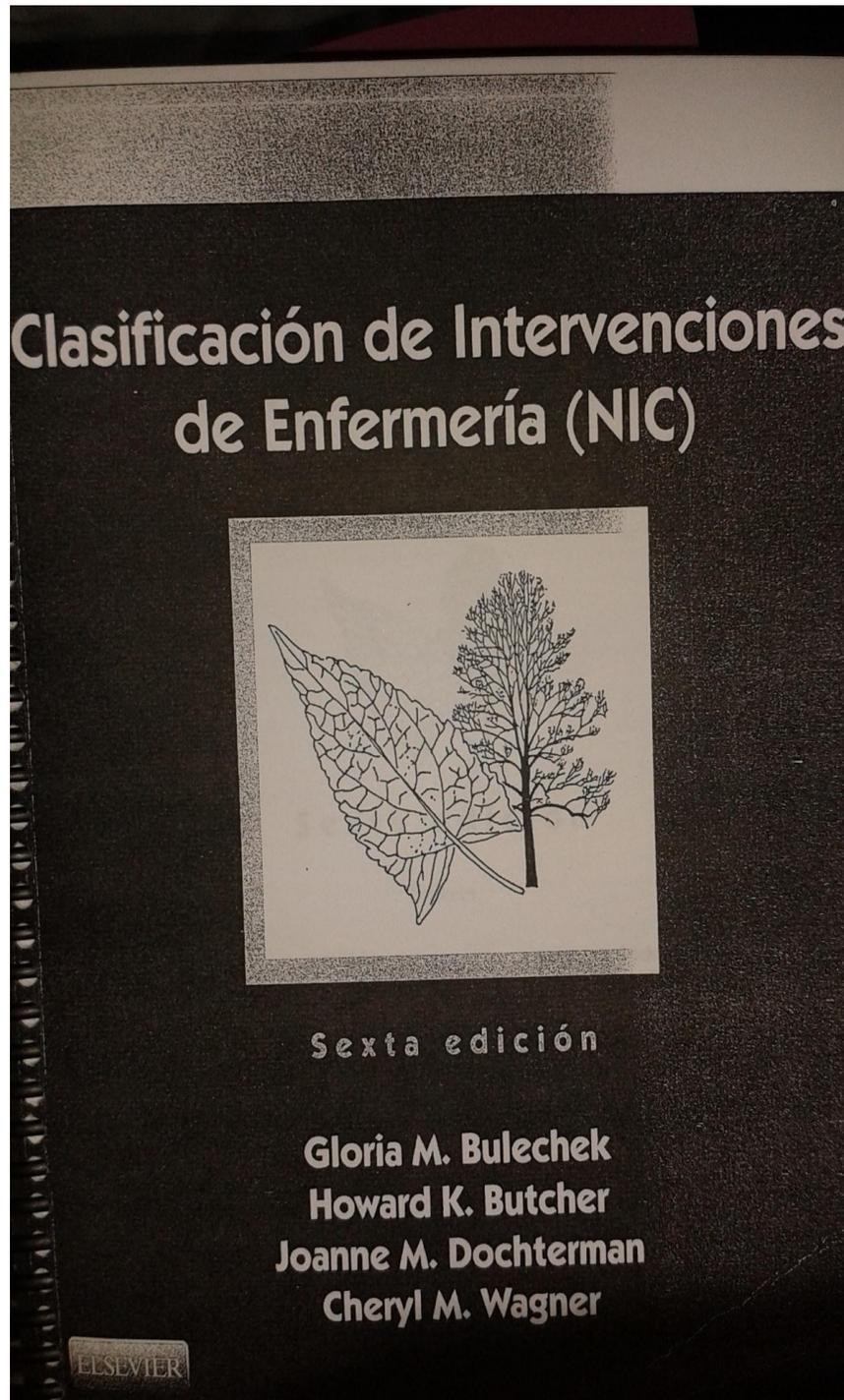
ANEXO 7

Editoras Sue moorhead Marion johnson Meridean I. Maas Elizabeht swanson. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Cuarta edición de la obra original en inglés España 2009



ANEXO 8

Gloria Bulechek. Howard Butcher. Joanne Dochterman. Cheryl Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Sexta Edición. ELSEVIER España 2014.



Urkund Analysis Result

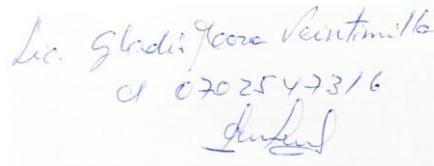
Analysed Document: KATHERINE CABRERA.docx (D16824845)
Submitted: 2015-12-17 19:40:00
Submitted By: kgarcia@utmachala.edu.ec
Significance: 10 %

Sources included in the report:

TESIS DR. WILLIAM JIMENEZ urkund.docx (D15045701)
PARA ANALISIS URKUND TESIS SINDROME METABOLICO KENIA-CATHERINE 2do.docx (D16561591)
TESIS SINDROME METABOLICO KENIA - CATHERINE CORRECCION.docx (D16603022)
PARA ANALISIS URKUND TESIS SINDROME METABOLICO KENIA-CATHERINE.docx (D16535402)
TEST_DE_SULLIVAN_10-12-15.pdf (D16675516)

Instances where selected sources appear:

18



Dr. Gladys Cora Veintimilla
C.I. 0702547316
Urkund

<https://secure.orkund.com/view/16852226-987272-660933#BcExDslwEETRu7j+Qht7xs7mKigFigC5IE1KxN1571s+V9i>

Aplicaciones ★ Bookmarks G Google Iniciar session G Gmail YouTube UTMACHALA SIUTMACH UACQS EVA UTMACH

ORKUND Kgarcia (kgarcia@utmachala.edu.ec) ▾

Document [KATHERINE CABRERA.docx](#) (D16824845)
Submitted 2015-12-17 13:40 (-05:00)
Submitted by Kgarcia (kgarcia@utmachala.edu.ec)
Receiver kgarcia.utmac@analysis.orkund.com
Message TITULACION KATHERINE CABRERA [Show full message](#)
10% of this approx. 6 pages long document consists of text present in 5 sources.

List of sources

Rank	Path/Filename
1	KATHERINE CABRERA.docx
2	TESIS SINDROME METABOLICO KENIA - KATHERINE CORREC...

Alternative sources

1	KATHERINE CABRERA.docx
2	principales complicaciones obstetricas que se presentan en...

0 Warnings: Reset Export Share

93% Active

RESUMEN La diabetes es una condición patológica que complica el embarazo con mayor frecuencia, con influencia en el futuro de la mujer y de su bebe.

Diabetes gestacional es alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se ocurre por primera vez durante el embarazo, esta traduce una insuficiente adaptación a la insulino resistencia que se produce en la gestante.

En términos generales se debe a un desorden metabólico que requiere de cambios inmediatos en el estilo de vida. Es una de las complicación más frecuente, su frecuencia es variable según los distintos estudios realizados, en las poblaciones y según criterios

y diagnósticos utilizados. La Diabetes mellitus pregestacional expone al feto durante el primer trimestre de embarazo a elevadas concentraciones de glucosa, aumentando

Urkund's archive: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA / KATHERIN... 93%

RESUMEN La diabetes es una condición patológica que complica el embarazo con mayor frecuencia, con influencia en el futuro de la mujer y de su bebe.

Diabetes gestacional es alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, esta traduce una insuficiente adaptación a la insulino resistencia que se produce en la gestante.

En términos generales se debe a un desorden metabólico que requiere de cambios inmediatos en el estilo de vida. Es una de las complicación más frecuente, su frecuencia es variable según los distintos estudios realizados, en las poblaciones y según criterios

y diagnósticos utilizados. La Diabetes mellitus pregestacional expone al feto a concentraciones elevadas de glucosa durante el primer trimestre del embarazo,

Urkund Report - KAT....pdf | principales complica....doc | Urkund Report - EVA....p... | [Mostrar todas las descargas...](#)

14:28 17/12/2015