

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



**MORBILIDAD DE DIABETES GESTACIONAL EN
RELACIÓN CON OBESIDAD. DEPARTAMENTO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DR. "LUÍS RAZETTI" DE BARCELONA.
ENERO 2004- DICIEMBRE 2008.**

Profesor Asesor:

Dr. Chopite Víctor

Trabajo de Grado presentado por:

Br. Hernández T, Carla K.

Br. Navarro B, Leidy K.

Como requisito parcial para la obtención del título de

MEDICO CIRUJANO

Barcelona, Octubre de 2010.

DEDICATORIA	viii
DEDICATORIA	ix
AGRADECIMIENTOS	x
AGRADECIMIENTOS	xi
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1. Objetivos	4
1.1. Objetivo General.....	4
1.2. Objetivos Específicos.....	4
2. Justificación	5
CAPITULO II	5
MARCO TEÓRICO.....	5
2. Diabetes Mellitus: Definición	5
2.1. Clasificación.....	5
2.2. Fisiopatología.....	7
2.3. Diabetes Gestacional: Definición.....	8
2.4. Fisiopatología.....	9
2.5. Prevalencia	10
2.6. Diagnóstico De Diabetes Gestacional.....	11
2.7. Criterios Diagnósticos	12

Tabla 1	12
Criterios diagnósticos para diabetes mellitus gestacional	12
2.8. Factores De Riesgo De Diabetes Gestacional.....	13
2.9. Conducta.....	14
2.10. Seguimiento	14
2.11. Monitoreo.....	14
2.11.1 Criterios de buen control metabólico.	15
2.11.2 Objetivos del manejo	16
2.11.3 Medidas para lograr un estricto control metabólico.	16
2.12 Educación de la gestante diabética.....	16
Alimentación de la gestante diabética	17
Ejercicio físico	17
2.13 Uso de insulina en la diabetes gestacional	18
2.14 Vigilancia de la salud fetal.....	18
2.15 Atención obstétrica adecuada.....	19
Cuidados Inmediatos Del Recién Nacido	19
Atención Materna En El Puerperio	19
2.16. Reclasificación metabólica de la madre después del parto	19
Glosario De Terminos	21
CAPITULO III	23
MARCO METODOLÓGICO	23
3.1. Tipo de Investigación.....	23

3.2. Población y Muestra.....	23
3.2.1. Población.....	23
3.2.2. Muestra.....	23
3.3. Tipo de Muestra	24
3.3.1. Criterios de inclusión	24
3.3.2. Criterios de exclusión	25
3.4. Tamaño de la Muestra.....	25
3.5. Instrumento de Recolección de Datos.....	25
3.5.1 Historia Clínica:.....	25
3.5.2 Ficha de recolección de datos:	26
3.6. Materiales y Métodos.....	26
3.7. Variables en Estudio	27
3.7.1. Variables independientes:	28
3.7.2. Variables dependientes:	28
3.8. Procedimiento estadístico para el análisis de datos.....	28
3.9. Actividades preparatorias.....	29
3.10. Cronograma de actividades	30
Tabla 2	30
3.11. Calendario de actividades	30
Tabla 3	30
CAPITULO IV.....	33
ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	33

Tabla 4.....	33
Edad de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.	33
Grafico 1	35
Edad de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.	35
Tabla 5.....	36
Grupo etario de gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional, durante el periodo Enero 2004-Diciembre 2008.....	36
Fuente: Datos elaborados por las autoras.....	36
Grafico 2	37
Grupo etario de gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.....	37
Tabla 6.....	38
Procedencia de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.....	38
Fuente: Datos elaborados por las autoras.....	38
Grafico 3	39
Procedencia de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.....	39

Tabla 7.....	40
Índice de masa corporal de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.	40
Fuente: Datos elaborados por las autoras.....	40
Grafico 4	41
Índice de masa corporal de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.	41
Tabla 8.....	42
Antecedentes familiares de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.	42
Fuente: Datos elaborados por las autoras.....	42
Grafica 5.....	43
Antecedentes familiares de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.	43
Tabla 9.....	44
Antecedentes personales de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.	44
Fuente: Datos elaborados por las autoras.....	44
Grafica 6.....	45

Antecedentes personales de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.	45
Tabla 10.....	46
Método para el diagnóstico de Diabetes Gestacional de las pacientes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia. Enero 2004-Diciembre 2008.....	46
Fuente: Datos elaborados por las autoras.....	46
Grafica 7.....	47
Método para el diagnóstico de Diabetes Gestacional de las pacientes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia. Enero 2004-Diciembre 2008.....	47
Tabla 11.....	48
Morbilidad anual de Diabetes Gestacional, Servicio de Ginecología y Obstetricia. Enero 2004-Diciembre 2008.	48
Fuente: Datos elaborados por las autoras.....	48
Grafica 8.....	49
Morbilidad anual de Diabetes Gestacional, Servicio de Ginecología y Obstetricia. Enero 2004-Diciembre 2008.	49
Tabla 12.....	50
Características generales de las pacientes con diagnóstico de Diabetes Gestacional, Servicio de Ginecología y Obstetricia. Enero 2004-Diciembre 2008.....	50
CAPITULO V	52

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
5.1. Conclusiones	52
5.2. Recomendaciones.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS	57
Anexo 1	57
Historia clínica del servicio de ginecología y obstetricia.....	57
Anexo 2	58
Ficha de recolección de datos	58

DEDICATORIA

A Dios que me diste la oportunidad de vivir y por protegerme.

A la mujer más importante en mi vida mi madre que me dio la vida, la que más ame y amare, mi fuerza, inspiración; a la que siempre me apoyo, la que nunca dejo de creer y tener fe en mí, al ser más bello, a la mejor mujer del mundo que está en el cielo, a mi mamá Aura Torrenegra, no me bastaran las palabras, las acciones o el tiempo, para agradecer por todos tus sacrificios y todo el amor y cariño que siempre me dio, y por eso doy gracias a Dios y a todo aquello sagrado creado por los hombres que seas tú quien eres. Te amo madre.

A mi padre, Carlos Hernández, eres el ser humano más talentoso, luchador y bueno que he conocido, por su comprensión y ayuda en momentos malos y menos malos. Me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me ha dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio gracias por ser mi amigo, estoy tan orgullosa, por todo lo que has logrado, parte de lo que soy te lo debo, gracias por ser mi padre, por estar vivo y por todo, este más que ser mi logro es tuyo, por eso te lo dedico.

A mi novio Ricardo Guldris por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, por ser tal y como es que me enseñó a recibir las cosas con amor y superación.

A todos aquellos que nunca dejaron de creer en mí.

Carla K, Hernández T.

DEDICATORIA

A Dios, por el camino recorrido....

A mis padres, por su amor y apoyo...

A mis hermanos... por su cariño y confianza...

A mis familiares; novio y amigos que sin esperar nada a cambio han puesto su granito de arena para ser lo que soy...

A la vida.... Por lo aprendido y lo vivido

Leidy Karina Navarro Bellorin

AGRADECIMIENTOS

A Dios nuestro padre celestial, por ayudarnos a forjar nuestro camino día a día y protegernos a cada instante.

A nuestros padres, por darnos la vida y brindarnos su apoyo incondicional a cada instante, por creer sin escuchar, por amarnos y ayudarnos sin nunca pedir nada a cambio; sin ustedes definitivamente no lo habiésemos logrado.

Al Dr.: Chopiter, por su valiosa y gran ayuda, sus oportunas correcciones y comentarios y su paciencia para con nosotros.

Al la Dra. Peña, por su excelente asesoría metodológica e incondicional colaboración.

A todo el personal del Hospital Universitario Dr.:”Luis Razetti”, por de una u otra forma brindarnos su ayuda y apoyo.

A la Universidad de Oriente, por ser la excelente casa de estudios que durante todos estos años nos ha permitido formarnos en esta loable carrera.

Carla K, Hernández T.

AGRADECIMIENTOS

"Agradezco este proyecto y toda mi carrera universitaria a Dios por ser quien ha estado a mi lado en todo momento dándome las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se me presenten.

Le agradezco a mi mamá Leidi Bellorin y mi papá Teodoro Navarro ya que gracias a ellos soy quien soy hoy en día, fueron los que me dieron ese cariño y calor humano necesario, son los que han velado por mi salud, mis estudios, mi educación, son a ellos a quien les debo todo, horas de consejos , de regaños, palabras de aliento y de alegrías de las cuales estoy muy segura que las han hecho con todo el amor del mundo para formarme como un ser integral y de las cuales me siento orgullosa.

A mis hermanos Verónica y Daniel los cuales han estado a mi lado, han compartido todos esos secretos y aventuras que solo se pueden vivir entre hermanos y que han estado siempre alerta ante cualquier problema que se me puedan presentar, prácticamente hemos vivido las mismas historias, los mismos pesares y las mismas alegrías, pero que me han demostrado un amor inigualable. A todos mis familiares: mis tías, tíos, primos, madrina Sabrina, abuela Nicha. Abuelos: Josefina; Esteban y Cosme, tía yola que se que me están cuidando desde el cielo, se que están orgullosos.

También les agradezco a mis amigos más cercanos, a esos amigos que siempre me han acompañado y con los cuales he contado desde que los conocí, Josefina, Mariana, Rodolfo viejos amigos que han estado conmigo en muchos momentos importantes de mi vida. Sara, Carmen Victoria, Yetzika y Launic que han vivido conmigo todas esas aventuras y durante nuestra estadía en la universidad de Oriente y sé que siempre he podido contar con ustedes.

A mi amiga y compañera en este proyecto Carla Hernández, que empezamos juntas este camino en el cual hemos vencido muchos obstáculos y al final hemos alcanzado parte de nuestro sueño con este proyecto.

A Luis Daniel Zabala mi novio y amigo muchas gracias por el apoyo incondicional que me has brindado, por todo este tiempo de completa alegría y triunfos gracias por todo amor.

Gracias a todas y cada una de las personas que participaron en la investigación realizada en especial a nuestro tutor Dr. Victor Chopite, ya que invirtieron su tiempo y conocimiento para ayudarnos a completar nuestro proyecto de tesis.

Por último, quiero agradecer a todas aquellas personas que sin esperar nada a cambio compartieron conversaciones; conocimiento y diversión. A todos aquellos que durante más de 7 años que duro este sueño lograron convertirlo en realidad”.

Leidy Karina Navarro Bellorin

INTRODUCCION

Según el Consenso Nacional de Diabetes la diabetes gestacional (DG) es definida como la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo, este término se aplica independientemente del requerimiento o no de tratamiento con insulina, o de que la alteración persista o no después del embarazo. No excluye tampoco la posibilidad de que la alteración metabólica reconocida haya o no estado presente antes del diagnóstico. Esta es considerada una entidad multifactorial en la que intervienen factores genéticos, inmunológicos, ambientales y hormonales; es una de las más comunes condiciones médicas que se presentan durante la gestación con importante repercusión no sólo sobre la madre y el feto, sino también en el recién nacido y en el entorno familiar de la gestante; asociándose a un importante aumento de la morbilidad y mortalidad materno-fetal tanto en el periodo perinatal como a largo plazo, además de constituir un factor importante de riesgo para la aparición de diabetes tipo 2 en la mujer lo que hace imperativo un control más estricto y la implementación de medidas para prevenir y ante todo identificar a la población en riesgo. (Pizzolante de Aguilera, I. y col. 2003)

Asimismo la prevalencia mundial puede variar entre 1% a 14% de todos los embarazos, dependiendo de la población estudiada, de los criterios diagnóstico utilizados y principales factores de riesgo asociados. En Venezuela, en un estudio prospectivo realizado en la Maternidad Concepción Palacios, con 3.070 gestantes (Febres, Zimmer y col.; 2000), se obtuvo una prevalencia de 2,71%, e incluso otros estudios con menor casuística han reportado cifras mayores comprendidas entre 2% y 4 %. De este estudio prospectivo se concluyó que la baja incidencia de DMG encontrada en nuestra población es menor que la reportada en Estados Unidos para blancos hispánicos y mexicanos y similar a la de los blancos de origen no hispánico; situación interesante que llama la atención y propone a la vez

estudiar los factores de riesgo establecidos por la “American Diabetes Association” (ADA) a toda la población latinoamericana en general, cuando esta aseveración pudiera ser sólo válida para los latinoamericanos residentes en Norte América y la población mexicana y no a una determinada población de pacientes (Febres, Zinder y col.; 2000).

Desde hace varios años la OMS y OPS reconocen la asociación entre obesidad materna y riesgo de diabetes gestacional, determinándose que las mujeres con índice de masa corporal de 35 o más tienen una probabilidad 5 a 6 veces mayor de desarrollar diabetes durante el embarazo, asociada a complicaciones adicionales que incluyen aborto espontáneo, muerte fetal, malformaciones congénitas, macrosomía, hipertensión inducida por el embarazo, mayor número de cesáreas, y un riesgo elevado de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 una vez finalizado el embarazo (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 2008).

Asimismo se han establecido otros factores de riesgo entre ellos: antecedentes familiares de DM tipo 2, antecedentes de diabetes gestacional, edad mayor de 25 años, antecedentes de recién nacidos macrosómicos, antecedentes de abortos a repetición, antecedentes de mortinatos, antecedentes de polihidramnios, presencia de glucosuria, glucemia en ayunas igual o mayor de 105 mg. /dl durante el presente embarazo, hipertensión arterial, antecedentes de dislipidemia, antecedentes de hiperinsulinemia, antecedentes de síndrome de ovario poliquístico, entre otros.

Sin embargo los factores que mayor importancia han tenido en diversos estudios son los antecedentes familiares de diabetes, la obesidad y edad de la paciente, por lo tanto la búsqueda sistemática y exhaustiva de factores de riesgo se ha difundido ampliamente en múltiples poblaciones de gestantes en países desarrollados y en vías de desarrollo, ya que es una buena herramienta para delimitar a las poblaciones en riesgo y por ende promover la realización de un

diagnóstico oportuno, establecer el posterior control metabólico lo que indiscutiblemente disminuirá la mayor parte de las complicaciones.

Considerando entonces que la diabetes gestacional es una entidad en aumento, con importantes complicaciones, y con una prevalencia e incidencia elevada pero desconocida en nuestro medio y asociada a diversos factores de riesgo, se plantea la interrogante de ¿Cuál es la morbilidad de Diabetes Gestacional en relación con obesidad en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr.: Luís Razetti de Barcelona. Enero 2004-Diciembre 2008?

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Objetivos

1.1. Objetivo General

Determinar la morbilidad de Diabetes Gestacional en relación con obesidad en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr.: “Luís Razetti” de Barcelona. Enero 2004- Diciembre 2008.

1.2. Objetivos Específicos

1.2.1- Analizar la morbilidad de Diabetes Gestacional en relación con obesidad en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr.: “Luís Razetti” de Barcelona. Enero 2004- Diciembre 2008.

1.2.2.- Identificar los diversos factores de riesgo asociados a Diabetes Gestacional en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr.: “Luís Razetti” de Barcelona, Enero 2004 - Diciembre 2008.

1.2.3.- Delimitar a las poblaciones en riesgo para Diabetes Gestacional de acuerdo a los principales factores de riesgo establecidos.

1.2.4. Caracterizar de acuerdo a las diversas variables del estudio a las pacientes con Diabetes Gestacional que hayan sido atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr.: “Luís Razetti” de Barcelona, Enero 2004 - Diciembre 2008.

1.2.5.- Resaltar la importancia de la identificación de los factores de riesgo para Diabetes Gestacional en nuestro medio que permita la detección oportuna de la entidad y la intervención terapéutica adecuada.

2. Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (2008) por ser el embarazo uno de los períodos de mayor vulnerabilidad nutricional, condiciones como la obesidad o sobrepeso influirán en forma significativa en la evolución del embarazo, parto y recién nacido, condicionando en la mayoría de los casos una importante complicación como es la aparición de Diabetes Gestacional, en vista que en nuestro medio hospitalario no hay estudios que aborden el tema desde esta perspectiva y la creciente importancia de la obesidad como factor de riesgo determinante, sumado a que la incidencia de diabetes gestacional varía de acuerdo a muchos autores, obedeciendo estas variaciones a razones como: diferencias en la metodología y los criterios de diagnóstico utilizados, factores de riesgo de la población de embarazadas estudiadas y subdiagnóstico en los países en vías de desarrollo por la falta de identificación de las pacientes.

Por ende ante la falta de datos recientes de la incidencia real de Diabetes Gestacional y su relación con obesidad, se hace necesario realizar una investigación de tipo, epidemiológico, transversal, unicéntrico y retrospectivo, a través de la cual se podrán obtener los datos fidedignos, para de esta manera identificar y ayudar a la población en riesgo o afectada y poder conseguir un óptimo desarrollo del embarazo, con el menor número de complicaciones posibles y efectos deletéreos materno – fetales de la Diabetes Gestacional.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2. Diabetes Mellitus: Definición

Es un desorden metabólico con etiología multifactorial, caracterizado por una hiperglucemia crónica debida a la resistencia periférica a la insulina, disfunción secretora de esta hormona o ambas, lo cual produce alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas y, en un plazo variable, lesiones macro y micro vasculares, especialmente en ojos, riñón, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

2.1. Clasificación

I.- Diabetes tipo 1.

a. Autoinmune.

b. Idiopática.

II.- Diabetes tipo 2

III- Otros tipos de diabetes.

a.- Defectos genéticos de la función de la célula beta.

b.- Defectos genéticos en la acción de la insulina.

c.- Enfermedades del páncreas exocrino.

d.- Endocrinopatías.

e.- Diabetes inducida por drogas o sustancias químicas.

f.- Infecciones.

g.- Formas infrecuentes de diabetes autoinmune.

h.- Otros síndromes genéticos, algunas veces asociados con diabetes.

IV.- Diabetes gestacional.

2.2. Fisiopatología

Es necesario entender los principios fisiopatológicos básicos para un correcto manejo de la patología. La DM es un complejo trastorno metabólico en el que coexisten una disminución de la secreción pancreática de insulina y una disminución de su acción biológica (insulinorresistencia), en los tejidos muscular, hepático y adiposo. Esto está determinado genéticamente (se puede detectar en familiares de primer grado de diabéticos tipo 2, aún cuando están en etapa de normogluemia) y es agravado por factores ambientales tales como la obesidad, el sedentarismo, la dieta hipercalórica, rica en grasas saturadas e hidratos de carbono simples y pobre en fibras y la edad.

La situación de insulino-resistencia lleva a la necesidad de mayores cantidades de insulina para lograr sus efectos metabólicos. Inicialmente la célula beta pancreática compensa esta insulino-resistencia mediante una mayor secreción de insulina, con lo cual se conserva el estado de normogluemia, pero esta situación no está exenta de efectos deletéreos, pues incrementa marcadamente el riesgo de eventos cardiovasculares. Los individuos que presentan este fenómeno

tienen lo que actualmente conocemos como síndrome metabólico, (obesidad central, hipertensión arterial, HDL-C disminuido, triglicéridos elevados, glucemia elevada). Además la secreción de insulina aumentada no puede mantenerse en el tiempo, por lo que finalmente se llega a un estado de hiperglucemia.

Cuando la enfermedad progresa, la secreción de insulina disminuye gradualmente, lo que resulta en hiperglucemia. Esta hiperglucemia primero se evidencia en el estado post prandial, debido que el músculo esquelético es el principal destino de los carbohidratos ingeridos. Cuando la secreción de insulina disminuye aún más, la producción hepática de glucosa, normalmente inhibida por la insulina, se incrementa. Este es el elemento fisiopatológico principal que mantiene la glucemia elevada en ayunas. Sumado a estos fenómenos, la hiperglucemia tiene un efecto perjudicial por sí mismo, disminuyendo la secreción pancreática de insulina y reduciendo la sensibilidad a la misma (fenómeno denominado glucotoxicidad).

A nivel del adipocito, la resistencia a la acción de la insulina lleva a un incremento de la lipólisis y a un aumento de los ácidos grasos libres circulantes. Estos ácidos grasos libres reducen la respuesta de la célula muscular a la insulina, empeoran la secreción pancreática y aumentan la producción hepática de glucosa, lo que se conoce como lipotoxicidad.

Así la DM tipo 2 resulta de la coexistencia de alteraciones en diversos tejidos: resistencia a la acción de la insulina a nivel muscular, insuficiente secreción pancreática de insulina, producción hepática de glucosa no suprimida y finalmente un defecto en la acción de la insulina en el tejido graso. Cada una de estas alteraciones es un blanco para el tratamiento farmacológico

2.3. Diabetes Gestacional: Definición

La diabetes gestacional es toda intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable que se inicia o se reconoce por primera vez durante el

embarazo. Este término se aplica independientemente del requerimiento o no de tratamiento con insulina, o de que la alteración persista o no después del embarazo. No excluye tampoco la posibilidad de que la alteración metabólica reconocida haya o no estado presente antes del diagnóstico.

La importancia de la diabetes gestacional no sólo se limita al reconocido efecto deletéreo sobre la embarazada y su producto, sino que constituye un importante factor de riesgo para la aparición de diabetes tipo 2 en la mujer, que hace imperativo un control más cercano y la implementación de medidas para prevenir o retardar la aparición de esta enfermedad (1).

2.4. Fisiopatología

La diabetes gestacional (DG) es una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono de gravedad variable, que se manifiesta por primera vez durante el embarazo, (Metzger D y col., 1991). Su prevalencia varía de 0.15% a 15%, según la región, los grupos étnicos y sociales. Durante la gestación normal, ocurren cambios hormonales y metabólicos en respuesta al aumento de la demanda de nutrientes del feto y de la madre. Dichos cambios incluyen el incremento secuencial del nivel circulante de hormonas, tales como los estrógenos, la prolactina, el lactógeno placentario, la progesterona y el cortisol, que generan un estado de insulinoresistencia(Ryan E y col.,1993). En conjunto, estos cambios hormonales y metabólicos están orquestados para modificar la homeostasis, promoviendo la producción de glucosa materna y la disminución de su utilización por los tejidos, permitiendo de esta manera una mayor provisión de glucosa al feto. La insulinoresistencia mencionada induce un aumento de la demanda de secreción de insulina y por lo tanto una mayor carga de trabajo para las células beta maternas (Ryan E Sullivan, 1993).

Si existe una disminución de la capacidad secretora de dichas células en la madre, no se podrá compensar el estado de insulinoresistencia y se desarrollará DG, (Buchanan T, Ryan E y col., 1995)

La hiperglucemia materna que es tóxica para el feto desencadena un aumento de la secreción de insulina fetal (Pedersen, 2007). El estado hiperinsulinémico del feto es responsable de las complicaciones obstétricas y del recién nacido que acompañan a la DG8-12. Las primeras se ven reflejadas en el aumento de los índices de cesáreas, mientras que las segundas influyen de manera significativa sobre la mortalidad infantil.

Luego del parto, las mujeres que presentaron DG tienen mayor riesgo de desarrollar posteriormente diabetes tipo 2. Por otro lado, el recién nacido aumenta su riesgo de desarrollar diabetes y obesidad en la vida adulta (Silverman B, Van A y col., 1991). El riesgo de desarrollar DG se incrementa significativamente en ciertos subgrupos con características tales como historia familiar de diabetes tipo 2, obesidad y edad > 30 años (Salzberg S y col. 2003)

Todas estas condiciones se asocian con la resistencia a la acción de la insulina. A estos factores de riesgo se le suman el antecedente de DG previa y antecedentes de complicaciones obstétricas, tales como muerte intra útero (Metzger D y col., 1991).

2.5. Prevalencia

La prevalencia mundial puede variar entre 1% y 14% de todos los embarazos, dependiendo de la población estudiada y de los criterios de diagnóstico utilizados. En Venezuela, en un estudio prospectivo realizado en la Maternidad Concepción Palacios, con 3.070 gestantes (Febres, Zimmer y col.; 2000), se obtuvo una prevalencia de 2,71%. Otros estudios con menor casuística han reportado cifras comprendidas entre 2% y 4 %. De este estudio prospectivo se concluyó que la baja incidencia de DMG encontrada en nuestra población es menor que la reportada en Estados Unidos para blancos hispanicos y mexicanos y similar a la de los blancos de origen no hispanico; por lo cual se hace necesario redefinir el alto riesgo que atribuye la “American Diabetes Association” (ADA) a toda la población latinoamericana en general, cuando esta aseveración pudiera ser sólo

válida para los latinoamericanos residentes en Norte América y la población mexicana.

2.6. Diagnóstico De Diabetes Gestacional

Consideramos apropiado seguir los criterios actualmente aceptados por la OMS, por ser más sencillos y para unificarlo con otros países. Estos criterios han sido también aceptados por la “Asociación Latino Americana de Diabetes” (ALAD) en su reunión de consenso en 1997.

El éxito del tratamiento de la diabetes durante el embarazo depende del diagnóstico precoz, con el fin de que la paciente y su producto se puedan beneficiar de una conducta terapéutica y un seguimiento adecuado.

En la primera consulta prenatal es necesario evaluar todos los factores de riesgo de diabetes gestacional y medir la glucemia en ayunas. Si la determinación de la glucemia basal es igual o mayor de 105 mg/dl y se repite en ausencia de tratamiento, puede considerarse diagnóstico y se puede o no recomendar realizar la PTOG. Con niveles menores de 105 mg/dl se debe hacer la PTOG usando una carga oral de 75 g de glucosa a toda embarazada entre las semanas 24 y 28 (preferiblemente en la semana 24), realizando mediciones en ayunas y dos horas post carga.

La determinación de la glucemia a las 2 horas post carga, es más sensible y es determinante para el diagnóstico y el tratamiento, por lo que para realizar la pesquisa se puede seleccionar una sola determinación de glucemia a las 2 horas, después ingerir los 75g de glucosa. El uso de alimentos como estímulo, para luego medir la glucemia post-pandrial, aunque aumenta la sensibilidad, no está suficientemente estandarizado para usarlo como diagnóstico preciso de DMG.

Los resultados para el diagnóstico de DMG, se interpretarán de la siguiente manera: glucemia en ayunas en dos oportunidades igual o mayor de 105 mg/dl (5,9 nmol/l) en cualquier momento del embarazo o glucemia dos horas post carga igual o mayor de 140 mg/dl (7,8 nmol/l).

2.7. Criterios Diagnósticos

Investigación de alteraciones en la glucemia durante el embarazo, utilizando plasma o suero venoso y determinación de la glucemia con métodos convencionales de laboratorio clínico.

Tabla 1

Criterios diagnósticos para diabetes mellitus gestacional

Valores normales	Diabetes mellitus gestacional
En ayuna: menor a 105 mg. /dl.	En ayuna: Mayor de 105 mg. /dl.
2 horas post carga: menor de 140 mg. /dl.	2 horas post carga: Mayor de 140 mg. /dl.

Si el resultado después de las 24 semanas está dentro de valores normales, pero existen factores de riesgo, la prueba debe repetirse a la semana 32 de embarazo.

Por el trabajo prospectivo que se ha venido realizando en la “Maternidad Concepción Palacios” y debido al seguimiento realizado a estas pacientes por más de 8 años después del alumbramiento, Febres, Zimmer y col., sugieren usar de nuevo el término propuesto anteriormente por la OMS, similar al que se utiliza en ausencia de embarazo: “Intolerancia Gestacional a la glucosa (IGG)”, debido a

que las embarazadas que respondieron a las 2 horas con cifras de glucemia de 140 a 199 mg/dl, después de la sobre carga, tuvieron un pronóstico significativamente mejor que el grupo cuya respuesta fue igual o mayor de 200 mg/dl, el cual se usó anteriormente como “Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). Este primer grupo (IGG) debe considerarse siempre como una diabetes gestacional de mejor pronóstico, debido a que la mayoría se puede controlar con dieta y medidas no farmacológicas durante el embarazo, y a que menos de 7% desarrolló diabetes mellitus tipo 2 a los 5 años de seguimiento, a diferencia del grupo cuya respuesta a las 2 horas fue igual o mayor de 200 mg/dl, en el que la mayoría requirió insulino terapia durante el embarazo y más de 45 % presentó DM tipo 2 a los 5 años de seguimiento post alumbramiento.

2.8. Factores De Riesgo De Diabetes Gestacional

- a) Obesidad o sobrepeso.
- b) Antecedentes familiares de DM tipo 2
- c) Antecedentes de diabetes gestacional
- d) Edad mayor de 25 años.
- e) Antecedentes de recién nacidos macrosómicos (4 Kg o más)
- f) Antecedentes de abortos repetidos
- g) Antecedentes de mortinatos o recién nacidos fallecidos en la primera semana.
- h) Antecedentes de polihidramnios.
- i) Presencia de glucosuria.
- j) Glucemia en ayunas igual o mayor de 105 mg/dl durante el presente embarazo.
- k) Hipertensión arterial.
- l) Antecedentes de dislipidemia.

- m) Antecedentes de hiperinsulinemia.
- n) Antecedentes de síndrome de ovario poliquístico.
- ñ) Acantosis nigricans.
- o) Uso de fármacos hiperglucemiantes.

Los factores de riesgo de mayor importancia son los antecedentes familiares en primer grado de diabetes, obesidad y edad de la paciente, particularmente aquéllas embarazadas mayores de 30 años de edad.

2.9. Conducta

Una vez establecido el diagnóstico, la paciente debe ser atendida, de ser posible, por un equipo interdisciplinario, integrado por un médico endocrinólogo o internista, con entrenamiento en diabetes mellitus, un obstetra, un perinatólogo, un pediatra, preferiblemente neonatólogo, un nutricionista y una enfermera con experiencia en atención y educación en diabetes mellitus, quienes evaluarán a la paciente semanalmente, haciendo hincapié en la tensión arterial, presencia de edemas, variación ponderal y análisis de los resultados del monitoreo.

2.10. Seguimiento

Seguimiento médico cada 15 días hasta la semana 32 y luego semanalmente, siempre que no existan complicaciones que requieran controles más frecuentes. Control obstétrico quincenal hasta la semana 28 y luego semanalmente como consulta de alto riesgo.

2.11. Monitoreo

- Glucemias capilares en ayunas y dos horas después de las comidas: dos a cuatro días por semana (8 a 12 veces por semana).

- Glucemias plasmáticas en ayunas y dos horas después del almuerzo: una vez a la semana.
- Cetonuria: en ayunas, interdiaria y cada vez que la glucemia capilar sea igual o mayor de 200 mg/dl
- Determinación de hemoglobina glucosilada A1c al momento del diagnóstico y al final del embarazo.
- Urocultivo al momento del diagnóstico y al final del embarazo.

Nota: La glucosuria carece de utilidad durante el embarazo.

2.11.1 Criterios de buen control metabólico.

- 1) Glucemia en ayunas menor de 105 mg/dl en suero y menor de 95 mg/dl en sangre capilar.
- 2) Glucemia 2 horas después de las comidas menor de 120 mg/dl en suero y menor de 110 mg/dl en sangre capilar.
- 3) Cetonuria negativa.
- 4) Hemoglobina Glucosilada A1c, menor de 7.
- 5) Ganancia de peso adecuada.

Es necesario tomar en cuenta que la hemoglobina glucosilada A1 (total), presenta un mayor grado de variabilidad y muchas veces no se correlaciona adecuadamente con el grado de control metabólico, por lo que, en lo posible, recomendamos el uso de hemoglobina A1c. Siempre hay que tener en cuenta que este parámetro refleja el promedio de glucosa que ha tenido el paciente durante los últimos 120 días.

La fructosamina que determina el grado de glucosilación de albúmina y otras proteínas circulantes, refleja el promedio de glucosa de los últimos 21 días y, cuando está disponible, es de gran utilidad en el seguimiento de la embarazada por

ser un parámetro que cambia más rápidamente que la hemoglobina glucosilada. Deben utilizarse los valores de referencia del laboratorio que realiza el examen.

2.11.2 Objetivos del manejo

- Mantener un estricto control metabólico.
- Vigilancia de la salud fetal.

Atención obstétrica adecuada.

- Cuidados inmediatos del recién nacido.

2.11.3 Medidas para lograr un estricto control metabólico.

Se requieren las siguientes medidas terapéuticas desde el momento del diagnóstico:

- Educación.
- Plan de alimentación.
- Actividad física.
- Supresión del tabaquismo.
- Insulina, cuando sea necesario.
- Apoyo psicológico.

2.12 Educación de la gestante diabética

Sin educación no es posible que se cumplan las demás medidas terapéuticas. Es imperativo impartir conocimientos generales sobre la DM y sus consecuencias durante la gestación y entrenar a estas pacientes para la determinación de la glucemia capilar, cetonuria, preparación y selección de alimentos, prueba de movimientos fetales y uso de mezclas y administración de insulina cuando sea necesario. Posibilidad de desarrollar diabetes en el futuro y medidas preventivas.

Alimentación de la gestante diabética

La alimentación óptima es la que proporciona, en forma individualizada, las calorías y nutrientes necesarios para la óptima salud de la madre y el feto, ésta conlleva a la normoglucemia, previene la cetosis y permite una ganancia de peso adecuada. Desde el punto de vista práctico, usamos el índice de masa corporal (IMC) antes del embarazo para el cálculo de las calorías:

- Mujeres obesas (IMC mayor de 30): 20 kcal/kg peso actual/día; ganancia de peso igual o discretamente mayor de 7 Kg.
- Mujeres con sobrepeso (IMC entre 25 y 29,9): 25 kcal/ kg peso actual/día; ganancia de peso de 7 a 11 Kg.
- Mujeres con peso normal (IMC entre 20 y 24,9): 30 kcal/kg peso actual/día; ganancia de peso de 11 a 15 Kg.
- Mujeres con bajo peso (IMC menor de 20): 35 a 40 kcal/kg peso actual/ día; ganancia de peso de 12 a 16 Kg.

Contenido adecuado en los alimentos: Carbohidratos 50%, abundantes en fibra (preferiblemente provenientes de granos, frutas y vegetales frescos), leche y productos lácteos bajos en grasas; proteínas 20 %; grasas (predominantemente no saturadas) 30 %. No deben usarse dietas inferiores a 1500 Kcal, ni menos de 160 g/día de carbohidratos para evitar la cetosis. Se sugiere distribuir la alimentación durante el día en 3 comidas moderadas a pequeñas y 2 a 4 meriendas para evitar la cetosis y las elevaciones post-pandriales inadecuadas de la glucemia. El consumo total de calorías y el sedentarismo parecen ser los factores más importantes.

Ejercicio físico

Debe ser siempre moderado, que no cause estrés fetal, contracciones uterinas o hipertensión materna. Debe ser supervisado por el equipo de salud. Se recomienda siempre realizar ejercicios aeróbicos moderados como caminar o,

mejor aún, un ejercicio con los brazos en posición sentada o con la parte superior del cuerpo, los cuales son seguros y facilitan el mantenimiento de la euglucemia.

2.13 Uso de insulina en la diabetes gestacional

Está indicada cuando, a pesar de las medidas dietéticas, persisten niveles de glucemia mayores a los deseados durante dos semanas. Comenzar con dos inyecciones diarias de una mezcla de acción intermedia y de acción rápida, 30 minutos antes del desayuno y de la cena. Si el control metabólico no es adecuado, utilizar esquemas de tres o cuatro inyecciones al día.

De acuerdo a experiencias recientes, parece prometedor el uso de análogos de insulina tipo LisPro en diabetes gestacional. Sin embargo, su uso no ha sido aprobado oficialmente.

No se recomienda el uso formal de hipoglucemiantes orales, a pesar de la existencia de una publicación reciente en la que no se reportaron efectos deletéreos. En algunos casos de pacientes con abortos a repetición y resistencia a la insulina, algunos estudios reportaron resultados satisfactorios continuando el metformina durante el embarazo, sin embargo faltan evidencias clínicas para incorporarlo como pauta terapéutica definitiva.

2.14 Vigilancia de la salud fetal

- Estricto control médico y obstétrico
- Ecosonogramas periódicos.
- Eco-doppler fetal: especialmente en casos complicados (hipertensión crónica, oligoamnios, RCIU, antecedentes de mortinato, etc.)
- Eco-cardiografía: preferiblemente con DG diagnosticada en el primer trimestre.
- Auto monitoreo de movimientos fetales, 1 hora después del almuerzo y de la cena a partir de la semana 28, durante 30 minutos.

- Perfil biofísico.

2.15 Atención obstétrica adecuada.

- Inducción de la madurez pulmonar fetal a las 32 semanas, con fármacos no esteroideos, bromexina, si el médico lo considera necesario.

- Alumbramiento vaginal o por cesárea a las 38 – 39 semanas, dependiendo de las condiciones de cada caso.

Cuidados Inmediatos Del Recién Nacido

Dirigidos a detectar y tratar las complicaciones neonatales, las cuales frecuentemente son:

- 1) Macrosomía fetal.
- 2) Alteraciones metabólicas: hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, hipomagnesemia.
- 3) Síndrome de dificultad respiratoria
- 4) Policitemia.

Atención Materna En El Puerperio

- Recomendar la lactancia.
- Mantener una dieta adecuada no menor de 1800 calorías.
- Omitir la terapia con insulina, si está indicada.

2.16. Reclasificación metabólica de la madre después del parto

- a) Medir la glucemia en ayunas entre las 6 y 12 semanas siguientes al parto, para determinar si reúne o no los criterios de diagnóstico de diabetes tipo 2.

Si son menores de 126 mg/dl, está indicada la PTOG con carga oral de 75 g de glucosa al terminar la lactancia, luego medir la glucemia anualmente.

b) Educación para la prevención de la diabetes mellitus tipo 2, por tratarse de una paciente de alto riesgo.

c) Discutir métodos de planificación familiar (anticoncepción).

d) Tener en cuenta que la recurrencia de DG en futuros embarazos varía de 30 a 50 %.

Es necesario recomendar siempre modificaciones en el estilo de vida que contribuyan a prevenir o reducir la ganancia de peso, así como el incremento de la actividad física después del embarazo, lo cual puede reducir o retardar el riesgo de diabetes.

Glosario De Terminos

Acantosis nigricans: proceso caracterizado por engrosamiento cutáneo e hiperpigmentación pardo-grisácea en forma de placas generalmente simétricas y con preferencia topográfica por los pliegues y caras de flexión de extremidades.

Curva de tolerancia oral a la glucosa: Prueba que consiste en la medición de la glicemia, dos horas después de dar una carga oral de 75 gr de glucosa.

Diabetes gestacional: intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Este término se aplica independientemente del requerimiento o no de tratamiento con insulina, o de que la alteración persista o no después del embarazo. No excluye tampoco la posibilidad de que la alteración metabólica reconocida haya o no estado presente antes del diagnóstico.

Dislipidemia: Conjunto de enfermedades asintomáticas que tienen en común el ser causa de concentraciones anormales de lipoproteínas sanguíneas.

Hiperinsulinemia Elevación del nivel circulante de insulina. Puede producirse como consecuencia de la secreción autónoma de las células del páncreas, o secundariamente a alteraciones en el vaciamiento gástrico o a la insulinoresistencia de los tejidos periféricos, como tiene lugar en la obesidad o en la acantosis nigricans.

Índice de masa corporal: medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. Se determina dividiendo el peso de la persona en kilogramos por la altura en metros cuadrados (peso en kg/altura² en metros).

Obesidad: La obesidad, es por definición, un exceso de grasa corporal que se genera cuando el ingreso energético ³/₄el alimentario³/₄ es superior al gasto energético ³/₄determinado principalmente por la actividad física³/₄ durante un período suficientemente largo. Este desequilibrio se ve influenciado por la compleja interacción de factores genéticos, conductuales y del ambiente físico y social.

Síndrome metabólico: conjunto de factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular, caracterizado por la presencia de resistencia a la insulina e hiperinsulinismo compensador asociados con trastornos del metabolismo de los carbohidratos y lípidos, cifras elevadas de presión arterial, y obesidad.

Sobrepeso: es el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla, sin embargo un exceso de peso, no siempre indica un exceso de grasa, ya que puede ser resultado de exceso de masa ósea, músculo o fluidos.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

Se realizó un estudio de tipo **Epidemiológico**, definido por Romero y Faure (1999) como: “aquel que estudia grandes grupos de pacientes para conocer la frecuencia y distribución de las enfermedades y sus relaciones con otros factores”; **Transversal**, puesto que se examinaron las características de una determinada población de pacientes en un determinado periodo de tiempo y espacio, **Unicéntrico**, ya que fueron evaluados registros médicos de pacientes de una sola institución asistencial y de diseño **Retrospectivo** el cual es definido como “aquel que recolecta y analiza información que se produjo con anterioridad, con la ayuda de expedientes clínicos u otros documentos”, con la ventaja de permitir obtener información en forma sencilla, rápida y económica.

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población: Según Alcaida, A. (1979). “Cualquier conjunto de elementos de los que se quiere conocer o investigar alguna o algunas de sus características”, representada por las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr.: Luís Razetti de Barcelona, Enero 2004 - Diciembre 2008.

3.2.2. Muestra: Según Balestrini (2002) “Parte de la población, es decir, un número de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de

los cuales es un elemento del universo, obtenida con el fin de investigar, a partir del conocimiento de sus características particulares, las propiedades de una población ´´, representada por el conjunto de pacientes con diagnóstico de Diabetes Gestacional atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr.: Luís Razetti de Barcelona, Enero 2004 - Diciembre 2008.

3.3. Tipo de Muestra

Se utilizó una muestra no probabilística, el cual es un procedimiento de selección informal, en donde la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o investigadores ´´, con la ventaja de que requiere no tanto una representatividad de elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características específicas (criterios de inclusión y exclusión), que se adapten a los objetivos y alcances del trabajo.

3.3.1. Criterios de inclusión

Pacientes que hayan ingresado al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional, durante el periodo Enero 2004-Diciembre 2008.

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Gestacional confirmada por elementos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio.

Con o sin patología clínica concomitante.

Con o sin tratamiento médico.

Pacientes obesas (IMC: ≥ 30) o no.

3.3.2. Criterios de exclusión

Pacientes sin diagnóstico de Diabetes Gestacional confirmada por elementos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio.

3.4. Tamaño de la Muestra

Por ser una muestra no probabilística el tamaño de la misma se consideró tomando en cuenta el número de pacientes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional, durante el periodo Enero 2004 -Diciembre 2008.

3.5. Instrumento de Recolección de Datos

3.5.1 Historia Clínica: Documento médico-legal, elaborado por el médico, donde se encuentran en forma ordenada, clara, precisa y detallada los datos y conocimientos actuales del paciente, relacionados con el proceso morboso. En esta investigación la historia clínica permitirá la extracción de los datos de cada paciente, antecedentes personales y familiares, antecedentes obstétricos, comorbilidades, IMC, y cualquier otro dato que pueda aportar información para la realización del trabajo de investigación.

3.5.2 Ficha de recolección de datos: Se elaboró una ficha de recolección de datos para vaciar la información que fue extraída de la historia de cada paciente incluida en el estudio, entre estos datos se encontraran:

-Número de historia clínica.

-Apellidos y nombres de la paciente

-Edad

-Procedencia

-Antecedentes familiares de diabetes mellitus e hipertensión arterial

-Antecedentes personales de diabetes tipo 1 ó 2, hipertensión arterial, preclampsia, diabetes gestacional, nefropatía, cardiopatías, alteraciones metabólicas.

-Antecedentes obstétricos: gestas previas, abortos, cesáreas, partos vaginales, nacidos vivos.

-Peso, talla, IMC.

-Método para confirmar diagnóstico de Diabetes Gestacional.

-Otras patologías concomitantes o comorbilidades.

3.6. Materiales y Métodos

Se trabajo en el Departamento de Archivos Médicos, con los registros médicos de las pacientes con diagnóstico de Diabetes Gestacional que ingresaron al

Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional, durante el periodo Enero 2004-Diciembre 2008.

La obtención de la información se realizó mediante los instrumentos descritos previamente, los cuales se aplicaron a la muestra elegida.

3.7. Variables en Estudio

Una **variable** es definida Según Hernández, Fernández y Baptista (1998) como “ una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible a medirse ”, es decir estas representan los elementos factores o términos que pueden asumir diferentes valores cada vez que son examinados o que reflejan distintas manifestaciones según sea el contexto en el que se presentan.

En un grupo de elementos se denomina **variables independientes**, “ a las inherentes al elemento en estudio, o a las que el investigador modifica intencionalmente, los cambios en estas producen efectos a otras variables llamadas **variables dependientes**.”.

Numerosos estudios afirman que la Diabetes Gestacional es una entidad multifactorial en la que intervienen factores genéticos, inmunológicos, ambientales y hormonales, estableciéndose también diversos factores de riesgo entre ellos: antecedentes familiares de DM tipo 1 y 2, antecedentes de diabetes gestacional, edad, antecedentes de recién nacidos macrosómicos, antecedentes de abortos a repetición, antecedentes de mortinatos, antecedentes de polihidramnios, presencia de glucosuria, glucemia en ayunas igual o mayor de 105 mg. /dl durante

el presente embarazo, hipertensión arterial, antecedentes de dislipidemia, antecedentes de hiperinsulinemia, antecedentes de síndrome de ovario poliquístico, entre otros, de tal manera que surge la necesidad de estudiar las variables consideradas más importantes, para determinar la relación de estas, su valor predictivo, e importancia.

3.7.1. Variables independientes:

- Diabetes Gestacional
- Obesidad

3.7.2. Variables dependientes:

- Edad
- IMC
- Antecedentes familiares de diabetes mellitus e hipertensión arterial
- Antecedentes personales de diabetes tipo 1 ó 2, hipertensión arterial, preclampsia, diabetes gestacional, nefropatía, cardiopatías, alteraciones metabólicas.
- Antecedentes obstétricos: gestas previas, abortos, cesáreas, partos vaginales, nacidos vivos.
- Otras patologías concomitantes o comorbilidades.

3.8. Procedimiento estadístico para el análisis de datos

Recolección, ordenación y computación de los datos: Se procedió a recolectar la información de los registros médicos correspondiente de cada sujeto

muestral en el departamento de historias médicas, con los instrumentos de recolección de datos previamente descritos, la información recopilada se vació y ordeno en una matriz de datos, para acceder a la información de forma rápida y facilitar el procesamiento de los mismos.

Clasificación y tabulación de los datos: El segundo paso en el procesamiento de datos fue la clasificación y el análisis de los mismos, determinando relación, importancia y valor de cada una de las variables estudiadas.

Procesamiento de los datos: Posterior análisis de los datos se emplearon el uso de escalas cuantitativas y cualitativas, que permitió clasificar y distribuir los individuos de la muestra de acuerdo a ciertas características que le son comunes.

Interpretación y presentación de los datos: Este proceso tuvo como fin el de reducir los datos de una manera comprensible, para su interpretación y presentación; en el caso de la investigación tablas de propósitos generales y específicos con sus respectivas gráficas, de presentación tabular, que se adapta a las escalas antes mencionadas.

3.9. Actividades preparatorias

La investigación fue realizada en el Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti", de Barcelona, en el área de archivos médicos, realizando un registro y

recolección de datos de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de Diabetes Gestacional que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional, durante el periodo Enero 2004-Diciembre 2008, el estudio fue realizado por las bachilleres: Hernández, Carla y Navarro Leidy, con el asesoramiento académico del Dr.: Víctor Chopite, Médico Gineco-obstetra y docente de la Universidad de Oriente y el asesoramiento metodológico de la Dra.: Sara Peña.

3.10. Cronograma de actividades

Tabla 2

Día	Hora	Actividad a realizar
Lunes a Jueves	2:00 a 5:00 pm.	Revisión y recolección de datos en el Departamento de Archivos Médicos.
Lunes	12:00 a 1:00 pm.	Reunión con profesor asesor Dr.: Víctor Chopite.
Viernes	2:00 a 5:00 pm.	Reunión de las tesistas.

3.11. Calendario de actividades

Tabla 3

FECHA	ACTIVIDADES
11-01-2010	Estructuración del grupo
	Selección del tema
18-01-2010	Revisión bibliográfica I
25-01-2010	Revisión bibliográfica II
01-02-2010 al 19-02-2010	Estructuración del anteproyecto. Elección del Asesor Académico.
26-02-2010	Entrega del anteproyecto al Asesor Académico
01-03-2010 al 12-03-2010	Correcciones del anteproyecto
22-03-2010	Entrega de anteproyecto a la Comisión de Trabajo de Grado.

01-04-2010 al 31-07-2010 Recolección de datos en el Departamento de Archivos Médicos.

01-08-2010 al 31-08-2010 Análisis y tabulación de datos

CAPITULO IV

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla 4

Edad de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.

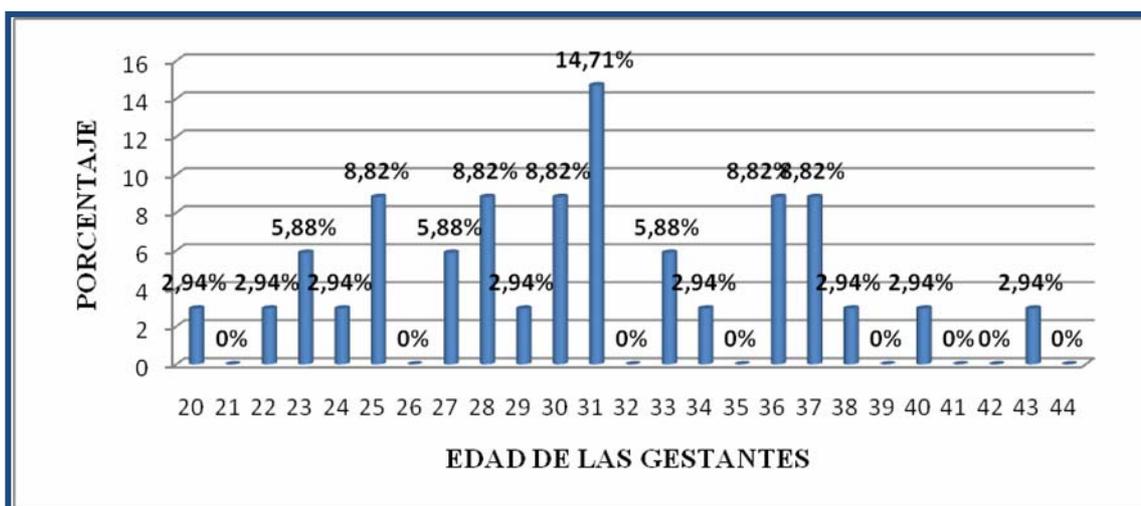
EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
20	1	2,94
21	0	0,00
22	1	2,94
23	2	5,88
24	1	2,94
25	3	8,82
26	0	0,00
27	2	5,88
28	3	8,82
29	1	2,94
30	3	8,82
31	5	14,71
32	0	0,00
33	2	5,88
34	1	2,94

35	0	0,00
36	3	8,82
37	3	8,82
38	1	2,94
39	0	0,00
40	1	2,94
41	0	0,00
42	0	0,00
43	1	2,94
44	0	0,00
TOTAL	34	100,00

Fuente: Datos elaborados por las autoras.

Grafico 1

Edad de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.



ANALISIS DE LOS RESULTADOS: Con respecto a la edad de las gestantes que integraron la muestra, los grupos más representativos fueron, 31 años con un 14.71%, seguido por los grupos de 25, 28, 36 y 37 años con 8.82% respectivamente, lo cual indica que en nuestro medio, la diabetes gestacional generalmente suele aparecer luego de los 25 años de edad, y que su incidencia incrementa en relación directamente proporcional a la edad de la gestante.

Tabla 5

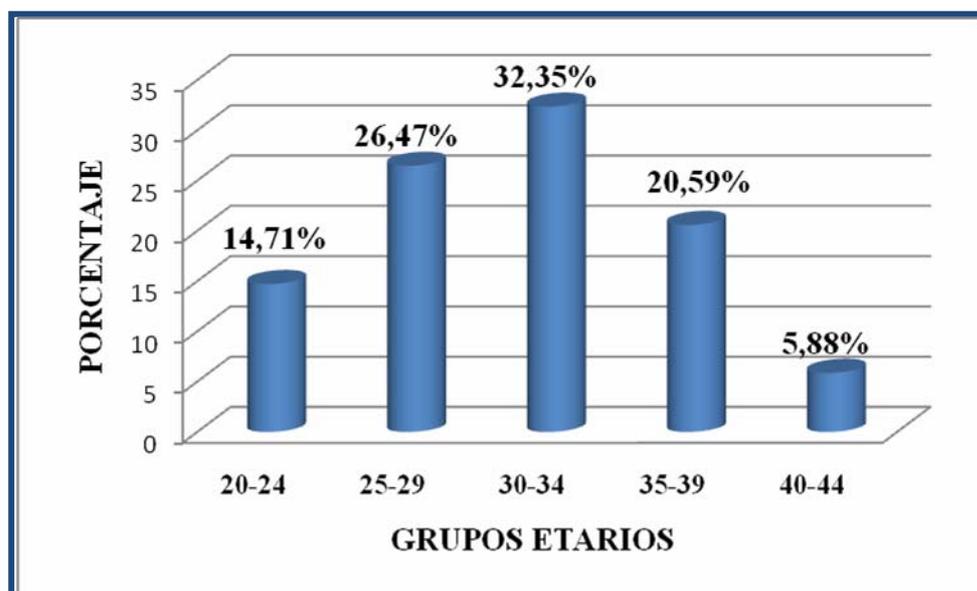
Grupo etario de gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional, durante el periodo Enero 2004-Diciembre 2008.

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
20-24	5	14,71
25-29	9	26,47
30-34	11	32,35
35-39	7	20,59
40-44	2	5,88
TOTAL	34	100

Fuente: Datos elaborados por las autoras.

Grafico 2

Grupo etario de gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.



ANALISIS DE LOS RESULTADOS: En relación al grupo etario, el más representativo fue el gestantes entre los 30 y 34 años con un 32.35%, seguido del grupo entre 25 y 29 años, con un 26.47% y finalmente el grupo etario entre 35 y 39 años con un 20.59%, lo cual afirma la relación entre la diabetes gestacional y la mayor edad de la gestante.

Tabla 6

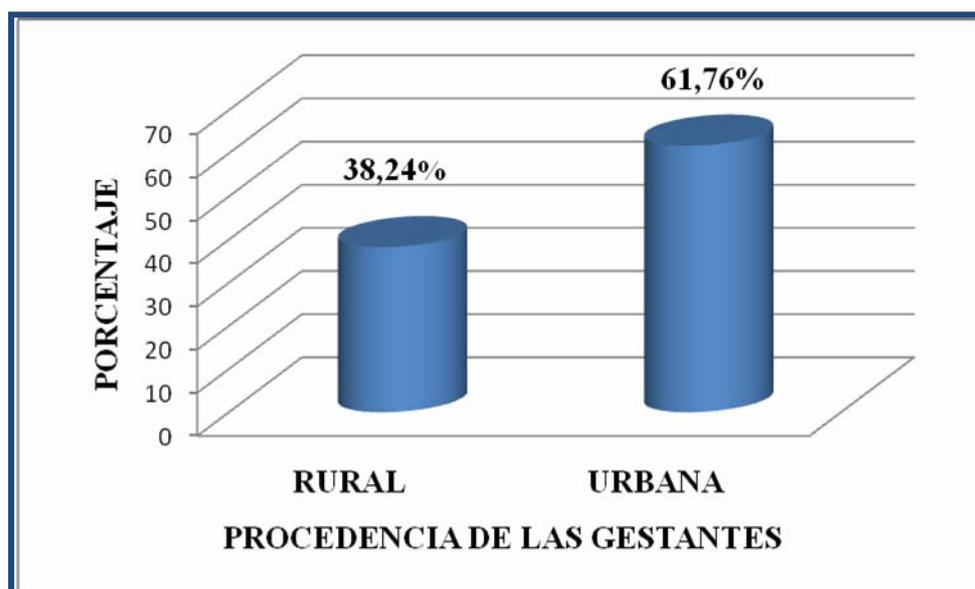
Procedencia de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
RURAL	13	38,24
URBANA	21	61,76
TOTAL	34	100

Fuente: Datos elaborados por las autoras.

Grafico 3

Procedencia de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.



ANALISIS DE LOS RESULTADOS: El 61.76% de las gestantes que integraban la población total estudiada eran de procedencia urbana en contraposición al 38.24% restante de procedencia rural, este hecho afirma que en nuestro medio la mayor incidencia de diabetes gestacional se encuentra en el medio urbano, hecho que puede ser explicado, debido a que en las grandes ciudades generalmente prevalecen las dietas hipercalóricas, ricas en grasas saturadas e hidratos de carbono simples y pobre en fibras, sumado a hábitos inadecuados como el sedentarismo o la poca actividad física, lo cual condiciona factores de riesgo para la aparición de esta patología como lo son: la obesidad, la hipertensión arterial, entre otros.

Tabla 7

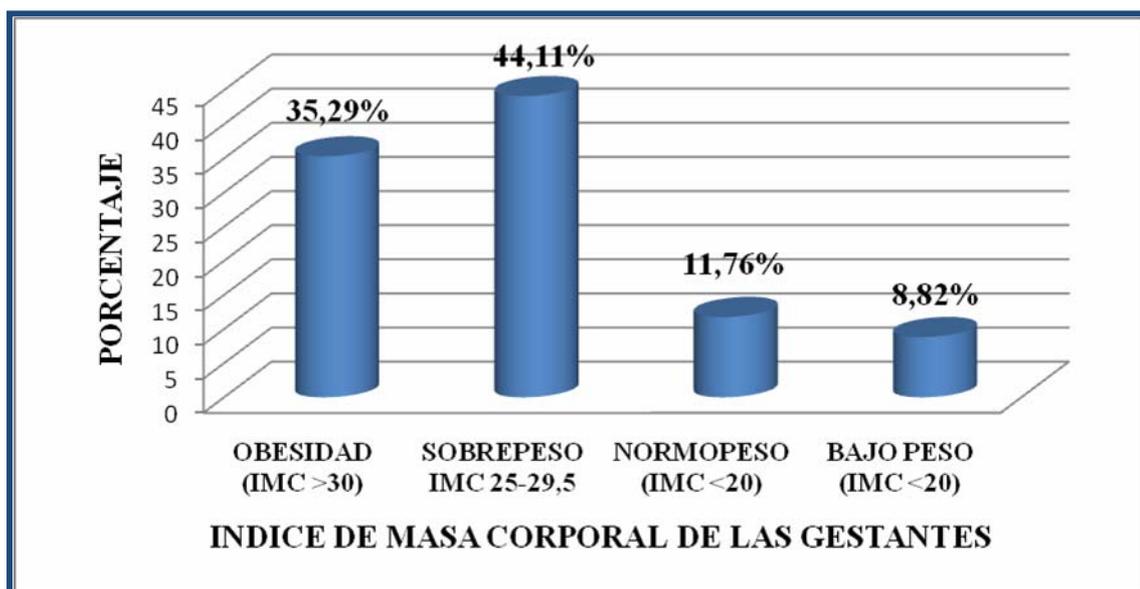
Índice de masa corporal de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.

INDICE DE MASA CORPORAL	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
OBESIDAD (IMC > 30)	12	35,29
SOBREPESO (IMC 25-29,9)	15	44,11
NORMOPESO (IMC 20-24,9)	4	11,76
BAJO PESO (IMC <20)	3	8,82
TOTAL	34	100

Fuente: Datos elaborados por las autoras.

Grafico 4

Índice de masa corporal de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.



ANALISIS DE LOS RESULTADOS: En relación al índice de masa corporal el 44.11% de las gestantes que conformaban la muestra presentaban sobrepeso (IMC 25-29.5), seguido por el 35.29% restante que presentaban obesidad (IMC >30), en contraposición con un 11.76% que presentaba normopeso y un 8.82% que presento peso bajo; esto afirma la estrecha relación entre obesidad y sobrepeso y la incidencia de diabetes gestacional en el medio hospitalario.

Tabla 8

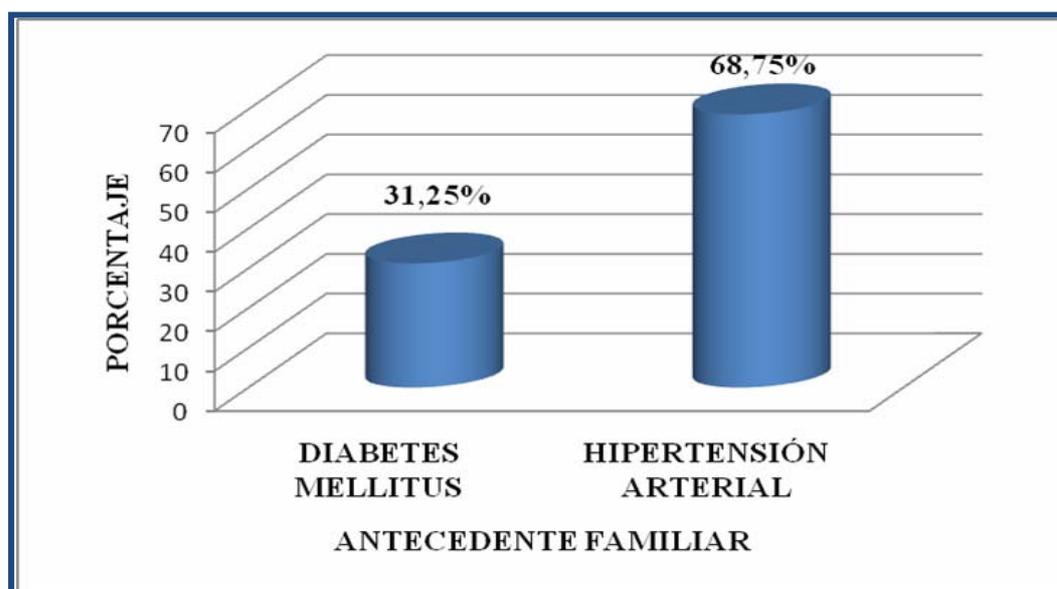
Antecedentes familiares de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.

ANTECEDENTE FAMILIAR	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
DIABETES MELLITUS	5	31,25
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	11	68,75
TOTAL	16	100

Fuente: Datos elaborados por las autoras.

Grafica 5

Antecedentes familiares de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS: El principal antecedente familiar que presentaron las gestantes que integraron la muestra fue hipertensión arterial con un 68.75%, seguido por la diabetes mellitus con 31.25%, lo cual indica que los antecedentes familiares, son factores de vital importancia para el desarrollo y presentación de diabetes durante la gestación, en nuestro medio; los cuales deberían ser evaluados con más detenimiento por el equipo médico, para evaluar a la población en riesgo.

Tabla 9

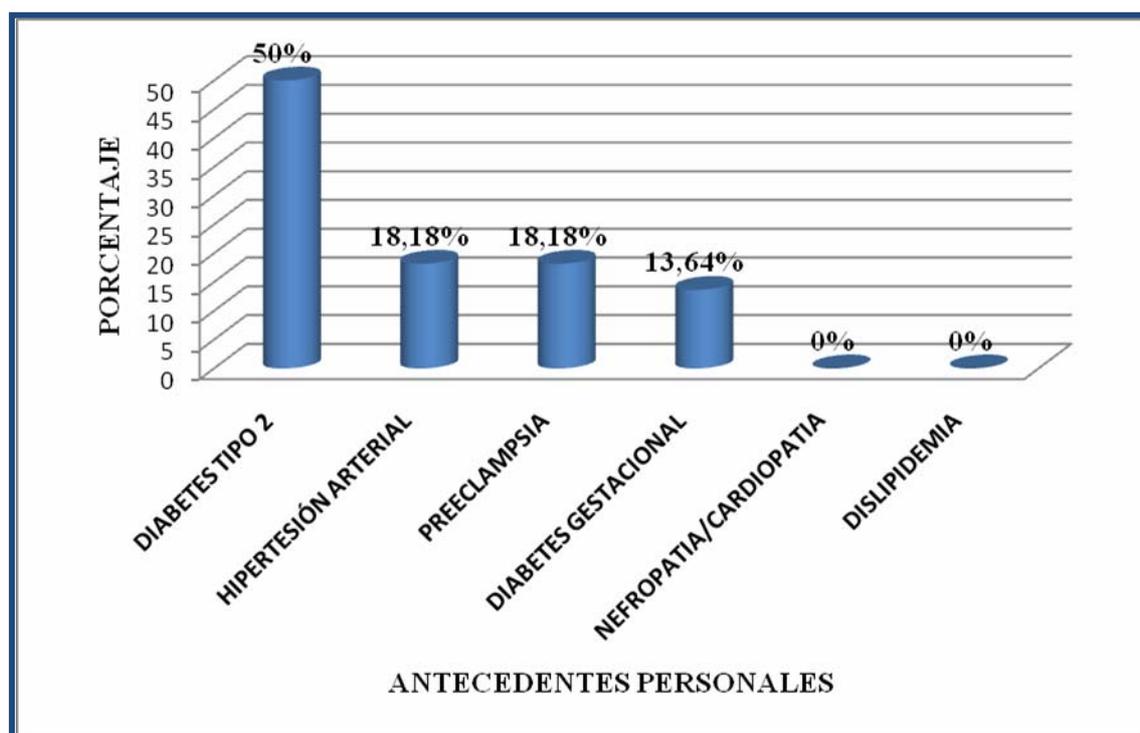
Antecedentes personales de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.

ANTECEDENTES PERSONALES	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
DIABETES TIPO 2	11	50
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	4	18,18
PREECLAMPSIA	4	18,18
DIABETES GESTACIONAL	3	13,64
NEFROPATIA/CARDIOPATIA	0	0,00
DISLIPIDEMIA	0	0,00
TOTAL	22	100

Fuente: Datos elaborados por las autoras.

Grafica 6

Antecedentes personales de las gestantes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de Diabetes Gestacional. Enero 2004-Diciembre 2008.



ANALISIS DE LOS RESULTADOS: El principal antecedente personal que presentaron las gestantes que integraron la muestra, fue diabetes mellitus tipo 2, con un 50%, seguido de hipertensión arterial y preclampsia con un 18.18% respectivamente, hecho que pone de manifiesto que en nuestro medio hospitalario los antecedentes antes mencionados son factores de vital importancia para el desarrollo de diabetes durante la gestación, y que todas aquellas pacientes que presenten factores de riesgo deben ser evaluadas multidisciplinariamente, y tratadas como población en riesgo.

Tabla 10

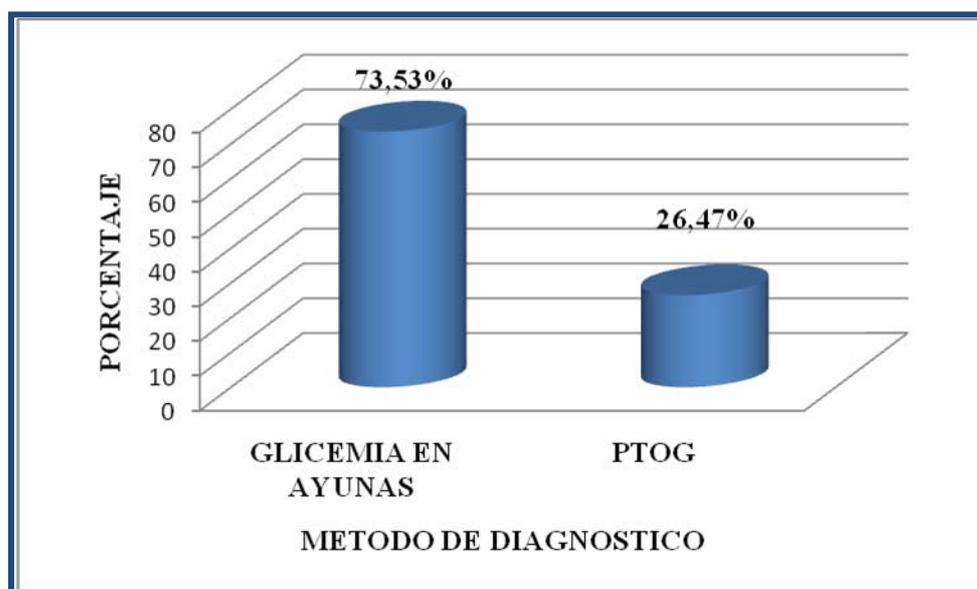
Método para el diagnóstico de Diabetes Gestacional de las pacientes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia. Enero 2004-Diciembre 2008.

METODO DIAGNOSTICO	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
GLICEMIA EN AYUNAS	25	73,53
PTOG	9	26,47
TOTAL	34	100

Fuente: Datos elaborados por las autoras.

Grafica 7

Método para el diagnóstico de Diabetes Gestacional de las pacientes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia. Enero 2004-Diciembre 2008.



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS: Con respecto al principal método de diagnóstico utilizado, fue la glicemia en ayunas con una 73.53%, seguido por un 26.47% que usó la prueba tolerancia oral a la glucosa como método diagnóstico.

Tabla 11

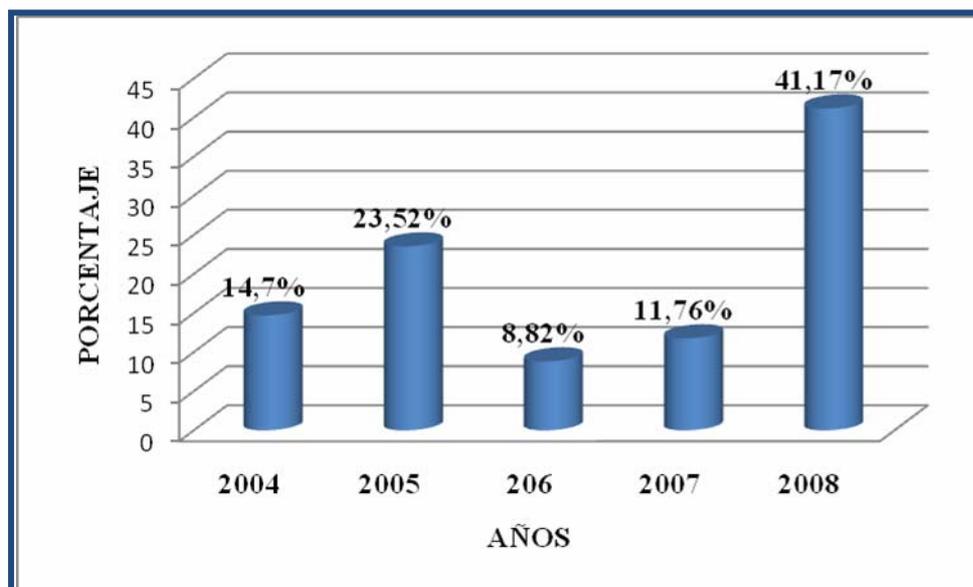
Morbilidad anual de Diabetes Gestacional, Servicio de Ginecología y Obstetricia. Enero 2004-Diciembre 2008.

AÑO	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
2004	5	14,70
2005	8	23,52
2006	3	8,82
2007	4	11,76
2008	14	41,17
TOTAL	34	100

Fuente: Datos elaborados por las autoras.

Grafica 8

Morbilidad anual de Diabetes Gestacional, Servicio de Ginecología y Obstetricia. Enero 2004-Diciembre 2008.



ANALISIS DE LOS RESULTADOS: Con respecto a la morbilidad de la diabetes gestacional con respecto a los años, se puede evidenciar que incrementa el numero de casos a medida que pasan los años, con un 14.70% en el 2004, un 23.52% en el 2005 y un 41.17% en el 2008, en contraposición con una leve disminución en los años 2005 y 2006; hecho que podría ser explicado, por factores como subregistro o infradiagnóstico de la patología.

Tabla 12

Características generales de las pacientes con diagnóstico de Diabetes Gestacional, Servicio de Ginecología y Obstetricia. Enero 2004-Diciembre 2008.

PACIENTE	EDAD (AÑOS)	PESO (KG)	TALLA (CM)	IMC
1	24	67.500	1.69	23,6
2	25	82	1.65	30,14
3	28	116	1.60	45,31
4	23	67	1.65	24,63
5	25	79	1.70	27,33
6	23	50	1.62	19,08
7	27	77	1.66	28
8	25	64	1.54	27
9	30	67.200	1.46	31,54
10	20	73.300	1,67	26,36
11	40	74	1.69	25,87
12	22	79.200	1.56	32,59
13	27	110	1.66	40,01
14	28	95	1.62	36,25
15	31	75.400	1.60	29,45
16	33	73,1	1.60	28,55
17	37	60	1,71	20,54
18	31	88.700	1.59	35,19
19	30	88.200	1.50	39,2
20	31	63	1.51	27,63
21	29	92	1.76	29,77
22	28	74	1.69	25,87

23	37	91	1.75	29,73
24	36	81	1.72	27,45
25	30	57.500	1.71	19,69
26	37	136	1.62	51,9
27	38	84	1.67	30,21
28	31	87	1.60	33,98
29	43	73	1.75	23,85
30	31	68	1.54	28,69
31	36	93	1.67	33,45
32	36	61	1.50	27,11
33	33	63.700	1.55	26,54
34	34	56	1.69	19,58

Fuente: Datos elaborados por las autoras.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1.- Con respecto a la edad de las gestantes que integraron la muestra, los grupos más representativos fueron, 31, 25, 28, 36 y 37 años, lo cual indica que en nuestro medio, la diabetes gestacional generalmente suele aparecer luego de los 25 años de edad, y que su incidencia incrementa en relación directamente proporcional a la edad de la gestante.

2.- En relación al grupo etario, el más representativo fue el gestantes entre los 30 y 34 años, seguido del grupo entre 25 y 29 años, y finalmente el grupo etario entre 35 y 39 años con un 20.59%, lo cual afirma la relación entre la diabetes gestacional y la mayor edad de la gestante.

3.- El 61.76% de las gestantes que integraban la población total estudiada eran de procedencia urbana en contraposición al 38.24% restante de procedencia rural, este hecho afirma la mayor incidencia de diabetes gestacional en el medio urbano, hecho explicado, debido a que en las grandes ciudades generalmente prevalecen las dietas hipercalóricas, ricas en grasas saturadas e hidratos de carbono simples y pobre en fibras, sumado a hábitos inadecuados lo cual condiciona la aparición de factores de riesgo para la aparición de esta patología.

4.- En nuestro medio el Índice de Masa Corporal esta asociado al desarrollo y presentación de diabetes gestacional, hecho evidenciado, ya que el 44.11% de las gestantes que conformaban la muestra presentaban sobrepeso (IMC 25-29.5), seguido por el 35.29% restante que presentaban obesidad (IMC >30), en

contraposición con un 11.76% que presentaba normopeso y un 8.82% que presento peso bajo; esto afirma la estrecha relación entre obesidad y sobrepeso y la incidencia de diabetes gestacional en el medio hospitalario.

5.- El principal antecedente familiar que presentaron las gestantes que integraron la muestra fue hipertensión arterial con un 68.75%, seguido por la diabetes mellitus con 31.25%, lo cual indica que los antecedentes familiares, son factores de vital importancia para el desarrollo y presentación de diabetes durante la gestación, en nuestro medio.

6.- El principal antecedente personal que presentaron las gestantes que integraron la muestra, fue diabetes mellitus tipo 2, con un 50%, seguido de hipertensión arterial y preclampsia con un 18.18% respectivamente, hecho que pone de manifiesto que en nuestro medio hospitalario los antecedentes antes mencionados son factores de vital importancia para el desarrollo de diabetes durante la gestación.

7.- Con respecto al principal método de diagnóstico utilizado, fue la glicemia en ayunas con una 73.53%, seguido por un 26.47% que uso la prueba tolerancia oral a la glucosa como método diagnóstico.

8.- Con respecto a la morbilidad de la diabetes gestacional con respecto a los años, se puede evidenciar que incrementa el numero de casos a medida que pasan los años, con un 14.70% en el 2004, un 23.52% en el 2005 y un 41.17% en el 2008, en contraposición con una leve disminución en los años 2005 y 2006.

5.2. Recomendaciones

1.- Desarrollar constantes investigaciones que permitan evidenciar la evolución de la entidad patológica a través del tiempo, sus variaciones y comportamiento; en vista de que la diabetes es la condición patológica que con

mayor frecuencia aparece durante el embarazo produciendo consecuencias en la madre y en el producto de la concepción.

2.- Mantener una atención médica adecuada antes, durante y después de la gestación sobre todo para aquellas gestantes que presentan factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad y delimitarlas como población en riesgo.

3.- Realizar oportunamente a toda gestante el cribado para Diabetes Gestacional en las semanas 24-28 de gestación, especialmente a las pacientes que presenten factores de riesgo.

4.- Promover actividades educativas – informativas sobre la diabetes gestacional que permita a las gestantes y mujeres en edad fértil, conocer la patología, clínica, manejo, tratamiento y consecuencias de la misma, para de esta manera concientizar a la población a llevar un estilo de vida más saludable, de manera tal que se logre una disminución de los factores de riesgo, y en tal sentido de la incidencia de la enfermedad.

5.- Tomar en cuenta parámetros de vital importancia como, el índice de masa corporal (IMC), en vista de la elevada tasa de pacientes obesas y con sobrepeso, que presentan diabetes gestacional, y la estrecha relación entre el masa corporal y la aparición de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcaida, A. y colaboradores. (1979). **Estadística aplicada a las ciencias sociales**. España: Ediciones Piramide.

Balestrini, M. (2002). **¿Cómo se elabora el proyecto de investigación?** Caracas: BL Consultores y Asociados Servicio Editorial.

Febres B., F., Zimmer, E., Zimmer, Guerra, C., E. y Gil. Servicio de Salud Reproductiva. **Nuevos conceptos en diabetes mellitus gestacional: evaluación prospectiva de 3070 mujeres embarazadas**. Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas. Revista venezolana de Ginecología y Obstetricia, 2000; 60(4):229-237.

Huidobro, A., Fulford, A. y Carrasco E. (2004). **Incidencia de diabetes gestacional y su relación con obesidad en embarazadas chilenas**. Rev Méd Chile 2004; 132: 931-38.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, Sesión del Comité Ejecutivo. **Prevención y tratamiento de Diabetes y Obesidad**. Washington, D.C, EUA, 23 al 27 de junio del 2008.

Pizzolante de Aguilera, I. y colaboradores. (2003). **Consenso Nacional de Diabetes**, 2003. Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. Caracas.

Romero, H., Faure, A. y colaboradores (1999). **Metodología de la investigación en salud**. Mexico: Mc Graw Hill.

Sampieri, R., & Collado, C. (1998). **Metodología de la investigación** (Segunda Edición ed.). Distrito Federal, Mexico: Mc Graw Hill.

ANEXOS

Anexo 1

Historia clínica del servicio de ginecología y obstetricia

Gobierno Revolucionario de Anzoátegui		Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social		Instituto Anzoatiguense de la Salud	
HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS					
NOMBRE: _____ APELLIDO: _____		FECHA DE NACIMIENTO: DÍA _____ MES _____ AÑO _____		ETNIA: <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Mestiza <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Otra _____	
DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____		EDAD (años): <input type="radio"/> < de 15 <input type="radio"/> > de 15		ESTUDIOS: <input type="radio"/> PRIMARIA <input type="radio"/> SECUNDARIA <input type="radio"/> UNIVERSITARIA	
TEL. _____		ESTADO CIVIL: <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> UNIÓN ESTABLE <input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> OTRO _____		LUGAR DEL CONTROL PRE-NATAL: _____ LUGAR DEL PARTO: _____	
ANTECEDENTE		OBSTETRICOS		FIN EMBARAZO ANTERIOR	
FAMILIARES: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		GESTAS PREVIAS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		DÍA _____ MES _____ AÑO _____	
PERSONALES: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ABORTOS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		EMBARAZO PLANEAADO: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
TBC: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		PARTOS: <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> CESÁREAS		FRACASO METODO ANTICONCEP.: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
DIABETES: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		NACIDOS VIVOS: <input type="radio"/> VIVEN <input type="radio"/> MUERTOS		NO BARRERA <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> HORMO <input type="radio"/> OTRAS <input type="radio"/> NATURAL <input type="radio"/> QUÍMICA	
HIPERTENSIÓN: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		VAGINALES: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		DESPUES _____ SEM.	
PREECLAMPSIA: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		NACIDOS MUERTOS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI			
ECLAMPSIA: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ANTIRUBECOLA: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ANTITÉTANICA: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
OTRA COND. MEDICA GRAVE: _____		ANTIRUBECOLA: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		EX NORMAL: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
		ANTITÉTANICA: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		CODONT. MAMAS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
GESTACIÓN ACTUAL		EG CONFIABLE por: <input type="radio"/> FUM <input type="radio"/> ECO <input type="radio"/> 20s.		VIGENTE: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
PESO ANTERIOR: _____ Kg		FUM: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		DOSS 1: _____ DOSS 2: _____	
TALLA (cm): _____		FUM PAS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		EMBARAZO: _____	
FPP: _____		DROGAS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI			
		ALCOHOL: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI			
		VIOLENCIA: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI			
		ANTIRUBECOLA: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI			
		ANTITÉTANICA: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI			
		EX NORMAL: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI			
CERVA		TOXOPLASMOSIS		FEFOLATOS	
NORMAL: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		< 20 SEM IgG: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		Hb < 20 SEM: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
ANORMAL: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		1ª CONSULTA IgM: _____		VDR/URPR: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
GRUPO: _____ Rh: _____		VH < 20 SEM: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS CONFIRMADA: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
INMUNIZ: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SOLU TADO: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		VDR/URPR: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
		REAZI ZADO: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
CHAGAS		GLUCEMIA EN AYUNAS		PREPARACIÓN PARA EL PARTO	
PALUDISMO/MALARIA: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		< 20 SEM: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
BACTERIURIA: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		≥ 1.05 g/lit: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
PREPARACIÓN PARA EL PARTO: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
SIFILIS: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		ESTREPTOCOCCO B: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		S	

Anexo 2**Ficha de recolección de datos**

Número de historia: _____

Apellidos y Nombres: _____

Edad: _____

Procedencia: _____

IMC: _____

Antecedentes familiares:

	HTA	DM
Padre		
Madre		
Hermanos		
Otros		

Antecedentes personales:

DM	
HTA	
Preclampsia	

DG	
Nefropatía y/o Cardiopatía	
Alteraciones metabólicas /otras	

Antecedentes obstétricos:

Gestas	
Paras	
Abortos	
Cesárea	
Nacidos vivos	
MPF	
Otros	

Método para confirmar diagnóstico de Diabetes Gestacional:

Patologías concomitantes /morbilidades:

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	Morbilidad de diabetes gestacional en relacion con abesidad. Departamento de Ginecologia y Obstetricia del Hospital Universitario
SUBTÍTULO	Dr Luis Razetti de Barcelona. Enero 2004-Diciembre 2008.

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Hernandez T. Carla K.	CVLAC: 17.411.411 E MAIL:
Navarro B. Leidy K.	CVLAC: 17.733.805 E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Diabetes Gestacional

Diabetes _____

Obesidad _____

Indice de masa corporal _____

Factores de riesgo _____

Control metabolico _____

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
Ciencias de la Salud	
	Medicina

RESUMEN (ABSTRACT):

El objetivo general de la presente investigación fue determinar la morbilidad de Diabetes Gestacional en relación con obesidad en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr.: “Luis Razetti” de Barcelona. Enero 2004- Diciembre 2008., realizando una investigación de tipo Epidemiológico, Transversal, Unicéntrico, de diseño Retrospectivo. Resultados: Se evidencio que en nuestro medio el Índice de Masa Corporal esta asociado al desarrollo y presentación de diabetes gestacional, ya que el 44.11% de las gestantes que conformaban la muestra presentaban sobrepeso (IMC 25-29.5), seguido por el 35.29% restante que presentaban obesidad (IMC >30), en contraposición con un 11.76% que presentaba normopeso y un 8.82% que presento peso bajo; esto afirma la estrecha relación entre obesidad y sobrepeso y la incidencia de diabetes gestacional; así mismo el grupo etario, el más representativo fue el gestantes entre los 30 y 34 años, seguido del grupo entre 25 y 29 años, y finalmente el grupo etario entre 35 y 39 años con un 20.59%, lo cual afirma la relación entre la diabetes gestacional y la mayor edad de la gestante. El 61.76% de las gestantes que integraban la población total estudiada eran de procedencia urbana en contraposición al 38.24% restante de procedencia rural. El principal antecedente familiar que presentaron las gestantes que integraron la muestra fue hipertensión arterial con un 68.75%, seguido por la diabetes mellitus con 31.25% y con respecto a la morbilidad de la diabetes gestacional con respecto a los años, se puede evidenciar que incrementa el numero de casos a medida que pasan los años, con un 14.70% en el 2004, un 23.52% en el 2005 y un 41.17% en el 2008, en contraposición con una leve disminución en los años 2005 y 2006.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Chopite, Victor	ROL	CA x	AS	TU	JU
	CVLAC:				

	E_MAIL				
	E_MAIL				
Orta, Alfonso	ROL	CA	AS	TU	JU x
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
Acuña, José	ROL	CA	AS	TU	JU x
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2010	12	10
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS.Morbilidad de Diabetes gestacional en relación a obesidad.doc	Application/msword

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I J K L M
N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y
z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9.

ALCANCE

ESPACIAL: _____ (OPCIONAL)

TEMPORAL: _____ (OPCIONAL)

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano_____

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente Núcleo Anzoátegui

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado

“Los Trabajos de Grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario”

Hernandez T., Carla K.

AUTOR

Navarro B., Leidy K.

AUTOR

AUTOR

Chopite, Victor

TUTOR

Orta, Alfonso

JURADO

Acuña, José

JURADO

JURADO

Rosibel Villegas

POR LA SUBCOMISION DE TESIS