

*Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Ciclo Licenciatura en Enfermería 2011
Sede San Martín.*



TESIS FINAL

DIABETES GESTACIONAL

Autores: CABRERA, Mario

GIAGNONI, María Ines

Mendoza, San Martín, Septiembre 2011.

ADVERTENCIA

El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o de los autores.

ACTA DE APROBACIÓN

Presidente:

Vocal 1:

Vocal 2:

Trabajo Aprobado el:/...../..... Nota:

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a nuestras familias, quienes nos brindaron su apoyo incondicional en todo momento y nos ayudan a progresar día a día

En segundo lugar a cada uno de nuestros docentes, que con el aporte de sus conocimientos permitieron nuestro crecimiento como Profesionales de la Salud.

Finalmente, un especial agradecimiento a todos nuestros compañeros de trabajo, quienes nos alentaron siempre en nuestra carrera.

Los Autores

PRÓLOGO

A pesar de los avances en el tratamiento de la diabetes, la diabetes gestacional pone a la embarazada en alto riesgo de aborto espontáneo, cetoacidosis, hipoglucemia, hipertensión y otros trastornos graves.

La diabetes gestacional no diagnosticada o no tratada oportunamente complica severamente el resultado perinatal. Es decir, en el 70 % de los casos se producen muertes intraútero, triplica la incidencia de malformaciones congénitas y duplica el riesgo de recién nacidos macrosómicos.

En los últimos años hubo avances en los resultados obtenidos en la gestante diabética, la mortalidad perinatal disminuyó considerablemente en función de los valores de glucemia materna, por lo tanto es importante un estricto control metabólico durante el embarazo y muy necesario el rol del enfermero/a en la educación de la paciente gestante.

INDICE GENERAL

	Páginas
Carátula	I
Advertencia	II
Acta de Aprobación	III
Agradecimientos	IV
Prólogo	V
Índice General	VI
Índice de Tablas y Gráficos	VII
Introducción	1
Delimitación del Problema	2
Justificación del Problema	2
Objetivos	3
Marco Teórico	4
Definiciones Conceptuales	17
Hipótesis	18
Variables	18
Operacionalización de Variables	19
Diseño Metodológico	20
Tipo de Estudio	20
Universo y Muestra	20
Área de estudio	20
Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos	20
Procedimiento para la recolección de datos	21
Plan de tabulación y Análisis	21
Tablas, Gráficos y Análisis	22
Análisis de Datos	38
Conclusión	40
Recomendaciones	42
Bibliografía	44
Anexos	45
Matriz de Datos	46
Encuesta	47
Codificación de Variables	49

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

DIABETES GESTACIONAL	Páginas
TABLA N° 1: POR EDAD: Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa	23
GRÁFICO N° 1	23
TABLA N° 2: ESTADO CIVIL: Frecuencia Absoluta, Frecuencia, Relativa	24
GRÁFICO N° 2	24
TABLA N° 3: NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa	25
GRÁFICO N° 3	25
TABLA N° 4: ANTECEDENTES FAMILIARES: Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa	26
GRÁFICO N° 4	26
TABLA N° 5: ANTECEDENTES PERSONALES: Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa	27
GRÁFICO N° 5	27
TABLA N° 6: NÚMERO DE GESTAS PREVIAS: Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa	28
GRÁFICO N° 6	28
TABLA N° 7: PESO DE LA ÚLTIMA GESTA. Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa	29
GRÁFICO N° 7	29
TABLA N° 8: PESO DE LAS EMBARAZADAS: Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa	30
GRÁFICO N° 8	30
TABLA N° 9: TALLA DE LAS EMBARAZADAS: Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa	31
GRÁFICO N° 9	31
TABLA N° 10: EDAD GESTACIONAL: Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa	32
GRÁFICO N° 10	32
TABLA N° 11: ABORTOS PREVIOS: Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa	33
GRÁFICO N° 11	33
TABLA N° 12: NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA: Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa	34
GRÁFICO N° 12	34
TABLA N° 13: TRABAJO ESTABLE: Frecuencia Absoluta,	

Frecuencia Relativa	35
GRÁFICO N° 13	35
TABLA N° 14: TIPO DE ALIMENTACIÓN: Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa	36
GRÁFICO N° 14	36
TABLA N° 15: DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD: Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa	37
GRÁFICO N° 15	37

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó en el Centro de Salud N° 146, ubicado en el distrito Los Campamentos, departamento de Rivadavia. Se trabajó con 65 mujeres embarazadas quienes asistieron al Centro de Salud en los años 2009 y 2010, teniendo como fin detectar a las mujeres que padecían Diabetes Gestacional y determinar los factores de riesgo que incidían en la misma.

La diabetes gestacional es la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza o se diagnostica por primera vez en el embarazo.

A diferencia de los otros tipos de diabetes, la diabetes gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación. La respuesta normal ante esta situación es un aumento de la secreción de insulina, cuando esto ocurre se produce la diabetes gestacional.

Es reconocida la repercusión de la diabetes gestacional sobre el embarazo y sus efectos perinatales adversos tanto en la madre como en el feto, donde luego del embarazo los niveles de glucosa en sangre retornan a la normalidad después del parto.

En la presente investigación se dará a conocer los factores de riesgo en la aparición de Diabetes, las complicaciones, control y seguimiento, tratamiento, recomendaciones para la conducción del embarazo de la mujer diabética, entre otros temas.

TEMA: DIABETES GESTACIONAL

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden en la aparición de Diabetes Gestacional en la población de Embarazadas que concurrieron al Centro de Salud Nº 146, Campamentos, Rivadavia durante el año 2009 y 2010?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las motivaciones que nos llevan a realizar esta investigación nace de una necesidad e inquietud por investigar sobre diabetes gestacional, para una mejor comprensión de la enfermedad con posibilidades de un tratamiento mas efectivo. El mismo nos permitirá conocer en las mujeres con diabetes gestacional los factores de riesgo para brindar estrategias educativas hacia los pacientes y los familiares de los pacientes.

La educación es primordial para el desarrollo, no solo de la salud sino de la sociedad como tal, una población educada se encuentra prevenida y fortalecida; en el caso de la educación diabetológica, reduce grandes gastos a la salud

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar los factores de riesgo que inciden en la aparición de diabetes gestacional en la población de embarazadas que asisten al Centro de Salud N° 146 Campamentos, Rivadavia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer los diferentes factores que inciden en la aparición de diabetes gestacional.
- Valorar los conocimientos que poseen las pacientes embarazadas sobre diabetes gestacional.
- Determinar las diferentes complicaciones que surgen en la embarazada.

MARCO TEÓRICO

DIABETES:

La diabetes es un trastorno sistémico que agrupa un conjunto de síndromes y que se acompaña de alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas. Su denominador común es la hiperglucemia.

El defecto básico en la diabetes es la disminución de la secreción o de la actividad de la insulina, es decir que existe un déficit absoluto o relativo de la misma.

CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES:

- a) Diabetes Mellitus primaria
 - 1-Tipo I (insulino dependiente)
 - 2-Tipo II (no insulino dependiente)
- b) Diabetes gestacional
- c) Tolerancia a la glucosa anormal
- d) Anomalía latente de la tolerancia a la glucosa
- e) Anomalía potencial de la tolerancia a la glucosa

DIABETES GESTACIONAL

La diabetes gestacional es la intolerancia de los hidratos de carbono, de severidad variable, que comienza y se diagnostica por primera vez durante el embarazo. La diabetes gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación.

En condiciones normales el organismo emplea la glucosa como fuente de energía, para ello necesita el concurso de la insulina hormona que es fabricada por el páncreas. Al progresar el embarazo va a necesitarse más insulina para utilizar la glucosa, ello hace trabajar más al páncreas y aumentar su producción. Si el páncreas comienza a fracasar se elevan los niveles de glucosa en sangre y aparece la diabetes gestacional.

El diagnóstico por lo general se hace durante la segunda mitad del embarazo, debido a que las demandas de nutrientes del feto se elevan durante el

final del segundo y tercer trimestre, la ingesta de nutrientes de la madre provoca niveles mayores de glucemia.

Al mismo tiempo, la resistencia materna a la insulina se eleva debido a los efectos antagonistas de ésta, de las hormonas placentarias, el cortisol y la insulinas. En consecuencia, los requerimientos de insulina materna se eleva hasta tres veces. La mayoría de las mujeres embarazadas son capaces de incrementar la producción de insulina para compensar la resistencia a ella y mantener la normoglucemia. Cuando el páncreas es incapaz de producir suficiente insulina o ésta no se utiliza de manera eficaz, el resultado es la diabetes gestacional.

La diabetes gestacional conlleva importantes riesgos tanto para la madre como para el feto, riesgos que pueden ser controlados hasta el final del embarazo y posterior al parto, por lo que se hace necesario un diagnóstico precoz.

COMPLICACIONES DE LA DIABETES GESTACIONAL

PRINCIPALES EFECTOS SOBRE EL ORGANISMO MATERNO

- Hidramnios: aumento del volumen de líquido amniótico. Se sospecha que está provocado por la presión osmótica, hiposecreción de líquido amniótico y diuresis a causa de hiperglucemia fetal. Puede ser un problema la rotura prematura de membranas y la iniciación del trabajo de parto, pero sólo en ocasiones plantea una amenaza verdadera. Puede recurrirse a la amniocentesis para disminuir el volumen sanguíneo; sin embargo, este procedimiento predispone a la infección, a la posible iniciación del trabajo de parto prematuro, separación prematura de la placenta a causa de manipulación y a la hemorragia por heridas placentarias.
- Trastornos hipertensivos: pueden ser causados por cambios vasculares resultantes de la propia diabetes (pre eclampsia)
- Cetoacidosis: la hiperglucemia causada por cantidades insuficientes de insulina puede culminar en un estado de cetoacidosis como resultado del aumento de los cuerpos cetónicos (que son ligeramente ácidos) en la sangre que se liberan durante el metabolismo de los ácidos grasos. La cetoacidosis se desarrolla lentamente pero puede acabar en coma. El riesgo de mortalidad fetal se incrementa en un 50% o

más sino se trata con prontitud, ya que dejan de funcionar los sistemas enzimáticos fetales en un ambiente acidótico. La medición de las concentraciones sanguíneas de glucosa permitirán distinguir fácilmente entre cetosis por iniciación (estado hipoglucémico que se trata con solución de glucosa) y la cetosis diabética (hiperglucémico que se trata con insulina)

- Distocia: provocada por la desproporción cefalopélvica por macrosomía.
- Anemia: como resultado de la afección vascular y vómitos a causa de los cambios hormonales.
- Infecciones de vías urinarias: a causa de la glucosuria.
- Abortos, infecciones y mayor incidencia de cesáreas.

PRINCIPALES COMPLICACIONES SOBRE EL FETO:

- Macrosomía: aumento de peso en el momento del nacimiento superior a 4 Kg. Es debido a que el aumento de la glucosa materna pasa al feto a través de la placenta, paso que no puede realizar la insulina materna. Por este motivo, el feto se encuentra con más cantidad de glucosa que la habitual, lo que sirve para estimular su páncreas y segregar abundante cantidad de insulina que contribuye a incrementar el crecimiento y desarrollo fetal.
- Traumatismos: debido al exceso de tamaño fetal, en el momento del nacimiento, si se produce por vía vaginal, se opta por la realización de cesárea para terminar el embarazo, o la utilización de fórceps, etc.
- Hipoglucemia neonatal: en el momento del nacimiento, al ser interrumpido el paso de la glucosa desde la madre a través de la placenta, el niño continúa consumiendo glucosa debido al exceso de su insulina, por lo que en algún momento puede encontrarse con el hecho de que los niveles glucosa descienden en exceso (hipoglucemia).
- Riesgo elevado en el bebé de padecer hipocalcemia, policitemia e hiperbilirrubinemia neonatales.
- Mayor posibilidad de ser obeso: en la infancia o más adelante en su vida.

- Mayor posibilidad de padecer una intolerancia a la glucosa: en especial con una diabetes tipo II en el futuro.
- La incidencia global de anomalías congénitas: entre los bebés de mujeres diabéticas gestacionales se aproxima a la de la población no diabética porque la diabetes gestacional por lo general se desarrolla después de las 20 semanas de embarazo, cuando ya ha pasado el período crítico de organogénesis. Sin insulina durante el embarazo pueden tener un riesgo elevado de efectos mayores del sistema cardiovascular, síndrome de dificultad respiratoria y mortalidad perinatal.

Todas estas desventajas perinatales pueden mejorarse con un manejo adecuado, por lo que es importante identificar a las mujeres afectadas.

Dado que cuando la diabetes se encuentra descompensada existe un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad natal o perinatal, es muy importante detectar cuanto antes, en aquellos casos en que se desconoce con anterioridad la existencia de diabetes en mujeres gestantes. Para ello existen programas de detección que pueden ser aplicados a todas las mujeres embarazadas.

La evaluación diagnóstica de la diabetes debe emprenderse en la primera consulta de embarazadas que estén en alto riesgo de padecerla, repitiéndose la prueba utilizada para el diagnóstico en las semanas 24 y 32 de gestación.

Sin importar el estado de riesgo, se requiere una evaluación al término del segundo trimestre, en la semana 26, en todas las mujeres. En caso de surgir glucosuria puede repetirse de nuevo la prueba.

PRUEBAS DE LABORATORIO QUE SE REALIZAN A LAS EMBARAZADAS PARA DETECTAR LA DIABETES GESTACIONAL

1. TEST DE O' SULLIVAN:

Es una prueba de screening de diabetes que la Conferencia Internacional sobre Diabetes recomienda realizar a todas las gestantes, con independencia de la edad o la existencia de factores de riesgo.

Consiste en la extracción de sangre periférica a la gestante para la medición de glucemia basal. A continuación se administra una carga de 50gr de glucosa por vía oral y se valora la glucemia una hora después con una segunda extracción. El punto limítrofe superior es de 140mg/100ml. De modo que las concentraciones que no llegan a ésta son normales. Si los valores exceden de dicho valor se requiere la realización de la curva de tolerancia a la glucosa de tres horas por vía oral.

El personal de enfermería que realiza debe asegurarse de que la dosis de glucosa prescrita ha sido ingerida e informar sobre:

- La hora de segunda extracción
- No podrá desayunar hasta terminada la prueba
- La posible aparición de náuseas y vómitos (si este se llega a producir sería necesario repetir la prueba otro día)
- En muchas ocasiones es el personal de enfermería que realiza la prueba el primero en informar sobre su finalidad.

En estudios realizados sobre el grado de información que las gestantes tienen sobre la prueba se ha podido comprobar que ésta es muy vaga y la mayoría de las veces proviene de amigas y muy pocas del personal sanitario que la han atendido hasta ahora.

2. CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA

Después de extraer una muestra de sangre en ayunas, se realiza la determinación de glucosa en plasma, si esta no es superior a 140mg/100ml, se administra una carga oral de glucosa de 100gr. Posteriormente se realizarán extracciones para determinación de glucosa en suero al cabo de una, dos y tres hora posteriores a la ingesta, por lo que en total serán cuatro las extracciones.

En caso de estar por debajo de los límites expresados en la tabla, la prueba sería normal. Si se exceden en dos o más mediciones la prueba sería positiva y la gestante sería diagnosticada como diabética gestacional. Cuando hay un aumento de una sola medición se diagnostica anormalidad subclínica y debe repetirse la curva en un mes. Si hay factores de riesgo importante se recomienda repetir la prueba de tolerancia oral de la glucosa a las 32 o 34 semanas en aquellas mujeres que obtuvieron resultados positivos en el test de O'Sullivan, pero que mostraron una curva normal. En el supuesto de no poder efectuarse la prueba en la mujer, por presentar náuseas o vómitos, es posible sustituirla por la curva de tolerancia a la glucosa por vía intravenosa, con una carga de 25gr.

En la actualidad la recomendación más extendida es la de clasificar previamente a todas las embarazadas según el nivel de riesgo de padecer diabetes gestacional, y en función del mismo actuar de diferente manera. Así es que tenemos tres grupos.

Mujeres con riesgo bajo

Son aquellas que tienen menos de 25 años, ausencia de antecedentes familiares de diabetes (familiares con primer grado), ausencia de antecedentes personales de alteraciones de metabolismo de la glucosa o de malos antecedentes obstétrico.

Mujeres con riesgo moderado:

Son aquellas que tienen 25 o más años de edad y ningún otro factor de riesgo. En este caso la recomendación es realizar un test de O'Sullivan entre la semana 24-28 de gestación.

Mujeres con riesgo alto:

Son aquellas que tienen uno o más de estos factores, obesidad importante (IMC MAYOR A 30), glucosuria, antecedentes familiares de diabetes en primer grado. En este caso la recomendación es realizar un test de O'Sullivan entre la semana 24-28 y entre las semanas 32-36 del embarazo.

Por lo tanto deberían recogerse los factores de riesgo de diabetes gestacional en la primera visita de la embarazada para hacer una inmediata valoración.

CRITERIOS DE INTERNACIÓN

En la primera consulta si la embarazada:

- Esta con mal control metabólico.
- En cualquier momento del embarazo ante:

La necesidad de comenzar con insulino terapia.

En caso de complicaciones como descompensación

Metabólica, infección urinaria alta o Preeclampsia

Necesidad de maduración pulmonar con corticoides.

Complicaciones obstétricas.

TRATAMIENTO:

Existen recomendaciones para la conducción del embarazo de la mujer diabética.

- Equipo multidisciplinario que incluye al internista, diabetólogo, obstetra, neonatólogo, anestesista, nutricionista, enfermería, psicólogo (para la adhesión al tratamiento).
- Derivación oportuna a un centro más idóneo en atención y capacitación.
- Respecto del control metabólico se considera óptimo lo establecido por el consenso de Diabetes y Embarazo de la Sociedad Argentina de Diabetes:
 - Glucemia en ayunas entre 70 – 90 mg/dl.
 - Glucemia preprandial entre 70 – 105 mg/dl.
 - Glucemia 2 hs postprandial entre 90 – 120 mg/dl.
 - Cetonuria negativa.
 - Evitar las hipoglucemias.
 - Fructosamina y hemoglobina glicosilada en límites normales.
 - Son los cuatro pilares para su adecuado tratamiento:
 1. Educación diabetológica
 2. Plan de alimentación.
 3. Farmacológico.
 4. Actividad física.

EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL LOS ALIMENTOS

QUE SE DEBEN SUPRIMIR DE LA DIETA SON:

- Azúcar
- Caramelos
- Chocolate
- Gaseosas con azúcar
- Mermeladas
- Dulces

LOS ÚNICOS QUE SE PUEDEN INCORPORAR EN FORMA MODERADA SON
LOS DE LENTA ABSORCIÓN

- Panes y galletitas
- Pastas
- Arroz
- Papa y batata
- Masa de tarta
- Legumbres

Las dietas deben adaptarse individualmente a quedar embarazada teniendo en cuenta el peso previo al embarazo

Se ha comprobado que la restricción de aproximadamente el 30% del total de las calorías normaliza el perfil de la glucemia y mejora el perfil de grasas. La dieta debe ser completa es decir aportar cantidades suficientes de hidratos de carbono proteínas y grasas como así también de minerales, especialmente el hierro y calcio. Se recomienda la realización de 4 comidas con 2 colaciones pudiendo ser éstas yogurt, frutas frescas o ensalada de frutas. Las colaciones son alimentos que se consumirán entre el desayuno y almuerzo o luego de la cena.

La distribución de las calorías debe ser:

- 15% en el desayuno
- 5% en la colación
- 30% en el almuerzo
- 15% en la merienda

- 5% en la colación nocturna o de media tarde
- 30% en la cena

Es importante que la paciente pueda tener acceso a un sistema de intercambios alimentarios para poder variar su dieta e incorporar todos los principios nutritivos básicos.

En las embarazadas obesas la dieta es el pilar de todo el embarazo. Un correcto manejo de alimentos y un no muy exagerado aumento de peso harán que los niveles glucémicos se mantengan dentro de los parámetros normales.

Como parte del tratamiento es importante el análisis de la glucemia basal y post- prandial y de la cetonuria en ayunas para poder evaluar la efectividad del tratamiento alimentario. Por eso es muy importante el seguimiento estricto de la embarazada y de una correcta alimentación.

El ejercicio físico moderado puede ayudar al tratamiento de la diabetes gestacional, este siempre debe ser autorizado por el médico tratante.

El correcto cumplimiento del tratamiento tiene como base una buena educación nutricional que le permita a la embarazada mantener los niveles correctos de glucemia.

Distribución de los alimentos restringidos semanalmente:

- Pan o galletitas: 4 rodajas tipo lactal por día o 10 galletitas de agua
- Frutas: 4 unidades por día incluyendo 1 cítrico
- Papa y batata: 2 chicas 1 vez por semana
- Arroz: 1 taza una vez por semana
- Pastas, pizza o tartas: 1 taza de pastas, 2 porciones de pizza o 2 porciones de tarta por semana
- Legumbres: 1 taza por semana

Estos alimentos se complementan diariamente con.

- Leche entera o descremada
- Quesos untables o tipo port salud enteros o descremados
- Huevos
- Carnes rojas o de pollo, pescado o atún

- Verduras frescas o cocidas

De esta forma la dieta será completa, balanceada y variada.

La diabetes gestacional debe ser tratada durante todo el embarazo, nunca se debe suprimir o agregar alimentos sin seguimiento nutricional.

MITOS SOBRE LA DIABETES

- La diabetes se contagia

FALSO

La diabetes se debe a una serie de elementos llamados factores de riesgo que predisponen a desarrollarla.

- Tengo un poco de diabetes

FALSO

En la diabetes no hay términos medios. Los niveles normales de glucosa deben estar entre 70 a 100mg/dl. Cuando los niveles se encuentran elevados es conveniente visitar al médico.

- La persona que utiliza insulina está en la fase final de la enfermedad

FALSO

Por diversos factores se utiliza insulina y no significa que presenten diabetes tipo I, una vez que estas eventualidades se solucionan, nuevamente se toma el tratamiento con dieta y/o hipoglucemiantes orales

- Con diabetes no puedo hacer ejercicio

FALSO

La diabetes no es impedimento. El ejercicio es un elemento final que se conjuga con la alimentación, la medición de glucosa y el tratamiento médico, debido a que optimiza la respuesta a la insulina y el control de los niveles de azúcar.

- Con diabetes no puedo tener hijos

FALSO

Las mujeres que presentan diabetes si pueden embarazarse, solo que deben cuidar su estado de salud, sus niveles de glucosa y llevar un plan alimentario combinado con ejercicio.

CORREN RIESGO DE TENER DIABETES GESTACIONAL

Las mujeres con ciertos factores de riesgo tienen más probabilidades de desarrollar diabetes gestacional. Estos factores de riesgo incluyen, entre otros

- Diabetes gestacional en un embarazo anterior
- Más de 30 años de edad
- Sobrepeso y/o aumento excesivo de peso durante el embarazo
- Bebé de más de 4kg al nacer o nacimiento sin vida en un embarazo anterior
- Antecedentes familiares
- Falta de actividad física
- Alimentación rica en grasas y azúcares

Las mujeres no diabéticas con alguno de los factores de riesgo para la diabetes gestacional deben ser alertadas frente a la posibilidad de desarrollar una diabetes durante el embarazo y se les deberá indicar que informen de todo síntoma que pueda representar el comienzo de la enfermedad (polidipsia, polifagia, poliuria, debilidad...)

En la primera entrevista prenatal y durante las siguientes es importante la valoración del estrés físico y emocional; se sabe que éste factor precipita la diabetes en el individuo predispuesto a la enfermedad.

La patología bucal más frecuente en estos pacientes son las lesiones periodontales y candidiasis. Se trata de destacar las medidas terapéuticas y preventivas de la patología bucal en la paciente diabética.

Los objetivos del tratamiento alimentario en los casos de diabetes gestacional son la normalización de los niveles de glucemia, el adecuado crecimiento del bebé y su bienestar.

ROL DEL ENFERMERO

La importancia del rol de la enfermería se basa en el cuidado, la atención y la educación hacia el paciente.

Es necesario prestar un adecuado apoyo a la embarazada, tanto en el control de los niveles de glucosa como en la educación sanitaria; brindando así a la gestante y a sus familiares la información acerca de la patología existente y su desarrollo,

haciendo hincapié en el buen cumplimiento del tratamiento a través de autoanálisis glucémicos, modificaciones en la alimentación y la administración de insulina.

Identificar fuentes de estrés físico y psicosocial con la recomendación de evitarlas, dando muestras de comprensión y tranquilizando a la gestante para planificar y ejecutar las intervenciones de enfermería en el cuidado del paciente diabético es indispensable que la (el) enfermera (o) realice la valoración, establezca los diagnósticos de enfermería y finalmente proyecte las intervenciones, que son los cuidados directos que se realizarán en beneficio del paciente. Estos aspectos engloban los iniciados por enfermería como resultado de sus diagnósticos y los indicados por el médico. Asimismo, estas intervenciones deben abarcar el cuidado directo al paciente en caso de incapacidad.

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

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

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

CARACTERÍSTICAS DE LAS EMBARAZADAS DEL CENTRO DE
SALUD N° 146

En el Centro de Salud que se encuentra en el distrito de Los Campamentos, Rivadavia, ubicado al sudeste del Departamento acuden mujeres embarazadas para el seguimiento y control de su embarazo.

Son mujeres que viven en una zona rural, su nivel de estudio en un 55% tiene primaria completa y un 40% secundaria solo el 3% posee nivel universitario o terciario.

Un gran porcentaje pertenece a una clase social de mínimos recursos, no tiene vivienda propia o viven con algún familiar.

Hay un 30% de embarazadas adolescentes y un 70% de embarazadas mayores de 18 años, de las cuales un 37% se encuentra en unión estable, el 32% son casadas y un 31% son solteras.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Absorción: Acción de absorber una sustancia sólida sobre un fluido con el que está en contacto.

Descompensación: Incapacidad de un órgano para compensar las exigencias debidas a un defecto preexistente, funcional o anatómico

Diabetes: Enfermedad que se caracteriza por un exceso de azúcar en la sangre.

Educación: Enseñanza. Desarrollar o perfeccionar cada una de las facultades intelectuales y morales de la persona.

Embarazo: Evolución del óvulo fecundado dentro del útero.

Gestación: Acción y efecto de gestar. Embarazo

Glucemia: Presencia de azúcar o glucosa en la sangre.

Glucosuria: Presencia de glucosa en la orina.

Hiper glucemia: Aumento de la cantidad normal de azúcar en la sangre.

Hipoglucemia: Disminución de la cantidad normal de azúcar contenida en la sangre.

Insulina: Hormona segregada por el páncreas que regula la cantidad de glucosa de la sangre.

Intolerancia: Reacciones opuestas a la acción de un producto extraño. Falta de tolerancia.

Mito: Narración imprecisa de un acontecimiento

Morbilidad: Proporción de personas que enferman

Mortalidad: Proporción de defunciones (muertes) en determinado tiempo y población.

Restringir: Limitar, reducir.

Riesgo: Proximidad de un daño o peligro.

Tratamiento: Sistema o método para curar una enfermedad.

HIPÓTESIS

Los factores de riesgo como índice de masa corporal elevado, mayores de 30 años con antecedentes de diabetes en la familia, peso de última gesta elevado, podrían incidir en la aparición de diabetes gestacional en las mujeres que asisten al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia.

VARIABLE

Variable Independiente:

- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Peso de la última gesta.
- Estado nutricional.

Variable Dependiente: embarazadas.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<u>Variable Dependiente</u> Mujeres Embarazadas	• Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 10 – 15 años • 16 – 30 años • 31 – 49 años
	• Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Casada • Unión Estable • Soltera
	• Nivel de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primario Completo • Secundario Completo • Universitario Completo
	• Nº de Gestas Previas	<ul style="list-style-type: none"> • 1 – 4 • 5 – 9 • 10 – 14 • Ninguno
	• Edad Gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • 1 – 13 semanas • 14 – 26 semanas • 27 – 39 semanas
	• Abortos Previos	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
	• Alimentación Variada	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
	• Distancia que vive al Centro de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • < 4 km. • > 4 km.
	• Peso	<ul style="list-style-type: none"> • Kilogramos
	• Talla	<ul style="list-style-type: none"> • Centímetros
	• IMC	
	• Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad
	• Trabajo Estable	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
	<u>Variable Independiente</u> Factores que influyen sobre la diabetes gestacional.	• Antecedentes Familiares
• Antecedentes Personales		<ul style="list-style-type: none"> • DBT • HTA • Preeclampsia • Eclampsia • Obesidad • Ninguno
• Peso de la última Gesta		<ul style="list-style-type: none"> • <2,500 kg • 2,600 a 3,900 kg. • > de 4 kg.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo: Tiene por objetivo medir fenómenos y expresarlos en cantidades. En nuestro caso en particular mediremos algunos de los factores que influyen en la aparición de diabetes en las mujeres embarazadas.

Descriptivo: Describimos los factores que inciden en la diabetes gestacional y lo registramos

Transversal: Porque permite establecer factores de riesgo en la mujer embarazada en un momento dado.

Retrospectivo: El periodo y secuencia del estudio se realiza después que ha sucedido el fenómeno, este estudio busca las causas a partir de un efecto que ya se presentó, es decir que partiendo de las mujeres embarazadas se trató de buscar los factores que influyeron sobre la misma para la aparición de la diabetes gestacional. Según el periodo y secuencia del estudio, la investigación es retrospectiva.

UNIVERSO Y MUESTRA

El trabajo tiene como universo a 65 embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia

Dado el tamaño del universo, no fue necesario determinar la muestra. Se trabajó sobre el total de la población objeto de estudio.

AREA DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud N° 146, campamentos, Departamento de Rivadavia, provincia de Mendoza. Dicho establecimiento se encuentra a 15 Km de la zona céntrica del Dpto.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fuentes:

- Primaria: Mujeres embarazadas
- Secundaria: Historias clínicas

Técnicas:

- Encuestas
- Entrevistas

Instrumentos:

➤ Se utilizó un cuestionario con 14 preguntas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146 de Campamentos, Rivadavia. Las preguntas son cerradas, donde se buscó información sobre el tipo de alimentación, antecedentes familiares y personales sobre diabetes, hipertensión arterial, gestas previas, abortos, la distancia que separa el domicilio de las embarazadas del centro de salud, el número de miembros de cada familia, etc.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Se procedió a entregar una hoja impresa con las 14 preguntas de la encuesta a cada embarazada con diabetes gestacional que asistió al Centro de Salud.

PLAN DE TABULACION Y ANALISIS

Reunida la información se procedió a su organización, codificación y tabulación de la misma.

Los datos se presentaron a través de tablas, gráficos de barra y gráficos de sectores.



TABLAS, GRAFICOS Y
ANALISIS DE DATOS

TABLA N° 1

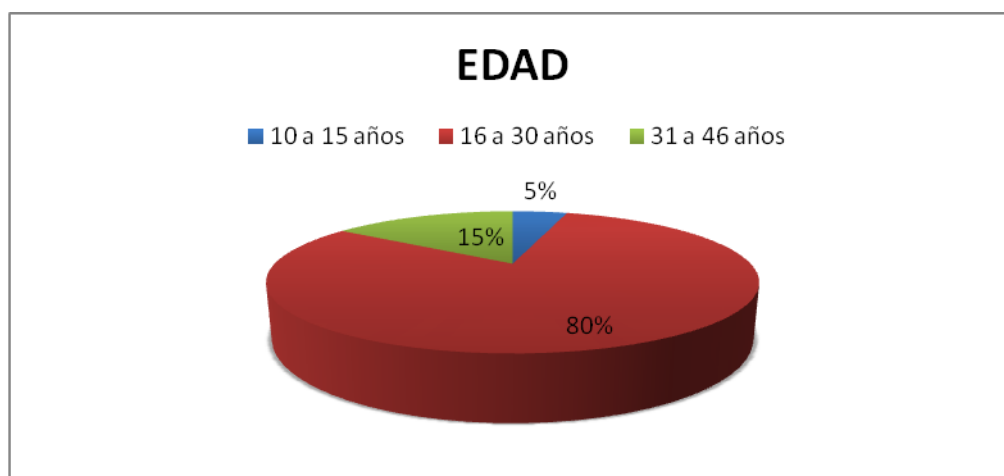
Título: Embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza. por edad.

EDAD	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %
10 a 15 años	3	4%
16 a 30 años	52	80%
31 a 46 años	10	16%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRÁFICO N° 1

Título: Embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza. por edad



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: De acuerdo con la edad de las embarazadas que asisten al Centro de Salud N°146, la edad promedio se encontró con un rango de 16 a 30 años en un 80 % del total de la población en estudio.

TABLA N° 2

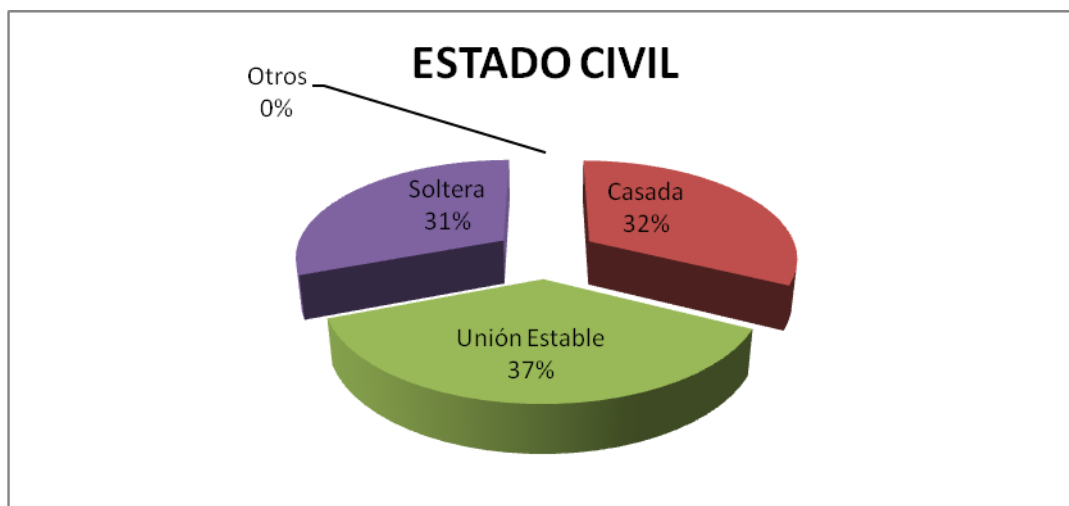
Título: Estado civil de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.

ESTADO CIVIL	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Casada	21	32%
Unión Estable	24	37%
Soltera	20	31%
Otros	0	0%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRÁFICO N° 2

Título: Estado civil de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: en cuanto al estado civil de las embarazadas que asisten al Centro de Salud N° 146, el 37% de la población en estudio se encuentra en unión estable, el 32% casadas y el 31% son solteras.

TABLA N°3

Título: Nivel de instrucción de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Ninguno	1	2%
Primario	36	55%
Secundario	26	40%
Universitario	2	3%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRAFICO N° 3

Título: Nivel de instrucción de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: El 40% de las embarazadas que asisten al centro de salud N°146 solo han completado en nivel secundario de educación, el 55% solo tiene el nivel primario completo y solo un 3% ha completado el nivel universitario. Cabe destacar que solo el 2% de la población en estudio no tiene ningún nivel de instrucción, por lo que se destaca una población que no es analfabeta.

TABLA N°4

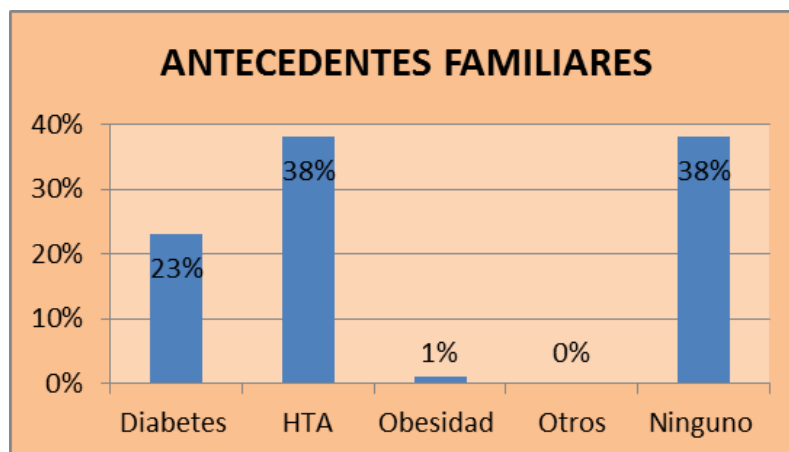
Título: Antecedentes familiares de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.

ANTECEDENTES FAMILIARES	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Diabetes	15	23%
HTA	24	38%
Obesidad	1	1%
Otros	0	0%
Ninguno	25	38%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRAFICO N°4

Título: Antecedentes familiares de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: El gráfico nos arrojó como resultado que el 38% de las embarazadas encuestadas tienen antecedentes familiares de HTA, el 23% de DBT, solo el 1% de obesidad y otro 38% no tiene antecedentes familiares de estas patologías.

TABLA Nº5

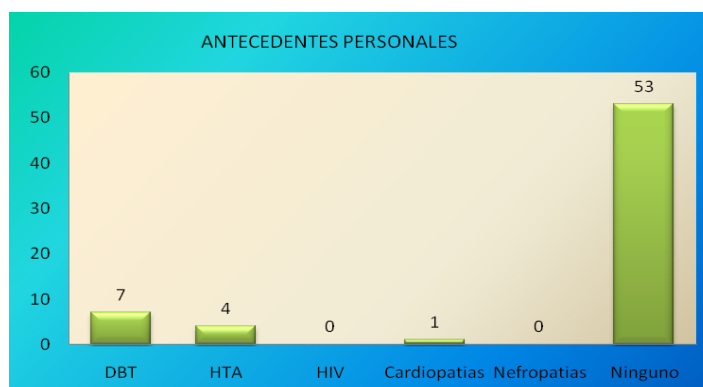
Título: Antecedentes personales de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud Nº 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.

ANTECEDENTES PERSONALES	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
DBT	7	11%
HTA	4	6%
HIV	0	0%
Cardiopatías	1	1%
Nefropatías	0	0%
Ninguno	53	82%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud Nº146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRAFICO Nº5

Título: Antecedentes personales de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud Nº 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud Nº146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: En cuanto a antecedentes personales, el 30% de la población en estudio tiene DBT, haciendo referencia a 7 embarazadas. Un 5% sufre de HTA, el 1% presenta cardiopatías. El 64% de las encuestadas, de un total de 65 embarazadas, no tiene antecedentes personales de estas patologías.

TABLA N°6

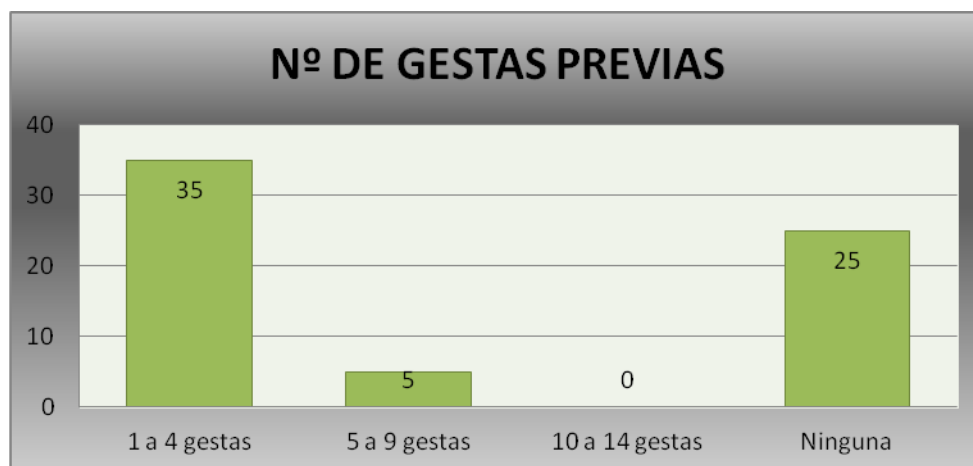
Título: N° de gestas previas de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza

Nº DE GESTAS PREVIAS	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
1 a 4 gestas	35	54%
5 a 9 gestas	5	8%
10 a 14 gestas	0	0%
Ninguna	25	38%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRAFICO N°6

Título: N° de gestas previas de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: El gráfico representa la cantidad de gestas previas que han tenido las embarazadas encuestadas, dando como resultado que el 54% ha tenido entre 1 a 4 gestas previas y un 38% no ha tenido. Solo un 8% representa un n° mas elevado de gestas en un rango de 5 a 9.

TABLA N°7

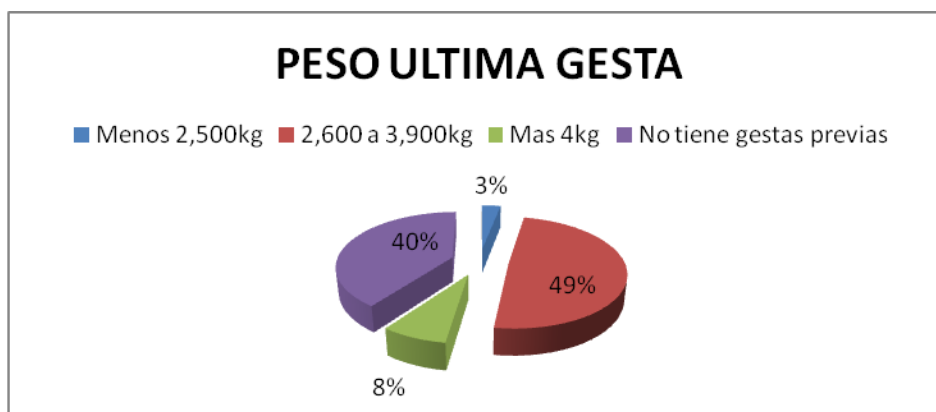
Título: Peso de la última gesta de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.

PESO ULTIMA GESTA	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Menos 2,500kg	2	3%
2,600 a 3,900kg	32	49%
Mas 4kg	5	8%
No tiene gestas previas	26	40%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRAFICO N°7

Título: Peso de la última gesta de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: De acuerdo a los datos que nos arroja la tabla n° 7 podemos decir que el 52% de las gestas tuvo un peso entre 2,500 Kg a 3,900 Kg, lo cual nos indica que no se trata de niños con alto peso. Por lo contrario 5 embarazadas (8%) dieron a luz a niños con un peso de más de 4 Kg. Este dato nos puede indicar un factor de riesgo que incide en la aparición de diabetes gestacional.

TABLA N°8

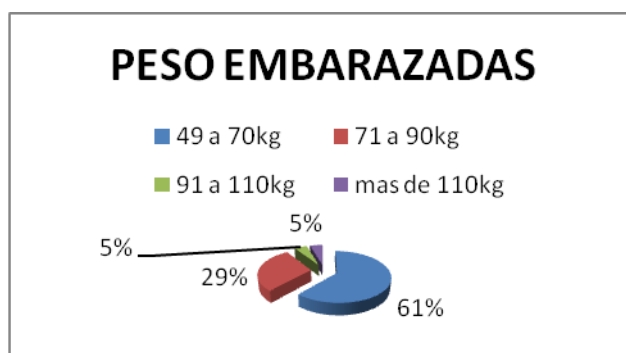
Título: Peso de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.

PESO EMBARAZADAS	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
49 a 70kg	40	61%
71 a 90kg	19	29%
91 a 110kg	3	5%
mas de 110kg	3	5%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRAFICO N°8

Título: Peso de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: El gráfico nos muestra que en la población de estudio se encontró que 6 embarazadas (10%) se encuentran con sobrepeso. La población restante se encuentra dentro del peso normal, de acuerdo a la edad gestacional en que se encuentran.

TABLA N°9

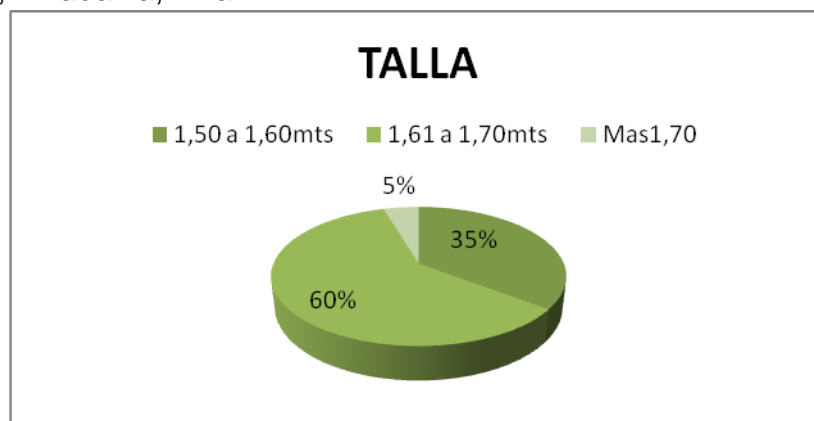
Título: Talla de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.

TALLA	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
1,50 a 1,60mts	23	35%
1,61 a 1,70mts	39	60%
Mas1,70	3	5%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRAFICO N°9

Título: Talla de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: En cuanto a la talla de la población en estudio el 60% de las embarazadas mide entre 1,50 a 1,60 mts, el 35% entre 1,61 a 1,70 mts y el 5% más de 1,70 mts.

TABLA N°10

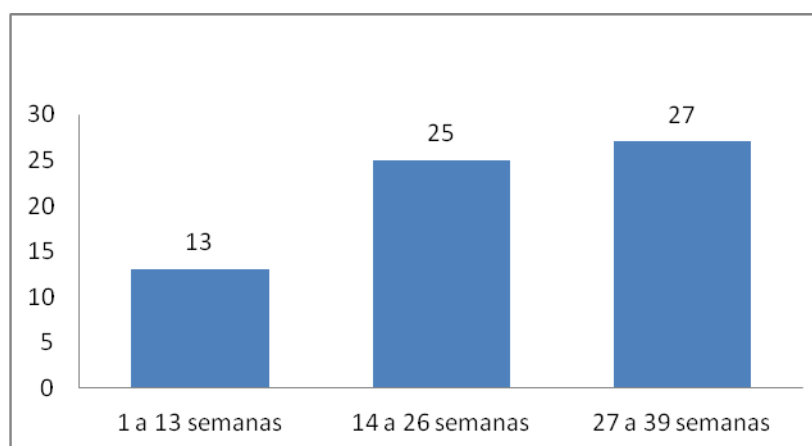
Título: Edad gestacional de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.

EDAD GESACIONAL	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
1 a 13 semanas	13	20%
14 a 26 semanas	25	38%
27 a 39 semanas	27	42%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRAFICO N°10

Título: Edad gestacional de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: La mayor parte de la población en estudio cursa un embarazo de 27 a 39 semanas de gestación (42%), el 38% de 14 a 26 semanas y el 20% de 1 a 13 semanas de gestación.

TABLA N°11

Título: Abortos previos en embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.

ABORTOS PREVIOS	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
SI	9	14%
NO	56	86%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRAFICO N°11

Título: Abortos previos en embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: Del total de las embarazadas encuestadas solo un 14%, con una cantidad de 9 embarazadas, tuvieron abortos previos.

TABLA N°12

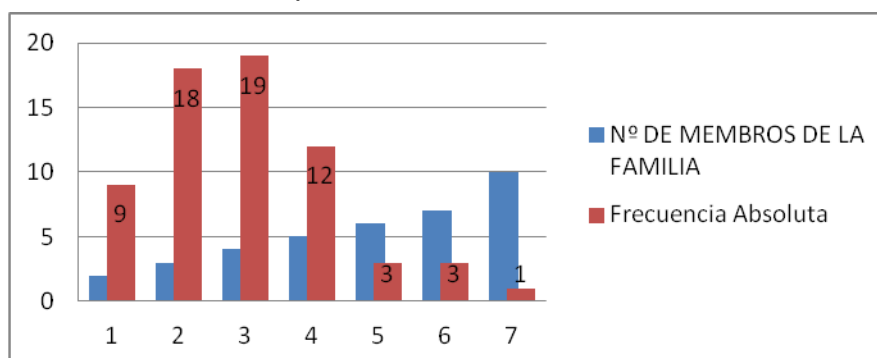
Título: Número de miembros de la familia de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.

Nº DE MIEMBROS DE LA FAMILIA	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
2	9	14%
3	18	28%
4	19	29%
5	12	18%
6	3	5%
7	3	5%
10	1	1%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRAFICO N°12

Título: Número de miembros de la familia de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: La familia compuesta por 4 personas es el tipo ideal, aunque se sabe que en las zonas rurales y urbano-marginales la familia que predomina es la numerosa (con más de 4 personas). En la población de estudio hay predominio de la familia nuclear compuesta por 4 miembros. Esto se aprecia en la tabla n° 12.

TABLA N°13

Título: Índice de embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza. en cuanto a trabajo estable.

TRABAJO ESTABLE	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
SI	11	17%
NO	54	83%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRAFICO N°13

Título: Índice de embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza. en cuanto a trabajo estable.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: Del total de la población en estudio un 17% tiene trabajo estable mientras que el 83% no tiene trabajo estable y se dedican a tareas de baja calificación.

TABLA N°14

Título: Tipo de alimentación de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.

ALIMENTACION VARIADA	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
SI	28	43%
NO	37	57%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRAFICO N°14

Título: Tipo de alimentación de las embarazadas que asistieron al Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias clínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: De 65 embarazadas, 37 (57%) no tienen una alimentación variada que incluya lácteos, legumbres, harinas, carnes, frutas y verduras. Los datos se pueden visualizar en la tabla n° 14.

TABLA N°15

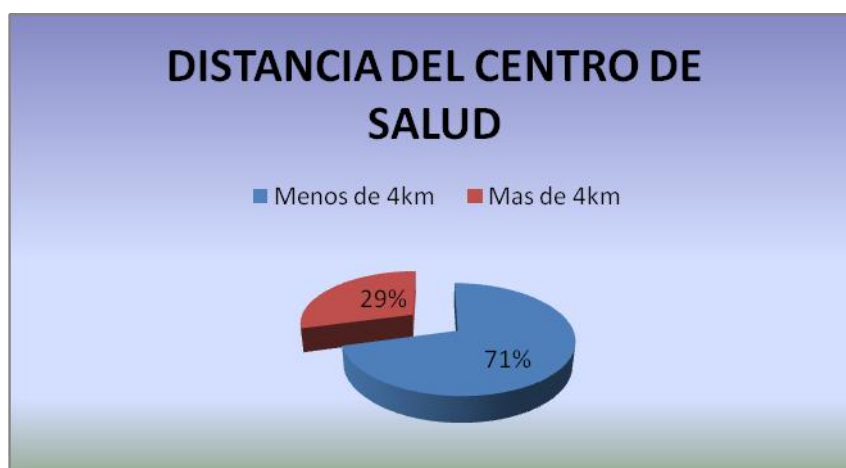
Título: Distancia en que se encuentran las embarazadas del Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.

DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Menos de 4km	46	71%
Mas de 4km	19	29%
TOTAL	65	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias dínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

GRAFICO N°15

Título: Distancia en que se encuentran las embarazadas del Centro de Salud N° 146 de Campamentos, Rivadavia, Mza.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de historias dínicas y encuestas realizadas a embarazadas que asistieron al Centro de Salud N°146, Campamentos, Rivadavia en los años 2009 y 2010

Análisis: El 29% de las embarazadas deben recorrer más de 4 Km para llegar al Centro de Salud. Esto se deduce en la tabla n° 15.

ANÁLISIS DE DATOS

Considerando el análisis que se realizó por medio de tablas y gráficos que se obtuvieron de las encuestas realizadas a embarazadas podemos decir que los factores de riesgo que inciden en la aparición de diabetes gestacional están relacionados con los antecedentes familiares, hábitos alimenticios y antecedentes personales.

A continuación se detallan los porcentajes mas relevantes de la investigación:

- El 80 % del total de la población en estudio tiene una edad promedio entre 16 a 30 años.
- El estado civil de las embarazadas se encuentra conformado por un 37% en unión estable, el 32% casadas y un 31% son solteras.
- El nivel de instrucción de las embarazadas está conformado por un 55% con primario completo, un 40% con secundario completo y un 3% ha completado el nivel universitario, solo el 2% de la población no tiene ningún nivel de instrucción.
- Un 38% tiene antecedentes familiares de HTA, el 23% de DBT y solo el 1% de obesidad, el 38% restante no tiene antecedentes familiares de estas patologías.
- Los antecedentes personales reflejan que un 30% de la población en estudio tiene DBT, un 5% sufre de HTA y un 1% cardiopatías, el 64% restante no presenta antecedentes personales.
- El 54% ha tenido entre 1 a 4 gestas previas al embarazo, un 8% entre 5 a 9 gestas y un 38% no ha tenido gestas previas.
- En relación al peso de la última gesta el 52% tubo un peso entre 2,500 kg a 3,900 kg, un 8% con mas de 4 kg y el otro 40% no registró pesos previos.
- Un 10% de embarazadas se encuentran con sobrepeso y el 90% restante se encuentra dentro del peso normal, de acuerdo a la edad gestacional en que se encuentran.

- El 60% de la población en estudio presentó una talla entre 1,50 mts. a 1,60 mts., un 35% entre 1,61mts. a 1,70 mts. y el 5% mas de 1,70 mts.
- La mayor parte de la población, un 42% cursa un embarazo de 27 a 39 semanas de gestación, el 38% de 14 a 26 semanas y el 20% de 1 a 13 semanas de gestación.
- El 14% de las embarazadas tuvieron abortos previos.
- Hay predominio de la familia nuclear con un 57%, seguido por la numerosa con un 29% y la mononuclear con un 14%.
- Un 17% tiene trabajo estable mientras que el 83% no tiene trabajo estable.
- El 57% no tiene una alimentación variada, que incluya lácteos, legumbres, harinas, carnes, frutas y verduras.
- Del total de las embarazadas un 29% deben recorrer mas de 4 km para llegar al centro de salud.

CONCLUSIÓN

Esta investigación resultó ser un desafío ya que no solo nos ha permitido detectar problemas, sino también establecer posibles soluciones. Los obstáculos que surgieron en la misma y el reto que significó trabajar con mujeres embarazadas hizo de esta investigación una verdadera ocupación para nosotros.

Este trabajo se llevó a cabo en una zona rural donde predomina la familia nuclear (formada por padre, madre y 2 hijos), seguido por la numerosa y luego la familia mononuclear.

Detectamos que el nivel de instrucción de las embarazadas en su mayoría alcanzaba la primaria completa, en menor grado la secundaria y un muy bajo porcentaje el universitario, lo cual evidencia un bajo nivel sociocultural, destacando una población con pocas posibilidades de continuar sus estudios superiores motivados por problemas económicos o por estar a una distancia alejada de los centros de estudios.

Encontramos que un porcentaje menor de embarazadas tiene trabajo estable, las restantes no lo poseen o no trabajan, esto implica que los ingresos por familia no son elevados reflejando la imposibilidad de sostener una dieta equilibrada acorde a la necesidad de cada caso en particular; aunque esto no se refleje en sus condiciones nutricionales ya que el 90% encuentra dentro del peso normal de acuerdo a la edad gestacional en que se encuentra, si encontramos un desequilibrio en su calidad de alimentación.

Se comprobó que las embarazadas que presentaron diabetes gestacional estaban íntimamente relacionadas a factores como el peso de la última gesta elevado, sobrepeso considerable, mujeres mayores de 30 años y antecedentes familiares de diabetes.

El enfermero tiene el conocimiento necesario para explicar todo tratamiento y/o procedimiento para realizar la educación y el tratamiento adecuado en el paciente, satisfaciendo sus necesidades y dudas con la información sobre el cuidado

de su salud, permitiendo así llevar una mejor calidad de vida y un embarazo sin complicaciones.

La labor de enfermería está orientada no solamente a la atención del individuo enfermo sino también hacia el individuo sano en el área de la promoción de la salud.

RECOMENDACIONES

Al conocer los factores que afectan y desencadenan en la embarazada un riesgo potencial de adquirir diabetes sería conveniente concientizar a la población de embarazadas de la importancia de entender qué es la diabetes y los cuidados que se requieren, por ello se sugieren las siguientes observaciones:

- Informar sobre qué es la diabetes y sus desventajas.
- Realizar controles frecuentes prenatales (cada 2 semanas hasta la semana 28 de gestación).
- Fomentar la correcta educación de la paciente diabética.
- Proporcionar las instrucciones adecuadas para cada una de las pruebas necesarias.
- Educar a las pacientes sobre hábitos alimentarios.

Consideraciones para la población de embarazadas que presentaron o no diabetes gestacional en el Centro de Salud N° 146 Campamentos.

- Trabajar con el equipo de salud por ejemplo: enfermero, médico y nutricionista.
- Fomentar la consulta al médico ginecológico en forma y tiempo adecuado.
- Realizar charlas informativas sobre tipos de alimentos a consumir para la población con un riesgo potencial de presentar diabetes gestacional.
- Conseguir que la embarazada asimile una buena educación diabetológica, realizando controles de glucemia, preprandiales y posprandiales, tener conocimientos sobre la administración de insulina y conocer los síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia.
- Recomendar a las mujeres embarazadas en riesgo realizar un test de O 'Sullivan entre las semanas 24 y 28 de gestación.
- Buscar la forma más directa, pero no invasiva, de llegar a la embarazada con un plan alimentario adecuado consumiendo una variedad de alimentos que incluyan hortalizas, frutas, legumbres (en forma moderada) ya que proveen vitaminas, minerales y fibras.

- Sugerir restringir el consumo de azúcares como caramelos, azúcar, chocolates, gaseosas con azúcar, mermeladas, ya que no contribuyen a la buena salud.
- Conseguir el apoyo de la familia para lograr la educación y el seguimiento de la embarazada.
- Incentivar el ejercicio físico moderado, el cual puede ayudar al tratamiento de la diabetes gestacional siempre que sea autorizado por el médico tratante.
- Fomentar la consulta al profesional en nutrición en caso de ser necesario.
- Dar a conocer los resultados de esta investigación, ya que sería un enorme beneficio, no solo para la población estudiada sino también para el resto de la comunidad con el propósito de que se concientice y pueda adoptar medidas preventivas que producirán mejoras en la calidad de vida. Compréndase el significado de “calidad de vida” como un óptimo estado nutricional y un embarazo con el menor riesgo posible como a la vez saludable.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Latinoamericana de Diabetes: detección y diagnóstico de la Diabetes Mellitus gestacional. Salud Perinatal 1989.
- Diabetes Mellitus. Clínica y Tratamiento. Rubén O. de Marco y colaboradores 1993.
- O'Sullivan J.B Maham C.M Screening criteria for nigh risk gestacional diabetes 1973.
- Parada O.H; Alvariñas, J.H y Salcedo; Diabetes y embarazo 1989.
- Sumary and Recomendations of the third International Diabetes Mellitus 1991.



APENDICE Y ANEXOS

La presente encuesta anónima es realizada por estudiantes de la Universidad Nacional de Cuyo Ciclo de Licenciatura de Enfermería Sede San Martín de Mendoza como parte del trabajo de investigación. Solicitamos su colaboración para realizarla.

ENCUESTA A EMBARAZADAS

1- ¿Cuántos años tiene?

10-15 16-30 31-46

2- Estado civil

Casada Unión estable Soltera Otro

3- ¿Qué nivel de instrucción tiene?

Primario Secundario Universitario Ninguno
Completo Completo Completo

4- Tiene antecedentes familiares de:

Diabetes Hipertensión Pre eclampsia Obesidad
Ninguno

5- Tiene antecedentes personales de:

Diabetes Hipertensión Pre eclampsia HIV
Cardiopatías Nefropatía Ninguno

6- ¿Qué cantidad de gestas previas ha tenido?

7- Peso de la última gesta

Menos de 2.5kg Más de 2.600-3.900kg Más de 4kg

8- Peso

Talla

IMC

9- Edad gestacional

0-13 semanas 14-26 semanas 27-39 semanas

10- *¿Ha tenido abortos previos?*

Si No

11- *¿Cuántos miembros integran su familia?*

12- *¿Tiene trabajo estable?*

Si No

13- *¿Su tipo de alimentación es variada (frutas, verduras, legumbres, carnes, Harinas, lácteos)?*

Si No

14- *¿A qué distancia vive del Centro de Salud?*

Menos de 4 km más de 4km

CODIFICACION DE VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
1- <u>Variable Dependiente</u> Mujeres Embarazadas	A. Edad	a. 10 – 15 años b. 16 – 30 años c. 31 – 46 años
	B. Estado Civil	a. Casada b. Unión Estable c. Soltera d. Otros
	C. Nivel de Instrucción	a. Ninguno b. Primario Completo c. Secundario Completo d. Universitario Completo
	D. Nº de Gestas Previas	a. 1 – 4 b. 5 – 9 c. 10 – 14 d. Ninguno
	E. Edad Gestacional	a. 1 – 13 semanas b. 14 – 26 semanas c. 27 – 39 semanas
	F. Abortos Previos	a. SI b. NO
	G. Alimentación Variada	a. SI b. NO
	H. Distancia que vive al Centro de Salud	a. < 4 km. b. > 4 km.
	I. Embarazada	a. Peso: Kilogramos b. Talla: Centímetros c. IMC
	J. Familia	b. Cantidad
	K. Trabajo Estable	a. SI b. NO
2- <u>Variable Independiente</u> Factores que influyen sobre la diabetes gestacional.	A. Antecedentes Familiares	a. DBT b. HTA c. Obesidad d. Otros e. Ninguno
	B. Antecedentes Personales	a. DBT b. HTA c. HIV d. Cardiopatías e. Nefropatías f. Ninguno
	C. Peso de la última Gesta	a. <2,500 kg b. 2,600 a 3,900 kg. c. > de 4 kg. d. No tiene