



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA.
ZONA XALAPA
ESPECIALIZACIÓN EN SALUD MATERNO Y PERINATAL**



**“PROPUESTA DE CUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES
GESTACIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS”**

**Tesis que para obtener el grado de
Especialista en Salud Materno y Perinatal**

Presenta:

L.E. Yolva Gómez Ortiz

Directora de Tesis:

Mtra. Ruth Angélica Landa Rivera.

Xalapa, Ver; Enero 2016

Dra. Sara Ladrón de Guevara González
RECTOR

Mtra. Leticia Rodríguez Audirac
DIRECTORA DEL AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mtra. María Concepción Sánchez Rovelo
SECRETARIA ACADÉMICA

Dra. Yolanda Méndez Grajales
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA-XALAPA

JURADO

**Mtra. Ruth Angélica Landa Rivera
PRESIDENTE**

**Dra. Elizabeth Bonilla Loyo
SECRETARIO**

**E.E. María Isabel Jiménez Samio
VOCAL**

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a dios por haberme permitido lograr una más de mis metas y por las bendiciones que he recibido durante toda mi vida, también por contar con el apoyo y la comprensión de mi querida y amada familia: mis hijos Yolva Jossetti, Diana Soledad Y Carlos Eduardo y a mi esposo Evelio Escobar Córdoba, por todas las horas que les robe para lograr mi superación personal, pero siempre pensando en ellos.

A mi padre Rafael Gómez Camacho y en especial a mi madre María luisa Ortiz García con todo mi amor.

Con cariño a mis hermanos Fidel, María de Lourdes, Norberto, Rafael, Fernando, Braulio, Omar, Javier y Joannita, por todos los momentos que compartimos.

A mi directora de tesis la Mtra. Ruth Angélica Landa Rivera: Gracias por su apoyo y dedicación, por todos esos momentos que me dedico cuando también tenía sus compromisos profesionales, le estaré agradecida eternamente.

RESUMEN

El objeto de estudio de esta investigación fue la diabetes gestacional. **El objetivo** fue Identificar el nivel de conocimientos que la mujer embarazada tiene sobre la diabetes gestacional que le permita proponer una intervención educativa. **Metodología.** **El tipo de estudio** fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. **Universo** estuvo constituido por las mujeres embarazadas que acudieron a consulta de control prenatal al centro de salud de la colonia Revolución. **Población** mujeres embarazadas que tenían más de 24 semanas de gestación y que acudieron a control prenatal del 4 al 24 de agosto del 2015. **Muestreo** por conveniencia. **Muestra** 28 embarazadas que acudieron a consulta y presentaron más de 24 semanas de gestación. **El instrumento** fue un cuestionario de 32 preguntas basadas en el marco teórico, validado por expertos y prueba piloto.

Plan de análisis y tabulación, se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 15 con el apoyo del bloque conceptual trabajado en el cuadro de Operacionalización de variables distribuidas en tres conceptos claves: Diabetes gestacional, embarazo y prevención de diabetes gestacional. Entre los **resultados** obtenidos se identifico que el 60.7% de las entrevistadas desconocen el concepto de diabetes gestacional, el 57.1% de ellas desconocen los factores de riesgo que predisponen su desarrollo. 60.7 no tienen conocimiento sobre el método de diagnostico, el 39.3% nunca se ha realizado la prueba de Sullivan. El 82.1% no tienen conocimiento sobre las complicaciones. El 14.3 desconoce que debe acudir a consultas de control prenatal mensuales. El 57.1% de las entrevistadas no identifican la importancia de llevar una alimentación balanceada como un elemento para prevenir la diabetes gestacional, el 78.6% desconocen el incremento ideal de peso en el embarazo, el 50% desconoce la importancia del ejercicio moderado como un elemento d prevención.

El 60.7% manifestó que no recibe información sobre Dg de parte de parte del personal de enfermería. Dentro de la **discusión** se coincide con los autores Flores, Solorio, Melo, Trejo (2014) Nava, Pestaña, Santamaría, Vázquez, Camacho, Herrera (2011). Zonana,

Baldenebro, Ruiz. (2012). Álvarez, Valdés, Santana, Lugo (2012) y Valdez, Valencia, Rodríguez, Santana y Lang (2012). Quienes coincidieron y abordaron las variables: Diabetes gestacional, embarazo y prevención de la diabetes gestacional.

Conclusión. Los resultados avalan la necesidad de implementar una intervención educativa que incremente el nivel de conocimientos sobre la diabetes gestacional y que probablemente incida en la identificación y prevención de los factores de riesgo en la mujer embarazada y su producto.

INDICE			
RESUMEN			5
	I	Índice de tablas	8
	II	Índice Gráficas	9
INTRODUCCION			10
Capítulo I			
	1.1.	Antecedentes de la diabetes mellitus gestacional	11
	1.1.1	Planteamiento del problema	13
	1.1.2.	Delimitación conceptual de la diabetes gestacional	15
	1.2.	Perspectiva teórica y aproximaciones conceptuales	18
		a.Desde el Campo de la Enfermería: Dorothea Orem	18
		b. Propuesta de modelo teórico propio	19
	1.2.1.	Diabetes Gestacional (DG)	20
		a. Conceptos DG	20
		b Factores de riesgo	21
		c.. Diagnostico	22
		d. Complicaciones	24
		e. Tratamiento	25
	1.2.2.	Embarazo	27
		a. Concepto Embarazo	27
		b. Embarazo de riesgo	27
		C .Control Prenatal	28
	1.2.3.	Prevención de diabetes Gestacional	28
		a. Terapia Nutricional	29
		b. Actividad Física	30
		c. Promoción a la Salud	31
	1.3	Marco Contextual del espacio físico de la investigación.	31
	1.3.1	Origen, Evolución y Estado actual del Espacio físico	32
	1.3.2	Filosofía institucional, Misión, Visión, Valores.	33
	1.3.3	Marco legal de la institución de salud	35
	1.3.4	Organigrama institucional	37
Capítulo II			
Metodología			
	2.1.	Problema de investigación	38
	2.1.1	Evidencias Empíricas	38
	2.1.2	Problema de Investigación Argumentado	38
	2.2	Marco Epistémico	42
	2.2.1	Pregunta general de investigación, Hipótesis/Supuestos Hipotéticos y objetivos general	42
	2.2.2	Subpreguntas de investigación, Hipótesis alternas /Supuestos Hipotéticos y Objetivo específicos	42
	2.3	Diseño del estudio	45
	2.3.1	Tipo de estudio	45
	2.3.2	Universo, población y muestra	45
	2.3.3	Operacionalización de variables	47
	2.4	Técnicas y procedimientos para la recolección de la información.	56
	2.4.1	Instrumento	56
	2.4.2	Resultados prueba Piloto	56
	2.4.3	Plan de tabulación y análisis estadístico de la información	56
CAPITULO III			
Diagnóstico sobre conocimiento de Diabetes gestacional.			
	3.1.	Resultados del diagnóstico	57
		a. Conocimiento sobre diabetes gestacional.	57
		b. Caracterización de la muestra	57
		c. Discusión y conclusiones	75
CAPITULO IV			
Estrategia Educativa: Hacia una Propuesta			
	4.1.	Introducción, Título de la propuesta, Problema de investigación, Objetivo general y específicos, y metas.	78
	4.2.	Plan e instrumentos de Evaluación de la Intervención	80
	4.3.	Conclusiones y recomendaciones	86
	4.4.	Experiencia en el proceso de investigación	87
	4.5.	Referencias Bibliográficas y Anexos	88

Índice de tablas

		Página
Tabla No. 1	Edad	98
Tabla No. 2	Ocupación	98
Tabla No. 3	Nivel educativo	98
Tabla No. 4	Estado civil	99
Tabla No. 5	Religión	99
Tabla No. 6	Número de embarazos	99
Tabla No. 7	Semanas de gestación	99
Tabla No. 8	I.M.C de las entrevistadas	99
Tabla No. 9	Categoría 1	59
Tabla No. 10	Categoría 2	59
Tabla No. 11	Categoría 3	60
Tabla No. 12	Categoría 4	60
Tabla No. 13	Categoría 5	61
Tabla No. 14	Categoría 6	61
Tabla No. 15	Categoría 7	62
Tabla No. 16	Categoría 8	62
Tabla No. 17	Categoría 9	63
Tabla No. 18	Categoría 10	63
Tabla No. 19	Categoría 11	64
Tabla No. 20	Categoría 12	64
Tabla No. 21	Categoría 13	65
Tabla No. 22	Categoría 14	65
Tabla No. 23	Categoría 15	66
Tabla No. 24	Categoría 16	66
Tabla No. 25	Categoría 17	67
Tabla No. 26	Categoría 18	67
Tabla No. 27	Categoría 19	68
Tabla No. 28	Categoría 20	68
Tabla No. 29	Categoría 21	69
Tabla No. 30	Categoría 22	69
Tabla No. 31	Categoría 23	70
Tabla No. 32	Categoría 24	70
Tabla No. 33	Categoría 25	71
Tabla No. 34	Categoría 26	71
Tabla No. 35	Categoría 27	72
Tabla No. 36	Categoría 28	72
Tabla No. 37	Categoría 29	73
Tabla No. 38	Categoría 30	73
Tabla No. 39	Categoría 31	74
Tabla No. 40	Categoría 32	74

Índice de graficas		
		Pagina
Grafica No. 1	Edad	100
Grafica No. 2	Ocupación	100
Grafica No. 3	Nivel educativo	101
Grafica No. 4	Estado civil	101
Grafica No. 5	Religión	102
Grafica No. 6	Número de embarazos	102
Grafica No. 7	Semanas de gestación	103
Grafica No. 8	I.M.C de las entrevistadas	103
Grafica No. 9	Categoría 1	104
Grafica No. 10	Categoría 2	104
Grafica No. 11	Categoría 3	105
Grafica No. 12	Categoría 4	105
Grafica No. 13	Categoría 5	106
Grafica No. 14	Categoría 6	106
Grafica No. 15	Categoría 7	107
Grafica No. 16	Categoría 8	107
Grafica No. 17	Categoría 9	108
Grafica No. 18	Categoría 10	108
Grafica No. 19	Categoría 11	109
Grafica No. 20	Categoría 12	109
Grafica No. 21	Categoría 13	110
Grafica No. 22	Categoría 14	110
Grafica No. 23	Categoría 15	111
Grafica No. 24	Categoría 16	111
Grafica No. 25	Categoría 17	112
Grafica No. 26	Categoría 18	112
Grafica No. 27	Categoría 19	113
Grafica No. 28	Categoría 20	113
Grafica No. 29	Categoría 21	114
Grafica No. 30	Categoría 22	114
Grafica No. 31	Categoría 23	115
Grafica No. 32	Categoría 24	115
Grafica No. 33	Categoría 25	116
Grafica No. 34	Categoría 26	116
Grafica No. 35	Categoría 27	117
Grafica No. 36	Categoría 28	117
Grafica No. 37	Categoría 29	118
Grafica No. 38	Categoría 30	118
Grafica No. 39	Categoría 31	119
Grafica No. 40	Categoría 32	119

Introducción

La Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo. (Almirón 2005)

La diabetes mellitus gestacional puede tener muchas complicaciones tanto en la madre como en el producto; aumenta las complicaciones fetales como macrosomía, síndrome de dificultad respiratoria, hipoglucemia neonatal, y malformaciones en el desarrollo. Los productos de la embarazada con diabetes gestacional tienen mayor riesgo de obesidad y de ser diabéticos en el futuro. (Williams 2002)

Las mujeres que presentan diabetes mellitus gestacional durante el embarazo tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y síndrome metabólico. (Vokaer 1971)

Es necesario que la paciente embarazada acuda a su unidad de salud a control prenatal y nosotros como enfermeras darle una atención integral otorgada con calidad y calidez, donde también se le informe sobre la DMG y de los factores de riesgo que las predisponen a desarrollarla, para que adopten medidas de prevención y detección y así realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno y adecuado a fin de disminuir o evitar en lo posible las complicaciones en la gestante y su producto. Esta investigación tiene como objetivo Identificar el nivel de conocimientos que la mujer embarazada tiene sobre la diabetes gestacional en el C.S. Revolución, para proponer una intervención de comunicación educativa que incremente su nivel de conocimiento y prevenir el desarrollo de la diabetes gestacional.

La técnica de recolección de la información será la encuesta, utilizando como instrumento de valoración el cuestionario, el cual fue elaborado en base al marco teórico. Los resultados servirán de base para implementar intervenciones educativas de enfermería que favorezcan la adquisición de conocimientos por las mujeres embarazadas para autocuidarse y así disminuir las complicaciones que les genera en caso de padecer la DMG.

CAPITULO I

1.1 ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL.

Se llama diabetes gestacional a la intolerancia a los carbohidratos de gravedad variable, que comienza o se identifica por primera vez durante el embarazo (Williams 2002)

Es difícil determinar el momento preciso en que se pensó el concepto de Diabetes Gestacional. Existen evidencias de que alrededor de los años 40's, con los trabajos de Miller en E. U. A. Y Dunlop en Inglaterra ya se suponía la existencia de una intolerancia a los hidratos de carbono durante la gestación que contribuía a incrementar las tasas de morbilidad materno infantil. (Pineda 2000).

Fue aproximadamente a partir de los años 50's con el trabajo de Jackson que se habló de una intolerancia a los hidratos de carbono propio del embarazo y a partir de esta fecha los trabajos publicados hacen la clara diferenciación entre la diabética que se embaraza y aquella que manifiesta el padecimiento durante el embarazo.

Los trabajos de O' Sullivan y Mahan fueron los clásicos para la detección y el diagnóstico de este tipo de diabetes, pero fue hasta el año de 1979 cuando definió la Diabetes Gestacional como la conocemos ahora. (Pineda 2000).

La diabetes mellitus era ya conocida antes de la era cristiana. En el manuscrito descubierto por Ebers en Egipto, correspondiente al siglo XV antes de Cristo, se describen síntomas que parecen corresponder a la diabetes. Fue Areteo de Capadocia quien, en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección el nombre de diabetes, que significa en griego sifón, refiriéndose al signo más llamativo que es la eliminación exagerada de agua por el riñón, con lo cual quería expresar que el agua entraba y salía del organismo del diabético sin fijarse en él. En el siglo II Galeno también se refirió a la diabetes. En los siglos posteriores no se encuentran en los escritos médicos referencias a esta enfermedad hasta que, en el siglo XI, Avicena habla con clara precisión de esta afección en su famoso Canon de la Medicina. Tras un largo intervalo fue Tomás Willis quien, en 1679, hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica. Fue él quien,

refiriéndose al sabor dulce de la orina, le dio el nombre de diabetes mellitus (sabor a miel). En 1775 Dopson identificó la presencia de glucosa en la orina. La primera observación necrónica en un diabético fue realizada por Cawley y publicada en el "London Medical Journal" en 1788. Casi en la misma época el inglés Rollo consiguió mejorías notables con un régimen rico en proteínas y grasas y limitado en hidratos de carbono. Los primeros trabajos experimentales relacionados con el metabolismo de los glúcidos fueron realizados por Claude Bernard quien descubrió, en 1848, el glucógeno hepático y provocó la aparición de glucosa en la orina excitando los centros bulbares mediante pinchaduras. En la segunda mitad del siglo XIX el gran clínico francés Bouchardat señaló la importancia de la obesidad y de la vida sedentaria en el origen de la diabetes y marcó las normas para el tratamiento dietético, basándolo en la restricción de los glúcidos y en el bajo valor calórico de la dieta. Los trabajos clínicos y anatomopatológicos adquirieron gran importancia a fines del siglo pasado, en manos de Frerichs, Cantani, Naunyn, Lanceraux, etc. y culminaron con las experiencias de pancreatectomía en el perro, realizadas por Mering y Minkowski en 1889.

La búsqueda de la presunta hormona producida por las células descritas en el páncreas, en 1869, por Langerhans, se inició de inmediato. Hedon, Gley, Laguesse y Sabolev estuvieron muy cerca del ansiado triunfo, pero éste correspondió, en 1921, a los jóvenes canadienses Banting y Best, quienes consiguieron aislar la insulina y demostrar su efecto hipoglucemiante. Este descubrimiento significó una de las más grandes conquistas médicas del siglo actual, porque transformó el porvenir y la vida de los diabéticos y abrió amplios horizontes en el campo experimental y biológico para el estudio de la diabetes y del metabolismo de los glúcidos.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónico degenerativa, sistémica, es originada por varios factores etiológicos que ocasionan alteración del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, y que se caracteriza por hiperglucemia asociada con deficiencia absoluta o relativa de insulina o resistencia a esta. (López 2010) Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. (López 2010)

Existen varios tipos de diabetes; actualmente se clasifica en: Diabetes tipo 1, la cual se caracteriza por la destrucción de las células B del páncreas, lo que ocasiona una

deficiencia absoluta de insulina de origen inmunitario o genético. Diabetes tipo 2 en la que existe deficiencia de la secreción pancreática de insulina o resistencia sistémica a la acción de esta causada por la edad, obesidad u otros estados patológicos. Diabetes tipo 3: diabetes mellitus secundaria, puede ser originada por defectos genéticos cromosómicos en la función de las células B del páncreas, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exócrino, endocrinopatías, infecciones (rubeola, citomegalovirus), otros síndromes que suelen asociarse a diabetes (síndrome de Down) y sustancias química inductoras de la diabetes (como en el tratamiento del SIDA o después de trasplante órganos). (López 2010)

Y Diabetes mellitus gestacional (GDM) que se define como una alteración del metabolismo de hidratos de carbono, de severidad variable, que se inicia o se reconoce por primera vez en el embarazo y que probablemente refleja en algunos casos una manifestación prematura de la historia natural de la DM-2 bajo estímulos hormonales diabetogénicos particulares, en especial el lactógeno placentario. El término de DMG se aplica independientemente de si se requiere o no insulina, o si la alteración persiste después del embarazo y no excluye la posibilidad de que la alteración metabólica haya estado presente desde antes de la gestación. (Williams 2002).

1.1.1. Planteamiento del Problema

La diabetes mellitus gestacional actualmente se ha convertido en un problema de salud pública, toda vez que pone en riesgo no solo a la mujer, sino a su producto por lo que con este trabajo se pretende identificar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en el centro de salud de la colonia revolución sobre los factores de riesgo que contribuyen a desarrollar diabetes gestacional así como las medidas preventivas que se pueden adoptar para evitar en lo posible su desarrollo. El incremento que en los últimos años se ha presentado sobre el padecimiento, probablemente se deba a la poca información que tienen las mujeres embarazadas sobre la diabetes gestacional, sus factores de riesgo, prevención y su

tratamiento, lo que hace necesario realizar intervenciones encaminadas a incrementar el conocimiento sobre la diabetes gestacional.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen más de 347 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre en ayunas. (OMS)

Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030.

La incidencia de la diabetes gestacional a nivel mundial se ha estimado en un 7% (Setji T, 2005). En EE.UU. del 2% al 10% de las embarazadas presentan DMG, habiendo posibilidad que se repita en el siguiente embarazo del 25 al 45% de probabilidad y el riesgo de desarrollar DM2 en los siguientes 5 a 16 años. En Chile en estudios recientes identificaron que el IMC \geq 25, edad mayor de 25 años y antecedentes heredo-familiares predisponen a la diabetes mellitus gestacional.

En México el sobrepeso y la obesidad en las mujeres en edad fértil es del 26 al 38% y la prevalencia de DMG es de 9.7 a 13%, siendo más frecuente en la región central del país.

En México dependiendo de la prueba, los criterios diagnósticos utilizados y de la población estudiada se ha reportado entre el 3% al 19.6 %. La DMG complica del 8 al 12% de los embarazos en México (7). Tanto la DMG como la presencia de hiperglucemia materna se relacionan con complicaciones perinatales y con un alto riesgo de desarrollar obesidad y DM2, posteriormente, tanto en la madre como en el niño.

La diabetes mellitus gestacional (DMG), es el aumento de glucosa en la sangre en mujeres durante el embarazo y que generalmente desaparece después del nacimiento, es conocida desde hace muchos años como una de las complicaciones más frecuentes que presenta la mujer embarazada.

Es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad, que se reconoce por primera vez durante el embarazo, y que puede o no resolverse después de este. (NICE 2008, Metzger B 2007)

Diabetes pregestacional o preexistente, se refiere a pacientes conocidas con diabetes tipo 1 o 2 que se embarazan. (NICE 2008, Metzger B, 2007).

Los factores de riesgo para que una mujer embarazada presente diabetes gestacional son: El sobrepeso y la obesidad antes del embarazo, antecedentes de diabetes mellitus en familiares directos (padres, hermanos), haber padecido diabetes gestacional en un embarazo anterior, haber tenido hijos con más de 4 kilos al nacimiento, la edad; mayores de 25 años, teniendo más riesgo las mayores de 35 años y las mujeres embarazadas que tienen entre las 24 y las 32 semanas de gestación.

La asociación de la diabetes con el embarazo siempre es un riesgo, ya que el embarazo produce aumento de hormonas, como progesterona, lactógeno placentario, cortisol y prolactina, que ejercen un efecto antiinsulinico y por tanto diabetogeno. Este hecho explica la llamada diabetes gestacional descrita por Duncan que después desarrollan una diabetes permanente. La diabetes al producir hipoglucemia materna ocasiona hiperinsulinismo fetal y un efecto anabólico, que se manifiesta en la macrosomia fetal e hipoglucemia del recién nacido. La hiperglucemia durante el primer trimestre del embarazo produce las malformaciones congénitas del recién nacido. (Mondragon 2012).

1.1.2 ESTUDIOS HALLAZGOS Y DELIMITACION CONCEPTUAL DE LA DIABETES GESTACIONAL

Flores et al (2014) en su artículo "Embarazo y obesidad: riesgo para desarrollo de diabetes gestacional en la frontera norte de México", identifico la relación de la obesidad, sobrepeso y el antecedente heredo-familiar de DM2 con el desarrollo de la diabetes gestacional y señala que es importante reducir el sobrepeso y la obesidad en mujeres en edad fértil y realizar pruebas diagnósticas sobre la DMG en todas las embarazadas que acudan a control prenatal..

Por otro lado Nava et al (2011). En su trabajo "obesidad pregestacional y riesgo de intolerancia a la glucosa en el embarazo y diabetes gestacional" menciona que el sobrepeso y la obesidad pregestacional son un factor de riesgo para diabetes gestacional e ITG, por lo que recomienda realizar curva de tolerancia oral a la glucosa a todas las embarazadas durante su control prenatal para obtener un diagnóstico y tratamiento oportuno y así evitar complicaciones tanto a la madre como al producto

Zonana et al (2012). En su investigación "Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato" recomienda que durante la preconcepción las mujeres con sobrepeso y obesidad sean informadas sobre dieta y actividad física y que durante el mismo eviten una ganancia de peso excesiva. Medidas que disminuyen el peso al nacimiento y en la madre con un menor riesgo obstétrico.

Álvarez et al (2012). En su artículo "El exceso y bajo peso corporal al nacimiento en hijos de madres con diabetes", identifico los factores de riesgo de la diabetes gestacional que se pueden modificar para obtener neonatos adecuados a su edad gestacional. Señala que las mujeres multíparas, con sobrepeso y obesidad y descontrol metabólico tienen productos macrosómicos y que los recién nacidos con exceso o bajo peso para la edad gestacional se relacionaron con factores de riesgo diferentes.

Valdez et al (2012). En su trabajo "Valoración de la ganancia de peso corporal en la embarazada con diabetes" evaluó la ganancia de peso corporal en embarazadas con diabetes gestacional y embarazadas con diabetes pregestacional. Identifico que el grupo de edad más afectado con DG era de 30 a 39 años (55.6 %) y en las embarazadas con DpG era de 20 a 29 años (37.2 %), Para obtener recién nacidos con peso normal, las embarazadas con DMG con buen control metabólico deben tener una ganancia de peso adecuada.

Y Cordero et al (2012) en su estudio "Puede el ejercicio físico moderado durante el embarazo actuar como un factor de prevención de la Diabetes Gestacional? Identifico que el ejercicio físico aeróbico durante el embarazo reduce la ganancia de peso

materno, los valores del Test de O´Sullivan y previene bebés macrosómicos y la diabetes gestacional.

DELIMITACION CONCEPTUAL DE LA DIABETES GESTACIONAL

De acuerdo a los artículos revisados los autores Flores (2014), Nava (2011), Zonana (2014) Álvarez (2012), coinciden con el concepto diabetes gestacional que es una intolerancia a los carbohidratos de carbono que se presenta por primera vez en el embarazo y que desaparece después de este, trabajaron con las variables factores de riesgo, diagnóstico, complicaciones y tratamiento, en el segundo concepto que es embarazo coincidieron con las variables embarazo de riesgo y control prenatal. Zonana (2012), Cordero (2012) coinciden con el tercer concepto prevención de la diabetes, e identificaron las variables promoción a la salud, terapia nutricional y ejercicio, ellos consideran que es importante que la mujer embarazada tome medidas como la dieta y el ejercicio para disminuir el sobrepeso y la obesidad ya que es un factor riesgo entre otros, para presentar diabetes gestacional.

En esta investigación se quiere identificar el nivel de conocimientos que las mujeres embarazadas tienen sobre los factores de riesgo y las medidas preventivas para evitar en lo posible el desarrollo de la diabetes gestacional. De acuerdo a la revisión de artículos relacionados y casos ejemplares con la diabetes mellitus gestacional se identificaron tentativamente tres conceptos clave: Diabetes Gestacional, embarazo, Prevención de la diabetes.

1.2. Perspectiva teórica y aproximaciones conceptuales

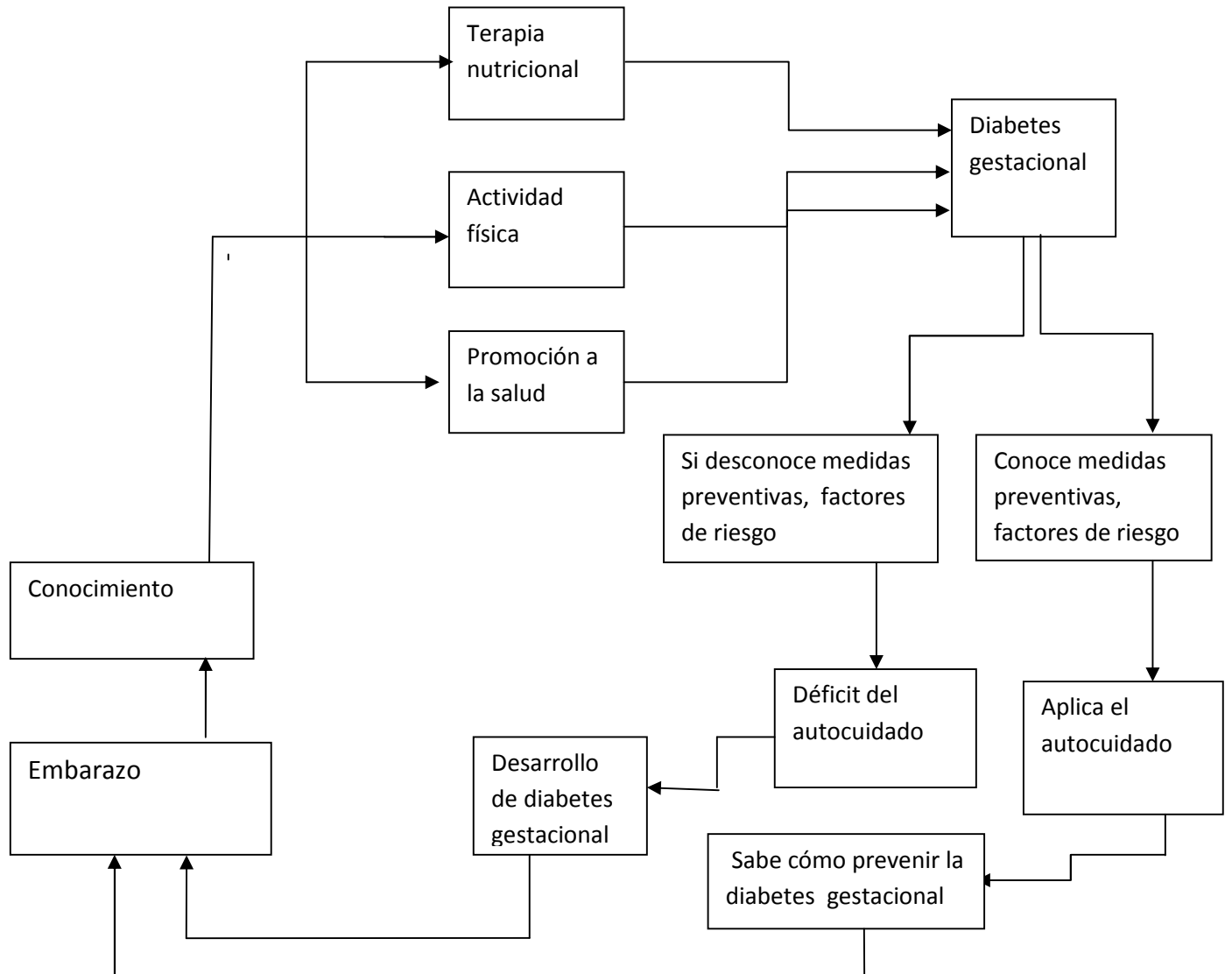
a) Desde el campo de la enfermería: Dorothea Orem

Esta investigación se fundamentara en la teoría de Dorothea Orem.

La teoría general del déficit del autocuidado se compone por tres teorías relacionadas entre sí, la teoría del autocuidado que explica como las personas se cuidan a sí mismas y porque, la teoría del déficit del autocuidado que nos explica como las enfermeras pueden ayudar a las personas a cuidar de sí mismas y la teoría de sistemas enfermeros. De acuerdo a la perspectiva teórica vamos a considerar la teoría del déficit del autocuidado relacionado con el objeto de estudio; Esta será útil para identificar el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas de los factores de riesgo y de las medidas preventivas para evitar el desarrollo de la diabetes gestacional durante el embarazo e implementar intervenciones de enfermería encaminadas al autocuidado para mejorar y mantener la salud de las embarazadas. De ahí que surja esta propuesta de Modelo propio a partir de los conceptos clave del objeto de estudio y que se desarrollan conceptualmente en el desarrollo de esta investigación.

b) PROPUESTA DE MODELO TEORICO PROPIO

MODELO: AUTOCUIDADO DE LA MUJER EMBARAZADA DESDE LA PERSPECTIVA DE DOROTHEA OREM



FUENTE: Diseño propio.

Modelo de relación entre los tres conceptos clave del marco teórico y actividades de enfermería, el cual se da en dos vertientes;

Durante el embarazo se debe capacitar a las mujeres para que tengan conocimiento sobre promoción a la salud, terapia nutricional y actividad física para prevenir la diabetes gestacional; Si las mujeres embarazadas están enteradas de los factores de riesgo que las pueden predisponer y de las medidas preventivas y aplican el autocuidado pueden evitar en lo posible el desarrollo de la diabetes gestacional, contribuyendo a un embarazo saludable y si por el contrario lo desconocen caen en un déficit de autocuidado incrementando el riesgo para el problema. Por lo cual es muy importante que cuando acudan las mujeres en gestación a la unidad de salud se les informe sobre todo lo concerniente a la diabetes gestacional y puedan tener conocimientos y los apliquen en su autocuidado, y/o en su caso detectar a tiempo la patología y recibir un tratamiento oportuno y adecuado para evitarle complicaciones a la madre y al feto.

1.2.1 Diabetes Gestacional

a) Conceptos de Diabetes Gestacional.

(Mondragon 2012) define a la diabetes como la intolerancia temporal de los hidratos de carbono que se manifiesta durante el embarazo.

Williams (2002) La define como la intolerancia a los carbohidratos de gravedad variable que comienza o se identifica por primera vez durante el embarazo y así (Cloherty) define a la diabetes gestacional como una intolerancia a los hidratos de carbono de gravedad variable que se diagnostica por primera vez durante el embarazo y que afecta a entre el 3% y el 5% de los embarazos.

Mondragon 2012, Williams 2012 y cloherty coinciden con la definición de la diabetes gestacional, en que es una intolerancia a los hidratos de carbono que se presenta de forma temporal durante el embarazo y que desaparece después de la resolución del

mismo. Para este trabajo la diabetes gestacional es el aumento de glucosa en la sangre y que se detecta durante el embarazo.

La diabetes gestacional se divide en dos clases:

Clase A1: Cuando el nivel de glucosa plasmática en ayunas se mantiene debajo de 105 mg/dl o la glucosa plasmática posprandial a las 2 horas inferior a 120 mg/dl.

Clase A2: Cuando la glucosa plasmática en ayunas se mantiene > 105 mg/dl y la glucosa plasmática posprandial a las 2 horas >120 mg/dl. (Williams 2002)

b) Factores de riesgo para desarrollar diabetes gestacional

La Organización Mundial de la Salud define que un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

El ministerio de salud pública de Chile define a Factor de riesgo como la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Como hemos visto anteriormente, se define factor de riesgo como cualquier exposición, condición o característica que está asociada a una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad.

Los factores de riesgo que influyen para que se desarrolle la diabetes gestacional son los siguientes: Antecedentes familiares de diabetes mellitus 2, especialmente entre familiares de primer grado, Antecedentes familiares de obesidad; IMC mayor o igual a 28, Edad materna: Mayores de 25 años, con mayor riesgo las de 35 y más; Tener entre 24 y 32 semanas de gestación; Antecedentes obstétricos entre los que destacan: Obesidad, diabetes gestacional en embarazos anteriores, enfermedad hipertensiva específica del embarazo, Óbitos fetales, macrosomía y malformaciones fetales, Polihidramnios; Toxemia; Uso de medicamentos con acción hiperglucemiante (corticoides y otros). (Almirón 2005)

Se puede agregar como factores de riesgo el pertenecer a determinados grupos étnicos como los indios Pima y los Naurues entre los más importantes y el embarazo

múltiple, Sedentarismo, mujeres con antecedente de ovarios poliquísticos; dislipidemia (colesterol HDL 250 mg/dl), y las pacientes con enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores). (Almirón 2005)

c) Diagnóstico de la diabetes gestacional.

El término diagnóstico proviene del latín, diagnosis, palabra que a su vez ha sido tomada del griego y que significa "discernir" o "aprender" sobre determinados elementos. Normalmente, un procedimiento diagnóstico es sugerido ante la presencia de elementos o síntomas anormales para determinadas situaciones de acuerdo a los parámetros comúnmente aceptados como naturales. (Diccionario en línea 2014). También se define como identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos, (diccionario de medicina Océano mosby). La Organización Mundial de la Salud la define como determinación de una enfermedad por análisis de los síntomas.

El diagnóstico es un estudio previo a toda planificación o proyecto y que consiste en la recopilación de información, su ordenamiento, su interpretación y la obtención de conclusiones e hipótesis.

Consiste en analizar un sistema y comprender su funcionamiento, de tal manera de poder proponer cambios en el mismo y cuyos resultados sean previsibles. Rodríguez (2007).

Existen cuatro formas de realizar el diagnóstico de Diabetes Gestacional.

- 1.- Glucemia en ayuno mayor o igual a 126 mg/dl en dos ocasiones.
- 2.- Glucemia casual mayor de 200 mg/dl
- 3.- Prueba de tamiz con 50 g con resultado mayor o igual a 180 mg/dl (170 mg/dl en mujeres mayores de 30 años).

4.- Curva de tolerancia a la glucosa con 100 g o 75 g. Se realiza el diagnostico al tener alterados 2 o más de los siguientes valores:

Tiempo	Tipo de carga de glucosa	
	100 g. de glucosa	75 g. de glucosa
Ayuno	95 mg/dl	95 Mg/dl
1 hora	180 mg/dl	180 mg/dl
2 horas	155 mg/dl	155 mg/dl
3 horas	140 mg/dl	

En caso de tener alterado un solo valor se diagnostica intolerancia a carbohidratos. En las mujeres de alto riesgo de diabetes gestacional, realizar la prueba de tamiz desde la primera visita prenatal. Después de las 12 a 14 semanas ya que su sensibilidad y especificidad antes de estas semanas es muy baja.

La mujer mexicana se considera de riesgo moderado a alto para desarrollo de diabetes gestacional, por lo cual lo ideal es realizar tamiz de glucosa después de la semana 14 de gestación.

Se ha demostrado la necesidad de realizar el tamiz entre la semana 24 y 28 de gestación en mujeres de moderado riesgo y nuevamente en las pacientes de alto riesgo que tuvieron un resultado normal en la primera visita.

La prueba de tamiz se debe realizar con una carga de 50 g. de glucosa no importando la hora ni el tiempo de ayuno o posprandio. No requiere preparación de la paciente. Se medirá la glucemia a la hora y será positiva con un resultado mayor o igual a 130 mg/dl requiriendo curva de tolerancia a la glucosa. Si el resultado es mayor o igual a 180 mg/dl será diagnostico de diabetes gestacional y se deberá evitar la curva de tolerancia a la glucosa (CTG).

En mujeres mayores de 30 años el resultado del tamiz mayor o igual a 170 mg/dl ya establece el diagnostico de diabetes gestacional.

La CTG durante el embarazo está indicada entre la semana 24 a 28 de gestación en grupos de alto riesgo, o en toda mujer que en la prueba del tamiz presente valores entre 130 y 179 mg/dl. Esta prueba consiste en la obtención de una muestra sanguínea para medir glucemia en ayuno y tres determinaciones posteriores a la ingesta de 100 g de glucosa vía oral realizadas a los 60, 120 y 180 minutos. La preparación para esta

prueba consiste en ayuno mínimo de 8 horas, sin restricción previa de hidratos de carbono con la paciente en reposo. Actualmente a nivel mundial considerando la recomendación de la OMS se tiende a utilizar la CTG con 75 g de glucosa y toma de muestras a los 0, 60 y 120 minutos por cuestiones de menor costo y resultados similares en cuanto a sensibilidad y especificidad.

Se recomienda no realizar curva de tolerancia a la glucosa en pacientes que en la CTG presenten cifras de glucemia en ayuno mayores o igual a 126 mg/dl.

d) Complicaciones de la diabetes gestacional

Complicación se define como enfermedades o lesiones que aparece durante el tratamiento de una enfermedad previa y que habitualmente alteran el pronóstico (diccionario en línea 2014). La palabra complicación proviene en su etimología del latín “complicationis” con el significado de pliegue, o sea, de aquello que resulta un escollo o valla para la consecución de algo, que ya constituía un problema. Y también se define como agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado. (Diccionario de medicina en línea, 2014).

Las complicaciones maternas más frecuentes son las siguientes: Descompensación metabólica aguda, cetoacidosis diabética, siendo mortal para la madre y el feto, Infecciones urinarias recidivantes, Preclampsia/eclampsia, DG en embarazos posteriores y diabetes mellitus tipo 2, Hasta un 30 a 40% de las mujeres con diabetes gestacional desarrollan una diabetes mellitus manifiesta dentro de 5 a 10 años. Datos recientes apuntan a un mayor riesgo de hipertensión, dislipidemia, y enfermedad cardiovascular. (Almirón 2005)

Las complicaciones fetales más frecuentes son las siguientes: Macrosomía, hipoglucemia, hipocalcemia, Policitemia, Hiperbilirrubinemia, dificultad respiratoria, prematuridad, asfixia perinatal, Trauma obstétrico, succión deficiente, hipertrofia miocárdica, bajo peso, trombosis de la vena renal, malformaciones congénitas. (Almirón 2005).

e) Tratamiento

El tratamiento se define como cuidado y atenciones prestadas a un paciente al objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastorno morbosos o lesión traumática, (diccionario de medicina Océano Mosby); Un tratamiento es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo. (Diccionario en línea) y Conjunto de los medios terapéuticos y de las prescripciones higiénicas empleados con objeto de curar una enfermedad. (Diccionario médico interactivo 2014)

Dieta y ejercicio

Aproximadamente el 90% de las pacientes diabéticas embarazadas logran la meta terapéutica solo con la dieta. El consumo de carbohidratos puede variar entre 40 y 45% del total de calorías, evitar carbohidratos simples o de alto índice glucémico. Se recomienda un aporte de proteínas entre 20 y 25% y las grasas saturadas no deben exceder de 10% del total de lípidos. La dieta se fracciona en tercios y en las pacientes tratadas con insulina la dieta se fracciona en cuartos o quintos con colación nocturna para evitar hipoglucemia.

El efecto de la dieta combinado con el ejercicio ha demostrado que mejora los niveles de glucemia y favorece la pérdida de peso.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se debe considerar cuando la dieta y el ejercicio no logran las cifras meta (menor de 95 en ayuno y 140 mg 1 hora postprandial) para el control de la glucosa en sangre en un periodo de 2 semanas. Las pacientes deben ser vistas para evaluación clínica cada 1-2 semanas (dependiendo del grado de control glucémico) hasta la semana 34, después serán evaluadas cada semana. Serán hospitalizadas para un adecuado control glucémico cuando los valores de glucemia ayuno sean mayores de 140 mg/dl.

El tratamiento dietético, la actividad física y el tratamiento farmacológico permiten mantener un estricto control de la glucemia. Datos recientes sugieren que en las mujeres embarazadas la glucemia normal puede ser aun menor, con valores de

glucosa en ayunas de 60 Mg/dl y concentraciones posprandiales inferiores a 105 mg/dl. La insulina es el fármaco con el registro más prolongado de inocuidad perinatal y se ha demostrado que los análogos de insulina humana no atraviesan la placenta. Más recientemente el hipoglucemiante oral gliburida ha mostrado su eficacia en el tratamiento de la DG, lo mismo que la metformina son una alternativa para obtener las cifras de glucemia durante el embarazo.

Medidas generales: Llevar un adecuado control prenatal y orientar a los padres acerca del número de hijos, realizar control con dieta e insulina; No se recomiendan los hipoglucemiantes orales como la tolbutamida en tabletas de 500 mg durante el embarazo, cuando se emplean las dosis necesarias para controlar la diabetes fluctúan entre 0.5 y 3 gramos diarios, efectuar glucosurias de control, evitar aumento de peso y administrar diuréticos si hay edema, calcular el requerimiento diario de azúcar, administrar dieta de 30 calorías por kg de peso ideal y vigilar infecciones vaginales por monilia.

Cuidados de enfermería en la prevención de la diabetes gestacional.

Es sumamente importante que la enfermera perinatal le brinde a la paciente el cuidado, la atención y la educación sobre diabetes gestacional.

Dentro de los cuidados que debe de brindar la enfermera cada que acuda una paciente a la unidad de salud está la exploración física para identificar cualquier signo o síntoma de alarma.

Toma de signos vitales. Presión arterial, talla, peso, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria.

Abrir expediente clínico

Realizar registro en los formatos correspondientes

Monitorización de la glucemia capilar.

Orientar sobre la dieta adecuada a seguir y los ejercicios recomendados.

Informar al médico tratante sobre cualquier eventualidad referente a los signos, síntomas o alteración de glucemia.

Aplicación de vacunas: Td, Tdpa e influenza.

1.2.2 Embarazo

a) Conceptos de embarazo.

Se da el nombre de fecundación a la unión del ovulo con el espermatozoide, proceso que señala el inicio del embarazo y que culmina con el nacimiento (Mondragon 2012)

Llámesse embarazo o gestación al estado en que se halla la mujer que ha sido fecundada hasta la expulsión del producto de la concepción, (Ferrari 1963)

Es el periodo que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, la gestación son los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno.

Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento con el producto a término, (guía de práctica clínica)

Mondragon (2012), Ferrari 1963 y las guías de práctica coinciden en que el embarazo es un estado fisiológico que inicia con la fecundación y finaliza hasta el momento del parto

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; define como embarazo normal como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

b) Embarazo de riesgo para diabetes gestacional.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; define como Embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

También se entiende por embarazo de alto riesgo aquel en el que la madre, el feto o los dos tienen probabilidades de padecer algún tipo de complicación tanto durante el periodo de gestación como en el parto, llegando incluso a correr peligro la vida de

ambos.(feria reproducción asistida 2015). Y también un embarazo de alto riesgo es aquel en el que el riesgo de enfermedad o muerte antes o después del parto es mayor de lo habitual, tanto para la madre como para el bebé.

c) Control prenatal.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, el control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

La Organización Mundial de la Salud define El control prenatal como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y, posteriormente, una óptima atención del parto y El ministerio de Salud Publica d Chile define Control prenatal como el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Es muy importante que la mujer embarazada acuda a sus consultas prenatales para que el personal de salud vigile la evolución de su embarazo e identifique a tiempo cualquier padecimiento que presente que pueda afectar su salud y la de su producto. Y se le dé un tratamiento adecuado y oportuno.

1.2.3 PREVENCIÓN DE LA DIABETES GESTACIONAL

La Organización Mundial de la Salud define como prevención: La adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

Del latín *praeventio*, prevención es la acción y efecto de prevenir (preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo).

Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa. (Diccionario de español en línea) y también como cualquier acto dirigido a prevenir la enfermedad y promover la salud, cuyo objetivo es evitar la necesidad de atención primaria, secundaria o terciaria. Incluye la evaluación y la promoción del potencial de salud; la administración de las medidas prescritas, como puede ser la inmunización, la educación sanitaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento; el diagnóstico de las limitaciones funcionales y de las posibilidades de rehabilitación.

Los factores protectores para la prevención y control de esta enfermedad consisten en modificar los cambios en el estilo de vida que abarca reducción de peso, una adecuada nutrición, la realización de ejercicio y la disminución de los factores de riesgo cardiovascular.

a) Terapia nutricional.

Terapia nutricional: se refiere a la maniobra del estudio en la que de acuerdo al peso y talla de un individuo se realiza el cálculo de nutrientes y calorías. (Hernández 2010). Prescripción Nutricional es un plan de tratamiento que identifica el número de calorías, composición de macronutrientes, número de comidas y refrigerios y horarios de las comidas de un individuo con diabetes, (Mahan 2001). Y la terapia se define como tratamiento de una enfermedad o proceso morboso, (diccionario de Medicina océano Mosby).

Ganancia de peso durante el embarazo: El aumento de peso es natural y necesario para que el bebé se desarrolle normalmente y la madre pueda mantener su salud, además del desarrollo del bebé, el útero, los pechos, la placenta, el volumen de sangre, los fluidos corporales y la grasa de la madre deben aumentar para responder a las necesidades del bebé.

La ganancia de peso promedio en el embarazo es de 11.3 a 15.8 kg. Durante el primer trimestre se aumenta de 0.9 a 1.3 kg. La mayor ganancia de peso se presenta durante el segundo y tercer trimestre, donde el promedio es de 0.45 por semana, se debe al importante aumento del tejido materno durante el 2do. Trimestre y a que el feto crece mucho durante el tercero. La ganancia de peso varía; una adolescente embarazada que aun está en crecimiento debe subir más que una mujer madura del mismo tamaño. Las mujeres baja de peso deben aumentar de 12.7 a 18.1 kg, las de peso promedio deben evitar la ganancia excesiva de peso y tratar de mantenerse dentro del promedio de 11.3 a 15.8. Las mujeres con sobrepeso pueden subir menos que la mujer promedio, pero no menos de 6.8 kg. Nadie debe perder peso durante el embarazo por que pueden producirse deficiencias nutricionales en la madre y el bebe. Una embarazada adulta no requiere calorías adicionales durante el primer trimestre de embarazo y solo 300 calorías adicionales durante el segundo y tercero. Mahan, (2001).

b) Actividad física.

La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra la diabetes.

La Organización Mundial de la Salud, define como actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Y también el ministerio de salud define que la actividad física se refiere a una amplia variedad de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas tales como caminar, bailar, subir y bajar escaleras, tareas domesticas de jardinería y otras, además de los ejercicios planificados.

El beneficio metabólico está relacionado con la capacidad que tiene el ejercicio de reducir la resistencia insulínica. Los ejercicios apropiados son los que usan los músculos de la parte superior del cuerpo y ejercen una fuerza mecánica pequeña sobre la región del tronco durante el ejercicio. (Williams 2002)

La actividad física intensa no es recomendable en la embarazada si: Genera contracciones uterinas, presenta hipertensión producida por el embarazo, tiene

antecedentes de infarto agudo de miocardio o arritmias y si se trata de embarazos múltiples.

c) Promoción a la salud sobre diabetes gestacional

La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

La definición dada en la histórica Carta de Ottawa (1986) dice que la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. También se define como proceso que proporciona a la población los medios necesarios para ejercer mejor calidad de vida y mayor control sobre su salud.

Su finalidad es lograr que exista personas y familias saludables en comunidades saludables (El proceso que tiene la Promoción de la Salud, también es lograr un desarrollo completo a lo largo de la vida).

La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud. (Carta de Bangkok, 2005).

Cabe resaltar que dentro de las actividades de la secretaria de salud no realizan promoción a la salud sobre diabetes gestacional, no dándole la importancia que se le debe dar, ya que es una patología que afecta al binomio madre e hijo.

1.3 MARCO CONTEXTUAL

HISTORIA

El centro de salud urbano Revolución es una clínica de primer nivel fue creado y ampliado por demanda de la población, debido al crecimiento acelerado de esta.

Está ubicado en Valentín Canalizo # 100, en la colonia revolución de la ciudad de Xalapa, Ver. Su ubicación se puede ver en la figura No. 1



Figura No. 1

1.3.1 Origen, Evolución y Estado Actual del Espacio Físico

Data la fundación de esta colonia hace aproximadamente 30 años, por medio de una lucha por los campesinos por el poder de las tierras. En el año de 1932-1936 le fueron tomadas 10 hectáreas 87 metros a la Hacienda Lucas Martin y cuya propietaria era la señora Carmen Pasquel; esto por resolución presidencial en enero 19 de 1936. Estas tierras fueron destinadas a la construcción urbana del ejido, y es cuando decide cambiar el nombre de “Revolución, por el ejido de Lucas Martin”, en memoria a la Revolución Mexicana.

Esta población crece rápidamente y en forma anárquica, con asentamientos de campesinos y posteriormente entre comerciantes inmigrantes. Este crecimiento hace necesario la instalación del primer centro de salud que en mayo de 1989; siendo una habitación prestada de un particular y acondicionada como consultorio y sala de espera, con un médico, una enfermera y un promotor de salud en la calle Valerio Trujillo, más tarde, entre los años de 1991 a1992, es rentada una casa de tres

habitaciones durante nueve años con igual número de personal en la calle Francisco Márquez, más tarde se ubica el centro de salud en la calle Carlos Primero No 24, y con el programa de cobertura Universal, se incrementa el recurso humano de contrato haciendo un total de 44 elementos.

Se inician y forman núcleos de atención médica a las colonias circunvecinas como: Revolución, 21 de Marzo, Lagunilla, Sostenes M Blanco, Naranja, México, El Moral, Lomas de Sedeño, Valle de los Pinos, Lucas Martín, Rafael Lucio, más tarde por el Mediente la gestión de los líderes de las colonias y de algunos ya finados, logran que crecimiento de la población absorbe a las colonias Tabasco, Rubén Pabello, Los Prados, Culturas Mexicanas, Portón Colorado, Carolino Anaya, José Vasconcelos, Campo de Tiro (10 manzanas). la Secretaria de Salud autorice y libere presupuesto para la edificación del centro de salud en la calle Valentín Canalizo No 100, inaugurado el 29 de junio del 2001 por el gobernador del Estado Lic. Miguel Alemán Velasco y el secretario de Salud Dr. Mauro Loyo Varela. (Diagnostico de salud c.s. Revolución 2014)

Estructura Organizacional

El centro de salud se conforma físicamente de 8 consultorios, una sala de espera, área de inmunizaciones, área de curaciones, espacio compartido para consulta de nutrición y psicología, consultorio dental, dirección, jefatura de enfermería/red de frío, oficinas administrativas, farmacia, recepción, sanitarios del personal y sanitarios de usuarios.

La presta atención medica en el turno matutino, vespertino, una jornada nocturna (lunes, miércoles y viernes) y jornada acumulada. . (Diagnostico de salud c.s. Revolución 2014)

1.3.2 FILOSOFIA INSTITUCIONAL

MISION

Contribuir a un desarrollo humano justo incluyente y sustentable, mediante la promoción a la salud como objeto social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las

expectativas de la población, al tiempo que ofrece oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de recursos y una amplia participación ciudadana.

VISION

En 2030 México aspira a ser un país con desarrollo sustentable e igualdad de oportunidades. La población contara con un nivel de salud que le permita desarrollar sus capacidades a plenitud. Para poder alcanzar una verdadera igualdad de oportunidades, será necesario asegurar el acceso universal a servicios de salud efectivos y seguros, que serán ofrecidos por un sistema de salud financieramente solido, anticipatorio y equitativos. Como parte de un amplio ejercicio de prospectiva, realizado a finales de 2006, sobre México en el 2030, un grupo de expertos en salud analizo y discutió el futuro deseable del sistema nacional de salud, para satisfacer de manera adecuada las necesidades de salud sistema integrado; financiado predominantemente con recursos públicos, pero con participación privada; regido por la secretaria de salud sustentable en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con un modelo de atención flexible y diseñado a partir de la transición epidemiológica y demográfica por la que atraviesa el país, y con fuertes vínculos intersectoriales

VALORES

RESPONSABILIDAD: Significa estar comprometidos con las labores que realiza y consiente de los alcances o consecuencias que ello implica.

TRABAJO EN EQUIPO: Significa conocer y respetar las habilidades de los compañeros y mantener con ellos relaciones cordiales y de cooperación orientadas siempre a un objetivo común, que será el que señale la institución.

COLABORACION: Significa que el servidor público de la salud deberá estar dispuesto a aceptar y facilitar las revisiones de los procesos que la institución tenga a bien practicar.

INTEGRIDAD: En el contexto de atención de la salud, significa negarse a aprovechar la información, los bienes muebles e inmuebles, el instrumento médico o de educación, de promoción o de prevención, pertenecientes a la secretaría y dedicados a atender a los usuarios, para fines de lucro o cualquier otro fin personal.

SENSIBILIDAD: Significa tomar en cuenta las opiniones de los usuarios sobre los servicios que presta las instituciones y en la medida que sea factible dar respuesta a sus demandas.

1.3.3 Marco Legal de la Institución de Salud

Marco jurídico

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4° que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, lo cual está definido en la Ley General de Salud que reglamenta las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Basado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Las intervenciones del sector salud en la detección, prevención y atención a la diabetes se fundamentan en un marco legal que establece sus atribuciones y obligaciones en la materia, destacando por su importancia los siguientes reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas:

Reglamentos

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. D.O.F. 19-I- 2004.Reforma D.O.F. 29-XI-2006

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. D.O.F. 14-V-1986.

Reglamento de Insumos para la Salud. D.O.F. 04-I-1998. Reforma D.O.F. 19-IX-2003.

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud. D.O.F. 28-V-1997, 27-V-2003.

Normas

Norma Oficial Mexicana NOM167-SA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. D.O.F. 17-XI-1999.

Norma Oficial Mexicana NOM004-SA3-2012, del expediente clínico. D.O.F. 15-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM173-SA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad. D.O.F. 19-XI-1999.

Norma Oficial Mexicana NOM-174-SA1-1998, para el manejo integral de la obesidad. D.O.F. 12-IV-2000.

Norma Oficial Mexicana NOM015-SA2-2010, Para la prevención, Tratamiento y control de la diabetes mellitus.

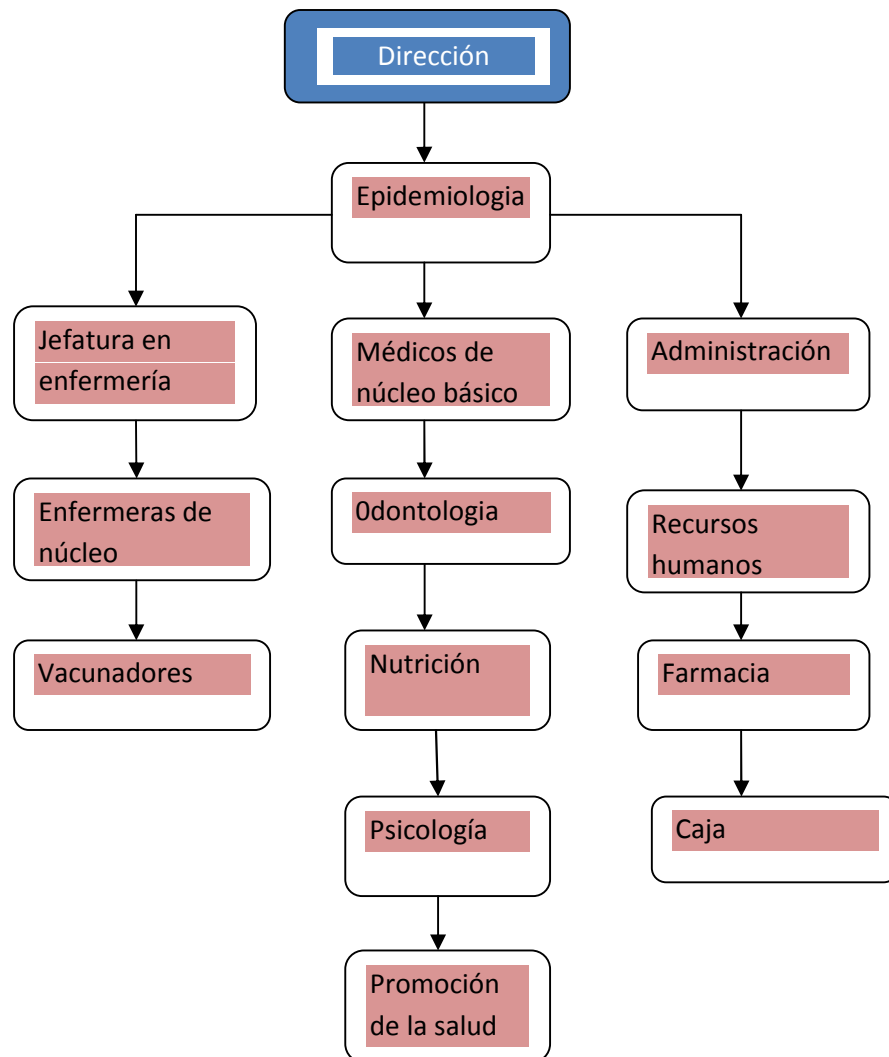
Norma Oficial Mexicana NOM017-SA2-1994, para la vigilancia epidemiológica. D.O.F. 11-X- 1999.

Norma Oficial Mexicana NOM030-SA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. D.O.F. 17-I-2001.

Salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria.

Criterios para brindar orientación. D.O.F. 23-I-2006.

1.3.4 ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE SALUD URBANO REVOLUCION



CAPITULO II

METODOLOGIA

2.1 Problema de investigación

Desconocimiento de las mujeres embarazadas sobre la diabetes mellitus gestacional, los factores de riesgo predisponentes, las medidas preventivas y las complicaciones que presentan la gestante y sus productos durante el embarazo y parto cuando llegan a desarrollar diabetes gestacional.

En el problema de investigación se identificaron las evidencias empíricas del objeto de estudio, el problema de conocimiento y la argumentación del problema de investigación. Los cuales se desglosan en los siguientes párrafos.

Problema empírico	Problema conocimiento	Argumentación del problema
Diabetes gestacional	Intolerancia temporal de los hidratos de carbono que se manifiesta durante el embarazo. Mondragon (2012)	El desconocimiento de la diabetes gestacional en la mujer embarazada impide que aplique medidas preventivas para evitar su aparición
1.--Desconocimiento en las mujeres embarazadas sobre los factores de riesgo que predisponen a que se desarrolle la diabetes gestacional.	La Organización Mundial de la Salud define que un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. El ministerio de salud pública de Chile define a Factor de riesgo como la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.	El desconocimiento sobre los factores de riesgo de la diabetes gestacional predispone a la embarazada a presentar diabetes gestacional
2.-.-Desconocimiento en las mujeres embarazadas sobre cómo se diagnostica diabetes gestacional	El término diagnóstico proviene del Latín, diagnosis, palabra que a su vez ha sido tomada del Griego y que significa "discernir" o "aprender" sobre determinados elementos. Normalmente, un procedimiento diagnóstico es sugerido ante la presencia de elementos o síntomas anormales para determinadas situaciones de acuerdo a los parámetros comúnmente	El desconocimiento de cómo se diagnostica a tiempo la DG predispone a la embarazada a desarrollar DG y presentar complicaciones durante el embarazo y parto.

	<p>aceptados como naturales.(diccionario en línea 2014). También se define como identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos, (diccionario de medicina Océano mosby). La Organización Mundial de la Salud la define como determinación de una enfermedad por análisis de los síntomas.</p>	
<p>3.-Desconocimiento en las mujeres embarazadas sobre las complicaciones que se presentan en la gestante que llega a presentar diabetes gestacional.</p>	<p>Complicación se define como enfermedades o lesiones que aparece durante el tratamiento de una enfermedad previa y que habitualmente alteran el pronóstico (diccionario en línea 2014). La palabra complicación proviene en su etimología del latín "complicationis" con el significado de pliegue, o sea, de aquello que resulta un escollo o valla para la consecución de algo, que ya constituía un problema. Y también se define como agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.(diccionario de medicina en línea, 2014).</p>	<p>Desconocimiento de las mujeres embarazadas sobre complicaciones que presenta una gestante con diabetes gestacional</p>
	<p>El tratamiento se define como cuidado y atenciones prestadas a un paciente al objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastorno morboso o lesión traumática, (diccionario de medicina Océano Mosby). Y Un tratamiento es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo. (Diccionario en línea) y Conjunto de los medios terapéuticos y de las prescripciones higiénicas empleados con objeto de curar una enfermedad.(diccionario medico imperactivo 2014)</p>	<p>El desconocimiento en las mujeres embarazadas sobre el tratamiento de la DG predispone a presentar complicaciones maternas y perinatales.</p>
Embarazo		
<p>5.-Desconocimiento de la mujer embarazada sobre el embarazo de riesgo</p>	<p>La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; define como Embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la</p>	<p>El desconocimiento de la mujer embarazada sobre el embarazo de riesgo predispone a las embarazadas a desarrollar complicaciones durante el embarazo</p>

	<p>probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.</p> <p>También se entiende por embarazo de alto riesgo aquel en el que la madre, el feto o los dos tienen probabilidades de padecer algún tipo de complicación tanto durante el periodo de gestación como en el parto, llegando incluso a correr peligro la vida de ambos. (Feria Reproducción Asistida 2015). Y también un embarazo de alto riesgo es aquel en el que el riesgo de enfermedad o muerte antes o después del parto es mayor de lo habitual, tanto para la madre como para el bebé.</p>	
<p>6.-Desconocimiento de las mujeres embarazadas sobre control prenatal</p>	<p>El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.</p> <p>La Organización Mundial de la Salud define El control prenatal como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y, posteriormente, una óptima atención del parto.</p> <p>El ministerio de Salud Pública de Chile define Control prenatal como el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.</p>	<p>El desconocimiento de las mujeres embarazadas sobre el control prenatal, predispone al desarrollo de la diabetes gestacional</p>

<p>7. Desconocimiento de la mujer embarazada sobre la terapia nutricional en el embarazo</p>	<p>.Terapia nutricional: se refiere a la maniobra del estudio en la que de acuerdo al peso y talla de un individuo se realiza el cálculo de nutrientes y calorías. (Hernández 2010). Prescripción Nutricional es un plan de tratamiento que identifica el número de calorías, composición de macronutrientes, número de comidas y refrigerios y horarios de las comidas de un individuo con diabetes, (Mahan 2001). Y la terapia se define como tratamiento de una enfermedad o proceso morboso, (diccionario de Medicina océano Mosby),</p>	<p>El desconocimiento de la mujer embarazada sobre terapia nutricional predispone a aumentar de peso e IMC y desarrollar diabetes gestacional</p>
<p>8. Desconocimiento de la mujer embarazada sobre la actividad física en el embarazo.</p>	<p>La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra la diabetes. La Organización Mundial de la Salud, define como actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Y también el ministerio de salud define que la actividad física se refiere a una amplia variedad de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas tales como caminar, bailar, subir y bajar escaleras, tareas domésticas de jardinería y otras, además de los ejercicios planificados.</p>	<p>. El desconocimiento en la embarazada sobre actividad física predispone a no prevenir diabetes gestacional</p>
<p>9.- Desconocimiento de la mujer embarazada sobre promoción a la salud</p>	<p>La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 dice que la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. También se define como proceso que proporciona a la población los medios necesarios para ejercer mejor calidad de vida y mayor control sobre su salud.</p>	<p>El desconocimiento de la mujer embarazada sobre promoción a la salud predispone que se presente diabetes gestacional</p>

	<p>Su finalidad es lograr que exista personas y familias saludables en comunidades saludables (El proceso que tiene la Promoción de la Salud, también es lograr un desarrollo completo a lo largo de la vida.</p> <p>La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud. (Carta de Bangkok, 2005).</p>	
--	---	--

2.2.-MARCO EPISTEMICO:

2.2.1 PREGUNTA GENERAL DE INVESTIGACIÓN: ¿De qué manera el desconocimiento sobre la diabetes gestacional en las embarazadas predispone al desarrollo de diabetes gestacional?

HIPOTESIS DE TRABAJO: En la medida en que la embarazada tenga conocimiento sobre la diabetes gestacional en esa medida disminuirá el riesgo de desarrollar diabetes gestacional.

Objetivo: Identificar el nivel de conocimientos que la mujer embarazada tiene sobre la diabetes gestacional en el C.S. Revolución, para proponer una intervención de comunicación educativa para incrementar su nivel de conocimiento y prevenir el desarrollo de la diabetes gestacional.

2.2.2 Subpreguntas de investigación: hipótesis y objetivos

I. Sub preguntas sobre diabetes gestacional

1.- Sub pregunta sobre factores de riesgo

¿De qué manera afecta a las mujeres embarazadas el desconocimiento de los factores de riesgo de la diabetes gestacional? Hipótesis: En la medida que las mujeres embarazadas obtengan el conocimiento sobre los factores de riesgo en esa medida contribuirá a disminuir el desarrollo de DG. Objetivo: identificar el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre los factores de riesgo de la DG.

2.- Subpreguntas sobre diagnóstico

¿De qué manera afecta a las mujeres embarazadas el desconocimiento de cómo se diagnostica la diabetes gestacional? Hipótesis: En la medida que las mujeres embarazadas obtengan el conocimiento sobre cómo se diagnostica la diabetes gestacional en esa medida contribuirá a evitar complicaciones en la embarazada que presenta Diabetes gestacional. Objetivo: Identificar el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre el diagnóstico de Diabetes gestacional.

3.-Subpregunta sobre complicaciones

¿De qué manera afecta a las mujeres embarazadas el desconocimiento de las complicaciones que se presentan en una embarazada con diabetes gestacional? Hipótesis: En la medida que las mujeres embarazadas obtengan el conocimiento sobre las complicaciones que causa la diabetes gestacional, en esa medida contribuirá a que tomen medidas preventivas encaminadas a evitar el desarrollo de la diabetes gestacional. Objetivo: Identificar el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre las complicaciones que causa la diabetes gestacional en la embarazada y el feto.

4.- Subpregunta sobre el tratamiento

¿De qué manera afecta a las mujeres embarazadas desconocer cuál es el tratamiento que debe llevar una gestante con diabetes gestacional? Hipótesis: en la medida que las mujeres embarazadas obtengan el conocimiento sobre el tratamiento de la diabetes gestacional, en esa medida contribuirá a evitar complicaciones causadas por la diabetes gestacional en la gestante y en el producto. Objetivo: Identificar el conocimiento de las mujeres embarazadas

Subpreguntas sobre embarazo

5.-Subpregunta sobre embarazo de riesgo

¿De qué manera afecta a las mujeres embarazadas el desconocimiento sobre el embarazo de riesgo? Hipótesis: En la medida que las mujeres embarazadas obtengan el conocimiento sobre el embarazo de riesgo en esa medida contribuirá a evitar el desarrollo de la diabetes gestacional. Objetivo: Identificar el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre el embarazo de riesgo.

6.-Subpregunta sobre control prenatal

¿De qué manera afecta a las mujeres embarazadas el desconocimiento del control prenatal? Hipótesis: En la medida que las mujeres embarazadas obtengan el conocimiento sobre el control prenatal, en esa medida contribuirá a evitar el desarrollo de la diabetes gestacional. Objetivo: Identificar el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre el control prenatal.

Subpreguntas sobre prevención de la diabetes gestacional.

7.- Subpreguntas sobre promoción a la salud.

¿De qué manera afecta a las mujeres embarazadas el desconocimiento sobre promoción a la salud? Hipótesis: en la medida que las mujeres embarazadas obtengan el conocimiento de la prevención de diabetes gestacional, en esa medida contribuirá a evitar el desarrollo de la diabetes gestacional. Objetivo: Identificar el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre la prevención de la diabetes gestacional.

8.- Subpreguntas sobre terapia nutricional.

¿De qué manera afecta a las mujeres embarazadas el desconocimiento sobre terapia nutricional en el embarazo? Hipótesis: En la medida que las mujeres embarazadas obtengan el conocimiento sobre terapia nutricional, en esa medida contribuirá a evitar el desarrollo de la diabetes gestacional. Objetivo: Identificar el conocimiento de las mujeres embarazadas sobre terapia nutricional.

9.- Subpreguntas sobre actividad física.

¿De qué manera afecta a las mujeres embarazadas el desconocimiento sobre actividad física? Hipótesis: En la medida que las mujeres embarazadas obtengan el conocimiento sobre la importancia de la actividad física, en esa medida contribuirá a evitar el desarrollo de la diabetes gestacional. Objetivo: Identificar el conocimiento de las mujeres embarazadas sobre actividad física durante el embarazo.

2.3 Diseño del estudio.

2.3.1. Tipo de estudio: Es de tipo descriptivo porque está dirigido a determinar cómo es o como están las variables de la población investigada, retrospectivo y transversal.

2.3.2. Universo: Las mujeres embarazadas que acuden a consulta de control prenatal al centro de salud Revolución.

Población: Mujeres embarazadas que tienen más de 24 semanas de gestación que acudieron a control prenatal del 4 al 14 de agosto al centro de salud revolución.

Muestreo: Por conveniencia.

Muestra: 28 embarazadas que acudieron a consulta que presentaron más de 24 semanas de gestación.

Descripción de la muestra			
Variables		Total	%
Edad	14 - 18	6	21.4
	19 – 23	8	28.6
	24 – 28	8	28.6
	29 – 33	5	17.9
	34 y mas	1	3.6
Sub Total		28	100.0
Ocupación	Ama de casa	22	78.6
	Maestra	2	7.1
	Comerciante	2	7.1
	Abogada	1	3.6
	Estudiante	1	3.6
Escolaridad	Sin escolaridad	0	0.0
	Primaria	1	3.6
	Secundaria	10	35.7
	Preparatoria	10	35.7
	Profesional	7	25.0
Estado Civil	Casado	10	35.7
	Unión libre	15	53.6
	Soltera	3	10.7
Religión	Católica	26	92.9
	Otra	2	7.1
# Embarazos	1 a 2	25	89.3
	3 a 4	3	10.7
	5 y mas	0	0.0
Semanas de gestación	24 – 28	12	42.9
	29 – 33	5	17.9
	34 – 38	10	35.7
	39 y mas	1	3.6
I.M.C	Normal	7	25.0
	Sobrepeso	20	71.4
	Obesidad	1	3.6

2.3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La Operacionalización de las variables se realiza a partir de los tres conceptos fundamentales que anteriormente se definen de acuerdo a los autores analizados, desglosándola sus variables e indicadores de acuerdo al objeto de estudio de investigación, así como sus definiciones.

Problema de Investigación				
Variables	Definición conceptual de variables	Definición operacional de variables	Indicadores	Preguntas
DIABETES GESTACIONAL				
FACTORES DE RIESGO	<p>La Organización Mundial de la Salud define que un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.</p> <p>El ministerio de salud pública de Chile define a Factor de riesgo como la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.</p>	<p>Se asume como factor de riesgo en las mujeres embarazadas que puedan influir para que desarrolle la diabetes gestacional: la edad, obesidad, sobrepeso ,índice de masa corporal, genética, antecedentes de abortos, hijos con malformaciones, hijos que hayan pesado más de cuatro kilos al nacer, incremento de peso durante el embarazo, oligo/polihidramnios, preeclampsia, eclampsia, cesárea,</p>	<p>1.- Diabetes gestacional.</p> <p>2.- Edad</p> <p>3.- Obesidad y sobrepeso.</p>	<p>1.- La Diabetes gestacional es el aumento de azúcar en la sangre y se detecta por primera vez durante el embarazo. () Parcialmente en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () Ni acuerdo/Ni desacuerdo () Totalmente de acuerdo () Parcialmente de acuerdo</p> <p>2.- Se dice que las mujeres embarazadas mayores de 25 años no están en riesgo de presentar diabetes gestacional. () Totalmente de acuerdo () Parcialmente de acuerdo () Parcialmente en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () Ni acuerdo/Ni desacuerdo</p> <p>3.- La obesidad y el sobrepeso son un factor de riesgo en las mujeres embarazadas para llegar a presentar diabetes gestacional. () Parcialmente en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo</p>

				<input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo
			4.-Antecedentes familiares de diabetes mellitus	4.- Las mujeres embarazadas que tienen familiares directos (padres y hermanos) con diabetes mellitus están en riesgo de desarrollar diabetes gestacional. <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo
			5.- Antecedentes obstétricos.	5.- El Haber presentado Diabetes gestacional en un embarazo anterior, abortos a repetición, cesáreas, hijos de más de 4 kilos al nacer, haber tenido mucho o poco liquido amniótico y malformaciones fetales no es un riesgo para desarrollar diabetes gestacional. <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo
			6.- Preeclampsia, eclampsia.	6.- El Haber presentado aumento de la presión arterial en un embarazo anterior es un riesgo para desarrollar diabetes Gestacional. <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo

DIAGNOSTICO	<p>El término diagnóstico proviene del Latín, diagnosis, palabra que a su vez ha sido tomada del Griego y que significa "discernir" o "aprender" sobre determinados elementos. Normalmente, un procedimiento diagnóstico es sugerido ante la presencia de elementos o síntomas anormales para determinadas situaciones de acuerdo a los parámetros comúnmente aceptados como naturales.(diccionario en línea 2014). También se define como identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos, (diccionario de medicina Océano mosby). La Organización Mundial de la Salud la define como determinación de una enfermedad por análisis de los síntomas.</p>	<p>Se asume que el diagnóstico para identificar embarazadas con diabetes gestacional se realiza preferentemente entre la semana 24 a la 28 de gestación, tomando en cuenta que la glucosa normal en una embarazada es de 105 mg/dl.</p> <p>La glucosa anormal en la mujer embarazada se establece cuando una hora después de una carga de dextrosa oral de 50 g la glucemia es > 140 mg/dl y debe hacerse prueba confirmatoria.</p> <p>Si el resultado es positivo se realiza una curva de tolerancia oral a la glucosa de 3 horas con 100 g después de un ayuno nocturno</p> <p>Test de O´ Sullivan Se considera positiva con dos o más valores positivos.</p> <p>A los 60´: 190 mg/dl., a los 120´: 165 mg/dl, 180´: 145 mg/dl. También se debe sospechar de diabetes cuando presenta poliuria, polidipsia y/o polifagia.</p>	<p>1.- semanas de gestación.</p> <p>2.- prueba de tolerancia a la glucosa.</p> <p>3.- síntomas: poliuria, polifagia, polidipsia.</p>	<p>7.- El no realizar una prueba de glucosa a las embarazadas entre la semana 24 a 28 de gestación impide detectar a tiempo a las que pudieran presentar diabetes gestacional. () Parcialmente en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () Ni acuerdo/Ni desacuerdo () Totalmente de acuerdo () Parcialmente de acuerdo</p> <p>8.- El Presentar valores de glucosa en ayuno mayor a 105 mg/dl. es un riesgo para desarrollar diabetes gestacional. () Parcialmente en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () Ni acuerdo/Ni desacuerdo () Totalmente de acuerdo () Parcialmente de acuerdo</p> <p>9.- ¿te han realizado durante tu embarazo pruebas para detectar azúcar en la sangre? () Si () No</p> <p>10.- El Presentar síntomas como mucha hambre, mucha sed y muchas ganas de orinar te podrían indicar que presentas diabetes gestacional. () Parcialmente en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () Ni acuerdo/Ni desacuerdo () Totalmente de acuerdo () Parcialmente de acuerdo</p>

COMPLICACIONES	<p>Complicación se define como enfermedades o lesiones que aparece durante el tratamiento de una enfermedad previa y que habitualmente alteran el pronóstico (diccionario en línea 2014). La palabra complicación proviene en su etimología del latín “complicatio” con el significado de pliegue, o sea, de aquello que resulta un escollo o valla para la consecución de algo, que ya constituía un problema. Y también se define como agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.(diccionario de medicina en línea, 2014).</p>	<p>Se asume como complicación de la diabetes gestacional, a los problemas que provoca en la embarazada como puede ser; edema, hidramnios, las obstétricas: sufrimiento fetal, macrosomia, malformaciones fetales, abortos, muerte fetal in utero, problemas neonatales,</p>	<p>1.- complicaciones maternas</p> <p>2.- complicaciones fetales.</p> <p>3.- complicaciones neonatales</p>	<p>11.- Una mujer embarazada con diabetes gestacional puede presentar complicaciones como edema (hinchazón), problemas en la cantidad del líquido amniótico, aumento de la presión arterial, abortos, si no lleva un buen control de la azúcar en la sangre. <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo</p> <p>12.- El feto de una mujer embarazada con diabetes gestacional puede presentar Malformaciones, sufrimiento fetal y muerte fetal in útero. <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo</p> <p>13.-Una mujer embarazada con diabetes gestacional puede tener hijos que pesan más de 4 kilos al nacer y estos pueden presentar hipoglucemia (le bajan los niveles de azúcar en la sangre) al poco tiempo de nacer. <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de</p>

				<p>acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo</p>
TRATAMIENTO	<p>El tratamiento se define como cuidado y atenciones prestadas a un paciente al objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastorno morbosos o lesión traumática, (diccionario de medicina Océano Mosby). Y Un tratamiento es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo. (Diccionario en línea) y Conjunto de los medios terapéuticos y de las prescripciones higiénicas empleados con objeto de curar una enfermedad.(diccionario medico imperactivo 2014)</p>	<p>Se asume como tratamiento todas las acciones encaminadas a controlar la glucemia en la diabetes mellitus para evitar complicación en el embarazo y parto como: tratamiento a base de dieta, ejercicio físico, y tratamiento farmacológico, si la glucosa esta hasta 105 mg/dl el tratamiento es a base de dieta y si rebasa los 105 mg/dl. Es a base de insulina dosificada por el médico tratante.</p>	<p>1.- tratamiento.</p> <p>2.- niveles de glucosa.</p> <p>3.- Insulina</p>	<p>14. El no llevar un tratamiento adecuado en la embarazada con diabetes gestacional es un factor de riesgo para presentar complicaciones durante el embarazo y parto. <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo</p> <p>15.-Manejar niveles altos de azúcar en la sangre durante el embarazo y no llevar el control adecuado es un riesgo para que se complique el embarazo <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo</p> <p>16.- No manejar insulina en la embarazada con diabetes gestacional cuando no le funciona la dieta durante el tratamiento y presenta niveles de glucosa arriba de 105 mg/dl pone en riesgo su embarazo. <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo</p>

Embarazo				
Embarazo de riesgo	<p>La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; define como Embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.</p> <p>También se entiende por embarazo de alto riesgo aquel en el que la madre, el feto o los dos tienen probabilidades de padecer algún tipo de complicación tanto durante el periodo de gestación como en el parto, llegando incluso a correr peligro la vida de ambos.(feria reproducción asistida 2015). Y también un embarazo de alto riesgo es aquel en el que el riesgo de enfermedad o muerte antes o después del parto es mayor de lo habitual, tanto para la madre como para el bebé, Atacho (2006)</p>	<p>Se asume como embarazo de riesgo aquel en que la mujer embarazada presente factores de riesgo que puedan poner en peligro su vida y la de su hijo.</p>	<p>1.- Embarazo de riesgo.</p> <p>2.- signos y síntomas.</p> <p>3.- Enfermedades presentes en el embarazo.</p>	<p>17.- Se sabe que un embarazo de riesgo es aquel que puede presentar complicaciones tanto para la madre como para el producto. <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo</p> <p>18.- durante el embarazo se tiene que acudir a consulta médica cada que presente algún síntoma o signo que ponga en riesgo su salud y la de su hijo. <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo</p> <p>19.- Se considera un embarazo de riesgo si durante él presenta enfermedades como la diabetes gestacional. <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo</p>

Control Prenatal	<p>El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.</p> <p>La Organización Mundial de la Salud define El control prenatal como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y, posteriormente, una óptima atención del parto.</p> <p>El ministerio de Salud Pública de Chile define Control prenatal como el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.</p>	Se asume como control prenatal a todas las acciones y procedimientos que el personal de salud realiza a una mujer embarazada para que tenga una salud óptima durante todo su embarazo y evitar complicaciones maternas y perinatales.	<p>1.- Control prenatal</p> <p>2.- Consultas prenatales</p>	<p>20.- Durante el control prenatal el personal de salud realiza actividades para prevenir complicaciones durante su embarazo.</p> <p>() Parcialmente en desacuerdo</p> <p>() Totalmente en desacuerdo</p> <p>() Ni acuerdo/Ni desacuerdo</p> <p>() Totalmente de acuerdo</p> <p>() Parcialmente de acuerdo</p> <p>21.- Para conservar su salud y la de su producto en condiciones óptimas es importante que acuda a control prenatal por lo menos una vez al mes.</p> <p>() Totalmente de acuerdo</p> <p>() Parcialmente de acuerdo</p> <p>() Ni acuerdo/Ni desacuerdo</p> <p>() Parcialmente en desacuerdo</p> <p>() Totalmente en desacuerdo</p>
Prevención de la Diabetes gestacional				
Terapia Nutricional	<p>Terapia nutricional: se refiere a la maniobra del estudio en la que de acuerdo al peso y talla de un individuo se realiza el cálculo de nutrientes y calorías. (Hernández 2010). Prescripción Nutricional es un plan de tratamiento que identifica el número de calorías, composición de macronutrientes, número de comidas y refrigerios y horarios de las comidas de un individuo con diabetes, (Mahan 2001). Y la terapia se define como tratamiento de una enfermedad o proceso morboso, (diccionario de Medicina océano Mosby),</p>	Se asume como terapia nutricional en el embarazo todas las recomendaciones dietéticas en caminadas a tener un aumento de peso de entre 11,300 a 15,800 kg	<p>1.- Alimentación balanceada</p> <p>2.-Aumento de peso recomendado,</p>	<p>22.- El no llevar una alimentación balanceada donde se incluyan los 3 grupos de alimentos es un riesgo para presentar diabetes gestacional.</p> <p>() Totalmente de acuerdo</p> <p>() Parcialmente de acuerdo</p> <p>() Ni acuerdo/Ni desacuerdo</p> <p>() Parcialmente en desacuerdo</p> <p>() Totalmente en desacuerdo</p> <p>23.- El peso que se recomienda subir durante el embarazo es de 11,300 a 15,800 Kg.</p> <p>() Totalmente de</p>

			3.- Ganancia de peso.	<p>acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p>24.- El presentar una ganancia de peso excesiva durante el embarazo, aumenta el riesgo de tener hijos que pesen más de 4 kilos. <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p>
Actividad física	<p>La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra la diabetes. La Organización Mundial de la Salud, define como actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Y también el ministerio de salud define que la actividad física se refiere a una amplia variedad de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas tales como caminar, bailar, subir y bajar escaleras, tareas domesticas de jardinería y otras, además de los ejercicios planificados.</p>	<p>La Actividad física se asume como todas las actividades donde el cuerpo gaste energía y le permita mantener una salud ideal, las actividades pueden ser caminar, bailar, subir y bajar escaleras y ejercicios planificados.</p>	<p>1.- Actividad física</p> <p>2. control del peso corporal</p>	<p>25.- La actividad física ayuda a las mujeres embarazadas a mantener una salud ideal. <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p>26.- La mujer embarazada que camina una media hora diaria y realiza ejercicio moderado evita un incremento excesivo de peso, mantiene su salud y ayuda evitar la aparición de diabetes gestacional. <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Ni acuerdo/Ni desacuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p>

			3.- Ejercicios recomendados	27.- La mujer embarazada no puede realizar cualquier tipo de actividad física. () Totalmente de acuerdo () Parcialmente de acuerdo () Ni acuerdo/Ni desacuerdo () Parcialmente en desacuerdo () Parcialmente en desacuerdo
Promoción a la Salud	<p>La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.</p> <p>La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 dice que la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. También se define como proceso que proporciona a la población los medios necesarios para ejercer mejor calidad de vida y mayor control sobre su salud.</p> <p>Su finalidad es lograr que exista personas y familias saludables en comunidades saludables (El proceso que tiene la Promoción de la Salud, también es lograr un desarrollo completo a lo largo de la vida.</p> <p>La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos</p>	Se asume como promoción de la salud a todas las actividades que se deben realizar para lograr tener una salud óptima tanto física, mental y social. Esto se logra por medio de capacitación adecuada dirigida a las necesidades que presente la población, en este caso la mujer gestante.	<p>1. Promoción de la Salud</p> <p>2.- Salud</p> <p>3. capacitación</p>	<p>28.- La promoción de la salud (información sobre cómo autocuidarse) da a las mujeres embarazadas conocimientos para cuidar su salud y evitar la diabetes gestacional. () Totalmente de acuerdo () Parcialmente de acuerdo () Ni acuerdo/Ni desacuerdo () Parcialmente en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo</p> <p>29.- La salud se define como el bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. () Totalmente de acuerdo () Parcialmente de acuerdo () Ni acuerdo/Ni desacuerdo () Parcialmente en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo</p> <p>30.- ¿La enfermera que la atiende en su consulta mensual le ha hablado sobre que es la diabetes gestacional? () Si () No</p> <p>31.- ¿Cuándo usted acude a su centro de salud el personal de salud le ha capacitado sobre cómo prevenir la</p>

	invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud. (Carta de Bangkok, 2005			diabetes gestacional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 32.- ¿Le gustaría que el personal de enfermería la capacite sobre la diabetes gestacional y el modo de prevenirla? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---	--	--	---

2.4 Técnicas y procedimientos para la recolección de la información.

2.4.1 Instrumento de investigación.

Fue un cuestionario que consta de 32 preguntas de opción múltiple.

2.4.2 Resultados prueba piloto.

1.- El periodo en el que se validó el instrumento de medición fue el 3 de agosto del 2015.

2.- El estudio piloto se realizo con la finalidad de validar su claridad de redacción y pertinencia de la pregunta.

2.4.3. Plan de tabulación y análisis estadístico de la información.

Se codificaron los cuestionarios, se capturaron en el programa SPSS, se proceso la información con frecuencias y porcentajes durante el periodo del 17 al 24 de agosto del 2015.

CAPITULO III

Diagnostico sobre conocimiento de diabetes gestacional en mujeres embarazadas

3.1 Resultados del diagnostico

a. Caracterización de la muestra.

La muestra estuvo conformada por 28 mujeres embarazadas que tenían más de 24 semanas de gestación y que cumplieron con los criterios de inclusión, las cuales acudieron a su consulta prenatal en el centro de salud de la colonia Revolución. El instrumento fue aplicado en la sala de espera antes de que pasaran a consulta.

El grupo de edad de las embarazadas que se entrevistaron estuvo entre los 14 y 34 años, predominando los grupos de 19 a 23 y de 24 a 28 (28.8 %); el segundo lugar lo ocupó el grupo de 14 a 18 años (21.4%). Llama la atención que el 57% de las entrevistadas estén entre los 19 y 28 años de edad, pues la evidencia señala que la diabetes gestacional es más frecuente de los 25 años en adelante, por otra parte el 21.4% de las embarazadas son adolescentes lo que significa factor de riesgo para la diabetes gestacional, poniendo en riesgo no solo la vida de la mujer, sino también del producto. (Ver tabla 1)

En cuanto a la ocupación; el 78.6% lo ocuparon las mujeres que se dedican a ser amas de casa, lo que significa que probablemente no perciben ningún salario por su trabajo afectando con esto su economía y por ende su salud, sin embargo puede ser una fortaleza para la intervención, pues probablemente dispongan de más tiempo que las mujeres que tienen un trabajo remunerado. (Ver tabla 2).

El 35.7% de las mujeres cuenta con nivel educativo de secundaria y preparatoria, pero el 25% cuenta con alguna profesión. Lo que puede facilitar la adquisición del conocimiento en la prevención de la diabetes gestacional (ver tabla 3).

En relación al estado civil, predominó la unión libre (53.6 %), y en menor grado mujeres solteras (10.7). sin embargo aunque las solteras representan un mínimo porcentaje, al no contar con una pareja estable, probablemente conlleve en ellas el descuido de su salud. (Ver tabla 4).

Por lo que respecta a la religión que profesan el 92.9% son católicas y un 7.1% de otra religión. El que predomine la religión católica, probablemente favorezca pues dentro de sus reglas no señala limitaciones en los tratamientos. (Ver tabla 5).

En cuanto al número de embarazos predominan las mujeres con 1 o 2 embarazos (89.3) y el 10.7% entre 3 y 4, en base al estudio de investigación el 10.7% es un problema debido a que la multiparidad es un factor de riesgo para diabetes gestacional. (Ver tabla 6).

En relación a las semanas de gestación, predominaron las del grupo de 24 a 28 (42.9%), este dato llama la atención, pues es precisamente en estas semanas en las que se incrementa el riesgo, lo que hace necesario el monitoreo a través de la realización de pruebas diagnósticas para detectar diabetes gestacional oportunamente. (Ver tabla 7).

En las mujeres embarazadas, el dato de I.M.C no es confiable, para obtener el dato en esta categoría, se calculó el peso entre la talla al cuadrado que presentaban antes de embarazarse más el incremento de peso gestacional, lo que dio como resultado que el 71.4%, de ellas tiene sobrepeso y el 3.1% obesidad. Esto representa un riesgo potencial para su salud además aumenta el riesgo de desarrollar diabetes gestacional, tener productos macrosómicos y complicaciones durante el parto. (Ver tabla 8).

Resultados del diagnostico.

Tabla 9. Categoría 1

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	3	10.7
PARCIALMENTE DE ACUERDO	6	21.4
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	4	14.3
TOTALMENTE DE ACUERDO	11	39.3
TOTALMENTE EN DESACUERDO	4	14.3
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En relación a la categoría No. 1 del instrumento “La Diabetes gestacional es el aumento de azúcar en la sangre y se detecta por primera vez durante el embarazo” el 39.3% manifestaron estar totalmente de acuerdo, sin embargo el 60.7% señalan estar parcialmente de acuerdo o en desacuerdo lo que hace suponer la falta de conocimiento sobre el concepto de diabetes gestacional.

Tabla 10. Categoría 2

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	5	17.9
PARCIALMENTE DE ACUERDO	3	10.7
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	6	21.4
TOTALMENTE DE ACUERDO	4	14.3
TOTALMENTE EN DESACUERDO	10	35.7
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En lo que se refiere a la variable “Se dice que las mujeres embarazadas mayores de 25 años no están en riesgo de presentar diabetes gestacional” el 14.3% está totalmente de acuerdo, este resultado no es alentador, pues hace evidente la falta de conocimiento sobre diabetes gestacional, en realidad el problema se puede presentar a cualquier edad, pero más en la edad de 25 años en adelante.

Tabla 11. Categoría 3

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	2	7.1
PARCIALMENTE DE ACUERDO	6	21.4
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
TOTALMENTE DE ACUERDO	12	42.9
TOTALMENTE EN DESACUERDO	6	21.4
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En lo cuanto a la variable “La obesidad y el sobrepeso son un factor de riesgo en las mujeres embarazadas para llegar a presentar diabetes gestacional” el 42.9% está totalmente de acuerdo. Sin embargo el 57.1% señala estar parcialmente de acuerdo o en desacuerdo, esto pudiera indicar que no tienen conocimiento sobre la obesidad y el sobrepeso como factor de riesgo para desarrollar diabetes gestacional.

Tabla 12. Categoría 4

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	1	3.6
PARCIALMENTE DE ACUERDO	7	25.0
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
TOTALMENTE DE ACUERDO	15	53.6
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	10.7
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En cuanto a la categoría No. 4 “Las mujeres embarazadas que tienen familiares directos (padres y hermanos) con diabetes mellitus están en riesgo de desarrollar diabetes gestacional”. El 53.6% opinaron estar totalmente de acuerdo sin embargo el 46.4% pareciera que desconocen la relación diabetes-genética lo que hace necesaria la intervención educativa para incrementar el conocimiento.

Tabla 13. Categoría 5

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	7	25.0
PARCIALMENTE DE ACUERDO	10	35.7
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	3	10.7
TOTALMENTE DE ACUERDO	4	14.3
TOTALMENTE EN DESACUERDO	4	14.3
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En lo referente a la categoría No. 5 “El Haber presentado Diabetes gestacional en un embarazo anterior, abortos a repetición, cesáreas, hijos de más de 4 kilos al nacer, haber tenido mucho o poco liquido amniótico y malformaciones fetales no es un riesgo para desarrollar diabetes gestacional” el 85.7% señalo estar parcialmente de acuerdo y en desacuerdo, este resultado evidencia la falta de conocimiento en los factores de riesgo de la diabetes gestacional.

Tabla 14. Categoría 6

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	3	10.7
PARCIALMENTE DE ACUERDO	9	32.1
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	17.9
TOTALMENTE EN DESACUERDO	9	32.1
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

Sobre la categoría No.6 “El Haber presentado aumento de la presión arterial en un embarazo anterior es un riesgo para desarrollar Diabetes gestacional”. El 82.1% señalo estar parcialmente de acuerdo y en desacuerdo sobre la hipertensión arterial como factor de riesgo para desarrollar diabetes gestacional.

Tabla 15. Categoría 7

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	5	17.9
PARCIALMENTE DE ACUERDO	4	14.3
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	3	10.7
TOTALMENTE DE ACUERDO	11	39.3
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	17.9
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En cuanto a la categoría No. 7 “El no realizar una prueba de glucosa a las embarazadas entre la semana 24 a 28 de gestación impide detectar a tiempo a las que pudieran presentar diabetes gestacional”. Solo el 39.3% manifestó estar totalmente de acuerdo, lo que significa que las mujeres no saben cómo se diagnostica la diabetes gestacional.

Tabla 16. Categoría 8

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	10	35.7
PARCIALMENTE DE ACUERDO	6	21.4
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	1	3.6
TOTALMENTE DE ACUERDO	4	14.3
TOTALMENTE EN DESACUERDO	7	25.0
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

De acuerdo a la categoría No. 8 “El Presentar valores de glucosa en ayuno mayor a 105 mg/dl. Es un riesgo para desarrollar diabetes gestacional” solo el 14.3% señaló estar totalmente de acuerdo, haciendo evidente que las entrevistadas no relacionan los valores de glucosa con la diabetes gestacional.

Tabla 17. Categoría 9

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NO	11	39.3(a)
SI	17	60.7
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En lo que se refiere a la categoría No. 9 “¿te han realizado durante tu embarazo pruebas para detectar azúcar en la sangre?” solo el 39.3% de las entrevistadas manifestó que no. Lo que nos indica la importancia de realizar intervenciones educativas a las mujeres embarazadas para que el 100% de ellas se realicen por lo menos una prueba diagnóstica durante la gestación para detectar diabetes gestacional.

Tabla 18. Categoría 10

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	8	28.6
PARCIALMENTE DE ACUERDO	8	28.6
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	17.9
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	17.9
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista.

En cuanto a la categoría No. 10 “El Presentar síntomas como mucha hambre, mucha sed y muchas ganas de orinar te podrían indicar que presentas diabetes gestacional”. Solo el 17.9% contesto estar totalmente de acuerdo, lo que indica que las mujeres no relacionan estos síntomas con la diabetes gestacional.

Tabla 19. Categoría 11

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	2	7.1
PARCIALMENTE DE ACUERDO	8	28.6
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
TOTALMENTE DE ACUERDO	12	42.9
TOTALMENTE EN DESACUERDO	4	14.3
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista.

Sobre la categoría No.11 “Una mujer embarazada con diabetes gestacional puede presentar complicaciones como edema (hinchazón), problemas en la cantidad del liquido amniótico, aumento de la presión arterial, abortos, si no lleva un buen control de la azúcar en la sangre”. El 57.1% contesto estar parcialmente de acuerdo y desacuerdo lo que nos indica que no relacionan estas complicaciones con la diabetes gestacional.

Tabla 20. Categoría 12

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	6	21.4
PARCIALMENTE DE ACUERDO	7	25.0
PARCIALMENTE EN DESACUERDO(a)	3	10.7
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	17.9
TOTALMENTE EN DESACUERDO	7	25.0
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

De acuerdo a la categoría No. 12 “El feto de una mujer embarazada con diabetes gestacional puede presentar Malformaciones, sufrimiento fetal y muerte fetal in útero”. El 17.9% manifestó estar totalmente de acuerdo; sin embargo el 82.1% posiblemente no relacionan estas complicaciones del feto con la diabetes gestacional.

Tabla 21. Categoría 13

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	8	28.6
PARCIALMENTE DE ACUERDO	10	35.7
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	6	21.4
TOTALMENTE DE ACUERDO	2	7.1
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En lo referente a la categoría No. 13 “Una mujer embarazada con diabetes gestacional puede tener hijos que pesan más de 4 kilos al nacer y estos pueden presentar hipoglucemia (le bajan los niveles de azúcar en la sangre) al poco tiempo de nacer”. Solo un 7.1% contestó estar totalmente de acuerdo. Lo que indica que el 92.9% de las entrevistadas no relacionan los productos macrosomícos con la diabetes gestacional.

Tabla 22. Categoría 14

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	3	10.7
PARCIALMENTE DE ACUERDO	5	17.9
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	1	3.6
TOTALMENTE DE ACUERDO	16	57.1
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	10.7
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

Sobre la categoría No 14 “El no llevar un tratamiento adecuado en la embarazada con diabetes gestacional es un factor de riesgo para presentar complicaciones durante el embarazo y parto”. El 57.1% manifestó estar totalmente de acuerdo. Estos resultados hacen suponer que las entrevistadas no tienen conocimientos sobre el tema siendo necesario realizar actividades educativas hasta lograr que todas estén informadas.

Tabla 23. Categoría 15

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	2	7.1
PARCIALMENTE DE ACUERDO	6	21.4
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	64.3
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En cuanto a la categoría No. 15 “Manejar niveles altos de azúcar en la sangre durante el embarazo y no llevar el control adecuado es un riesgo para que se complique el embarazo”. El 64.3 contestó estar totalmente de acuerdo. Estos datos nos podrían indicar que el 35.7% de las mujeres no relacionan la glucosa alta con un embarazo de riesgo.

Tabla 24. Categoría 16

Validos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	12	42.9
PARCIALMENTE DE ACUERDO	6	21.4
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	17.9
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	10.7
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

Al analizar la categoría No. 16 “No manejar insulina en la embarazada con diabetes gestacional cuando no le funciona la dieta durante el tratamiento y presenta niveles de glucosa arriba de 105 mg/dl pone en riesgo su embarazo”. El 17.9% manifestó estar totalmente de acuerdo. Siendo una desventaja para su salud el que el 82.1% posiblemente no tengan conocimiento de que la diabetes gestacional se puede tratar con insulina

Tabla 25. Categoría 17

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	1	3.6
PARCIALMENTE DE ACUERDO	4	14.3
TOTALMENTE DE ACUERDO	21	75.0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

Por lo que se refiere a la categoría No. 17 “Se sabe que un embarazo de riesgo es aquel que puede presentar complicaciones tanto para la madre como para el producto”. El 75%% manifestó estar totalmente de acuerdo. Siendo un riesgo para el 25% de las entrevistadas el que no identifiquen cuando un embarazo es de riesgo.

Tabla 26. Categoría 18

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	1	3.6
PARCIALMENTE DE ACUERDO	4	14.3
TOTALMENTE DE ACUERDO	22	78.6
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	3.6
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En cuanto a la categoría No. 18 “Durante el embarazo se tiene que acudir a consulta médica cada que presente algún síntoma o signo que ponga en riesgo su salud y la de su hijo”. El 78.6% manifestó estar totalmente de acuerdo. Sin embargo el 21.4% no relacionan la sintomatología con un embarazo de riesgo.

Tabla 27. Categoría 19

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	3	10.7
PARCIALMENTE DE ACUERDO	6	21.4
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
TOTALMENTE DE ACUERDO	14	50.0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	10.7
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En lo referente a la categoría No. 19 “Se considera un embarazo de riesgo si durante él presenta enfermedades como la diabetes gestacional”. Estos resultados indican que 50% de las entrevistadas no relacionan la diabetes gestacional con un embarazo de riesgo.

Tabla 28. Categoría 20

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	3	10.7
PARCIALMENTE DE ACUERDO	7	25.0
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	1	3.6
TOTALMENTE DE ACUERDO	15	53.6
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

De acuerdo a la categoría No. 20 “Durante el control prenatal el personal de salud realiza actividades para prevenir complicaciones durante su embarazo”. El 46.4% de las mujeres probablemente no tienen conocimiento de que con el control prenatal se puede prevenir complicaciones y la diabetes gestacional.

Tabla 29. Categoría 21

Validos	Frecuencia	Porcentaje
PARCIALMENTE DE ACUERDO	2	7.1
TOTALMENTE DE ACUERDO	24	85.7
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En lo que refiere a la categoría No. 21 “Para conservar su salud y la de su producto en condiciones optimas es importante que acuda a control prenatal por lo menos una vez al mes”. El 85.7% opino estar totalmente de acuerdo, sin embargo el 14.3% no relaciona el control prenatal con una buena salud.

Tabla 30. Categoría 22

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	4	14.3
PARCIALMENTE DE ACUERDO	6	21.4
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	1	3.6
TOTALMENTE DE ACUERDO	12	42.9
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	17.9
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

De acuerdo a la categoría No. 22 “El no llevar una alimentación balanceada donde se incluyan los 3 grupos de alimentos es un riesgo para presentar diabetes gestacional”. El 42.9% opino estar totalmente de acuerdo, esto nos hace suponer que el 57.1% no tienen conocimiento de la importancia de una alimentación balanceada como elemento de prevención de la diabetes gestacional.

Tabla 31. Categoría 23

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	9	32.1
PARCIALMENTE DE ACUERDO	3	10.7
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	4	14.3
TOTALMENTE DE ACUERDO	6	21.4
TOTALMENTE EN DESACUERDO	6	21.4
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

Sobre la categoría No. 23 “El peso que se recomienda subir durante el embarazo es de 11,300 a 15,800 Kg.” El 21.4% opino estar totalmente de acuerdo, lo que nos señala que el 78.6 % de las entrevistadas tal vez no están enteradas del peso que se recomienda subir durante el embarazo siendo un riesgo de diabetes gestacional.

Tabla 32. Categoría 24

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	6	21.4
PARCIALMENTE DE ACUERDO	5	17.9
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	4	14.3
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	17.9
TOTALMENTE EN DESACUERDO	8	28.6
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En lo que refiere a la categoría No. 24 “El presentar una ganancia de peso excesiva durante el embarazo, aumenta el riesgo de tener hijos que pesen más de 4 kilos”. El 17.9% opino estar totalmente de acuerdo. El 82.1 posiblemente no tienen conocimiento de que la ganancia excesiva de peso durante el embarazo aumenta el riesgo de tener hijos macrosomícos y de desarrollar diabetes gestacional.

Tabla 33. Categoría 25

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
PARCIALMENTE DE ACUERDO	7	25.0
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	1	3.6
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	64.3
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En cuanto a la categoría No. 25 “La actividad física ayuda a las mujeres embarazadas a mantener una salud ideal” El 35.7% de las mujeres al parecer no tienen conocimiento que la actividad física ayuda a que tengan una buena salud previniendo la diabetes gestacional.

Tabla 34. Categoría 26

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	2	7.1
PARCIALMENTE DE ACUERDO	7	25.0
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	3	10.7
TOTALMENTE DE ACUERDO	14	50.0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

De acuerdo a la categoría No. 26 “La mujer embarazada que camina una media hora diaria y realiza ejercicio moderado evita un incremento excesivo de peso, mantiene su salud y ayuda evitar la aparición de diabetes gestacional”. El 50% manifestó estar totalmente de acuerdo, estos resultados indican que al parecer las entrevistadas no relacionan el realizar ejercicio como prevención de la diabetes gestacional.

Tabla 35. Categoría 27

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
PARCIALMENTE DE ACUERDO	7	25.0
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	12	42.9
TOTALMENTE DE ACUERDO	9	32.1
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

Por lo que refiere a la categoría No. 27 “La mujer embarazada no puede realizar cualquier tipo de actividad física”. El 32.1% manifestó estar totalmente de acuerdo, siendo necesario realizar una intervención educativa por que el 67.9% al parecer no tiene conocimiento sobre los ejercicios recomendados en su estado gestacional.

Tabla 36. Categoría 28

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	4	14.3
PARCIALMENTE DE ACUERDO	7	25.0
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	1	3.6
TOTALMENTE DE ACUERDO	13	46.4
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	10.7
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En cuanto a la categoría No. 28 “La promoción de la salud (información sobre cómo autocuidarse) da a las mujeres embarazadas conocimientos para cuidar su salud y evitar la diabetes gestacional”. El 53.6% al parecer no tiene conocimiento sobre promoción a la salud, este resultado pone en evidencia que probablemente no han escuchado el concepto, debido quizá a que promoción a la salud no da mucha propaganda sobre diabetes gestacional, siendo necesaria una intervención educativa que permita a las mujeres adquirir los conocimientos necesarios para prevenir la enfermedad.

Tabla 37. Categoría 29

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
NI ACUERDO/NI DESACUERDO	2	7.1
PARCIALMENTE DE ACUERDO	4	14.3
PARCIALMENTE EN DESACUERDO	2	7.1
TOTALMENTE DE ACUERDO	19	67.9
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	3.6
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

Sobre la categoría No. 29 “La salud se define como el bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. El 67.9% opino estar totalmente de acuerdo; El 32.1% de las entrevistadas al parecer no tienen conocimiento como se define la salud, representando un riesgo para el cuidado de la misma.

Tabla 38. Categoría 30

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
NO	17	60.7
SI	11	39.3
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En lo que refiere a la categoría No. 30 “¿La enfermera que la atiende en su consulta mensual le ha hablado sobre que es la diabetes gestacional?”, el 60.7% de las entrevistadas señalaron que no. Esto nos comprueba que tal vez el personal de enfermería no capacita a las mujeres embarazadas sobre que es la diabetes gestacional representando un riesgo para la salud de las entrevistadas.

Tabla 39. Categoría 31

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
NO	18	64.3
SI	10	35.7
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

Sobre la categoría No. 31 “¿Cuándo usted acude a su centro de salud el personal de salud le ha capacitado sobre cómo prevenir la diabetes gestacional?”, el 60.3% manifestó que no.

Esto nos podría indicar que posiblemente el personal de salud en general no otorga información suficiente a las mujeres embarazadas sobre cómo aplicar el autocuidado para evitar la diabetes gestacional. Es necesario concientizar al personal de la importancia de esta patología para que informen a las entrevistadas sobre factores de riesgo y medidas preventivas y evitar el desarrollo de diabetes gestacional.

Tabla 40. Categoría 32

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
SI	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

En cuanto a la categoría No. 32 “¿Le gustaría que el personal de enfermería la capacite sobre la diabetes gestacional y el modo de prevenirla?”. Todas las entrevistadas señalaron que si les gustaría, esto nos podría indicar que las embarazadas están en la mejor disposición para que nosotras como enfermeras les brindemos los conocimientos necesarios para prevenir la diabetes gestacional. Resultando beneficioso para la intervención.

DISCUSIÓN.

Los resultados de este trabajo coinciden con otras investigaciones relacionadas con el tema. El factor de riesgo que representa la obesidad apareció en 71.4%, en este caso Flores (2014) en su estudio denominado “Embarazo y obesidad”, concluye que la Diabetes gestacional se presenta más en mujeres obesas.

La falta de conocimiento en las mujeres embarazadas en cuanto a los factores que pueden desencadenar diabetes gestacional, como son: antecedentes familiares sobre diabetes tipo 2, obesidad, edad mayor de 25 años, diabetes gestacional en embarazos previos, enfermedad hipertensiva del embarazo, macrosomia, óbitos fetales resulto en el 28.8% de las entrevistadas, lo que coincide con lo investigado por Flores (2014), los cuales en su estudio identificaron que los factores de riesgo para el desarrollo de la DMG fueron multiparidad, Edad mayor de 25 años.

También se identifico que las entrevistadas desconocen el cómo se realiza el diagnostico de la DMG, pero además no se les ha realizado la detección en un 39.3%, esta falta de conocimiento probablemente esté relacionado con que ellas mismas no soliciten les sea realizada la prueba, lo que coincide con lo recopilado por Nava (2011) quien en su estudio “Obesidad pregestacional y riesgo de intolerancia a la glucosa en el embarazo y diabetes gestacional” recomienda realizar curva de tolerancia oral a la glucosa a todas las embarazadas durante su control prenatal para obtener un diagnostico y tratamiento oportuno y así evitar complicaciones tanto a la madre como al producto.

Otro factor de riesgo para la diabetes gestacional es el desconocimiento de las complicaciones de DMG entre las que se señalan: Descompensación metabólica, infecciones urinarias, Preclampsia/eclampsia, diabetes gestacional en embarazos posteriores y diabetes tipo 2, así como las complicaciones fetales: macrosomia, hipoglucemia, hipocalcemia, dificultad respiratoria, prematurez, trauma obstétrico, malformaciones congénitas coincide con lo encontrado por Álvarez (2012) quienes en su estudio denominado “ El exceso y bajo peso corporal al nacimiento en hijos de madres con diabetes”, identificaron en el 25% de las pacientes complicaciones

maternas como enfermedad hipertensiva del embarazo, anemia, Sepsis urinaria y estas complicaciones se relacionan con el peso del neonato.

También se identificó desconocimiento en las entrevistadas sobre el tratamiento de la diabetes gestacional, esto coincide con los autores Álvarez (2012), quienes en su estudio recomiendan un control de la gestante a base de dieta e insulina para un buen control metabólico y disminuir complicaciones durante el embarazo y parto.

Se encontró desconocimiento sobre embarazo de riesgo y sobre las actividades que realiza el personal de salud en el control prenatal, los autores Flores (2014) en su estudio recomiendan llevar un adecuado control metabólico durante el embarazo, así como vigilar la presencia de otras complicaciones durante el control prenatal.

Se encontró desconocimiento sobre el incremento de peso recomendado durante el embarazo, probablemente esto se relacione con la obesidad encontrada en un 71.4% de las mujeres entrevistadas, pues se presenta un aumento de peso superior al aconsejado por la bibliografía que debe ser entre 11.300 a 15.800 kg lo que coincide con los autores Zonana (2012) quienes en su estudio denominado “Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato” descubrieron que el 38 % de las embarazadas tuvieron un incremento de peso superior al recomendado.

También se encontró desconocimiento sobre la actividad física como otro elemento para prevenir la DMG y los ejercicios recomendados durante el embarazo. Cordero (2012) quienes en su estudio “Puede el ejercicio físico moderado durante el embarazo actuar como un factor de prevención de la diabetes gestacional?” identificaron que el ejercicio físico durante el embarazo es efectivo y seguro para disminuir el peso materno y la obesidad así como prevenir la diabetes gestacional.

CONCLUSIONES

Más de 90% de los casos de diabetes que complican a un embarazo son casos de diabetes gestacional. (Aguirre 2014) La creciente prevalencia de diabetes, que se diagnostica en mujeres a edades más tempranas, favorece la presencia de diabetes y embarazo.

Esto significa que se deberán implementar acciones que conlleven a su detección y tratamiento oportuno y eficaz, pero lo más importante es la prevención.

El prevenir y disminuir los factores de riesgo que conllevan al padecimiento es una tarea en la que el personal de enfermería puede incidir, toda vez que la enfermera constituye el primer contacto con la población, además de que participa directamente en la atención médica, por lo que esto se constituye en una serie de oportunidades para el equipo de salud.

Los resultados de esta investigación señalan entre otras cosas la deficiencia del conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre la diabetes gestacional y los factores de riesgo que conllevan al padecimiento, esta deficiencia las convierte en persona vulnerables pues una de las consecuencias de este padecimiento es el riesgo potencial de muerte materna o neonatal.

Si las mujeres embarazadas estuvieran capacitadas, orientadas e informadas sobre este padecimiento, el resultado sería el autocuidado, es decir por si solas ellas estarían al pendiente de cuidar su peso durante el embarazo, realizarían la actividad física, cuidarían la alimentación y pedirían les practicasen oportunamente la prueba diagnóstica, sin embargo esto no se da y una de las causas probables es precisamente ese desconocimiento.

Por lo que este trabajo se convierte en una oportunidad tanto para el personal de enfermería como para las mujeres embarazadas al proponer una intervención educativa sobre diabetes gestacional, el resultado esperado es que las mujeres apliquen medidas preventivas como son: un estilo de vida saludable, una dieta acorde a sus

necesidades y realicen ejercicio físicos adecuado. Con esto ellas pueden disminuir el riesgo de padecer diabetes gestacional además de solicitar la realización de pruebas diagnosticas, favoreciendo con esto a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, así como las posibles consecuencias discapacitantes.

CAPITULO IV

4. 1 Estrategia Educativa: Hacia una propuesta

INTRODUCCION.

La diabetes gestacional se define como la intolerancia a los hidratos de carbono que se presentan por primera vez en el embarazo y que desaparece después de este.

Las mujeres embarazadas deberían estar capacitadas sobre la diabetes gestacional con la finalidad de identificar los factores de riesgo y por ende puedan aplicar medidas para prevenir o disminuir los riesgos de adquirir el padecimiento durante su embarazo y al finalizar este prevenir complicaciones en su producto.

La capacitación se denomina la acción y efecto de capacitar a alguien. Capacitar, como tal, designa la acción de proporcionarle a una persona nuevos conocimientos y herramientas para que desarrolle al máximo sus habilidades y destrezas en el desempeño de una labor.

La propuesta educativa que se presenta a continuación surge como resultado de la investigación realizada para identificar el nivel de conocimientos que tienen las mujeres embarazadas que acuden al centro de salud de la colonia revolución a consulta sobre la

diabetes gestacional, de acuerdo al resultado se identifico que un mínimo porcentaje (39%) de las entrevistadas tienen conocimientos en general sobre la patología, pero aproximadamente un 60.7% de ellas carecen de él, de ahí la importancia de capacitar a las mujeres hasta lograr que el 100% de ellas adquieran el conocimiento del tema.

Las enfermeras perinatales como personal de salud deben comprometerse en alcanzar este objetivo pues de acuerdo a la opinión de las entrevistadas, el 60.7% manifestó que no se les otorga información sobre la patología, lo que se convierte en una debilidad para el equipo de salud y para la propia institución y el sistema.

TITULO DE LA PROPUESTA.

“Intervención educativa a mujeres embarazadas para la prevención de la diabetes gestacional”

PROBLEMA DE INVESTIGACION.

El déficit de conocimiento en las medidas preventivas de las mujeres embarazadas para prevenir la diabetes gestacional.

Objetivo general: Realizar una intervención educativa a las mujeres embarazadas que acuden a consulta de control prenatal al centro de salud de la colonia Revolución que les permita adquirir los conocimientos sobre diabetes gestacional.

Objetivos específicos:

1.- Incluir el tema de diabetes gestacional a los ya establecidos y que se les imparten mensualmente en el centro de salud a las mujeres embarazadas.

2.- Realizar trípticos o folletos informativos con contenido claro y preciso sobre diabetes gestacional para que durante la espera de su consulta el personal de salud se los proporcione y puedan reforzar sus conocimientos sobre factores de riesgo y medidas preventivas y puedan aplicar el autocuidado.

3.- Realizar pancartas sobre diabetes gestacional y colocarlas en lugares estratégicos de la unidad de salud, para reforzar la información proporcionada a las mujeres embarazadas.

Metas:

Aumentar el nivel de conocimiento en un 80% sobre diabetes gestacional en las mujeres embarazadas que acuden al centro de salud revolución.

Capacitar al 100% de las mujeres embarazadas sobre los factores de riesgo, las medidas preventivas, y como se diagnostica la diabetes gestacional, para que ellas soliciten que se les realice pruebas diagnosticas para detectar o descartar la patología.

Capacitar al 100% de las mujeres en el ejercicio físico moderado como un elemento para prevenir la diabetes gestacional.

Capacitar al 100% de las mujeres embarazadas sobre hábitos alimentarios adecuados.

4.2 Plan e instrumentos de Evaluación de la intervención

Para llevar a cabo esta propuesta de intervención es necesario gestionar a la parte directiva y administrativa del centro de salud de la colonia Revolución, de Xalapa, Ver., el apoyo de espacio (área destinada a las pláticas a embarazadas) y equipo de cómputo para realizar los cursos para la capacitación de las mujeres embarazadas. También se buscara el apoyo de patrocinadores para la realización de trípticos y/o folletos informativos.

**CARTA PROGRAMATICA PARA DESARROLLAR
LOS TEMAS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE DIABETES
GESTACIONAL**

Objetivo General:

Capacitar al 100% de las mujeres embarazadas que acuden al centro de salud sobre los factores de riesgo y las medidas preventivas de la diabetes gestacional.

Duración: 5 horas

Recurso Humano: Licenciados en enfermería.

Recursos Financieros: Gestionados por la administración.

Recursos Materiales: Área utilizada para las pláticas, mesas, sillas, programa o cartel, lápices, papel.

FECHA: Del 25 al 27/01/2016 **NOMBRE DEL CURSO:** Capacitación para prevenir diabetes gestacional

SEDE: Centro de salud urbano Revolución

DIRIGIDO A: Mujeres embarazadas en el centro de salud Revolución.

PONENTE: L.E. Yolva Gómez Ortiz

PROGRAMA DE TEMAS PARA CAPACITAR SOBRE DIABETES GESTACIONAL						
FECHA Y HORA	TEMA	OBJETIVOESPECIFICO	TECNICAS DIDACTICAS	AUXILIARES DIDACTICOS	EVALUACION	BIBLIOGRAFIA
25/01/2016 9:00 a 9:30	Definición de diabetes gestacional	Conocerá la definición de diabetes gestacional	Expositiva Lluvia de ideas descriptiva	Trípticos Rota folios	Post evaluación	William (2002) Obstetricia, Madrid, España Médica panamericana (págs. 240).
25/01/2016 9:30 a 10:00	Factores de riesgo de la Diabetes gestacional	Identificar los factores de riesgo que las predisponen a desarrollar DG.	Expositiva	Trípticos Rota folios	Post evaluación	Mondragón H. (2012). Obstetricia Básica Ilustrada. México Trillas (págs. 240).
25/01/2016 10:00 a 10:30 minutos	Complicaciones de la Diabetes gestacional	Conocerá las complicaciones que presenta una mujer embarazada y su producto cuando ella tiene diabetes	Expositiva	Trípticos Rota folios	Post evaluación	Almirón M. et al (2005)

		gestacional				
25/01/2016 10:30 a 11:00	Diagnostico de la Diabetes gestacional	Conocerá como se realiza el diagnostico de la diabetes gestacional y los valores normales de glucosa que debe tener una mujer embarazada	Expositiva	Trípticos Rota folios	La mujer embarazada solicitara se le realice la prueba para detectar diabetes gestacional	Guía de práctica clínica. Diagnostico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. IMSS 310-10. (pág. 16)
26/01/2016 9:00 a 9:30	Tratamiento de la diabetes gestacional	Identificara el tratamiento ideal de la diabetes gestacional	Expositiva	Trípticos Rota folios	Ronda de preguntas	Guía de práctica clínica. Diagnostico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. IMSS 310-10. (pág. 16)
26/01/2016 9:30 a 10:00	Control prenatal	Conocerá los beneficios de acudir a control prenatal	Expositiva	Trípticos Rota folios	Ronda de preguntas	PROY-NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
26/01/2016	Prevención de la diabetes	Identificara el concepto de	Expositiva	Trípticos	Ronda de preguntas	Mahan K (2001)

10:00 a 10:30	gestacional	prevención y como se previene la diabetes gestacional.		Rota folios		Nutrición y dietoterapia, McGraw-Hill interamericana. (pág. 831 Guía de práctica clínica IMSS 3
10-10	Terapia Nutricional	La paciente conocerá la importancia de llevar una alimentación adecuada para prevenir la DG, tipo de alimentos recomendados, así como la ganancia de peso ideal durante el embarazo.	Expositiva	Trípticos Rota folios	Ronda de preguntas	Roth R. (2009) Nutrición y dietoterapia. México, D.F. McGraw-Hill Interamericana. (pag 189)
27/01/2016 9:00 a 10:00	Actividad física	La paciente conocerá la importancia de realizar ejercicio como elemento para prevenir la Dg y los ejercicios ideales en su estado de gestación	expositiva	Tríptico Rota folios	Ronda de preguntas Activación física.	Mahan K (2001) Nutrición y dietoterapia, McGraw-Hill interamericana. (pág. 831)

Elaboro: L.E. Yolva Gómez Ortiz.

TRIPTICO SOBRE DIABETES GESTACIONAL

Tratamiento

La dieta combinado con el ejercicio mejora los niveles de glucemia y favorece la pérdida de peso.

El tratamiento farmacológico (insulina) se debe considerar cuando la dieta y el ejercicio no logran las cifras meta (menor de 95 mg/dl en ayuno y 140 mg/dl 1 hora postprandial) para el control de la glucosa en sangre en un período de 2 semanas. Cualquier duda pregunta al personal de salud



Universidad Veracruzana

ESPECIALIDAD EN SALUD
MATERNA Y
PERINATAL.

L.E. Yolva Gómez Ortiz
Mtra. Ruth Angélica Landa
Rivera

Dra. Elizabeth Bonilla Loyo
L.E. María Isabel Jiménez
Samio

SALUD MATERNA Y
PERINATAL.

Diabetes gestacional

L.E. Yolva Gómez Ortiz



Diabetes gestacional



Es el aumento de glucosa en la sangre en mujeres durante el embarazo y que generalmente desaparece después del nacimiento.

Factores de riesgo

Antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2.

Antecedentes familiares de obesidad
IMC mayor o igual a 28

Edad materna: Mayores de 25 años , con mayor riesgo las de 35 o mas.

Tener entre 24 y 32 semanas de gestación.

Antecedentes obstétricos: Obesidad, diabetes gestacional previa.

Hipertensión específica del embarazo.



Complicaciones

Complicaciones maternas: Descompensación metabólica aguda, infecciones urinarias, preeclampsia/eclampsia, diabetes gestacional en embarazos posteriores, diabetes mellitus tipo 2.

Complicaciones fetales: Macrosomía, hipoglucemia, hipocalcemia, Hiperbilirrubinemia,



Diagnostico

Embarazadas con riesgos importante realizar una prueba de tamiz desde el inicio del embarazo para identificar los niveles de glucosa. Ayuno: Mayor o igual a 126 mg/dl.

Casual: Mayor a 200 mg/dl.



Medidas preventivas

Adecuado control prenatal: Para vigilar evolución del embarazo

Terapia Nutricional: Para evitar incremento excesivo de peso y obtener los nutrientes necesarios para la madre y el producto.

Actividad Física: Reduce la resistencia insulínica



Elaboro: L.E. Yolva Gomez Ortiz

4.3 Conclusiones y recomendaciones.

La propuesta de intervención se enfoca a la prevención de la diabetes gestacional en las mujeres embarazadas, por lo que es necesario que el personal que las capacite se adapte a las necesidades y se apegue a los temas señalados en la carta programática.

Para realizar esta propuesta se realizo un diagnostico previo a las mujeres embarazadas que acudieron a consulta al centro de salud revolución por medio de un cuestionario elaborado en base al marco teórico y se realizo de acuerdo a los resultados.

El centro de salud revolución fue propicio para realizar esta investigación por la buena disposición del personal directivo, de enfermería y principalmente de las mujeres embarazadas a las que se les realizó la entrevista.

Es importante proporcionar educación continua sobre diabetes gestacional a las mujeres gestantes para otorgarles los conocimientos necesarios de cómo prevenir la enfermedad y se realicen pruebas para diagnosticarla, ya que de acuerdo a los resultados el 39.3% no la había solicitado Involucrar a todo el personal de salud, principalmente el personal de enfermería para que otorgue información oportuna, clara y precisa sobre diabetes gestacional cada que acudan a la unidad de salud para reforzar sus conocimientos y ellas apliquen el autocuidado.

4.4 Experiencia en el proceso de investigación.

En realidad para mí el proceso de este trabajo fue muy complicado, al principio por el hecho de no estar muy familiarizada con lo que es la investigación en sí. Pero poco a poco fui empapándome con el tema, ya que es un tema muy acorde al primer nivel de atención que es donde laboro y aparte muy importante porque se trata de identificar el nivel de conocimientos que tiene la embarazada sobre la diabetes gestacional e implementar una intervención educativa que le permita adquirir conocimientos para que conozca los factores de riesgo y las medidas preventivas para prevenir la enfermedad.

4.6 Referencias Bibliográficas y anexos

BIBLIOGRAFIA.

Almirón M. et'al (2005) Revista de Posgrado de Cátedra de Medicina - N° 152 (pág. 23) http://med.unne.edu.ar/revista/revista152/7_152.pdf

William (2002) Obstetricia, Madrid, España Médica panamericana (págs. 240).

Vokaer R. (1971) Grandes Síndromes en Obstetricia, Barcelona TORAY-MASSON (pág. 200)

Pineda (2000) Prevalencia de diabetes gestacional en el CEMEV (Consultada 15/08/2015) <http://148.226.12.104/bitstream/123456789/33851/1/pinedapinedagine.pdf>

Historia de la diabetes. (Consultada 23/09/15) <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/dm/cap1.pdf>

López F. (2010) Enfermedades transmisibles y crónico degenerativas. Manual moderno S.A. de C.V. (pág. 309)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/> (Consultada 20/11/2015)

Mondragón H. (2012). Obstetricia Básica Ilustrada. México Trillas (págs. 240).

Mahan K (2001) Nutrición y dietoterapia, Mcgraw-Hill interamericana. (pág. 831)

Flores P. et'al (2014). Embarazo y obesidad: riesgo para desarrollo de diabetes gestacional en la frontera norte de México. *Gaceta Médica de México*, (pags. 73) (Consultada 10/04/2014) http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s1/GMM_150_2014_S1_073-078.pdf

Nava P. et al (2011). Obesidad pregestacional y riesgo de intolerancia a la glucosa en el embarazo y diabetes gestacional. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(1), 1(Consultada 14/05/2014) http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262011000100003&script=sci_arttext

Zonana N. et al (2010). Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. *Salud pública de México*, 52(3), 220-225. (Consultada 12/07/2014) http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5944930&pid=S0717-75262011000100

Álvarez Z. et al (2012). El exceso y el bajo peso corporal al nacimiento en hijos de madres con diabetes. *Revista Cubana de Obstetricia y ginecología*. (Consultada 10/19/14) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300002

Valdés A. et al (2012). Valoración de la ganancia de peso corporal en la embarazada con diabetes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(1), 56-63. (Consultada 22/05/2014) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000100007

Rodríguez Y. et al (2011). ¿Puede el ejercicio físico moderado durante el embarazo actuar como un factor de prevención de la Diabetes Gestacional? *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*. (Consultada 22/06/2015) https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=ffzYf8wAAAAJ&citation_for_view=ffzYf8wAAAAJ:W7OEmFMy1HYC

Diagnostico de salud (2015) C.S. Revolución

Cloherly J. Manual de Neonatología

Norma oficial mexicana nom-015-ssa2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus

<http://www.colegiovirgendeeuropa.com/PDFs/apuntes%20maria%20jesus/segundaev/SALUD%20Y%20ENFERMEDAD.pdf>

Aguirre L. (2014) Incidencia de diabetes gestacional y sus implicaciones clínicas. (pág. 5) <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Liliana.pdf>

Roth R. (2009) Nutrición y dietoterapia. México, D.F. McGraw-Hill Interamericana. (pag 189)

<http://www.definicionabc.com/general/diagnostico.php>

Guía de práctica clínica. Diagnostico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. IMSS 310-10. (pág. 16) (Consultada 20/11/2015)

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/320_IMSS_10_Diabetes_embarazo/EyR_IMSS_320_10.pdf

PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES 2da. Edición www.salud.gob.mx D.R.© Secretaría de Salud Av. Benjamín Franklin # 132 Col. Escandón, 2da. sección Delegación Miguel Hidalgo México, D.F. 11800 ISBN Impreso y hecho en México Coordinación y responsable de la publicación: CENAPRECE Secretaría de Salud

Norma oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5276550

ANEXOS

Xalapa, Veracruz. A 30 de julio de 2015.

Dra. Zarinah Viveros Torres.
Directora del C.S. Revolución.

Por medio de la presente solicito su autorización para aplicar un cuestionario a las mujeres embarazadas que acuden a consulta y/o a pláticas al centro de salud, con la finalidad de recopilar información sobre el conocimiento que las pacientes tienen sobre diabetes gestacional.

Dicha información será utilizada para la elaboración de una tesis; La que actualmente estoy realizando con el tema **“Propuesta de cuidado para la prevención de la diabetes gestacional en mujeres embarazadas”** para poder obtener el título de la especialidad en salud materna y perinatal de la universidad Veracruzana.

Sin más por el momento aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo, agradeciendo de antemano su atención.

ATENTAMENTE

L.E. Yolva Gómez Ortiz



UNIVERSIDAD VERACRUZANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESPECIALIDAD EN SALUD MATERNA Y PERINATAL



En la facultad de enfermería de la Universidad Veracruzana la alumna Yolva Gómez Ortiz está realizando una investigación denominada **“PROPUESTA DE CUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES GESTACIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS”** para lo cual esta entrevistando a mujeres embarazadas que acuden al centro de salud de la colonia revolución.

Su participación es voluntaria, la información proporcionada solo será utilizada para los fines de la investigación; no se dará a conocer su nombre y su identidad será resguardada.

Si usted no desea participar, no se verá afectada en los servicios que proporciona este centro de salud y puede retirarse en el momento que lo solicite.

Doy mi consentimiento para participar en el trabajo.

Nombre, firma y fecha



INSTRUMENTO DE VALORACION



Cuestionario realizado para la recopilación de datos en el C.S. Col. Revolución para la elaboración de una tesis sobre diabetes gestacional.

Objetivo: Identificar el nivel de conocimientos de la mujer embarazada sobre la diabetes gestacional.

Nota: Conteste el cuestionario de acuerdo a lo que usted considere que es la respuesta correcta.

Edad: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Estado civil: _____
Religión: _____ Número de embarazos _____

Semanas de gestación _____

Peso: _____ Talla: _____ Índice de masa corporal (IMC): _____

Elaboro: L.E. Yolva Gómez Ortiz

1.- La Diabetes gestacional es el aumento de azúcar en la sangre y se detecta por primera vez durante el embarazo.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

2.- Se dice que las mujeres embarazadas mayores de 25 años no están en riesgo de presentar diabetes gestacional.

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo

3.- La obesidad y el sobrepeso son un factor de riesgo en las mujeres embarazadas para llegar a presentar diabetes gestacional.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

4.- Las mujeres embarazadas que tienen familiares directos (padres y hermanos) con diabetes mellitus están en riesgo de desarrollar diabetes gestacional.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

5.- El Haber presentado Diabetes gestacional en un embarazo anterior, abortos a repetición, cesáreas, hijos de más de 4 kilos al nacer, haber tenido mucho o poco liquido amniótico y malformaciones fetales no es un riesgo para desarrollar diabetes gestacional.

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo

6.- El Haber presentado aumento de la presión arterial en un embarazo anterior es un riesgo para desarrollar diabetes Gestacional.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

7.- El no realizar una prueba de glucosa a las embarazadas entre la semana 24 a 28 de gestación impide detectar a tiempo a las que pudieran presentar diabetes gestacional.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

8.- El Presentar valores de glucosa en ayuno mayor a 105 mg/dl. es un riesgo para desarrollar diabetes gestacional.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

9.- ¿te han realizado durante tu embarazo pruebas para detectar azúcar en la sangre?

- Si
- No

10.- El Presentar síntomas como mucha hambre, mucha sed y muchas ganas de orinar te podrían indicar que presentas diabetes gestacional.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

11.- Una mujer embarazada con diabetes gestacional puede presentar complicaciones como edema (hinchazón), problemas en la cantidad del liquido amniótico, aumento de la presión arterial, abortos, si no lleva un buen control de la azúcar en la sangre.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

12.- El feto de una mujer embarazada con diabetes gestacional puede presentar Malformaciones, sufrimiento fetal y muerte fetal in útero.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

13.-Una mujer embarazad con diabetes gestacional puede tener hijos que pesan más de 4 kilos al nacer y estos pueden presentar hipoglucemia (le bajan los niveles de azúcar en la sangre) al poco tiempo de nacer.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

14. El no llevar un tratamiento adecuado en la embarazada con diabetes gestacional es un factor de riesgo para presentar complicaciones durante el embarazo y parto.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

15.-Manejar niveles altos de azúcar en la sangre durante el embarazo y no llevar el control adecuado es un riesgo para que se complique el embarazo

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

16.- No manejar insulina en la embarazada con diabetes gestacional cuando no le funciona la dieta durante el tratamiento y presenta niveles de glucosa arriba de 105 mg/dl pone en riesgo su embarazo.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

17.- Se sabe que un embarazo de riesgo es aquel que puede presentar complicaciones tanto para la madre como para el producto.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

18.- durante el embarazo se tiene que acudir a consulta médica cada que presente algún síntoma o signo que ponga en riesgo su salud y la de su hijo.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

19.- Se considera un embarazo de riesgo si durante él presenta enfermedades como la diabetes gestacional.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

20.- Durante el control prenatal el personal de salud realiza actividades para prevenir complicaciones durante su embarazo.

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo

21.- Para conservar su salud y la de su producto en condiciones optimas es importante que acuda a control prenatal por lo menos una vez al mes.

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

22.- El no llevar una alimentación balanceada donde se incluyan los 3 grupos de alimentos es un riesgo para presentar diabetes gestacional.

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

23.- El peso que se recomienda subir durante el embarazo es de 11,300 a 15,800 Kg.

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

24.- El presentar una ganancia de peso excesiva durante el embarazo, aumenta el riesgo de tener hijos que pesen más de 4 kilos.

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

25.- La actividad física ayuda a las mujeres embarazadas a mantener una salud ideal.

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo

- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

26.- La mujer embarazada que camina una media hora diaria y realiza ejercicio moderado evita un incremento excesivo de peso, mantiene su salud y ayuda evitar la aparición de diabetes gestacional.

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

27.- La mujer embarazada no puede realizar cualquier tipo de actividad física.

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo

28.- La promoción de la salud (información sobre cómo autocuidarse) da a las mujeres embarazadas conocimientos para cuidar su salud y evitar la diabetes gestacional.

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

29.- La salud se define como el bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad.

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

30.- ¿La enfermera que la atiende en su consulta mensual le ha hablado sobre que es la diabetes gestacional?

- Si
- No

31.- ¿Cuándo usted acude a su centro de salud el personal de salud le ha capacitado sobre cómo prevenir la diabetes gestacional?

- Si
- No

32.- ¿Le gustaría que el personal de enfermería la capacite sobre la diabetes gestacional y el modo de prevenirla?

- Si
- N

Tablas

Tabla 1. Edad

Validos	Frecuencia	Porcentaje
14 a 18 años	6	21.4
19 a 23 años	8	28.6
24 a 28 años	8	28.6
29 a 33 años	5	17.9
34 y mas años	1	3.6
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

Tabla 2. Ocupación

Validos	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	22	78.6
Maestra	2	7.1
Comerciante	2	7.1
Abogada	1	3.6
estudiante	1	3.6
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

Tabla 3. Nivel Educativo

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	1	3.6
Secundaria	10	35.7
Preparatoria	10	35.7
Profesional	7	25.0
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

Tabla 4. Estado civil

Validos	Frecuencia	Porcentaje
Casado	10	35.7
Unión libre	15	53.6
Soltera	3	10.7
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

Tabla 5. Religión

Validos	Frecuencia	Porcentaje
Católica	26	92.9
Otra	2	7.1
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

Tabla 6. Numero embarazos

validos	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2	25	89.3
3 a 4	3	10.7
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

Tabla 7. Semanas de gestación

Validos	Frecuencia	Porcentaje
24 a 28 semanas	12	42.9
29 a 33 semanas	5	17.9
34 a 38 semanas	10	35.7
39 y + semanas	1	3.6
Total	28	100.0

Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

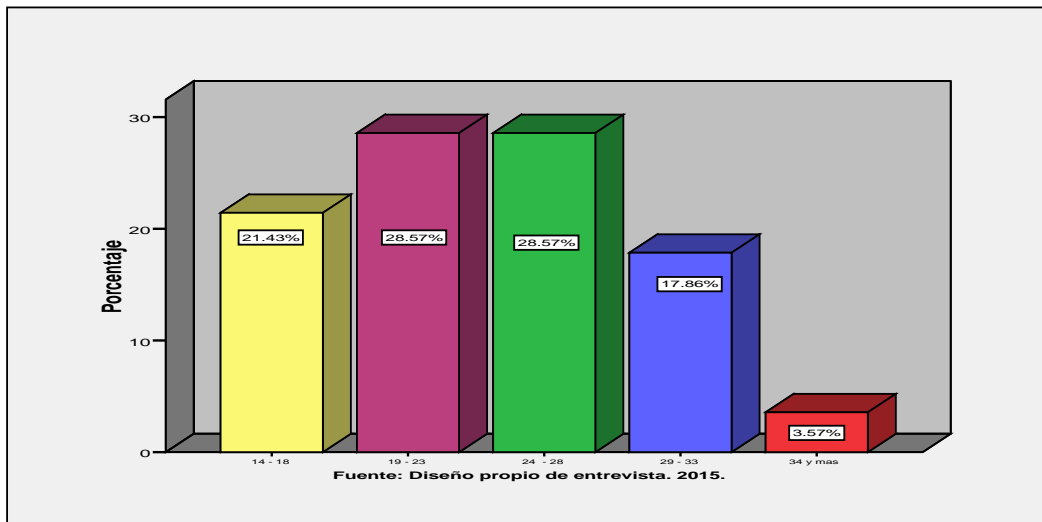
Tabla 8. Índice de masa corporal

Validos	Frecuencia	Porcentaje
Normal	7	25.0
Sobrepeso	20	71.4
Obesidad	1	3.6
Total	28	100.0

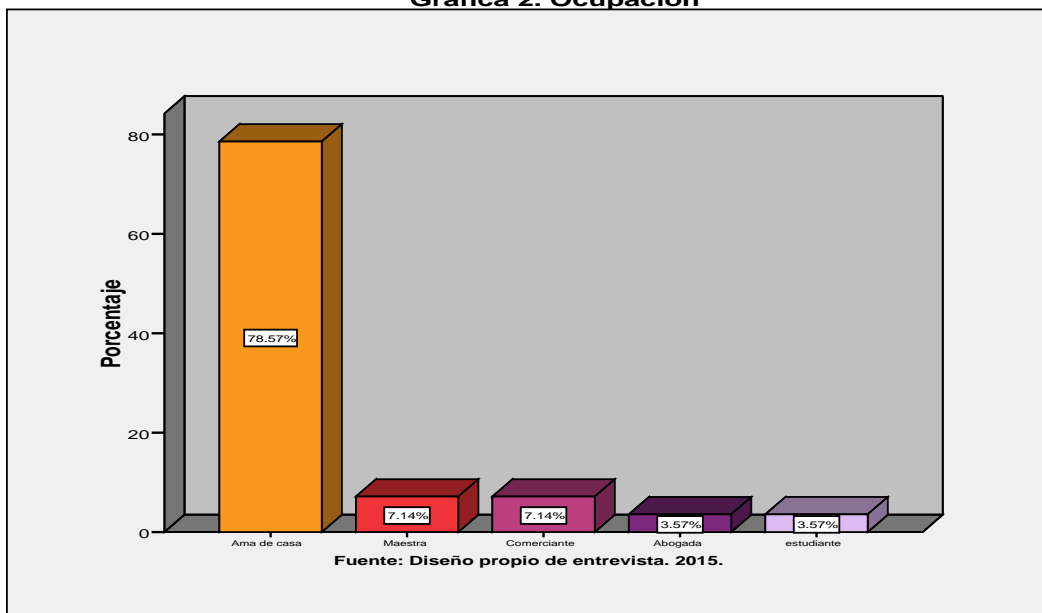
Fuente: Diseño propio de entrevista. 2015

GRAFICAS

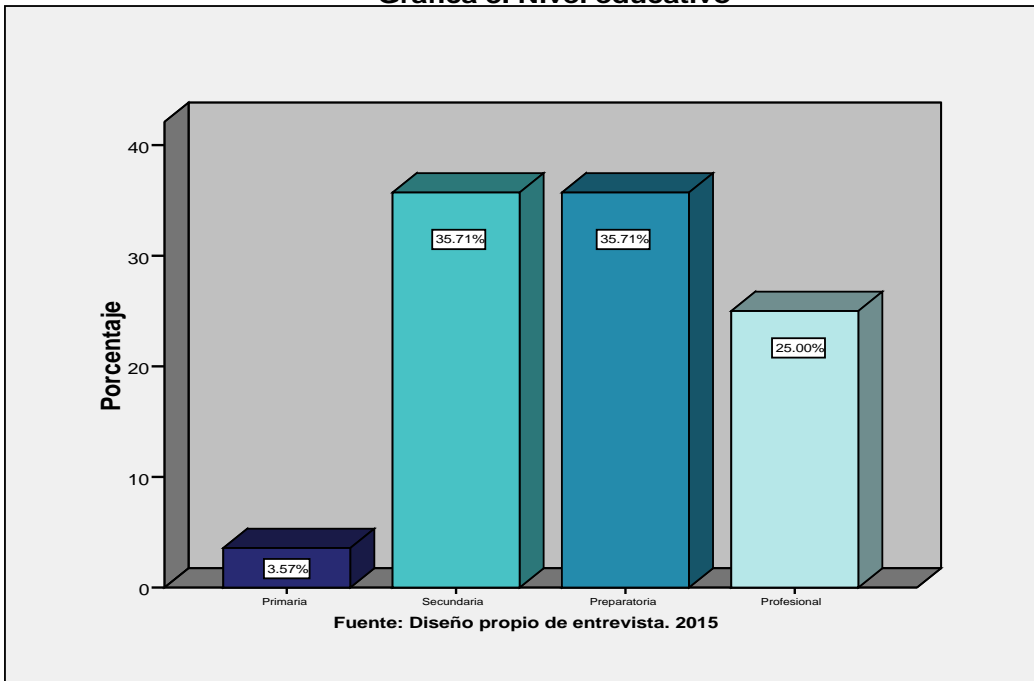
Gráfica 1. Edad



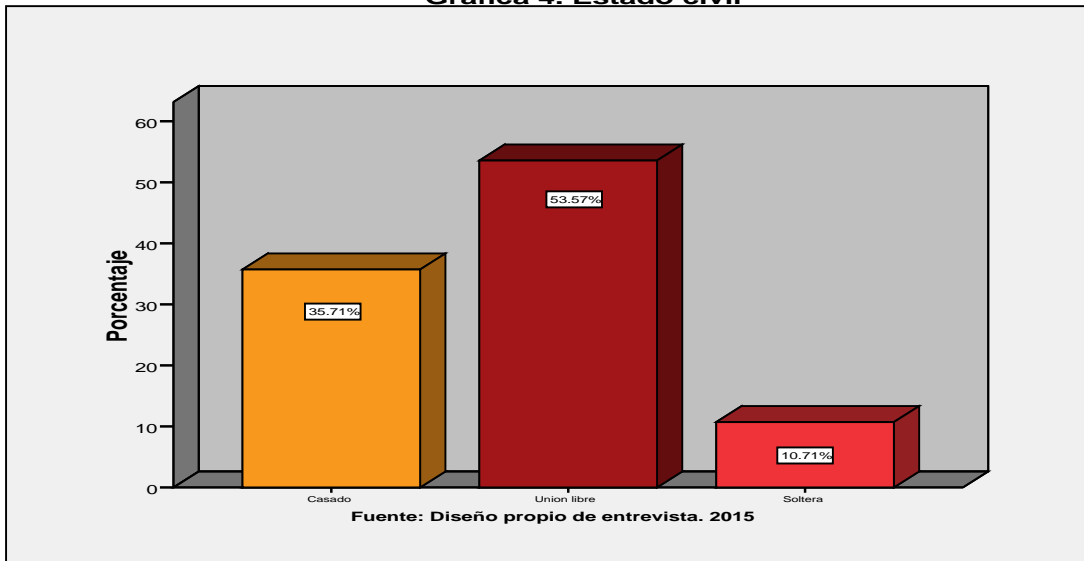
Gráfica 2. Ocupación



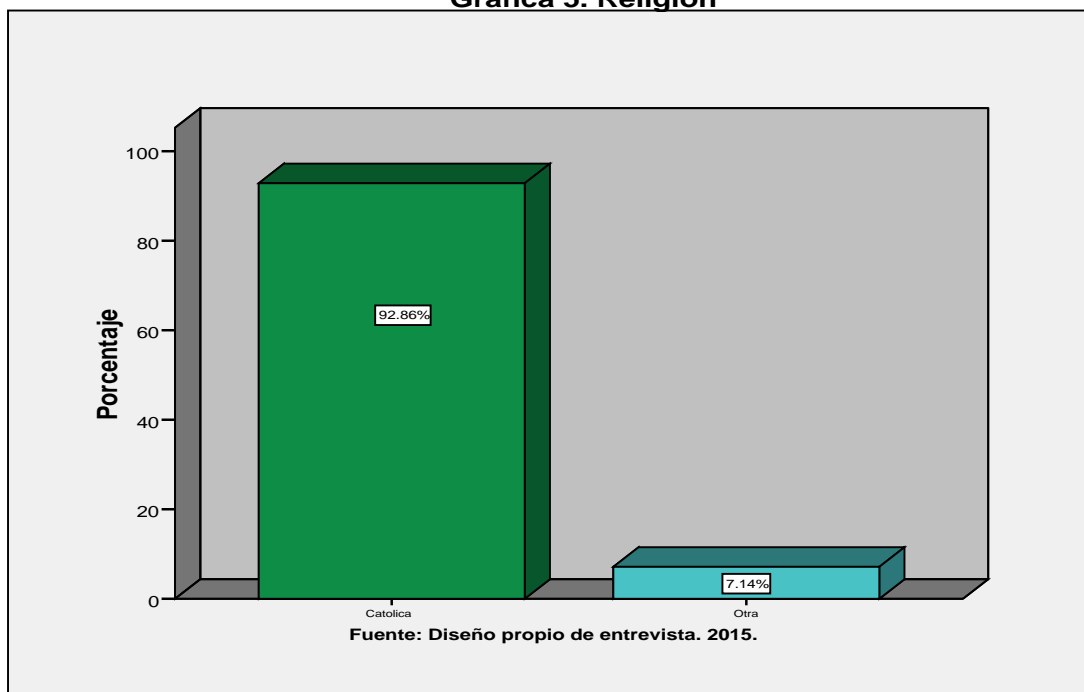
Gráfica 3. Nivel educativo



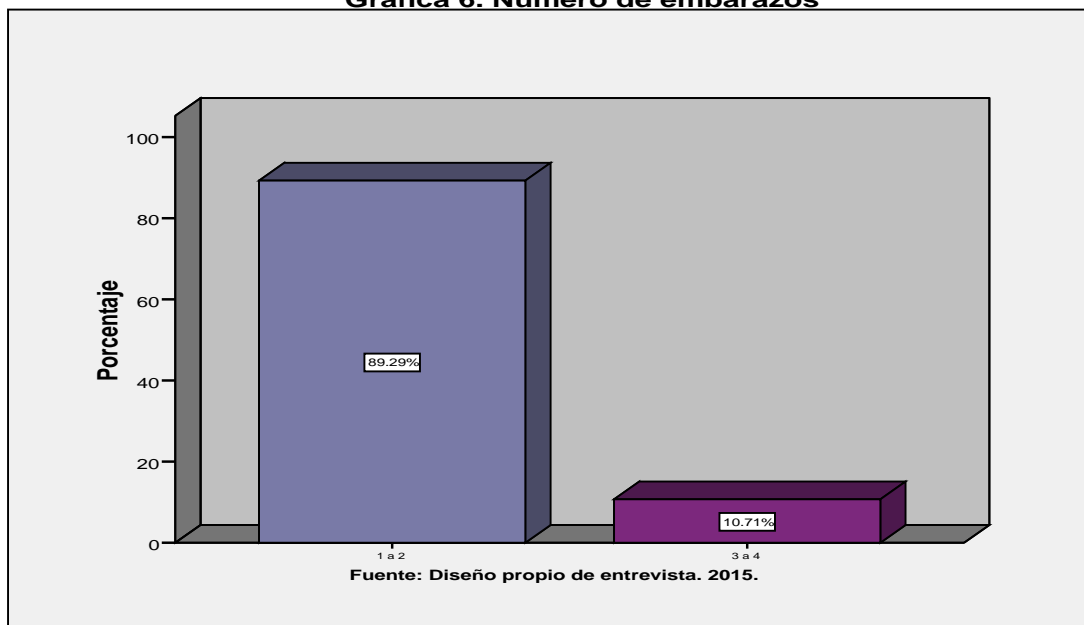
Gráfica 4. Estado civil



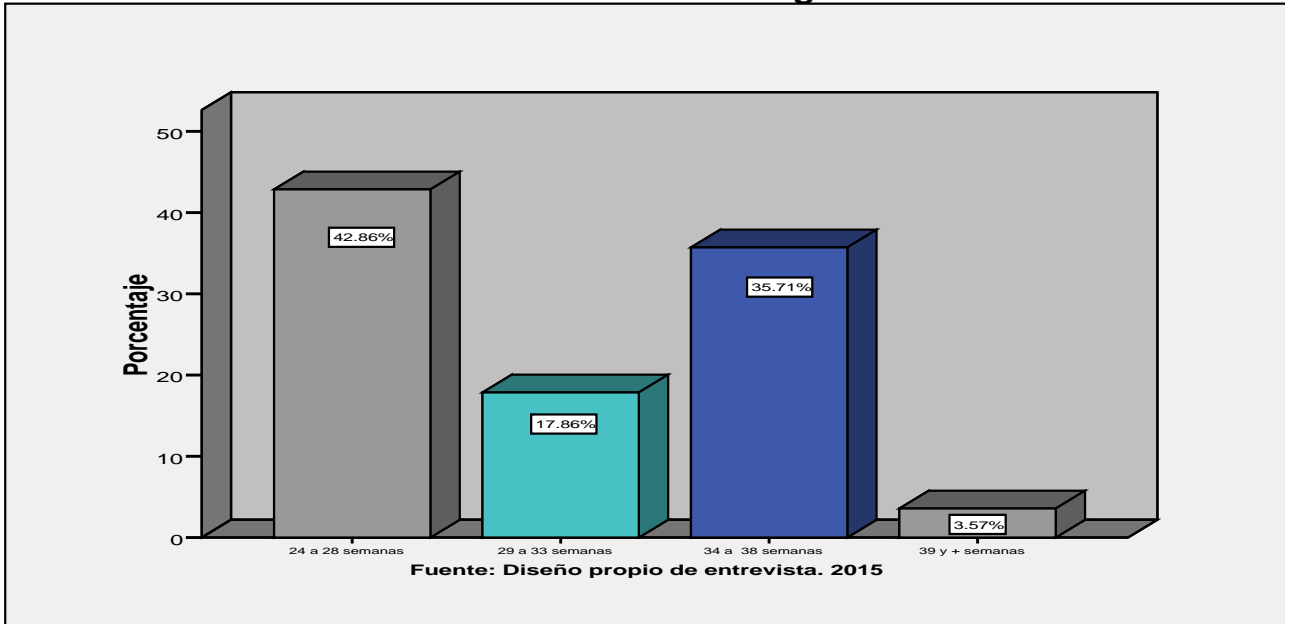
Gráfica 5. Religión



Gráfica 6. Número de embarazos



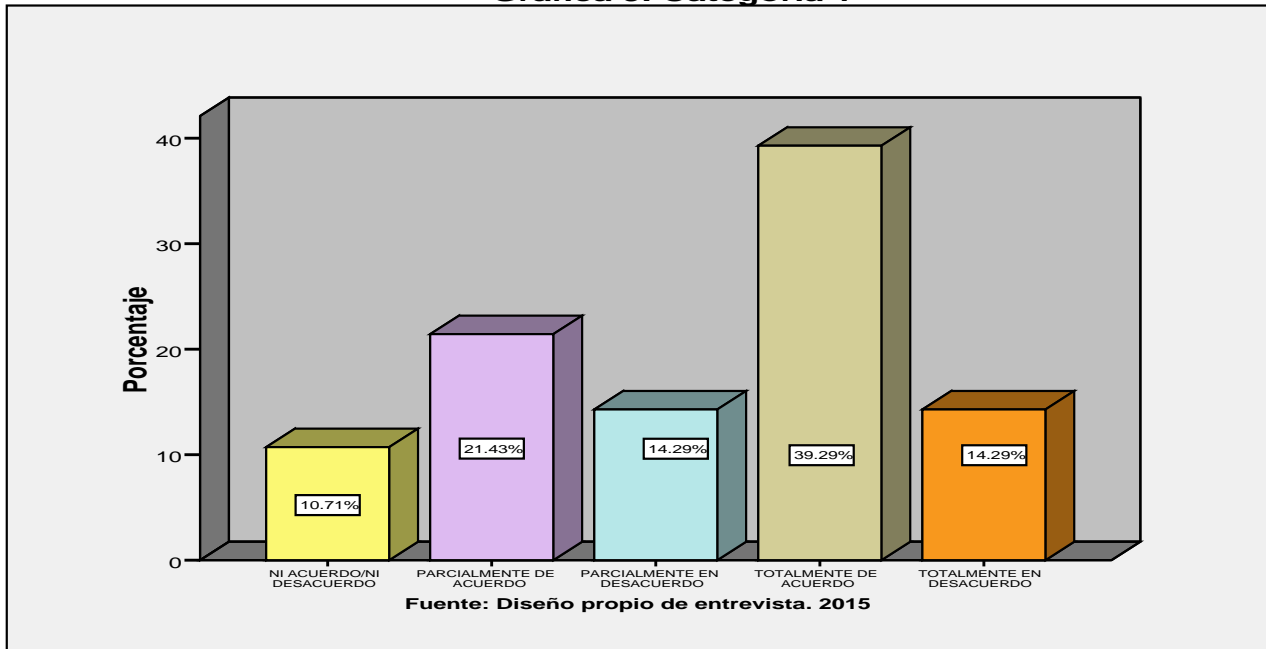
Gráfica 7. Semanas de gestación



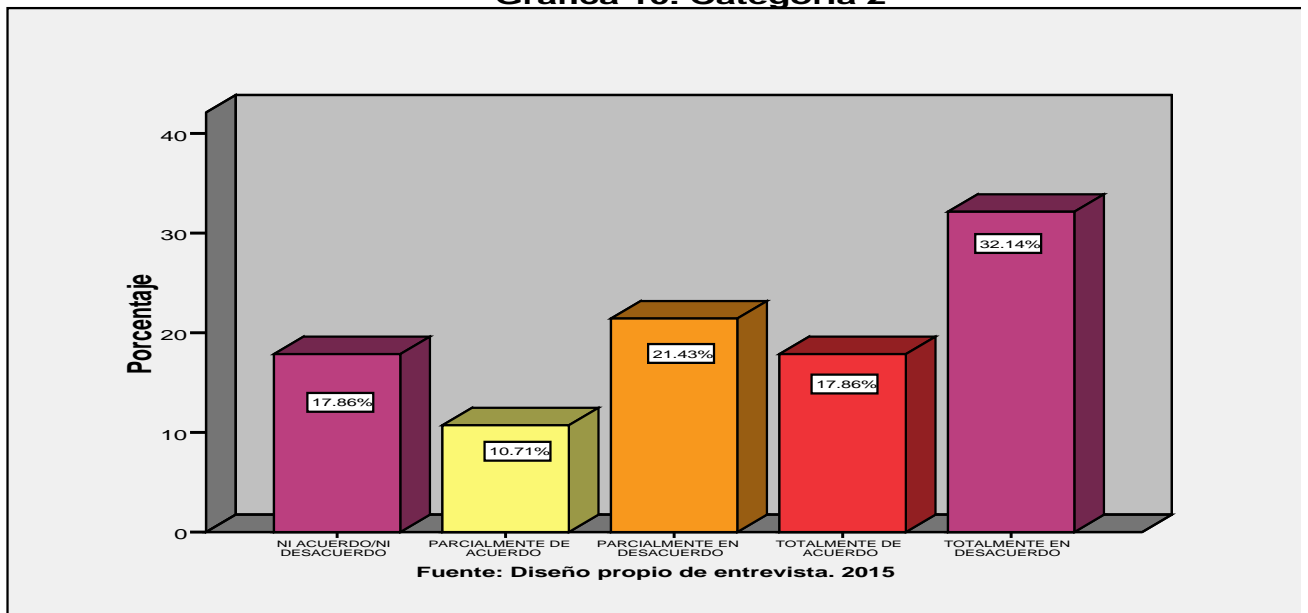
Gráfica 8. I.M.C. de las entrevistadas



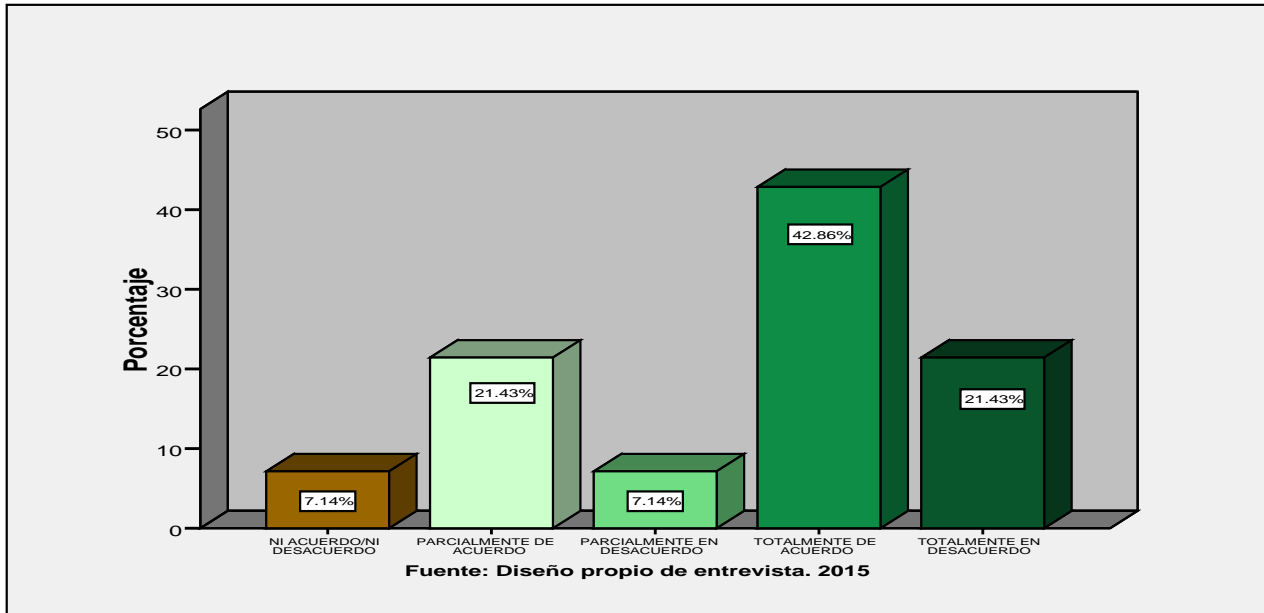
Gráfica 9. Categoría 1



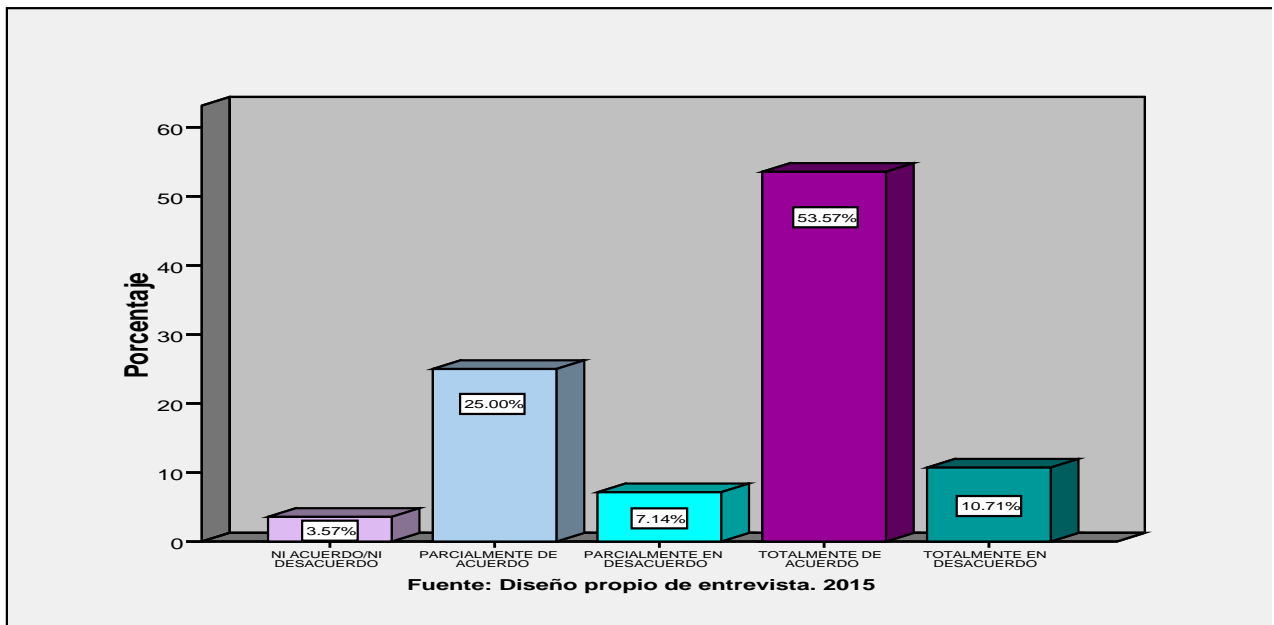
Gráfica 10. Categoría 2



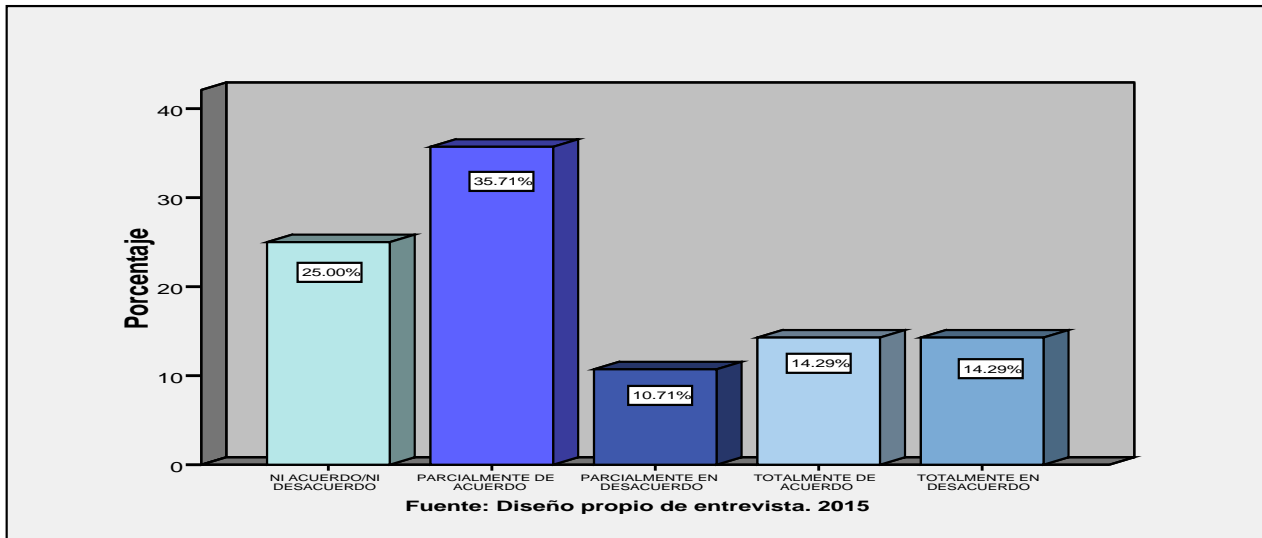
Grafica 11. Categoria 3



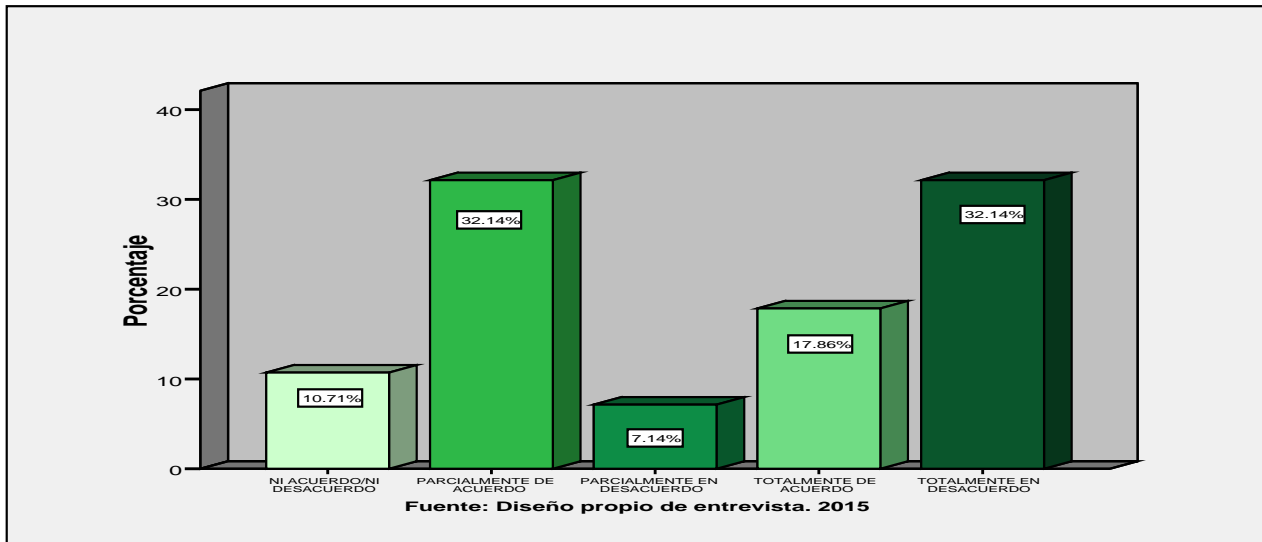
Grafica 12. Categoria 4



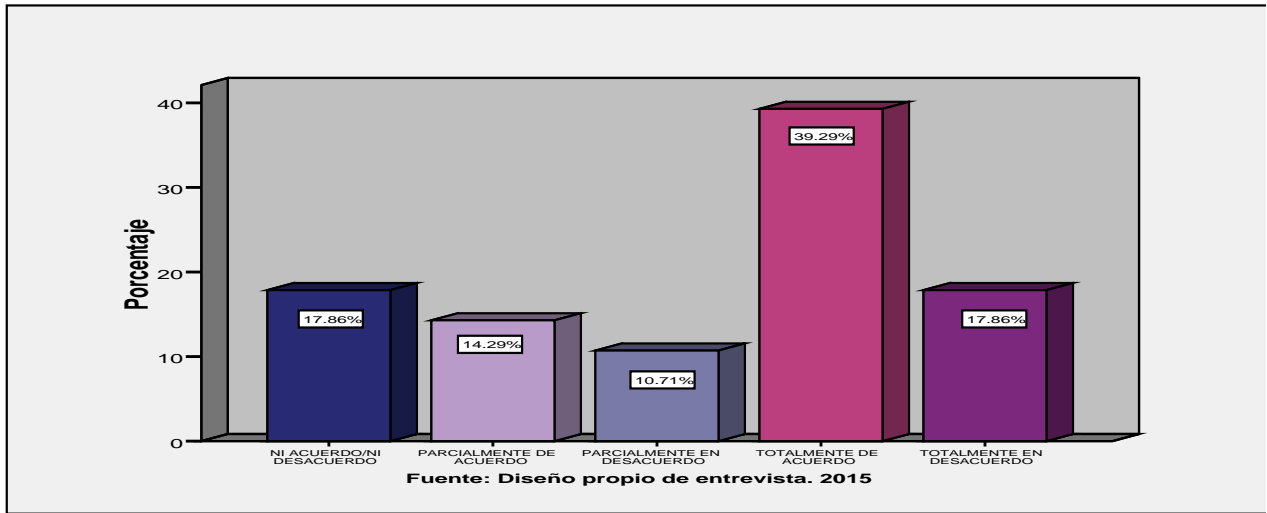
Grafica 13. categoria 5



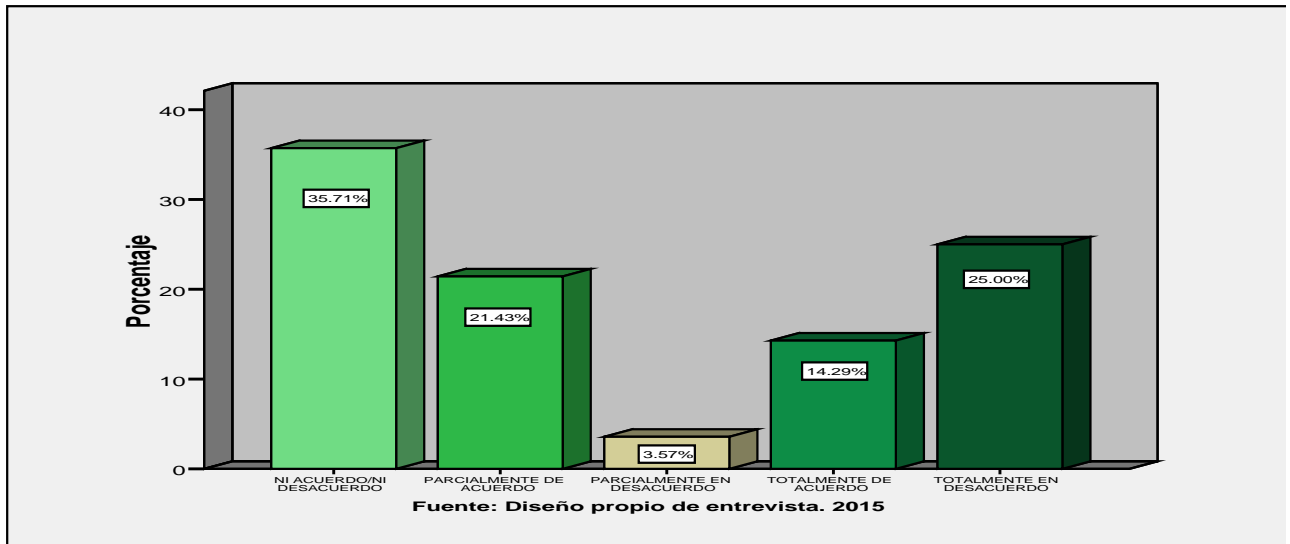
Gráfica 14. Categoría 6



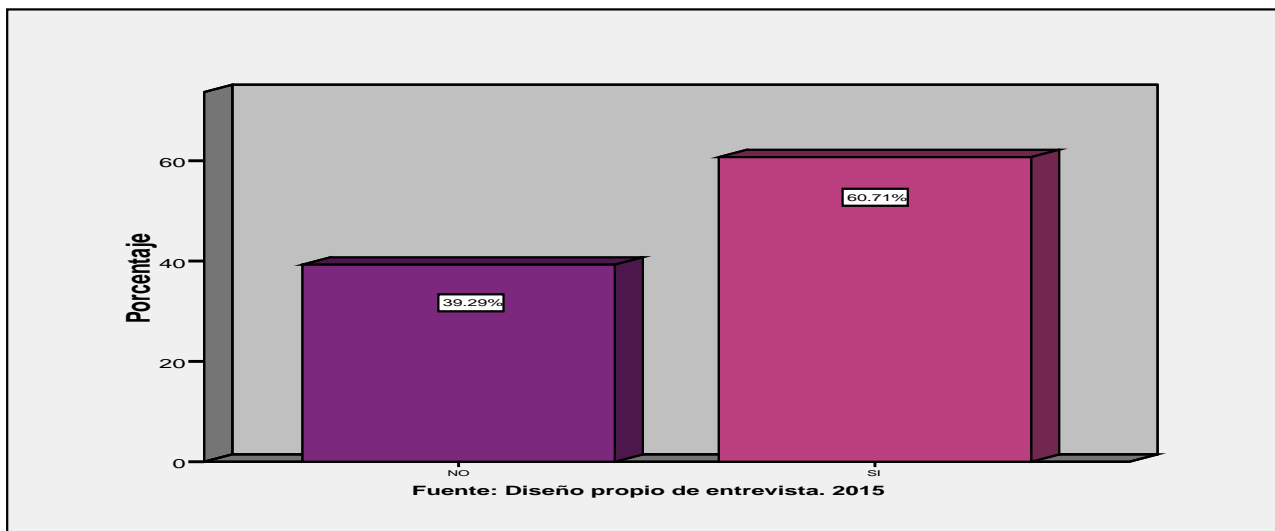
Gráfica 15. Categoría 7



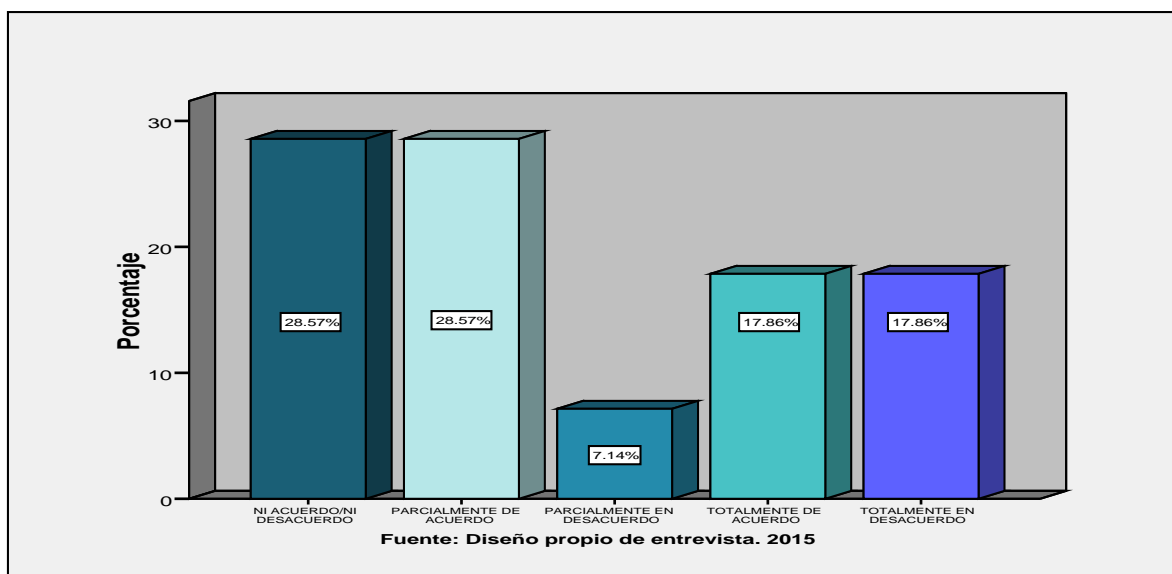
Gráfica 16. Categoría 8



Gráfica 17. Categoría 9

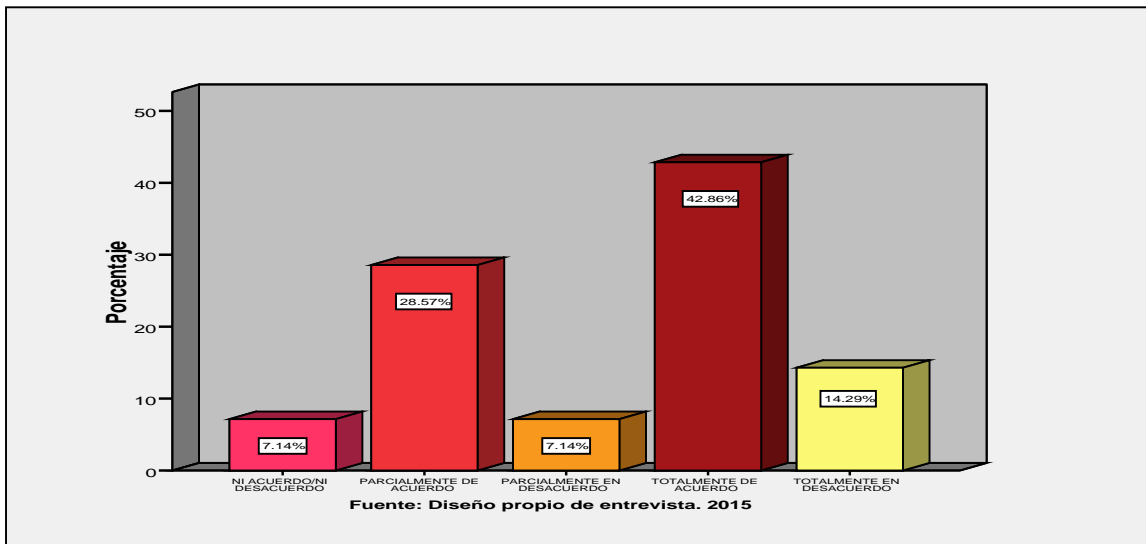


Gráfica 18. Categoría 10

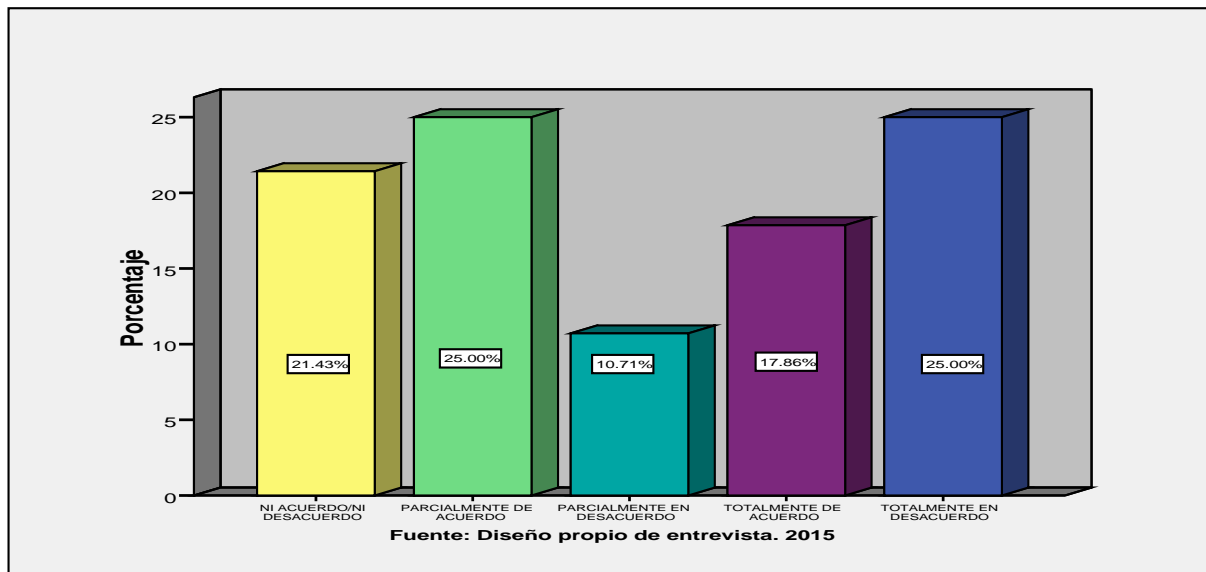


Gráfica 19. Categoría 11

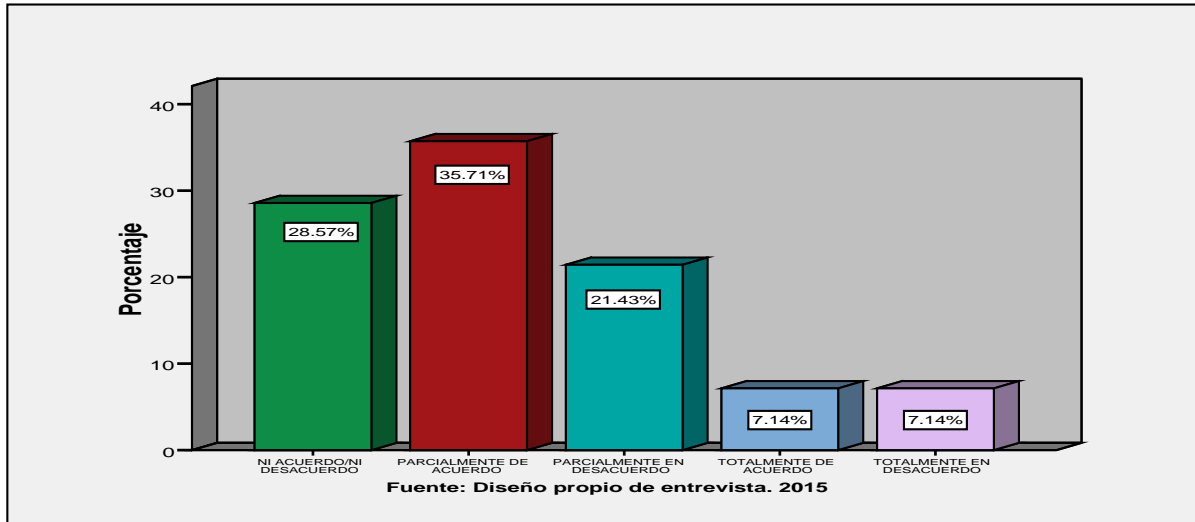
Título



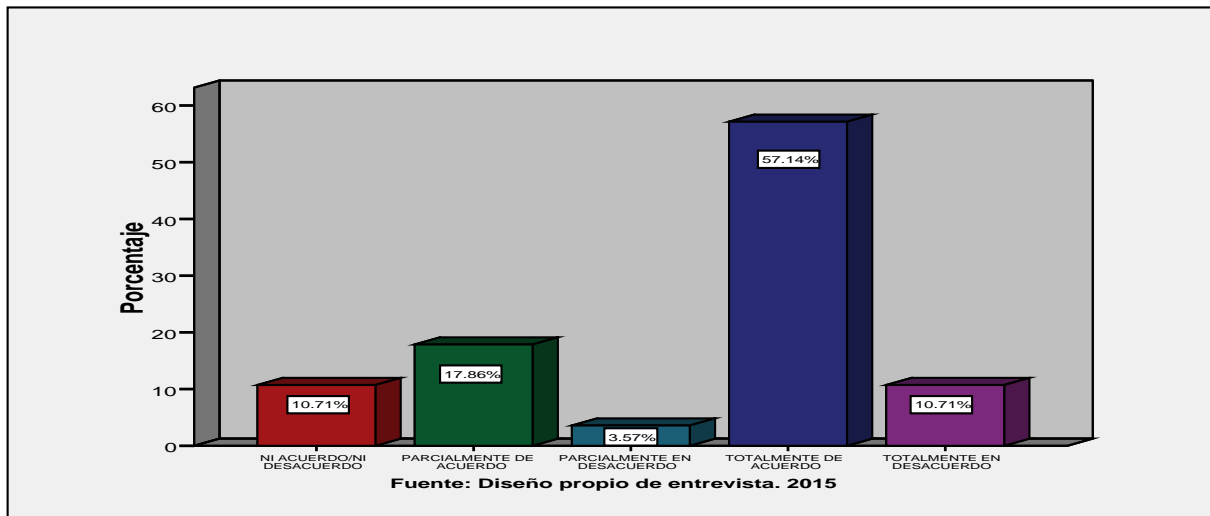
Gráfica 20. Categoría 12



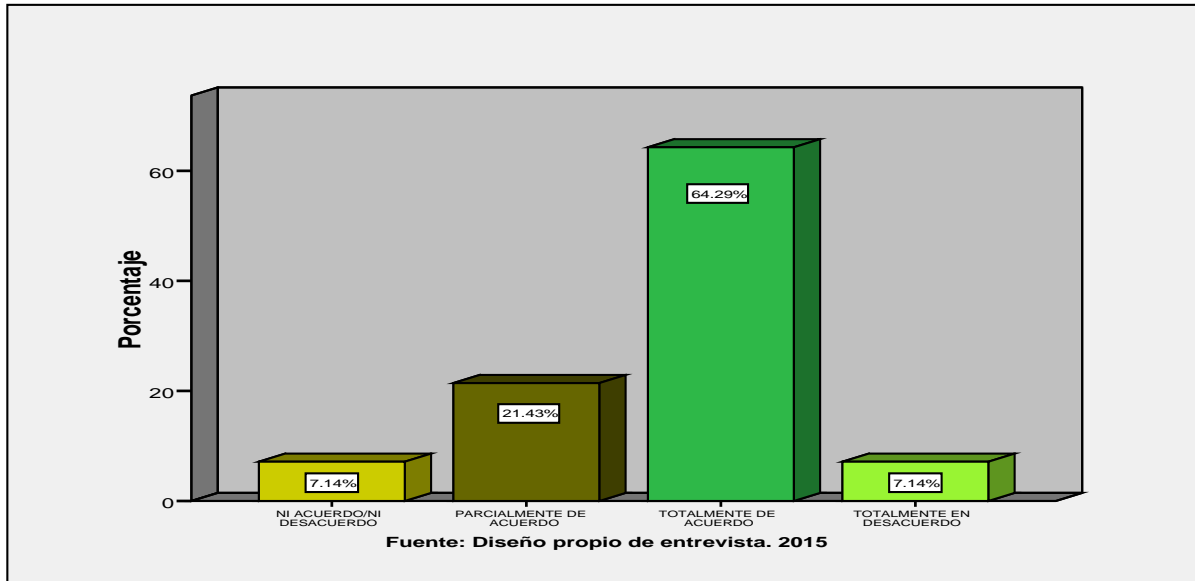
Gráfica 21. Categoría 13



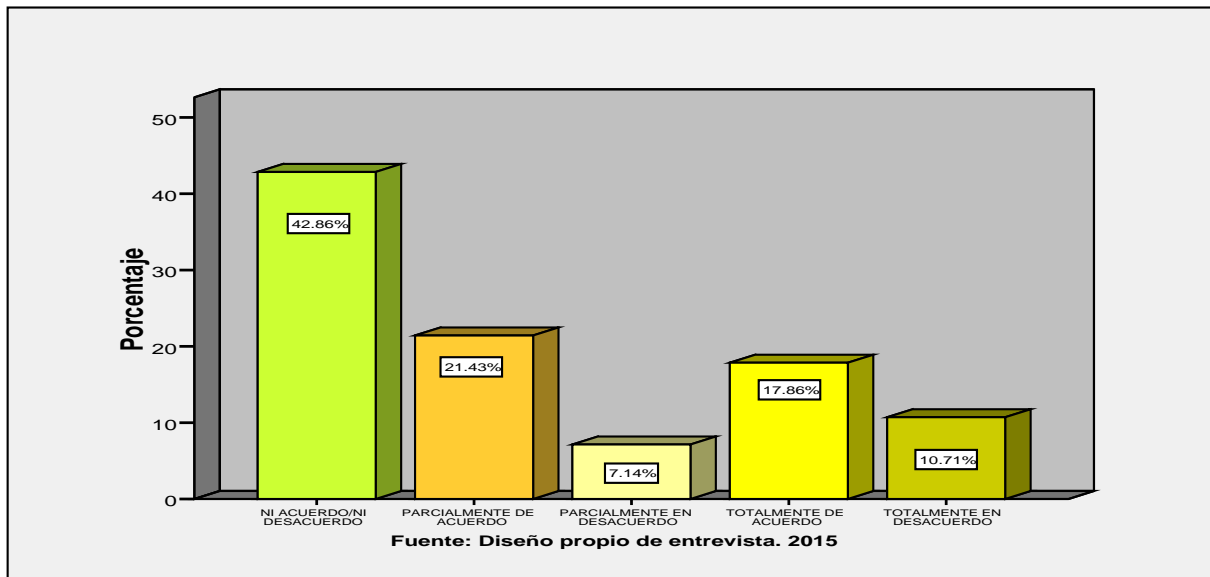
Gráfica 22. Categoría 14



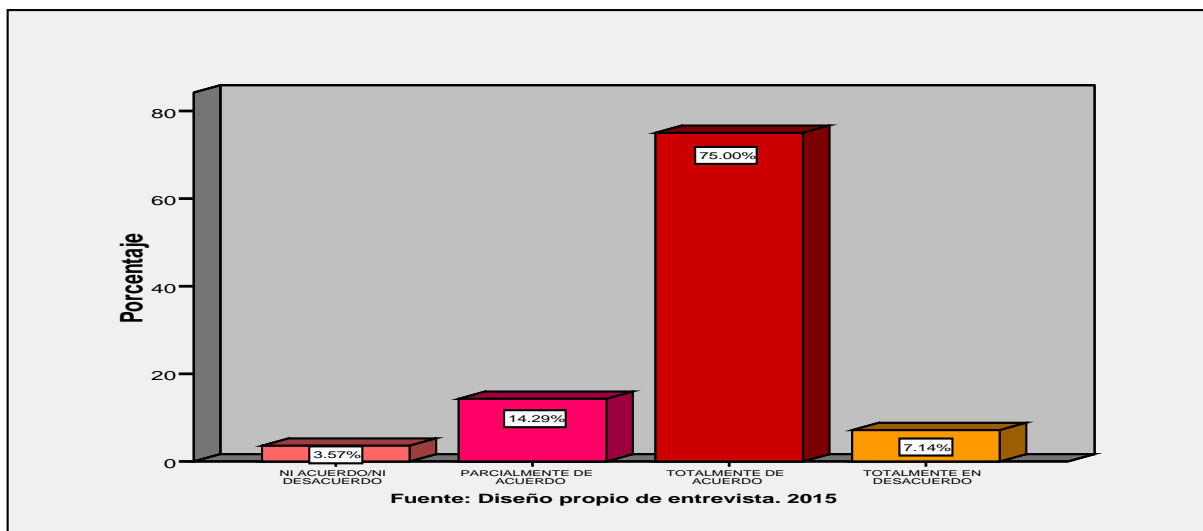
Gráfica 23. Categoría 15



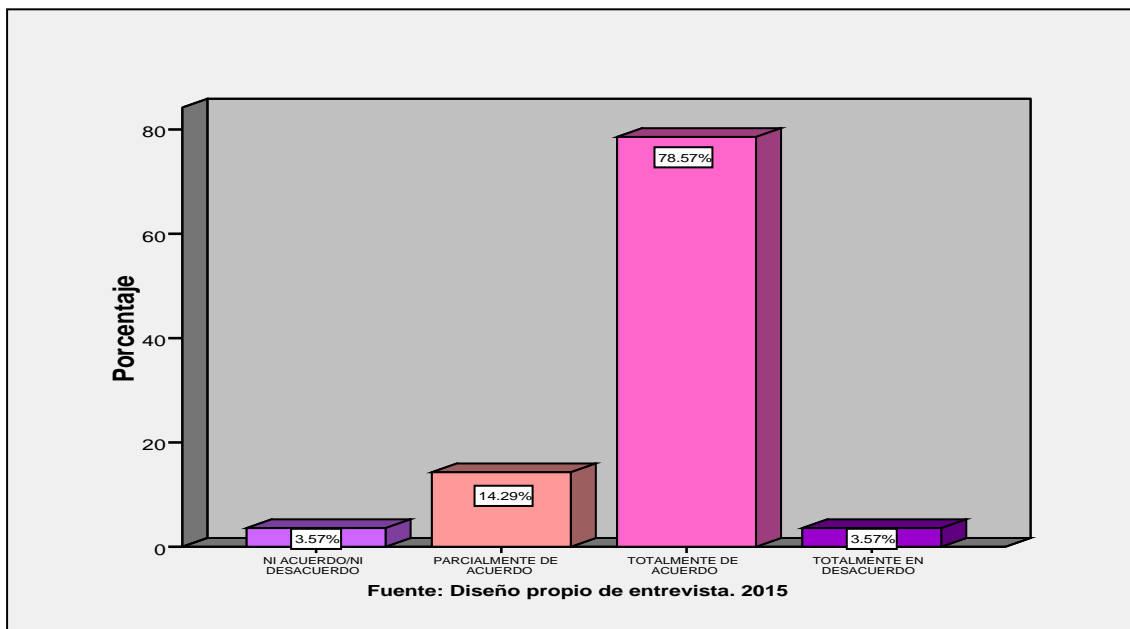
Gráfica 24. Categoría 16



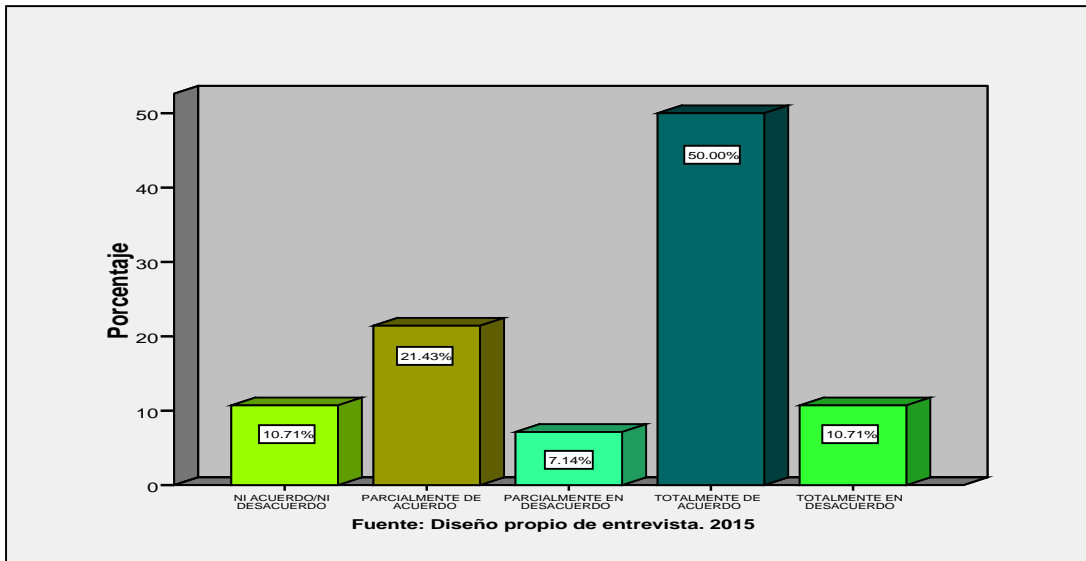
Gráfica 25. Categoría 17



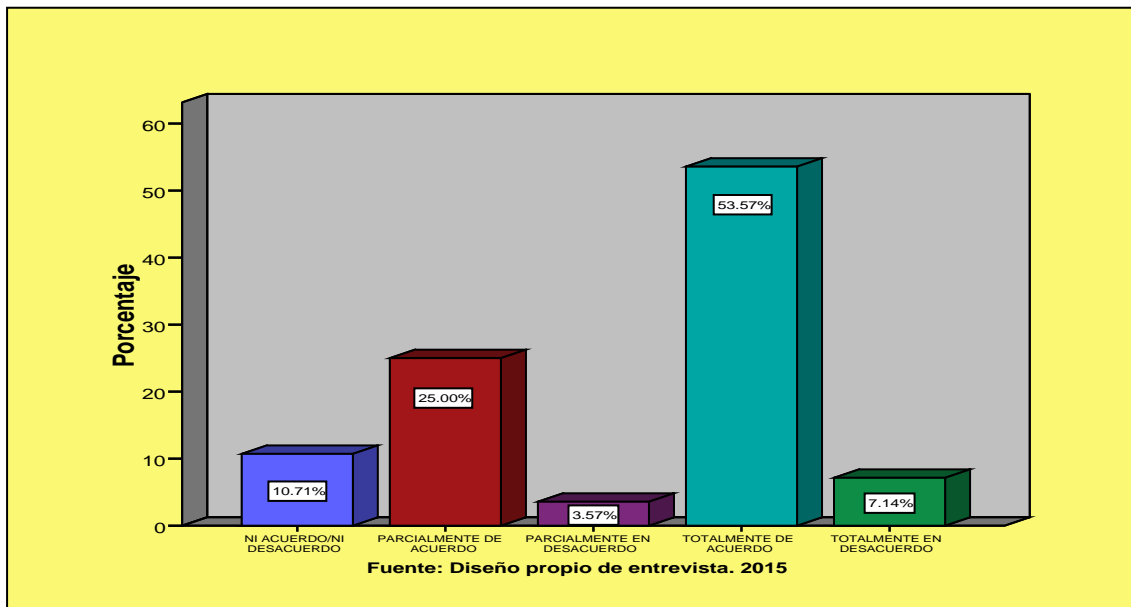
Gráfica 26. Categoría 18



Gráfica 27. Categoría 19



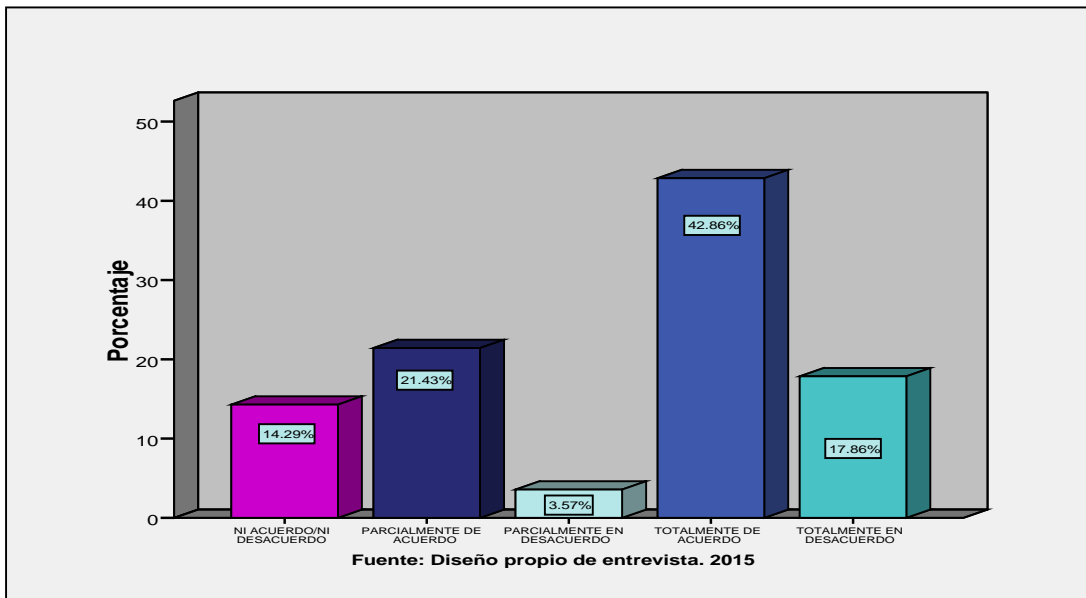
Gráfica 28. Categoría 20



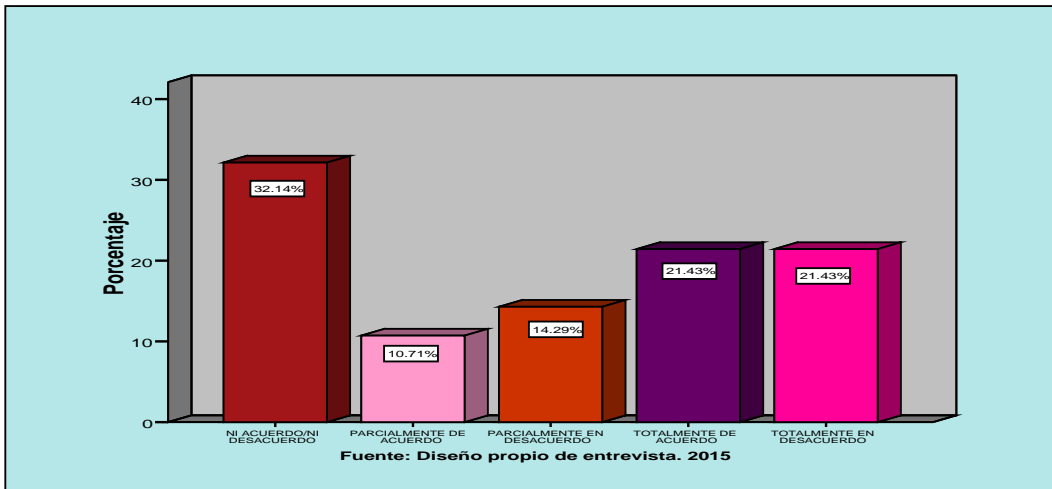
Gráfica 29. Categoría 21



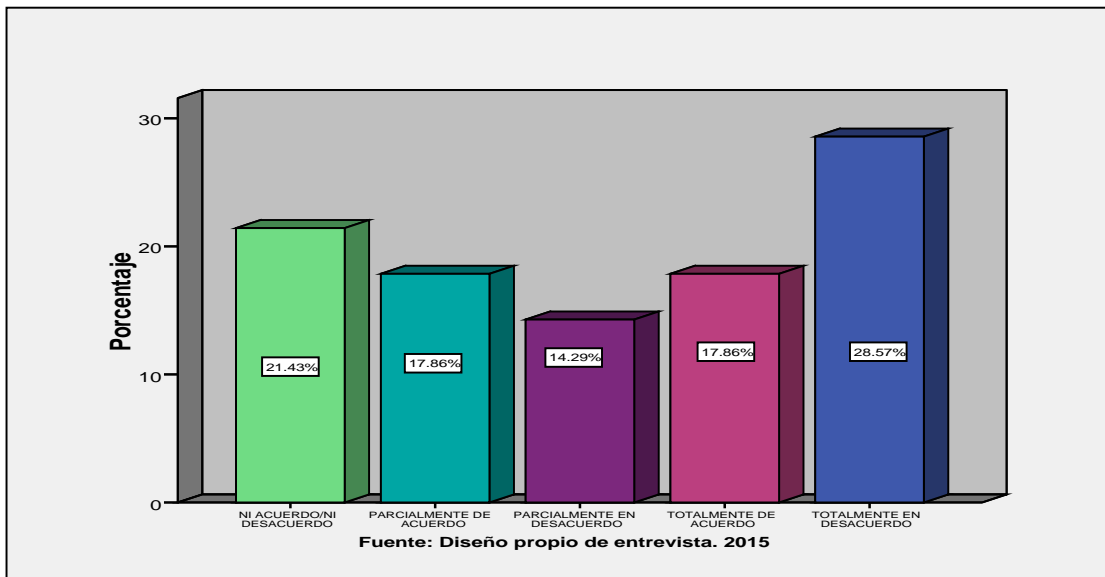
Gráfica 30. Categoría 22



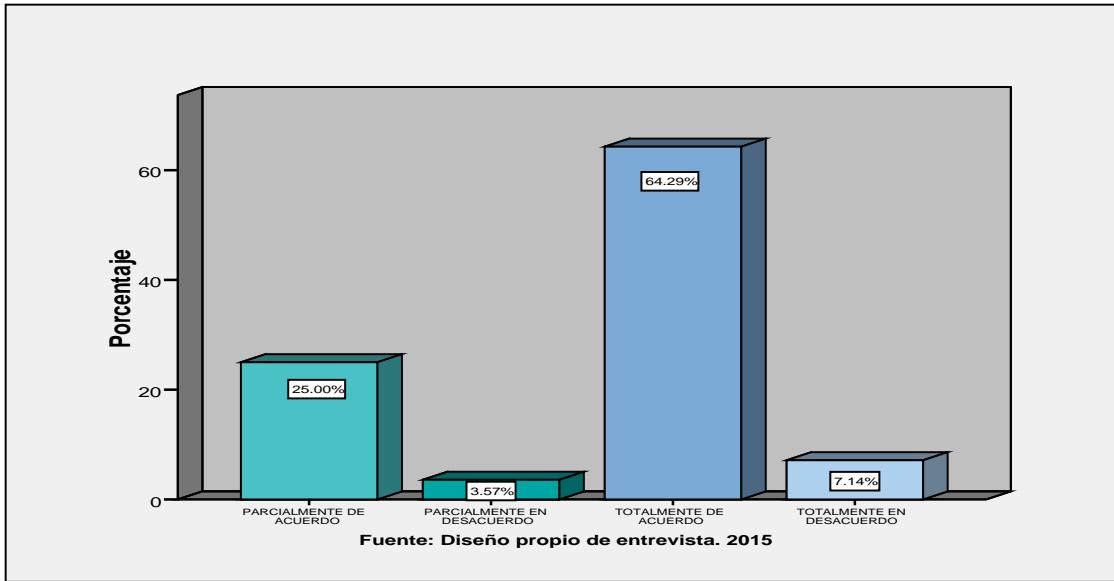
Gráfica 31. Categoría 23



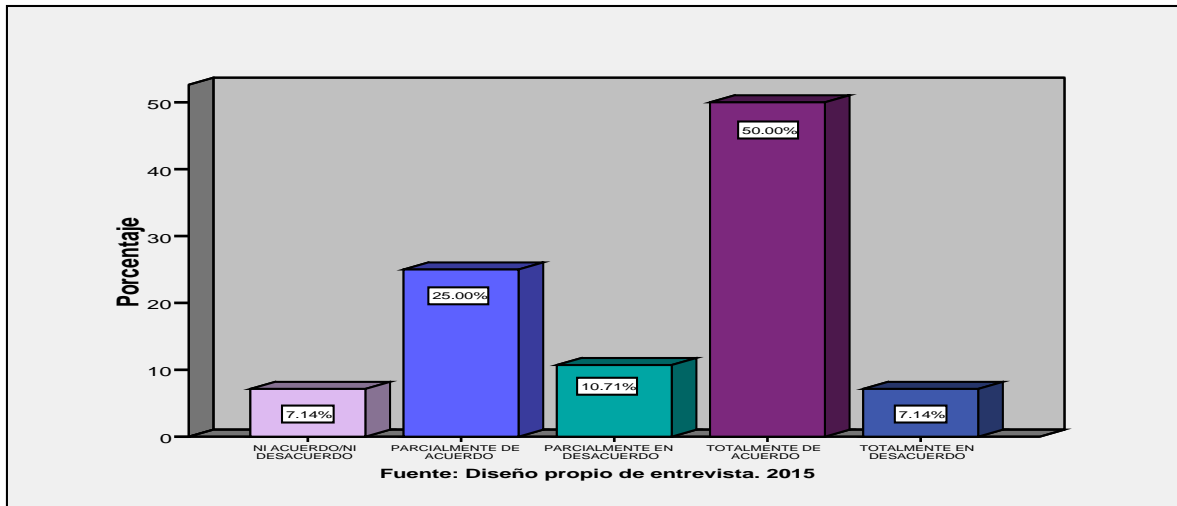
Gráfica 32. Categoría 24



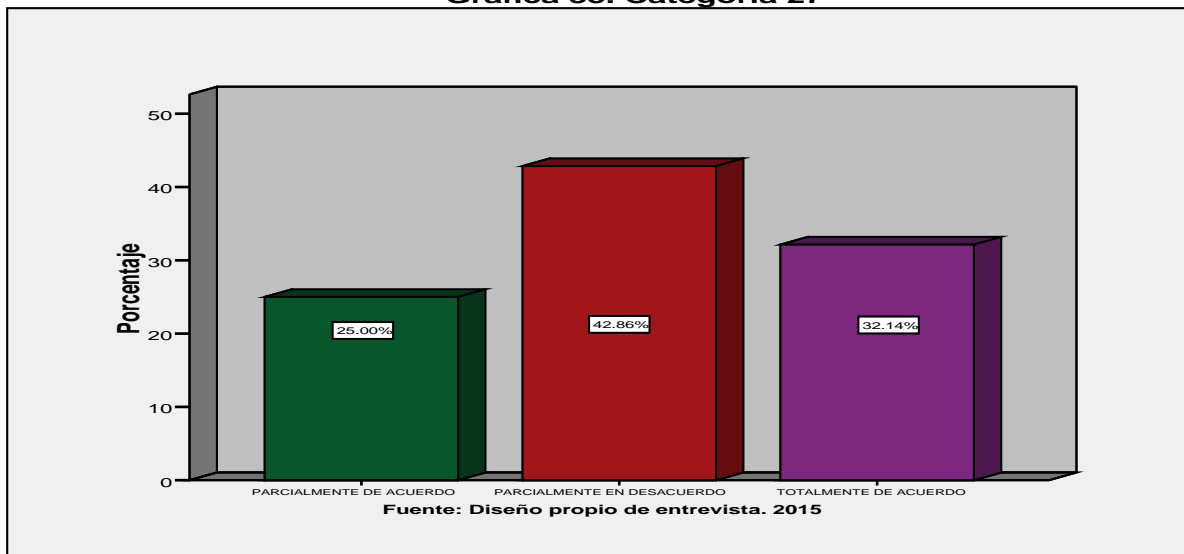
Gráfica 33. Categoría 25



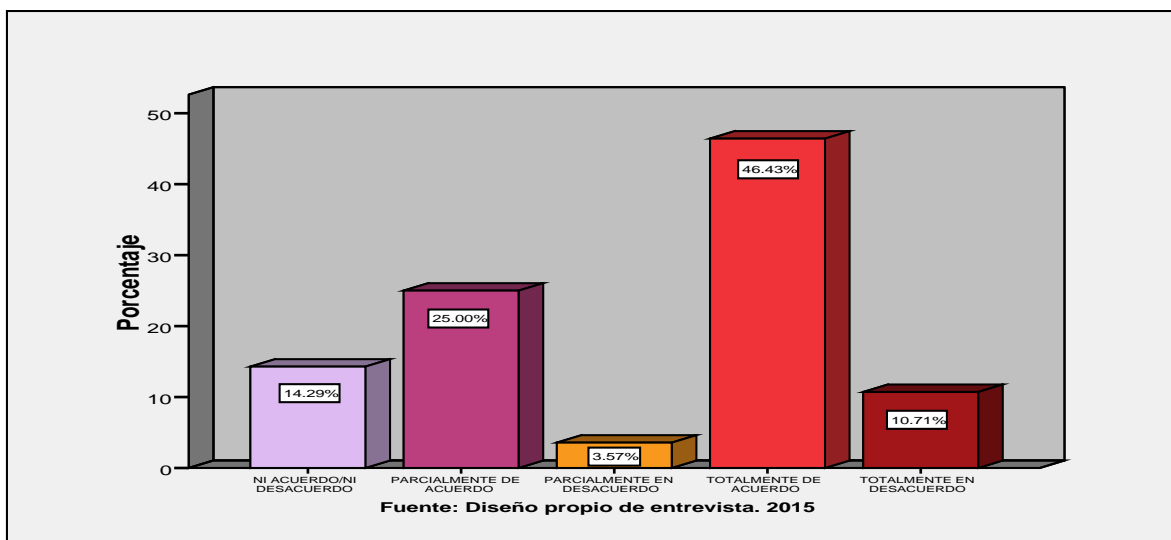
Gráfica 34. Categoría 26



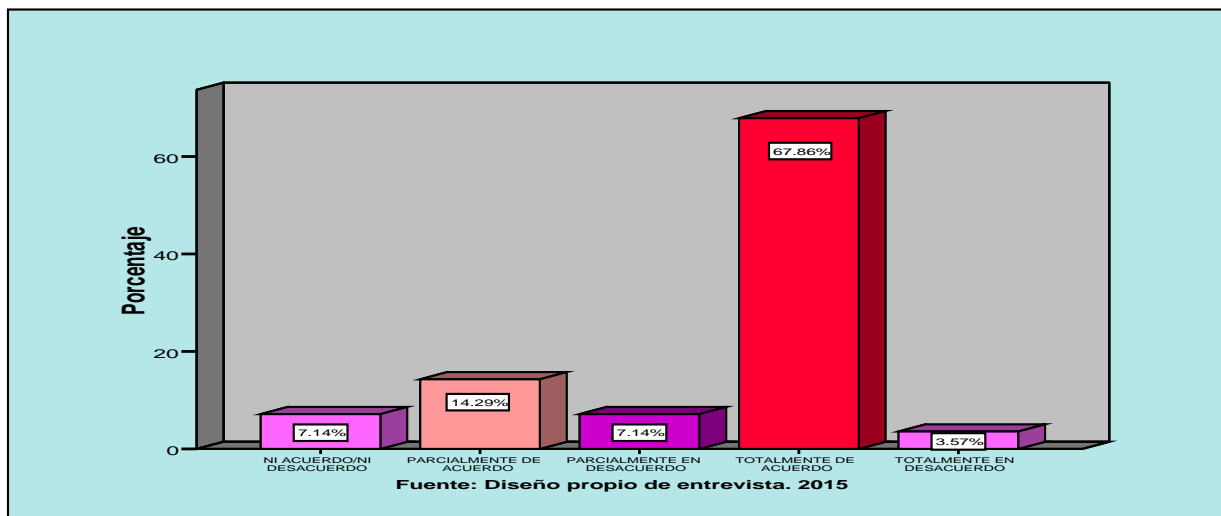
Gráfica 35. Categoría 27



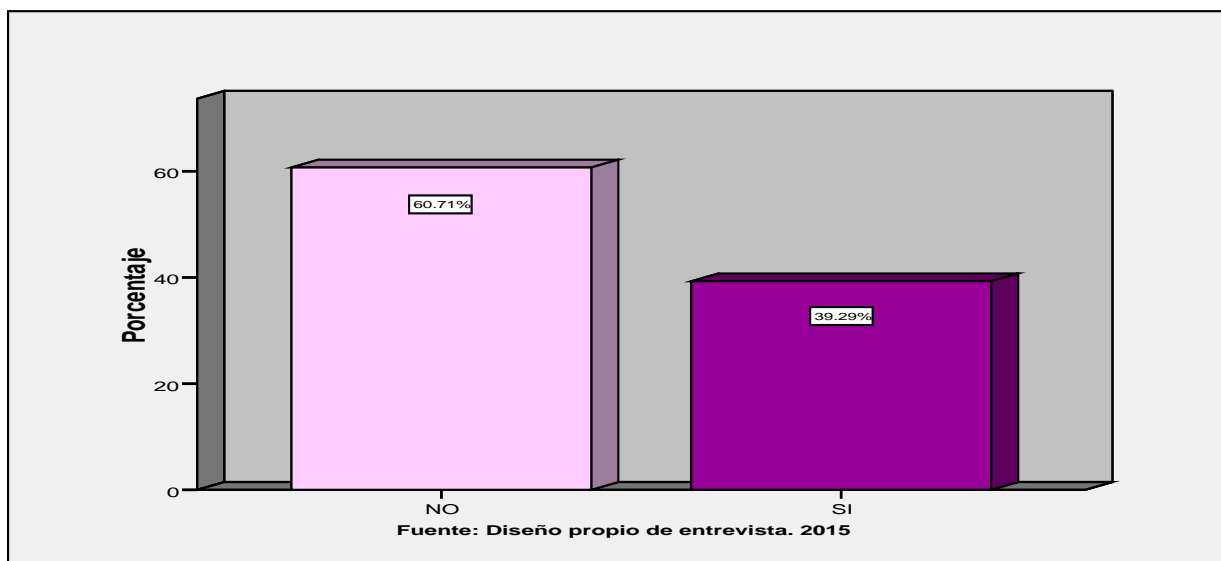
Gráfica 36. Categoría 28



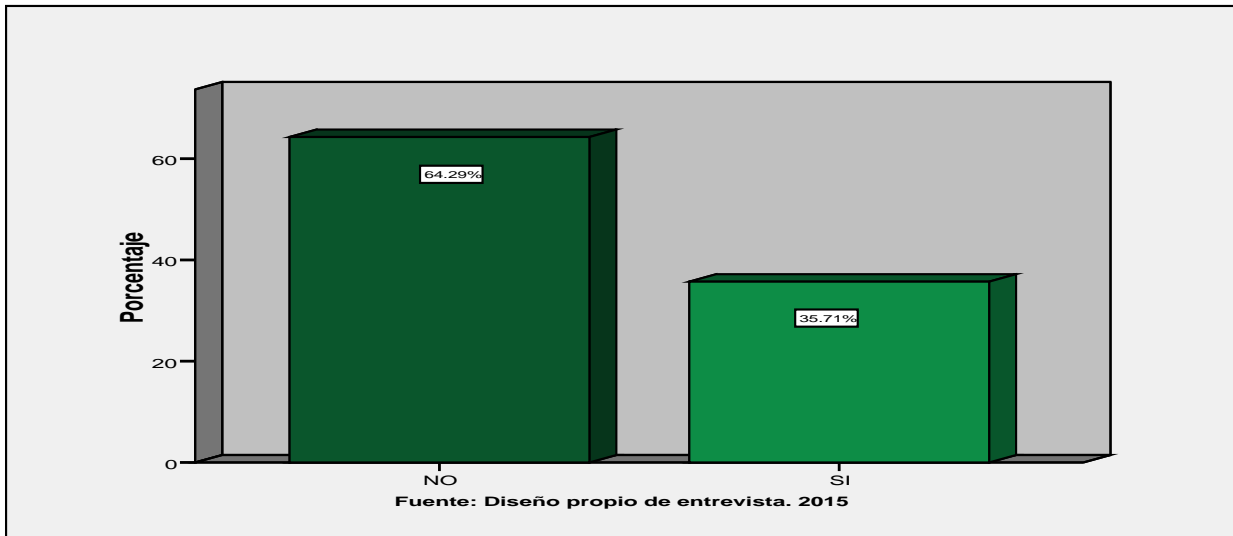
Gráfica 37. Categoría 29



Gráfica 38. Categoría 30



Gráfica 39. Categoría 31



Gráfica 40. Categoría 32

