



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

**PROPUESTA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE GRADO O DE FIN DE
CARRERA (DE CARÁCTER COMPLEXIVO)
INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL**

TEMA:

**“DIABETES GESTACIONAL EN ADOLECENTES EN EL
ECUADOR”**

Autores (as):

Jessenia Vannesa Saavedra Freire

Jorge Washington Andrade Véliz

Acompañante: Ing. Mauricio Alfredo Guillen Godoy Msc.

Milagro, Mayo 2019

ECUADOR

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabrizio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **ANDRADE VÉLIZ JORGE WASHINGTON** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación – Examen Complexivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta practica realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación con la temática **“DIABETES GESTACIONAL EN ADOLESCENTES EN EL ECUADOR”** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta practica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, a los 10 días del mes de mayo de 2019

Firma del Estudiante

ANDRADE VÉLIZ JORGE WASHINGTON

CI: 0920050937

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabrizio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **SAAVEDRA FREIRE JESSENIA VANNESA** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación – Examen Complexivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta practica realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación con la temática **“DIABETES GESTACIONAL EN ADOLESCENTES EN EL ECUADOR”** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta practica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, a los 10 días del mes de mayo de 2019

Firma del Estudiante

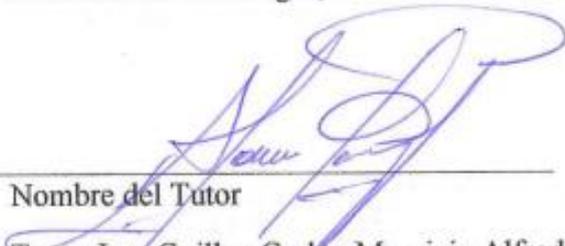
SAAVEDRA FREIRE JESSENIA VANNESA

CI: 0921636270

APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Yo, **MAURICIO ALFREDO GUILLEN GODOY** en mi calidad de tutor de la Investigación Documental como Propuesta práctica del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter Complexivo), elaborado por las estudiante **ANDRADE VELIZ JORGE WASHINGTON** cuyo tema de trabajo de Titulación es “**DIABETES GESTACIONAL EN ADOLESCENTES EN EL ECUADOR**”, que aporta a la Línea de Investigación **ENFERMERÍA EN LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**, previo a la obtención del Grado **LICENCIATURA EN ENFERMERIA**; trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter Complexivo) de la Universidad Estatal de Milagro.

En la ciudad de Milagro, a los 10 días del mes de Mayo de 2019.



Nombre del Tutor

Tutor: Ing. Guillen Godoy Mauricio Alfredo Msc.
C.I.: 1103109722

APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Yo, **MAURICIO ALFREDO GUILLEN GODOY** en mi calidad de tutor de la Investigación Documental como Propuesta práctica del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter Complexivo), elaborado por las estudiante **SAAVEDRA FREIRE JESSENIA VANNESA** cuyo tema de trabajo de Titulación es **"DIABETES GESTACIONAL EN ADOLESCENTES EN EL ECUADOR"**, que aporta a la Línea de Investigación **ENFERMERÍA EN LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**, previo a la obtención del Grado **LICENCIATURA EN ENFERMERIA**; trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter Complexivo) de la Universidad Estatal de Milagro.

En la ciudad de Milagro, a los 10 días del mes de mayo de 2019.

Nombre del Tutor

Tutor: Ing. Guillen Godoy Mauricio Alfredo
C.I.: 1103109722

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

Ing. Guillen Godoy Mauricio Alfredo Msc. (Presidente)

Ing. Calderón Cisneros Juan Tarquino (Secretario)

Lcda. Encalada Campos Grecia Elizabeth Msc. (Delegado)

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta práctica, previo a la obtención del título (o grado académico) de **LICENCIATURA EN ENFERMERIA** presentado por el señor **ANDRADE VÉLIZ JORGE WASHINGTON**

Con el tema de trabajo de Titulación: **"DIABETES GESTACIONAL EN ADOLESCENTES EN EL ECUADOR"**

Otorga a la presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

Investigación documental	[80]
Defensa oral	[20]
Total	[100]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) APROBADO

Fecha: Viernes 10 de mayo de 2019.

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombres y Apellidos	Firma
Presidente	Ing. Guillen Godoy Mauricio A. Msc.	
Secretario /a	Ing. Calderón Cisneros Juan T. Msc.	
Integrante	Lcda. Encalada Campos Grecia Msc.	

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

Ing. Guillen Godoy Mauricio Alfredo Msc. (Presidente)

Ing. Calderón Cisneros Juan Tarquino (Secretario)

Lcda. Encalada Campos Grecia Elizabeth Msc. (Delegado)

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta práctica, previo a la obtención del título (o grado académico) de **LICENCIATURA EN ENFERMERIA** presentado por la señora **SAAVEDRA FREIRE JESSENIA VANNESA**

Con el tema de trabajo de Titulación: **"DIABETES GESTACIONAL EN ADOLESCENTES EN EL ECUADOR"**

Otorga a la presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

Investigación documental	[80]
Defensa oral	[19]
Total	[99]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) APROBADO

Fecha: Viernes 10 de mayo de 2019.

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombres y Apellidos	Firma
Presidente	Ing. Guillen Godoy Mauricio A. Msc.	
Secretario /a	Ing. Calderón Cisneros Juan T. Msc.	
Integrante	Lcda. Encalada Campos Grecia Msc.	

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador, nuestro guía y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener nuestro tan anhelado título profesional.

A nuestros padres, a nuestros hijos, a nuestros esposos (as) por su amor, trabajo, apoyo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos.

A nuestros hermanas (os) por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A todas las personas que nos han apoyado a nuestros compañeros de aula que han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por bendecirnos en todo momento de nuestras vidas, por guiarnos a lo largo de este periplo, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a nuestros padres: Jorge y Gloria; y, Dolores y Segundo (+), por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradecemos a nuestros docentes de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Estatal de Milagro, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, y de manera general a todos nuestros docentes que nos formaron a lo largo de toda nuestra etapa estudiantil

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE GENERAL	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
2.- MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	11
3.- METODOLOGÍA	14
4.- DESARROLLO DEL TEMA	17
5.- CONCLUSIONES	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

DEABETES GESTACIONAL EN ADOLECENTES EN EL ECUADOR

RESUMEN

La diabetes gestacional (DG) es una enfermedad que aparece con la gestación. Un porcentaje bajo de mujeres puede presentar esta patología previo al embarazo, pregestacional (DPG), aunque en la mayoría de los casos el diagnóstico de esta patología se hace por primera vez durante la gestación, en todo caso este padecimiento conlleva un importante riesgo tanto para la madre como para el feto.

La diabetes gestacional (DG) es un trastorno que ocurre cuando el cuerpo de la mujer no procesa de forma correcta la hormona insulina; cuando el organismo produce poca insulina o no la aprovecha de forma adecuada el resultado de ese desajuste en el metabolismo da lugar a que la glucosa se acumula en la sangre (glucemia)

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud. Se ha reportado que en América Latina el 20 % de la mortalidad materna ocurre en adolescentes y en especial con relación a la operación cesárea. Esto se relaciona con el hecho de que alrededor del 50 % de esas adolescentes han carecido de atención prenatal, hecho que ocurre en nuestro país; se ha reportado que ocurren consecuencias sociales desfavorables de suma importancia en estas adolescentes y sus hijos como: abandono de los estudios, el destete precoz, entre otros eventos de suma importancia.

PALABRAS CLAVE: diabetes gestacional, insulina, glucosa.

DEABETES GESTACIONAL EN ADOLECENTES EN EL ECUADOR

ABSTRACT

Gestational diabetes (GD) is a disease that appears with pregnancy. A percentage of women can present this pathology prior to pregnancy, pregestational (DPG), although in most cases the diagnosis of this pathology is the first time during pregnancy, in any case, this condition carries a significant risk for both mother as for the fetus.

Gestational diabetes (GD) is a disorder that occurs when a woman's body does not have a correct form of the hormone insulin; when the body produces little insulin or does not take advantage of the proper form the result of that desire in the metabolism in the place of glucose accumulates in the blood (glycemia)

Pregnancy in adolescence has become a health problem. It has been reported that in Latin America 20% of the conditions of health care and communication. This is related to the fact that 50% of these adolescents have been treated prenatally, which occurs in our country; it has been reported that the results of the publication have been taken into account.

KEY WORDS: gestational diabetes, insulin, glucose.

INTRODUCCIÓN

El propósito de la investigación es proporcionar información puntual y concisa en cuanto a la Diabetes que hoy en día gana mucho terreno a nivel mundial; dentro de esta problemática de salud nos enfocaremos en la Diabetes Gestacional en adolescentes de nuestro país ya que al realizar una breve consulta del tema el resultado es que no tenemos mayor información. Lo que se desea conseguir a través de este trabajo es obtener en forma resumida pero efectiva los conceptos claros de la diabetes gestacional, las causas por las que aparece en las mujeres gestantes así como sus síntomas y tratamiento.

El embarazo durante la adolescencia es un tema que ha generado preocupación en cuanto a la implementación de medidas que atenúen las estadísticas, atiendan la carencia de información e introduzcan en la sociedad una cultura de planificación. Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2018) [1] al año paren: un millón de adolescentes menores de 15 y 16 millones de adolescentes desde 15 años a 19.

Por lo general, se asocia a esta problemática con la potenciación de problemas de salud graves, pues se considera que en condiciones de gestación se manifiestan como casos de mayor delicadeza. Una de estas enfermedades es la diabetes gestacional, que según la Asociación Americana de Diabetes (NIH) (s.f) es una enfermedad, que se desarrolla durante el embarazo, caracterizada porque la madre presenta niveles elevados de glucosa en la sangre. NIH (s.f) [2]

La diabetes gestacional es también conocida como diabetes mellitus (DM) y se la considera como la enfermedad metabólica que con más frecuencia complica un embarazo; además, corresponde al tercer lugar como enfermedad crónica que puede afectar a una gestante, después de la hipertensión arterial y el asma bronquial (Restrepo O, 2000). Dicho contexto remarca la importancia y necesidad de analizar los factores vinculados a este fenómeno, los medicamentos, procedimiento y asistencia necesarios con el fin de disminuir el gran impacto generado en madres adolescentes. Restrepo (2015). [3]

CAPÍTULO I

1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en motivo de gran preocupación hoy en día debido a una mayor y exagerada libertad y tolerancia sociales, lo cual se traduce en un problema de salud, es así que encontramos gestaciones a edades cada vez más tempranas; esta complicación se presenta a nivel global, es decir, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Muchos de estos embarazos sufren enfermedades y encuentran la muerte del bebe e incluso de la madre debido a un inadecuado comportamiento durante el período de gestación.

También se conoce que muchas de estas jóvenes enfrentan complicaciones y riesgos en la salud física y psicológica de ella y su bebe debido a que la mayoría de esta población de mujeres embarazadas no conoce los múltiples factores de riesgo para desarrollar Diabetes Gestacional como el realizarse los controles prenatales recomendados durante las semanas 24 – 28 de embarazo y así ayudar al diagnóstico oportuno de este padecimiento, de esta manera, el galeno pueda brindar la asistencia necesaria con soporte, recomendaciones y tratamiento adecuado y evitar complicaciones y reducir la morbimortalidad materno-infantil a causa de esta enfermedad.

Según Portal de Noticias USFQ del autor Gallegos (2014) informa que de los embarazos a nivel mundial el 7% padecen de DG, pudiendo fluctuar hasta el 14% de acuerdo a particularidades como grupo étnico o herencia genética propias de la gestante. Se ha registrado un gran incremento de DG a partir del año 2017, tanto así que de 142 casos por cada 10.000 tuvo un ascenso a 1084 casos por cada 100.000 habitantes. El INEC indica que entre 2009 y 2013 el mayor número de casos de DG se registró en la región litoral especialmente en Manabí, ocupando el sexto puesto de muerte materno-fetal. Gallegos (2017) [4]

El trabajo de enfermería en esta patología es asesorar a la gestante acerca de la enfermedad, sus implicaciones y su tratamiento en este punto concierne educar a la madre sobre su control de glicemia, administración de insulina. La alimentación y el ejercicio son muy importante ya que ayuda a mantener la glicemia en sus valores normales, en este periodo se debe realizar controles obstétricos para valorar el crecimiento y el bienestar del feto. Aguirre (2019) [5]

La pregunta que surge en esta investigación documental es la siguiente. ¿Cuáles es el cuidado de enfermería que se brinda a las pacientes con diabetes gestacional?

De lo expuesto anteriormente surgen los siguientes objetivos concernientes a llevar a cabo en la investigación documental que nos ocupa:

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar una investigación documental que permita identificar el conocimiento, la fuente de información y los cuidados que los profesionales de enfermería deben manejar acerca de la diabetes gestacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar la información recopilada de documentos, investigaciones y demás fuentes de consulta sobre diabetes gestacional para establecer el manejo de conocimientos y los cuidados que deben ofrecer los profesionales de enfermería a las pacientes que desarrollan diabetes gestacional.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene como propósito incrementar al máximo la confianza del profesional de enfermería en su trabajo diario, lo que retribuirá en una atención más eficiente para las pacientes con esta afección crónica. Se cree que esta necesidad surge del papel primordial que los enfermeros ejercen como cuidadores y como educadores, en lo que corresponde a la atención de procesos crónicos en la Diabetes Gestacional (DG). En definitiva, el objetivo es que la presente investigación sirva como instrumento práctico que permita progresar en la mejora continua de la enfermería en el ámbito de la Atención Primaria en nuestra localidad.

Es importante además identificar de forma precisa el efecto tóxico que provoca en la sangre el alto niveles de glucosa, misma que puede ser causa de abortos, malformaciones congénitas (sobre todo del corazón), y muertes fetales durante el embarazo. Por otro lado, la Diabetes Gestacional mal controlada puede producir también el excesivo crecimiento del feto (macrostomia). Esto último, a su vez, puede desencadenar complicaciones tanto para la madre (desgarros) como para el feto (lesiones nerviosas y muerte en el parto).

CAPÍTULO II

2.- MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Antecedentes Históricos

En la mayoría de países la falta de recursos ha sido la principal causa que impide detectar y diagnosticar la Diabetes Gestacional (DG). El primer caso descrito de DG se lo registra en el año 1824 pero en el año 1882 es la primera descripción reconocida de esta enfermedad.

El tratamiento en aquellos años fue estrictamente dietético; usando distintas grasas para reemplazar calorías, previo al descubrimiento de la insulina, Bantig y Best en 1922 aporta con la insulina, hormona que se convirtió en un aporte gigantesco para el tratamiento de la DG. Gallardo (2013) [6]

Según Rimbao (2007) [7] de la revista Rev Cubana Med Gen Integr señala que el embarazo en la adolescencia es mucho más peligroso que en mujeres que sobrepasan los 20 años, de echo las adolescentes de entre 15 a 19 años tienen 5 veces más probabilidades de morir en el parto por cualquier complicación, más aún aquellas adolescentes menores de 15 años que tienen 7 veces más probabilidades de morir que una mujer mayor de 20 años. A todo esto se suma el hecho de que hoy en día la edad promedio que aparece el primer embarazo es más temprana, tanto así que del número total de partos al año que es un aproximado de 15 millones el 11% son de madres adolescentes.

La diabetes gestacional

Aparece durante el embarazo y se manifiesta con una elevada presencia de azúcar (glucosa) en la sangre y que posterior al parto desaparece. Valdés (2011) [8]

La DG es resultado de la falta de producción adicional de insulina, que durante el embarazo necesita el cuerpo de la gestante, esta hormona que convierte la glucosa en energía y además controla la glucosa en sangre la produce el páncreas.

Todas las mujeres en el embarazo presentan cierta alteración en sus cuerpos como la producción de hormonas especiales, aumento de peso entre otras, por tal razón el metabolismo actúa en ocasiones con deficiencias pudiendo producirse un uso inadecuado de la insulina, a este comportamiento se lo conoce como resistencia a la insulina; esta resistencia a la insulina la presentan todas las gestantes, en su mayoría las gestantes produce suficiente insulina y logra vencer dicha resistencia, las que no lo hacen, son aquellas mujeres que desarrollaron Diabetes Gestacional. María (2011) [9]

Tomadas de: Castaño (2015) [10] y National Institute (2017) [11] se incluye un corto glosario que resulta muy útil para el tema investigado.

Insulina.

Es una hormona polipeptídica formada por 51 aminoácidos, producida por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas. Interviene en el metabolismo de los nutrientes, sobre todo en el catabolismo de los glúcidos. Su déficit produce diabetes mellitus y su exceso hipoglucemia.

Lactógeno placentario.

También llamada somatomotropina coriónica humana, es una hormona polipeptídica de 191 aminoácidos, producida por la placenta. Provoca modificaciones en el metabolismo de las mujeres gestantes para facilitar el aporte de energía al feto. Entre otras, tiene propiedades anti-insulina. Cuatro horas después del parto, el lactógeno placentario vuelve a niveles indetectables.

Macrosomía.

Es el término usado para describir la situación en la que el peso del recién nacido o feto es superior al peso normal para la edad gestacional. Cuando el parto llega a término, es decir a las 40 semanas, se considera macrosomía cuando el recién nacido tiene un peso mayor de 4000 gramos.

Parto distócico.

Este término se emplea cuando un parto transcurre de manera anormal. Puede ser debido a contracciones uterinas incardinadas, a una posición anormal del feto, a una desproporción cefalopélvica del feto o a anomalías que afectan al canal del parto.

Preeclampsia.

También llamada toxemia del embarazo, es un cuadro clínico o conjunto de síntomas caracterizada por una hipertensión arterial, presencia de edemas y proteinuria durante el embarazo.

Eclampsia.

Estado patológico que se produce durante el embarazo, con una mayor incidencia durante el tercer trimestre o durante el parto. Se caracteriza por un ataque súbito de convulsiones tonicoclónicas, hipertensión arterial, proteinuria y edema. Suele ir acompañado de fallo renal e ictericia, pudiendo provocar el desprendimiento prematuro de la placenta seguido, originando un nacimiento prematuro que puede poner en peligro la vida de la gestante y del recién nacido. Osorio (2012)

CAPÍTULO III

3.- METODOLOGÍA

La investigación documental se la define como aquella investigación en la cual intervienen una serie de métodos y técnicas de búsqueda, así como los procesamientos y agrupamiento de la información obtenida de todo tipo de documentos de primer orden, con coherencia y suficientes argumentos los cuales se congregan en solo argumento científico en segundo orden.

De modo que su naturaleza es la lectura comprensiva de un sin número de documentos que permitan conocer a profundidad sobre el tema objeto de estudio. Además es necesario conocer que la investigación documental como una disciplina que forma parte de cualquier actividad de tipo metodológica; entendida como estudio de los métodos pero que se basan en el episteme u origen de la ciencia desde su enfoque teórico.

Respecto a las fuentes de información podemos decir que una fuente primaria es aquella que emite información sin que se establezca un intermediario que sirva de medio de interpretación o inferencia; de modo que todo encuestado o entrevistado que nos da información y que ha sido testigo presencial de los hechos o sucesos que se investiga.

Así mismo los protocolos o registros documentales producto de observaciones científicas, algunas publicaciones como la de los periódicos, también la opinión de expertos o científicos que durante un proceso lógico y reflexivo presenta un conocimiento nuevo o desde una nueva perspectiva, esta información muchas veces reposa en un ensayo, monografía, tratado, además también desde el punto de vista de la literatura de investigación, se considera también fuente primaria a la descripción de una investigación escrita por la persona que la llevo a cabo.

Las fuentes secundarias de información son aquellas que hacen referencia a otras fuentes de información, en donde se elabora una descripción de un estudio o estudios preparada por una diferente persona al investigador original, de tal forma que tales fuentes proceden de libros, textos o enciclopedias, manuales, guías, publicaciones, blogs, catálogos entre otros.

Dichas fuentes de información secundaria se obtuvieron a través de una revisión bibliográfica obtenidas de medios impresos, no impresos portales webs, entre otros para así enmarcar el presente trabajo como una investigación documental; partiendo de la lectura de trabajos de investigación ya establecidos se utilizó el método inductivo-deductivo que nos permitió establecer particularidades concernientes a la diabetes gestacional tales como la forma como diagnosticar y su respectivo tratamiento.

La actual investigación es de tipo informativa-expositiva; debido a que ofrece una visión panorámica sobre la información relevante de diversas fuentes confiables y de un tema específico relacionado a la Diabetes Gestacional, llevando a cabo un análisis profundo sin tratar de probar u objetar alguna idea o postura, más bien su propósito es analizar y seleccionar la información más relevante para la investigación.

Para luego organizar la información, sintetizar las ideas, y presentarla en producto final; para iniciar el trabajo documental se partió del planteamiento del problema, establecimiento de los objetivos de la investigación, la justificación, lo que permitió delimitar el tema para poder establecer la información más relevante y clasificarla, tomando en consideración de hasta 5 años atrás.

El cuerpo del documento se construye a partir de la lectura, análisis, reflexión e interpretación de dichos documentos; en tal proceso se hace realidad la lectura y la escritura como constructos sociales de significados; ya que para la lectura se puede elegir que textos leer, de acuerdo a su pertinencia o aporte significativo al estudio; teniendo como base fundamental la comprensión del texto, la definición de la realidad en la cual la lectura se refiere.

La lectura es entonces una herramienta de descubrimiento, indagación, divulgación y hasta aprendizaje para el desarrollo a futuro de proyectos.

De igual forma la escritura se constituye en el resultado de la investigación, reflexión, observación y experiencias relacionadas a la lectura, ya que se escribe para compartir con otros individuos, tales como los estudiantes, pares académicos o la comunidad educativa en general.

Se empleó métodos científicos como análisis-síntesis para llegar a conclusiones relevantes respecto al estudio sobre control y estilo de vida durante el embarazo con la presencia de la diabetes; por lo tanto se requiere de un gran nivel de originalidad y creatividad y reflexión.

Esta investigación documental tiene la particularidad de que aunque fueron otros quienes originaron inicialmente gran parte de la información, el investigador establece una vivencia de investigación parecida a la de los autores originales, ya que busca información, problematiza, analiza, sintetiza e interpreta, para poder acomodar la información y convertirla en conocimiento.

Además rehace de manera diferente y original la información, convirtiéndose entonces en un ser creador, ya que determina sus propias estructuras, tono, estilo, tratamiento y variedad en el manejo de la información; debiendo por motivos de ética o rigurosidad científica referenciar a los diferentes autores.

En resumen, en el desarrollo de la investigación documental se requirió de las condiciones básicas como: un tema delimitado, justificado, producto de un profundo análisis de pertinencia; partiendo del planteamiento de un marco referencial que permitió la organización de la información y la redacción del informe, para lo cual fue necesario ser preciso, conciso y claro respecto a la información seleccionada y su correspondiente redacción.

Sin lugar a duda el presente trabajo investigativo consigue el objetivo de establecer un referente para orientar al personal médico de primer nivel de atención para la identificación de pacientes con factores de riesgo de diabetes gestacional, así como la realización del diagnóstico y la implementación del tratamiento temprano y oportuno, antes de enviar a los pacientes al segundo y tercer nivel de atención.

CAPÍTULO IV

4.- DESARROLLO DEL TEMA

Las complicaciones de la diabetes, tales como: enfermedad coronaria y vascular periférica, accidente cerebrovascular, neuropatía diabética, amputaciones, insuficiencia renal y ceguera, causan aumento de las tasas de discapacidad, reducción de la esperanza de la vida y enormes gastos de salud para la sociedad. La diabetes es indudablemente uno de los problemas de salud pública más importantes en el siglo XXI. En el estudio de Prevalencia y factores de riesgo de sobrepeso en mujeres de 12 a 19 años de edad, realizado en una zona semiurbana de Quito (Cumbayá y Tumbaco) en 2001, se encontró una prevalencia de sobrepeso de 8,3% y 0,7% de obesidad.

La prevalencia de las complicaciones materno-fetales documentada en la literatura varía ampliamente entre las diferentes series según los criterios diagnósticos utilizados, la gravedad de la DG y sobre todo dependiendo del grado de control metabólico alcanzado durante el embarazo. López (2015) [13]

En relación al origen se concluye que las hormonas placentarias (lactógeno placentario) presentan una resistencia a la insulina causando hiperglucemia durante el embarazo lo cual provoca complicaciones a la gestante y al producto de dicho embarazo. Terrero (2005) [14]

Para un efectivo tratamiento es necesaria la participación de los diferentes especialistas médicos con el correspondiente apoyo de atención por parte de las enfermeras/os, incluyendo la práctica de monitoreo biofísico fetal la ecografía y la madures pulmonar fetal con lo que se logrará reducir la morbilidad neonatal. Rimbao (2007) [15]

Esta investigación es un compendio de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la DG y sus complicaciones en mujeres que desean concebir y en aquellas que ya están embarazadas. Está dirigida al cuidado de rutina prenatal, intraparto y postnatal. Contiene recomendaciones para mujeres con diabetes gestacional. Al usar el término mujeres en este documento se refiere a todas las mujeres en edad de concebir, de forma independiente de su edad, lo que incluye también adolescentes.

En este trabajo investigativo se describe procedimientos adecuados que ayudarán a prestar un adecuado tratamiento de la DG los mismos que está referenciados de los manuales y publicaciones siguientes: (Ministerio de Salud Pública, 2014)[16], (Vital, 2014) [17], (World Diabetes Foundation y Secretaría de Salud de Barranquilla)[18], (Gutiérrez, 2014)[19], (López, 2016)[20] y (Enfermería Creativa, 2016) [21]

Patogenia.

El período de gestación es una etapa de continuos cambios para la mujer, uno de esos cambios ocurren con las hormonas del embarazo que presentan una resistencia a la insulina la cual se presenta desde las 20 semanas de embarazo, esto crea el incremento de glucosa o azúcar en la sangre llamada hiperglucemia, el resultado es el incrementando de secreción de insulina pero cuando esto no ocurre aparece la DG

En el segundo trimestre de un embarazo se generan cambios orgánicos como:

- disminución de la tolerancia a la glucosa.
- Demanda de insulina y el incremento corporal
- Resistencia a la insulina a partir de la segunda mitad del embarazo y su mayor intensidad se da en la semana 32
- aumento en la secreción de insulina, a veces no existe una compensación adecuada y es allí cuando desarrollan una Diabetes Gestacional, caracterizada por una hiperglucemia postprandial o por una hipoglucemia de ayuno

Factores de riesgo.

Hay varios factores que aportan con posibilidades crecientes en algunas mujeres para que adquieran esta enfermedad, anotamos los más influyentes.

- Herencia genética, si existe antecedentes de familiares que la padecieron.
- Edad avanzada.
- Sobrepeso – obesidad ($IMC \geq 30$)
- Grupo étnico. Por razones que no están claras, las mujeres de origen afroamericano, hispanas, indígena estadounidense o asiático tienen un riesgo mayor de padecer diabetes gestacional.

Complicaciones Maternas.

La diabetes gestacional conlleva riesgos importantes los cuales se describe a continuación:

- **Polihidramnios:** es el aumento del volumen del líquido amniótico. La etiología de este aumento no está clara, la causa podría ser la poliuria fetal, como respuesta a la hiperglucemia fetal. La presencia de polihidramnios se relaciona con la rotura prematura de membranas y como consecuencia, el inicio del trabajo del parto.
- **Preeclampsia:** es la aparición de hipertensión arterial y proteinuria en la embarazada. La insulinoresistencia que aparece en el segundo trimestre del embarazo se relaciona con el desarrollo de preeclampsia.
- **Eclampsia:** se relaciona directamente con la preeclampsia, siendo la fase más grave de ésta. Se caracteriza por la aparición de crisis convulsivas durante el embarazo o puerperio, causada por la hiperperfusión encefálica.
- **Infecciones urinarias:** relacionadas con la glucosuria y la proteinuria.
- **Descompensación metabólica aguda,** relacionada con la aparición de cetoacidosis diabética: se produce un aumento de cuerpos cetónicos en sangre, liberados a través del metabolismo de los ácidos grasos. Puede aparecer un coma. Es una complicación muy grave tanto para la madre como para el feto.
- **Desgarros perineales:** en relación a la macrosomía fetal.
- **Aumento de la tasa de cesáreas y partos vaginales instrumentados,** en fetos macrosómicos.

Complicaciones fetales.

En términos generales, no aparecerá embriopatía diabética ya que la hiperglucemia se presenta posteriormente al periodo de organogénesis. Sin embargo, cabe la posibilidad que la mujer gestante fuese diabética antes del embarazo y no fue diagnosticada hasta el mismo.

- **Macrosomía:** es la complicación más común asociada a esta patología. Las elevadas cantidades de glucosa pasan al feto a través de la placenta, esto produce una modificación en el medio intrauterino por lo que, el páncreas se estimula y segrega abundante insulina. Un ambiente de hiperinsulinismo se relaciona con un crecimiento fetal acelerado.

- La diabetes gestacional se asocia con un crecimiento excesivo, del feto, del tejido sensible a la insulina como es el tejido adiposo, en especial, alrededor del tórax, abdomen y los hombros. Por ello, el aumento de distocias del hombro u otros traumatismos durante el parto como, lesiones del plexo braquial y desproporción pélvico – cefálica.
- Muerte fetal, más frecuente en gestantes con mal control metabólico. oRiesgo de pérdida de bienestar fetal ante e intraparto. oInmadurez fetal, relacionado con la aparición de distrés respiratorio y alteraciones hematológicas y metabólicas neonatales como policitemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hiperviscosidad,...
- Miocardiopatía hipertrófica, las malformaciones cardíacas son más frecuentes en los hijos de madres diabéticas.
- Prematuridad, se relaciona con los niveles de la hemoglobina glicosilada (hb A1c). El riesgo aumenta en un 37% por cada elevación de 1% de la hemoglobina glicosilada.
- Hipoglucemia en el recién nacido: tras el nacimiento, deja de recibir glucosa a través de la placenta, sin embargo, el bebé continúa consumiendo glucosa debido al hiperinsulinismo. Hasta su regulación, el recién nacido puede sufrir algún episodio hipoglucémico.

Complicaciones Futuras

La presencia de DG durante la gestación constituye un factor de riesgo que se relaciona con la aparición en dos de cada tres mujeres de esta patología en los embarazos posteriores. Además, desde un 30 a un 40% de las mujeres con DG manifestará, en un periodo de cinco a diez años, diabetes mellitus. De igual forma, se incrementa el riesgo de padecer hipertensión, dislipemia y enfermedad cardiovascular, en un futuro. Así mismo, los niños que se han desarrollado en un medio intrauterino hiperglucémico, tienen mayor riesgo de presentar obesidad, alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y un síndrome metabólico en la edad adulta.

Diagnóstico

- Existen tres criterios para establecer el diagnóstico de diabetes durante el embarazo: elevación inequívoca de la glucosa plasmática de 200 mg/dL o mayor y síntomas clásicos de diabetes;
- Glucosa plasmática en ayunas mayor de 126 mg/ dL en dos o más ocasiones y uso de la curva de tolerancia a la glucosa (prueba de 100 gramos).
- Debe corroborarse el diagnóstico en pacientes con: síntomas clásicos (3 "P") poliuria, polidipsia, polifagia, factores de riesgo existentes, glucemia sérica en ayuno >126 mg/dL (corroborada en 24 horas), glucemia >200 mg/dL casual y pacientes con glucemias de 192 a 126 mg/dL.

Tamizaje universal: el objetivo es detectar precozmente la DG realizándola en el control del embarazo a través de una glucemia basal o casual antes de la semana 24; o detectar diabetes gestacional si la prueba se hiciera mediante prueba de tolerancia oral a la glucosa a un paso en las semanas 24 a 28. Realizar prueba de tamizaje en pacientes con antecedente familiar directo de diabetes mellitus, con factor(es) de riesgo, con diabetes mellitus antes de las 12 semanas de gestación y pacientes sospechosas en las 24 a 28 semanas de gestación y posterior, en las 30 a 32 semanas.

Tamiz de glucosa: con carga tradicional de 50 gramos de glucosa en solución entre las 24 y 28 semanas de gestación (y de la semana 13 a 23 en pacientes con factores de riesgo); si la prueba es positiva: ≥ 140 , deberá practicarse prueba de la curva de tolerancia oral a la glucosa; si la prueba resulta ≥ 180 , se establece el diagnóstico de diabetes mellitus gestacional.

La prueba se realiza con una ingesta de 50 g de glucosa disuelta en 250-300 cc de agua destilada, ya sea antes o después de la primera comida.

La diabetes mellitus gestacional antes de la semana 24 de gestación es glucemia en ayunas de 92 a 126. Se asume que la gestante está en una situación de inicio de diabetes mellitus gestacional y no es necesaria una prueba confirmatoria. Enfermería Creativa (2016)

Tratamiento.

Se determinó que los aspectos principales para un tratamiento son: Control metabólico, Tratamiento Nutricional, Actividad Física, Tratamiento Farmacológico y Control Obstétrico. Todo lo anterior tendrá éxito si se cuenta con un equipo multidisciplinario que atienda los requerimientos y un programa de educación garantizado.

Control Metabólico.

Para evitar daños en la salud materna se debe mantener la euglucemia

El aumento de peso luego del embarazo entre los 10 y 12 Kg, siendo de entre 1 y 2 Kg en el primer trimestre; semanalmente el incremento deberá ser de 350 a 400 g en el transcurso del segundo y tercer trimestre para completar el total del peso recomendado que debe aumentar. Es necesario mantener una nutrición controlada de acuerdo a las condiciones físicas y fisiológicas de cada gestante

- 800 µg/día de ácido fólico.
- De 48 a 78 mg/día de hierro.
- 20% de proteínas alrededor de 1,5 a 2 g por kg. De peso.
- 1.200 mg/día de calcio.
- 1g por cada 100 Kcal aproximadamente de fibra.
- De 3 a 4 g de sal/día.
- Grasas: el 30 % de las calorías totales, con un 7 % de grasa saturada, un 10 % de poliinsaturada y un 13% monoinsaturada.

Tratamiento Nutricional.

Es necesario que un nutricionista inicie el tratamiento ya que la alimentación es sumamente importante y está considerada como la primera línea en el tratamiento de la diabetes. Es necesario el cálculo del índice de masa corporal con la fórmula $IMC = \text{Peso}/\text{Talla}^2$

IMC: Normal = 18.5 -24.9, Pre Obesidad: 25 –29.9, Obesidad I: 30 -34.9, Obesidad II: 35 - 39.9 y Obesidad III: > 40

El valor calórico total también se debe establecer con base al peso deseable: Bajo peso: 40 Kcal/ peso/día , Normo peso: 35 Kcal/ peso/día. Sobre peso: 30 Kcal/ peso/día. Obesidad: 25 Kcal/ peso/día

Actividad Física

Si habitualmente realiza actividad física se recomienda mantener la rutina ya que esta favorece en que mantenga la gestante el consumo de glucosa, por consiguiente tendrá una buena sensibilidad a la insulina. En caso de no acostumbrar la realización de actividad física puede practicar ejercicios aeróbicos moderados o en su defecto caminatas con duración de una hora por día. Cuando el diagnóstico de la DG se realiza con el embarazo avanzado la actividad física ayudará de igual manera a evitar hipoglucemia. De existir alguna restricción para practicar ejercicio físico podría optar por rutinas con las extremidades superiores.

Pueden existen circunstancias que impidan el ejercicio físico tales como: Arritmias, embarazos múltiples, preeclamsia o durante hiper o hipoglucemia.

Tratamiento Farmacológico.

Si la DG presenta un cuadro complicado o cuando no es suficiente el tratamiento dietético para controlar el metabolismo adecuado y mantiene la glucosa con valores altos después de tres semanas del diagnóstico en dos o más ocasiones es necesario optar por un tratamiento farmacológico a base de insulina, 0.2 u / kg / día.. Para evitar efectos secundarios se debe distribuir las calorías con las comidas: puede ser 20% en la mañana con el desayuno, a mitad de la mañana un 10%, el valor más alto de 30% puede acompañar al almuerzo, por la tarde

otro 10% y con la merienda 30%. La insulina se puede administrar diariamente en dos dosis; de acuerdo a la evolución metabólica de la gestante es necesario revisar las dosis. El control médico es quincenal.

El tratamiento se suspende luego de efectuado el parto pero es necesario controles de glucosa para verificar si el metabolismo de la madre tiene valores normales. En cuanto al recién nacido, este debe tener atención adecuada enfocándose en detectar o descartar hipoglucemia neonatal.

Control Obstétrico.

Al inicio las consultas deben realizarse cada 15 días; en cada consulta se debe efectuar el control glucémico, la tensión arterial, el peso y la presencia de edemas, aparte de los controles clínicos y analíticos convencionales de todo embarazo. Posterior a la semana 30 los controles serán semanales siempre y cuando no se presente alguna complicación patológica. Los controles de hemoglobina, oftalmológicos, nefrológicos y cardiológicos se los debe realizar mensualmente.

En pacientes de alto riesgo o que se diagnostiquen en el primer trimestre, se aconseja la derivación a Unidades de Diabetes y Embarazo, puesto que van a ser candidatas a tratamiento con Insulina en un alto porcentaje, y en ellas la optimización del tratamiento y el riesgo de complicaciones es mayor que en la población que se controla con dieta y ejercicio físico. Medina (2017) [22]

En mujeres con diagnóstico de Diabetes Gestacional en el primer trimestre o con glucemias basales mayores de 120 mg/dl es recomendable hacer una ecografía precoz para la detección de posibles malformaciones fetales. La ecografía en el tercer trimestre es útil para valorar la macrosomía. Es importante la monitorización del bienestar fetal mediante cardiotocografía en consulta hospitalaria. El diagnóstico de diabetes gestacional no supone la finalización precoz del embarazo, ni mediante cesárea. La finalización electiva puede considerarse a partir de las 38 semanas cuando se observe una progresión en la macrosomía y no se consiga un buen control metabólico. También se considerará la interrupción de la gestación si detectan signos de sufrimiento fetal, siendo preciso confirmar la madurez pulmonar del feto.

La inducción del parto no se asocia en estas embarazadas a una mayor frecuencia de cesáreas.
Cortez (2015) [23] Pérez (2019) [24]

CAPÍTULO V

5.- CONCLUSIONES

- La investigación nos confirma que en las mujeres que adquieren diabetes gestacional los factores preponderantes que inciden en su desarrollo son: antecedentes médicos de familiares o personales, sobre peso antes y durante el embarazo y el pertenecer al grupo étnico con mayor predisposición.
- Los profesionales de enfermería deben tener claro las causas reales que complican la gestación en mujeres con diabetes para que de esta forma puedan adoptar medidas adecuadas y realicen un acompañamiento médico adecuado.
- Definitivamente es imprescindible que el personal de enfermería se encargue de la información y educación acerca de la diabetes gestacional a toda la población con probabilidades de desarrollar esta patología para de esta forma minimizar complicaciones al detectar tempranamente tanto en la madre como en el feto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Organización Mundial de la Salud (2018). El embarazo en la adolescencia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- [2] NIH (sf). Diabetes Gestacional. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Recuperado de: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/ques/gestacional>
- [3] Restrepo, O (2015). Diabetes y embarazo-actualización. *Rev Colomb Obstet Ginecol.*
- [4] Gallegos, D. (2017). Valoración del costo social de enfermedades crónicas no transmisibles: Caso de la Diabetes Mellitus tipo II en el . Quito: USFQ Tesis de Pregrado.
- [5] Alex Aguirre, J. G. (2019). ¿Qué es la Diabetes Gestacional? Portal De Noticias USFQ.
- [6] Gallardo, G. (2013). Cuidados de Enfermería a Pacientes con Diabetes Gestacional. Asunción.
- [7] Gertrudis Rimbao, J. C. (2007). Comportamiento de la diabetes gestacional en el embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 23-26.
- [8] Lemay Valdés, O. S. (2011). Revista Cubana Medicina General Integral. *La adolescente diabética embarazada*, 37.
- [9] María, D. (2011). Diabetes gestacional. *Prodiaba, Dirección Provincial de Medicina Preventiva*, 25.
- [10] Castaño M. (2015). Diabetes Gestacional: Obtención de un protocolo de actuación que permita realizar un mejor diagnóstico de la enfermedad. Tesis de Pregrado, Universidad de Huelva.

- [11] National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (Mayo de 2017). niddk. Obtenido de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/que-es/gestacional/sintomas-causas>
- [12] Osorio, J. (2013). Embarazo y metabolismo de los carbohidratos. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 18.
- [13] López, G. (2016). TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO: ¿ALGO NUEVO? . ELSEVIER.
- [14] Ariane Terrero, M. V. (2005). Efecto de la diabetes gestacional sobre los resultados perinatales. *Medisan*, 1-3.
- [15] Gertrudis Rimbao, J. C. (2007). Comportamiento de la diabetes gestacional en el embarazo en la adolescencia. *ecimed*, 23-26.
- [16] Ministerio de Salud Pública. (2014). Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pre-gestacional y gestacional). Quito: Dirección Nacional de Normatización(ed).
- [17] Vital, D. E. (2014). Guía diabetes y embarazo. Chile.
- [18] World Diabetes Foundation y Secretaría de Salud de Barranquilla. (s.f.). Detección y manejo de diabetes gestacional. Barranquilla.
- [19] Gutiérrez, L. (2014). Cuidados de Enfermería en la Diabetes Gestacional. Tesis de Pregrado, Universidad de Valladolid, Valladolid, España
- [20] López, G. (2016). Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo: ¿Algo Nuevo? . ELSEVIER.
- [21] Enfermería Creativa. (6 de 7 de 2016). enfermeriacreativa. Obtenido de <https://enfermeriacreativa.com/2016/11/06/que-es-el-test-de-osullivan/>

- [22] Medina Pérez, S. R. (2017). Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Med. interna Méx. vol.33 no.1 Ciudad de México ene./feb. 2017, 91-98.
- [23] Cortez H, Ocampo I, Villegas A. año 2000, Prevalencia de diabetes mellitus gestacional y valor predictivo positivo de la prueba tamiz y comparación de los criterios de la NDDG y la ADA. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. (fecha de última consulta, junio 2015)
- [24] Pérez M. (2015). Diabetes gestacional: Factores de riesgo, programas de seguimiento durante la gestación y prevención de diabetes tipo 2 en el período postgestacional. Tesis de Pregrado, Universidad Complutense de Madrid.



REGISTRO DE ACOMPAÑAMIENTOS

Inicio: 28-11-2018 Fin 30-09-2019

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Línea de investigación: ENFERMEDADES INFECCIOCONTAGIOSAS, ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, SALUD PÚBLICA, ENFERMERÍA EN LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE, SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL CUIDADO DE LA ENFERMEDAD, ALCOHOL, TABACO Y DROGAS 252018

TEMA: DIABETES GESTACIONAL EN ADOLESCENTES EN EL ECUADOR

ACOMPAÑANTE: GUILLEN GOOY MAURICIO ALFREDO

DATOS DEL ESTUDIANTE

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	CARRERA
1	ANDRADE VELIZ JORGE WASHINGTON	082005007	LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
2	RAAVEDRA FREIRE JESSEMA YANESSA	092103029	LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Nº	FECHA	HORA	Nº HORAS	DETALLE
1	2019-08-01	Inicio: 12:38 p.m. Fin: 14:38 p.m.	2	EXPLICACIONES INICIALES PARA EL TEMA Y DESARROLLO
2	2019-12-02	Inicio: 17:53 p.m. Fin: 19:03 p.m.	2	REVISIÓN DE TEMAS Y ADELANTOS
3	2019-15-04	Inicio: 10:02 a.m. Fin: 12:02 p.m.	2	REVISIÓN DE JUSTIFICACIÓN Y EXPLICACIONES PARA MARCO TEÓRICO ES NECESARIO MENCIONAR QUE LOS AUTORES HAN ABANDONADO EL TRABAJO. O YA TENDRAN OTRA TUTOR
4	2019-20-04	Inicio: 07:26 a.m. Fin: 11:26 a.m.	4	
5	2019-30-04	Inicio: 12:26 p.m. Fin: 17:26 p.m.	4	NUEVA REVISIÓN PARA URKUND
6	2019-09-25	Inicio: 08:49 a.m. Fin: 14:49 p.m.	6	LA REVISIÓN EN URKUND Y CONSIDERACIONES FINALES



GUILLEN GOOY MAURICIO ALFREDO
PROFESORAL



RAAVEDRA FREIRE JESSEMA YANESSA
CARRERA DE ENFERMERÍA
EACS - UNEMI



ANDRADE VELIZ JORGE WASHINGTON
ESTUDIANTE



RAAVEDRA FREIRE JESSEMA YANESSA
ESTUDIANTE

Urkund Analysis Result

Analysed Document: JORGE ANDRADE VÉLIZ Y JESSENIA SAAVEDRA FREIRE.docx
(D51273885)
Submitted: 4/29/2019 10:43:00 PM
Submitted By: mguilleng@unemi.edu.ec
Significance: 4 %

Sources included in the report:

JIMMY CARLOS GOMEZ LOPEZ.docx (D48447408)
urkund.docx (D21323906)
<https://www.worlddiabetesfoundation.org/sites/default/files/GDM%20Handout.pdf>
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300006
<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/pregnancy-and-diabetes/art-20044621>
<http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2016/pdf/RFCMVol13-1-2016-5.pdf>
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Instances where selected sources appear:

9



EVIDENCIAS DE TUTORIAS

