



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL ATENDIDAS EN LA CONSULTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA MATERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE"

Presentado para optar al grado de **Especialista en Obstetricia y Ginecología** por el (la) aspirante:

ZAMORA B., CARMEN S.
C.I. V – 16596916

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Viviana González C.I. 16595634, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **31/10/2017**

Prof. Migdalia Medina (Pdte)
C.I. 2044821
Fecha 31-10-2017

Prof. Gonzalo Medina
C.I. 48387 A
Fecha 31/10/17

Prof. Rosa Alba Cardozo
C.I. 5494337
Fecha 31/10/17

TG: 61-17



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR ANGEL LARRALDE
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE EMBARAZADAS
CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL ATENDIDAS EN LA
CONSULTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA MATERNA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE FEBRERO 2016-2017**

AUTORA: Dra. Carmen Zamora

Noviembre, 2017



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR ANGEL LARRALDE
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE EMBARAZADAS
CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL ATENDIDAS EN LA
CONSULTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA MATERNA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE FEBRERO 2016-2017**

**Proyecto de Grado presentado para optar al título de Especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

AUTORA: Dra. Carmen Zamora

TUTOR METODOLÓGICO: Dr. PD Lino Rada

TUTORA CLÍNICO: Dra. Viviana González

Noviembre, 2017



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR ANGEL LARRALDE
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR(A) CLÍNICO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE EMBARAZADAS
CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL ATENDIDAS EN LA
CONSULTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA MATERNA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE FEBRERO 2016-2017**

Acepto la Tutoría Clínica del presente trabajo según las condiciones de la Comisión Coordinadora de Postgrado de la Universidad de Carabobo

Dra. Viviana González

C.I. V- 16595634



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR ANGEL LARRALDE
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



ACTA DE APROBACIÓN
TRABAJO ESPECIAL DE POSTGRADO

Los miembros de la comisión Coordinadora de la Especialización en Ginecología y obstetricia, hacen constar que han leído el Proyecto de Postgrado, presentado por la ciudadana: Carmen Zamora, cédula de Identidad N° V-16596916, para optar al título de **ESPECIALISTA EN Ginecología y obstetricia**, cuyo título es: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL ATENDIDAS EN LA CONSULTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA MATERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE FEBRERO 2016-2017**, y que el mismo está **APROBADO**, ya que reúne los requisitos de factibilidad, originalidad e interés que plantea la línea de Investigación” Salud Reproductiva establecida por esta especialidad. Igualmente, el mencionado Proyecto está enmarcado dentro de la normativa para la elaboración y presentación de los trabajo para ésta especialización.

La Profesora: Viviana González C.I.: v 16595634 aceptó la tutoría clínica de éste trabajo. En Valencia, a los 29 días del mes de junio del año 2.016.

Comisión Coordinadora

Prof. _____

Nombre:

Cedula

Prof. _____

Prof. _____

Nombre:
Cédula

Nombre:
Cédula:



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO Dr. ANGEL LARRALDE
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

RESUMEN

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE EMBARAZADAS
CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL ATENDIDAS EN LA
CONSULTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA MATERNA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE FEBRERO 2016-2017**

AUTORA: Dra. Carmen Zamora

TUTORA CLÍNICO: Dra. Viviana González

La Diabetes Gestacional, representa toda intolerancia a los hidratos de carbono, de severidad variable que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Esto ocurre cuando el organismo materno no es capaz de sintetizar y utilizar toda la insulina que necesita, por lo que la glucosa se acumula en sangre, y ocurre lo que se denomina resistencia a la insulina; El propósito de esta investigación será determinar los factores de riesgo epidemiológicos y Clínicos de la Diabetes Gestacional en pacientes que acudieron a la consulta del Servicio de medicina Interna materna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde Estado Carabobo Período 2016-2017 Se realizará un estudio observacional, clínico epidemiológico, tipo descriptivo transeccional transversal, diseño de campo no experimental y prospectivo. La población será infinita o indeterminada. La muestra será no probabilística de tipo circunstancial o errática. Por lo tanto, se considerará el método deductivo. La recolección de datos se realizará por medio de la técnica de la encuesta, que se hará efectiva a través de un instrumento denominado ficha de estudio de casos ya validado. Se aplicara un análisis estadístico de tipo descriptivo. Se esperan obtener aportes al conocimiento y de utilidad inmediata para la toma de decisiones en el saber científico, bajo un perfil clínico-epidemiológico, como indicador de necesidad y de trascendencia en organizar la intervención de la población materna en los programas de salud pública, para guía de acciones futuras de promoción y prevención en la salud reproductiva.

Palabras claves: Diabetes, intolerancia a los hidratos de carbono, insulina.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO Dr. ANGEL LARRALDE
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

ABSTRACT

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL RISK FACTORS OF GESTATIONAL
DIABETES IN PATIENTS WHO ATTENDED THE CONSULTATION OF THE
INTERNAL MEDICINE SERVICE OF THE UNIVERSITY HOSPITAL DR. ÁNGEL
LARRALDE FEBRUARY 2016 – FEBRUARY 2017**

AUTOR: Dra. Carmen Zamora

CLINICAL TUTOR: Dra. Viviana González

Gestational Diabetes represents all intolerance to carbohydrates of variable severity that is initiated or recognized for the first time during pregnancy. This occurs when the maternal organism is not able to synthesize and use all the insulin it needs, so glucose accumulates in blood, and what is called insulin resistance occurs. The purpose of this research will be to determine the epidemiological and clinical risk factors of Gestational Diabetes in patients who attended the consultation of the Internal Medicine Service of the University Hospital Dr. Angel Larralde, Carabobo State, period February 2016 to 2017. An observational study will be conducted, epidemiological clinical, cross-sectional descriptive type, non-experimental and prospective field design. The population will be infinite or indeterminate. The sample will be non-probabilistic or circumstantial or erratic type. Therefore, the deductive method will be considered. Data collection will be carried out through the survey technique, which will be made effective through an instrument called the case study file that has already been validated. A descriptive statistical analysis will be applied. It is expected to obtain contributions to the knowledge, under a clinical-epidemiological profile, as an indicator of necessity and of transcendence in organizing the intervention of the maternal population in the public health programs, for the guide of future actions of promotion and prevention in reproductive health.

Palabras claves: Diabetes, carbohydrate intolerance, insulin.

INDICE

	Pág.
Página Preliminar	i
Portada	ii
Aceptación del Tutor	iii
Acta de Jurado Evaluador	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Introducción	1
Materiales y Métodos	5
Resultados	7
Discusión	14
Conclusiones	16
Recomendaciones	18
Referencias	19
Anexos	22

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Gestacional (DG), se define como toda intolerancia a los hidratos de carbono, de severidad variable que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Esta patología ocurre cuando el organismo materno no es capaz de sintetizar y utilizar toda la insulina que necesita, por lo que la glucosa se acumula en sangre, y ocurre lo que se denomina resistencia a la insulina; ocurre aproximadamente en 2- 5% de los embarazos y se considera en algunos países (EEUU, España, entre otros) la complicación médica más común durante la gestación⁽¹⁾.

La patogenia de la diabetes gestacional no está claramente dilucidada; actualmente se acepta que se trata de un trastorno heterogéneo en el que podemos encontrar frecuentemente una alteración de características similares a la diabetes tipo 2, aunque hasta en el 8% de los casos se detecta la presencia de anticuerpos, antiinsulina, ICA (anticuerpos anti islote pancreático) y anti-GAD, lo que podría indicar el desarrollo de una diabetes tipo 1 en la gestación⁽²⁾.

Comparado con el embarazo normal, encontramos en la mayoría de casos de diabetes gestacional una disminución de la sensibilidad periférica a la insulina asociada a una incapacidad para incrementar la secreción de insulina como respuesta al aumento de los niveles de glucemia^(3,4), situación que permanece incluso finalizada la gestación.

En 1970 se incorpora el manejo interdisciplinario de la gestante diabética; sin embargo, persisten dificultades en la conducción de esta entidad, ya que se asocia a un aumento en la morbilidad materna (Preeclampsia, hidramnios y parto por cesárea) y fetal (macrosomía, traumatismos perinatales y alteraciones metabólicas). La Diabetes Gestacional también se acompaña de un mayor riesgo de Diabetes Mellitus a largo plazo en la madre y de diabetes, obesidad y alteración en el desarrollo psicomotor en los hijos. Dado que tanto las repercusiones perinatales como a largo plazo son adversas es tan importante su diagnóstico precoz como su tratamiento oportuno.⁽⁵⁻⁸⁾

Se han descrito factores de riesgo para el desarrollo de esta entidad, tales como: edad superior a 25 años, obesidad, dislipidemia, baja estatura, historia familiar de diabetes, antecedentes de hipertensión arterial o en anteriores embarazos, entre otros, por lo que en la consulta prenatal se debe realizar la clasificación por riesgos, incluyendo características clínicas y estilo de vida (sedentarismo y alimentación) de cada consultante, con el fin de pesquisar las posibles gestantes que desarrollaran Diabetes Gestacional.

Los riesgos que presentan los hijos de madres diabéticas al nacimiento son varios, destacando alteraciones del crecimiento fetal intrauterino (40%), hipoglicemia (20%), prematuridad (15%), asfixia (15%), enfermedad de membrana hialina (15%), malformaciones congénitas (5 a 12%) y trastornos metabólicos como hipocalcemia, hipomagnesemia e hiperbilirrubinemia⁽⁹⁾. Las malformaciones mayores siguen siendo la gran causa de mortalidad y de morbilidad grave en hijos de mujeres con diabetes pregestacional de tipo 1 y 2, además de altas tasas de abortos espontáneos en el período embrionario⁽¹⁰⁾.

El diagnóstico, según la OMS, se establece cuando la glicemia plasmática en ayunas es > 92 mg/dl y se repite en ausencia de tratamiento. Con niveles menores de 105 mg/dl se recomienda realizar la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG), a todas las prenatales entre las semanas 24 y 28 del embarazo para identificarla tempranamente.⁽¹¹⁻¹²⁾

El valor del diagnóstico precoz radica en advertir sobre el riesgo de diversas complicaciones maternas: infecciones urinarias, hipertensión arterial y parto prematuro; perinatales y neonatales: macrosomía fetal, hipoglicemia y otros trastornos metabólicos, distrés respiratorio. Cabe resaltar la importancia del seguimiento a largo plazo de estas pacientes, puesto que tienen mayor probabilidad de desarrollar Diabetes Gestacional en un próximo embarazo (60%) y predisposición en el futuro de desarrollar DM tipo 2 (40%).⁽¹³⁻¹⁴⁾

La prevalencia mundial de Diabetes Gestacional oscila entre 1 % y 14 % de todos los embarazos, dependiendo de la población estudiada y de los criterios diagnósticos utilizados.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

Nazer Herrera y cols (2005) realizaron un estudio en el Hospital Clínico Universidad de Chile, Facultad de Medicina relacionado con Malformaciones congénitas en hijos de madres con diabetes Gestacional, encontrando que la prevalencia de malformaciones congénitas en dichos recién nacidos es de 18,3%, siendo las más frecuentes las cardiopatías congénitas y las malformaciones esqueléticas. Por otro lado, arrojó un 0,66% de aparición de mortinatos⁽¹⁷⁾.

En 2011, Heras y colaboradores realizaron un estudio del Hospital de Valladolid y concluyeron que la edad materna avanzada se asoció en un 29,2% a patología gestacional y mayor incidencia de inducciones médicas del parto y tasa de cesáreas. También encontraron que la tasa de mortalidad perinatal en el grupo de estudio fue del 16,5%.⁽¹⁸⁾

Por su parte, Vanina Alejandra Peiffer y cols (2011) realizaron un estudio en el Hospital Regional Río Gallegos Santa Cruz Argentina, donde determinaron la prevalencia de factores de riesgo en pacientes embarazadas con Diabetes Gestacional siendo el factor más frecuente la multiparidad, edad mayor o igual a 30 años, índice de masa corporal de 27 o más al comienzo del embarazo, diabetes gestacional en embarazo anterior, antecedentes de diabetes en familia de primer grado, antecedentes de macrosomía fetal, mortalidad perinatal inexplicada, preeclampsia, uso de drogas hiperglicemiantes.⁽¹⁹⁾

En 2012, en Colombia, Campo-Campo y colaboradores estudiaron los factores de riesgo para Diabetes Gestacional en pacientes obstétricas, encontrando que los mismos asociados a la presencia de DMG fueron el antecedente personal de DMG, la edad mayor 25 años, el antecedente de DM familiar, el antecedente de macrosomía fetal, el índice de masa corporal mayor a 25 antes el embarazo, y tener 3 o más hijos⁽²⁰⁾

Particularmente en Venezuela, los estudios sobre Diabetes Gestacional son pocos; uno de ellos fue realizado por Febres y colaboradores en el año 2000, en la Maternidad Concepción Palacios mediante el cual se obtuvo una prevalencia 2,71%⁽²¹⁾. La Diabetes Gestacional es una entidad clínica subestimada y poco estudiada en Venezuela, apesar que las mujeres que la padecen tienen probabilidades de convertirse en diabéticas a mediano plazo (40%), según la bibliografía revisada. La prevalencia a nivel mundial esta reportada entre 1 a 14% según la población y el método diagnóstico utilizado⁽¹⁾.

En otros estudios la casuística reportada no ha sido suficiente para definir la frecuencia de esta condición en el país, la cual hasta el momento ha estado orientada sobre la base de estudios realizados en el exterior, no existe un registro sanitario confiable en relación a esta patología y a pesar de la existencia del programa de salud reproductiva, la pesquisa de esta enfermedad solo se realiza mediante la glicemia en ayunas.

El propósito principal de esta investigación será analizar las características clínicas y epidemiológicas de embarazadas con diagnóstico de Diabetes Gestacional atendidas en la consulta del Servicio de Medicina Interna Materna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Estado Carabobo en el período comprendido entre Febrero 2016 y Febrero 2017. Esto se fundamentara en el análisis de dos variables reales o dimensiones y sus respectivos indicadores o variables operacionales con el objetivo de realizar una aproximación a su frecuencia bajo un perfil clínico-epidemiológico, como indicador de necesidad y de trascendencia en organizar la intervención de la población materna en los programas de salud pública. Se

tomarán en cuenta factores de riesgo como guía para acciones futuras de promoción y prevención en la salud reproductiva.

Para lograr este objetivo se establecieron como objetivos específicos: Describir las características epidemiológicas de las pacientes diagnosticadas con Diabetes Gestacional según la edad materna, estado civil, escolaridad, estrato socioeconómico y ocupación: identificar la presencia de comorbilidades, antecedentes personales y familiares de Diabetes, y caracterizar los antecedentes obstétricos y aspectos obstétricos actuales entre las pacientes diagnosticadas con Diabetes Gestacional.

Se esperará obtener aportes al conocimiento y de utilidad inmediata para la toma de decisiones en el saber científico, con el fin de determinar la vulnerabilidad de la población o muestra seleccionada al daño reproductivo como indicador de necesidad, que permitirá actuar, modificar o disminuir los eslabones de los factores de riesgo que dan lugar a la Diabetes Gestacional y por consiguiente interrumpir la existencia de una cadena o secuencia causal de acontecimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo con un diseño no experimental transversal, de campo y transversal⁽²¹⁾, es decir, se observarán y analizarán las características del fenómeno abordado. De ahí que, se centren la descripción clínica y epidemiológica de un grupo de personas afectadas en un tiempo de observación, lugar donde acontece o realiza el estudio con un diagnóstico determinado, que serán de importancia epidemiológica.⁽²²⁾

La población fue infinita o indeterminada, ya que no permite ni siquiera formarse una idea aproximada de cuantos elementos la integran.⁽²³⁾ De allí, que la población estuvo conformada por todas las pacientes atendidas en el servicio de Medicina Interna Materna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde en el período de Febrero 2016- Febrero 2017. La muestra fue no probabilística, ya que la selección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de otros factores diferentes al azar, ni basado en fórmulas de probabilidades, solo depende de la toma de decisiones de una o varias personas, o de otras circunstancias.⁽²⁴⁾ En este sentido la muestra fue no probabilística deliberada ya que sólo se incluyeron 59 gestantes con diagnóstico de Diabetes Gestacional como criterio único de inclusión.

La recolección de datos se realizó por medio de la técnica de la encuesta, que consiste en obtener información de una muestra representativa de una población, mediante preguntas que midan los diversos indicadores que se han determinado en la operacionalización de las variables.⁽²¹⁾ Esta técnica se hizo efectiva a través de un instrumento denominado ficha de estudio de casos, la cual será aplicada a las pacientes que acuden al servicio antes descrito durante el periodo precisado. Por consiguiente, la Ficha de estudio de casos consta de un listado de características o comportamientos, presentadas en columna, y al lado de cada una de ellas un espacio en blanco para indicar la presencia o ausencia de la característica observada en cada sujeto, o la frecuencia y duración con que ésta se produce.⁽²⁵⁾ Este formato señala la forma de medir las dimensiones de las variables a estudiar que dan respuesta a los objetivos específicos planteados.⁽²³⁾

Para evidenciar la validez de contenido, la ficha de registro fue sometida a juicios de expertos, lo cual permitirá conocer sus opiniones con relación a los siguientes aspectos: Correspondencia entre los aspectos y los indicadores de las dimensiones a medir, delimitación de los ítems, presentación de validez de constructo.

Una vez recopilada la información se elaboró una tabla matriz de datos en Microsoft Excel para luego ser presentados los resultados en tablas de distribuciones de frecuencias según los objetivos específicos propuestos. A las

variables cuantitativas tales como edad materna, edad gestacional, glicemia en ayunas, postprandial y hemoglobina glicosilada se analizaron mediante media \pm error estándar, mediana, valor mínimo, máximo y coeficiente de variación. Se correlacionó la edad gestacional por ecografía por los indicadores del perfil metabólico mediante el coeficiente de Pearson. Para tales fines se utilizó el procesador estadístico SPSS en su versión 21.

RESULTADOS
TABLA N° 1
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS PACIENTES
DIAGNOSTICADAS CON DIABETES GESTACIONAL. SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA MATERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE.
ESTADO CARABOBO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE FEBRERO
DE 2016 Y FEBRERO DE 2017

Edad materna (años)	F	%
≤ 20	8	13,56
21 – 30	25	42,37
31 – 40	26	44,07
Estado civil	F	%
Soltera	54	91,53
Casada	5	8,47
Escolaridad	F	%
Primaria	1	1,69
Secundaria	2	3,39
Bachiller	35	59,32
Universitaria	21	35,59
Estrato Socioeconómico	F	%
I	2	3,39
II	29	49,15
III	26	44,07
IV	2	3,39
Ocupación	F	%
Ama de casa	38	64,41
Docente	6	10,17
Enfermera	3	5,08
Analista	2	3,39
Estudiante	2	3,39
Publicista	2	3,39
Abogado	1	1,69
Administradora	1	1,69
Bioanalista	1	1,69
Contadora	1	1,69
Ingeniero	1	1,69
Medico	1	1,69

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Zamora; 2017)

Procedencia	F	%
Naguanagua	32	54,24
Valencia	11	18,64
Los Guayos	8	13,56
Carlos Arvelo	3	5,08
San Joaquín	3	5,08
Guacara	1	1,69
Pto. Cabello	1	1,69
Total	59	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Zamora; 2017)

De las 59 pacientes con diagnóstico de Diabetes Gestacional que conformaron la muestra de estudio se registró una edad promedio de 28,27 años \pm 0,84, con una variabilidad promedio de 6,46 años, con una edad mínima de 16 años, una edad máxima de 39 años y un coeficiente de variación de 23% (serie homogénea entre sus datos); específicamente relacionado a los grupos de edad fueron más frecuentes aquellas con 31 a 40 años representando un 44,07 % (26 casos), seguida por aquellas con 21 y 30 años (42,37%= 25 casos).

En cuanto a las otras características epidemiológicas, en lo que respecta al estado civil predomina las Solteras con un 91,53% (54 casos). En lo que corresponde a la Escolaridad predomina las bachilleres con un 59,32% (35 casos), seguidas de las universitarias en un 35,59% (21 casos).

Asimismo en lo que respecta al Estrato Socioeconómico se tiene que el estrato II fue el más frecuente en un 49,15% (29 casos) seguido del estrato III con un 44,07% = 26 casos. En cuanto a la ocupación predominan las Ama de Casa en un 64,41% (38 casos). Asimismo predominan las pacientes que proceden de Naguanagua con un 54,24% (32 casos) quedando Valencia con 18,64% (11 casos)

TABLA N° 2
PRESENCIA DE COMORBILIDADES, ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE DIABETES.SERVICIO DE MEDICINA INTERNA MATERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE. ESTADO CARABOBO PERÍODO FEBRERO DE 2016 Y FEBRERO DE 2017

Antecedente personal de diabetes	F	%
Si	3	5,08
No	56	94,42
Antecedente familiar de Diabetes	F	%
Si	27	45,76
No	32	54,24
Total	59	100
Parentesco (n=27)	F	%
Madre	10	37,03
Padre	9	33,33
Abuela	8	29,63

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Zamora; 2017)

Sólo el 5,08% de las madres afirmaron poseer antecedente personal de Diabetes (3 casos); por su parte un 45,76% afirmaron poseer antecedente familiar de diabetes (27 casos), de los cuales el parentesco más frecuente fue la madre (10 casos), seguido del padre (9 casos).

TABLA N° 3
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS
CON DIABETES GESTACIONAL. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
MATERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE. ESTADO
CARABOBO PERÍODO FEBRERO DE 2016 Y FEBRERO DE 2017

Gestas	F	%
I	6	10,17
II	22	37,29
III	24	40,68
IV	6	10,17
V	1	1,69
Total	59	100
Paras	F	%
I	9	17,65
II	25	49,02
III	14	27,45
IV	3	5,88
Total	51	100
Cesárea	F	%
I	10	62,50
II	6	37,50
Total	16	100
Abortos	F	%
0	19	76
I	6	24
Total	15	100
Paridad	F	%
I	1	4,35
II	10	43,48
III	10	43,48
IV	2	8,70
Total	23	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Zamora; 2017)

En lo que corresponde a los antecedentes obstétricos fueron más frecuentes aquellas embarazadas con III gestas con un 40,68% (24 casos) seguidas aquellas con II gestas (37,29%= 22 casos). Fueron más frecuentes aquellas con II partos vaginales (49,02%= 22 casos); asimismo aquellas tuvieron I cesárea en 10 casos (62,50%), de igual forma predominaron aquellas que han tenido 0 abortos en 76% (19 casos), por su parte las madres con II y III paridades se igualan en 43,48% (10 casos).

TABLA N° 4
ASPECTOS OBSTÉTRICOS ACTUALES ENTRE LAS PACIENTES
DIAGNOSTICADAS CON DIABETES GESTACIONAL. SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA MATERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE.
ESTADO CARABOBO PERÍODO FEBRERO DE 2016 Y FEBRERO DE 2017

Número de controles	F	%
3 – 4	12	20,34
5 – 6	36	61,02
>6	11	18,64
Patología Médica	F	%
No	48	81,39
Si	11	18,64
Total	59	100
Tipo de Patología Médica (n=11)	F	%
HTA	6	54,55
ITU	5	45,45
Edad gestacional (FUR)	F	%
18 – 24	6	10,17
25 – 35	53	89,83
Edad gestacional (Ecografía)	F	%
18 – 24	6	10,17
25 – 35	53	89,83
Total	59	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Zamora; 2017)

En cuanto a los aspectos obstétricos actuales, predominaron aquellas embarazadas con 5 a 6 controles con un 61,02% (36 casos). Sólo el 18,64% (11 casos) poseen patología médica, siendo la Hipertensión arterial la más frecuente (6 casos) y la infección del tracto urinario (5 casos)

Se registró una edad gestacional promedio por fecha de ultima regla de 28,5 sem \pm 0,48, con una mediana de 28 sem, un registro mínimo de 18 sem, un máximo de 35 sem y un coeficiente de variación de 13% (serie homogénea entre sus datos), fueron más frecuentes aquellas pacientes con una edad gestacional (FUR) de 25 a 35 semanas (89,83%=53 casos).

Según ecografía se registró una edad gestacional promedio de 29 sem \pm 0,50, con una mediana de 29 sem, un registro mínimo de 18 sem, un máximo de 36 sem y un coeficiente de variación de 13% (serie homogénea entre sus datos); siendo

más frecuentes aquellas gestantes con edad gestacional (ecografía) de 25 a 35 semanas (89,83%= 53 casos).

TABLA N° 5
CUANTIFICACIÓN DEL PERFIL METABÓLICO EN LAS GESTANTES CON
DIABETES GESTACIONAL INCLUIDAS EN LA MUESTRA.SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA MATERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL
LARRALDE. ESTADO CARABOBO PERÍODO
FEBRERO DE 2016 Y FEBRERO DE 2017

Perfil metabólico	Total (n=59)	18 – 24 (n= 6)	25 – 36 (n= 53)	T	P valor
Glicemia en ayunas	108,2 ±2,46	118,0 ±14,25	+/- 107,06 +/- 5,29	1,35	0,1809
Glicemia postprandial	134,24 ± 5,56	146,0 ±13,50	+/- 132,9 +/- 12,3	0,71	0,4816
HB1AC	6,80 ± 0,10	7 +/- 0	6,79 +/- 0,11 (n=41)	0	1,0

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Zamora; 2017)

A nivel muestral se registró un promedio de glicemia en ayunas de $108,17 \pm 2,45$, una mediana de 98, con un valor mínimo de 66, un máximo de 160 y un coeficiente de variación de 17% (serie homogénea entre sus datos). Aunque el promedio fue mayor entre aquellas gestantes con menos edad gestacional por ecografía, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($P > 0,05$).

La glicemia postprandial registró un promedio de $134,24 \pm 5,56$, una mediana de 125, con un valor mínimo de 92, un máximo de 381 y un coeficiente de variación de 32% (serie moderadamente heterogénea entre sus datos). Aunque el promedio fue mayor entre aquellas gestantes con menos edad gestacional por ecografía, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($P > 0,05$).

La hemoglobina glicosilada registró un promedio de $6,80 \text{ gr/dl} \pm 0,10$, una mediana de 7 gr/dl, con un valor mínimo de 5,4 gr/dl, un máximo de 8,2 gr/dl y un coeficiente de variación de 10% (serie homogénea entre sus datos). Aunque el promedio fue mayor entre aquellas gestantes con menos edad gestacional por ecografía, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($P > 0,05$).

Cuando se correlacionó la edad gestacional por ecografía con los valores de glicemia en ayunas la correlación fue imperfecta negativa de grado muy baja ($r=-0,13$; $P=0,3910$), con la glicemia postprandial la correlación fue también imperfecta negativa de grado muy baja ($r=-0,05$; $P=0,7610$) y con la hemoglobina glicosilada la correlación fue de tipo imperfecta negativa de grado muy baja ($r=-0,05$; $P=0,7283$)

DISCUSIÓN

De las 59 pacientes con diagnóstico de Diabetes Gestacional que conformaron la muestra de estudio se registró una edad promedio de 28,27 años específicamente relacionado a los grupos de edad fueron más frecuentes aquellas con 31 a 40 años, en lo que respecta al estado civil predomina las solteras con un 91,53% en lo que corresponde a la escolaridad predomina las bachilleres con un 59,32%, datos que podemos comparar según estudios realizados en otros países la similitud hallada con otros estudios donde se obtuvieron los mismos resultados.⁽²⁰⁾ Asimismo en lo que respecta al Estrato Socioeconómico se tiene que el estrato II fue el más frecuente en un 49,15%, seguido del estrato III con un 44,07%, comparado con investigaciones realizadas en otros países.⁽²⁶⁾ En cuanto a la ocupación predominan las ama de casa en un 64,41%, Asimismo predominan las pacientes que proceden de Naguanagua con un 54,24%, datos que podemos comparar con estudios realizados en Colombia.⁽²⁰⁾

Por su parte un 45,76% afirmaron poseer antecedente familiar de diabetes de los cuales el parentesco más frecuente fue la madre, coincidiendo esto con estudios realizados en Perú, Colombia y Venezuela^(20,26,27) En lo que corresponde a los antecedentes obstétricos fueron más frecuentes aquellas embarazadas con III gestas con un 40,68%.

Fueron más frecuentes aquellas con II partos vaginales, comparando con estudios realizados en Perú, Colombia y Venezuela.^(20, 26,27) En cuanto a los aspectos obstétricos actuales, predominaron aquellas embarazadas con 5 a 6 controles Sólo el 18,64% (11 casos) poseen patología médica, siendo la Hipertensión arterial la más frecuente (6 casos) y la infección del tracto urinario (5 casos), lo que podemos comparar con otros estudios como Colombia y Barcelona^(20,27)

Se registró una edad gestacional promedio por fecha de última regla de 28,5 semanas. Según ecografía se registró una edad gestacional promedio de 29 semanas. A nivel muestral se registró un promedio de glicemia en ayunas de $108,17 \pm 2,45$, una mediana de 98, con un valor mínimo de 66, un máximo de 160 y un coeficiente de variación de 17% (serie homogénea entre sus datos). Aunque el promedio fue mayor entre aquellas gestantes con menos edad gestacional por ecografía, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($P > 0,05$).

La glicemia postprandial registró un promedio de $134,24 \pm 5,56$, una mediana de 125, con un valor mínimo de 92, un máximo de 381 y un coeficiente de variación de 32% (serie moderadamente heterogénea entre sus datos). Aunque el promedio

fue mayor entre aquellas gestantes con menos edad gestacional por ecografía, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($P > 0,05$).

La hemoglobina glicosilada registró un promedio de $6,80 \text{ gr/dl} \pm 0,10$, una mediana de 7 gr/dl , con un valor mínimo de $5,4 \text{ gr/dl}$, un máximo de $8,2 \text{ gr/dl}$ y un coeficiente de variación de 10% (serie homogénea entre sus datos). Aunque el promedio fue mayor entre aquellas gestantes con menos edad gestacional por ecografía, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($P > 0,05$).

Cuando se correlacionó la edad gestacional por ecografía con los valores de glicemia en ayunas la correlación fue imperfecta negativa de grado muy baja ($r=-0,13$; $P=0,3910$), con la glicemia postprandial la correlación fue también imperfecta negativa de grado muy baja ($r=-0,05$; $P=0,7610$) y con la hemoglobina glicosilada la correlación fue de tipo imperfecta negativa de grado muy baja ($r=-0,05$; $P=0,7283$)

Con respecto a la edad de las pacientes con diagnóstico de Diabetes Gestacional los grupos etarios predominantes se ubican entre $28,27 \text{ años} \pm 0,84$, con una variabilidad promedio de $6,46 \text{ años}$, coincidiendo estos resultados con las investigaciones publicadas, las cuales señalan como grupo etario mujeres mayor a igual a 30 años .

En relación a los antecedentes familiares de Diabetes Gestacional, las investigaciones concuerdan con el antecedente familiar de diabetes en un $45,76\%$, siendo en ese caso el de primera línea el materno.

En cuanto a la paridad de pacientes con diagnóstico de Diabetes Gestacional se relaciona con las investigaciones publicadas con la multiparidad.

CONCLUSIONES

De las 59 pacientes con diagnóstico de Diabetes Gestacional que conformaron la muestra de estudio se registró una edad promedio de 28,27 años \pm 0,84, donde fueron más frecuentes aquellas con 31 a 40 años, seguida por aquellas con 21 y 30 años. En lo que respecta al estado civil predomina las Solteras. En lo que corresponde a la escolaridad predominan las bachilleres, seguidas de las universitarias. El estrato socioeconómico II fue el más frecuente en un 49,15% (29 casos) seguido del estrato III. En cuanto a la ocupación predominan las ama de casa. Asimismo predominan las pacientes que proceden de Naguanagua, seguidas de las que provenían del municipio Valencia.

Un porcentaje muy bajo de las madres afirmaron poseer antecedente personal de Diabetes; casi la mitad de las pacientes afirmaron poseer antecedente familiar de diabetes, de los cuales el parentesco más frecuente fue la madre.

En lo que corresponde a los antecedentes obstétricos fueron más frecuentes aquellas embarazadas con III gestas, seguidas aquellas con II gestas. Fueron más frecuentes aquellas con II partos vaginales; asimismo aquellas tuvieron I cesárea, de igual forma predominan aquellas que han tenido 0 abortos, por su parte las madres con II y III paridades se igualan.

En cuanto a los aspectos obstétricos actuales, predominaron aquellas embarazadas con 5 a 6 controles. Un porcentaje muy bajo poseían patología médica, siendo la Hipertensión arterial la más frecuente y la infección del tracto urinario.

Se registró una edad gestacional promedio por fecha de última regla de 28,5 sem \pm 0,48, fueron más frecuentes aquellas pacientes con una edad gestacional (FUR) de 25 a 35 semanas. Según ecografía se registró una edad gestacional promedio de 29 sem \pm 0,50; siendo más frecuentes aquellas gestantes con edad gestacional (ecografía) de 25 a 36 semanas.

A nivel muestral se registró un promedio de glicemia en ayunas de 108,17 \pm 2,45. La glicemia postprandial registró un promedio de 134,24 \pm 5,56 y la hemoglobina glicosilada registró un promedio de 6,80 gr/dl \pm 0,10. Aunque los promedios fueron mayores entre aquellas gestantes con menos edad gestacional por ecografía, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($P > 0,05$).

Cuando se correlacionó la edad gestacional por ecografía con los valores de glicemia en ayunas, con la glicemia postprandial y con la hemoglobina glicosilada

las correlaciones fueron de tipo imperfecta negativa de grado muy baja y no estadísticamente significativas ($P > 0,05$)

RECOMENDACIONES

Mantener un estilo de vida adecuado que incluye una alimentación balanceada.

Evitar el sedentarismo.

Realizar campañas de promoción y prevención de Diabetes Gestacional.

Controlar las patologías que se puedan presentar durante el embarazo.

Realizar un adecuado control prenatal, con glicemias en ayunas y postprandial, e incluir la realización oportuna de la Prueba de tolerancia Oral a la glucosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caiafa, J, Rodríguez, Z, Carrizales, ME, Herrera, M. Caracterización epidemiológica de la diabetes gestacional. Estado Aragua. Año 2000-2007. Comunidad y Salud vol.8 no.2 Maracay dic. 2010
2. Buschard K, Buch I, Molsted –Pedersem L. Increased incidence of true Type I diabetes acquired during pregnancy. *BMJ* 1987;294:275-279.
3. Martínez J. Secreción de insulina en la diabetes gestacional. *Endocrinología* 1991;38:51-52.
4. Bowes SB, Hennsey TR, Umpleby AM, Ben JJ, Jackson NC, Boroujerdi MA, Measurement of glucose metabolism and insulin secretion during normal pregnancy and pregnancy complicated by gestational diabetes. *Diabetologia* 1996;39:976-983.
5. Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. Consenso Nacional de Diabetes Mellitus tipo 2. Venezuela 2003.
6. Tendencias Demográficas y de Mortalidad en la Región de las Américas, 1980-2000. *Boletín Epidemiológico*, Vol. 23 No. 3, septiembre 2002. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/SHA/be_v23n3-editorial.htm.
7. Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio del Poder Popular de Planificación y Desarrollo. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/poblacion/distribucion.asp>
8. Albareda, M. Diabetes gestacional: riesgo de desarrollar diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular a medio plazo. Universidad de Barcelona. 2001.
9. Uvena-Calabrezze J, Catalano P. The infant of the woman with gestational diabetes mellitus. *Clin Obstet Gynecol* 2000; 43: 127-39
10. Schaefer UM, Buchanan TA, Xiang AN, Peters RK, Kios SL. Clinical predictors for a high risk development of diabetes mellitus in the early puerperium in women with recent gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet & Gynecol* 2002; 186: 751-6.
11. Ingeborg Christa Laun. Diabetes Gestacional. I y II Parte. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. Volumen IX- Nº 3. ISSN 0327-9154- propiedad Intelectual Nº 146565. Número especial dedicado a la memoria del Profesor Dr. Néstor Serantes. 2001.

12. Plana R, Vázquez F, Pérez J, Malo F, García F, Fluiters E, Carpena J. Diabetes Gestacional. Grupo de Diabetes de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (AGAMFEC). Guías Clínicas 5 (37). 03/10/2005.
13. Belmar C, Salinas P, Becker J, Abarzúa F, Olmos P, González P y Oyarzún E. Incidencia de Diabetes Gestacional según Distintos Métodos Diagnósticos y sus Implicancias Clínicas. Revista chilena de obstetricia y ginecología ISSN 0717-7526.
14. Micaló T, Palay M, Gil M. Diabetes gestacional: diagnóstico y manejo. Unidad de Diabetes Gestacional. Hospital de Viladecans. Barcelona. Volumen 55, Número 1271, p 64. Octubre 1998.
15. The Epidemiology of Diabetes Mellitus, Second Edition Edited by Jean-Marie Ekó'é, Marian Rewers, Rhys Williams and Paul Zimmet 2008 John Wiley & Sons
16. King H. Epidemiology of glucose intolerance and gestational diabetes in women of childbearing age. Diabetes Care 1998;21 (Supl. 2):B9-B13.
17. Nazer J, García M, Cifuentes L. Malformaciones congénitas en hijos de madres con diabetes gestacional. Rev Méd Chile 2005; 133: 547-554
18. Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Prog Obstet Ginecol. 2011;54(11):575—580
19. Peiffer V, Grisel M, Cueto J, Taborda M. Prevalencia de factores de riesgo en pacientes embarazadas con diabetes gestacional y pregestacional, en el Hospital Regional Río Gallegos, Servicio de Tocoginecología (Período 2006-2010). Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 211 – Abril 2012
20. Campo-Campo M, Posada-Estrada G, Betancur-Bermúdez L, Jaramillo-Quiceno D. Factores de riesgo para diabetes gestacional en población obstétrica en tres instituciones de Medellín, Colombia. Estudio de casos y controles. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 63 No. 2, Abril-Junio 2012 (114-118)
21. Arias, S., y Peñaloza, M. Muestreo. Enfoque ilustrado para investigar. Universidad de los Andes. Mérida. Estado Mérida. Venezuela. 2013. P.38
22. López, F. Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas. Editorial Manual Moderno. 2ª. Edición. México. D.F. 2006: 32-33

23. Puertas, E., Urbina, J., Blanck, E., Granadillo, D., y otros. Bioestadística. Herramienta de la Investigación. Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico – CDCHT-UC. Valencia, Venezuela. 1998: 45
24. López, F., El ABC de la revolución metodológica. Editorial Express, C.A. Segunda Edición. Venezuela. 2014: 32-33
25. Straccuzzi, S., Martins, F., Metodología de la Investigación Cuantitativa, Fondo editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. FEDUPEL Impreso en Venezuela. 1° edición 2003. P 73-75.
26. Avila M. Multiparidad como factor de riesgo asociado a diabetes gestacional en el Hospital Belén de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo 2016
27. Hernández C, Navarro L. Morbilidad de Diabetes Gestacional en relación con obesidad. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. "Luís Razetti" de Barcelona. Enero 2004 - Diciembre 2008, Barcelona. Universidad de Oriente, Núcleo Anzoátegui, 2010

ANEXO 1

FICHA DE REGISTRO

HISTORIA		FECHA	
Caso	Nuevo	Antiguo	
Características epidemiológicas			
1. Edad	≤ 20	2. Estado civil	Soltera
	21 -30		Concubina
	31 – 40		Casada
3. Escolaridad	Analfabeta	4. Estrato socioeconómico	I
	Primaria		II
	Secundaria		III
	Bachiller		IV
	Universitaria		V
5. Ocupación		6. Procedencia (municipio)	
7. Comorbilidades	Presente	Tipo	
	Ausente		
8. Antecedente personal de diabetes	Presente	9. Antecedente familiar de diabetes	Presente
	Tiempo		Parentesco
	Ausente		Ausente
Antecedentes obstétricos		Aspectos obstétricos actuales	
10. Gestas		15. Edad gestacional actual	FUR
			Ecografía
11. Paras		16. Control del embarazo	No controlado
12. Cesáreas			Mal controlado
13. Abortos			Controlado
14. Paridad	Primigesta	17. Presencia de patologías médicas actuales	Si
	Segundagesta		Tipo
	Múltipara		No

Perfil metabólico durante el embarazo			
18. Estado del perfil	Normal	19. Glicemia en ayunas	
	Alterado		
20. Glicemia postpandrial		21. Hemoglobina glicosilada	

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadora autora: Dra. Carmen Zamora

Este documento de Consentimiento informado se dirige a las pacientes embarazadas con Factores de Riesgo epidemiológicos y Clínicos en pacientes con Diabetes Gestacional que asistieron a la consulta del Servicio de Medicina Interna Materna.

Yo, Dra. Carmen Zamora, trabajo para el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Hospital Universitario Dr. "Ángel Larralde" en el Departamento de Ginecología y Obstetricia como Residente de Postgrado para optar al título de Médica Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Carabobo. Estoy investigando Factores de Riesgo epidemiológicos y Clínicos en pacientes con Diabetes Gestacional que asistieron a la consulta del Servicio de Medicina Interna Materna por lo cual le daré información sobre dicha investigación y a su vez invitarle a participar en ella. No tiene que decidir hoy si participar o no. Antes de decidirse, puede conversarlo con alguien con quien usted, se sienta cómoda y confiada. Puede que exista, algunas palabras que al momento de la información no reconozca, pero tiene la alternativa de preguntarme sus dudas referidas a lo planteado.

El propósito de esta investigación es guiar a los especialistas del área, a un estudio para determinar los factores de riesgo clínicos y epidemiológicos de pacientes con Diabetes Gestacional así mismo, obtener aportes al conocimiento y de utilidad inmediata para la toma de decisiones en el saber científico.

Estamos invitando a todas las pacientes con síntomas de Diabetes Gestacional que acuden al servicio de medicina interna materna para hacer el seguimiento Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y gratuita. Usted puede elegir participar o no. Si elige no participar, continuará obteniendo todos los servicios en esta institución y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Su participación constara en aportar información de su embarazo a través de un instrumento de recolección de datos que llevara el nombre de ficha de estudio de caso y posteriormente cumplir con los controles trimestrales para el seguimiento del embarazo.

No se compartirá la identidad de aquellas pacientes que participen, manteniéndose la confidencialidad. El conocimiento obtenido al realizar esta investigación se compartirá con usted y luego al público por representar un avance científico. Después de estos encuentros, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas al respecto, puedan promover y fomentar su utilidad y aplicabilidad teórico - práctico, que implicaría una relevancia social por el aporte de nuestra investigación. Si usted no desea formar parte de ésta investigación, se le proporcionará el tratamiento estándar en uso, disponible en el hospital. Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarme a través de mi número 0414. 0357595

PARTE II

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____

FECHA _____

(ANALFABETAS) He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

NOMBRE DEL TESTIGO _____

HUELLA DACTILAR DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL TESTIGO _____

FECHA _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la

oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR _____

FIRMA DEL INVESTIGADOR _____

FECHA _____