

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"
MORÓN

Caracterización de los factores de riesgo para Diabetes Gestacional y su influencia durante la gestación

Characterization of risk factors for Gestational Diabetes and its influence during the pregnancy

María de los Ángeles de Oro Collazo (1), Clayton Gordon (2), Silvia Bárbara Álvarez González (3), Alberto Moronta Enrique (3), Carmen Julia Night Jorrín (4), María Amalia Borrego Armas (3).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el período comprendido entre 2010-2012, con el objetivo de caracterizar los factores de riesgo de la diabetes gestacional en pacientes con o sin el diagnóstico de la enfermedad y su relación con la morbilidad. Se tuvo en cuenta la frecuencia de aparición de las complicaciones en las gestantes, en cuanto a: ganancia de peso, altura uterina, morbilidad durante el embarazo, resultados del embarazo en relación con el peso y la edad gestacional y alteraciones postnatales del neonato. Se pudo constatar que en el grupo de gestantes con factores de riesgo para diabetes mellitus, que no fueron diagnosticadas, ni recibieron tratamiento, fueron más frecuentes las complicaciones, en comparación con las gestantes diabéticas que tenían factores de riesgo, pero que sí fueron oportunamente tratadas, por ejemplo: la incidencia de niños macrosómicos en el primer grupo fue de 18.96%, mientras que en el segundo fue de solo 10.34%. El trabajo médico en equipo, la pesquisa de las gestantes con factores de riesgo y el diagnóstico correcto, así como el inicio del tratamiento y el seguimiento obstétrico, permiten evitar o reducir las complicaciones para la madre y el feto.

Palabras clave: DIABETES MELLITUS GESTACIONAL, HIPERGLICEMIA, CONTROL METABÓLICO.

1. Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Máster en Medicina Tradicional y Bioenergética. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.
3. Estudiante de 3er año de Medicina.
4. Estudiante de 4to año de Medicina.

INTRODUCCIÓN

La diabetes gestacional, es la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Es reconocida como una de las complicaciones más frecuentes. Como tal la Diabetes Gestacional conlleva a un aumento de los riesgos, de desarrollar diabetes mellitus tipo II a mediano y largo plazo, se presentó como un embarazo de alto riesgo y puede traer consecuencias seriamente nocivas para la madre así como para el hijo (1). Aproximadamente una de cada 100 mujeres en edad fértil padece diabetes antes del embarazo (diabetes preexistente) (2). Un cuatro por ciento adicional desarrolla diabetes durante el embarazo (diabetes gestacional). La mayoría de estas mujeres pueden estar seguras de que tendrán un bebé sano, pues, si bien la diabetes conlleva algunos riesgos durante el embarazo, los avances en la atención médica hacen posible reducirlos considerablemente, sin embargo, se debe tener sumo cuidado con aquellas que presentan algún factor de riesgo para esta entidad y que aún no han sido diagnosticadas (3).

En los últimos años la incidencia de diabetes durante el embarazo aumentó hasta manifestarse en aproximadamente 180 000 embarazos al año. Esto se debe en parte a que el control metabólico permite que las pacientes diabéticas puedan concebir y mantener el embarazo y a que en la actualidad se reconocen con mayor precisión las formas benignas de diabetes gestacional.

La diabetes gestacional o inducida por el embarazo se produce en el 0.1 a 0.2% de los mismos. Del 25 al 50% de las mujeres con diabetes gestacional que se diagnostican en el inicio del embarazo desarrollan en tiempo posterior diabetes dependiente de la insulina (4). El aumento

mundial de la diabetes mellitus y embarazo es un reflejo del aumento epidémico de la obesidad, que se traduce en intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo II, cada vez a edades más tempranas. En Cuba, se estima una prevalencia de diabetes gestacional entre un 3% y 5%, el que aumenta a un 10-14%, si se consideran las embarazadas con factores de riesgo diabético (5). La hiperglicemia es tóxica para el desarrollo embrionario y fetal, porque provoca un incremento en 6 veces de los defectos congénitos en proporción directa con el aumento de la glucosa, y muchos de estos son fatales para la vida del recién nacido o incapacitantes, se plantea que puede causar hasta 40% de la mortalidad perinatal en estos casos, su prevención depende de un buen control preconcepcional en mujeres conocidas como diabéticas. La educación de todas las mujeres con riesgo reproductivo es fundamental si se desea tener éxitos en las futuras gestaciones; es por ello la importancia del trabajo de los médicos y enfermeras de la familia, para el mejor control. Entre las alteraciones más frecuentes se encuentran la macrosomía, malformaciones congénitas, muerte fetal *in útero*, alteraciones metabólicas neonatales como síndrome de dificultad respiratoria (membrana hialina), hipoglicemia neonatal, hiperbilirrubinemia, policitemia e hipocalcemia, abortos espontáneos, entre otras.

La diabetes no sólo constituye un estado de riesgo para el feto, sino también para la madre. Es así como la incidencia de ciertas patologías aumenta en dichas pacientes como por ejemplo la preeclampsia, el Polihidramnio, el parto por cesárea cuando el bebé es demasiado grande, además las madres diabéticas tienen un mayor riesgo de hemorragias postparto, parto prematuro, accidentes vasculares, cetoacidosis diabética y coma hiperglicémico (5).

Los criterios diagnóstico para diabetes gestacional han variado a través de la historia, pues cuando existen síntomas y signos bastará la glicemia en ayunas para confirmarlo, pero cuando solo existen índices de sospechas y la glicemia en ayunas es normal, se hace necesario indicar la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTGO), que se realiza con 75 mg según la OMS o 100 mg según O'Sullivan y Mahan, de glucosa en 100 ml de agua y extracciones de sangre en ayunas y a las dos horas.

En las embarazadas con los factores de riesgo citados se indicará una glicemia en la consulta de captación y otra a las 24 semanas y una PTGO entre las 28 y las 32 semanas. Siempre que la glicemia sea mayor de 4,4 mmol/L (80 mg/dL) se realizará una PTGO en ese momento (6).

La búsqueda de la Diabetes Gestacional debiera realizarse a toda embarazada, de acuerdo a las posibilidades de cada sistema de salud, pero donde no pueda realizarse lo anterior, es imprescindible realizarla al menos en todas las gestantes que presenten los siguientes factores de riesgo para Diabetes Gestacional:

1. Antecedentes de familiares diabéticos de primer grado.
2. Edad de la embarazada igual o mayor de 30 años.
3. Sobrepeso u obesidad en la embarazada (I.M.C. 26.1Kg/m^2 o más)
4. Diabetes Gestacional en embarazos previos.
5. Mortalidad perinatal inexplicada.
6. Partos previos de 4 000 g o más.
7. Malformaciones congénitas.
8. Glucosuria en muestras matinales.
9. Polihidramnio.
10. Antecedentes de enfermedad tiroidea auto inmune.
11. Aquellas gestantes que pesaron al nacer menos de 5 lb. o más de 9 lb.
12. Otros factores recientemente incorporados:
 - a. Hipertrofia del tabique interventricular.
 - b. Crecimiento fetal desarmónico.
 - c. Placenta con grosor mayor de 50 mm y sin la presencia de enfermedad hemolítica perinatal por Rh.
 - d. Hipertensión gestacional en embarazos previos y/o actual.

En las gestantes que no presentan factores de riesgo se realizará glicemia aleatoria en la captación y a las 28 a 32 semanas (6).

Esta patología se manifiesta cuando las células pancreáticas betas no son lo suficientemente eficaces para compensar la insulino-resistencia, asociada a la creciente producción hormonal

placentaria y de adiponectinas maternas, que se producen en el tejido adiposo durante el embarazo (7).

Esta resistencia a la insulina más que un ente nosológico, es una adaptación fisiológica que se compensa con hipersecreción de insulina materna. Sin embargo, cuando existe baja reserva pancreática se desencadena la diabetes gestacional. Dado que la reserva está determinada por la masa de células betas, existen una serie de factores que pueden afectarla y predisponer a la gestante a padecer de diabetes mellitus gestacional (8).

Una vez diagnosticada la diabetes gestacional, la mayoría de las mujeres puede controlar la concentración de azúcar en su sangre mediante una dieta adecuada, ejercicio y tratamiento (9).

El consejo nutricional es fundamental para el manejo. Las metas de esta terapéutica son:

1. Brindar los nutrientes necesarios para la madre y el feto.
2. Control de los niveles de glucosa.
3. Prevenir la inanición por cetosis (10).

La actividad física moderada, aeróbica, alternada con períodos de reposo en decúbito lateral izquierdo, varias veces al día, (post-comidas) a fin de mejorar el flujo placentario (11).

Se puede reducir los riesgos de desarrollar diabetes gestacional realizar ejercicios con regularidad, comer una amplia variedad de alimentos de los diferentes grupos alimenticios y establecer un peso saludable antes del embarazo (9).

La insulina es el medicamento a utilizar en caso que las medidas dietéticas y de ejercicio no controlen la glucemia en la diabetes mellitus gestacional. El médico le debe sugerir a la mujer embarazada que se realice varios controles de glucemia al día, y realizar la medición de hemoglobina glucosilada cada 60 días (10).

El diagnóstico de las distintas enfermedades ha constituido un reto para las Ciencias Médicas. Buscar métodos y fórmulas que hagan del diagnóstico un proceder rápido y certero, ha sido un objetivo durante años. En la actualidad la identificación de los factores de riesgo, el diagnóstico precoz, el seguimiento correcto de la diabetes gestacional son la solución al mejoramiento de la morbimortalidad de esta enfermedad.

Todo lo anterior motiva a realizar un estudio con el objetivo de caracterizar los factores de riesgo de la diabetes gestacional en pacientes con o sin el diagnóstico de la enfermedad y su relación con la morbilidad, en las gestantes que acuden al servicio de gestante y perinatología del Hospital General Docente del municipio Morón.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el servicio de gestante y perinatología del Hospital General Docente del municipio Morón, en el período comprendido entre 2010-2012; con el objetivo de caracterizar los factores de riesgo de la diabetes gestacional en pacientes con o sin el diagnóstico de la enfermedad y su relación con la morbilidad.

El universo y la muestra quedaron constituidos por 116 gestantes que acudieron al Hospital General Docente del municipio Morón, en el período de enero de 2010 a noviembre de 2012, de ellas 58 presentaron diabetes gestacional, mientras que las otras 58 no fueron diagnosticadas, pero poseían factores de riesgo. Los criterios de inclusión: gestantes con diagnóstico de diabetes mellitus que acudan a consulta destinada para esta patología o que ingresen con este diagnóstico, gestantes con factores de riesgo para la diabetes gestacional; y los de exclusión: gestantes que no tengan el diagnóstico de diabetes gestacional ni factores de riesgo asociado. Las variables operacionalizadas: ganancia de peso, altura uterina, morbilidad durante el embarazo, resultados del embarazo en relación con el peso y la edad gestacional, alteraciones postnatales del neonato.

Se revisaron diariamente las historias clínicas de los pacientes para evaluarlos de acuerdo a los objetivos propuestos. Se recogió la información para ello se aplicó el modelo formulario. Se realizaron distribuciones de frecuencia en números y por ciento para una mejor presentación de los resultados. Para la realización de este trabajo se respetó los cuatro principios éticos de la investigación científica: respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia.

RESULTADOS

En la Tabla No.1 se observa el comportamiento de diferentes factores de riesgo, en un grupo de embarazadas con diabetes gestacional y en otro donde las mismas no fueron diagnosticadas con la enfermedad pero poseían factores de riesgo. Se observa que 7 de las gestantes con diabetes gestacional presentaron mortalidad perinatal inexplicada, para un 12,06%, mientras que 9 de las gestantes no diagnosticadas presentaron este mismo factor para un 15,51%.

Se aprecia que 2 de las gestantes con diabetes gestacional presentaron partos previos de 4000 g o más, para un 3,44%, mientras que 11 de las que no fueron diagnosticadas también presentaron este factor, para un 18,96% del total; 12 de las gestantes con diabetes gestacional presentaron un crecimiento fetal desarmónico, para un 20,68%, mientras que 17 de las gestantes no diagnosticadas presentaron este mismo factor para un 29,31%. También 19 de las gestantes con diagnóstico de diabetes gestacional presentaron hipertensión arterial en embarazos previos y/o actuales con riesgo de preeclampsia, para un 32,75%, mientras que 33 de las gestantes no diagnosticadas presentaron este mismo factor para un 56,89%.

En la Tabla No.2 se observa, que la ganancia de peso en las gestantes con diabetes gestacional fue exagerada en aproximadamente el 12% de los casos; mientras que en las que tenían factores de riesgo se presentó en el 43.10%. Además mantuvieron una ganancia de peso adecuada el 77.58% de las gestantes con diagnóstico de diabetes gestacional, fue muy inferior en el segundo grupo, con un 36.20%.

En la Tabla No.3 se muestra la evaluación de la altura uterina en la que se destaca, que el mayor porcentaje de las embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional presentaron un crecimiento uterino adecuado, para un 74.13%; mientras que en las gestantes con factores de riesgo pero sin diagnóstico, existió una mayor incidencia de signos de más y de menos para un total de 62.06% y solamente un 37.93% de gestantes con altura uterina adecuada.

En la Tabla No.4, se observa que existe una mayor incidencia de sepsis urinaria en gestantes que no fueron diagnosticadas con diabetes gestacional que en las que sí fueron diagnosticadas y recibieron tratamiento oportuno. Además se presentó una mayor incidencia de neonatos macrosómicos en las gestantes sin diagnóstico, para un 18.96%, al ser algo inferior en las que recibieron tratamiento para la diabetes gestacional durante el embarazo y tuvieron un buen control metabólico. De acuerdo al crecimiento intrauterino, presentaron un retardo en el mismo el 25.86% de las gestantes que no fueron diagnosticadas, no fue así en el otro grupo en el que sólo existió en un 3.44%. Se puede apreciar también, que la hipertensión arterial inducida por el embarazo tuvo mayor predominio en las gestantes sin diagnóstico, se evidenció en el 46.55% de los casos. Además solamente el 6,89% de las gestantes con diabetes gestacional presentaron amenaza de aborto al inicio de la gestación, mientras que esta cifra se triplicó en las gestantes que no fueron diagnosticadas, para un 22,41%. De forma general se constata que la morbilidad durante el embarazo fue mayor en las gestantes que no fueron diagnosticadas y presentaban factores de riesgo para diabetes gestacional que en aquellas que tenían el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

En la Tabla No.5 se muestra que existe una mayor incidencia de gestantes con crecimiento intrauterino retardado (CIUR) a término en el grupo de las que tuvieron factores de riesgo y no fueron diagnosticadas, con un valor de un 20.68%, mientras que en las que tuvieron diagnóstico de diabetes gestacional, la incidencia fue de un 6.89%; también el 25.86% de las gestantes que no fueron diagnosticadas, presentó niños macrosómicos para edad gestacional, mientras que solo el 12.06% de las gestantes con diabetes gestacional incidió en este factor; el 77.58% de las gestantes con diagnóstico de diabetes gestacional presentaron embarazos a término con peso adecuado, mientras que solo el 34.48% de las que no fueron diagnosticadas presentaron este factor.

En la Tabla No.6 se aprecia la incidencia de alteraciones postnatales del neonato en los dos grupos, donde el 13.79% de los neonatos de las pacientes que no fueron diagnosticadas, presentaron como complicación al nacimiento distrés respiratorio, mientras que solo el 1.72% de las que tuvieron un buen control metabólico, presentaron esta complicación. También se puede comprobar que los demás indicadores que se recogen en la presente tabla fueron superiores en las gestantes que no fueron diagnosticadas ni recibieron tratamiento específico durante el embarazo.

DISCUSIÓN

Con la finalidad de caracterizar los factores de riesgo de la diabetes gestacional en pacientes con o sin el diagnóstico de la enfermedad y su relación con la morbilidad, se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo, donde se hizo evidente, que las gestantes que tuvieron una incidencia mayor de las complicaciones, que pueden presentarse por un mal control metabólico, fueron aquellas que presentaron factores de riesgo y no tenían diagnóstico de diabetes gestacional. Se concuerda así con la bibliografía, pues según el control metabólico de la madre diabética o con intolerancia a la glucosa, la mortalidad perinatal es variable, esta en rangos del 2 al 5%, los que aumentan si hay mal control y disminuyen si éste es bueno (5).

En la investigación se constató, que los factores de riesgo que mayor incidencia tuvieron en las gestantes sin diagnóstico de diabetes gestacional fueron: partos previos de 4 000 g o más, en el 18.96% de los casos; crecimiento fetal desarmónico; mortalidad perinatal inexplicada e hipertensión arterial gestacional en embarazos previos y/o actual con riesgo de preeclampsia, en el 56.89% de los casos. La incidencia de Preeclampsia es tres a cuatro veces mayor en las gestantes diabéticas, que en la población general (10-25%) en relación al mal control metabólico, especialmente cuando el trofoblasto está invadiendo la vasculatura uterina en el segundo trimestre y cuando existe lesión orgánica de ella (5).

La hiperglicemia es tóxica para el desarrollo embrionario y fetal, porque provoca un incremento en 6 veces de los defectos congénitos en proporción directa con el aumento de la glucosa, y muchos de éstos son fatales para la vida del recién nacido o incapacitantes, se plantea que puede causar hasta 40 % de la mortalidad perinatal en estos casos, su prevención depende de un buen control preconcepcional en mujeres conocidas como diabéticas. Estas anomalías pueden estar presentes en las primeras 8 semanas de gestación, cuando la mayoría de las mujeres aún no han concurrido a la atención prenatal (12).

En el estudio se constató que las mayores alteraciones en el comportamiento de las variables correspondieron al grupo de las 58 gestantes con factores de riesgo para diabetes gestacional, pues al no mantener el control de las cifras de glicemia dentro de los valores normales pueden aparecer las consecuencias de la hiperglicemia. Las más relevantes fueron: la ganancia de peso, que fue exagerada para un 46.10% de los casos; la altura uterina fue adecuada solamente para el 37.93%; la morbilidad durante el embarazo, es la sepsis vaginal una de las de mayor incidencia con un 77.58%, la sepsis urinaria para un 60.34% y la hipertensión inducida por el embarazo con una incidencia de 46.55%.

Los resultados del embarazo en relación con el peso y la edad gestacional cuyo dato más relevante fue el de niños macrosómicos para edad gestacional con un 25.86% y las alteraciones postnatales del neonato, distrés respiratorio, malformaciones congénitas, depresión al nacer es esta última la más frecuente para un 15.51% de los casos.

Lo anterior concuerda con algunas bibliografías consultadas donde se encontró que, habitualmente el recién nacido de una mujer con diabetes gestacional no diagnosticada o no controlada adecuadamente tiende a la macrosomía (> 4 Kg. o > percentil 90 para edad gestacional), lo que da lugar a la práctica de cesárea, distocia de hombro y traumatismos del parto; las ecografías seriadas pueden ayudar a identificar al feto con macrosomía (13).

El estudio realizado concuerda con algunas bibliografías revisadas que plantean que, en las embarazadas diabéticas con buen control metabólico, la incidencia de aborto espontáneo es similar a la de la población general (6.3 a 16.2%), pero este riesgo aumenta tres veces en aquellas pacientes con mal control metabólico (5). Además, las evidencias experimentales demuestran que tanto la hiperglicemia como el hiperinsulinismo fetal retardan la maduración del surfactante pulmonar, es determinante en la aparición del distrés respiratorio (3).

La diabetes gestacional es un problema que puede presentarse en cualquier gestación; la frecuencia de aparición de las complicaciones durante el embarazo y las posteriores del neonato, se encuentran estrechamente vinculadas con un mal control metabólico de las gestantes con factores de riesgo para diabetes gestacional; por lo que la pesquisa temprana de las gestantes con factores de riesgo y el diagnóstico correcto, así como el inicio del tratamiento médico oportuno y el seguimiento obstétrico acucioso, permiten evitar o reducir el número de complicaciones para la madre y el fruto de la concepción. El trabajo médico en equipo permite

menores complicaciones materno-fetales; y la obtención de un recién nacido sano y una madre en buenas condiciones médicas.

Por todo lo anterior se recomienda distribuir un plegable a todos los médicos de la familia que cuente con los aspectos necesarios para la detección precoz de la diabetes mellitus y sus factores de riesgo, y así contribuir al mejor manejo de estas pacientes desde su área de salud por ser allí donde se realiza su captación.

ABSTRACT

A retrospective descriptive observational study was carried out among 2010-2012, with the objective of characterizing the risk factors of Gestational Diabetes in patients with or without the diagnosis of this illness and their relationship with the morbidity. Keeping in mind the appearance frequency of complications in pregnancy patients, as for: gain weight, uterine height, morbidity during the pregnancy, results of the pregnancy in connection with the weight and gestational age and postnatal alterations of the newborn infant. It could verify that in the pregnancy patients group with risk factors for Diabetes Mellitus that were not diagnosed, neither they received treatment, were more frequent the complications, in comparison with the diabetics patient that had risk factors but were appropriately treated, for example: the incidence of macrosomic children in the first group was 18.96%, while in the second one was only 10.34%. The medical work in team, the pregnancy investigation with risk factors and the correct diagnosis, as well as the beginning of treatment and the obstetric monitoring allow to avoid or reduce the complications for the mother and the fetus.

Key words: GESTATIONAL DIABETES, HYPERGLYCEMIA, METABOLIC CONTROL.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rother KI. Diabetes Treatment. Bridging the Divide. N Engl J Med [Internet]. 2007 [citado 16 Oct 2011]; 356(15): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/356/15/1499>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Pregestational Diabetes Mellitus. ACOG Pract Bull. 2005; 1(60):15-18.
3. Correa A. Diabetes Mellitus and birth defects. Am J Obst Gynecol. 2008; 199(237):228-237.
4. Peter J, Chen MD. Department of Obstetrics & Gynecology, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Reviewed last on: 10/22/2008.
5. Juárez G, Jadue C. Obstetricia. 1ra ed. Chile: Hospital Clínico, Universidad de Chile; 2005.
6. Colectivo de autores. Enfermería familiar y social. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
7. World Health Organization. Department of Noncommunicable Disease. Diabetes. 1ra ed. Surveillance; 2006.
8. IDF Chooses Blue Circle to Represent UN Resolution Campaign. Unite for Diabetes. 2006.
9. National Diabetes Data Group. Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. Diabetes. 1979; 28(12):1039-57.
10. Ceysens G, Rouiller D, Boulvain M. Ejercicio para las mujeres embarazadas diabéticas. *Bibl Cochrane Plus* [Internet]. 2008 [citado 7 Nov 2011]; 6(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.update-software.com>
11. Araya R. Diabetes y embarazo. Rev Med Clin Condes. 2009; 20(5): 614-629.
12. Rigor OR. Obstetricia y ginecología. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
13. Byrne MM, Sturis J, O'meara NM, Polonsky KS. Insulin secretion in insulin-resistant women with a history of gestional diabetes. Metabolism. 1995; 44: 1067-1073.

ANEXOS

Tabla No.1. Factores de riesgo para Diabetes Gestacional en gestantes que desarrollaron o no la enfermedad. 2010-2012.

Factores de riesgo para Diabetes Gestacional.	Diabetes Gestacional		No diagnóstico de Diabetes Gestacional	
	No.	%	No.	%
Antecedentes de familiares diabéticos de primer grado.	19	32.75	8	13.79
Edad de la embarazada igual o mayor de 30 años.	22	37.93	16	27.58
Sobrepeso u obesidad en la embarazada (I.M.C. 25.6 Kg/m ² SC o más)	19	32.75	5	8.62
Diabetes Gestacional en embarazos previos.	16	27.58	1	1.72
Mortalidad perinatal inexplicada.	7	12.06	9	15.51
Partos previos de 4 000 g o más.	2	3.44	11	18.96
Malformaciones congénitas.	6	10.34	3	5.17
Polihidramnios.	4	6.89	1	1.72
Antecedentes de enfermedad tiroidea auto inmune.	1	1.72	-	-
Antecedentes de CIUR	26	44.82	18	31.03
Crecimiento fetal desarmónico.	12	20.68	17	29.31
Placenta con grosor mayor de 50 mm y sin la presencia de enfermedad hemolítica perinatal por Rh.	1	1.72	-	-
Hipertensión arterial gestacional en embarazos previos y/o actual.	19	32.75	33	56.89

Fuente: Historias Clínicas

Tabla No.2. Ganancia de peso en gestantes atendidas en el Servicio de Gestante y Perinatología del Hospital " Capitán Roberto Rodríguez". Morón, 2012.

Ganancia de peso	Diabetes Gestacional		No diagnóstico de Diabetes Gestacional	
	No.	%	No.	%
Insuficiente	6	10.34	12	20.68
Exagerada	7	12.06	25	43.10
Adecuada	45	77.58	21	36.20
TOTAL	58	100.0	58	100.0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla No.3. Evaluación de la altura uterina.

Evaluación de la Altura Uterina	Diabetes Gestacional		No diagnóstico de Diabetes Gestacional	
	No.	%	No.	%
Signo de menos	5	8.62	15	25.86
Signo de más	10	17.24	21	36.20
Adecuada	43	74.13	22	37.93
TOTAL	58	100.0	58	100.0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla No.4. Evaluación de la morbilidad durante el embarazo.

N=58

N=58

Morbilidad durante el embarazo	Diabetes Gestacional		No diagnóstico de Diabetes Gestacional	
	No.	%	No.	%
Sepsis Vaginal	41	70,68	45	77,58
Sepsis Urinaria	20	34,48	35	60,34
Amenaza de Parto Pretérmino	12	20,68	16	27,58
Polihidramnios	7	12,06	5	8,62
Macrosómico	6	10,34	11	18,96
Óbito Fetal	-	-	7	12,06
Retardo del Crecimiento Intrauterino	2	3,44	15	25,86
Hipertensión inducida por el Embarazo	17	29,31	27	46,55
Amenaza de aborto al inicio de la gestación	4	6,89	13	22,41

Fuente: Historias Clínicas

Tabla No.5. Resultado del embarazo en relación con el peso y la edad gestacional.

Resultado del embarazo	Diabetes Gestacional		No diagnóstico de Diabetes Gestacional	
	No.	%	No.	%
Pretérmino con peso adecuado para edad gestacional	1	1.72	3	5.17
Pretérmino + CIUR	-	-	5	8.62
CIUR a Término	4	6.89	12	20.68
Macrosómico para edad Gestacional	7	12.06	15	25.86
Óbito Fetal	1	1.72	3	5.17
A término con peso adecuado	45	77.58	20	34.48
TOTAL	58	100.0	58	100.0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla No.6. Alteraciones postnatales del neonato.

N=58

Alteraciones postnatales del neonato	Diabetes Gestacional		No diagnóstico de Diabetes Gestacional	
	No.	%	No.	%
Distrés respiratorio	1	1.72	8	13.79
Malformaciones congénitas	-	-	2	3.44
Depresión al nacer	4	6.89	9	15.51

Fuente: Historias Clínicas

