

Ciências da Saúde: Teoria e Intervenção 2

Marileila Marques Toledo
(Organizadora)



Atena
Editora
Ano 2020

Ciências da Saúde: Teoria e Intervenção 2

Marileila Marques Toledo
(Organizadora)



Atena
Editora
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof^a Dr^a Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof^a Dr^a Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Prof^a Dr^a Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Dr^a Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a Dr^a Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof^a Dr^a Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof. Me. Heriberto Silva Nunes Bezerra – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Prof^a Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^a Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
C569	<p>Ciências da saúde [recurso eletrônico] : teoria e intervenção 2 / Organizadora Marileila Marques Toledo. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-007-0 DOI 10.22533/at.ed.070202304</p> <p>1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Toledo, Marileila Marques.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Ciências Saúde: Teoria e Intervenção” é uma obra que tem como foco principal a discussão científica por intermédio de trabalhos diversos, alicerçados teoricamente, para a construção do conhecimento, de forma a contribuir para intervenções transformadoras neste campo.

A intenção do livro é apresentar a pluralidade de teorias e de intervenções de forma didática e útil aos vários profissionais, pesquisadores, docentes e acadêmicos da área da saúde. Trata-se de um compilado de cento e dois artigos de variadas metodologias e encontra-se estruturado em cinco volumes.

Neste segundo volume, os 25 capítulos abrangem temas relacionados às doenças crônicas, às doenças agudas e a outros agravos à saúde.

Deste modo, esta obra apresenta resultados teóricos bem fundamentados e intervenções realizadas pelos diversos autores. Espera-se que este e-book possa contribuir para uma atuação mais qualificada nas ciências da saúde.

Uma ótima leitura a todos!

Marileila Marques Toledo

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA CRÔNICA E A ABORDAGEM BIOGRÁFICA: CONTRIBUIÇÕES METODOLÓGICAS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM SABER COMPARTILHADO	
Camila Aloisio Alves Anne Dizerbo	
DOI 10.22533/at.ed.0702023041	
CAPÍTULO 2	13
APENDICITE AGUDA: RECÉM-NASCIDOS AO INÍCIO DA FASE ADULTA	
Victor Campos de Albuquerque Vicente Clinton Justiniano Flores Ibrahim Andrade da Silva Batista Laércio Soares Gomes Filho Leticia Vezneyan Povia Dalida Bassim El Zoghbi Murilo Guarino Carneiro Cláudio Henrique Himauari Renato Gomes Catalan Eduardo Cruz Sorte Pollara Maria Gracioneide dos Santos Martins Victor Guedes Gazoni	
DOI 10.22533/at.ed.0702023042	
CAPÍTULO 3	23
ASSOCIAÇÃO ENTRE O USO DE HIDROCLOROTIAZIDA E O DESENVOLVIMENTO DE MELANOMA	
André Chaves Calabria Alana Vechiato Kempfer Bianca Sousa Fernandes Claudia Spaniol Gabrielle Ferreira Graziela Társis Araújo Carvalho Isadora Werner Macedo Luana Limas de Souza Nichollas de Lorenzi Carvalho Talita Granemann Mello	
DOI 10.22533/at.ed.0702023043	
CAPÍTULO 4	29
ATIVIDADE FÍSICA E BARREIRAS ENFRENTADAS POR IDOSOS DIABÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
Marcelo Kühne de Oliveira Sponchiado Elza de Fátima Ribeiro Higa Carlos Alberto Lazarini	
DOI 10.22533/at.ed.0702023044	
CAPÍTULO 5	41
AVALIAÇÃO DA PROTEÍNA ANTI-INFLAMATÓRIA ANEXINA A1 EM MODELO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA INDUZIDA POR EXPOSIÇÃO À FUMAÇA DO CIGARRO	
Lucas Possebon Sara de Souza Costa Helena Ribeiro Souza	

Ariane Harumi Yoshikawa
Melina Mizusaki Iyomasa-Pilon
Sonia Maria Oliani
Ana Paula Girol

DOI 10.22533/at.ed.0702023045

CAPÍTULO 6 62

CARCINOMA ESPINOCELULAR POUCO DIFERENCIADO INVASIVO DE SACO LACRIMAL:
RELATO DE CASO

Anne Nathaly Araújo Fontoura
Maria Eduarda Andrade e Andrade
Adriana Leite Xavier Bertrand
Rafael Pereira Camara de Carvalho
Thais Costa Alves
Jéssica Estorque Farias
Gabriel Costa Ferreira Andrade
Amanda Angelo Pinheiro
Thamires Gomes Mendes
Rodrigo Sevinhago
Nathalia Farias Pereira
Ana Letícia Feitosa Lima Lisboa

DOI 10.22533/at.ed.0702023046

CAPÍTULO 7 73

CLASSIFICAÇÃO DA CARGA BACILÍFERA E DO PADRÃO DE RESISTÊNCIA DO *Mycobacterium tuberculosis* EM CASOS NOTIFICADOS EM UM CENTRO DE SAÚDE DE SÃO LUÍS-MA

Natielly Santos Gonçalves
Maira da Cruz Silva
Juliana Maria Coelho de Meneses
Fernanda Costa Rosa
Francielle Costa Moraes

DOI 10.22533/at.ed.0702023047

CAPÍTULO 8 78

CONCEITOS BÁSICOS E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE LESÕES DE PELE

Rodrigo Marques da Silva
Débora Dadiani Dantas Cangussu
Clezio Rodrigues de Carvalho Abreu
Amanda Cabral dos Santos
Cristilene Akiko Kimura
Ihago Santos Guilherme
Carla Chiste Tomazoli Santos
Maria Fernanda Rocha Proença
Alice da Cunha Morales Álvares

DOI 10.22533/at.ed.0702023048

CAPÍTULO 9 92

CONHECIMENTO E ATITUDE DAS MULHERES NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Graciney Lopes Gonçalves
Tatiana Frões Fernandes
Viktória Gonçalves Ribeiro
Deborah Katheriny Almeida Ribeiro
Christiane Borges Evangelista
Pamêla Scarlatt Durães Oliveira

Ianca Elirrayeth Rocha Mendes
Emilyn Ferreira Santana
Karine Suene Mendes Almeida Ribeiro
DOI 10.22533/at.ed.0702023049

CAPÍTULO 10 102

EFEITOS COLATERAIS NO TRATAMENTO DA EPILEPSIA INFANTIL

Thiago do Nascimento Sousa
Luiz Benedito Faria Neto
Marcella Crystina Ramos Queiroz
Rodrigo Ventura Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.07020230410

CAPÍTULO 11 106

ESCLEROSE MÚLTIPLA: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

Laís Rocha Lima
Emanuelle Paiva de Vasconcelos Dantas
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Andréa Pereira da Silva
Cristiano Ribeiro Costa
Francisco Wagner dos Santos Sousa
Raimunda Maria da Silva Leal
Hisla Silva do Nascimento
Maria Divina dos Santos Borges Farias
Douglas Bento das Chagas
Berlanny Christina de Carvalho Bezerra
Aniclécio Mendes Lima
Tarcis Roberto Almeida Guimaraes
Alessandro Vinicius Cordeiro Feitosa
Ellen Saraiva Pinheiro Lima
Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha
José Wiliam de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.07020230411

CAPÍTULO 12 114

EVIDÊNCIAS DA CONVIVÊNCIA DO INDIVÍDUO QUE VIVENCIA A DOENÇA RENAL CRÔNICA COM O ACESSO VASCULAR PARA TERAPIA DIALÍTICA

Brunno Lessa Saldanha Xavier
Suellen Gonçalves Maia
Virgínia Fernanda Januário
Rodrigo Leite Hipólito

DOI 10.22533/at.ed.07020230412

CAPÍTULO 13 129

EXERCÍCIO FÍSICO EM PACIENTES DIALISADOS E SEUS BENEFÍCIOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Lucas de Oliveira Lima
Caroliny Cristina Bonane Fernandes
Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa

DOI 10.22533/at.ed.07020230413

CAPÍTULO 14 140

FPIES - SÍNDROME DA ENTEROCOLITE INDUZIDA POR PROTEÍNA ALIMENTAR

Nilson Lima Araujo Guiotoku
Kayro Tavares Bezerra
Nick Jitsson Jurado Martinez
Sofia de Araújo Jácomo
Raquel Prudente de Carvalho Baldaçara

DOI 10.22533/at.ed.07020230414

CAPÍTULO 15 146

HISTÓRIA DE OTITE MÉDIA CRÔNICA COMO FATOR DE RISCO PARA ALTERAÇÕES NO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL, ATRASO DE FALA E LINGUAGEM: UMA OPÇÃO DE AVALIAÇÃO

Priscila Carlos
Luciana Lozza de Moraes Marchiori
Gisele Senhorini
Samuel Lopes Benites
Giovana Paladini Moscatto
Glória de Moraes Marchiori

DOI 10.22533/at.ed.07020230415

CAPÍTULO 16 156

IDADE CRONOLÓGICA E MARCADORES DE RIGIDEZ VASCULAR: UM ESTUDO NÃO-INVASIVO

Larissa Braga Mendes
Karisia Santos Guedes
Thais Campelo Bedê Vale
Hugo Fragoso Estevam
Lara Aires Castro
Matheus Pessoa Colares
Miguel Ângelo Dias de Moraes Soares Lima
Eduardo César Diniz Macedo
Lais Cunha dos Reis

DOI 10.22533/at.ed.07020230416

CAPÍTULO 17 162

MECANISMO DE PERDA DE MASSA MUSCULAR EM CRIANÇAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Sylvia Rannyelle Teixeira Lima
João Kennedy Teixeira Lima
Antônio Leonel de Lima Junior

DOI 10.22533/at.ed.07020230417

CAPÍTULO 18 175

NARRACIONES DE LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL ANTECEDENTE DE DIABETES GESTACIONAL

Paula Jisetd Diaz Moncada
Katya Anyud Corredor Pardo

DOI 10.22533/at.ed.07020230418

CAPÍTULO 19 192

OS GASTOS DO SUS COM OS PACIENTES INTERNADOS POR DIABETES MELLITUS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE UM MUNICÍPIO NO CENTRO OESTE MINEIRO

Patrícia Aparecida Tavares
Viviane Gontijo Augusto
Virginia Vitalina de Araújo e Fernandes Lima

CAPÍTULO 20 204

PACIENTE COM DESCOMPENSAÇÃO DE MÚLTIPLAS COMORBIDADES E SEPSE DE FOCO CUTÂNEO COM CURSO CLÍNICO DESFAVORÁVEL ADMITIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Hiorrana Sousa Dias
Lucas de Menezes Galvão
Thanamy de Andrade Santos
Isadora Maria Praciano Lopes
Filadelfo Rodrigues Filho
Frederico Carlos de Sousa Arnaud

DOI 10.22533/at.ed.07020230420

CAPÍTULO 21 207

PADRÃO DE BRUGADA VERSUS SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: UMA CONFUSÃO DIAGNÓSTICA

Thais Campelo Bedê Vale
Karisia Santos Guedes
Larissa Braga Mendes
Eduardo César Diniz Macedo
Lara Aires Castro
Lais Cunha dos Reis
Hugo Fragoso Estevam
Miguel Ângelo Dias de Moraes Soares Lima
Matheus Pessoa Colares

DOI 10.22533/at.ed.07020230421

CAPÍTULO 22 214

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS EM MONTES CLAROS – MG

Maria Santa Oliveira Figueiredo
Sandra Rodrigues de Oliveira Machado
Thiago Raphael Almeida Ribeiro
Leila das Graças Siqueira
Fernanda Cardoso Rocha
Nadine Antunes Teixeira
Queren Hapuque Almeida Gonçalves Muniz
Karine Suene Mendes de Almeida Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.07020230422

CAPÍTULO 23 225

SENTIMENTOS NA ADAPTAÇÃO À DOENÇA REUMÁTICA

Maria do Céu Sá
Ana Sofia Nabais

DOI 10.22533/at.ed.07020230423

CAPÍTULO 24 234

SÍNDROME DE COCKAYNE, UM RELATO DE CASO EM PALMAS - TO

Luiz Alexandre Davi de Carvalho
Rafael Pinto Nogueira
Nelson Tsukuda Filho
Nilson Lima Araujo Guiotoku
Kayro Tavares Bezerra
Nick Jitsson Jurado Martinez
Raquel Prudente de Carvalho Baldaçara

CAPÍTULO 25 238

UM BREVE OLHAR SOBRE A INFLUÊNCIA DA MEDITAÇÃO NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Thiago Remotto Domiciano

Natali Oliveira e Silva

Sandra Cristina Marquez

Milene Ribeiro Duarte Sena

Eduardo Vignoto Fernandes

Mayara Bocchi

Elidiane Moreira Kono

André Mota Pereira

Djane Dantas de Lima

Luiz Fernando Gouvea-e-Silva

DOI 10.22533/at.ed.07020230425

SOBRE A ORGANIZADORA..... 245

ÍNDICE REMISSIVO 246

NARRACIONES DE LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL ANTECEDENTE DE DIABETES GESTACIONAL

Data de aceite: 13/04/2020

Paula Jisetd Diaz Moncada

Enfermera, Magister en Enfermería, Facultad de enfermería Universidad Nacional de Colombia, Bogotá – Colombia. pajdiazmo@unal.edu.co; <https://orcid.org/0000-0001-8220-8208>

Katya Anyud Corredor Pardo

Directora de tesis de Maestría. Enfermera, Magíster en Enfermería, profesora Asistente, Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Correo: kacorredorp@unal.edu.co. [https://orcid.org/.](https://orcid.org/) <https://orcid.org/0000-0002-4258-3748/print>

INTRODUCCIÓN: **OBJETIVO:** Describir la percepción del riesgo cardiovascular en mujeres con antecedente de DMG. Hace décadas Gerald Reaven describió el síndrome metabólico como precursor de la diabetes, después de él varios autores dieron continuidad al estudio de la Diabetes y sus múltiples complicaciones, algunas relacionadas con enfermedades cardiovasculares. La Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) como uno de los tipos de diabetes también ha demostrado tener relación con afecciones cardiovasculares, en la actualidad existen guías y protocolos estandarizados para su manejo especialmente durante el periodo gestacional, son escasos

los estudios que muestran las complicaciones después del parto, sin embargo los estudios analizados en esta investigación describen la existencia de complicaciones post parto relacionadas con DMG y el riesgo que tiene la mujer de desarrollarlos a través del tiempo.

METODOLOGIA: Se realizó una investigación cualitativa, descriptiva, con empleo de análisis de contenido basado en el método de Laurence Bardin. Fue realizado en la ciudad de Bogotá – Colombia con una población de diez mujeres que tenían el antecedente de DMG no mayor a 15 años y que no estuvieran en gestación, la recolección de la población se realizó a través de la técnica de cadena o bola de nieve, los datos se recogieron mediante el uso de la entrevista semiestructurada con preguntas orientadoras validadas por expertos, las cuales fueron grabadas y transcritas, apoyadas por notas de campo. **RESULTADOS:** Entre los resultados se describió la caracterización sociodemográfica y finalmente seis categorías de análisis que se desglosan en 14 sub categorías que dan respuesta al objetivo de investigación. **CONCLUSIÓN:** De acuerdo a los resultados, las mujeres percibieron la DMG como una enfermedad que se termina con el final del embarazo siempre y cuando se tengan los respectivos cuidados durante

la gestación, de no ser así perciben que pueden tener la enfermedad para toda su vida. Las participantes desconocían la relación entre la DMG y el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, por lo tanto no incluían en sus estilos de vida acciones protectoras frente a la misma.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus Gestacional, Riesgo cardiovascular, Percepción del riesgo, análisis de contenido.

NARRATIVES OF THE PERCEPTION OF CARDIOVASCULAR RISK IN THE HISTORY OF GESTATIONAL DIABETES

INTRODUCTION: OBJECTIVE: To describe the perception of cardiovascular risk in women with a history of DMG. Decades ago Gerald Reaven described metabolic syndrome as a precursor to diabetes, After him several authors gave continuity to the study of Diabetes and its multiple complications, some related to cardiovascular diseases. Gestational Diabetes Mellitus (DMG) as one of the types of diabetes has also been shown to be related to cardiovascular conditions, there are currently standardized guidelines and protocols for its management especially during the gestational period, there are few studies showing complications after childbirth, however the studies analyzed in this research describe the existence of complications. **METODOLOGY:** A qualitative, descriptive research was carried out using content analysis based on the method of Laurence Bardin. It was performed in the city of Bogota. Colombia with a population of ten women who had a history of DMG not older than 15 years and who were not in gestation, the collection of the population was carried out through the technique of chain or snowball, the data were collected through the use of the semi-structured interview with guiding questions validated by experts, which were recorded and transcribed, supported by field notes. **RESULTS:** The results described the socio-demographic characterization and finally six categories of analysis that are broken down into 14 sub-categories that respond to the research objective. **CONCLUSION:** According to the results, the women perceived the DMG as a disease that ends with the end of pregnancy as long as they have the respective care during pregnancy, otherwise they perceive that they may have the disease for their whole life. The participants were unaware of the relationship between DMG and the risk of developing cardiovascular diseases, and therefore did not include protective actions against it in their lifestyles. **KEYWORDS:** Gestational Diabetes Mellitus, Cardiovascular risk, Risk perception, content analysis

NARRATIVAS DA PERCEPÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA HISTÓRIA DO DIABETES GESTACIONAL

INTRODUÇÃO: OBJETIVO: Descrever a percepção de risco cardiovascular em

mulheres com histórico de DMG. Décadas atrás, Gerald Reaven descreveu a síndrome metabólica como precursora do diabetes, após o que vários autores continuaram o estudo do diabetes e suas inúmeras complicações, algumas relacionadas a doenças cardiovasculares. O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), como um dos tipos de diabetes, também se mostrou relacionado às condições cardiovasculares; atualmente existem diretrizes e protocolos padronizados para seu manejo, especialmente durante o período gestacional, estudos que mostram complicações após. No entanto, os estudos analisados nesta pesquisa descrevem a existência de complicações pós-parto relacionadas ao DMG e o risco da mulher de desenvolvê-las ao longo do tempo.

METODOLOGIA: Foi realizada uma investigação qualitativa, descritiva, utilizando análise de conteúdo com base no método Laurence Bardin. Foi realizado na cidade de Bogotá - Colômbia, com uma população de dez mulheres com histórico de DMG com menos de 15 anos e que não estavam em gestação, a população foi coletada através da técnica de corrente ou bola da Na neve, os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com perguntas norteadoras validadas por especialistas, gravadas e transcritas, apoiadas em notas de campo. **RESULTADOS:** Dentre os resultados, foi descrita a caracterização sociodemográfica e, finalmente, seis categorias de análise, divididas em 14 subcategorias, que respondem ao objetivo da pesquisa. **CONCLUSÃO:** De acordo com os resultados, as mulheres perceberam o DMG como uma doença que termina no final da gravidez, desde que se cuidem durante a gravidez, caso contrário, percebem que podem ter a doença por toda a vida. Os participantes desconheciam a relação entre o DMG e o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, portanto, não incluíam ações protetoras contra ele em seus estilos de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus Gestacional, Risco cardiovascular, Percepção de risco, análise de conteúdo.

INTRODUCCIÓN

En este artículo se describen los hallazgos de la percepción del riesgo cardiovascular a partir de los relatos de un grupo de diez mujeres con antecedente de diabetes gestacional y los significados construidos a partir de esta experiencia y las vivencias posteriores a este evento de salud.

El término diabetes hace referencia al conjunto de desórdenes metabólicos de diferente etiología, caracterizado por la hiperglucemia e hiperinsulinemia como proceso patológico, el cual lleva a cambios fisiopatológicos que aumentan la morbimortalidad de la población que los padece (1).

Es relevante conocer que no existe un solo tipo de diabetes, ya que su etiología y el desarrollo de la patología han permitido clasificarlos, esta investigación reviso e hizo uso de la clasificación asignada por la AHA, la cual corresponde a:

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Prediabetes, “disglucemia” “alteración en la regulación de la glucosa”	Estado presente en las personas que no tienen diabetes pero sus pruebas diagnósticas se encuentran alteradas (la glucemia en ayunas alterada (GAA), la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) y al examen físico las predisposiciones al síndrome metabólico), aumentando el riesgo de presentar diabetes y/o de presentar un evento cardiovascular.
Síndrome metabólico	Conjunto de signos y síntomas previos a la diabetes, caracterizado por aumento en la circunferencia de cintura abdominal, hipertrigliceridemia, colesterol HDL bajo, hipertensión arterial (mayor a 130/85mmHg), alteración de la glucemia en ayunas y en PTOG.
Diabetes mellitus tipo I	Se caracteriza por ser una enfermedad autoinmune crónica, en donde existe destrucción de las células B pancreáticas encargadas de producir insulina, por lo tanto con una deficiencia absoluta de insulina y el requerimiento de la misma de forma extracorpórea para sobrevivir, se diagnostica con la validación de presencia de anticuerpos específicos en plasma sanguíneo.
Diabetes mellitus tipo II	Condición de resistencia a la insulina resultante de condiciones como la obesidad y/o malos hábitos de alimentación que finalmente conllevan al deterioro de las células B pancreáticas, al exponerla a largos periodos de hiperinsulinemia que desembocan en la escases de la misma y por ende estados de hiperglucemia inicialmente postprandiales y finalmente en ayunas
Diabetes gestacional	Desorden metabólico con algún grado de intolerancia a la glucosa iniciado en el periodo gestacional, que suele mejorar al final de la gestación.

Tabla 1: Clasificación de la diabetes según ALAD y Asociación Colombiana De Endocrinología

Fuente: Informe guías ALAD y Asociación Colombiana De Endocrinología (2), (3).

Existen discrepancias en la etiología de la diabetes gestacional y por ende en su manejo, distintos autores relacionan este desorden con inadecuados hábitos alimenticios, falta de actividad física, antecedentes de sobrepeso u obesidad, aumento excesivo de peso durante el embarazo, antecedentes familiares de diabetes o embarazos complicados por dicha causa, así como antecedente de mortinatos o neonatos con malformaciones congénitas y la presencia de glucosuria en la gestación (4), (5).

Sin embargo para este estudio es relevante observar que la Diabetes Gestacional se correlaciona con el incremento del riesgo cardiovascular, ya que según diversos estudios realizados por asociaciones como la AHA, la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) y la Sociedad Colombiana de Endocrinología, se considera como un factor predisponente a enfermedad cardiovascular el antecedente de Diabetes Gestacional en especial en mujeres mayores de 33 años, mujeres con estados de dislipidemia, hepatopatías o perímetro abdominal aumentado previo al embarazo (2), (6).

En cuanto al desarrollo de enfermedades cardiovasculares secundarias al antecedente de Diabetes Gestacional, en Estados Unidos Gunderson et al.(7), describen los hallazgos de su estudio CARDIA, concluyendo que, el grupo de mujeres que curso con DMG en alguna gestación presento un aumento del riesgo de aterosclerosis subclínica de la arteria carotídea común antes del inicio de la diabetes y presentaron síndrome metabólico durante los años posteriores al

parto, independiente de la obesidad, la edad, la raza, la paridad y la edad previa al embarazo. Según lo anterior, es necesario aclarar que al medir el grosor de la íntima media de la arteria carótida común, los investigadores buscaban predecir el riesgo de la enfermedad cardiovascular y el evento cerebrovascular (ECV). (8)

Con preocupación se estima que en algunos años la carga de la enfermedad crónica cardiovascular aumentará en el mundo entero, afectando cada vez a personas más jóvenes, en América Latina, por ejemplo, para el año 2000 se estimaba que 13,3 millones de personas tenían diabetes, para el año 2030 se proyecta que 32,9 millones de personas cursarán con dicha enfermedad (9), (10), incrementando igualmente el riesgo de enfermedad cardiovascular.

A lo anterior, López (11) agrega que la exposición a los cambios de hábitos de la sociedad consumista provocan una respuesta biológica normal, es decir, las personas sedentarias que consumen dietas hipercalóricas e hipergrasas, tienden a ser obesas, desarrollar síndrome metabólico y con esta diabetes tipo II, aumentando el riesgo cardiovascular.

Aspectos que son evidentes en el momento actual del perfil epidemiológico, cabe mencionar que en otros países, como por ejemplo Estados Unidos se reporta que el 2% al 10% de las gestantes presentan diabetes gestacional y aproximadamente el 30% de ellas continua con aumento de glucosa después del parto, encontrando que el 50% desarrolla diabetes tipo II durante los 5 años posteriores y 70% durante los 10 años posteriores al parto (11). En Colombia no existen estudios de prevalencia al respecto, las guías actuales encuentran interés en que la frecuencia y los desenlaces adversos a corto y largo plazo de la diabetes gestacional requieren un modelo de tamizaje, diagnóstico, manejo y seguimiento (10), invitando a los profesionales en salud a investigar sobre el tema y crear guías de manejo que mejoren la atención a mujeres en estas condiciones.

Por todo lo anterior es fundamental destacar que la DMG no solo predispone a la mujer a desarrollar enfermedades cardiovasculares, sino que, pone en riesgo la vida de su hijo, al respecto la ALAD recomienda educar a las mujeres con antecedente de diabetes gestacional sobre la necesidad de modificar sus estilos de vida, en especial si presentan otros factores de riesgo para síndrome metabólicos como obesidad (12), la OMS concluye que abordar el desorden de hiperglucemia a tiempo disminuirá los desenlaces desfavorables tanto a la madre como al hijo (13) en especial cuando se hace control estricto de glucemias, así como ajustes en la dieta y la actividad física de forma temprana (12).

El objetivo de esta investigación es describir la percepción del riesgo cardiovascular en las mujeres con antecedente de DMG.

MATERIALES Y METODOS

Este estudio se realizó con abordaje cualitativo de tipo descriptivo realizado con mujeres que referían tener el antecedente de DMG quienes al momento de la investigación vivían en Bogotá D.C., con procedencia de distintas ciudades de Colombia como Medellín, Huila, Cali y la participación de una mujer de procedencia venezolana.

Se consideraron criterios de inclusión: Mujeres con antecedente de DMG diagnosticadas después de la semana 22 o 24 de gestación, mujeres en postparto mediato después del día 10 pero menor o igual a 15 años, Mujeres que desarrollaron DM tipo 2 después del parto. Y como criterios de exclusión: mujeres con diabetes pre gestacional o con otras patologías crónicas como enfermedades cardiovasculares, autoinmunes o transmisibles, gestantes, mujeres con antecedente de DMG mayor a 15 años o déficit cognitivos o de aprendizaje, mujeres en postparto inmediato.

Se utilizaron como métodos de recolección de la información la entrevista semiestructurada a partir de muestreo de bola de nieve o redes, encontrando 10 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar en la investigación, cada participante fue clasificada con un código así #1PI, #2PI... con el objetivo de mantener la confidencialidad de la información. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada que tuvo unas preguntas inductoras, las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas y analizadas a través del método de análisis de contenido de Laurence Bardin.

Como control de sesgos se usó el método de triangulación otorgando una visualización más completa; se hizo uso de fuentes éticas como el código de Nuremberg y la resolución 008430 de 1993 emitida por el ministerio de salud Colombiano “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.

RESULTADOS

En esta investigación la percepción del riesgo cardiovascular en mujeres con antecedente de diabetes gestacional permitió documentar que las mujeres desconocen el mismo lo cual se discute más adelante.

La información obtenida se ordenó y analizo, a partir de los datos encontrados en las entrevistas, distribuyendo la información en una caracterización sociodemográfica y posteriores seis categorías, que se dividían en 14 subcategorías que respondían el objetivo investigación, a continuación se describe en la tabla las categorías y subcategorías encontradas:

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FA*
RECONOCIMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL	Comunicación de la enfermedad	17
	Sentimientos encontrados de la mujer con antecedente de DMG	19
INTERPRETACIÓN DE LA ENFERMEDAD	Perspectiva o visión de la enfermedad por parte de la mujer con el antecedente de DMG	20
	Concepto de enfermedad	15
SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD	Conocimientos previos de la mujer con antecedente de DMG	13
	Experiencia vivida de las mujeres con antecedente de DMG.	23
RECONOCIMIENTO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	Discernimiento o consciencia del riesgo por la mujer con antecedente de DMG	24
	Percepción del riesgo cardiovascular por la mujer con antecedente de DMG	39
SIGNIFICADO DE LOS CUIDADOS PARA PREVENIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR	Significado otorgado a la alimentación por la mujer con antecedente de DMG	32
	Significado otorgado al ejercicio por la mujer con antecedente de DMG	13
	Significado otorgado a la farmacoterapia por la mujer con antecedente de DMG	10
	Cuidados mantenidos en el tiempo por la mujer con antecedente de DMG	17
PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA MUJER CON ANTECEDENTE DE DMG	Percepción del apoyo familiar	10
	Cuidados culturales transmitidos por el ambiente familiar	13

Tabla 2. Percepción del riesgo cardiovascular en mujeres con antecedente de DMG

* Frecuencia de aparición de las unidades de análisis

Respecto a la categorización sociodemográfica se observó un promedio de edades entre los 22 y 49 años, 6 de ellas vivían en unión libre, 2 separadas y 2 casadas, 9 Colombianas y 1 venezolana, 6 eran universitarias y 4 bachilleres, 4 eran amas de casa, 5 tenían ocupaciones relacionadas con la salud, 1 estudiante; se analizaron otras características como IMC encontrando un promedio de 23 a 30 kg/m² clasificándolas de normal a obesidad, el diagnóstico ocurrió entre los 21 y 34 años y 7 de las 10 participantes tenían antecedentes familiares de diabetes, la edad gestacional en la cual fueron diagnosticadas no pudo medirse ya que 9 de las 10 mujeres no recordaban o desconocían el dato.

En cuanto al análisis por categorías que da respuesta a los objetivos de la investigación se identificaron los siguientes hallazgos:

RECONOCIMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Comunicación de la enfermedad: las mujeres recibieron su diagnóstico después del examen de control de azúcar gestacional (test de Sullivan), entre el segundo y tercer trimestre de gestación, no siempre se comunicó el diagnóstico en consulta, algunas recibieron la información por teléfono, coincidieron en manifestar síntomas iniciales como aumento de peso, dolor de cabeza, tenidos en cuenta hasta después del examen.

“...al tercer trimestre donde ya había aumentado como veinte kilos... entonces dijeron pues que algo no estaba bien en mí, fueron a revisar se dieron cuenta que tenía diabetes gestacional, que no había sido tratada, que nunca me habían orientado de que se trataba...” (13, #8PI)

Sentimientos encontrados: las participantes referían temor y preocupación constatare por la vida y la salud de sus hijos por nacer, algunas mujeres percibieron el diagnóstico como una oportunidad para modificar sus hábitos de vida; otras sintieron que fue sorpresivo, estresante, frustrante y experimentaron tristeza por las modificaciones en su vida, especialmente en su dieta; quienes estuvieron hospitalizadas manifestaron sentir preocupación por sus otros hijos, las mujeres más jóvenes percibieron que la enfermedad se revertiría con el final del embarazo sin secuelas para su salud o para su vida.

“...Dios mío, cuando supe lloraba mucho, tenía rabia porque me colocaron una dieta que era para morir lentamente y pensar que me iba a complicar el embarazo...” (5, #3PI)

INTERPRETACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Perspectiva o visión de la enfermedad: consideraron la DMG como un estado de enfermedad pasajero, en el que incrementa el azúcar y hay un aumento considerable de peso, para algunas requirió el uso de medicamentos y para todas necesito un cambio de hábitos de vida, percibieron que la enfermedad solo afectó su vida en el periodo gestacional, al final del embarazo su vida se reintegró a la normalidad.

Además para algunas represento asumir complicaciones como pielonefritis, infección de vías urinarias, neumonía, vaginosis bacteriana, amenaza de aborto y parto prematuro.

Relacionaron su diagnóstico con antecedentes familiares de Diabetes, así como el hecho de tener varios hijos y periodos intergenésicos cortos.

Una de las participantes de procedencia Venezolana sospecho haber tenido la enfermedad en el primer embarazo pero no ser diagnosticada al ser atendida en un sistema de salud diferente al colombiano, “*con menos controles*”.

“...mi hermana también ¡salió embarazada! ¡Peroooo! Ella no presento, o no sé..... Aquí en Colombia hacen los exámenes pero allá no realizan ese examen en el embarazo... nunca me hicieron examen...de azúcar... ese examen me lo revisaron aquí... el control de aquí es muy diferente al de Venezuela...” (8,#3PI)

Un aspecto importante reconocido por las participantes fue el factor económico y sentimental en que se encontraban, que a una de ellas la llevo a pensar en interrumpir su gestación de forma voluntaria.

Concepto de la enfermedad: Las mujeres otorgaron el concepto de enfermedad a la DMG, que podía llegar a ser para toda la vida; percibían que se originaba por el consumo excesivo de azúcares, lo relacionaron con que su cuerpo no era capaz de metabolizar el azúcar y por eso debían hacer dieta, consideraron que representaba mayor riesgo para sus hijos que para ellas y no cuidarse podía llevar a la muerte.

“...yo lo veía como una cosa hacia el bebé, no hacia mí,... no dimensionaba, a pesar de ser del personal de la salud.... el riesgo... empecé a leer bastante de diabetes gestacional..... Y empecé a ver que era muy complicado..... Pero yo pensaba en las complicaciones obstétricas y en las complicaciones fetales, pero no pensaba en mis posibles complicaciones aposteri...” (2,#2PI)

SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD

Conocimientos previos: Las mujeres indicaron que antes del diagnóstico no conocían de la enfermedad o la habían escuchado pero desconocían sus complicaciones, algunas relacionaron los síntomas como náuseas, ansiedad, cambios en el estado de ánimo y vómito con el embarazo y no con la DMG; creían que se generaba por el aumento de azúcar en sangre y se relacionaba con tener menos de 18 años o más de 30 al momento del embarazo.

“...a cualquier mujer le puede pasar porque si es muy joven también.... sí, es muy joven pues por ser joven, no tener la edad suficiente pues ni el cuerpo maduro para recibir otro ser, y lo mismo pues si es multípara por lo mismo porque lleva muchos hijos, me imagino que cuando es multípara es porque también tiene bastante edad...” (9,#7PI)

Experiencia vivida: Esta subcategoría se divide en dos realidades percibidas **la primera realidad** experimentaron síntomas como ansiedad por comer, dolor de cabeza, dolores bajitos, además sentían que su vida y la de sus hijos estaba en riesgo, fue difícil la dieta y los chuzones de los dedos, enfrentaron momentos de estrés por su propia salud y la de sus hijos; **la segunda realidad** reconocieron que la comunicación con el personal de salud fue buena, aunque en ocasiones se sintieron maltratadas porque no les contestaban bien o no aclaraban sus dudas, una participante cambio de medico al sentir que no le prestaba atención, sintieron que no les explicaban el material informativo que les entregaban, ni las consecuencias que podían tener, sentían que su situación económica y el tipo de afiliación a salud

que tenían influía en la forma en que eran atendidas.

“.....el personal de salud definitivamente le falta entender que cada una de las personas, pues está dentro de un contexto, tiene unos riesgos, tiene unos hábitos, que cada persona requiere como esa atención individualizada, porque el personal de salud se habitúa a que, como si fuera una formula, todos los diabéticos se manejan así, todos los hipertensos se manejan así.....” (4,#2PI)

RECONOCIMIENTO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Discernimiento o consciencia del riesgo cardiovascular: las mujeres manifestaron desconocer el riesgo cardiovascular que genera el antecedente de DMG, no eran conscientes al momento de la investigación ni cuando fueron diagnosticadas, no recibieron la información por parte del personal sanitario.

“...los primeros años fue bien estricto el seguimiento por la diabetes, pero en ese momento... yo no era consciente del riesgo cardiovascular, ahora si soy consciente porque ya lo tengo, tengo el diagnóstico de riesgo cardiovascular... estoy en tratamiento para una prediabetes” (3,#2PI)

Percepción del riesgo cardiovascular: percibieron que la DMG puede convertirse en una enfermedad crónica si no se realizan los cuidados y recomendaciones, como la dieta, puede repetirse en otros embarazos y se requiere de controles al terminar el embarazo, algunas participantes culminaron su gestación internadas en hospitales sin embargo no recuerdan que les hayan comentado de algún riesgo cardiovascular ya que la prioridad de ese momento eran sus hijos.

“....creo que se puede repetir porque... digamos ya uno dice no pues yo ya no tengo eso, ya puedo comer tal cosa ya puedo comer otra entonces pues uno no se cuida igual que cuando dice que tiene, que está en eso y pues por el bien de su hijo tampoco lo hace se cuida más...” (15,#5PI)

SIGNIFICADO DE LOS CUIDADOS PARA PREVENIR EL RIESGO

Significado otorgado a la alimentación: percibieron la dieta como el mejor tratamiento para controlar la diabetes, en especial abandonar el azúcar y disminuir el consumo de sal, disminuir o quitar las harinas y las comidas rápidas, los jugos y las gaseosas, los dulces; reconocieron algunos inconvenientes para cumplir la dieta como que los productos light no les servían o que es más económico comprar harinas que verduras y esto hace difícil seguir la dieta.

“... no poder comer tanto como harinas pues uno está acostumbrado a comer pues que papa que pasta y eso tiene que cambiar eso ha pura verdura... fue difícil...” (3, #1PI)

Significado otorgado al ejercicio: algunas no realizaban ninguna actividad física diferente a su rutina, lo cual justifican por su estado de embarazo, porque no

tenían tiempo, no sabían que ejercicios podían hacer o por que no se sentían bien para hacerlo.

“... Pues si me decían...que debía hacer ejercicio pero la verdad nunca hice ejercicio, no me quedaba tiempo... hace poco entre al gimnasio... eso también me ayuda a mejorar mi salud... y quiero ser un ejemplo para mi hija...” (6, #6PI)

Significado otorgado a la farmacoterapia: percibieron que fue importante solamente durante la gestación, algunos medicamentos les funcionaron más que otros, algunas mujeres suspendieron voluntariamente el tratamiento al sentirse mejor.

“...me debo colocar la insulina todos los días para estar bien...” (5, #4PI)

SIGNIFICADO DE LOS CUIDADOS PARA PREVENIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Cuidados mantenidos en el tiempo: Algunas participantes mantienen prácticas de cuidado que iniciaron desde que fueron diagnosticadas como: no consumir productos con azúcar, controles anuales con el médico, practican ejercicio, consumen menos carnes rojas y más blanca, consumen más proteínas y más verduras, otras participantes no realizan ninguna practica de cuidado.

“... tener un poco más de conciencia, que es lo que me estoy comiendo y de qué manera estoy racionando mis porciones alimenticias para mí y pues para mis hijas... tuve esa consecuencia positiva... ser más medida con los azúcares... cuando voy donde mi hermana... como el domingo decimos hoy es día de gaseosa y mis hijas me miran por ¡favor!...” (15, #8PI)

PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA MUJER CON ANTECEDENTE DE DMG

Percepción del apoyo familiar por la mujer: percibieron un apoyo constante por sus familiares, en el cambio de alimentos y la preparación de los mismos, en la inclusión de la actividad física y el acompañamiento a hospitales y controles, el mayor apoyo fue brindado por los esposos, seguidos de la mamá de cada una y el resto de la familia.

“... mi esposo no él se levantaba, que comiera fruta que me llevara, me mandaba la fruta para el día, la fruta para la cena... que si me daba hambre a media noche él me tenía la fruta que menos me hiciera daño que la manzanita que la pera... pero pues bien ellos si me ayudaron... ahora pues ya no es tan juiciosa la dieta... pero mi esposo me apoya a hacer ejercicio...” (4,#5PI)

Cuidados culturales transmitidos por el ambiente familiar: recibieron cuidados populares transmitidos por sus familias como tomar agua de Panameña para quitar la Diabetes, tomar mucha agua para disolver el azúcar de la sangre, tomar

agua de Yacon, agua de Alcachofa, el agua de Guatila, jugo de Uchuba algunos otros cuidados recibidos fue el quitarle el azúcar a los jugos. Las participantes con ocupaciones afines con la salud, manifestaron no incluir ningún cuidado popular en sus rutinas ya que alguno de ellos podría causar daño a sus hijos.

DISCUSIÓN

Al contrastar las percepciones de las mujeres con las políticas públicas colombianas y las guías de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes gestacional, se observa que durante la gestación se requieren realizar entre 7 a 10 controles por el personal de enfermería y médico especializado en la atención gineco obstétrica, con el fin de promocionar su salud y prevenir alteraciones tempranas del embarazo (13).

Las guías recomiendan dichas valoraciones antes de la 10 semana de gestación y los controles siguientes entre las semanas 28 – 30 y 34 – 36, allí se abordaría información que incluye temas para darle a conocer una serie de cuidados y consejería sobre nutrición, tipo y frecuencia de ejercicio recomendado, curso de preparación para el embarazo, detección de violencia familiar, tamizaje de cáncer de cuello uterino, signos de alarma y pruebas de tamizaje que evitaren complicaciones y disminuirán la mortalidad materna (11).

Las participantes percibieron que el diagnóstico fue impartido por un ginecólogo obstetra entre el segundo y tercer trimestre gestacional, periodo que para ellas fue percibido como tardío, sin embargo, teniendo en cuenta que si la mujer no tiene factores de riesgo la primera prueba se debe realizar entre las semanas 24 y 28 de gestación, ya que es durante este periodo en el cual inicia el aumento en los niveles de hormonas asociadas al embarazo (estrógenos, progesterona, cortisol y lactógeno placentario humano en la circulación materna) con el desarrollo de la unidad feto placentaria que conlleva a efectos celulares post receptores de la insulina y al aumento de su nivel de resistencia, si se realiza la prueba antes de la semana 24 puede que disocie su resultado ya que el progreso del embarazo viene acompañado de un aumento en la resistencia a la insulina, si la prueba es realizada después de la semana 28 tendrá un valor diagnóstico significativo, pero menor tiempo de tratamiento (14).

La evidencia científica demuestra que la detección precoz y comunicación temprana del diagnóstico ha confirmado disminuir las morbimortalidades maternas y perinatales asociadas, cumpliendo con lo pautado en las rutas integrales de atención en salud (RIAS) las cuales proponen la captación temprana de la gestante en el control prenatal con el objetivo de lograr el resultado en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna planteada como una de las metas de los objetivos

de desarrollo del milenio.

Las mujeres participantes mencionaron el temor y la preocupación constante por la vida y la salud de sus hijos como algunos de los sentimientos más comunes, los cuales se convirtieron en la motivación para su autocuidado e incluso para algunas fue una oportunidad para modificar hábitos que no beneficiaban su condición de salud por estilos de vida saludables, congruente a dichos hallazgos Chávez (16) describe que las mujeres mexicanas de su estudio también reportaron haber experimentado preocupación, tristeza, desesperación, confusión, depresión o miedo al enterarse del diagnóstico y una constante ansiedad por las posibles consecuencias que le pudiera traer a sus hijos, y al igual que las mujeres de esta investigación dichos sentimientos las llevaron a cuidar sus hábitos de alimentación, haciendo consciencia del tipo de comida que consumían.

Aunado a lo anterior las mujeres consideraron que la enfermedad se resolvía con el final del embarazo siempre y cuando se hubieran adherido a la dieta y las recomendaciones y que por ser jóvenes no se generarían secuelas para su salud, al respecto Domínguez (16) refiere que la DMG va más allá del embarazo y diferentes estudios lo respaldan debido a que este diagnóstico potencia diversas enfermedades metabólicas y cardiovasculares a futuro, las mujeres en edad fértil son beneficiadas por la función protectora que otorga el ambiente estrogénico sin embargo otros estudios como el de Kautzky (17) han demostrado que si la mujer tiene otros factores de riesgo como sobrepeso, antecedentes familiares y ovario poli quístico tienen riesgo de continuar con una curva de resistencia a la glucosa después del parto y desarrollar mayor predisposición a la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Al mismo tiempo las mujeres se veían enfrentadas a la preocupación que les generaba pensar en los hijos que tenían en sus hogares y los cuidados que iban a necesitar mientras ellas estaban hospitalizadas e incluso el riesgo de que ellas fallecieran y los dejaran solos o al cuidado de terceros, lo cual se relaciona con los hallazgos de Moura (18) descritos en su investigación con mujeres Brasileñas en la cual observa que la separación de la mujer y su familia provocan en principio la no aceptación de la situación crítica vivida, en especial cuando se involucran hijos menores que requieren cuidados, los cuales en algunos casos eran otorgados por familiares que constituían la red de apoyo primaria, sin embargo en otros casos los hijos quedan al cuidado de personas que no forman parte de la familia generándoles inseguridad, el autor relaciona esta vivencia como una experiencia que genera sufrimiento, siendo congruente con lo encontrado en esta investigación.

Vinculado a lo anterior las mujeres participantes percibieron que la DMG solo afectaba su salud en el periodo de la gestación y una vez terminado dicho periodo su salud se reintegraba a la normalidad, no obstante era necesario realizar algunos

cambios en sus hábitos alimenticios, resultados congruentes con los registrados por Chávez en su estudio ya que las mujeres mexicanas también eran conscientes que debían seguir los cuidados para evitar complicaciones y si se cuidaban la enfermedad desaparecería (19). La federación internacional de Diabetes y la Asociación Americana de Diabetes proponen como primer tratamiento de elección debido a la eficacia demostrada la dieta y cambios de hábitos nutricionales, acompañada de ejercicio y vigilancia de la glucosa capilar (14), (20); Parodi (21) confirma que hasta un tercio de las mujeres afectadas por DMG presentan intolerancia a la glucosa posterior al parto y un 50% desarrolla diabetes tipo II en los siguientes 20 años, acrecentando el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular.

No obstante las guías de la ALAD indican que una de las complicaciones postparto en las mujeres que presentaron DMG es la aparición de la diabetes tipo II, por lo tanto a toda mujer en el postparto se le debe realizar una prueba de tolerancia a los carbohidratos para definir el estado metabólico de la glicemia en el puerperio, incluso sugiere repetirla anualmente e incluir a las mujeres con antecedente de diabetes gestacional en un programa de prevención de diabetes (12).

El estudio encuentra que las mujeres no fueron informadas sobre los riesgos cardiovasculares que podían tener a futuro, las participantes refieren que desconocían la situación a la que se enfrentaban por ser su primera gestación y que tampoco recibieron información del personal de salud, incluso una de las participantes refiere que hace 14 años en su gestación no percibía el riesgo pero actualmente tiene prediabetes y riesgo cardiovascular, al respecto la literatura relaciona el alto riesgo que tiene la mujer que desarrollar Diabetes Mellitus Tipo II que incluso es 7 veces mayor en comparación a pacientes que no tienen DMG, así como el riesgo elevado de experimentar enfermedades cardiovasculares y síndrome metabólico que llega a ser 3 veces más frecuente que en mujeres que nunca tuvieron DMG, el riesgo de enfermedad cardiovascular está relacionado con frecuencia a factores como Diabetes Tipo II, síndrome metabólico y disfunción vascular (22).

Al respecto una de las participantes informo que dos años después del parto le fue diagnosticado diabetes tipo II y en el momento de la entrevista se encontraba en tratamiento con insulina de larga duración, el estudio de Domínguez (23) encuentra que de la población investigada el 41,4 % de mujeres se diagnosticó con Diabetes tipo II en los primeros 5 años postparto, mientras que el 31,7 % se diagnosticó 10 años después, las mujeres que no desarrollaron Diabetes Tipo II, continuaban con IMC tipo obesidad grado I, correspondiendo a los hallazgos de esta investigación ya que 7 de las 10 participantes tienen un IMC correspondiente a peso mayor a lo normal y obesidad; la hipertensión fue significativamente más prevalente en las pacientes con antecedente de diabetes gestacional, dicho estudio concluye que el embarazo complicado con Diabetes Gestacional representa una prueba de esfuerzo

para la mujer por lo tanto la coloca en un mayor riesgo cardiovascular a largo plazo.

Las mujeres coinciden en desconocer el riesgo cardiovascular para ellas y para sus hijos que genera el antecedente de DMG, una de las participantes que tiene una profesión afín a los servicios de salud indica que puede ser por que el personal de salud desconoce estos riesgos, nombra que no observa que dichos contenidos se encuentren en las guías de enfermería, al revisar la guía para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes gestacional se concluye que contiene herramientas útiles y prácticas para entender el proceso de diabetes gestacional, sin embargo describe de forma muy corta el flujo y la importancia de los controles postparto, así como el objetivo de los mismos y el riesgo que puede tener la mujer de desarrollar enfermedades cardiovasculares a largo plazo (24).

Esta investigación propone como estrategia para la educación de las mujeres sobre el riesgo cardiovascular la implementación de la teoría de cuidados de Kristen Swanson (25) (111) teniendo en cuenta los 5 conceptos propuestos por la teorista: conocer, estar con, hacer por, capacitar, mantener la confianza. Esta teoría entiende el cuidado como una forma de fomentar las relaciones con otro ser valioso hacia quien se tiene compromiso y responsabilidad, para este caso hacia la mujer como sujeto de cuidado de investigación se deben fomentar compromisos hacia la promoción de su salud y responsabilidad frente a la prevención de enfermedades.

Al respecto otras investigaciones como por ejemplo la de Reyes y Muñoz (26) (113) observaron después de la aplicación de una intervención de cuidado fundamentada en la teoría de Kristein Swanson frente al significado y experiencias de las mujeres adolescentes en gestación ante su necesidad de sentirse escuchadas o apoyadas y recibir un trato humanizado, mejoro la confianza para continuar con su gestación, se sintieron apoyadas por la enfermera, quien respeto su dignidad y le brindado alternativas de afrontamiento.

CONCLUSION

Esta investigación de tipo cualitativo permitió reconocer la percepción de la mujer respecto a la DMG como una enfermedad que se termina con el final del embarazo, siempre y cuando se tengan los respectivos cuidados durante la gestación, de no ser así la mujer puede quedar con una enfermedad crónica después del parto, dicha enfermedad fue descrita por la mujer con unos signos y síntomas, así como sentimientos y temores, que necesitan de apoyo familiar y de mayor atención por parte del personal de salud.

Existen parámetros de diagnóstico, tratamiento y seguimiento instaurados en las guías de práctica clínica de Colombia y Venezuela, sin embargo se percibe

que el personal de salud desconoce dichos documentos o no se ha adherido a su uso, tema que puede ser descrito a profundidad en otras investigaciones, ya que el desconocimiento de la enfermedad y de las consecuencias a largo plazo por el personal de salud, provoca que el paciente perciba que existe desinterés por su salud.

La DMG tiene diferentes implicaciones asociadas al estilo de vida y las conductas orientadoras de salud, asumidas por la mujer y su grupo familiar, las cuales inciden en el pronóstico no solo para desarrollar enfermedad cardiovascular sino en generar de tener pluripatología posteriormente, por lo cual es necesario hacer una revisión no solo de las guías de manejo de mujeres con diabetes gestacional, sino de los estudios en mujeres que ya han tenido el antecedente, para que los servicios de salud estén preparados y la academia considere incluir esta temática de forma integral en sus planes de estudio.

REFERENCIAS

1. Lizazaburu Robles JC. Síndrome metabólico : concepto y aplicación práctica. An. Fac. med. 74 (4). 2013;315–20.
2. Salzber S, Alvariñas J, López G, Barba AM. Guías de diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional. ALAD 2016. Rev ALAD [Internet]. 2016;6:155–69. Available from: http://www.alad-americalatina.org/wp-content/uploads/2016/12/Guias_ALAD_DG_2016.pdf
3. García-Laguna D, et Al. Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. Hacia la Promoción la Salud. 2012;17(2):169–85.
4. General S, Social S. Guía de práctica clínica para el diagnóstico , tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. 2015.
5. Varleta P, Concepción R, Vargas P, Casanova H. Grosor íntima media carotídeo y asociación con factores de riesgo cardiovascular tradicionales y metabólicos. Rev Med Chil. 2013;141(6):695–703.
6. Gonzáles V, Ramos H. Menopausia y su relación con el síndrome metabólico. Acta medica del centro. 2013;7(2):114–23.
7. Appiah D, Schreiner PJ, Gunderson EP, Konety SH, Jacobs DR, Nwabuo CC, et al. Association of gestational diabetes mellitus with left ventricular structure and function: The CARDIA study. Diabetes Care. 2016;39(3):400–7.
8. Herrera D, Ana D, Jerez M, Medina S. Grosor de íntima media carotideo y su relación con factores de riesgo cardiovascular en la población del municipio Plaza de la Revolución. 2016;4(4).
9. Goal MD, Gap MDG, Force T. Taking Stock of the Global Partnership for Development. 2015.
10. Coordinación P, Dirección P, Guia P, Atencion D, Materna M. Guia Diabetes Gestacional. 2013;
11. PNUD. Objetivos de Desarrollo [Internet]. 2016. 2–171 p. Available from: <http://www>.

12. Arango CM, Villegas A. Controversias actuales en el diagnóstico de la diabetes mellitus gestacional. 2015;
13. Series CE. Gestational Diabetes Mellitus. *Am Coll Obstet Gynecol* [Internet]. 2013;122(2):406–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7787125>
14. De La Haza Calvo M del C. TESIS DOCTORAL Contribución al estudio de los factores relacionados con la microangiopatía diabética. Univ Complut. 2013;84.
15. Oviedo GL. 7. Gilberto, O. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de estudios sociales*, (18), 89-96. 2004;(18):89–96.
16. Colombianas G, El P, La YTDE, Arterial H. *Revista Colombiana De*. 2007;5(7):267–77.
17. Handisurya A. Metabolic diseases and associated complications : sex and gender matter ! 2009;39:631–49.
18. Araújo Márcio Flávio Moura, Pessoa Sarah Maria Fraxe, Damasceno Marta Maria Coelho, Zanetti Maria Lúcia. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013 Apr [cited 2020 Jan 05] ; 66(2): 222-227. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200011>.
19. Chávez-Courtois M, Graham C, Romero-Pérez I, Sánchez-Miranda G, Sánchez-Jiménez B, Perichart-Perera O. Experiencia y percepciones de la diabetes gestacional y su automanejo en un grupo de mujeres multíparas con sobrepeso. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014;19(6):1643–52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601643&lng=es&tlng=es
20. Duarte-gardea MO, Gonzales-pacheco DM, Reader DM, Thomas AM, Wang SR, Gregory RP, et al. Academy of Nutrition and Dietetics Gestational Diabetes Evidence-Based Nutrition Practice Guideline. *J Acad Nutr Diet* [Internet]. 2018;118(9):1719–42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.03.014>
21. Quintero-Medrano SM, García-Benavente D, Valle-Leal JG, López-Villegas MN, Jiménez-Mapula C. Conocimientos sobre diabetes gestacional en embarazadas de un Hospital Público del Noroeste de México. Resultados de una encuesta. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018;83(3):250–6.
22. Biesenbach G. Diabetes and pregnancy. *Wien Klin Wochenschr*. 1996;108(10):281–8.
23. Domínguez-Vigo P, Domínguez-Sánchez J, Álvarez-Silvares E, González-González A. Implicaciones del diagnóstico de diabetes gestacional en la salud futura de la mujer. *Ginecol Obstet Mex*. 2016;84(12):775–84.
24. Goal MD, Gap MDG, Force T. Taking Stock of the Global Partnership for Development. 2015.
25. Pinzón-rocha ML, Aponte-garzón LH, Hernández-páez RF. Experiencia de los cuidadores informales en el manejo de la diabetes mellitus tipo II Caregivers ' experience on dealing with diabetes mellitus type II Experiência na gestão dos cuidadores informais da diabetes mellitus tipo II. 2013;241–51.
26. Guzmán OA, González MIC, Piña MAG, Flores AS, Melénde RMO. Madeleine Leininger : un análisis de sus fundamentos teóricos. *Rev Enfermería Univ ENEO-UNAM* [Internet]. 2007;4(2):26–30. Available from: <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30289>.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ac2-26 41, 42, 43, 44, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59
Alergia não IgE-mediada 140
Análise de conteúdo 117, 126, 177
AnxA1 41, 42, 43, 44, 45, 49, 50, 55, 56, 57, 58
Apendicite 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21
Atenção Primária à Saúde 29, 98, 202
Atividade física 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 94, 131, 199
Atrofia muscular 162, 164, 166, 167, 169
Autocuidado 114, 125, 126, 127, 187, 198, 201, 232

B

Brugada 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213

C

Carcinoma de Saco Lacrimal 63
Carcinoma Espinocelular Pouco Diferenciado 62, 63, 65, 67, 69, 71
Cockayne 234, 235, 236, 237
Cuidado paliativo 205

D

Desenvolvimento musculoesquelético 162, 164
Diabetes *Mellitus* 30, 33, 34, 35, 36, 39, 55, 154, 175, 176, 177, 178, 188, 190, 191, 192, 193, 202, 203, 245
Diabetes *Mellitus* Gestacional 175, 176, 177, 191
Doença crônica 1, 2, 8, 11
Doença Renal Crônica 114, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 138, 162, 163, 164, 165, 170
Doença reumática 225, 227, 230, 231, 232
Dor 3, 13, 14, 17, 18, 19, 63, 67, 68, 82, 86, 123, 204, 209, 225, 226, 229, 230, 241

E

Efeitos colaterais 102, 103, 104, 112
Enfermagem 22, 39, 78, 79, 80, 81, 90, 91, 101, 106, 107, 114, 115, 116, 122, 125, 126, 127, 128, 225, 226, 231, 232, 245
Enfermagem em nefrologia 114, 115

Enrijecimento vascular 156, 158
Epidemiologia 142, 198, 203, 212, 215, 224, 232, 235
Epilepsia infantil 102
Esclerose múltipla 106, 107, 109, 110, 112, 113
Estudo de Caso 205
Exercício Físico 36, 38, 39, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138

F

Feridas 20, 79, 80, 81, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91
Fístula Arteriovenosa 114, 115, 121, 123, 126, 127, 128
FPIES 140, 141, 142, 143, 144, 145

H

Hemodiálise 114, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139
Hidroclorotiazida 23, 24, 25, 26, 27
Hipertensão 36, 39, 43, 65, 117, 131, 154, 201, 204, 239, 240, 241, 242, 244

I

Idosos 29, 30, 31, 32, 34, 37, 38, 39, 77, 154, 155, 161, 227, 240, 241, 243
índice vascular cardio-tornozelo 156, 158, 159

L

LBA 42, 45, 46, 48, 53, 55, 57, 58

M

Meditação 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244
Melanoma 23, 24, 25, 26, 27, 28, 65, 68, 93
Mycobacterium tuberculosis 73, 74, 75, 215, 216

N

Neoplasias de mama 93

O

Otite Média Crônica 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153

P

Perda Auditiva 147, 148, 154, 236
Pesquisa biográfica 1, 4, 5, 11

Pressão radial 156, 158

Processamento Auditivo Central 146, 147, 148, 149, 155

Promoção da saúde 194

R

Reabilitação 71, 107, 109, 112, 130, 131, 132, 134, 135, 137, 225

Reação Gastrointestinal 140

Rifampicina 73, 75, 76, 77

Risco cardiovascular 176, 177

S

Sepse 18, 166, 204, 205

Síndrome coronariana aguda 207, 208, 211, 212

Sistema Único de Saúde 192, 193, 194, 202, 214, 217, 218

T

Tabagismo 37, 41, 42, 55, 56, 94, 108, 211, 223

Tuberculose 73, 74, 75, 76, 77, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224

U

Unidades de Terapia Intensiva 205

 **Atena**
Editora

2 0 2 0