



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA

Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Obstetrix

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**CONDUCTA OBSTÉTRICA PACIENTE SECUNDIGESTA DE 22 AÑOS CON
30.6 SEMANAS DE GESTACIÓN CON PREECLAMPSIA Y DIABETES NO
CONTROLADA.**

AUTORA

DEYSI ELIANA ARIAS ESPAÑA

TUTOR

DRA. KATTERINE VÁSQUEZ BONE

BABAHOYO- LOS RÍOS- ECUADOR

2022

INDICE

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
MARCO TEORICO	11
Definición	11
Tipos de diabetes.....	12
Tipo 1 o diabetes insulino-dependiente:	12
Tipo 2 o diabetes mellitus	12
Etiología	15
Fisiopatología.....	16
Diagnostico	16
Sepsis y su relación con la diabetes	17
Signos de Alarma.....	18
Importancia de control prenatal en mujeres con diabetes preexistente.	18
Tratamiento.....	19
Prevención	21
Diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2: manejo previo a la concepción.....	21
Justificación	24
Objetivos	26
Objetivo General.....	26
Objetivos Especificos.....	26
Datos Generales	27
METODOLOGIA DEL DIAGNÓSTICO	27
Análisis del motivo de consulta	27
Historial clínica del paciente.....	27
Anamnesis	28
Examen Físico	29
Información de exámenes complementarios realizados	29
Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	30
Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	30
Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	31
Seguimiento	31

Observaciones.....	33
CONCLUSIONES	33
REFERENCIAS	35
ANEXOS	40

DEDICATORIA

Este caso clínico, si bien ha solicitado de esfuerzo y mucha dedicación, no hubiese sido viable su finalización sin la cooperación desinteresada de cada una de y todas las personas que me han acompañado en el recorrido laborioso de este trabajo y muchas de las cuales fueron un soporte bastante intenso en instantes de angustia y desesperación, primero quiero agradecer a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e alumbrar mi mente y por haber puesto en mi camino a esas personas que fueron mi soporte y compañía a lo largo de todo el lapso de mis estudios, en especial a mi Madre estimada, porque sé que ella me ayudó en las buenas y en las malas y lo sigue realizando, además de haberme dado la vida, continuamente confió en mí y jamás me abandonó.

Finalmente mi tutora Dra. Katterine Bone, que con su vasta vivencia y conocimiento me oriento al adecuado desarrollo y culminación de este trabajo para la obtención del título en Obstetricia.

Deysi Eliana Arias España

AGRADECIMIENTO

Por el esfuerzo, dedicación, paciencia, por la confianza y por todo lo que me dio durante mi carrera y en mi vida, en este caso clínico agradezco principalmente a Dios y a mi familia por su apoyo incondicional.

Deysi Eliana Arias España

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:

**CONDUCTA OBSTÉTRICA PACIENTE SECUNDIGESTA DE 22 AÑOS CON
30.6 SEMANAS DE GESTACIÓN CON PREECLAMPSIA Y DIABETES NO
CONTROLADA.**

RESUMEN

La preeclampsia complica alrededor del 8% de los embarazos y es una enfermedad multiorgánica exclusiva del embarazo cuyo factor esta la diabetes preexistente por lo que dependiendo de la gravedad, es posible que la paciente necesite medicamentos para ayudar a controlar sus niveles de glucosa. El presente estudio de caso clínico es referente a una paciente de sexo femenino de 22 años de edad con 30.6 semanas de gestación con preeclampsia severa más diabetes no controlada.

La metodología utilizada en este caso clínico es la observación y el análisis de los datos contenidos en la historia clínica del paciente, la cual ingresa a área de emergencia hospitalaria por presentar cuadro de 3 días de evolución, de tal manera se realiza el respectivo chequeo médico, cuyos signos vitales indica score mama 7, presión arterial 184/110, temperatura de 36.8, saturación 97, frecuencia respiratoria 20, con estado de conciencia alerta y proteinuria ++++. Durante su hospitalización se realizaron los respectivos exámenes, para la aplicación del tratamiento adecuado, luego de un día de evolución, donde cada tiempo determinado se realizaba el seguimiento para corroborar los signos vitales de paciente y finalmente es transferida a hospital de mayor complejidad del Guasmo en Guayaquil.

El manejo obstétrico de embarazos complicados se basa en gran medida en la experiencia clínica, las guías de manejo dadas por el Ministerio de Salud del Ecuador, los datos de estudio y antecedentes en investigaciones, en este caso hay pruebas muy limitadas de ensayos e investigaciones que conllevan la diabetes no controlada preexistente y la preeclampsia en mujeres gestantes, de tal manera que la realización del presente caso clínico llega a considerarse vital para la manera operaria del profesional obstetra en la actualidad.

Palabras claves: preeclampsia, diabetes no controlada, proteinuria, glucosa, score mama.

ABSTRACT

Preeclampsia complicates around 8% of pregnancies and is a multi-organ disease exclusive to pregnancy whose factor is pre-existing diabetes, so depending on the severity, the patient may need medication to help control her glucose levels. This clinical case study refers to a 22-year-old female patient with 30.6 weeks of gestation with severe preeclampsia plus uncontrolled diabetes.

The methodology used in this clinical case is the observation and analysis of the data contained in the clinical history of the patient, who is admitted to the hospital emergency area due to presenting symptoms of 3 days of evolution, in such a way that the respective medical check-up is carried out. , whose vital signs indicate breast score 7, blood pressure 184/110, temperature 36.8, saturation 97, respiratory rate 20, with alert consciousness and proteinuria ++++. During her hospitalization, the respective examinations were carried out, for the application of the adequate treatment, after a day of evolution, where each determined time the follow-up was carried out to corroborate the vital signs of the patient, she requests hospital discharge to be transferred to a hospital of greater complexity of Guasmo in Guayaquil.

Obstetric management of complicated pregnancies is largely based on clinical experience, management guidelines given by the Ministry of Health of Ecuador, study data and research background, in this case there is very limited evidence from trials and research that entail preexisting uncontrolled diabetes and preeclampsia in pregnant women, in such a way that the realization of this clinical case is considered vital for the operative way of the professional obstetrician today.

Keywords: preeclampsia, uncontrolled diabetes, proteinuria, glucose, breast score.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus se caracteriza por un aumento de azúcar en la sangre, que, con el tiempo, provoca daños graves en el corazón y en los vasos sanguíneos. La diabetes es un trastorno del metabolismo de los carbohidratos que requiere cambios inmediatos en el estilo de vida. En el caso de la diabetes preexistente significa que tiene diabetes antes de quedar embarazada. Esto es diferente de la diabetes gestacional, que es un tipo de diabetes que algunas mujeres contraen durante el embarazo. Las mujeres con diabetes pueden y tienen embarazos saludables y bebés saludables. Pero la diabetes no tratada puede causar complicaciones tanto para las madres como para los bebés (OPS & OMS , 2021).

En madres con diabetes pre-gestacional según investigaciones anteriores se documentaron complicaciones agudas del embarazo como preeclampsia, infecciones, parto obstruido, hemorragia posparto, partos prematuros, mortinatos, lesiones en el parto y, en el peor de los casos, la muerte. Además, la probabilidad de un aborto espontáneo temprano es mayor para las mujeres con diabetes y la tasa de mortalidad materna entre las madres diabéticas en algunos países aumenta hasta veinte veces en comparación con las madres no diabéticas (Medline plus, 2021).

En comparación con las mujeres sin diabetes, existe un mayor riesgo de muerte fetal intrauterina y de morbilidad materna o infantil importante. Las mujeres con complicaciones de la diabetes antes de la concepción tienen más probabilidades de tener un mal resultado del embarazo. (NIH , 2020)

Los cambios fisiológicos del embarazo ponen al cuerpo humano en un estado de intolerancia a los carbohidratos. Las hormonas específicas del embarazo, como el lactógeno placentario humano y los niveles elevados de cortisol y prolactina, aumentan la resistencia a la insulina y exigen una mayor producción de la hormona para mantener la homeostasis de la glucosa en sangre durante el embarazo. Tal demanda no es satisfecha en mujeres diabéticas embarazadas debido a la patología asociada a la diabetes (Medline plus, 2021).

La preeclampsia se diagnostica en el 15-20% de los embarazos en mujeres con diabetes tipo 1, y 10-14% de embarazos en mujeres con diabetes tipo 2. Los

aspectos psicosociales de la atención prenatal para mujeres con diabetes preexistente son extremadamente importantes (MSP, 2016). Tanto la angustia de la diabetes como los problemas psicológicos/psiquiátricos más graves tienen un gran impacto en la atención de las mujeres con diabetes y se deben hacer arreglos específicos para acceder a la atención adecuada para estos problemas. Los proveedores de atención deben tener una actitud comprensiva y de apoyo. (MSP, 2016).

El presente trabajo relata el caso de paciente secundigesta de 22 años con 30.6 semanas de gestación quien asistió a unidad hospitalaria Nicolás Cotto Infante de emergencia con cuadro de preeclampsia severa y diabetes mellitus preexistente no controlada, score mama: 7, con signos de presión arterial 184/110, temperatura 36.8, saturación 97, pulso 96, frecuencia respiratoria 20, estado de conciencia alerta y proteinuria +++, motivo por el cual se procede a realizar el tratamiento anticonvulsivo y regulatorio de presión arterial alta. Luego de 72 horas de evolución caracterizado por cefalea Holo craneana de leve intensidad + abdominal que se focaliza a nivel de epigastrio no refiere otra sintomatología acompañante, en examen físico se observa edema +++ en extremidades inferiores motivo por el cual se procede a activar clave azul, paciente es derivada a hospital de mayor complejidad maternidad de Guasmo de Guayaquil.

Se pretende que la realización del presente trabajo contribuya de forma visionaria para que en el 2030, exista una reducción de la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, además que contribuya a disminuir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar. (Naciones Unidas Ecuador , 2022)

Así para la realización de este caso de estudio se instituye establecer como objetivo general el analizar la conducta obstetra de paciente secundigesta de 22 años con 30,6 semanas de gestación con preclamsia y diabetes no controlada, debido a que es sustancial conocer pautas para la detección temprana y el reconocimiento de signos de peligro y complicaciones, además del control del azúcar en la sangre durante el embarazo para precautelar la salud materno – fetal

como parte de la planificación del parto y de emergencia. La mayoría de las mujeres tienen embarazos y partos sin incidentes, pero las complicaciones repentinas e impredecibles pueden ocurrir en cualquier momento para cualquier mujer, cuando se producen estos problemas, es importante asegurarse de que se aborden sin demora. Como parte de la investigación así mismo se despliega un conjunto de objetivos específicos tales como: determinar el nivel de conocimiento de la paciente sobre la diabetes en el embarazo, establecer la importancia de controles prenatales en embarazos de alto riesgo y mencionar el tratamiento de la diabetes en el embarazo.

MARCO TEORICO

Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aseguro en su informe realizado sobre la diabetes que esta es una enfermedad crónica grave que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el azúcar en la sangre) o cuando el cuerpo no puede utilizar eficazmente la insulina que produce, y es considerada como un importante problema de salud pública ya que la incidencia de la diabetes ha aumentado gradualmente durante las últimas décadas. (OMS, 2016).

De la misma manera la Organización Panamericana de la Salud (OPS) manifiesta y categoriza al Ecuador en el décimo cuarto puesto de países Americanos en presentar problemas de diabetes en mujeres gestantes tanta en diabetes gestacional como diabetes pregestacional para el año 2018 y considera que se necesita brindar información científica y revisar lineamientos basados en evidencia para mejorar la prevención y el control de la diabetes relacionada con el embarazo en las Américas (OPS, 2018).

La diabetes pregestacional expone al feto a niveles elevados de glucosa durante el primer trimestre del embarazo, lo que aumenta el riesgo de malformaciones congénitas, particularmente del sistema nervioso central, cardiovascular, renal y muscular, así como de aborto espontáneo, por lo que la probabilidad de anomalías congénitas y abortos espontáneos tiene una relación lineal con la concentración de glucosa en el plasma de la madre, y este aumento

del riesgo puede reducirse con el control glucémico adecuado desde el primer trimestre del embarazo (MSP, 2014). Las mujeres con diabetes pueden quedar embarazadas y tener hijos sanos. Pero la diabetes no tratada puede provocar complicaciones para la madre y el bebé (Medline plus, 2021).

Tipos de diabetes

Los tipos de diabetes mellitus más comunes son:

Tipo 1 o diabetes insulino-dependiente: El páncreas no produce insulina o provoca tan poca que el cuerpo no puede usar el azúcar en la sangre como energía, la diabetes tipo 1 debe controlarse con insulina diaria, entre las causas todavía no se detecta lo que produce la diabetes tipo 1, mas sin embargo se ha descubierto que no tiene nada que ver con la dieta o el estilo de vida, pero si puede tener alguna relación con factores genéticos o exposición a virus, entre los síntomas primordiales el cuerpo trata de deshacerse de la glucosa a través de sus riñones, lo que incluye algunos signos como sed, evacuaciones intestinales frecuentes y pérdida de peso sin proponérselo (Mayo Clinic, 2021).

Tipo 2 o diabetes mellitus: El cuerpo provoca muy poca o ninguna insulina que produce azúcar en la sangre como energía, la diabetes tipo 2 a veces se puede controlar con una dieta adecuada y ejercicio regular, muchas personas con diabetes tipo 2 necesitan tomar medicamentos para la diabetes, insulina o ambos (MedlinePlus, 2021). Entre las causas principales tenemos:

- **Genes:** Los científicos han encontrado diferentes fragmentos de ADN que afectan la forma en que su cuerpo produce insulina (MedlinePlus, 2021).
- **Peso extra:** Tener sobrepeso u obesidad puede causar resistencia a la insulina, especialmente si lleva kilos de más en la cintura (MedlinePlus, 2021).
- **Síndrome metabólico:** la insulina a menudo tienen un grupo de condiciones que incluyen niveles altos de azúcar en la sangre, exceso de grasa alrededor de la cintura, presión arterial alta, colesterol y triglicéridos altos (MedlinePlus, 2021).
- **Células beta rotas:** Si las células que producen la insulina envían la cantidad equivocada de insulina en el momento equivocado, el nivel de

azúcar en la sangre se reduce, el nivel alto de azúcar en la sangre también puede dañar estas células (MedlinePlus, 2021).

Los síntomas a destacar en la diabetes tipo 2 son los siguientes tener mucha sed, orinar mucho, visión borrosa, estar de mal humor, hormigueo o entumecimiento en las manos o los pies, fatiga /sentirse agotado, heridas que no cicatrizan, candidiasis que siguen reapareciendo, tener hambre y adelgazar sin intentarlo (MedlinePlus, 2021).

Las mujeres embarazadas con diabetes tipo 1 o tipo 2 que no controlan su nivel de azúcar en la sangre pueden tener los mismos problemas de salud que el bebé (CDC, 2020), los cuales se describirán a continuación:

Defectos de nacimiento: Las mujeres diagnosticadas con diabetes antes del embarazo tienen un mayor riesgo de dar a luz a un bebé con un defecto congénito o múltiples defectos que una mujer que no tiene diabetes antes del parto, entre los defectos en los niños nacidos de mujeres con diabetes se encuentran problemas cardíacos, defectos cerebrales y espinales, hendiduras orales, defectos renales y del tracto gastrointestinal y deficiencias en las extremidades. (CDC, 2020)

Un bebé demasiado grande: Los bebés que pesan más del 90% de su edad gestacional al nacer (por encima del percentil 90^o) se consideran mayores para la edad gestacional, es decir los recién nacidos pueden ser obesos porque su madre tiene diabetes u obesidad, de tal manera que los médicos pueden medir la cintura de la madre y usar ultrasonido para tomar medidas del feto que les permita estimar el peso, recordando que a futuro los recién nacidos de madres con diabetes tienen la misma probabilidad de tener sobrepeso que un adulto (Stavis, 2019).

Cesárea: Una cesárea es un procedimiento quirúrgico que consiste en extraer un bebé del útero de la madre (Stanford Children's Health, 2021). Una mujer con diabetes que no está bien controlada tiene más probabilidades de tener una cesárea. Al dar a luz por cesárea, la madre tardará más en recuperarse después del parto (CDC, 2020)

Presión arterial alta (preeclampsia): La presión arterial alta (también llamada hipertensión) puede provocar problemas de salud en cualquier momento de la vida, esta no suele causar síntomas durante el embarazo, la presión arterial alta severa o no controlada puede causar problemas a la madre y al feto (Mayo Clinic, 2021). Algunas mujeres tienen presión arterial alta antes de quedar embarazadas y otras lo desarrollan por primera vez durante el embarazo, lo que puede generar un trastorno grave de presión arterial alta llamado preeclampsia que también puede ocurrir durante el embarazo o poco después del parto. (CDC, 2020)

La preeclampsia puede conducir a un estado que causa convulsiones y accidentes cerebrovasculares, es decir puede causar el síndrome HELLP (significa hemólisis), enzimas hepáticas elevadas y recuento bajo de plaquetas, este síndrome daña o destruye los glóbulos rojos e interfiere con la coagulación de la sangre, también puede ser causante de dolor en el pecho, dolor abdominal y sangrado en el hígado, por esta situación es considerado como una emergencia médica donde mujeres pueden desarrollar problemas de salud de por vida y llegar a fallecer por esta situación (Rojas Pérez , Lino Arturo ; et all , 2019).

Nacimiento prematuro (antes de término): Los bebés prematuros tienen más probabilidades que los bebés nacidos a término de tener problemas de salud al nacer y más adelante en la vida (CDC, 2020). Las mujeres con diabetes corren un mayor riesgo de padecer una afección llamada polihidramnios, esto es cuando hay demasiado líquido amniótico en el saco que rodea al bebé y puede conducir a un trabajo de parto prematuro, de tal manera que si hay problemas con el embarazo, el especialista obstetra puede inducir el trabajo de parto, a veces antes de la fecha establecida (OMS, 2018).

Bajo nivel de azúcar en la sangre (hipoglucemia): Hipoglucemia o también llamada policitemia, es cuando el cuerpo produce demasiados glóbulos rojos, lo que hace que la sangre se espese (CDC, 2020).

Abortos espontáneos o mortinatos: El aborto espontáneo es cuando un bebé muere en el útero antes de las 20 semanas de embarazo (CDC, 2020).

Etiología

La diabetes preexistente es un factor que puede causar en pacientes gestantes la presencia de preeclampsia, cuyas causas comunes para la preeclampsia en las mujeres con diabetes tipo 1 y 2 incluyen nuliparidad, edad materna avanzada, preeclampsia previa, hipertensión, diabetes de mayor duración, micro albuminuria, nefropatía, retinopatía y control glucémico deficiente; de la misma manera varios autores consideran a la obesidad como un factor de riesgo compartido tanto para la preeclampsia como para la diabetes tipo 2 (Pico Bermúdez, 2021). Algunos efectos de la diabetes preexistente en mujeres según las etapas de gestación son:

- **Antes y durante el embarazo temprano:** abortos espontáneos y malformaciones congénitas mayores (Pico Bermúdez, 2021).
- **Después de las 12 semanas de gestación:** Altos niveles de insulina y glucosa en el feto, lo que puede provocar un crecimiento acelerado y un exceso de grasa; la macrosomía se asocia con una mayor necesidad de cesáreas de emergencia, traumatismo del nacimiento, muerte fetal y complicaciones neonatales (Pico Bermúdez, 2021).
- **Durante el final del embarazo:** Los niveles elevados de azúcar en sangre en el feto pueden causar hipoxia (suministro inadecuado de oxígeno) y acidosis en el feto, lo que puede ser la causa de altas tasas de muerte fetal en mujeres con niveles de azúcar en sangre mal controlados, también existe un mayor riesgo de preeclampsia, polihidramnios (demasiado líquido amniótico) y parto prematuro (Pico Bermúdez, 2021).
- **Después del nacimiento:** los bebés con macrosomía debido a los altos niveles de azúcar en la sangre de la madre tienen un mayor riesgo de desarrollar obesidad y alteración de la tolerancia a la glucosa, es decir el mal control durante el embarazo también puede afectar el desarrollo intelectual y psicomotor (Pico Bermúdez, 2021).
- **Riesgos para la madre:** Los niveles elevados de azúcar en la sangre durante el embarazo también pueden tener efectos a largo plazo, incluido el empeoramiento de la retinopatía y la nefropatía (Pico Bermúdez, 2021).

Fisiopatología

Aunque el embarazo temprano es un momento de relativa sensibilidad a la insulina, esta sensibilidad disminuye drásticamente en el segundo y tercer trimestre del embarazo, esto reduce la captación de glucosa dependiente de la insulina en tejidos como el músculo y la grasa y sirve como una adaptación fisiológica materna para preservar los carbohidratos para el feto en rápido crecimiento (Aoife, Egan , & Vella, 2021). Además, la supresión alterada de la lipólisis materna y la oxidación de grasas mediada por la insulina proporciona ácidos grasos como fuente de energía alternativa, por lo que es probable que este proceso esté mediado por una serie de factores, incluido un aumento de la progesterona, el estrógeno, el cortisol y la hormona del crecimiento placentario humano (Aoife, Egan , & Vella, 2021).

Por lo general, un aumento de dos a tres veces en la producción de insulina es suficiente para enfrentar este desafío, y los estudios confirman un aumento en el área fraccional de células beta del páncreas en el embarazo humano (Manteca González, 2019). La fisiopatología de la preeclampsia sigue siendo esquiva, las teorías actuales sugieren que las características clínicas de este síndrome son causadas por una disfunción endotelial materna sistémica resultante de una combinación de factores de riesgos maternos preexistentes y un desarrollo placentario anormal (Dulay, 2020).

Diagnostico

La falta de criterios estandarizados para el diagnóstico de preeclampsia en mujeres que tienen proteinuria antes de la concepción, que es común en mujeres con diabetes, en casos como estos el diagnóstico de preeclampsia es sencillo en un subgrupo de pacientes que desarrollan las formas más graves de preeclampsia, como la forma convulsiva, la eclampsia o el síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, plaquetas bajas), mas sin embargo para otras pacientes, una variedad de criterios modificados que incluyen el empeoramiento de la proteinuria y/u otros signos de disfunción orgánica, como una concentración sérica de aminotransferasa de ≥ 70 U por litro, trombocitopenia o hipertensión con dolores de cabeza intensos o dolor epigástrico, estos diversos criterios dificultan las comparaciones entre estudios (Dulay, 2020).

Además, el empeoramiento de la proteinuria durante el embarazo es común en mujeres con nefropatía diabética debido a aumentos en la tasa de filtración glomerular, debido a esto se necesitan estudios para determinar si los criterios recientemente ampliados para el diagnóstico de preeclampsia en mujeres embarazadas que no tienen proteinuria también tienen utilidad diagnóstica entre mujeres con proteinuria preexistente.

Sepsis y su relación con la diabetes

La sepsis se desarrolla cuando una infección que supera la contención del tejido local. Se generan una serie de respuestas fisiológicas desreguladas que conducen a una disfunción orgánica y un riesgo de mortalidad del 10%, cuando los pacientes con sepsis muestran lactatos séricos elevados y requieren tratamiento vasopresor para mantener una presión arterial adecuada en ausencia de hipovolemia, se encuentran en shock séptico con una tasa de mortalidad hospitalaria >40% (RadioMeter , 2020).

Los pacientes con diabetes y con problemas de comorbilidades se encuentran físicamente debilitados lo que hace que tengan tasas más altas de infección, algunos informes recientes sugieren que incluso después de la "recuperación" clínica de la sepsis, persisten las respuestas inmunitarias innatas y adquiridas, lo que lleva a la inflamación crónica, la inmunosupresión y la supervivencia de las bacterias, como ya se conoce la diabetes conduce al deterioro de la función inmunológica, lo que reduce directamente la función de las células inmunitarias, como resultado, los pacientes presentan una eliminación bactericida disminuida, un aumento de las complicaciones infecciosas y una mortalidad prolongada por sepsis (Reinoso Tipán , 2021).

Teniendo en cuenta la expansión sustancial de la población anciana y obesa, la adopción global de una dieta y un estilo de vida occidentales, y la aparición y persistencia de bacterias resistentes a múltiples fármacos, se prevé que la mortalidad diabética por sepsis aumente drásticamente en las próximas dos décadas (Reinoso Tipán , 2021).

Signos de Alarma.

Muchas mujeres con diabetes tienen y dan a luz bebés sanos sin complicaciones graves. Sin embargo, si se tiene diabetes, la madre y el bebé corren un mayor riesgo de complicaciones, tales como: infecciones urinarias, presión arterial alta, preeclampsia, problemas oculares, problemas renales y hepáticos, partos difíciles y cesáreas (Middlesex Health, 2022). Debido a esto es necesario detectar aquellos signos y síntomas para el tratamiento oportuno y precautelar la salud materna – fetal como parte de la planificación del parto y de emergencia.

En el caso de paciente secundigesta quien mantenía una diabetes pregestacional, se presentó complicaciones de preeclampsia, por lo que a continuación se detallaran algunos signos de alarma que debieron ser tomados en consideración por la paciente y que condiciona la situación a que ella asista a una sala de emergencia.

Es importante recordar que es posible que la mayoría de las pacientes no noten ningún signo de preeclampsia en algunos casos y solo se pueda detectar a través de una tensión elevada de la presión arterial, en el caso de que se desarrollen síntomas, algunos de los más comunes incluyen (Medline Plus, 2020):

- Dolor de cabeza persistente
- Dolor abdominal superior
- Hinchazón inusual en las manos y la cara (Edema)
- Aumento repentino de peso
- Náuseas o vómitos
- Dificultad para respirar
- Cambios en su visión, como visión borrosa o ver manchas. (Medline Plus, 2020)

Importancia de control prenatal en mujeres con diabetes preexistente.

Las mujeres con diabetes deben ser vistas lo antes posible en el embarazo y llevar de por sí un control prenatal recurrente por su condición. Es necesario que las pacientes reciban información, asesoramiento y apoyo para optimizar el

control glucémico; los controles prenatales son importantes porque permite que a la paciente se le realice una historia clínica para establecer el alcance de las complicaciones relacionadas con la diabetes; revisar los medicamentos para la diabetes y sus complicaciones; y ofrecer evaluación retiniana y/o renal (Aoife, Egan , & Vella, 2021).

Además los controles prenatales son útiles para la detección de malformaciones congénitas, ofrecen a las mujeres con diabetes ecografías para detectar cambios estructurales fetales y anomalías, en examen del corazón fetal, así como vigilancia del crecimiento y el bienestar fetal bajo seguimiento ecográfico del crecimiento fetal y del líquido amniótico; y prolijidad de restricción del crecimiento fetal como: enfermedad macrovascular o nefropatía (MSP, 2014).

Tratamiento

La Guía Práctica Clínica del Ministerio de Salud del Ecuador titulada: Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pregestacional y gestacional) asegura que el tipo de tratamiento sin el uso de fármacos se debe basar en terapias de nutrición y dieta con cambios del estilo alimentario y la realización moderada de ejercicio por parte de las pacientes, principalmente para lograr el peso idóneo en la gestante, reducir las fluctuaciones de glucosa y abastecer de energía apta y nutrientes que consientan un desarrollo fetal normal (MSP, 2014).

En el tratamiento farmacológico por otro lado se constituye en el momento que el anterior tratamiento explicado no satisfaga los que se busca lograr, es entonces se deberá suministrar metformina, debido a que este medicamento ha disminuir la morbilidad fetal e infantil, así como la mortalidad en países en desarrollo y continuar con el consumo de insulina como tratamiento de elección en mujeres embarazadas con diabetes (MSP, 2014).

De la misma manera la (OPS/OMS, 2018) con relación al tratamiento de la diabetes pregestacional, considera que las pacientes necesitan una atención obstétrica adecuada, en el caso de que se decida la interrupción pre-término del embarazo es importante utilizar la Betametasona como medicamento que permite conseguir la madurez pulmonar fetal y mantener el consumo de insulina regular mediante infusión intravenosa. Por otro lado en casos donde la insulina pueda

representar un riesgo muy alto por extremas condiciones psicosociales de las pacientes, se permite el uso Metformina. Otro medicamento que se postula en estos casos es la Glibenclamida y gracias a investigaciones ha sido aprobado por organismos nacionales e internacionales para su uso en mujeres gestantes con diabetes, han demostrado ser tan eficaz como la insulino terapia en el control de la hiperglicemia de las mujeres embarazadas refractarias a la restricción calórica. (OPS/OMS, 2018).

La paciente que es objeto de estudio en este caso clínico presento complicaciones de preeclampsia y bajo criterios de (MSP, 2016) se establece tratamientos tales como:

El tratamiento recomendado para la preeclampsia durante el embarazo es el parto. En la mayoría de los casos, dar a luz al bebé evita que la afección progrese (MSP, 2016).

- **Entrega**

Si tiene 37 semanas o más, el profesional obstetra puede inducir el parto, en este punto, el bebé se ha desarrollado lo suficiente y no se considera prematuro, en caso de que si la paciente tiene preeclampsia antes de las 37 semanas, el profesional obstetra considerará la salud materna y la del bebé al decidir el momento del parto (MSP, 2016). Esto depende de muchos factores, incluida la edad gestacional del bebé, si el trabajo de parto ha comenzado o no y qué tan grave se ha vuelto la enfermedad (Escuela de medicina UC, 2018).

- **Otros tratamientos durante el embarazo**

En algunos casos, el profesional obstetra puede dar medicamentos para ayudar a bajar su presión arterial, también puede suministrar medicamentos para el respectivo tratamiento de la diabetes pre gestacional, prevenir las convulsiones, una posible complicación de la preeclampsia (Meza, Castro, Laguna, & Cardenas, 2019). Es posible que el profesional obstetra quiera internar a la paciente para un control más completo, es posible que reciba medicamentos intravenosos (IV) para bajar la presión arterial, mantener los niveles de glucosa en la sangre o inyecciones de esteroides para ayudar a que los pulmones del bebé se desarrollen más rápidamente (OPS, 2018).

- **Tratamientos después del parto**

Según la Preeclampsia Foundation, una vez que nace el bebé, los síntomas de la preeclampsia generalmente se resuelven dentro de las 48 horas, la investigación ha encontrado que para muchas mujeres con preeclampsia, los síntomas se resuelven en el hígado y la función del riñón volverá a la normalidad en unos pocos meses. (Foundation, 2021)

Sin embargo, la preeclampsia también puede ocurrir después del parto, incluso si tuvo un embarazo sin complicaciones, por ejemplo el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano dice que la preeclampsia posparto generalmente ocurre entre 48 horas y 6 semanas después del parto (Escuela de medicina UC, 2018). Por esta razón, si la paciente tuvo preeclampsia durante el embarazo, es importante que reciba atención de seguimiento cercano y controles periódicos de la presión arterial después de dar a luz a su bebé. (Escuela de medicina UC, 2018)

Prevención

Diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2: manejo previo a la concepción

La atención previa a la concepción, incluido el asesoramiento sobre anticoncepción, idealmente debería brindarse a todas las mujeres en edad reproductiva (Mayo Clinic, 2021). El Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Australia y Nueva Zelanda (RANZCOG) ha desarrollado consejos generales previos a la concepción, que incluyen dejar de fumar, tomar alcohol y vacunas, en el caso de mujeres con diabetes tipo 1 y 2, la información específica relacionada con la diabetes debe discutirse anualmente para que las mujeres sean conscientes de los riesgos que ocasiona la diabetes en el embarazo (RANZCOG , 2019). La atención previa a la concepción debe empoderar a las mujeres con diabetes para que tengan una experiencia positiva en el embarazo y reduzcan el riesgo de resultados adversos para la madre y el bebé (OMS, 2018).

- **Suplementación con ácido fólico**

Las mujeres con diabetes tienen un mayor riesgo de tener un bebé con un defecto del tubo neural, incluso hay muchas controversias en torno a la suplementación con ácido fólico, con la práctica clínica extrapolada de estudios no

realizados en mujeres con diabetes preexistente (MSP, 2014). Para reducir el riesgo de un defecto del tubo neural, la OMS recomienda que se aconseje a las mujeres con diabetes que comiencen con ácido fólico de 2,5 a 5 mg al día, idealmente tres meses antes de la concepción y continúe hasta las 12 semanas de gestación, puesto que el no comenzar a tomar suplementos de ácido fólico antes del embarazo se asocia con un mayor riesgo de resultados adversos del embarazo, esto se rescata debido a evidencias pero así mismo no se recomiendan dosis diarias totales de ácido fólico >5 mg dado el potencial de daño, por lo tanto la dosis diaria total de ácido fólico no debe exceder los 5 mg (OMS, 2018).

- **Estado de la vitamina B12**

El estado de la vitamina B12, junto con el folato de los glóbulos rojos, debe evaluarse en mujeres con diabetes tipo 1 dada la asociación con anemia perniciosa, y mujeres con diabetes tipo 2 que han estado tomando metformina debido al riesgo de deficiencia de B12 asociado con su uso (aRgalys Essentiels, 2019). La vitamina B12 y el folato de glóbulos rojos también deben controlarse en personas con dieta vegetariana o vegana y trastorno inflamatorio intestinal (aRgalys Essentiels, 2019).

- **Autocontrol de glucosa en sangre**

Las mujeres que planean quedarse embarazadas deben recibir los conocimientos y las habilidades para lograr una glucemia óptima, el autocontrol de la frecuencia y los objetivos de glucosa en sangre es un componente clave de la gestión antes del embarazo (Perez, 2020).

Dado que la mayoría de las mujeres con diabetes requieren una intensificación del tratamiento de la diabetes para alcanzar los objetivos glucémicos óptimos previos a la concepción, se debe recomendar a las mujeres que aumenten la frecuencia del autocontrol de glucosa en sangre antes del embarazo, es decir crear una combinación de ayuno, antes de las comidas, después de las comidas, antes de conducir y durante la noche permite una evaluación más precisa de la glucemia y los requisitos de medicación (Perez, 2020).

- **Estilos de vida antes del embarazo.**

Come sano.- Esto es crucial cuando tiene diabetes, porque lo que come afecta su nivel de azúcar en la sangre, ningún alimento está estrictamente prohibido, concéntrate en comer solo lo que tu cuerpo necesita, consume muchas verduras, frutas y granos integrales, es decir elija productos lácteos sin grasa y carnes magras, limite los alimentos con alto contenido de azúcar y grasa, esto es aún más importante si toma insulina o medicamentos para controlar sus niveles de azúcar en la sangre (Michael Dansinger, 2021).

Ejercicio.- Si no está activo ahora, es hora de comenzar, no tienes que unirte a un gimnasio y hacer entrenamiento cruzado, simplemente camine, ande en bicicleta o juegue videojuegos activos, su meta debe ser 30 minutos de actividad que lo haga sudar y respirar un poco más fuerte la mayoría de los días de la semana, un estilo de vida activo lo ayuda a controlar su diabetes al reducir su nivel de azúcar en la sangre, también reduce las posibilidades de contraer enfermedades del corazón (Michael Dansinger, 2021).

Mantener chequeos.- Consulte a su médico al menos dos veces al año, la diabetes aumenta las probabilidades de enfermedades del corazón, así que aprenda sus números: colesterol, presión arterial y A1c (azúcar en sangre promedio durante 3 meses), hágase un examen completo de la vista todos los años, visite a un médico especialista en pies para verificar si hay problemas como úlceras en los pies y daños en los nervios (Michael Dansinger, 2021).

Manejar el estrés.- Cuando estás estresado, tus niveles de azúcar en la sangre aumentan, y cuando está ansioso, es posible que no controle bien su diabetes, puede olvidarse de hacer ejercicio, comer bien o tomar sus medicamentos, encuentre formas de aliviar el estrés: a través de la respiración profunda, el yoga o pasatiempos que lo relajen (Michael Dansinger, 2021).

Dejar de fumar.- La diabetes lo hace más propenso a tener problemas de salud como enfermedades cardíacas, enfermedades oculares, accidentes cerebrovasculares, enfermedades renales, enfermedades de los vasos sanguíneos, daños en los nervios y problemas en los pies si fuma su

probabilidad de tener estos problemas es aún mayor (Michael Dansinger, 2021).

Vigile su consumo de alcohol.- Puede ser más fácil controlar su nivel de azúcar en la sangre si no bebe demasiada cerveza, vino y licor, el alcohol puede hacer que su nivel de azúcar en la sangre suba o baje demasiado, controle su nivel de azúcar en la sangre antes de beber y tome medidas para evitar niveles bajos de azúcar en la sangre, si usa insulina o toma medicamentos para la diabetes, coma cuando esté bebiendo (Michael Dansinger, 2021).

Justificación

La preeclampsia se diagnostica en mujeres que presentan hipertensión acompañada de proteinuria u otros signos de disfunción orgánica grave en la segunda mitad del embarazo, en casos como estos el riesgo de preeclampsia aumenta de dos a cuatro veces entre las mujeres con diabetes tipo 1 o 2. (Mayo Clinic, 2021)

El manejo obstétrico de embarazos complicados se basa en gran medida en la experiencia clínica, las guías de manejo dadas por el Ministerio de Salud del Ecuador, los datos de estudio y antecedentes en investigaciones, en este caso hay pruebas muy limitadas de ensayos e investigaciones que conllevan la diabetes no controlada preexistente y la preeclampsia en mujeres gestantes, de tal manera que la realización del presente caso clínico llega a considerarse vital para la manera operaria del profesional obstetra en la actualidad (Perez, 2020).

El número limitado de mujeres embarazadas con diabetes preexistente no controlada y las dificultades asociadas con el diagnóstico de preeclampsia en mujeres con proteinuria antes del embarazo son barreras significativas para las investigaciones existentes. (OMS, 2016)

Las mujeres con diabetes tienen un mayor riesgo de resultados maternos y neonatales adversos y existen riesgos similares para la diabetes tipo 1 o tipo 2,

ambas formas de diabetes requieren una intensidad similar en el cuidado de la diabetes. (aRgalys Essentiels, 2019)

Se pretende que la realización del presente trabajo contribuya de forma visionaria al objetivo de salud que plantea el desarrollo sostenible sobre que en el 2030, exista una reducción de la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, además que contribuya a disminuir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar. (Naciones Unidas Ecuador , 2022)

La diabetes en el embarazo se asocia con riesgos para la mujer y el feto en desarrollo como el aborto espontáneo, la preeclampsia y el trabajo de parto prematuro son más comunes en mujeres con diabetes preexistente (OMS, 2018). Además, la retinopatía diabética puede empeorar rápidamente durante el embarazo causando la mortinatalidad, las malformaciones congénitas, la macrosomía, las lesiones en el nacimiento, la mortalidad perinatal y los problemas de adaptación posnatal (como la hipoglucemia) son más comunes en los bebés nacidos de mujeres con diabetes preexistente. (OPS & OMS , 2021)

El (INEC, 2020), asegura que para aquel año el índice de mortalidad materna fue del 57,6 por cada cien mil nacidos vivos. Cuya principal razón a lo largo de las últimas décadas se mantienen como: hemorragia y preeclampsia, donde la preeclampsia en muchos de los casos es originado por diabetes no controlada (Novoa, 2020).

El presente caso clínico se desarrollará a través de una metodología descriptiva e investigativa, y se fundamenta en una realidad causante de problemas maternos-fetales como lo es la diabetes no controlada y preeclampsia en mujeres gestantes lo que implica al obstetra a manejar la situación como un desafío único que puede tener graves consecuencias para la salud de la madre y en el bebé durante el embarazo y después del parto (Rojas Pérez , Lino Arturo ; et all , 2019). Finalmente es importante establecer que este documento investigativo se faculta en conocer los riesgos que conlleva esta patología, determinar la importancia del control materno en pacientes con preexistencia de diabetes y posibles tratamientos médicos a usar.

Objetivos

Objetivo General

- Analizar la conducta obstétrica de paciente secundigesta de 22 años con 30,6 semanas de gestación con preclamsia y diabetes no controlada.

Objetivos Especificos

- Determinar el nivel de conocimiento de la paciente sobre la diabetes en el embarazo.
- Establecer la importancia de controles prenatales en embarazos de alto riesgo.
- Mencionar el tratamiento de la diabetes en el embarazo.

Datos Generales

- **Código:** xxxx
- **Edad:** 22
- **Fecha de nacimiento:** 06/10/1999
- **Lugar de nacimiento:** Guayaquil
- **Sexo:** Femenino
- **Nacionalidad:** Ecuatoriana
- **Grupo sanguíneo:** 'O' positivo
- **Dirección:** Recinto "Las casitas"
- **Cantón y provincia:** Palenque / Los Ríos
- **Grupo cultural:** Mestiza
- **Ocupación:** Ama de casa
- **Fecha de admisión:** 06/01/2022

METODOLOGIA DEL DIAGNÓSTICO

Análisis del motivo de consulta

Paciente de 22 años de edad secundigesta acude a unidad hospitalaria Nicolás Cotto Infante con cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por cefalea y epigastralgia, con embarazo de 30.6 semanas de gestación y score mama 7.

Historial clínica del paciente

Antecedentes Personales y Familiares

- **Antecedentes patológicos personales:** Preeclampsia, diabetes, óbito fetal en embarazo anterior a las 29 semanas de gestación.
- **Antecedentes patológicos familiares:** Madre diabética.
- **Antecedentes alérgicos:** no refiere.
- **Hábitos:** No alcohol, no drogas.

Antecedentes Gineco- Obstétricos

- **Menarquia:** 14
- **Planificación familiar:** No usaba.
- **Parejas sexuales:** 1
- **FUM:** 4/06/2021
- **Vacunas:** si
- **Ecografía en Cs:** 2
- **PIG:** 1 año, 1 mes
- **Ciclos menstruales:** Irregulares
- **Inicio de vida sexual:** 19
- **AGO Gestas:** 1, **Cesárea:** 1, **Partos:** 0, **Abortos:** 0
- **Controles prenatales:** 2
- **ITS:** Ninguno

Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 22 años de edad secundigesta con embarazo de 30.6 semanas de gestación es referida el 6/01/2022 a nuestra unidad hospitalaria Nicolás Cotto Infante, por presentar cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por cefalea Holo craneana acompañada de epigastralgia con signos vitales de score mama 7, presión arterial 184/110, temperatura de 36.8, saturación 97, frecuencia respiratoria 20, con estado de conciencia alerta y proteinuria +++.

Examen Físico

- **Cabeza:** normocefalia
- **Cuello:** sin adenopatías
- **Tórax:** simétrico
- **Abdomen:** globoso compatible con edad gestacional.
- **TV:** cérvix cerrado
- **Extremidades:** con edema +++

Información de exámenes complementarios realizados

Ecografía: Feto: único, movimiento fetal: si, peso: 799 gr, maduración: 0, líquido amniótico: 12 ILA cm, Doppler de arteria cerebral, media: IP: 1.09, Doppler arteria umbilical: 1.51, índice cerebro placentario: 0.7. ID: embarazo de 30.6 semanas de gestación con preeclampsia severa + diabetes mellitus preexistente no controlada.

Tabla 1: Examen de la paciente.

BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA	
Hemoglobina	13.7
Hematocrito	41.2%
NEU	70.9%
Leucocitos	11.08
Plaquetas	233.000
Linfocitos	21.7%
RBC	4.78
TIPIFICACION SANGUINEA RH (D)	
Grupo sanguíneo: O positivo	

COAGULACION	
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 28 SEG	
Tiempo de protrombina (TP): 9	
QUIMICA	
Glucosa en Ayunas	307
Urea	26,8
Creatinina	0,66
TGO	22
TGP	28.8
AUTOINMUNES E INFECCIOSAS	
HIV 1-2 generación: no reactivo	
VDRL: no reactivo	
Antígeno F-Stándar covid: negativo	

*Fuente: Historial clínico de la paciente
Elaborado por: Deysi Eliana Arias España.*

Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

- **Diagnóstico presuntivo:** embarazo de 30.6 semanas con preeclampsia severa + diabetes mellitus preexistente no controlada.
- **Diagnóstico diferencial:** embarazo de 30.6 semanas con preeclampsia severa + diabetes mellitus preexistente no controlada.
- **Diagnóstico definitivo:** embarazo de 30.6 semanas con preeclampsia severa + diabetes mellitus preexistente no controlada.

Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

Paciente fue ingresada a hospital Nicolás Cotto Infante con clave azul a sala de emergencia por presentar cuadro de tres días de evolución caracterizado por cefalea Holo craneana acompañado de dolor epigástrico, donde se realizó la

valorización de signos vitales, exámenes para la aplicación de respectivo tratamiento y dar seguimiento pertinente a la paciente y al feto.

Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

Una vez confirmado el diagnóstico paciente de 30.6 semanas de gestación fue ingresada a hospital por preeclampsia severa + diabetes mellitus preexistente no controlada.

Los embarazos complicados por diabetes mellitus preexistente (DMP) se asocian con una alta tasa de resultados adversos, que incluyen una mayor tasa de aborto espontáneo, parto prematuro, preeclampsia, mortalidad perinatal y malformaciones congénitas; en comparación con la población de fondo. Los objetivos de este estudio son determinar la prevalencia de DMP e investigar los resultados maternos y neonatales de mujeres con DMP (Medline plus, 2021).

La preeclampsia afecta del 3 al 7% de las mujeres embarazadas, la preeclampsia aparece después de las 20 semanas de gestación; hasta el 25 % de los casos aparecen después del nacimiento, con mayor frecuencia en los primeros 4 días, pero a veces hasta 6 semanas después del nacimiento (Antonette Dulay, 2020).

Seguimiento

Primera evolución (06/01/2022) Hora: 14:20

Paciente acude a esta unidad hospitalaria por referir cuadro clínico 3 días de evoluciones caracterizado por cefalea Holo craneana + dolor de epigastria de leve intensidad + embarazo de 30.6 semanas cefalico único vivo, Lcf. 148, con signos vitales Score mama: 7, PA: 184/110, SPO2: 97, P: 96x-1, FR: 20, EC: alerta, T: 36.8, proteinuria: +++. Por lo cual se aplica clave azul.

Se aplicó tocolisis tratamiento de Nifedipino 10mg c/20 por 3 dosis, VO y luego C/6h. Dosis respuesta.

Dosis de impregnación, 4g de sulfato de magnesio + 80ml de solución salina al 0.9% pasar a 100gotas x min IV.

Dosis de mantenimiento 10g de sulfato de magnesio + 450ml de solución salina de 0.9% pasar en 17gotas x min x equipo de venoclipsis.

Se pone sonda foyler para controlar la diuresis.

Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis.

Tacto vaginal

Dilatación: cérvix cerrado

Borramiento: no se evidencia perdida de líquido amniótico, ni sangrado transvaginal

Ecografía: Feto: único, movimiento fetal: si, peso: 799 gr, maduración: 0, líquido amniótico: 12 ILA cm, Doppler de arteria cerebral, media: IP: 1.09, Doppler arteria umbilical: 1.51, índice cerebro placentario: 0.7. ID: embarazo de 30.6 semanas de gestación con preeclampsia severa + diabetes mellitus preexistente no controlada.

Segunda evolución (06/01/2022) Hora: 14:50

Se presentó los siguientes signos vitales: Score mama: 4, PA: 180/89, SPO2: 97, P: 98, FR: 19, EC: alerta, T: 36, T: ++++. Se continúa con dosis de mantenimiento. Se procede a realizar platilla para reportar paciente a hospital de mayor complejidad

Tercera evolución (06/01/2022) Hora: 15:50

Luego de varios minutos se presenta los siguientes signos vitales: Score mama: 5, PA: 172/86, SPO2: 98, P: 100, FR: 19, EC: alerta, T: 36.8, T: +++.

Cuarta evolución (06/01/2022) Hora: 16:00

Tras varios minutos de evolución paciente presenta los siguientes signos vitales: Score mama: 5, PA: 150/90, SPO2: 99, P: 100, FR: 19, EC: alerta, T: 36.7, T: +++.

Quinta evolución (06/01/2022) Hora: 16:50

Después de una hora de la revisión por el obstetra paciente muestra los siguientes signos: Score mama: 5, PA: 151/98, SPO2: 99, P: 97, FR: 21, EC: alerta, T: 36.8, T: +++

Sexta evolución (06/01/2022) Hora: 17:20

Siendo las cinco horas con veinte minutos de la tarde se presenta los siguientes signos: Score mama: 4, PA: 149/87, SPO2: 99, P: 99, FR: 21, EC: alerta, T: 36.8, T: +++. Hospital del Guasmo Sur indica que tiene cupo, por lo cual se procede a transferir a la paciente.

Observaciones

- Como parte de antecedentes la paciente registró cesárea anterior de emergencia por muerte fetal por motivo de preeclampsia severa + diabetes no controlada.
- Factores relevantes como no conservar una dieta balanceada y no realizar ejercicio antes y durante el embarazo contribuyeron para el cuadro clínico de la paciente.
- Durante su hospitalización se realizaron los respectivos exámenes, para la aplicación del tratamiento adecuado, luego de seguir el respectivo score mama, donde cada tiempo determinado se realizaba el seguimiento para corroborar los signos vitales de paciente, finalmente es transferida a hospital de mayor complejidad del Guasmo en Guayaquil.

CONCLUSIONES

Como un análisis a la paciente objeto de estudio sobre su conocimiento acerca de la diabetes, basándome en sus antecedentes patológicos familiares que reflejan una madre diabética y antecedentes patológicos prenatales donde se visualiza que ha presentado diabetes, preeclampsia y óbito fetal en embarazo anterior a las 29 semanas de gestación, estos datos permiten establecer que la paciente tiene el conocimiento sobre lo que es la diabetes y ha vivido como sujeto la experiencia de presentar complicaciones por esta enfermedad crónica en su anterior embarazo que tuvo como desenlace muerte fetal, mas sin embargo teniendo este conocimiento la paciente no medito o reflexiono en seguir con un control médico oportuno para el tratamiento de la diabetes y que al mantenerla

controlada le permitía comenzar con la planificación familiar y el control prenatal que beneficia en la reducción de la tasa porcentual de manifestaciones sobre complicaciones como la preeclampsia y abastecer de energía apta y nutrientes que consientan un desarrollo fetal normal.

Al momento que fue transferida se tuvo conocimiento que a la paciente se le ofreció ligadura el cual paciente rechazó, también se sabe que subcentro de salud del cual pertenece se encuentra en visitando a la paciente y tratando de llevar un control oportuno con pacientes e familiares.

Las mujeres con diabetes tipo 1 o tipo 2 tienen un mayor riesgo de resultados adversos del embarazo, complicaciones hipertensivas maternas, parto prematuro, cesárea, traumatismo del parto, por lo que se debe brindar información y asesoramiento a todas las mujeres en edad reproductiva para que sean conscientes de los riesgos asociados con la diabetes en el embarazo y los riesgos inherentes de un embarazo no planeado. La anticoncepción adecuada debe ser discutida en cada revisión anual.

Es necesario aconsejar a las mujeres que mantengan el uso de métodos anticonceptivos fiables hasta que se logre una glucemia estable y aceptable y la mujer esté preparada para concebir. La atención prenatal reduce las complicaciones durante el embarazo y previene problemas durante el parto, brinda información vital sobre los cambios físicos que podrían poner en riesgo el embarazo o la salud materna. La atención prenatal es especialmente crucial para las mujeres con embarazos de alto riesgo. Los elementos clave en el manejo de embarazos complicados por diabetes pregestacional deben ser:

- Lograr y mantener un excelente control glucémico, evitando la hipoglucemia.
- Detección, seguimiento e intervención para complicaciones médicas maternas no glucémicas (p. ej., retinopatía, nefropatía, hipertensión, enfermedad cardiovascular).
- Vigilancia de complicaciones fetales y obstétricas (p. ej., anomalías congénitas, preeclampsia, macrosomía, compromiso del bienestar fetal),

con intervención oportuna para minimizar los resultados adversos, cuando sea posible.

REFERENCIAS

1. Antonette Dulay. (octubre de 2020). *Preeclampsia* MANUAL MSD. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia>
2. Aoife, M., Egan , M. L., & Vella, A. (2021). Diabetes, función renal y prevención durante el embarazo. *Intramed*.
3. aRgalys Essentiels. (13 de agosto de 2019). *Diabetes de tipo 2, metformina y vitamina B 12*. Obtenido de aRgalys Essentiels: <https://www.argalys.com/es/diabetes-de-tipo-2-metformina-y-vitamina-b-12/>
4. CDC. (Febrero de 26 de 2020). *Diabetes tipo 1 y 2 y embarazo*. Obtenido de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades: <https://www.cdc.gov/pregnancy/spanish/diabetes-types.html>
5. Dulay, A. (2020). *Preeclampsia y eclampsia*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia>

6. Escuela de medicina UC. (Septiembre de 2018). *Manual Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de Escuela de medicina UC: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
7. Foundation, P. (03 de Agosto de 2021). *Preeclampsia* . Obtenido de Preeclampsia Foundation : <https://www.preeclampsia.org/what-is-preeclampsia>
8. INEC. (2020). *Registro Estadístico de Defunciones Generales 2020*. Obtenido de INEC: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/2021-06-10_Principales_resultados_EDG_2020_final.pdf
9. Manteca González, A. (2019). *Medicina de Familia*. Madrid, España: Andalucía.
10. Mayo Clinic. (11 de noviembre de 2021). *Diabetes tipo 1*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-1-diabetes/symptoms-causes/syc-20353011>
11. Mayo Clinic. (01 de Julio de 2021). *Presión arterial alta (hipertensión)*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410>
12. Medline Plus. (26 de febrero de 2020). *pruebas de proteínas*. Obtenido de Medline Plus: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-proteinas-en-la-orina/>
13. Medline plus. (20 de diciembre de 2021). *Diabetes y el embarazo*. Obtenido de Medline plus: <https://medlineplus.gov/spanish/diabetesandpregnancy.html>
14. MedlinePlus. (8 de septiembre de 2021). *Diabetes tipo 2*. Obtenido de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/diabetestype2.html>
15. Meza, A., Castro, P., Laguna, N., & Cardenas, D. (2019). Proceso de atención de Enfermería en paciente con preeclampsia severa: reporte de caso. Machala-Ecuador. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica*.
16. Michael Dansinger. (15 de mayo de 2021). *6 cambios en el estilo de vida para controlar la diabetes*. Obtenido de WebMD: <https://www.webmd.com/diabetes/diabetes-lifestyle-tips>
17. Middlesex Health. (2022). *Diabetes*. Obtenido de <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/diabetes>
18. MSP. (2014). *Guía para el diagnóstico y tratamiento de diabetes en el embarazo (pregestacional y gestacional)*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Diabetes-en-el-embarazo.pdf>

19. MSP. (2016). *Trastorno hipertensivo guía clínica edición 2016*. Obtenido de MSP: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
20. Naciones Unidas Ecuador . (2022). *ODS 3- SALUD Y BIENESTAR*. Obtenido de ONU : <https://ecuador.un.org/es/sdgs/3>
21. NIH . (2020). *El embarazo y diabetes*. Obtenido de National Institutes of Health: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/embarazo-diabetes#:~:text=Sin%20embargo%2C%20investigaciones%20han%20demostrado,mujeres%20que%20no%20tienen%20diabetes.>
22. Novoa. (2020). *Mortalidad materna en Ecuador: una mirada crítica*. Quito - Ecuador. Obtenido de <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/la-mortalidad-materna-se-disparo-20-puntos-ecuador-durante-la-pandemia>
23. OMS. (2016). *INFORME MUNDIAL SOBRE LA DIABETES*. MEO design. Obtenido de Organización Mundial de la Salud .
24. OMS. (19 de Febrero de 2018). *Nacimientos prematuros*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
25. OMS. (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Obtenido de OMS: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>
26. OPS & OMS . (2021). *Diabetes* . Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
27. OPS. (2018). *Introduction. Diabetes & Pregnancy*. Obtenido de Pan American Health Organization: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/intro-conf-diabetes-pregnancy.pdf>
28. OPS/OMS. (2018). *TRATAMIENTO DE LA DIABETES Y LA HIPERGLUCEMIA EN EL EMBARAZO*. Obtenido de DIABETES Y EMBARAZO EXPERIENCIA VENEZOLANA (FOTO EMBARAZADA CRIOLLA): <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/tratamiento-diabetes-hiperglucemia-embarazo.pdf>
29. Perez, A. (29 de febrero de 2020). *ENDO*. Obtenido de Endocrinología, Diabetes y Nutrición: https://static.elsevier.es/congresos/pdf/112/endo_2020_2.pdf
30. Pico Bermúdez, C. L. (2021). *UNESUM* . Obtenido de Factores de riesgos maternos y diabetes mellitus: <http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/3090/1/PICO%20BERMUDEZ.pdf>

31. RadioMeter . (2020). *El lactato como ayuda para el diagnóstico y manejo de la sepsis*. Obtenido de RadioMeter : <https://www.radiometer.es/es-es/diagn%C3%B3stico/detecci%C3%B3n-de-la-sepsis/lactato>
32. RANZCOG . (2019). *Diabetes en el embarazo, prevención y seguimiento* . Obtenido de Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Australia y Nueva Zelanda:
https://hmong.es/wiki/Royal_Australian_and_New_Zealand_College_of_Obstetricians_and_Gynaecologists
33. Reinoso Tipán , P. M. (2021). *Causas de hospitalización en pacientes diabéticos atendidos en el servicio de emergencia del hospital general docente calderón en el período enero a diciembre 2018*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/24997/1/FCM-CPO-REINOSO%20PATRICIA.pdf>
34. Rojas Pérez , Lino Arturo ; et all . (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Revista Eugenio Espejo*, vol. 13 núm. 2, 79-91.
35. Stanford Children´s Health. (2021). *Parto por cesárea*. Obtenido de Stanford Children´s Health:
<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=partoporcesrea-92-P09282#:~:text=El%20parto%20por%20ces%C3%A1rea%20es,ambos%20que%20el%20parto%20vaginal>.
36. Stavis, R. L. (junio de 2019). *Recién nacido grande para su edad gestacional*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/problemas-generales-del-reci%C3%A9n-nacido/reci%C3%A9n-nacido-grande-para-su-edad-gestacional>

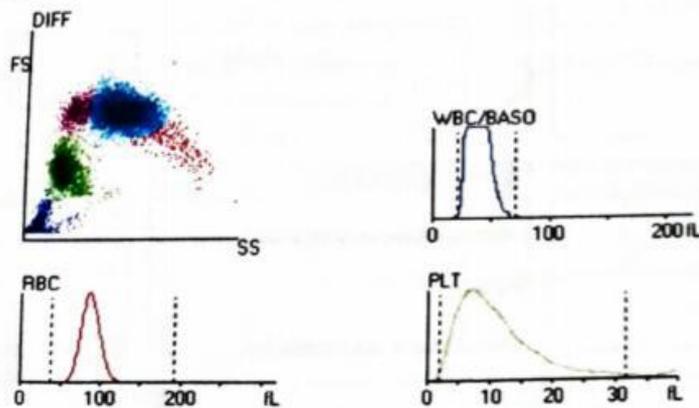
ANEXOS

Informe análisis hematología

ID pac: 0959213406 Apellido: Samaniego... Nombre: Maria Ether Sexo: Mujer
 Edad: 22Ed Fech nac: Dpto: EMERGENCIA Nº cama:
 ID muestr: 00399 Hora prue: 06-01-2022 15:06 Modo: WB CBC+DIFF

Parámetro		Result	Unid	Rango ref
WBC	H	11.08	x10³/uL	4.00 - 10.00
Neu%	H	70.9	%	50.0 - 70.0
Lym%		21.7	%	20.0 - 40.0
Mon%		4.6	%	3.0 - 12.0
Eos%		2.4	%	0.5 - 5.0
Bas%		0.4	%	0.0 - 1.0
Neu#	H	7.85	x10 ³ /uL	2.00 - 7.00
Lym#		2.41	x10 ³ /uL	0.80 - 4.00
Mon#		0.51	x10 ³ /uL	0.12 - 1.20
Eos#		0.26	x10 ³ /uL	0.02 - 0.50
Bas#		0.05	x10 ³ /uL	0.00 - 0.10
RBC		4.78	x10⁶/uL	3.50 - 5.00
HGB		13.7	g/dL	11.0 - 15.0
HCT		41.2	%	37.0 - 47.0
MCV		86.2	fL	80.0 - 100.0
MCH		28.6	pg	27.0 - 34.0
MCHC		33.1	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		11.9	%	11.0 - 16.0
RDW-SD		43.1	fL	35.0 - 56.0
PLT		233	x10³/uL	150 - 450
MPV		10.0	fL	6.5 - 12.0
PDW		16.4	%	9.0 - 17.0
PCT		0.233	%	0.108 - 0.282
* ALY%		0.6	%	0.0 - 2.0
* LIC%		1.7	%	0.0 - 2.5
* ALY#		0.07	x10 ³ /uL	0.00 - 0.20
* LIC#		0.19	x10 ³ /uL	0.00 - 0.20

*** sólo uso en investigación, no para diagnóstico



Entreg: OBS SANTANA Operador: admin
 Hor traz: Hor entr:
 Coment: LCDO ERICK GUERRERO COELLO

Valida: Impr hora: 06-01-2022 15:42:09

* El resultado sólo es válido para la muestra analizada esta vez.



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE
MSP	HOSP YCI	1234	5	8	12	HISTORIA CLINICA
						0959213406

1 REGISTRO DE ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Samanejo		Barbato		Renata	Esther	0959213406	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA)		BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (URB)	N° TELÉFONO
Cno Los Conites			Polanco	Los Rios			0992433960
FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAIS)	GRUPO CULTURAL	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	SEXO	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO
06/10/1990	Guayaquil	Ecuatoriano		22	F	casado	Secundaria
FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE		
06/01/2022	señal de cont		PO				
EN CASO NECESARIO AVISAR A:		PARENTESCO - AFINIDAD		DIRECCIÓN		N° TELÉFONO	
Jose Dolanuez		Esposa		Cno Los Conites		0993413172	
FORMA DE LEGADA		FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE		N° TELÉFONO		
		paciente					
AMBULATORIO	AMBULANCIA	OTRO TRANSPORTE					
<input checked="" type="checkbox"/>							

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

HORA	TRAUMA	CAUSA CLÍNICA	CAUSA G. OBSTÉTRICA	CAUSA QUIRÚRGICA	GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh
14:20					
NOTIFICACIÓN A LA POLICIA	OTRO MOTIVO	cefalea			

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

FECHA Y HORA DEL EVENTO	LUGAR DEL EVENTO	DIRECCIÓN DEL EVENTO		CUSTODIA POLICIAL			
ACCIDENTE DE TRANSITO	CAIDA	QUEMADURA	MORDEDURA	AHOGAMIENTO	CUERPO EXTRAÑO	APLASTAMIENTO	OTRO ACCIDENTE
VIOLENCIA X ARMA DE FUEGO	VIOLENCIA X ARMA C. PUNZANTE	VIOLENCIA POR RIÑA	VIOLENCIA FAMILIAR	ABUSO FÍSICO	ABUSO PSICOLÓGICO	ABUSO SEXUAL	OTRA VIOLENCIA
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	INTOXICACIÓN X DROGAS	INHALACIÓN DE GASES	OTRA INTOXICACIÓN	ENVENENAMIENTO	PICADURA	ANAFILAXIA
OBSERVACIONES							
No aplica							
						ALIENTO ETÍLICO	VALOR ALCOHOL

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

DESCRIBIR ABAJO, REGISTRANDO EL NUMERO RESPECTIVO

1. ALÉRGICO	2. CLÍNICO	3. GINECOLÓGICO	4. TRAUMATÓG.	5. QUIRÚRGICO	6. FARMACOLÓG.	7. PSIQUIÁTRICO	8. OTRO
Alérgicos: No refiere							
APD: Diabetes y hipertensión, dislipidemia							
APF: madre diabética							
APO: GIC PO AO							
PTG: 2 años 1 mes							

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

DESCRIBIR CRONOLOGÍA - LOCALIZACIÓN - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES

VIA AÉREA LIBRE	VIA AÉREA OBSTRUIDA	CONDICIÓN ESTABLE	CONDICIÓN INESTABLE
<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Paciente de 22 años de edad, sumoipungo, que refiere un primer episodio de 3 días de presencia cefalopénea por cefalea y episodios de náusea al exacerbarse: cefalea \pm 30,6 mmHg. Cefalopénea cesa; uno (CF: 148x) de evolución de todo tipo: cefalea cesa, no se refiere. Primer episodio de náusea, un episodio de náusea de inicio PO.			

1 EVOLUCION		
FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION
06/05/2022	14:30	Paciente de 22 años de edad AGO: G1 C1 Po 10. FUM: 4/06/2021. PTG: 1 año 1 mes. AOX: bueno. AGO: G1 C1 Po 10. APP: Diabetes. APF: Madre Diabética. Alapros: No refiere. Paciente acude a esta Unidad Hospitalaria por referir cuadro clínico de ± 3 días de evolución caracterizado por repentina náuseas, vomitos de contenido al. exome. Embargo + 30,6 semanas cefálico, único, un ICT: 149x. Anamnesis: amara. Historia fetal: Solos. Cefalalgia no evidenciada perdida de conocimiento. Tapsupel. ni pérdida de conciencia. Quiétopos no. STU: Edema en extremidad inferior. Dure masa: 7. PS: 194/110 P: 96x' F: 36,8 FR: 20. SpO2: 97 EC: Pleno T: (+++)
		Rob: Paciente refiere que no se ha controlado el Diabetes durante el embarazo.
		IP: Embarazo + 30,6 semanas + Recurrencia de Diabetes Mellitus preexistente sin otros antecedentes.

2 PRESCRIPCIONES	
FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERÍA Y OTRO PERSONAL)	ADICIONALES FARMACOS INDICADOS
Control de Lipidemia	
Control de azúcar	
Acetaminofen	
Insulina	
Aspiración de lo que se excreta de la BNC, según sea necesario. VIT, TP, TTP, TPO, TPO medio, Creatinina, ácido úrico, Glucosa COVID	
Administración de equie multidisciplinaria	
Solo Plasma C/30'	
Paracetamol 10 mg q 12h por 3 días	
Sulfato de Magnesio 40x + 80x de Solu. 0.9% para a su 30 minutos	
Sulfato de Magnesio 100 + 450cc de Solu. 0.9% para a 1 hora	
Nexoprofeno 8mg IM. hasta tolerancia 3 días de náusea leve	
Suero variado	
Control de azúcar	
Control de lipídios	
Se realiza perfil para referir a la Unidad de Urgencias	

Katherine
 [Signature]