



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE OBSTETRICIA**

Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado de  
Obstetriz/

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO**

“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PACIENTE PRIMIGESTA DE 27 AÑOS CON 35  
SEMANAS, DIABETES TIPO1, PREECLAMPSIA Y PARTO PRETÉRMINO”

**AUTOR**

Jennifer Brigitte Meléndez Pazos

**TUTOR**

Obst. Ana Emperatriz Yupa Pallchisaca

Babahoyo\_ Los Ríos\_ Ecuador



2022

## ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO.....	4
II. DEDICATORIA.....	5
III. TEMA .....	6
IV. RESUMEN.....	7
V. ABSTRACT .....	8
VI. INTRODUCCIÓN.....	9
1. MARCO TEORICO .....	12
1.1. DEFINICIÓN .....	12
1.2. CAUSAS .....	13
1.2.1. INCIDENCIAS .....	13
1.2.2. FACTORES DE RIESGO .....	14
1.2.3. COMPLICACIONES.....	14
1.3. ETIOLOGÍA .....	15
1.4. FISIOPATOLOGÍA.....	15
1.5. EPIDEMIOLOGIA .....	16
1.6. PRONOSTICO .....	16
1.6.1. MATERNO .....	17
1.6.2. NEONATAL.....	17
1.7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	17
1.8. DIAGNOSTICO.....	18
1.9. TRATAMIENTO .....	18
1.10. JUSTIFICACIÓN.....	20
1.11. OBJETIVOS.....	21
1.11.1. OBJETIVO GENERAL .....	21



1.11.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
1.12. DATOS GENERALES .....	22
2. METODOLOGÍA DE DIAGNOSTICO .....	22
2.1. ANÁLISIS DE MOTIVO DE CONSULTA.....	22
2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE .....	22
2.3. ANAMNESIS.....	24
2.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA .....	24
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO .....	26
2.5.1. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO .....	26
2.5.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	26
2.5.3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO .....	26
2.6. ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	26
2.7. TRATAMIENTO .....	¡Error! Marcador no definido.
2.8. SEGUIMIENTO .....	31
2.9. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	31
3. OBSERVACIONES .....	32
4. CONCLUSIONES.....	32
5. BIBLIOGRAFIA.....	33
6. ANEXOS .....	36



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



**I. AGRADECIMIENTO**

Este agradecimiento y gratitud para todas las personas que me han brindado su apoyo durante todo el tiempo de mi carrera y este proyecto de grado, principalmente a mi Señor Jesús y a mi Dios ya que ellos siempre han estado hay protegiéndome y guiándome en el transcurso de mi vida, a mis padres que desde pequeña me inculcaron la disciplina y luchar por los sueños y nunca darme por vencida y a mis docentes por transmitir las enseñanzas que trae mi carrera

Ahora gracias a estas personas estoy muy cerca para poder festejar un logro importante en vida.

*Jennifer Meléndez Pazos*



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



## **II. DEDICATORIA**

En el presente trabajo investigativo dedico principalmente a mi Señor Jesús y a mi Dios por ser el motor y el centro de mi vida por la inteligencia y sabiduría que me ha otorgado en el transcurso de cada día de mi preparación en la carrera profesional.

A mis padres, mis hermanas y demás familiares que me han brindado su apoyo incondicional para cumplir cada una de mis metas y anhelos que me he propuesto en al estudiar esta carrera y en este proceso investigativo, a todos ellos con mucho amor y cariño les dedico mi esfuerzo y dedicación en este proyecto de grado.

*Jennifer Meléndez Pazos*



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



### **III. TEMA**

**“CONDUCTA OBSTETRICA EN PACIENTE PRIMIGESTA DE 27 AÑOS CON  
35 SEMANAS, DIABETES TIPO 1, PREECLAMPSIA Y PARTO PRETÉRMINO”**



#### **IV. RESUMEN**

El embarazo en mujeres con diabetes mellitus tipo 1 (DMT1) se asocia con un mayor riesgo de preeclampsia, malformaciones congénitas, complicaciones obstétricas, y morbilidad neonatal. Estos resultados adversos están relacionados, al menos en parte, con la atención preconcepcional, especialmente con el nivel de control de la glucemia.

Se ha demostrado que el control glucémico intensivo y la planificación previa a la concepción disminuyen la tasa de muerte fetal y malformaciones observadas en embarazadas complicadas por diabetes mellitus tipo 1 (DMT1).

Un manejo correcto permite la prevención complicaciones maternas y fetales que se encuentran directamente relacionadas a esta patología. También es importante que se realice un control de seguimiento postparto, el cual debe formar parte de la evaluación integral del puerperio de la paciente que padece diabetes. Por otra parte, los avances recientes en las formulaciones de insulina y los métodos de administración han aumentado la cantidad de opciones disponibles para el equipo obstétrico.

En el presenta caso clínico se decidió realizar un estudio sobre la diabetes mellitus tipo 1(DMT1) con paciente primigesta de 27 años con 35.4 semanas de gestación, el cual se presentó en el hospital Sagrado Corazón de Jesús. De esta manera se va a detallar los factores de riesgo de dicha paciente.

**PALABRAS CLAVES:** Diabetes Mellitus Tipo 1, Preeclampsia, Embarazo, Parto pretérmino



## **V. ABSTRACT**

Pregnancy in women with type 1 diabetes mellitus is associated with an increased risk of preeclampsia, congenital malformations, obstetric complications, and neonatal morbidity. These adverse outcomes are related, at least in part, to preconception care, especially the level of glycemic control.

Intensive glycemic control and preconception planning have been shown to decrease the rate of stillbirth and malformations seen in pregnant woman complicated by type 1 diabetes mellitus (DMT1).

Correct management allows the prevention of maternal and fetal complications that are directly related to this pathology. It is also important that a postpartum follow-up check is carried out, which should be part of the comprehensive evaluation of the patient (publica, 2014) with diabetes. Furthermore, recent advances in insulin formulations and delivery methods have increased the number of options available to the obstetric team.

In the present clinical case, it was decided to carry out a study on type 1 diabetes mellitus (DMT1) with a 27 year-old primigravid patient with 35.4 weeks of gestations, who presented at the Sagrado Corazón de Jesús hospital. In this way, the risk factors of said patient will be detailed.

**KEY WORDS:** Type 1 Diabetes Mellitus, Preeclampsia, Pregnancy, Preterm labor



## **VI. INTRODUCCIÓN**

La diabetes tipo 1 es un síndrome clínico metabólico resultado de la falla primaria de la producción endógena de insulina, al no tratar la diabetes mellitus tipo 1 (DMT1) puede desencadenar un problema muy grave como es la preeclampsia. (Saughi, SciELO, 2005)

La preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad, mortalidad materna y fetal. La diabetes mellitus pregestacional, como se observa en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DMT1), es un factor de riesgo bien conocido para la preeclampsia. El riesgo de desarrollar preeclampsia en pacientes grávidas con Diabetes mellitus tipo 1 (DMT1) es del 12 % al 15 %, en comparación con el 5 % al 7 % en la población general. En pacientes con nefropatía preexistente el riesgo se eleva hasta un 50%. (Rep, 2016)

La preeclampsia se diagnostica en mujeres que presentan hipertensión y proteinuria de nueva aparición durante la segunda mitad del embarazo. también se puede diagnosticar en ausencia de proteinuria en mujeres hipertensas con edema pulmonar insuficiencia renal progresiva, deterioro de la función hepática trombocitopenia o trastornos cerebrales o visuales de nueva aparición. (Rep, 2016)

El parto es la única cura conocida para la preeclampsia también tiene implicaciones para la salud a largo plazo. Este efecto se explica en parte por el hecho de que muchos factores de riesgo de preeclampsia también están asociados con la resistencia a la insulina, incluida la obesidad, la edad materna avanzada, la raza no blanca, la hipertensión crónica, la Diabetes mellitus tipo 1 (DMT1), Diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), y la diabetes gestacional. (Rep, 2016)

Se debe ofrecer información y asesoría a todas las mujeres con Diabetes mellitus tipo 1 que están planificando un embarazo. se debe recomendar a la paciente buscar cuidado preconcepcionales y se le debe suministrar información que incluya los siguiente (MSP, Guía de práctica clínica, 2014, pág. 17)

Riesgo de complicaciones en el embarazo y como reducirlas con un buen control
---



glucémico .
Dieta, control de peso y ejercicio, incluyendo reducción de peso en mujeres con un índice de masa corporal (IMC) sobre 25kg/m <sup>2</sup> .
Hipoglucemia y como identificar la misma .
Náuseas y vómitos relacionados con el embarazo y control glucémico .
Evaluación de la retina y del riñón .
Cuando detener la anticoncepción en caso de tenerla.
Tomar suplemento de ácido fólico (5mg/día) tres meses antes y durante el embarazo (1mg/día).
Revisar todos los posibles cambios en la medicación, en los objetivos glucémicos y en la rutina de automonitoreo.

(MSP, Guía de práctica clínica, 2014, pág. 17)

El índice de masa corporal (IMC), que se calcula en el primer trimestre del embarazo se considera normal entre 19,8 y 26,0 (al menos en las embarazadas con diabetes), de forma que valores inferiores identifican deficiente nutricional preconcepcional y valores superiores sobrepeso preconcepcional y ambas situaciones merecen intervención preventiva que incluya consejería nutricional. La deficiencia de nutrición identifica riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer mientras que el sobrepeso se relaciona con riesgos de preeclampsia y diabetes mellitus gestacional. (Herrera Sánchez, 2018).

La ganancia de peso recomendada, según el Instituto de medicina de los Estados Unidos de norte América en las mujeres embarazadas sin escoger, ha sido: 12,5 a 18,0 kg en mujeres de bajo peso con índice de masa corporal (IMC) menor de 19,8 de 11,0 a 16,0kg en mujeres normo peso con índice de masa corporal (IMC 19,8 a 26,0), de 7,0 a 11,0kg en mujeres sobrepeso con índice de masa corporal (IMC 26,1 a 29,0), y de 7,0kg en aquellas catalogada de obesas con índice de masa corporal (IMC superior a 29,0). (Ginecol, 2012)

En las líneas generales, estas son indicadores con la que se asume la atención a las embarazadas con diabetes, sin tener en consideración las alteraciones metabólicas de estas mujeres embarazadas cualquiera que sea la intensidad del trastorno metabólico. (Ginecol, 2012)



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



Se sabe que la falta de conocimiento e identificación de síntomas y signos de peligro en el embarazo exponen a un riesgo tanto a la madre como al feto.

Que la gestante tenga conocimientos correctos, hace que la búsqueda de ayuda sea más rápida y como consecuencia se toma acciones positivas en beneficios de la salud. De ahí radica la importancia de difundir no solo al personal de salud sino también a las mujeres en edad fértil y su entorno para reconocer los principales signos y síntomas de peligro y así colaborar en la búsqueda temprana de ayuda y como consecuencia reducir las complicaciones obstétrica. (Frías-Ordoñez et al., 2016)

A pesar de que se han realizado importante esfuerzo, continúa haciendo un desafío para el sector salud evitar las muertes de mujeres y neonatos por causa prevenibles, particularmente en el área rural y las mujeres indígenas. En el año 2007, el modelo de cuatro demoras indica que las mujeres murieron por causas prevenibles:

Alrededor del 35% de muertes se dio por falta de reconocimiento de las señales de peligro.
30% ocurrió debido a que se tomó de forma tardía la decisión de traslado a un centro asistencial.
23% ocurrió debido a los elevados costos de transporte y distancia a los centros a los centros de atención.
41% se dio porque el centro de atención no pudo atender a la paciente de forma educada en la emergencia.

(Martinez, 2018)

La salud y desarrollo de las mujeres es importan para el proceso de nuestro país y la disminución de la mortalidad materna es un indicador de desarrollo social.

La mortalidad materna puede prevenirse, mejorando los conocimientos tanto de la embarazada como la de las personas que están que están a su alrededor, acerca de los cuidados del embarazo, pero principalmente de las señales de peligro. (Martinez, 2018)



## **1. MARCO TEORICO**

### **1.1. DEFINICIÓN**

La preeclampsia un síndrome específico del embarazo caracterizado por hipertensión de inicio reciente y proteinuria después de las 20 semanas de gestación causa una morbilidad y mortalidad materna y fetal significativas afecta el 4 a 6% de las embarazadas en todo el mundo, pero en presencia de diabetes mellitus tipo 1 materno su prevalencia aumenta 4 veces.

La preeclampsia se ha asociado con mayor riesgo futuros de desarrollar enfermedades cardiovasculares y diabetes tanto en madre como en hijos. Actualmente, no existe predictores confiables para la preeclampsia ni estrategias efectivas de prevención aparte del parto. Se necesita con urgencia una mejor comprensión de los mecanismos de la enfermedad. (SOCIETY, 2012)

Para el estudio prospectivo de la preeclampsia el contexto del embarazo diabético trae dos ventajas importantes: un alto rendimiento de casos y el potencial para dilucidar los mecanismos no solo de la preeclampsia en diabetes y en general sino también de las complicaciones vasculares en la diabetes. (SOCIETY, 2012)

Los factores implicados como mecanismos para la preeclampsia, respaldados en su mayoría por estudios transversales de embarazo tardío en mujeres no diabéticas, incluyen disfuncional endotelial, desequilibrio entre factores pro y antiangiogénicos, peroxidación lipídica, estrés oxidativo, inflamación sistémica y dislipidemia. Curiosamente, estos factores también se han implica en la patogenia de las complicaciones vasculares de la diabetes, lo que sugiere que los mecanismos comunes podrían ser la base de la preeclampsia y las complicaciones vasculares diabéticas. (SOCIETY, 2012)

Según (Iberoamericana et al., 2022) algunos estudios muestran una elevación general de endoglina entre las mujeres con diabetes mellitus tipo 1 al final del embarazo, pero antes del inicio de la preeclampsia. Debido a que la endoglina es uno de los dos únicos factores antiangiogénicos que, en conjunto, se cree que contribuyen un requisito previo para la preeclampsia, esto podría explicar la alta prevalencia de preeclampsia en la diabetes. (SOCIETY, 2012)



Sin embargo, las anomalías que surgen antes en el embarazo también son de interés y podrían proporcionar conocimientos predictivos y mecanismos adicionales incluidos los motivos de la evolución de la endoglina. En este sentido, recientemente mostramos que los niveles más bajos de caroteno al principio del embarazo esta asociados con preeclampsia posterior en mujeres con diabetes mellitus tipo 1 (SOCIETY, 2012)

## **1.2. CAUSAS**

### **1.2.1. INCIDENCIAS**

La diabetes preexistente es un factor de riesgo para la preeclampsia en comparación con la incidencia relativamente baja de preeclampsia en mujeres no diabéticas la preeclampsia se diagnostica en el 15 a 20% de los embarazos en mujeres con diabetes mellitus tipo 1.

En un estudio poblacional de partos en el estado de Washington, la diabetes preexistente fue un factor de riesgo tanto para el inicio temprano (diagnostico en las 34 semanas de gestación índice de riesgo (HR):1,87, intervalo de confianza (IC) del 95%: 1,60-2,81) y preeclampsia de aparición tardía (HR:2,46,IC del 95%:2,32-2,61) los factores de riesgos conocidos para la preeclampsia entre las mujeres con diabetes tipo 1 incluye nuliparidad, edad materna avanzada, preeclampsia previa, hipertensión, diabetes de mayor duración, microalbuminuria, nefropatía, retinopatía y control glucémico deficiente. (Medina-Pérez et al., 2017)

La investigación de la preeclampsia en mujeres con diabetes mellitus tipo 1(DMT1) se complica por dos factores. En primer lugar, a menudo se requieren estudios multicentricos y reclutamiento durante un periodo de tiempo prolongado para obtener un número suficiente de mujeres preeclámplicas con diabetes. (Gaitan & Ampudia, 2022)

Muchos investigadores abordan este desafío agrupando a mujeres con diabetes tipo 1 y tipo 2 o combinando mujeres con diabetes con otros grupos de alto riesgo (es decir, hipertensión crónica, gestación multifetal, preeclampsia en un embarazo anterior, etc.) las directrices recientes para la estandarización del diseño de estudio de preeclampsia desaconsejan enfáticamente este enfoque, ya que la



fisiopatología de la preeclampsia puede diferir entre los grupos de alto riesgo. (Cruz Hernández et al., 2007)

El segundo problema es 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 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 de HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, plaquetas bajas). A pesar de estos desafíos los estudios recientes que examinan la fisiopatología de la preeclampsia en mujeres con diabetes tipo 1 se han centrado en las funciones potenciales de desequilibrio angiogénicos y el fenotipo de haptoglobina. (manuscript, 2016)

### **1.2.2. FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo en la diabetes mellitus tipo 1 en el embarazo pueden desarrollar la preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo, embarazo en adolescentes, la edad, grupo étnico, resistencia a la insulina y puede llegar a desarrollar el síndrome de HELLP.

### **1.2.3. COMPLICACIONES**

Las complicaciones que pueden presentarse en la diabetes mellitus tipo 1 en el embarazo son:

- Aborto espontáneo
- Hiperglucemia severa
- Cetoacidosis diabética
- Severidad de la enfermedad orgánica final: ojos, corazón, riñón, preeclampsia
- Infecciones del tracto urinario
- Anemia crónica
- Parto por cesare
- Daño en el tracto genital
- Viseras circundantes



### **1.3. ETIOLOGÍA**

La diabetes mellitus tipo 1 (DMT1) también se puede considerar como etiología de la Diabetes mellitus gestacional (DMG). La prevalencia de marcadores autoinmunes de la diabetes mellitus tipo 1 está entre 0,98 y 14,7% en mujeres con Diabetes mellitus gestacional (DMG). Este hecho puede predecir el desarrollo posterior de esta patología, sin embargo, no siempre ocurre. (Frías-Ordoñez et al., 2016)

Como se describen en varios estudios, los auto-anticuerpos positivos contra las células de los islotes no predicen el desarrollo posterior de diabetes. Por lo tanto, a pesar de la relación, las funciones de los anticuerpos y la Diabetes mellitus gestacional (DMG), no se han dilucidado por completo, por lo q se necesita más investigación en esta área. En algunos análisis se ha asociado la autoinmunidad con efectos adversos fatales como parto pretérmino, muerte fetal y macrosomía. (Torres, 2018)

### **1.4. FISIOPATOLOGÍA**

Los cambios fisiológicos inducidos por los embarazos en el metabolismo de la glucosa materna aseguran el mantenimiento de un suministro continuo y constante de glucosa al feto a través del intercambio a nivel placentario. La concentración de insulina materna aumenta gradualmente a lo largo del embarazo, lo que provoca cambios metabólicos y esta hormona determina la mayor utilización de glucosa y la acumulación de glucógeno en el hígado y en los tejidos. (Encalada Rodríguez, 2021)

En la primera mitad del embarazo las mujeres embarazadas con diabetes tipo 1 tienen una mejor tolerancia a la glucosa, como lo demuestra clínicamente la reducción de los requisitos de insulina y una mayor frecuencia de episodios de hipoglucemia. El primer periodo se debe a un aumento de las células pancreáticas estimuladas por los estrógenos y la progesterona. (manuscript, 2016)

Durante la segunda mitad del embarazo, las resistencias maternas a los glucósidos empeoran progresivamente debido al aumento de la producción de hormonas con hiperglucemia y efectos antiinsulinico, traduciéndose clínicamente



en una serie de eventos que aumentan los requerimientos totales de insulina. (Herrera Sánchez, 2018)

Los efectos de la diabetes gestacional se relacionan principalmente con los efectos de la prolactina placentaria humana, una hormona proteica derivada de la placenta que altera el equilibrio de metabolismo de glucosa. La acción combina de esta

hormona con la insulina placentaria crea la fisiología de la resistencia a la insulina, y la hiperinsulinemia consecuente asegura la homeostasis materna y en estas mujeres, debido a un defecto subyacente en la actividad de las células beta pancreáticas, desencadenan la intolerancia a la glucosa. (Encalada Rodríguez, 2021)

Tanto el cortisol como la prolactina placentaria contribuyen a la diabetes, con su mayor efecto a las 26 semanas. Otra hormona resistente a la insulina, progesterona, tiene su mayor efecto en la semana 32. Por lo tanto, el periodo entre las semanas 26 y 32 de gestación es importante desde el punto de vista metabólico. (Parodi1, 2016)

### **1.5. EPIDEMIOLOGIA**

En América, el 8.6% las mujeres de 21 años tienen diabetes mellitus y 0.4% de edad reproductiva ocurre en la mujer con diabetes pre gestacional y de 4 a 10% de las mujeres tienen diabetes mellitus tipo 1(DMT1) deberían iniciar en edad reproductiva y estar presentes los especialistas de endocrinología, Obstetiz, los educadores en diabetes los licenciados nutricionistas y el trabajador social. (De-la-Peña-Meniz et al., 2020)

Muchas mujeres con diabetes mellitus tipo 1(DMT1) enfrenta una ansiedad considerable cuando son adultas, ya que anticipan numerosas complicaciones, incluida la muerte prematura que puede ser inevitable para ellas. (Endocrinol., 2005)

### **1.6. PRONOSTICO**

En la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 1(DMT1) se estabilizan los requerimientos de insulina disminuyen drásticamente, pero luego aumenta gradualmente después de las 72 horas de post parto. Durante las primeras 6



semanas post parto, el objetivo es un estrecho control de la glucosa. Deberían tener controles de niveles de glucosa antes de la comida y después de acostarse. (De-la-Peña-Meniz et al., 2020)

La tasa de recurrencia es de 2 al 30% en embarazos posteriores

Las personas con la diabetes mellitus tipo 1(DMT1) tiene un mayor riesgo de presentar nuevamente la preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo además de partos prematuros restricción del crecimiento fetal en embarazos futuros. (Falk, 2021)

### **1.6.1. MATERNO**

La mortalidad materna oscila entre el 3 a 4% con una tasa de mortalidad perinatal del 30% la mortalidad incluye lo siguiente:

- Cetoacidosis diabética 2%
- Hipertensión gestacional 4%
- Hipoglicemia sintomática 12%
- Preeclampsia sin criterio de severidad 1%
- Preeclampsia con criterios de severidad 6%
- Síndrome de Hellp 1%

### **1.6.2. NEONATAL**

La morbilidad y la mortalidad fetal oscila entre el 8% y 25% y suele ser el resultado de parto prematuro, parto por cesárea, hipoglucemia, muerte fetal, obesidad y diabetes mellitus tipo 2(DMT2) en adulto.

### **1.7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Las manifestaciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 1(DMT1) en el embarazo puede presentar fatiga, infecciones frecuentes, aumento de sed, incremento de la micción, náuseas vómitos, pérdida de peso a pesar de aumento de apetito. (De-la-Peña-Meniz et al., 2020)

Si la diabetes no se controla bien durante el embarazo puede presentar parto pretérmino, preeclampsia y muerte fetal esto suele ocurrir en la semana 34. El bebé está expuesto a niveles altos de azúcar en la sangre esto puede afectar



tanto al bebé y la madre durante el embarazo, en el momento del nacimiento y después del nacimiento. (Matamoros., 2016)

### **1.8. DIAGNOSTICO**

La diabetes mellitus tipo 1(DMT1) es un síndrome metabólico crónico causado por una falla primaria en la producción endógena de insulina. Aunque la patogenia exacta de la diabetes mellitus tipo 1(DMT1) es incierta, parece que la exposición de individuos con predisposición a los ácidos de nitrógeno ambientales (infección viral, ciertos alimentos, o sustancias químicas, etc.) desencadena una respuesta inmunitaria contra las células beta de insulina, productoras de islotes pancreáticos. (Herrera Sánchez, 2018)

El resultado final de la descripción completa de las células betas y la falta de producción endógena de insulina, lo que pone en riesgo la vida del paciente. La importancia de un buen control metabólico en la prevención de complicaciones crónicas de la diabetes en la población no embarazada está bien establecida. La diabetes preexistente con enfermedades de órganos terminal contribuye directamente a la morbilidad fetal que conduce al parto prematuro. (Naranjo Hernández, 2016)

Si el control glucémico durante el embarazo es meticuloso, la probabilidad de morbilidad a corto y largo plazo es igual a los hijos de las madres no diabéticas. A menudo la mayoría de las mujeres con diabetes mellitus tipo 1(DMT1) tienen graves consecuencias cuando no son planificadas o cuando no tiene un control adecuado durante el embarazo esto puede provocar, muerte fetal, parto prematuro, niveles altos de azúcar en la sangre y preeclampsia. (Saughy, Rev. Venez. Endocrinol, 2005)

### **1.9. TRATAMIENTO**

El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1(DMT1) en el embarazo tiene como objetivo reducir los efectos adversos causados por esta patología. No se han registrado suficientes estudios y no hay consenso sobre el tratamiento médico de los nuevos criterios diagnóstico.

El tratamiento de la paciente con diabetes mellitus tipo 1(DMT1) se basa en el mantenimiento de los niveles de la glucosa en sangre dentro de rangos normales,



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



independientemente de la causa de la misma. (antes y una o dos horas posprandial, según recomendaciones) y no en el nivel de la hemoglobina A1c. La terapia con insulina es agradada si los objetivos no se obtienen con la modificación del estilo de vida solamente. (Linden, 2018)

La eficacia y la seguridad de la insulina lo han convertido en el estándar para el tratamiento de la diabetes mellitus. Los agentes antidiabéticos orales como la metformina, el uso de la metformina disminuye la morbilidad fetal e infantil, así como la mortalidad en países de desarrollo, donde el uso generalizado de insulina es limitado y complejo. (Medina-Pérez et al., 2017)

La insulina en el embarazo está indicada con insulina (NPH) o la insulina regular. En caso de hiperglucemia persistente se puede usar insulina análoga de acción rápida.

La dosis de insulina va desde 0.2U/kg hasta 1,0U/kg de peso. El manejo es individualizado y especializado. Los valores óptimos que se debe alcanzar son de menos de 90mg/dl en ayunas y de menos 120mg/dl a las dos horas posprandial. El control debe ser intensivo y semanal. (Sáez de la Fuente et al., 2008)

Tratamiento no Farmacológico: las mujeres diabéticas que se embarazan debe recibir soporte nutricional de manera obligatoria con su primera consulta prenatal y realizar una rutina de ejercicios caminata, natación o ejercicios aeróbicos, realizados de forma regular 3 a 4 sesiones de 20 a 30 minutos por semana. No se recomienda el ejercicio físico intenso. (Linden, 2018)

Lograr una ganancia de peso adecuado, optimizar el control glucémico, reducir las fluctuaciones de glucosa en especial durante la glucemia posprandial, evitar la cetonuria y evitar los episodios de hipoglucemia en pacientes insulinizadas, proveer de suficiente energía y nutrientes para permitir un crecimiento fetal normal. (Naranjo Hernández, 2016)

Consumir 40% a 45% de carbohidratos del total de calorías, 20% a 25% de proteína y 30% a 40% de grasa. Las grasas saturadas no deben exceder de 10% del total de lípidos. Evitar carbohidratos simples.



Fraccionar la dieta con una colación nocturna para evitar la hipoglucemia en pacientes que reciben insulino terapia. La meta de glucosa sanguínea durante el embarazo es una glucemia central en: ayuno menor a 90mg/dl, dos horas posprandial menor a 120mg/dl. (publica, 2014)

### **1.10. JUSTIFICACIÓN**

La diabetes tipo 1(DMT1) denominada anteriormente diabetes insulino dependiente se caracteriza por una producción de deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona, en el embarazo la diabetes mellitus tipo 1(DMT1) aumenta el riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) trabaja para estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones sobre todo en países de renta baja o mediana, la organización mundial de la salud (OMS) ofrece una visión general de la carga de morbilidad y de las intervenciones existente para prevenir y tratar, así como recomendaciones dirigidas a gobiernos, individuos y entidades. (OMS, 2021)

**Objetivo 3 del desarrollo sostenible** garantiza una vida y promover el bienestar para todos en todas las edades

#### **Metas del objetivo 3:**

3.1 para el 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.2 para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos (ONU, 2022)

3.4 para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la



integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. (ONU, 2022)

La diabetes en el embarazo se asocia tanto con riesgo para la madre como para el feto. Los abortos, la preeclampsia y el parto pretérmino son más comunes en mujeres con diabetes preexistente. Adicional mente, la retinopatía diabética puede empeorarse rápidamente durante el embarazo. Los mortinatos, las anomalías congénitas, la macrosomía, las lesiones durante el nacimiento, la morbilidad perinatal y los problemas de adaptación postnatal, como la hipoglucemia, son más comunes en niños nacidos de mujeres con diabetes preexistente. (MSP, 2014)

El presente trabajo es dar a conocer a las pacientes con diabetes mellitus tipo 1(DMT1) que están en edad reproductiva sobre los mayores riesgos asociados con el embarazo. Las mujeres con diabetes tipo 1 (DMT1) pueden quedarse embarazadas, pero deben realizar visitas de control antes y durante del embarazo ya que la diabetes puede afectar el pronóstico de la madre y de su futuro hijo. Los defectos más frecuentes que ya hemos mencionado anterior mente como el aborto mal formaciones y la preeclampsia.

El asesoramiento temprano, la planificación del embarazo, un buen control de la glucemia y un enfoque de atención multiespecialista antes y durante del embarazo puede mejorar los resultados del embarazo para las madres con diabetes mellitus tipo 1(DMT1) y sus bebés.

Se necesita más, especialmente de asesoramiento y educación previos a la concepción, esto nos ayuda a predecir y disminuir el riesgo de preeclampsia, datos de fertilidad, tratamiento de la nefropatía diabética en el embarazo, prevención de bebés con inmunoglobulina A y macrosomía, dosificación de insulina en relación con los horarios de las comidas durante el embarazo.

## **1.11. OBJETIVOS**

### **1.11.1. OBJETIVO GENERAL**

- Describir los factores de riesgos en un embarazo con antecedentes de Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMT1).



### 1.11.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Brindar consejería de los riesgos de diabetes mellitus tipo 1 (DMT1) en pacientes preconceptionales.
- Analizar el nivel de conocimiento que poseen las pacientes embarazadas sobre la diabetes mellitus tipo 1 (DMT1) de señales de peligro en el embarazo.

### 1.12. DATOS GENERALES

**Código:** VILESALO

**Edad:** 27 años

**Género:** Femenino

**Fecha de nacimiento:** 03/01/1993

**Nacionalidad:** ecuatoriana

**Ocupación:** Ama de casa

**Nivel de estudio:** Primaria

**Raza:** Mestiza

**Religión:** Católica

**Nivel socioeconómico:** bajo

**Domicilio:** Viva Alfaro el desquite

**Hospital:** Sagrado Corazón de Jesús

## 2. METODOLOGÍA DE DIAGNOSTICO

### 2.1. ANÁLISIS DE MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino de 27 años de edad, acude al área de emergencia de gineco-obstetricia en compañía del familiar al momento paciente orientada en tiempo y espacio, fascie tranquilas nulípara refiere cuadro clínico de más o menos 1 semana de evolución que se caracteriza por presentar dolor abdominal en hipogastrio que se irradia a columna lumbosacro tipo cólico de leve a moderada intensidad 5/10 que se acompaña de edema de miembros superiores e inferiores malestar general.

### HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

#### Antecedentes Personales y Familiares

**Antecedentes personales**

**diabetes mellitus tipi 1**



Antecedentes familiares	diabetes Hipertensión
Antecedentes alérgicos	no refiere
Antecedentes quirúrgico	no refiere
Hábitos	no alcohol, no drogas

### Antecedentes Gineco-Obstétrico

Menarquia: 13 años	Ciclo menstrual: 28
Planificación familiar: No	Inicio de vida sexual: 19 años
Parejas sexuales: 1	Gesta: 0
Fum: 03/01/2021	Control prenatales: 4CS Viva Alfaro
Vacunas: 3	Ecografía en CS: 2
Periodo intergenesico: 0	ITS: no

### Primera atención de la paciente (09/09/2021)

#### Preparación

PESO:60.5kg

Talla:1.410000

SCORE MAMA:5	TA: 140/90
	FC: 82
	T: 36.9
	FR: 20
	SPO2: 99
	ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
	PROTEINURIA: +++

### Escala de Glasgow

Parámetros para Valorar	Puntuación
Reflejo Ocular	4



<b>Función Motora</b>	6	
<b>Verbal</b>	5	
	15/15	Glasgow normal

## 2.2. ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino de 27 años de edad cursando un embarazo de 35.4 semanas de gestación por altura uterina, primigesta, acude al área de emergencia gineco-obstétrico en compañía de su familiar. Paciente ingresa con puntuación de score mama por la presión arterial de 140/90 y proteinuria de +++.

Al examen físico: abdomen globuloso acorde a edad gestacional de 35.4 semanas por feto único vivo con FCF:143 Latido por minuto.

## 2.3. EXPLORACIÓN CLÍNICA

**Cabeza:** normo encefálico, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas húmedas.

**Cuello:** simétrico flexible.

**Tórax:** campos pulmonares ventilados, ritmo cardiaco rítmico no soplos.

**Abdomen:** globuloso acorde a edad gestacional sin viceromegalia o masa FCF 143 latidos por minutos, movimientos fetales presentes.

**Tacto gineco-obstétrico:** no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal.

**Extremidades:** simétrica sin patología se observa edema en la parte superior e inferior.

## Información de exámenes complementarios al momento

### EXÁMENES DE LABORATORIO

### REFERENCIA

GRUPO SANGUÍNEO	O	
FACTOR RH	Positivo	
HEMOGLOBINA	13.0	13-17



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



HEMOGLOBINA	32.1	27-31
CORPUSCULAR MEDIA		
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIA	92.0	80-100
CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	34.9	30-36
PLAQUETAS	267	150-450
LEUCOCITOS	6.66	4-10
LINFOCITOS	27.2	25-40
NEUTRÓFILOS	67.0	55-65
EOSINOFILOS	1.0	0.5-5
MONOCITOS	4.6	2-10
TIEMPO DE PRO TROMBINA	14	12-14

#### BIOQUÍMICA SANGUÍNEA

GLUCOSA	173.96	70-110
UREA	22.7	10-50
CREATININA	0.76	0.6-1.1
TGO/AST	16.06	0-31
TGP/ATL	20.75	0-32

#### EXAMENES SEROLOGICOS

VDRL	Negativo
VIH	No reactivo

#### Tratamiento a seguir

- Solución salina 0.9%+ 4gr de sulfato de magnesio IV en 20 minutos
- Nifidipino 10mg cada 20 minutos por 3 dosis
- Solución salina 09% + 450cc + 10gr de sulfato de magnesio IV por 17 gotas por minutos



- Se le envió a realizar una ecografía

## **2.4. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO**

### **2.4.1. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

Embarazo de 35 semanas de gestación por altura uterina más diabetes mellitus tipo 1.

### **2.4.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Se realiza respectiva valoración gineco-obstétrica, lo que se decide el ingreso de la paciente, donde se pudo verificar los siguientes criterios clínicos: edema en las extremidades superiores e inferiores presión arterial elevada (140/90mmHg) proteinuria (+++)

### **2.4.3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

Embarazo de 35 semanas de gestación por fum mas diabetes mellitus tipo 1 más preeclampsia.

## **2.5. ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.**

**09/09/2021 17:50**

### **Resultados de ecografía obstétrica que se le envió hacer**

Diámetro fetal: DBP:85 MM--- 34 semanas 4 días

LF: 66 MM --- 34 semanas 0 días

GA: 309 MM--- 35 semanas 0 días

Peso aproximado 2461g, placenta en pared posterior y fundica, inserción normal, grado de madures II, líquido amniótico de aspecto poco grumoso en volumen, ILA 16.8 ml, partes fetales observadas normales, sexo femenino.

**09/09/2021 22:00**

Paciente de 27 años de edad embarazo de 35.4 semanas de gestación con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1, cursa con más o menos 10 horas



de hospitalización al momento refiere leve dolor a nivel de hipogastrio sin actividad uterina no cefalea refiere epigastralgia, presento orina hematórica edema en los miembros superiores e inferiores SCORE MAMA 1

Monitoreo fetal: frecuencia cardiaca fetal 137 por minutos, actividad uterina no, movimientos fetales presentes.

### **Prescripción**

- Control de signos vitales
- cuidado de enfermería
- balance hídrico
- monitoreo fetal
- interconsulta con medicina interna
- solución salina 0.9% + 1000cc IV 24 minutos
- solución salina 0.9% + 450cc + 10g de sulfato de magnesio IV 19 horas
- Nifedipino de 10 mg VO cada 8 horas
- Clindamicina 600mg IV cada 8 horas
- Clotrimazol 200mg vía vaginal cada noche
- Insulina lenta 30UI am

**10/09/2021      00:50**

Paciente de 27 años de edad con diagnóstico de embarazo de 35 semanas de gestación con diabetes tipo 1 más preclamsia se le realizo realizar cesárea por escore mama de puntuación de 5 y edema en extremidades inferiores, en la realización de la cesárea se observó líquido amniótico de más o menos 600cc, útero grávido, líquido amniótico teñido una cruz se extrajo producto único vivo de sexo femenino de APGAR 8/9, peso: 3000g, perímetro cefálico 32cm, longitud 45cm semanas de gestación 36 se observó desprendimiento de 30% de la placenta perdida sanguínea de más o menos 300cc Paciente sale del quirófano a sala de ginecología al momento estable afebril score mama al momento: P/A:100/60 FC:70, FR:21, T:36, SAT:98%, Estado de conciencia: alerta, proteinuria: +++, dando score mama de 1



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



Revisado por ginecólogo tratante con vía periférica permeable cloruro de sodio 0.9% 1000ml oxiótica 20ui iv 10 gotas por minuto, Ketorolaco 60mg IV cada 12 horas, abdomen blando deprecible con leve dolor a la palpación herida quirúrgica seca vendada con apósito útero contraído loquios hemáticos escasos, sonda vesical permeable diéresis horaria, monitorización continua se administra medicación prescrita.

**10/09/2021 07:00**

Paciente de 27 años de edad que cursa cesárea segmentaria de 5 horas paciente orientada en tiempo y espacio hemodinamicamente estable mucosa humedad fascie normales, abdomen blando deprecible dolorosa a nivel de herida quirúrgica loquios hemáticos escasos extremidades superiores e inferiores sin edema. Prescripción del médico lo siguiente:

- Dieta liquido
- Solución salina 0.9% 1000cc iv a 30 gotas por minuto
- Ampicilina de 1gr IV cada 6 horas
- Ketorolaco de 60mg IV cada 12 horas
- Ranitidina 50mg IV cada 12 horas
- 12 unidades de insulina NPH 7am
- Cantidad de insulina NPH 5 pm

**10/09/2021 10:00**

### **Evaluación de medicina interna**

Paciente femenina de 27 años de edad actualmente en puerperio quirúrgico mediato por preeclampsia mas diabetes mellitus. Al momento orientada con score mama 1, normotensa con signos vitales normales con proteinuria (+++). Plaquetas en 3 más hepáticas normales glucosa 96 mg de capilar venia controlándose con insulina NPH para la cual se sugiere ajuntar datos una vez inicie vía oral.

### **Prescripción**

- Glicemia capilar por escrito cada 6 horas
- Iniciación vía oral con evaluación por nutrición



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



- Esquema de insulina: una vez haya iniciado vía oral: 12 unidades de insulina NPH 7:00 am 5c, 6 unidades de insulina NPH 17:00 pm
- Laboratorio control
- Mantener resto de rango de medico ginecólogo

**13/09/2021**

**07:00**

Paciente de 27 años de edad que cursa con 3 días de postquirúrgica mediato al momento hemodinamicamente estable orientada en tiempo y espacio, mucosas hidratadas, facies tranquilas, cuello sin adenomegalia, tórax simétrico, Campos pulmonares ventilados, ritmo cardiaco rítmicos no soplos herida quirúrgica sépticas extremidades simétricas con edema, tratamiento a seguir:

- Solución salina 0.9% 1000ml
- Ampicilina 1gr IV cada 6 horas
- Diclofenaco de 75mg IM cada 12 horas
- Clindamicina de 600mg IV cada 8 horas
- Insulina:12 unidades NPH 7am, 6 unidades de insulina NPH 17:00
- Medir glucosa en ayunas
- Medir glucosa pospandrial 2 horas

**14/09/2021**

**08:00**

Paciente femenino que cursa el 4to día de puerperio quirúrgico más diabetes mellitus tipo 1(DMT1) al momento activa reactiva orientada en tiempo y espacio afebril hemodinamicamente estable no cefalea

Al examen físico: cabeza normoencéfalo facies normales tranquilas, tórax simétricos campos pulmonares ventilados frecuencia cardiaca rítmicas no soplos, abdomen bledo deprecible no doloroso a la palpación, extremidades inferiores simétricos no edema, tratamiento a seguir

- Solución salina al 0.9% 1000ml pasar a 30 gotas por minutos
- Ampicilina de 1gr IV cada 6 horas
- Clindamicina 600mg IV cada 8 hora
- Diclofenaco de 75mg IM cada 12 horas



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



- Nifedipino 10mg VO cada 8 horas
- Medir en glucosa en ayuno
- Medir glucosa posprandial en 2 horas
- Valoración de medicina interna
- Dieta hipocalórica

**ALTA HOSPITALARIA (15/09/2021)**

<p>Después de 5 días de evolución favorable, bajo control cuidados de enfermería por puerperio post quirúrgico mediato.</p> <p>Paciente de 27 años de edad hemodinamicamente estable activa reactiva orientada en tiempo y espacio. Glasgow 15/15.</p> <p>Abdomen blando deprecible no doloroso no se evidencia loquios, útero contraído</p> <p><b>Score mama (1)</b></p> <p>FC:90 P/A:120/80 T:36.3 FR:20 SAT:99%</p> <p>ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA PROTEINURIA: +++ TOTAL: 1</p>	<p><b>EXAMENES DE LABORATORIO</b></p> <p><b>HTCO:</b> 31.2 <b>HGB:</b> 10.6 <b>PLT:</b> 290 <b>LEUCO:</b> 9.50 <b>EOS:</b> 2.3 <b>LIN:</b> 14.1 <b>GLUCOSA:</b> 134.35</p> <p><b>Medidas Generales Y Terapéuticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Asesoría de planificación familiar</li><li>• Lactancia materna</li><li>• Seguimiento de control de salud</li><li>• Asesoría de signos de alarma materno y fetal</li><li>• Cefalexina de 500mg VO cada 8 horas por 7 días</li><li>• Paracetamol 500mg VO cada 8 horas por 5 días</li><li>• Sulfato ferro 100mg VO por 20 días cada día</li><li>• Levonogestrel 0.03mg VO cada día por un mes</li><li>• Esquema de insulina NPH:14 UDS SC 7am, 8 UDS SC 5pm</li></ul>
--	---



## **2.6. SEGUIMIENTO**

Paciente femenino de 27 años de edad acudió a esta casa de salud a los 8 días por control con antecedentes de parto por cesárea hace 8 días por embarazo de 35 semanas de gestación más diabetes mellitus tipo 1 más preeclampsia severa que permaneció 5 días con una evolución favorable la diabetes mellitus asido controlada, se obtuvo un RN con un peso de 3 kg en perfectas condiciones de salud.

## **2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES, CONSIDERANDO VALORES NORMALES**

La Organización mundial de la salud (OMS) recomienda disponer siempre de soluciones de glucosa oral concentrada, por otra parte también recomienda de disponer de glucagón para manejo de la hipoglucemia severa en mujeres con diabetes mellitus tipo 1(DMT1) y embarazo, se recomienda disponer de terapia insulinica con bomba de infusión, si el uso de múltiples inyecciones no es adecuada y la mujer experimenta hipoglucemia discapacitante significativa, se recomienda asesorar al paciente a que se realice una glucemia de control antes de dormir, para advertir el riesgo de hipoglucemia sobre todo durante el primer trimestre de embarazo. (OMS, 2021)

Se debe referir a las mujeres con diabetes mellitus y pregestacional si se sospecha de una emergencia hiperglucémia a un establecimiento de salud de tercer nivel ingresarla de forma inmediata, este debe estar disponible del cuidado materno como el neonatal esta condición es una emergencia obstétrica y endocrinología.

También se recomienda el uso de corticoides prenatales para madurar los pulmones fetales en labor pretérmino o si se planifica un parto electivo temprano considerar medicación toco lítica para suprimir la labor, si una mujer con diabetes mellitus tipo 1 corsa con las 34 semanas de gestación y desencadena preeclampsia es recomendable e inmediatos el uso del sulfato de magnesio de impregnación y mantenimiento hasta que se le realice la cesárea, si está indicado, vigilar cuidadosamente los niveles de glucosa de mujeres que reciben corticoides para la maduración de los pulmones e indicar el uso suplementario de insulina en caso de ser necesario por el especialista en diabetes. (Macintosh, 2014)



### **3. OBSERVACIONES**

- Se tomó como referencia diferentes fuentes bibliográficas con la finalidad de saber cómo realizar un correcto manejo a todas las mujeres que tengan la diabetes mellitus tipo 1
- En este caso se debe realizar el manejo de las pacientes teniendo en cuenta su etiología, los factores de riesgos como son la edad y los signos clínicos que presentan al momento del ingreso.
- Se debe proceder de manera correcta y detectar dichos casos con un buen control recordando que en un hospital básico no se cuenta con todos los implementos necesarios por lo cual se debe estar bien preparados cuando ocurren complicaciones muy riesgosas tanto para la madre y el bebé.
- Se logró el restablecimiento de los niveles de la glucosa y de esa manera se dio a conocer a la paciente cual es el tratamiento que debe de llevar en su domicilio.

### **4. CONCLUSIONES**

La alta prevalencia de preeclampsia entre mujeres con diabetes persistente resalta la necesidad de investigación que examine los marcadores predictivos, la fisiopatología, el tratamiento y las implicaciones de salud a largo plazo de la preeclampsia en esta población. Sin embargo, a menudo se necesita estudios multicéntricos y años de reclutamiento para obtener grandes cortes de mujeres embarazadas con diabetes tipo 1 o tipo 2 se necesitan con urgencia criterios estandarizado para el diagnóstico de preeclampsia en mujeres que tiene proteína antes del embarazo.

Se concluye que se necesitan más investigaciones para examinar la posibilidad de la que la diabetes mellitus y la preeclampsia compartan una vía etiológica común. Muchas malas adaptaciones al embarazo son comunes a ambas condiciones lo que sugiere que sus fisiopatologías puedan superponerse.

Las mujeres con diabetes tipo 1 (DMT1) que han tenido preeclampsia tiene un mayor riesgo de retinopatía y nefropatía en el futuro. Estas mujeres pueden beneficiarse de un seguimiento adicional para prevenir, detectar y tratar las complicaciones diabéticas después del embarazo. Sin embargo, se necesita de



estudios más amplios que puedan controlar los factores de riesgo adicionales y estudios que examinen otros tipos de complicaciones.

## 5. BIBLIOGRAFIA

1. Endocrinol., R. V. (3 de octubre de 2005). *SciELO Analytics*. Obtenido de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102005000300002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102005000300002)
2. Falk, D. S. (septiembre de 2021). *MANUAL MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/diabetes-mellitus-durante-el-embarazo>
3. Ginecol, O. (marzo de 2012). *Scielo*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100007)
4. Linden, C. (marzo de 2018). *Researchgate*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/325019276\\_Women\\_with\\_type\\_1\\_diabetes\\_during\\_pregnancy\\_and\\_postpartum\\_Well-being\\_and\\_diabetes\\_management](https://www.researchgate.net/publication/325019276_Women_with_type_1_diabetes_during_pregnancy_and_postpartum_Well-being_and_diabetes_management)
5. Macintosh. (25 de septiembre de 2014). Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Diabetes-en-el-embarazo.pdf>
6. manuscript, A. (1 de marzo de 2016). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4317712/#:~:text=Preexistin g%20diabetes%20is%20a%20risk,diabetes%20%5B20%2C%2019%5D>.
7. Martinez, R. C. (9 de mayo de 2018). Obtenido de [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10959.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10959.pdf)
8. Matamoros., D. S. (2 de abril de 2016). *zanahospitalaria*. Obtenido de <https://zonahospitalaria.com/diabetes-gestacional-sintomas-tratamiento-y-causas/>
9. MSP. (23 de junio de 2014). *Guia Practica Clinica* . Obtenido de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/gpc\\_diabetes\\_en\\_embarazo%20final%20%204-06-14.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/gpc_diabetes_en_embarazo%20final%20%204-06-14.pdf)
10. OMS. (10 de Noviembre de 2021). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
11. Parodi1, K. (23 de noviembre de 2016). *Adobe InDesign* . Obtenido de <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2016/pdf/RFCMVol13-1-2016-5.pdf>



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



12. publica, M. d. (17 de noviembre de 2014). Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Diabetes-en-el-embarazo.pdf>
13. Rep, C. D. (2016). HHS Public Access . *Preeclampsia y Diabetes*, 1-2.
- Salud, M. d. (25 de noviembre de 2014). *Guía de práctica clínica*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Diabetes-en-el-embarazo.pdf>
14. Saughi, L. R. (octubre de 2005). *Rev. Venez. Endocrinol.* Obtenido de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102005000300002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102005000300002)
16. Saughi, L. R. (julio de 2005). *SciELO*. Obtenido de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102005000300002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102005000300002)
17. SOCIETY, E. (21 de febrero de 2012). *ENDOCRINE SOCIETY*. Obtenido de <https://academic.oup.com/jcem/article/97/5/1752/2536532?login=true>
18. Torres, W. P. (23 de septiembre de 2018). Obtenido de [https://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft\\_3\\_2018/8\\_diabetes\\_gestacional.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_3_2018/8_diabetes_gestacional.pdf)
19. Encalada Rodríguez, L. M. (2021). *Fisiopatología y tratamiento de la preeclampsia*. Quito : UCE.
20. Medina-Pérez, E. A., Sánchez-Reyes, A., Hernández-Peredo, A. R., Martínez-López, M. A., Jiménez-Flores, C. N., Serrano-Ortiz, I., Maqueda-Pineda, A. V., Islas-Cruz, D. N., & Cruz-González, M. (2017). Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Medicina interna de México*, 33(1), 91–98.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-48662017000100091](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100091)
21. Iberoamericana, S., Código, R., Chambliss, L. M., & Temáticas, C. (s/f). *Trabajos Distinguidos Obstetricia y Ginecología* (2014) xx-xx. Siicsalud.com. Recuperado el 6 de febrero de 2022, de [https://www.siicsalud.com/pdf/TD\\_obstetricia\\_y\\_ginecologia\\_24.3.pdf](https://www.siicsalud.com/pdf/TD_obstetricia_y_ginecologia_24.3.pdf)
22. Cruz Hernández, J., Hernández García, P., Yanes Quesada, M., & Isla Valdés, A. (2007). Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. *Revista cubana de medicina general integral*, 23(4), 0–0.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252007000400012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012)
23. (Frías-Ordoñez et al., 2016)  
Frías-Ordoñez, J. S., Pérez-Gualdrón, C. E., & Saavedra-Ortega, D. R. (2016). Diabetes mellitus gestacional: una aproximación a los conceptos



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



actuales sobre estrategias diagnósticas. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 64(4), 769.  
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54569>

24. Revisiones y Estado Actual del Problema. (s/f). Redalyc.org. Recuperado el 6 de febrero de 2022, de  
<https://www.redalyc.org/journal/3313/331355419004/331355419004.pdf>
25. Gaitan, E. S., & Ampudia, M. M. (s/f). revista medica sinergia. Recuperado el 6 de febrero de 2022, de  
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340/708>
26. Naranjo Hernández, Y. (2016). La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. Finlay, 6(1), 1–2.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342016000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100001)
27. Herrera Sánchez, K. (2018). Preeclampsia. Revista Medica Sinergia, 3(3), 8–12. <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-medica-sinergia-san-jose/articulo/preeclampsia>
28. De-la-Peña-Meniz, W. J., Díaz Seminario, A., Meza Salcedo, R., Sandoval Manrique, H., Cano Loayza, J., Castillo Gozzer, A., Villalobos Corrales, K., & Manrique, L. (2020). Preeclampsia severa de aparición temprana: características clínico epidemiológicas en la unidad de cuidados intensivos materno del INMP agosto del 2014 a setiembre del 2018. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal, 9(1), 28–32.  
<https://doi.org/10.33421/inmp.2020181>
29. ONU. (2022). *Organizaciones de las Naciones Unidas*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



**6. ANEXOS**

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES							
1 ALÉRGICO	2 CLÍNICO	3 ONCOLÓGICO	4 TRAUMÁTICO	5 QUIRÚRGICO	6 FARMACOLÓGICO	7 PSIQUIÁTRICO	8 OTRO
				6 Niño			
				Menstruó 11 años			
				Fum 31/01/2010 PAP 08/10/2021			
				CPH 4 GC VIVO ALFEO			
				Vacunas 2 ECD: 6			

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS			
VÁLIDA LIBRE	VÁLIDA OBTURADA	CONDICIÓN ESTABLE	CONDICIÓN INESTABLE
	X		X

Se tuvo Abuso Materno

Paciente sexo femenino de 27 años de edad, acude al área de Emergencia con Compañía de Familia. Al momento Paciente Orientada a T.E. T.M. T.N. T.O. que cursa un Embarazo de 35.456 pp. Fué primigesta, nulipara, refiere punto clínico de +1 Semanas de evolución que ha comenzado en presencia de los Abdomen en hipogastrio que de inicio a Columna Lumbar tipo Colico de leve a Moderado intensidad. Sin que se acompañe de edema de miembros superiores e inferiores. Motivo de ingreso se aplicó 30 Unidades de Insulina en 200, Glucemia 200

**EMERGENCIA**

8 LOCALIZACIÓN DE LESIONES		CORRESPONDIENTE	
1 HERIDA PENETRANTE		0	0
2 HERIDA CORTANTE		0	0
3 FRACTURA EXPUESTA		0	0
4 FRACTURA CERRADA		0	0
5 CUERPO EXTRAÑO		0	0
6 HEMORRAGIA		0	0
7 MORDEDURA		0	0
8 PICADURA		0	0
9 EXCORIACIÓN		0	0
10 DEFORMIDAD O MASA		0	0
11 HEMATOMA		0	0
12 ERITEMA / INFLAMACIÓN		0	0
13 LUXACIÓN / ESCORDE		0	0
14 QUEMADURA		0	0
15 AFLAJAMIENTO		0	0

10 SOLICITUD DE EXÁMENES															
REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NÚMERO															
1 BIODIETA	X	3 QUÍMICA SANGÜEA	X	5 GASOMETRÍA		7. ENDOSCOPIA		9. R.X ABDOMEN		11. TOMOGRAFIA		13. ECOGRAFIA PELVICA		15. INTERCONSULTA	
2 URICANALISIS		4 ELECTROLITOS		6. ELECTRO CARDIOGRAMA		8. R.X TÓRAX		10. R.X OSEA		12. RESONANCIA		14. ECOGRAFIA ABDOMEN		16. OTROS	

VARE - V: H - TPI - IP

11 DIAGNÓSTICO DE INGRESO				12 DIAGNÓSTICO DE ALTA			
PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	DE	PRE DEF	PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	DE	PRE DEF
1 Embarazo de 35.456 pp Fem	235		X	1 Emh 35.456 pp Fem +	235		X
2 + Preeclampsia + Diabetes	014		X	2 Preeclampsia + Diabetes	014		X
3 Tipo I insulino dependiente	E108		X	3 Tipo I insulino dependiente	E108		X

13 PLAN DE TRATAMIENTO + Amigu de Anti Pictorica 0601 + Amigu de Anti Pictorica		
INDICACIONES	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Control Signo vital cada 30 minutos	1 55.091.80cc + 4p 50mg / 1 en 20 minutos	
Monitoreo fetal Control Materno	2 5.5091.450cc / 10p 30mg / 1 en 12 horas pp	
Vibración Espinal	3 minutos	
Inyección solo de Anti	4 nifedipina 10 mg cada 20 minutos pp 3 dosis	





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



PILLASAGUA LEON SANDRA LORENA

Identificación: 1718699521  
Edad: 28 años 8 meses Sexo: Femenino  
Servicio: Parto  
Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN

Fecha de Ingreso: 2021-09-09 11:34AM GMT  
Fecha de Impresión: 2021-09-09 1:08PM GMT

Informe de resultados

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
<b>HEMATOLOGÍA</b>			
<b>BIOMETRÍA HEMÁTICA</b>			
Recuento de Glóbulos Rojos	4.04	10 <sup>6</sup> /µL	4 - 6
Hemoglobina	13.0	g/dL	13 - 17
Hematocrito	↓ 37.2	%	40 - 50
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	92.0	µm <sup>3</sup>	80 - 100
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	↑ 32.1	pg	27 - 31
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	34.9	g/dL	30 - 36
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWc)	13.1	%	11.5 - 15.5
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs)	44.0	µm <sup>3</sup>	
Plaquetas	267	10 <sup>3</sup> /µL	150 - 450
Plaquetocrito	0.28	%	0.1 - 0.5
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	10.6	µm <sup>3</sup>	7.4 - 11
Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc)	16.7	%	10 - 18
Glóbulos Blancos	6.66	10 <sup>3</sup> /µL	4 - 10
Linfocitos (%)	27.2	%	25 - 40
Neutrófilos (%)	↑ 67.0	%	55 - 65
Monocitos (%)	4.6	%	2 - 10
Eosinófilos (%)	1.0	%	0.5 - 5
Basófilos (%)	0.2	%	0 - 2
Células Granulares Inmaduras (%)	2.4	%	
Linfocitos (#)	1.81	10 <sup>3</sup> /µL	1 - 4.4
Neutrófilos (#)	4.48	10 <sup>3</sup> /µL	1.6 - 7
Monocitos (#)	0.30	10 <sup>3</sup> /µL	0.3 - 1
Eosinófilos (#)	0.06	10 <sup>3</sup> /µL	0 - 0.5
Basófilos (#)	0.01	10 <sup>3</sup> /µL	0 - 0.2
Células Granulares Inmaduras (#)	0.16	10 <sup>3</sup> /µL	

Anexo 2: evidencia de los resultados de laboratorios

Factor Rh	0		
Muestra adecuada - Método: Aglutinación	Positivo		
Validado por: Lic. Erick Zapalín			
<b>BIOQUÍMICA</b>			
Glucosa			
Urea	↑ 173.96	mg/dL	70 - 110
Creatinina	22.7	mg/dL	10 - 50
Ácido Úrico	0.76	mg/dL	0.6 - 1.1
Bilirrubina Total	2.43	mg/dL	2.4 - 6
Bilirrubina Directa	0.38	mg/dL	0 - 1.2
Bilirrubina Indirecta	0.07	mg/dL	0 - 0.3
TGO/AST	0.31	mg/dL	0 - 0.95
TGP/ALT	16.06	U/L	0 - 31
ALBÚMINA	20.75	U/L	0 - 32
Proteínas Totales	↓ 2.24	g/dL	3.5 - 5
	↓ 4.63	g/dL	6.6 - 8.7
Muestra adecuada - Método: Fotometría Automatizada			Validado por: Lic. Erick Zapalín
<b>COAGULACIÓN</b>			
Tiempo de Protrombina TP	14	seg.	12 - 14
Tiempo Parcial de Tromboplastina (TTP)	37	seg.	20 - 40
Muestra adecuada - Método: Coagulometría Automática			Validado por: Lic. Erick Zapalín
<b>AUTOINMUNES E INFECCIOSAS</b>			
HIV 1 + 2 Cuarta Generación	No reactivo		
Muestra adecuada - Método: Inmunocromatografía			
TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IgG/IgM	Negativo		

DR. QUEVEDO, 09 DE SEPTIEMBRE DEL 2021  
ESTIMADO DR. SE REALIZO ESTUDIO ECOGRAFICO A LA SRA. PILLASAGUA LEON SANDRA CON 27 AÑOS DE EDAD, CON EQUIPO DE ALTA RESOLUCION UTILIZANDO SONDA DE ECOGRAFIA CONVEXA EN TIEMPO REAL

**OBSTETRICO.**

**DIAGNOSTICO**

UTERO GRAVIDO  
FETO UNICO VIVO  
PRESENTACION CEFALICO  
SITUACION DORSO LONGITUDINAL ANTERIOR A LA DERECHA  
LATIDOS CARDIACOS FETALES 139 X MINUTO

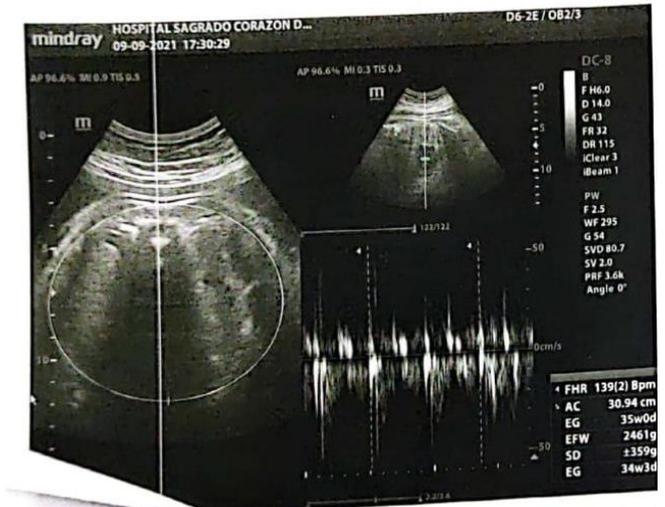
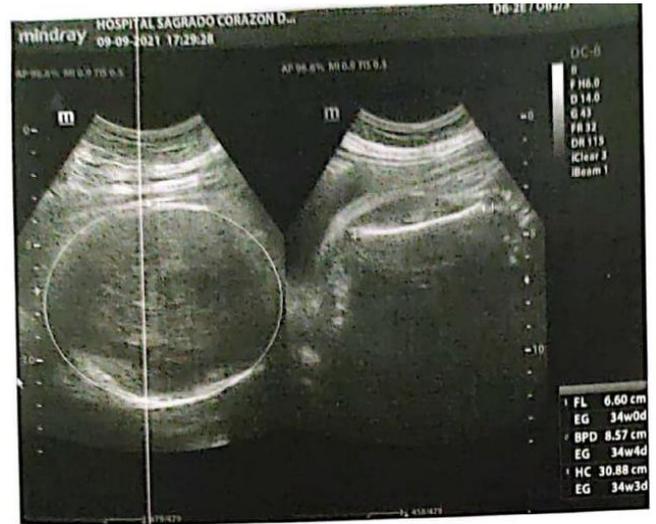
**DIAMETROS FETALES:**

DBP: 85 MM CORRESPONDE A EMBARAZO + 34 SEMANAS 4 DIAS  
LF: 66 MM CORRESPONDE A EMBARAZO + 34 SEMANAS 0 DIAS  
CA: 309 MM CORRESPONDE A EMBARAZO + 35 SEMANAS 0 DIAS

PESO APROXIMADO 2461 G  
PLACENTA UBICADA EN LA PARED POSTERIOR Y FUNDICA  
INSERCIÓN NORMAL  
GRADO DE MADUREZ II  
LIQUIDO AMNIOTICO DE ASPECTO POCO GRUMOSO EN VOLUMEN ADECUADO AL MOMENTO. ILA 16.8 ml.  
MOVIMIENTOS ACTIVOS  
PARTES FETALES OBSERVADAS NORMALES  
**SEXO: FEMENINO**

**NO SE OBSERVA CIRCULAR DE CORDÓN EN ESTE ESTUDIO**

**ID: EMBARAZO DE 34 SEMANAS 3 DIAS  
FETO VIVO. CEFALICO**



**SEXO: FEMENINO**

**Anexo 3:** evidencia de ecografía



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



U5C3 | Sandra Lorenza | P. Masagua León | F 28 | 1718699521

**1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO**  
 Se trae almaterna... Paciente de sexo femenino de 27 años de edad, nace al caso de embarazo 6-0 en compañía de familia al momento paciente cursaba en T4, fuese tranquila, palpaciones, refirió cuadro clínico de  $\pm$  + aumento de evolución que se manifiesta por presentar dolor abdominal en hipogastrio que se resalta a dolores lumbarianos tipo cólica, de leve a moderada intensidad s/o que se acompaña de edema de miembros superiores e inferiores, mialdalgias general se aplica 30.11 de insulina en casa, glucemia 200.

**2 RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES**  
 Paciente femenina de 27 años de edad de profesión quimista y diabético mellitus, al momento no muestra un estado activo agotado, colabora con el personal médico, muestra buen tiempo y espacio, abdomen blando de consistencia, pero dolorosa a la palpación, utero aumentado por aumento de líquido amniótico.

**3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

Biometría Hemática	
Globulos rojos	3.35
Hemoglobina	10.6
Hemocrito	31.2
Plaquetas	290
Globulos blancos	4.50
Linfocitos (%)	14.1

**RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS**

- Control de signos vitales.
- Cuidados de enfermería
- Glucosa de sangre 0.9% - 1000cc
- Ampicilina 1gr IV cada 6 horas
- Difenhydramina 75 mg IM cada 12 horas
- Glucosínicos 600 mg IV cada 8 horas

**5 DIAGNÓSTICOS INGRESO**

	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CE	PRE DEF
1	Tratamiento de 35.456 por 235			✓
2	FUM + perclorato + diabetes DM			7
3	tipo I insulina dependiente (PEI)			X
4				
5				
6				

**6 DIAGNÓSTICOS EGRESO**

	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CE	PRE
1	Paciente quimista			DBA
2	medicamento			
3	Diabetes mellitus insulina s/o de paciente			
4				
5				
6				

**7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO**  
 Paciente en condiciones clínicas estables para alta

**Anexos 4:** evidencia de alta medica