



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

Componente Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Obstetriz

**TEMA DEL CASO CLÍNICO
CONDUCTA OBSTETRICA EN EMBARAZADA DIABÉTICA,
COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO**

**AUTORA
ANDRADEZ ALCÍVAR IRMA LEONOR**

**TUTOR
DR. FERNANDO ALEJANDRO VILLACRES FERNANDEZ**

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

2023

INDICE

| | |
|---|----|
| DEDICATORIA | 4 |
| AGRADECIMIENTO | 5 |
| RESUMEN | 6 |
| ABSTRACT | 7 |
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| MARCO TEÓRICO | 10 |
| Conducta obstétrica en embarazada diabética, complicaciones y tratamiento | 10 |
| Diabetes | 10 |
| Tipos de diabetes | 10 |
| Etiopatogenia de la Diabetes Mellitus Pregestacional | 11 |
| Complicaciones maternas | 11 |
| Factores de riesgo | 12 |
| Diagnóstico | 12 |
| Signos de alarma | 13 |
| Importancia del control prenatal en mujeres con diabetes preexistente | 13 |
| Tratamiento | 14 |
| Prevención | 15 |
| Justificación | 15 |
| Objetivos | 16 |
| Objetivo General | 16 |
| Objetivos Específicos | 16 |
| Datos Generales | 17 |
| METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO | 17 |
| 2.1 Análisis del motivo de consulta | 17 |
| Antecedentes Personales y Familiares | 18 |
| Antecedentes gineco - obstétricos | 18 |

| | |
|--|----|
| 2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis) | 19 |
| 2.3 Examen físico (exploración clínica) | 19 |
| 2.4 Información de exámenes complementarios realizados | 20 |
| 2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo | 22 |
| 2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar | 22 |
| 2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales. | 23 |
| 2.8 Seguimiento | 25 |
| 2.9 Observaciones | 29 |
| CONCLUSIONES | 29 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 30 |
| ANEXOS | 33 |

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar a esta etapa de mi vida profesional, dándome entendimiento, sabiduría, salud y las fuerzas necesarias para culminar esta meta que me propuse a mi edad, y así seguir siendo una persona humilde, sencilla y colaboradora poder servir a mi comunidad.

A mi pareja Ramirez Neiser, quien me da ese apoyo y motivación que necesite para poder seguir adelante gracias por enseñarme el ejemplo de perseverancia y valentía, de no tenerle miedo a las dificultades porque Dios siempre estará conmigo.

A mis padres Gustavo y Laura, quienes me han enseñado a encarar la vida sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento, y me han dado con amor lo que soy como persona: mis valores, mis principios y mi empeño sin pedir nada a cambio.

A mis hijas Angie y Amy que son el motor de mi vida, la fuerzas en el momento en que ya parecía no poder mas, por que es muy duro en esta etapa de mi vida seguir una carrera profesional y ellas con amor me apoyaron en eso momentos tan difíciles.

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a mi hija Angie por su apoyo incondicional pese a que también tenía que estar en su tesis, a mis padres quienes me ayudaron a culminar esta etapa de mi vida.

RESUMEN

El embarazo es un período de transformación fisiológica en la vida de una mujer, y cuando se combina con la diabetes mellitus preexistente, se plantea un desafío médico significativo. Esta diabetes, ya sea tipo 1 o tipo 2, agrega una capa adicional de complejidad a la atención prenatal debido a su impacto potencial en la madre y el feto. Este caso clínico explora la conducta obstétrica en embarazadas con diabetes preexistente, centrándose en las complicaciones y el tratamiento asociados.

Las complicaciones maternas pueden incluir preeclampsia, hipertensión gestacional, infecciones urinarias y retinopatía diabética, aumentando el riesgo de complicaciones durante. Además, existe un riesgo sustancialmente elevado de macrosomía fetal, lo que puede conducir a partos difíciles y lesiones en el bebé durante el parto.

El control glucémico riguroso es esencial para prevenir complicaciones. Esto incluye un plan de alimentación adecuado, monitorización constante de la glucosa y, en algunos casos, el uso de insulina u otros medicamentos. La colaboración multidisciplinaria entre obstetras, endocrinólogos, nutricionistas y otros especialistas es fundamental para brindar atención integral y personalizada.

En resumen, este caso clínico destaca la importancia de la atención especializada para embarazadas con diabetes preexistente. La gestión efectiva de esta población de alto riesgo implica una atención prenatal cuidadosa y coordinada para garantizar un embarazo saludable tanto para la madre como para el feto.

Palabras claves: atención prenatal, preeclampsia, diabetes mellitus preexistente, control glucémico, monitorización glucosa.

ABSTRACT

Pregnancy is a period of physiologic transformation in a woman's life, and when combined with pre-existing diabetes mellitus, it poses a significant medical challenge. This diabetes, whether type 1 or type 2, adds an additional layer of complexity to prenatal care because of its potential impact on the mother and fetus. This case report explores obstetric management in pregnant women with preexisting diabetes, focusing on associated complications and treatment.

Maternal complications may include preeclampsia, gestational hypertension, urinary tract infections, and diabetic retinopathy, increasing the risk of complications during. In addition, there is a substantially elevated risk of fetal macrosomia, which can lead to difficult deliveries and injury to the baby during delivery.

Rigorous glycemic control is essential to prevent complications. This includes an appropriate dietary plan, constant glucose monitoring and, in some cases, the use of insulin or other medications. Multidisciplinary collaboration between obstetricians, endocrinologists, nutritionists and other specialists is essential to provide comprehensive and personalized care.

In summary, this case report highlights the importance of specialized care for pregnant women with preexisting diabetes. Effective management of this high-risk population involves careful and coordinated prenatal care to ensure a healthy pregnancy for both mother and fetus.

Key words: prenatal care, preeclampsia, preexisting diabetes mellitus, glycemic control, glucose monitoring.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una época de transformación y desafíos para el cuerpo de la mujer, donde se producen importantes cambios fisiológicos y hormonales. Estos cambios pueden ser particularmente importantes para las mujeres que ya tienen enfermedades crónicas como diabetes preexistente. La combinación de diabetes y embarazo crea un cuadro clínico complejo que requiere atención obstétrica extremadamente especializada.

La diabetes mellitus, una enfermedad metabólica caracterizada por la alteración de la regulación de la glucosa en sangre, abarca una población global creciente. A medida que la prevalencia de la diabetes sigue en aumento, también lo hace el número de mujeres en edad reproductiva que inician su embarazo con esta afección ya establecida. Esto plantea un escenario clínico complejo y desafiante que requiere una comprensión profunda de la conducta obstétrica y un enfoque multidisciplinario para garantizar resultados exitosos tanto para la madre como para el feto (Espinoza Artavia & Fernandez Vaglio, 2019).

La diabetes preexistente introduce un conjunto de desafíos adicionales en el ámbito obstétrico. Estas mujeres tienen un mayor riesgo de complicaciones, que pueden incluir preeclampsia, hipertensión gestacional, infecciones del tracto urinario, retinopatía diabética y enfermedad renal diabética (Hunt et al., 2018). Además, existe un riesgo sustancialmente aumentado de macrosomía fetal, que puede dar lugar a partos difíciles y lesiones en el bebé durante el parto (González-Quintero et al., 2011).

La diabetes mellitus preexistente, ya sea tipo 1 o tipo 2, añade una capa adicional de complejidad a la atención prenatal. Esta condición conlleva no solo preocupaciones relacionadas con el control de la glucosa en sangre, sino también una mayor probabilidad de complicaciones médicas tanto para la madre como para el feto. A medida que se avanza en la gestación, las gestantes diabéticas preexistentes y su equipo médico enfrentan desafíos únicos en la gestión del embarazo y el parto (Cochachi & del Pilar, 2022).

El manejo de mujeres embarazadas con diabetes preexistente exige un enfoque multidisciplinario que involucre a obstetras, endocrinólogos, nutricionistas, oftalmólogos y otros especialistas (American Diabetes Association, 2021). La

coordinación de cuidados y la comunicación fluida entre estos profesionales son fundamentales para proporcionar la atención más completa y personalizada.

Este caso clínico se enfoca en explorar en profundidad la conducta obstétrica en embarazadas con diabetes preexistente. Se examinarán detalladamente las complicaciones que pueden surgir, como la preeclampsia, la macrosomía fetal y las malformaciones congénitas, y se analizará el papel crucial del manejo del control glucémico y el tratamiento farmacológico adecuado. Además, se destacará la importancia de un enfoque multidisciplinario y de una atención prenatal personalizada para abordar las necesidades únicas de estas pacientes.

A través del estudio de este caso clínico, se busca arrojar luz sobre los desafíos y las soluciones en la atención de embarazadas con diabetes preexistente. La comprensión detallada de las complicaciones potenciales y la implementación de estrategias terapéuticas efectivas son fundamentales para garantizar la salud materna y fetal óptima en esta población de alto riesgo.

En última instancia, este caso clínico pretende proporcionar una visión integral de la conducta obstétrica en embarazadas diabéticas preexistentes, subrayando la importancia de una atención médica especializada y la colaboración interdisciplinaria para lograr resultados exitosos en el proceso de embarazo y parto.

MARCO TEÓRICO

Conducta obstétrica en embarazada diabética, complicaciones y tratamiento

Diabetes

Se considera diabetes a los trastornos metabólicos, cuyo principal hallazgo es el aumento de glucosa en la sangre (hiperglucemia). La hiperglucemia llega a producir síntomas como: poliuria, fatiga, pérdida de peso, alteraciones visuales y alteraciones en la secreción y acción de la insulina, asociándose esto a daños en distintos tejidos y órganos. (Harreiter & Roden, 2019).

Tipos de diabetes

A continuación se mencionan los distintos tipos de diabetes en relación al embarazo (Harreiter & Roden, 2019) :

Diabetes mellitus pregestacional (DMPG): se considera este tipo de diabetes cuando su diagnóstico es realizado previamente al comienzo del embarazo, se clasifica en:

- **Diabetes tipo 1:** es una diabetes autoinmune causada por la destrucción de células pancreáticas generando una deficiencia absoluta de insulina o en mucho caso se tiene una diabetes idiopática, es decir se desconoce su etiología y relación.
- **Diabetes tipo 2:** en este caso su origen varía desde una resistencia a la insulina con pérdida de manera progresiva de las células pancreáticas o con una insulina deficiente
- **Otros tipos de diabetes específicos:** estos tipos de diabetes incluyen enfermedades como: pancreatitis, quísticas fibrosis, síndrome de Cushing, acromegalia, glucocorticoides, neurolépticos).

Diabetes mellitus gestacional (DMG): su diagnóstico se realiza por primera vez en la gestación, esto ocurre debido a los distintos cambios hormonales y metabólicos que ocurren en el periodo de gestación. La mayoría de los casos no muestran síntomas, por lo que se debe realizar un análisis de glucosa en sangre entre las 24-28 semanas de embarazo.

Etiopatogenia de la Diabetes Mellitus Pregestacional

La etiología de la Diabetes Mellitus Pregestacional incluye factores genéticos y ambientales que permitan contribuir a su desarrollo. En el caso de la diabetes tipo 1 se asocia a un 88% a factores genéticos y en el caso de factores ambientales, como infecciones virales, tabaquismo, exposición al gluten de la leche de vaca de forma temprana (Calderón, 2022) .

Por otro lado, la diabetes tipo 2 presenta una base genética con mayor complejidad como disfunción de la célula pancreática y resistencia periférica a la insulina, estos factores se pueden producir por la obesidad, hipoxia, estrés oxidativo, envejecimiento (Harreiter & Roden, 2019).

Complicaciones maternas

La Diabetes Mellitus Pregestacional (DMP) incrementa el riesgo de complicaciones maternas y obstétricas en el periodo del embarazo. A continuación, se describen las complicaciones más destacadas (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), 2020) :

- Preeclampsia: esta afección se caracteriza por la presión arterial alta, en casos graves puede llegar a poner en peligro la vida tanto de la madre como del feto.
- Infecciones urinarias y vaginales: la diabetes pregestacional aumenta el riesgo de infecciones que van a requerir tratamiento, con el fin de evitar incomodidad durante el embarazo.
- Polihidramnios: se relaciona con un aumento de diuresis causada por hiperglucemia, esto se asocia con una macrosomía fetal llegando a ser una causa de amenaza de parto pretérmino (APP).
- Macrosomía fetal: una diabetes pregestacional no controlada o mal controlada puede causar un crecimiento excesivo del feto y aumentar el riesgo de parto y lesiones.
- Malformaciones congénitas: cuando la diabetes no es tratada en las primeras etapas del embarazo, esto puede incrementar el riesgo de malformaciones congénitas en el feto.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son los antecedentes familiares de diabetes y obesidad, por lo tanto se mencionan los siguientes factores (American Diabetes Association, 2023b):

- Obesidad.
- Antecedentes familiares de Diabetes.
- Antecedentes personales de Diabetes, síndrome de ovario poliquístico, hipertensión arterial, abortos repetidos, mortinatos o recién nacidos fallecidos en la primera semana.
- Presencia de glucemia en ayunas mayor a 92 mg/dL.

Diagnóstico

Según la American Diabetes Association (2023), usualmente se emplean pruebas de laboratorio para la evaluación de los niveles de glucosa en sangre y pruebas de tolerancia a la glucosa, además, estos son dos de los métodos para el diagnóstico de la diabetes preexistente tipo 1 en mujeres embarazadas:

Glucosa plasmática en ayunas (FPG): esta prueba se realiza antes del desayuno, al menos no comer durante al menos 8 horas antes de la prueba. Se diagnostica cuando se tiene un nivel de glucosa en sangre superior o igual a 126 mg/dl.

Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG): esta prueba se realiza en dos horas analizando el nivel de glucosa antes y dos horas después de la toma de una bebida dulce especial. Se diagnostica cuando se obtiene un nivel superior o igual a 200 mg/dl a las 2 horas.

Tabla 1: Criterios para el diagnóstico.

| Criterios para el diagnóstico de Diabetes | | |
|--|--------------------|------------------|
| Tipo | Prediabetes | Diabetes |
| FPG | 100-125 mg/dL | ≥ 126 mg/dL |
| PTOG | 140-199 mg/dL | ≥ 200 mg/dL |

Fuente: American Diabetes Association.
Elaborado por: Irma Leonor Andradez Alcívar.

Signos de alarma

Los signos de alarma en gestantes con diabetes preexistente pueden variar, por lo cual es importante estar atenta ya que podría indicar complicaciones:

Hiperglucemia severa: los niveles elevados de glucosa en sangre pueden indicar un control inadecuado (American Diabetes Association, 2021).

Cetonas en la orina: la presencia de cetonas puede ser indicativo de un desequilibrio en el control glucémico, llegando a requerir intervención médica (American Diabetes Association, 2021).

Hipertensión arterial: una presión arterial alta puede ser signo de alarma llegando a desencadenar preeclampsia (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019).

Hinchazón extrema: podría ser un síntoma de preeclampsia y requerirá atención médica inmediata (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019).

Con todos estos signos de alarma es recomendable que las gestantes mantengan su control y seguimiento adecuado. Una detección temprana y atención médica ayuda a prevenir complicaciones graves durante el periodo de gestación.

Importancia del control prenatal en mujeres con diabetes preexistente

Mantener un control y seguimiento durante el embarazo permite disminuir en gran porcentaje el riesgo de complicaciones maternas y fetales, por lo cual debe llevarse a cabo por un equipo interdisciplinario constituido por: obstetra, licenciado en nutrición (Rovira et al., 2017).

Frecuencia de visitas

Se recomienda visitas semanales en caso de no tener control metabólico, luego las visitas se realizan cada 15 días en caso de no presentar complicaciones.

Evaluación clínica

Se debe evaluar las condiciones sociodemográficas: edad, semanas de gestación, analfabetismo, desnutrición, obesidad y violencia doméstica.

Llevar a cabo una revisión detallada de los hábitos alimenticios con el propósito de evaluar y adaptar la pauta nutricional de acuerdo a la nueva condición biológica.

En las visitas se deben reiterar el examen físico completo y mantener un registro actualizado del peso, evaluar los signos vitales y control metabólico.

Control nutricional

Mantener una ganancia óptima del peso durante el periodo de gestación determinado por el IMC.

En caso de ser la ganancia de peso mayor se debe descartar edemas, sedentarismo, ingesta elevada de valor calórico.

En caso de ser una ganancia subóptima se procede a evaluar la restricción calórica, con el fin de evitar complicaciones en el crecimiento y desarrollo fetal.

Control metabólico

Un control metabólico óptimo se considera cuando la gestante tiene glucemia en ayunas entre 70-90 mg/dl, una ganancia de peso adecuada y ausencia de hipoglucemias.

Vacunación

La relevancia de la inmunización durante la gestación se encuentra en preservar no solo la salud de las mujeres, sino también en salvaguardar indirectamente la salud del recién nacido durante sus primeros meses.

En el embarazo se recomienda las siguientes vacunas: influenza, Dtype. También se evalúa en caso de requerir vacunas para la hepatitis A, hepatitis B, neumococo o meningococo.

Tratamiento

Se debe seguir una vigilancia estrecha debido al riesgo de presentar hipoglucemia y restricción del crecimiento fetal, a continuación se mencionan los distintos tratamientos a llevar a cabo (Arribas Arribas & García Martín, 2019):

Terapia médica nutricional: con este tipo de terapia se busca una ganancia de peso adecuada, mantener el control glucémico, evitar la cetonuria. Por lo cual, se recomienda una dieta distribuida de 45% de carbohidratos, 25% de proteínas y 40% de grasas, cabe destacar que se debe evitar el consumo de carbohidratos simples.

Ejercicio físico: se considera que la combinación de una dieta equilibrada y actividad física mejorará los niveles de glucemia, se considera recomendable una caminata de 20-45 minutos por lo menos tres veces por semana.

Tratamiento farmacológico: se recomienda cuando las anteriores opciones mencionadas no logran la disminución de glucosa recomendada, se puede emplear una aplicación al día de insulina o fraccionamiento de la dosis en dos aplicaciones, esto siempre y cuando continúe la glucemia elevada.

Prevención

A continuación se mencionan las prevenciones y cuidados recomendados en mujeres con diabetes pregestacional:

Control glucémico riguroso: mantener un control es fundamental para la prevención de complicaciones, esto incluye la monitorización de los niveles de glucosa en sangre (American Diabetes Association, 2021).

Plan de nutrición personalizado: mantener una dieta equilibrada y supervisada por un profesional de la nutrición. Esto ayuda a evitar picos de azúcar y mantener un aumento de peso adecuado durante el embarazo (Aschner, 2019).

Seguimiento prenatal regular: debe tener un seguimiento frecuente, pruebas de laboratorio y ultrasonido, permitiendo detectar y gestionar tempranamente cualquier complicación potencial tanto para la madre como para el bebé.

Educación y autocuidado: consiste en proporcionar educación y capacitación a la gestante sobre la diabetes pregestacional, su manejo y las medidas de autocuidado es fundamental para promover un embarazo saludable (Drayton et al., 2022).

Justificación

La Organización Mundial de la Salud (2023), define a la diabetes como una enfermedad crónica, la cual puede aparecer cuando el páncreas ya no produce la insulina suficiente o el organismo no usa de manera eficaz la insulina producida. La insulina es considerada una hormona que tiene la capacidad de regular el azúcar en la sangre.

Esta alteración metabólica es muy frecuente en el período de gestación y se relaciona con el riesgo de morbilidad materna-fetal. La diabetes en el

embarazo se clasifica en: diabetes mellitus pregestacional, la cual es diagnosticada antes del embarazo, mientras que la diabetes gestacional, es diagnosticada durante el embarazo (Fundación redGDPS, 2018).

La diabetes en el embarazo presenta implicaciones para la salud tanto de la madre como del feto. Por lo tanto, estudiar la conducta obstétrica en mujeres diabéticas embarazadas y sus complicaciones asociadas ayuda a comprender los riesgos potenciales y así poder desarrollar estrategias óptimas para su manejo y tratamiento, con el fin de garantizar los resultados favorables.

La presente investigación se enfocará en estudiar la conducta obstétrica de la diabetes pregestacional y las complicaciones que desencadena esta patología, esta problemática es grave para el personal de salud gineco-obstétrico y la sociedad, debido a la falta de un riguroso tratamiento y control, desencadenando así complicaciones maternas y fetales. Las complicaciones fetales de este tipo de diabetes abarcan un aborto, malformaciones, prematuridad, mientras que las complicaciones maternas incluyen neuropatía diabética, hipertensión, hipoglicemia e hiperglucemia.

Finalmente es importante establecer que este caso clínico permita ayudar al reconocimiento con facilidad y de manera adecuada acerca de los factores de riesgo y complicaciones, para poder implementar estrategias de prevención y control, con el fin de minimizar todo tipo de complicaciones obstétricas en mujeres gestantes con diabetes preexistentes.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la conducta obstétrica, complicaciones y tratamientos en mujeres con diabetes preexistentes, con el fin de mejorar la atención en este grupo de pacientes.

Objetivos Específicos

- Identificar las complicaciones obstétricas y más comunes en mujeres embarazadas con diabetes preexistente.
- Indagar acerca de la relación entre el control glucémico y sus complicaciones obstétricas en mujeres embarazadas con diabetes preexistente.

- Investigar la relación existente en el transcurso del embarazo y el control glucémico en mujeres con diabetes, así mismo su influencia en las complicaciones obstétricas.

Datos Generales

Tabla 2. Datos generales de la paciente

| | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| NOMBRE: YUNERDY MASIEL | CI: 21260860 |
| APELLIDOS: ROJAS SUAREZ | FECHA NACIMIENTO: 29/11/1992 |
| EDAD: 29 AÑOS | EST. CIVIL: SOLTERA |
| DIRECCIÓN: MARTHA DE ROLDOS | ESCOLARIDAD: BÁSICA |
| NACIONALIDAD: VENEZOLANA | OCUPACIÓN: AMA DE CASA |
| ETNIA: MESTIZA | NIVEL SOCIOECONOMICO: MUY BAJO |

Fuente: Historial clínico de la paciente.

Elaborado por: Irma Leonor Andradez Alcívar.

METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta

Por medio de la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS), que es una herramienta informática que permite la recolección lógica y ordenada de datos en la Atención Integral de Salud, se recopilan datos muy importante de antecedentes de la paciente: Multípara de 29 años de edad, fecha de última menstruación 30/01/2021, gestas 3, abortos 1, cesáreas 2, pig de 8 años, acude a subcentro de salud N° 3 por servicio de Obstetricia para su primer control, por embarazo de + - 9 semana, presenta exámenes de laboratorio con Hemoglobina de 10.50, Glicemia de 71mg/dl, Grupo sanguíneo ORH Positivo, refiere mareo, cansancio, debilidad, náuseas, y una leucorrea blanca. Cuenta con antecedentes familiares de hipertensión arterial (abuela materna), abuela materna y madre asmática, alérgica a la Ranitidina, antecedentes de preeclampsia en embarazos anteriores, antecedentes de diabetes insulínica diagnosticada desde Venezuela hace aproximadamente 8 años con 10 unidades diarias subcutánea no

controlada, esterilizada, controles insuficientes, discapacidad en ojo izquierdo no refiere motivo, Delirio hiperactivo. Visitas domiciliarias por no asistencia a controles obstétricos.

Antecedentes Personales y Familiares

Tabla 3: Antecedentes de la paciente

| | |
|-------------------|---|
| PERSONALES | Preeclampsia en embarazos anteriores |
| | Diabetes : Insulinodependiente diagnosticada desde Venezuela hace aproximadamente 8 años con 10 unidades diarias subcutánea no controlada. |
| | IMC: 16.42 |
| ALERGIAS | Ranitidina |

| | |
|-------------------|----------------------------|
| FAMILIARES | Madre HTA y Asma |
| | Abuela Materna Asma |

| | |
|-------------------|--------------------|
| DROGAS: No | ALCOHOL: No |
|-------------------|--------------------|

Antecedentes gineco - obstétricos

| | | | | | |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| AGO | G: 3 | P: 0 | C: 2 | A: 1 | PIG: 8 años |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|

| | |
|----------------------------|---------------------------------|
| MENARQUIA: 13 años | EMBARAZO PLANIFICADO: no |
| PAREJAS SEXUALES: 5 | CONTROLES PRENATALES: 1 |
| IVS: 17 años | ECOGRAFÍAS: 1 |
| IVU: si | SUBCENTRO: Número 3 |
| LEUCORREA: si | FUM: 31/1/22 |

| | |
|---------------------|--------------------------------|
| PAP TEST: No | GRUPO SANGUÍNEO: O RH + |
|---------------------|--------------------------------|

*Fuente: Historial clínico de la paciente.
Elaborado por: Irma Leonor Andradez Alcívar.*

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente múltipara de 29 años de edad, fecha de última menstruación desconocida, asiste por emergencia al Hospital General Guasmo Sur, delirio confuso, afebril, cefalea leve, no orientada en tiempo y espacio, acompañada de amiga, a la valoración física se observa con bajo peso, discapacidad visual en ojo derecho, refiere debilidad, cansancio, agotamiento, al examen ginecológico se observa leucorrea blanca sin mal olor desde hace unas semanas.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

SCORE MAMA 3

Tabla 4: Exploración clínica de la paciente

| | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| PA: 65 Hg | SISTÓLICA: 115 Hg/ 65 Hg | DIASTÓLICA: |
| FRECUENCIA CARDIACA: | 95 por minuto | |
| FRECUENCIA RESPIRATORIA: | 21 por minuto | |
| TEMPERATURA: | 38.5 °C | |
| ST: | 98% | |
| ESTADO DE CONCIENCIA: | Alerta | |
| PROTEINURIA: | Negativo | |

| | | |
|--------------------|----------------------|-------------------|
| PESO: 40 kg | TALLA: 155 cm | IMC: 16.65 |
|--------------------|----------------------|-------------------|

Observación: Paciente llama la atención bajo peso.

*Fuente: Historial clínico de la paciente.
Elaborado por: Irma Leonor Andradez Alcívar.*

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Tabla 5: Exámenes de laboratorio de la paciente

| Hematología | | |
|--------------------------|------------------|----------------------|
| Nombre de estudio | Resultado | V. referencia |
| Leucocitos | 14.7 | 4.5 – 10.5 |
| Neutrófilos % | 71.78 % | 40 – 75 |
| Monocitos % | 1.80 % | 31 – 0 |
| Linfocitos % | 11.31 % | 20 – 50 |
| Hemoglobina | 10.20 g/dl | 11.5 – 15 |
| Hematocrito | 29.40 % | 36 – 42 |
| Bioquímico | | |
| Plaquetas | 297.0 | 150 – 450 |
| TGO | 48.36 | |
| TGP | 20.56 | |
| Electrolitos | | |
| Sodio | 127.0 | |
| Potasio | 3.90 | |
| Cloro | 98 | |
| Químico | | |
| Glucosa | 176 | |
| Urea | 20.31 | |
| Creatinina | 6.44 | |
| Sodio | 127.0 | |
| Potasio | 3.90 | |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Cloro | 98.0 |
| Autoinmunes | |
| HIV 1-2 | NO REACTIVO |
| VDRL | NO REACTIVO |
| ANTIGENO F- ESTÁNDAR COVID | NEGATIVO |
| Proteinuria en tirilla | NEGATIVO |

*Fuente: Historial clínico de la paciente.
Elaborado por: Irma Leonor Andradez Alcívar.*

CONTROL DE GLUCEMIA EN 24 HORAS

6AM - 123 MG/DL

12 PM - 120 MG/DL

6PM - 123 MG/DL

18PM - 138 MG/DL

22PM - 128 MG/DL

06AM - 123 MG/DL

REPORTE ECOGRÁFICO.

Se observa feto único vivo, presentación indiferente, latidos cardíacos de 137 latidos por minutos, cantidad de líquido abdominal normal en un solo cuadrante 3,3 cm, placenta: fúndica posterior normoinsera, no placenta previa, grado de maduración: I/III, DBP: 5.2 CM EG:2250D, LF: 3.3 EG: 2052D, CA:17.4 CM 2253D - 20.5CM EG: 2255D, PESO: 435 gramos.

Doppler fetal de arteria cerebral: IP: 1.40, IR, 0.77

DOPPLER FETAL DE ARTERIA UMBILICAL: IP: 1.34, IR: 0.77

MANIOBRAS DE LEOPOLD: Útero gestante no acorde con edad gestacional, presencia de producto único vivo, posición longitudinal, cefálico, movimientos

fetales presentes, movimientos fetales presentes, frecuencia cardiaca fetal 139 latidos por minuto, sin presencia de actividad uterina.

ESPECULOSCOPIA: Cérvix central, se observa secreción vaginal blanca espesa y grumosa, cantidad moderada, no fétida, no salida de líquido amniótico, no sangrado vaginal.

GENITALES: Se visualiza vulva se observa inflamada.

TACTO VAGINAL: Cérvix cerrado, largo, sin modificaciones cervicales, no se observa sangrado vaginal ni pérdida de líquido amniótico.

SIGNOS VITALES: Se valora Score Mama 3

EXTREMIDADES INFERIORES: Simetría y sin edema. llama la atención paciente de muy bajo peso.

REPORTE DE MONITOREO FETAL: variabilidad moderada, reactivo, categoría I, frecuencia cardiaca fetal 139 latidos por minuto, sin presencia de actividad uterina.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnóstico presuntivo: Embarazo de 20 semanas de gestación más Infección vaginal más RCIU.

Diagnóstico diferencial: Embarazo de 20 semanas de gestación más Diabetes mellitus preexistente insulino dependiente no controlada más desnutrición severa.

Diagnóstico definitivo: Embarazo de 20 semanas de gestación más anemia más urosepsis más RCIU más hiperglucemia y cetoacidosis diabética.

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

Análisis

Paciente de 29 años, refiere tener secreción vaginal desde varias semanas de evolución, cefalea leve, estado febril, no tiene un control adecuado en uso de insulina, malos hábitos alimentarios.

Origen

- Periodo intergenésico de 8 años.

- Aborto (1).
- Malos hábitos alimenticios.
- Multípara (2 cesáreas).
- Diabetes mellitus tipo I insulino dependiente no controlada.
- Discontinuidad de diabetes preexistente.

Discontinuidad del tratamiento de insulina, causa de elevación de glucemia.

Procedimientos a realizar:

Se realiza monitoreo prueba de bienestar fetal, score mama, se solicita exámenes de laboratorio, uroanálisis y electrolitos, ecografía morfológica fetal, control de glucemia.

De acuerdo a lo recomendado por las Guías Prácticas Clínicas del Ministerio de Salud pública, para Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes en el embarazo (2014), Diagnóstico y tratamiento de Infecciones Vaginales (2014), el manejo sería:

- ❖ Ingreso y Hospitalización.
- ❖ Interconsulta con médico especialista de Endocrinólogo y Medicina Interna.
- ❖ Maduración pulmonar.
- ❖ Tratamiento para candidiasis vulvovaginal complicada.
- ❖ Antidiabético Insulina NPH subcutánea.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Bienestar fetal:

Se lo realiza para valorar la frecuencia y ritmo cardiacos fetales, confirma la viabilidad del embarazo y la edad gestacional, se lo debe hacer cada 4 horas.

Score mama:

Herramientas de puntuación de indicadores fisiológicos: frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura y nivel de conciencia y una prueba cualitativa, la proteinuria, para reconocimiento y respuesta temprana del deterioro de signos clínicos y fisiológicos, orientada a identificar tempranamente la patología obstétrica, aplique cada 4 horas y registre.

Exámenes de laboratorio:

El presente manejo se lo realizó mediante las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública, para Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo pregestacional y gestacional (2014).

Para la obtención de los resultados y conducta a seguir se solicita: biometría hemática, uroanálisis, análisis de electrolitos, función renal, pruebas hepáticas, colesterol, triglicéridos, glucosa en ayunas.

Ecografía:

Se recomienda ecografía para valorar crecimiento fetal, perímetro abdominal fetal y determinación de percentil para descartar macrosomía fetal incipiente, condición de la placenta, volumen de líquido amniótico, peso.

Control de glucemia:

Se requiere controles de glucemia estrictos, útil para toma de decisiones e identificar periodos de hipo o hiperglucemia y establecer la variabilidad glucémica.

Ingreso y hospitalización.

Toda paciente que presente una descompensación clínica, necesita vigilancia intrahospitalaria para evaluar analizar factores de riesgos , control extra de las condiciones obstétricas y fetales.(DIRECCIÓN NACIONAL DE NORMATIZACIÓN - MSP, 2014). Evaluar y analizar factores de riesgo, bienestar materno-fetal y signos de alarma .

Interconsulta con médico especialista de Endocrinólogo y Medicina Interna.

Para su manejo de manera inmediata por responsables del manejo y la optimización (DIRECCIÓN NACIONAL DE NORMATIZACIÓN -MSP, 2014).

Maduración pulmonar

Se recomienda administrar corticoides en caso de amenaza de parto prematuro entre las 26 semanas y las 34 semanas de gestación, independientemente de la proximidad del parto.

Dexametasona administrada en cuatro dosis de 6 mg IM con un intervalo de 12 horas entre dosis.

Tratamiento para candidiasis vulvovaginal complicada.

Clotrimazol al 1% en crema. Aplicar 5 g profundamente en la vagina y en la vulva por las noches por siete días.

Antidiabético Insulina NPH subcutánea.

insulina NPH subcutánea 10 UI AM y 5 UI PM.

Vigilar cuidadosamente los niveles de glucosa.

2.8 Seguimiento

Evolución (21/7/2022)

Paciente con 22.1 semanas de gestación, es ingresada acude a Unidad hospitalaria con clave amarilla, por referir leucorrea por varios días, estado febril, se realizan exámenes de laboratorio, ecografía, monitoreo fetal cada 4 horas se aplica paracetamol 1000 mg. IV PRN 3, control de glucemia, tratamiento de insulina NPH, Ceferino 2 Gr. IV cada 8 horas inicio.

Se sugiere monitoreo fetal cada 4 horas, control de glucemia y electrolitos.

Control de glucemia: 229 mg/dl

Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis.

Tacto vaginal: dilatación: cérvix cerrado

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

Ecografía: Feto: único, movimiento fetal activo, presentación indiferente, líquido amniótico normal, placenta: fúndica posterior, normoinsera no placenta previa.

Score mama (0)

Seguimiento por medio de Interconsultas Endocrinología, Medicina Interna, Fisioterapia, Psicología.

Evolución (29/7/2022)

Paciente con embarazo de 22 semanas de gestación, RCIU abdomen no acorde a altura a uterina ni ecografía institucional, presenta anemia al examen físico desnutrición aguda, intolerancia a los alimentos, se continúa con monitoreo fetal cada 8 horas.

Score mama (0)

Control de glucemia: 170 /40 mg/dl

Insulina NPH 10 UI AM Y 5 UI PM

Exámenes de laboratorio: leuco: 6; neutro:47.30; linfo: 39.30; hb: 9.20; hcrto: 25.80; plaq: 245; Controles de electrolito:NA: 128; K: 3.60; CL: 105. UROANÁLISIS NEGATIVO

Fluidos: Líquidos solución salina 0.9% 1000cc + SOL NA 1 AMP IV 62 ML/H, DX 5% 1000 cc IV 21 ML/H.

ENOXAPARINA 40 UI, SC QD 6, TRIK 10 ML VO CADA 8 HORAS

Seguir indicaciones de Endocrinología, Dextrosa al 5% iv de mantenimiento hasta que tenga mejor tolerancia a los alimentos.

Plan nutricional: dieta diabética, hipercalórica, hiperproteica distribuida en 5 tiempos de comida, con una distribución de 55% carbohidratos, 25% proteínas, 20% en grasas ricas en hierro y vitamina C para mejorar su absorción, incluir 3 claras de huevos distribuidas en desayuno, colación media mañana, colación media tarde + 3 cucharaditas de aceite de oliva en almuerzo y merienda.

Evolución 18/08/2022

Presencia de hiponatremia sodio 131 mmol/L-

Glucosa: 71

Embarazo de 27.2 semanas de gestación + diabetes mellitus tipo I + cetoacidosis diabética + postquirúrgica traqueostomía por estenosis laríngea + desnutrición severa + cicatriz uterina (3) + RCIU + hiponatremia. Paciente hasta el momento se encuentra poco colaboradora.

Control de glucemia: 153 Mg/dl

trik- 10cc vo cada 8 horas.

Solución salina 1000cc + sol Na (/2 AMP) IV pasar a 50 ml/h, ss 100cc + hierro sacarato 100 mg iv martes- jueves - sábados

Enoxaparina 40 mg subcutánea

Paracetamol 1 gr. IV PRN

Metoclopramida 10 Mg. IV cada 8 horas.

Insulina NPH subcutánea 15 UI AM y 5 UI PM

Psiquiatría - Quetiapina tableta 300 MG. ¼ de tableta 19h00 , Fluoxetina tableta 20 MG. VO 7H00

Omeprazol 40 MG. VI cada 12 horas

Terapia respiratoria cada 8 horas

Plan nutricional

Seguimiento en Endocrinología, Neumología, Medicina General, Psicología, Nutrición.

INGRESA A UCI 22/08/22

Las estenosis laríngeas se refieren al estrechamiento de la vía aérea a este nivel y suelen ser cuadros adquiridos en el adulto, la utilización de soluciones terapéuticas menos invasivas, sobre todo si se reduce la necesidad o la duración de la traqueotomía.

REGRESA EL 23/08/22

Evolución 05/09/2022

Embarazo de 30.1 semanas de gestación + RCUI + Diabetes mellitus tipo I + Post quirúrgico tardío de traqueostomía + Desnutrición proteico calórica + cup (3) + anemia moderada que afecta el puerperio + Antecedentes de larga estancia hospitalaria. Hipocalemia (controlada)

Medicación (Sigue tratamiento evolución anterior)

Control de glucemia: 154 MG/DL

Nutrición: Plan nutricional dieta líquida amplia para diabético`- hiposódica - hiperproteica de 2000 KCAL fragmentada en 5 tiempos de comidas, distribuidas en 55% carbohidrato, 25% proteínas y 20 % grasas, evitar lácteos.

Evolución 13/09/2022

Embarazo de 31.3 semanas de gestación con Eco Extrapolado +Diabetes Mellitus tipo I + Post Quirúrgico tardío de Traqueostomía por Estenosis Laríngea + Desnutrición Calórica severa + CUP 3 más RCIU + Anemia moderada que afecta el puerperio.

Tabla 6: Exámenes de laboratorio 12-09-2022

| | |
|-------------------------|--|
| BH CONTROL | |
| Leucocito | 7.44 |
| Neutrófilo | 57.50 |
| Linfocito | 12.10 |
| Hemoglobina | 11.30 |
| Hematocrito | 24.70 |
| Plaquetas | 544.0 |
| TGO: 12 | TGP: 7 |
| Creatinina | 0.27 |
| Urea | 14 |
| RESULTADO DE UROCULTIVO | KLEBSIELLA PNEUMONIAE TRATADA |
| ECOGRAFIA DOOPLER | EMBARAZO DE 30.6 SEMANAS DE GESTACIÓN |

Fuente: Historial clínico de la paciente.

Elaborado por: Irma Leonor Andradez Alcívar.

Tabla 7: Medicación

| |
|--|
| Enoxaparina 40 mg SC QD |
| Insulina NPH Subcutánea 10 UI AM y 5 UI PM |
| Insulina rápida subcutánea |
| Quetiapina 300 mg, ¼ de tableta 7PM VO |
| Fluoxetina 20 mg VO 7AM |

Fuente: Historial clínico de la paciente.

Elaborado por: Irma Leonor Andradez Alcívar.

Eco Doppler semanal.

Terapia respiratoria cada 8 horas pr.

Nutrición: bajo peso con riesgo de desnutrición severa.

Control de glucemia en 24 h.

6 am 74 mg/dl - 12 pm 80 mg/dl - 18 pm 102 mg /dl - 00 am 100 mg/dl.

Interconsultas : infectología, endocrinología, psiquiatría, medicina interna.

Evolución 04/10/2022

Embarazo 33.4 semanas de gestación, es ingresada a Centro Obstétrico por trabajo de parto, intervenida a cesárea electiva, neonato de sexo femenino es ingresada a UCI por presentar complicaciones respiratorias, Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR)

Exámenes de laboratorio: TP: 13.9, TTP: 54.0, CREATININA: 0.31, TRIGLICÉRIDO:142, ACIDO URICO EN SUERO:2.4, BILIRRUBINA TOTAL: 0.93, AST: 17.50, TGP: 8.51, UREA: 19.26, BUN: 9.00, LEUCOCITOS: 5.09, NEUTRÓFILOS %: 64.70, HEMOGLOBINA: 8.50, HEMATOCRITO: 23. 90, PAQUETAS: 193.00.

Seguimiento: control de glucemia en 24 horas:

6 AM:122 MG/DL

12:00 PM: 115 MG/DL

18:00 PM: 128 MG/DL

00:00 AM: 98 MG/DL

Biometría control, cumplir hora del puerperio quirúrgico., fisioterapia respiratoria.

2.9 Observaciones

La paciente presentó muchos factores de riesgo debido al incumplimiento de tratamiento de diabetes producto de ello la elevación de glucemia, y la poca colaboración pese a haber brindado información sobre la enfermedad, estando de acuerdo para respectivo tratamiento y firmando Consentimiento Informado por parte de la paciente, dieta adecuada, y a que se realizó un arduo trabajo por parte

del personal de salud, resultados desfavorables el feto estuvo expuesto a niveles altos de azúcar en la sangre en el útero, se realizó cesárea de emergencia con Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR).

CONCLUSIONES

En conclusión, la gestión de embarazadas con diabetes preexistente representa un desafío clínico y obstétrico significativo. Este caso clínico ha destacado la complejidad de esta situación, resaltando la importancia de una atención prenatal especializada y coordinada. Las complicaciones potenciales, como la preeclampsia, la hipertensión gestacional, las infecciones urinarias y la retinopatía diabética, junto con el riesgo de macrosomía fetal, subrayan la necesidad de un control glucémico riguroso y un enfoque multidisciplinario.

El manejo adecuado de la diabetes preexistente durante el embarazo requiere una colaboración cercana entre obstetras, endocrinólogos, nutricionistas y otros especialistas. El control de la glucosa, un plan de alimentación personalizado y, en ocasiones, el uso de insulina o medicamentos antidiabéticos son fundamentales para prevenir complicaciones y promover un embarazo saludable.

En última instancia, este caso clínico subraya la importancia de abordar esta población de alto riesgo con atención integral y personalizada. A través de una atención médica especializada y la aplicación de las últimas pautas clínicas, es posible mitigar los riesgos y mejorar los resultados tanto para la madre como para el bebé. La gestión exitosa de embarazadas con diabetes preexistente representa un compromiso con la salud y el bienestar de las futuras generaciones, destacando la importancia de la medicina basada en la evidencia y la colaboración interdisciplinaria en la obstetricia moderna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol. Obstetrics and Gynecology*, 133(1), 1–1. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003018>

- American Diabetes Association. (2021). 16. Diabetes advocacy: standards of Medical Care in diabetes—2021. *Diabetes Care*, 44(Supplement_1), S221–S222. <https://doi.org/10.2337/dc21-s016>
- American Diabetes Association. (2023a). Diagnóstico. American Diabetes Association. <https://diabetes.org/diagnostico>
- American Diabetes Association. (2023b). standards of care in diabetes—2023 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes: A Publication of the American Diabetes Association*, 41(1), 4–31. <https://doi.org/10.2337/cd23-as01>
- Arribas Arribas, C., & García Martín, S. (2019). Evaluación del control metabólico, resultados obstétricos y perinatales en mujeres con diabetes pregestacional. Universidad de Valladolid.
- Aschner, P. (2019). New IDF clinical practice recommendations for managing type 2 diabetes in primary care. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 132, 169–170. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.09.002>
- Calderón, A. M. (2022). Diabetes pregestacional: análisis de la influencia de parámetros analíticos, clínicos y ecográficos en los resultados obstétricos y perinatales [Universidad de Sevilla]. <https://idus.us.es/handle/11441/130935>
- Cochachi, C., & del Pilar, J. (2022). Factores predictivos maternos de ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto Tarma Junín, 2018-2020. <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/2912>
- Del Mar Morales, M., Acho, E., Castrillón, C., Marcelo, H., Vera, E., Lopez, E., Zhang, C., & Leey, J. (2022). Monitoreo continuo de glucosa durante la gestación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pregestacional. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 68(3). <https://doi.org/10.31403/rpgo.v68i2436>
- Diabetes mellitus y embarazo. Guía de práctica clínica actualizada 2021. (2021). *Sego.es*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de https://sego.es/documentos/progresos/v65-2022/n1/05%20Diabetes%20mellitus%20y%20embarazo__gpca__2021.pdf

- Drayton, D. J., Birch, R. J., D'Souza-Ferrer, C., Ayres, M., Howell, S. J., & Ajjan, R. A. (2022). Diabetes mellitus and perioperative outcomes: a scoping review of the literature. *British Journal of Anaesthesia*, 128(5), 817–828. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2022.02.013>
- Espinoza Artavia, A. L., & Fernandez Vaglio, R. E. (2019). Lo nuevo en diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus gestacional. *Revista Medica Sinergia*, 4(4). <https://doi.org/10.31434/rms.v4i4.180>
- Font-López, K. C., Cejudo-Carranza, E., López-Caucana, A. E., Peralta-Pedrero, M. L., Díaz-Velásquez, M. F., Puello-Tamara, E., & Ramírez-Torres, A. (2010). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(6), 673–684. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745511015>
- Fundación redGDPS. (2018). International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*, 33(3), 676–682. <https://doi.org/10.2337/dc09-1848>
- Ginecología y Obstetricia de México (Vol. 88, Número 11). (2021). Nieto Editores.
- Harreiter, J., & Roden, M. (2019). Diabetes mellitus – Definition, Klassifikation, Diagnose, Screening und Prävention (Update 2019). *Wiener klinische Wochenschrift*, 131(S1), 6–15. <https://doi.org/10.1007/s00508-019-1450-4>
- Lacau St Guily, J., Périé, S., & Coiffier, L. (2003). Estenosis laríngea en el adulto. *EMC - Otorrinolaringología*, 32(3), 1–16. [https://doi.org/10.1016/s1632-3475\(03\)72005-0](https://doi.org/10.1016/s1632-3475(03)72005-0)
- López del Val, T., Alcázar Lázaro, V., García Lacalle, C., Torres Moreno, B., Castillo Carbajal, G., & Alameda Fernandez, B. (2019). Glucemia basal en el primer trimestre como acercamiento inicial al diagnóstico de la diabetes en el embarazo. *Endocrinología, diabetes y nutrición*, 66(1), 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2018.06.012>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia: guía de práctica clínica (GPC) 2014. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización.

Organización Mundial de la Salud. (2023). Diabetes. Curr. Anaesth. Crit. Care. <https://doi.org/10.1016/j.cacc.2007.03.007>

Petersmann, A., Müller-Wieland, D., Müller, U. A., Landgraf, R., Nauck, M., Freckmann, G., Heinemann, L., & Schleicher, E. (2019). Definition, classification and diagnosis of diabetes mellitus. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 127(S 01), S1–S7. <https://doi.org/10.1055/a-1018-9078>

Rovira, M. G., Jawerbaum, A. S., Glatstein, L., Sucani, S., Bertona, C., Argerich, I., Gómez Martí, C., Vivona, M., Kojdamanian, V., Guaitas, S., Capobianco, E. L., Villarroel Parra, B., Rivas, E., & Rodríguez, M. E. (2017). Recomendaciones para el manejo de las pacientes con diabetes pregestacional. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, 51, 4; 12. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/68423>

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). (2020). Diabetes mellitus y embarazo. Guía de asistencia práctica actualizada en 2020. https://sego.es/Guias_de_Assistencia_Practica

Xie, X. (2020). Incremento ponderal en mujeres con diabetes mellitus pregestacional y gestacional. Variables predictoras y asociaciones con resultados perinatales. *Universitat Autònoma de Barcelona*.

ANEXOS

| | | | | | | | |
|--------|---|----|---|--|---|--|--|
| Aisl 3 | | | | | | | |
| Aisl 4 | ROJAS SUAREZ YUNERDY MASIEL 1 2022-06-25 17:32:50 | 29 | UROSEPSIS • EMBARAZO DE +/- 22.1 SEMANAS DE GESTACION • HIPOGLICEMIA SEVERA • PERFECTAMPNIA | LABORATORIOS. 19/07/22 18/07/22 18/07/22 18/07/22 26.50, Hb (9.10) H10 (25.19) PLAQ: 396 G10: 229 UREA: 0.80 UREA: 12.73 RUM: 8.95 NA: 132.8 K: 3.70 CL: 104.47/07/22-GASOMETRIA: | NEU: 76.40 IJNF: CLORURO DE SODIO 0.9% 1000 ML + 1 AMP NA IV 42 ML/H. 2. PARACETAMOL 1000 MG IV PRN 3. METOPROLOL 2 GR | | |

GUARDIA / MD SINCHE / PG. VELEZ PÓVILLACRES / IRO MARIA IRM PATRICIA IRM JOSE ESTUPIÑAN 21/07/2022 -22/08/2022

H.C.U. 21260860 TEL: (097) 979-805 No. AMBIV: 332207

DELIRIO HIPERACTIVO • DISTRIBUCION ACIDA • INFECCION RESPIRATORIA POR BIFIDOBILIA • PNEUMONIA • ANEMIA • QUIETUDIN EN EL EMBARAZO

PH 7.41 PCO2 25.6 PO2 112.8 HCO3 16.7 BE -6.60 SATO2 97.1 O2C 1.85

19/07/2022 GLUCEMIA 1.28 UREA 26.31 CREATININA 0.44 Hb 9.4 HbA1c 17.0 POTASIO 3.75 CLORO 98.10C 44.90 NEUTROF 71.8 LINF 21.31 MONO 1.80 HEMO 20.50 BLD 520000 7.2705 150 HEMO 20.50 BLD 520000 7.2705 150 HEMO 20.50 BLD 520000 7.2705 150 HEMO 20.50 BLD 520000 7.2705 150 HEMO 20.50 BLD 520000 7.2705 150 HEMO 20.50 BLD 520000 7.2705 150

16/07/2022 NA ORINA 45 LEU 14.54 NEU 22.2 LINF 10.5 Hb 10.6 TP 43.6 Hb 12.00 HbA1c 17.0 UREA 26.31 CREA 0.44 HCO3 16.7 BE -6.60 SATO2 97.1 O2C 1.85

19/07/2022 NA 120 K 4.2 CL 102 EMO PH 6.0 PROT = NITRITOS LEUCOS = LEUCOCITOS *** NA EN ORINA 12

19/7/22: ECOGRAFIA DE UTERO GESTANTE SE OBSERVA FETO UNICO VIVO PRESENTACION INDEFINIDA. OBSERVAN LATIDOS CARDIACOS 140X MINUTO. CANTIDAD DE LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL. PLACENTA: FUNDOS POSTERIOR NOBROGNERIA NI PLACENTA PREVIA

VALORACION DE MEDICINA INTERNA

SE SIGUIERE CONTROL DE EQUILIBRIO Y ELEC. RESULTOS:

LIMPIEZA DE INCISIONES DE TRAQUCOSTOMIA-A. FLUIDOS: LA. QUIDES SOL. SALINAD 900CC - SOL NA I AMP IV 62 MUELAS 8% UOCCU 2 ML H. SEGUIR INDICACIONES DE ENDOCRINOLOGIA-A DES. TRASA AL 5%

INTRAVENOSA DE MANTENIMIENTO HASSTA QUE TENGA MEJOR TOL. HANSLA A L.O. ALIMENTACION HASSTA QUE SPTI SUELTAS EN TOL. 50% HIPERTENSIONES EN TOL. 50% SPTI SUELTAS EN TOL. 50%

INSPELLOS 25 ALTAS MEDICAS 32 FUSA D ALTA PETICION 0 RECIBI MDS 49 ENTREGADOS 45 FASE A CENTRO 4 FASE A UNICO 0 IMPLANTES SOLICITADOS 8 CANAL LIBRES

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|
| <p>29</p> <p>ROJAS SUAREZ YUNERDY MASIEL</p> <p>H.C.U.: 21260860 TELF.: (097) 879-8053</p> <p>ECO PREVIO INSTITUCIONAL (27/6/2022 EMB 20.1 SG)</p> | <p>EMBARAZO DE + 24 SEMANAS 4 DIA POR ECO PREVIO INSTITUCIONAL (27/6/2022 EMB 20.1 SG) + DMID + CHOQUE SEPTICO POR FOCO PULMONAR (PSEUDOMONA AUREGINOSA PRODUCTORA DE BLEE) + UROSEPSIS TRATADA - CUP 3 + DELIRIO HIPERACTIVO + DESNUTRICION AGUDA.</p> <p>GLUCEMIAS 29/07/22 06:00 127 MG/DL</p> | <p>FI HGG5 25/06/2022</p> <p>FI UCI 2 25/06/2022</p> <p>FI GINECO 1 19/07/22</p> | <p>30/07/2022 LEUCO 6.0 NEUT% 47.30 LINFO% 39.30 HB 9.20 HCTO 25.80 PLQTAS 245.00 NA 128 K 3.60 CL 105</p> <p>28/07/2022 (TP) 13.4 RIN 1.17 (TTP) 42.7</p> <p>UROANÁLISIS NEGATIVO</p> <p>28/07/2022: BILIRRUBINA TOTAL 0.55 BILIRRUBINA DIRECTA 0.20 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.33 SODIO EN SUERO 128.0 POTASIO EN SUERO 3.60 CLORO EN SUERO 103 AST (TGO) 18.85 ALT (TGP) 8.70 UREA FN SUERO 13.42 BUN 6.27 LEUCOCITOS 8.17</p> | <p>ENOXAPARINA 40 UI SC QD 6. TRIK 10 ML VO CADA 8 HORAS</p> <p>***** PLAN NUTRICIONAL SEGUN VALORACION DE MEDICINA INTERNA *****</p> <p>***** 20/01/2022 *****</p> <p>SE SUGIERE CONTROL DE GLUCEMIA Y ELECTROLITOS, EMO. TERRES CON IPATROPIO LIMPIEZA DE INCISION DE TRAQUEOSTOMIA-A. FLUIDOS: LIQUIDOS SOL SALINA 0.9% 1000CC + SOL NA 1 AMP IV 62 ML/H, DX 5% 1000CC IV 21ML/H. SEGUIR INDICACIONES DE ENDOCRINOLOGIAZ DEXTROSA AL 5% INTRAVENOSA DE MANTENIMIENTO HASTA QUE TENGA</p> | <p>SEGUIMIENTO ENDOCRINOLOGIA (INSULINA NPH 10 UI-SUI)</p> <p>YA VALORADA POR UCI</p> <p>SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA</p> <p>***** PSQUIATRIA *****</p> <p>SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA</p> <p>***** PLAN: DE ENDOCRINOLOGIA. CONTROLES DE GLUCOSA CAPILAR CADA 8</p> |
| | <p>23:00 230 MG/DL</p> | | <p>NEUTROFILOS% 56.00 HEMOGLOBINA 9.00 HEMATOCRITO 25.70 PLAQUETAS 244</p> <p>25/07/22 HEMOGLOBINA GLUCOSILADA 6.68</p> <p>LABORATORIOS: 19/07/22 18/07/22: LEU: 5.71, NEU: 70.40, LINF: 26.50, HB: 9.10, HTO: 25.10, PLAQ: 396, GLU: 229, CREA: 0.40, UREA: 12.73, BUN: 5.95, NA: 132, K: 3.70, CL: 107.</p> <p>***** ECOGRAFIAS DE UTERO GESTANTE 22-07-2022: SE OBSERVA FETO UNICO, VIVO, PRESENTACION INDIFERENTE, OBSERVAN LATIDOS CARDIACOS 137 X MINUTO, CANTIDAD DE LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL EN UN SOLO CUADRANTE 3.3CM, PLACENTA: FUNDICA POSTERIOR NORMOINSERTA NO PLACENTA PREVIA, GRADO DE MADURACION 1,7/II DBP: 5.2 CM (5.23/10) E: 3.3CM (3.20/22) A: 17.4CM (17.25/22) P: 3.5 CM (3.25/22) PESO: 435 GRAMOS. DOPPLER FETAL DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA: IP: 1.40 IR: 0.77 DOPPLER FETAL DE ARTERIA UMBILICAL: IP: 1.34 IR: 0.77</p> <p>SE RECABA RESULTADOS DE LABORATORIO COMPLEMENTARIOS: CORTISOL EN SUERO 7-10AM: 13.52 ***** CORTISOL EN SUERO 4-6PM: 6.09 ***** ORINA DE 24 HORAS: CORTISOL LIBRE URINARIO 24 HORAS: 8.40. VOLUMEN URINARIO: 1200ML</p> | <p>MEJOR TOLERANCIA A LOS ALIMENTOS. INSULINA NPH SUBCUTANEA 10 U AM Y 5 UI PM. CORREGIR SI HIPERGLUCEMIAS > 180 MG/DL CON INSULINA RAPIDA SUBCUTANEA SEGUN CONTROLES Y SEGUN LA FORMULA GLUCOSA * 170 / 40. SEGUIR INDICACIONES DE MEDICO TRATANTE, GINECOOBSTETRICIA. SE VOLVERA A VISITAR</p> | <p>HORAS. DEXTROSA AL 5% INTRAVENOSA DE MANTENIMIENTO HASTA QUE TENGA MEJOR TOLERANCIA A LOS ALIMENTOS.</p> <p>INSULINA NPH SUBCUTANEA 10 U AM Y 5 UI PM.</p> <p>CORREGIR SI HIPERGLUCEMIAS > 180 MG/DL CON INSULINA RAPIDA SUBCUTANEA SEGUN CONTROLES Y SEGUN LA FORMULA GLUCOSA - 170 / 40.</p> |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|
| <p>29</p> <p>ROJAS SUAREZ YUNERDY MASIEL</p> <p>H.C.U.: 21260860 OTRA HC 21260860</p> <p>ARCHIVO PARA LABORATORIO: 344217</p> <p>29 AÑOS G4 A1 C3 FUM DESCONOCIDA 27/06/22 EMB 20.1 SG</p> | <p>EMBARAZO DE 31.3 SEMANAS DE GESTACION POR ECO EXTRAPOLADO + DIABETES MELLITUS TIPO I + POST QUIRURGICO TARDIO DE TRAQUEOSTOMIA (5/08/22) POR ESTENOSIS LARINGEA. DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SEVERA. + CUP (3) + ANEMIA MODERADA QUE AFECTA EL PUERPERIO</p> | <p>INGRESO A HOSPITALIZACION 09/08/22</p> <p>UCI 22/08/2022</p> <p>SALA 4 GINECOLOGIA 23/8/22</p> | <p>ENOXAPARINA 40MG SC QD.</p> <p>INSULINA NPH SUBCUTANEA 10 UI AM Y 5 UI PM</p> <p>INSULINA RAPIDA SUBCUTANEA 10 UI</p> <p>QUETIAPINA 300 MG, 1/4 DE TABLETA 7 PM VO - FLUOXETINA 20 MG VO 7 AM</p> | <p>EH CONTROL 12/09/2022 LEUCOCITOS: 7.44 NEUTROFILOS%: 57.50 LINFOCITOS%: 12.10 PLAQUETAS: 344.00 HEMOGLOBINA: 8.70 HEMATOCRITO: 24.70 TGO: 12.70 TTP: 7 CREAT 0.27 UREA 14</p> <p>RESULTADOS DE UROCULTIVO 24/08/2022 KLEBSIELLA PNEUMONIAE (TRATADA)</p> <p>10/09/2022 DR CORONEL - ECOGRAFIAS DOPPLER - EMBARAZO DE 30.6 SEMANAS X ECOGRAFIAS PREVIAS - PRODUCTO UNICO, VIVO, TRANSVERSO, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. ESTRUCTURAS CEFALICAS NORMALES. CORAZON TETRACAMERAL RITMICO, TRACTOS DE SALIDAS NORMALES. CC: 25.7 CM, CA: 22.7 CM, LF: 4.2 CM, HUMERO: 4.17 CM. PESO FETAL ESTIMADO: 886 GRAMOS (PERCENTIL 6). DOPPLER DE ACM IP: 2.2 (PERCENTIL 67). NORMAL. ART UMBILICAL IP: 1.1 (PERCENTIL 7). NORMAL. INDICE</p> | <p>ENDOCRINOLOGIA (31/08/2022)</p> <p>MEDICINA INTERNA (29/08/2022)</p> <p>CONTINUAR INDICACIONES DE ENDOCRINOLOGIA</p> <p>INFECTOLOGIA ALTA.</p> <p>PSICOLOGIA (09-09-2022)</p> <p>PSICOEDUCACION INDIVIDUAL</p> <p>TRABAJO SOCIAL (RECIBIDO 24-08-2022)</p> <p>CX TORACICO (15-08-2022) MANEJO AMBULATORIO</p> <p>PSIQUIATRIA (11-08-2022)</p> <p>NUTRICION (09/09/2022) BAJO PESO CON RIESGO DE</p> | <p>TERAPIA RESPIRATORIA CADA 8 HORAS Y PEN</p> <p>IC TRABAJO SOCIAL PENDIENTE VALORAR (C ENTREGADA 26/08/2022)</p> <p>ECO DOPPLER SEMANAL (ULTIMO 10/09/22)</p> <p>CONTROLES DE GLUCEMIAS EN 24H</p> <p>12/09/2022 6 AM 74 MG/DL 12 PM 80 MG/DL 18 PM 103 MG/DL 22 PM 102 MG/DL</p> |
|--|--|---|--|--|--|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| <p>204 A</p> <p>ROJAS SUAREZ YUNERDY MASIEL</p> <p>H.C.U.: 21260860 OTRA HC 21260860</p> <p>ARCHIVO PARA LABORATORIO: 344517</p> <p>29 AÑOS G4 A1 C3 FUM DESCONOCIDA 27/06/22 EMB 20.1 SG</p> | <p>PARTO POR CESÁREA ELECTIVA ESTERILIZACION QX + CUP 4 + DIABETES MELLITUS TIPO I + POST QUIRURGICO TARDIO DE TRAQUEOTOMIA (5/08/22) POR ESTENOSIS LARINGEA. + DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SEVERA + ANEMIA MODERADA QUE COMPLICA EPP.</p> | <p>INGRESO: HOSPI 09/08/22</p> <p>UCI 22-08-2022</p> <p>SALA GINECOLOGIA 23/8/22 CIRUGIA</p> <p>04/10/22 HORA 16:55</p> | <p>CONTROL DE GLUCOSA CAPILAR CADA 8H ANTES DE CADA COMIDA</p> <p>FISIOTERAPIA RESPIRATORIA</p> | <p>LABORATORIO 30/09/2022 TP 13.9, TTP 54.0, GLUCOSA EN CREATININA 0.31, TRIGLICERIDOS 142, A ACIDO URICO EN SUERO 2.4, BILIRRUBINA TOTAL 0.93, AST 17.50, TGP 8.51, UREA 19.26, BUN 9.00, LEUCOCITOS 5.09, NEUTROFILOS% 64.70, HEMOGLOBINA 8.50, HEMATOCRITO 23.90, PLAQUETAS 193.00</p> | <p>CUMPLIR HORAS DEL PUERPERIO QX</p> <p>GLUCEMIA 6AM MG /DL = 122</p> <p>BH DE CONTROL TOMAR</p> |
|---|---|---|---|---|---|