



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE OBSTETRICIA**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**

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

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO:**

**“CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIPARA DE 27 AÑOS DE EDAD  
CON EMBARAZO GEMELAR DE 32 SEMANAS”**

**AUTORA:**

MIRSA ELIZABETH LEON MOROCHO

**TUTOR:**

DR. JOE ORDOÑEZ SANCHEZ

BABAHOYO - LOS RIOS - ECUADOR

2020

# INDICE

INTRODUCCION.....	1
1. MARCO TEORICO .....	2
1.1. DEFINICION .....	2
1.2. EPIDEMIOLOGIA .....	2
1.3. CLASIFICACION DE LA DIABETES.....	2
1.4. FISIOPATOLOGIA.....	4
1.5. SINTOMAS .....	7
1.6. DIAGNOSTICO.....	7
1.7. TRATAMIENTO .....	9
1.7.1. TRATAMIENTO CON INSULINA.....	11
1.7.2. METFORMINA EN EL EMBARAZO .....	12
1.8. JUSTIFICACION .....	14
1.9. OBJETIVOS.....	15
1.9.1. OBJETIVO GENERAL .....	15
1.9.2. OBJETIVO ESPECIFICO.....	15
DATOS GENERALES .....	16
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	16
2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.....	16
HISTORIAL CLINICO DE LA PACIENTE .....	16
2.2. PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS) .....	17
2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA) .....	18
2.3.1. Examen físico realizado a la paciente: .....	18
2.4. INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS .....	18
Exámenes de laboratorio.....	19
2.5. FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	21
2.6. ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	21
2.7. INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES .....	22
2.8. SEGUIMIENTO.....	22
EXAMEN DE LABORATORIO .....	24
2.9. OBSERVACIONES.....	25
3. CONCLUSIONES.....	26
4. RECOMENDACIONES .....	27
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	28
6. ANEXOS.....	29

## **I. AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por brindarme la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos difíciles.

También agradecer a mis padres por hacer cada esfuerzo para lograr en mi lo que hoy me estoy convirtiendo, por sus consejos y lo primordial que siempre he tenido su apoyo incondicional

## II. DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, mis padres y docentes que conocí en este camino de mi vida.

A Dios por darme la vida y fuerza para poder continuar, a mis padres quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir una meta más; gracias por inculcar en mí el ejemplo del esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades porque Dios está conmigo

Le dedico también este trabajo a mis docentes que ellos formaron parte de mi etapa estudiantil inculcándome sus conocimientos para ser una persona exitosa.

### III. RESUMEN

Con el objetivo de poder analizar el manejo de pacientes embarazadas con diabetes gestacional como la relación de los factores de riesgo controlar y prevenir esta enfermedad, para hacer concientizar a la población y alcanzar la meta de disminuir su incidencia en nuestro medio, según el Ministerio de Salud Pública cada 5 de 100 mujeres embarazadas padecen esta enfermedad.

Ecuador ocupa el sexto lugar entre las enfermedades crónicas degenerativas con la frecuencia entre 6 al 9% en la población

La captación de la mujer gestante con diabetes gestacional se basa en que se realicen los controles prenatales a partir de 7 a 12 semanas de gestación para evaluar el control metabólico y su diagnóstico oportuno para llegar a cabo un embarazo sin complicaciones.

Dicha valoración se debe realizar desde el primer control prenatal que acude la gestante mediante la toma de glicemia basal y glicemia causal para su valoración inmediata en las pacientes que son vulnerables a padecer de la enfermedad.

El tratamiento inicial a empezar es con un plan nutricional acompañado de realización de actividad física y el control glicémico, se recurre al tratamiento farmacológico cuando la dieta y la actividad física haya fracasado

**Palabras claves:** diabetes gestacional, metformina, insulina

#### **IV. ABSTRACT**

In order to be able to analyze the management of pregnant patients with gestational diabetes such as the relationship of risk factors to control and prevent this disease, to raise awareness of the population and reach the goal of reducing their incidence in our environment, according to the Ministry of Public Health every 5 out of 100 pregnant women suffer from this disease.

Ecuador ranks sixth among chronic degenerative diseases with a frequency of 6 to 9% in the population.

The uptake of pregnant women with gestational diabetes is based on prenatal checks starting at 7 to 12 weeks gestation to evaluate metabolic control and timely diagnosis to complete a pregnancy without complications.

This assessment should be carried out from the first prenatal check attended by the pregnant woman by taking basal glycaemia and causal glycaemia for immediate assessment in patients who are vulnerable to the disease.

The initial treatment to start is with a nutritional plan accompanied by physical activity and glycemic control, drug treatment is used when diet and physical activity has failed.

**Keywords:** gestational diabetes, metformin, insulin

## INTRODUCCION

La diabetes es la alteración metabólica más frecuente en la gestación que se asocia al incremento del riesgo de morbilidad materna y fetal, y ambas pueden reducirse con un control adecuado. Para disminuir su incidencia tras el parto es indispensable recuperar el peso corporal adecuado mediante dieta y ejercicio, y evaluar el riesgo de diabetes de forma regular. (DOLORES, 2019)

Después del embarazo entre el 5% y 10% de las mujeres que tuvieron diabetes gestacional, tienen 20 y 50% de contraer diabetes en los próximos 5 a 10 años.

La diabetes en el embarazo se asocia tanto con riesgos para la madre como para el feto. Los abortos, la preeclampsia y el parto pretérmino son los más comunes en mujeres con diabetes preexistente. (DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO PREGESTACIONAL Y GESTACIONAL. GUIA DE PRACTICA CLINICA, 2014)

El objetivo del diagnóstico precoz y del tratamiento es prevenir la morbilidad perinatal. Tras el parto es imprescindible realizar un seguimiento de la paciente para comprobar si persiste la anomalía del metabolismo de la glucosa y la necesidad de tratamiento. En las últimas décadas se ha detectado un aumento en la prevalencia de DG por el incremento en el peso y en la edad media materna. (DOLORES, 2019)

La controversia en el uso y la seguridad de antidiabéticos orales durante el embarazo, así como el uso de determinados análogos de insulina, hacen indispensables que Latinoamérica, a través del Grupo de Trabajo de Diabetes y Embarazo de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) hacen sus actualizaciones. (SUSANA SALZBERG, 2016)

## **1. MARCO TEORICO**

### **1.1. DEFINICION**

Diabetes gestacional es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se reconoce por primera vez durante el embarazo. (DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO PREGESTACIONAL Y GESTACIONAL. GUIA DE PRACTICA CLINICA, 2014)

Durante las últimas décadas, la tasa de embarazos múltiples se ha incrementado debido principalmente a la expansión de las terapias de estimulación de fertilidad. (SUAREZ, 2014)

### **1.2. EPIDEMIOLOGIA**

Un trabajo de investigación que fue realizado por Alberto Barceló bajo supervisión de la OPS Y OMS se determinó que la tasa mundial de diabetes gestacional a nivel mundial fue de 16.9% donde la referencia anterior fue de 14.8% arrojando un incremento de esta enfermedad. (BARCELÓ, 2013)

La diabetes se considera como la segunda causa de mortalidad en Ecuador donde la más afectadas son las mujeres, de estos el 8% estima a la diabetes gestacional según menciona el Ministerio de Salud Publica en el 2018. (JORGE CARVAJAL, 2019)

### **1.3. CLASIFICACION DE LA DIABETES**

Existen diferentes clasificaciones de la diabetes en el embarazo como: presencia de marcadores genéticos, glucemia basal, severidad de la enfermedad, grado de compensación metabólica, etc. (SUAREZ, 2014)



Donde las clasificaciones más conocidas y utilizadas son: la de White con sus modificaciones y la de National Diabetes Group el cual unifico los criterios que por su sencillez aun sirven de base a las actuales.

**Tabla 1** Diabetes y embarazo de clasificación de Priscila White modificada. Fuente *Classification of obstetric diabetes.*

<b>CRITERIO</b>	<b>CLASE</b>
<b>Diabetes química: prueba de tolerancia anormal</b>	A
<b>Aparición después de los 20 años y &lt;10 años de duración</b>	B
<b>Aparición entre 10 y 19 años, duración 10-20 años</b>	C
<b>Aparición &lt;10 años, duración &gt;20 años</b>	D1
<b>Duración de diabetes &gt;20 años</b>	D2
<b>Calcificación de vasos de las piernas</b>	D3
<b>Retinopatía benigna</b>	D4
<b>Hipertensión</b>	D5
<b>Nefropatía</b>	F
<b>Enfermedad arterial coronaria</b>	H
<b>Retinopatía proliferativa</b>	R
<b>Trasplante renal</b>	T

Elaborado por: Mirsa León

**Tabla 2** Clasificación de diabetes según la Asociación Americana de la Diabetes.  
Fuente American Diabetes Association 2020

<b>Diabetes tipo 1</b>	<b>Dstrucción de células beta del páncreas con déficit absoluto de insulina</b>
<b>Diabetes tipo 2</b>	Pérdida progresiva de la secreción de insulina acompañada de resistencia a insulina
<b>Diabetes Mellitus Gestacional</b>	Se diagnostica en el II o III trimestre del embarazo
<b>Otras causas</b>	Fibrosis quística, pancreatitis, inducida por medicamentos, MODY

**Elaborado por:** Mirsa León

#### **1.4. FISIOPATOLOGIA**

La diabetes gestacional se presenta por alteraciones hormonales, entre las cuales el principal es la insulina; por el esfuerzo metabólico que cumple el organismo durante la gestación, conduce a trastornos de la salud que son de gran repercusión no solo para la madre sino también para el feto, ocasionados por el estado hipoglucémico en el embarazo es de trascendental importancia detectarlos precozmente y hacer el diagnóstico oportuno. (BRIONES, 2015)

Suele controlarse con modificación de los hábitos alimenticios y la realización de actividad física ya que esta condición comúnmente desaparece al término del embarazo.

**1.4.1. Etapa temprana:** se caracteriza por el acúmulo de grasa materna y mayor secreción de insulina en respuesta a la glucosa, así mismo existe sensibilidad

periférica a la insulina ligeramente aumentada y tolerancia a la glucosa normal o algo aumentada (BAZURTO, 2015).

La hormona que beneficia la nutrición del feto es el lactógeno placentario el cual conlleva un proceso de gluconeogénesis para conservar niveles basales de glicemia, primordiales para el desarrollo del mismo.

Esto se muestra en los desagradables síntomas de hipoglucemia que suelen presentar las embarazadas por las mañanas tales como náuseas, vómitos, somnolencia, cansancio y debilidad. (TIPAN, 2018)

**1.4.2. Fase tardía del Embarazo:** se determina por un aumento brusco de varias hormonas diabetógenas, resistencia progresiva a la acción de la insulina, reduciendo hasta un 50% la sensibilidad periférica a la misma. Además, existe un incremento del 30% en la secreción hepática basal de glucosa a pesar de cifras altas de insulina sérica, que indica una resistencia hepática a la insulina.

El peligro de la diabetes gestacional incrementa debido a las complicaciones obstétricas que se presentan causando perjuicio a la madre y al feto, así lo señala. (TIPAN, 2018)

Se estima que toda mujer ya sea que tenga diabetes preexistente o diabetes gestacional puede tener un embarazo sin complicaciones y un producto sano, siempre y cuando controlen la concentración de azúcar en sangre; aquellas mujeres que no lo hagan debidamente tienen un alto riesgo de sufrir ciertas complicaciones durante el embarazo. (PETTER, 2011)

**Tabla 3** Factores de riesgos y complicaciones maternas. Fuente Williams Ginecología

<b>FACTORES DE RIESGO MATERNOS</b>	<b>COMPLICACIONES MATERNAS</b>
Tener más de 25 años al quedar embarazada.	Diabetes tipo II en el futuro
Obesidad	Hidramnios
Tener antecedentes de familiares diabéticos.	Trastornos hipertensivos
	Trastornos de la concepción
Polihidramnios	Infección puerperal
Tener hipertensión arterial	Anemia
Que haya tenido abortos espontáneos u óbito fetal sin ninguna explicación	Preeclampsia, Eclampsia
	Cervicitis
Haber tenido un RN que haya pesado más de 9 libras 4kg.	Infección de vías urinarias
Aumento de peso excesivo durante el embarazo.	Morbimortalidad

**Elaborado por:** Mirsa León

**Tabla 4** *Complicaciones fetales y neonatales. Fuente Williams Ginecología*

<b>COMPLICACIONES FETALES</b>	<b>COMPLICACIONES NEONATALES</b>
Macrosomía	Tendencia a obesidad
Prematuridad	Cardiopatía hipertrófica

Hipoglucemia

Corioamnionitis

Enfermedad de la  
membrana hialina

Óbito fetal

Padecer de diabetes en el futuro

**Elaborado por:** Mirsa León

La búsqueda sistemática en toda embarazada con factores de riesgo se ha difundido ampliamente. Donde existen otras razones como: recursos humanos, tiempo y económicos; lo que dificultan la implementación de una estrategia diagnóstica en países como el nuestro, donde los recursos son limitados, aunque las causas son desconocidas, pero existen algunas teorías del porqué ocurre esta condición donde la placenta suministra agua y nutrientes para el feto y por lo cual produce varias hormonas

### **1.5. SINTOMAS**

Por lo general no hay síntomas o estos son leves. Los síntomas siguientes comprenden:

- Náuseas y vómitos
- Fatiga
- Visión borrosa
- Infecciones frecuentes que incluyen vejiga, vagina y piel
- Poliuria
- Polidipsia

### **1.6. DIAGNOSTICO**

El diagnóstico adecuado y el conocimiento de posibilidades existentes para el control y tratamiento de las pacientes con esta patología serán fundamentales para disminuir el elevado riesgo de complicaciones que implica siendo la finalidad lograr el estado normo glucemia tanto materno como fetal. (SUAREZ, 2014)

Además de tener en cuenta el seguimiento de parámetros metabólicos como el perfil glicémico, perfil lipídico, hemoglobina glicosilada, presión arterial, función renal y corporal en conjunto con la valoración de calidad de vida que tiene la gestante son fundamentales para obtener resultados satisfactorios.

Los criterios de diagnósticos que más han sido utilizados son de OMS y de O 'Sullivan del cual han sido definidos a partir de valores de glucosa en sangre. El test O 'Sullivan anteriormente se realizaba en el segundo trimestre del embarazo de manera rutinaria para así evaluar como las gestantes metabolizan los hidratos de carbono. (SANTOS, 2013)

Estos criterios de diagnósticos han sido modificados a través de los años en relación de donde procede la muestra sea sangre o plasma, metodología analítica, cantidad de glucosa administrada 75g o 100g y la duración de dicha prueba 2 o 3 horas.

El grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE) complementa la posibilidad de realizar un estudio en nuestro medio reproduciendo la metodología del estudio HAPO para así aclarar si las cifras de glucemia asociada a la morbilidad 1,75 veces superior a la media corresponden a las propuestas por los criterios de IADPSG o son más altos lo cual sería la hipótesis de partida. Mientras tanto, la recomendación del Grupo Español de Diabetes y Embarazo es la de mantener los criterios de National Diabetes Data Group. (CLASSIFICATION AND DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS AND ANOTHER CATEGORIES OF GLUCOSE INTOLERANCE. DIABETES)

Según la guía de diagnóstico y tratamiento de la Asociación de Diabetes Americana (ADA) determina que en la segunda hora después de la sobrecarga de 75gr de glucosa; se ha considerado como diagnóstica si el valor es igual o superior a 140mg/dl, esta es recomendada y es más simple además con más sensibilidad que otras menciona la Organización Mundial de la Salud

## **1.7. TRATAMIENTO**

El tratamiento de la diabetes gestacional consiste en realizar un plan nutricional y actividad física adecuada, en los casos donde no resulte la dieta se inicia tratamiento farmacológico con insulina y la educación de la enfermedad.

Es importante el plan nutricional y actividad física para el manejo de la diabetes gestacional y se debe iniciar a partir que se confirma el diagnóstico de la enfermedad.

Se debe realizar el monitoreo glucémico al menos durante cinco días, se recomienda realizarlo en ayunas y luego de cada comida, después puede realizarse una disminución de frecuencia cuando se lleve un buen control. Consumir los alimentos en porción adecuada ayuda en mejorar los niveles de glicemia en sangre; incluyendo frutas, vegetales, alimentos ricos en fibra.

Dentro de los objetivos del plan nutricional son (MSP,2014):

- Optimizar la norma glucemia
- Prevenir la cetosis
- Lograr una ganancia de peso adecuada según el IMC
- Contribuir al bienestar fetal

Para realizar el cálculo de la dieta se tiene que tomar en cuenta el estado nutricional de cada embarazada. Como podemos observar en el siguiente cuadro:

**Tabla 5:** Ganancia de peso en Diabetes Gestacional. Fuente Guía práctica Clínica: Diabetes y tratamiento de la diabetes en el embarazo.

ESTADO NUTRICIONAL	GANANCIA TOTAL(KG)
Bajo Peso (IMC <20)	12.5 - 18
Peso normal (IMC 20-24.9)	11.5 – 16
Sobrepeso (IMC 25- 29.9)	7 – 11.5
Obesidad (IMC >30)	5 – 9

Elaborado por: Mirsa León

En el siguiente cuadro se menciona sobre el esquema de tratamiento con gliburida en mujeres con diabetes gestacional cuando el tratamiento con dieta fracasa:

Determinaciones de la glicemia con un glucómetro en ayunas, 1 o 2 horas luego del desayuno, almuerzo y cena.

Metas de la glicemia (mg/dL) en ayunas <130mg/dL

La dosis de gliburida 2.5mg vía oral

De ser necesario aumentar la dosis de 2.5mg/ semana hasta llegar 10mg/día, después cambiar dosis dos veces al día hasta alcanzar 20mg/día. Cambiar a insulina en caso con 20mg/día no se logra lo esperado respecto a la glicemia. (TUCKER, 2018)



### 1.7.1. TRATAMIENTO CON INSULINA

Cuando se decide iniciar el tratamiento farmacológico se recomienda cuando la dieta y la realización de actividad física no alcanzan los niveles deseados del control glicémico. La droga de elección en mujeres con diabetes gestacional es la insulina, que es compatible con el embarazo lo cual se recomienda su uso.

**Tabla 6:** Insulinoterapia en el embarazo. Fuente Williams Ginecología

<b>GLICEMIA PREPRANDIAL</b>	<b>CORRECCION DE DOSIS BASAL</b>	<b>ADEMAS</b>
<b>&lt;70mg/dL</b>	Disminuya dos unidades	Comer de inmediato. Inyecte insulina después de comer
<b>70 a 90mg/dL</b>	Dosis basal	Comer CHOs de inmediato
<b>100 a 129mg/dL</b>	1 UI mas	Comer de inmediato
<b>130 a 139mg/dL</b>	2 UI mas	Inyecte, glicemia en 15 minutos, coma cuando la glicemia sea <110
<b>160 a 189mg/dL</b>	3 UI mas	Inyecte, glicemia en 15 minutos. Coma cuando la glicemia sea <110
<b>&gt;190mg/dL</b>	4 UI más, determine cetonuria	Puede tener que esperar hasta una hora

Elaborado por: Mirsa León

### INSULINA HUMANA NPH

**FORMA FARMACEUTICA Y CONCENTRACION:** Líquido parenteral 100UI/ML

**Dosis:** se inicia las dosis por vía SC, BID o QUID. La cantidad de insulina regular es entre 0.2-1UI/Kg/día, en casos especiales, necesitará una dosis más alta, administrar de 15 minutos antes de las comidas.

**Efectos de la insulina de acción rápida:**

**Comienzo:** 0.5-1 hora

**Pico:** 2-4 horas

**Duración:** 6-12 horas

**Frecuentes:** hipoglucemia leve (hipoglucemia nocturna)

**Efectos adversos:** ansiedad, visión borrosa, cambios en la conducta, diaforesis, palidez, sensación de frío, taquicardia, sueño, cansancio o fatiga, confusión, cefalea, nerviosismo, náuseas.

**Pocos frecuentes:** Hipoglucemia grave (convulsiones y coma)

**Raros:** Mialgias, prurito, edema, aumento de peso, edema facial, manos, pies o rodillas.

**1.7.2. METFORMINA EN EL EMBARAZO**

Es categoría B, no se ha comprobado que es teratogénica
Disminuye la incidencia de diabetes gestacional un 3% con metformina y un 23% sin metformina
Disminuye frecuencia de abortos

**Dosis inicial:** 500mg vía oral, BID

**Dosis alternativa:** 850mg vía oral, QD durante una semana, luego realizar aumentos posteriores hasta una dosis máxima de 850mg vía oral, TID, administrar con ácido fólico 1mg tomada en un momento distinto del día

**Efectos adversos, frecuentes:** diarrea, síntomas gastrointestinales, náuseas, flatulencia, dispepsia, anorexia, astenia, cefalea, erupciones cutáneas, vómitos.

**Raros:** anemia megaloblástica por deficiente absorción de ácido fólico y vitamina B12

Los esquemas de dosificación consideran iniciar con dosis 500mg dos veces al día u 850mg una vez al día, administrados acompañados con alimentos, la utilización de la tableta de 500mg, la dosis puede ser ajustada con intervalos de una semana según el efecto sobre la glicemia. Cuando se usa la tableta de 850mg, la dosis puede ser ajustada cada dos semanas. (DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO PREGESTACIONAL Y GESTACIONAL. GUIA DE PRACTICA CLINICA, 2014)

## 1.8. JUSTIFICACION

Por medio de esta investigación se pretende establecer un análisis de casos, en estado gestacional y la diabetes diferenciando las edades en las que la enfermedad tiene su mayor prevalencia y los factores de riesgo y demás complicaciones que se pueden ver favorecidas por la hipertensión y la prematuridad durante el crecimiento del bebé.

La diabetes es considerada como una enfermedad metabólica que muestra prevalencia en poblaciones adultas; En el Centro de salud de Jipi Japa (Macias Rodriguez , Sanchez Rodriguez , Anzules Guerra , & Cedeño Holguin , 2020) aseveran que la problemática existente en las mujeres gestantes atendidas en el centro de referencia, se centra en la falta de conocimiento y cultura en lo concerniente a los problemas de salud que puede causar la diabetes en embarazo, por otro lado el poco de interés, la limitada información recibida, la falta de atención preconcepcional y la demora al recibir atención al inicio del embarazo no permiten a los profesionales de salud la identificación oportuna y apropiada de los factores de riesgo y obtener de esta manera poder realizar diagnostico apropiado y oportuno.

La importancia en que se aplique una educación diabetológica que la embarazada y su familia dominen la influencia de la diabetes mellitus en la salud de la gestante, el feto y el recién nacido, para que modifiquen hábitos y se adhieran al tratamiento con el fin de alcanzar un adecuado control metabólico. (Romero, Palomares, Delgado , & Elias , 2018)

Lograr reducir los factores de riesgo más frecuentes de la diabetes gestacional, reduciría riesgos en la salud tanto de la madre como del niño, requiriendo en estos casos un diagnóstico previo que viabilice un tratamiento encaminado hacia un adecuado manejo del estado nutricional de las gestantes, y la adecuada orientación con respecto al embarazo, conocimiento que se debe manejar partiendo de su extracto sociocultural.

## **1.9. OBJETIVOS**

### **1.9.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar los factores de riesgo más frecuentes de la diabetes gestacional

### **1.9.2. OBJETIVO ESPECIFICO**

- Identificar los factores de riesgos que influyen en la aparición de diabetes gestacional.
- Describir las principales complicaciones maternas como consecuencias de la diabetes gestacional.
- Aportar medidas preventivas para evitar la diabetes en el embarazo

## DATOS GENERALES

**Nombres completos:**

NN

**Edad:**

27 años

**Sexo:**

Femenino

**Fecha de nacimiento:**

03 de enero de 1993

**Lugar de nacimiento:**

Quevedo, Los Ríos-Ecuador

**Residencia:**

La Venus, barrio 10 de junio

**Estado civil:**

Unión libre

**Nivel de Educación:**

Primaria

**Ocupación:**

Ama de casa

**Nivel Socioeconómico:**

Medio

**Grupo Sanguíneo:**

A+

**Raza:**

Mestiza

**Conyugue:**

NN, albañil de 30 años

Elaborado por: Mirsa León

## 2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.

#### HISTORIAL CLINICO DE LA PACIENTE

Paciente de 27 años cursa embarazo gemelar de 32 semanas de gestación por fecha de última fecha de menstruación 11/04/2020, refiere que lleva controles desde el primer trimestre de su embarazo en subcentro, acude a nuestro establecimiento a consulta externa por control prenatal refiere sentirse bien, niega sintomatología durante el interrogatorio, presenta examen de glucosa en ayunas evolutiva informa 183.85 mg/dl.

A continuación, se adjunta un resumen del historial clínico de la paciente:

<b>Antecedentes familiares:</b>	<b>patológicos</b>	<i>madre diabética, tiene diabetes tipo 2, la diabetes de su madre está controlada con metformina 500mg cada día.</i>
<b>Antecedentes personales:</b>	<b>patológicos</b>	Obesidad tipo II
<b>Antecedentes patológicos:</b>	<b>personales no</b>	niega consumo de drogas y tabaquismo en el embarazo.
<b>Alergias:</b>		No refiere
<b>Antecedentes Gineco-Obstétricos</b>		
<b>Menarquia:</b>		13 años
<b>Ciclos menstruales:</b>		regulares por 4 días
<b>Inicio de vida sexual:</b>		16 años
<b>Parejas sexuales:</b>		1
<b>Planificación familiar:</b>		Si, uso de implante subdérmico
<b>Gestas: 2</b>		<b>Abortos: 0</b>
<b>Partos: 1</b>		<b>Cesáreas: 1 hace 5 años</b>
<b>Fecha de última menstruación:</b>		11/04/2020
<b>Controles prenatales:</b>		4
<b>Ecografías:</b>		4
<b>Papanicolau:</b>		No
<b>Edad gestacional:</b>		32 semanas de gestacional

Elaborado por: Mirsa León

## 2.2. PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Gestante de 27 años cursa más o menos 32 semanas de gestación por fecha de última menstruación, acude a nuestro establecimiento por control prenatal, refiere sentirse bien, niega dolor o perdida transvaginal.

### **2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)**

**Signos vitales:** TA: 120/70 — T: 36.8°C — FC: 100 — FR: 20 — SPO2: 98

**Peso:** 84kg

**Talla:** 1.55m

**IMC:** 35kg/m

#### **2.3.1. Examen físico realizado a la paciente:**

**Cabeza:** normocéfalo, mucosas húmedas, boca hidratada

**Cuello:** simétrico, sin adenopatías

**Tórax:** simétricos, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos

**Mamas:** turgentes simétricas

**Abdomen:** globuloso por embarazo de 32 semanas de gestación se realiza maniobras de Leopold, altura uterina 40cm, feto 1 presentación cefálico dorso a la derecha, frecuencia cardiaca 155 latidos por minuto; feto 2 presentación cefálico dorso a la izquierda, frecuencia cardiaca 147 latidos por minuto (Doppler)

**Genitales:** no leucorrea, no sangrado

**Extremidades:** simétricas, piel hidratada, presencia de edema +++

### **2.4. INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS**



**Ecografía obstétrica:** realizada el día 13/11/2020 reporta útero aumentado de tamaño por embarazo gemelar.

Fetometría correspondiente para ambos fetos:

DBP: 80mm — LF: 57mm — CA: 257mm

Peso aproximado de 1536 gramos

Placenta doble ubicadas en la pared posterior y anterior con inserción normal y grado de madurez I

Líquido amniótico de aspecto claro en volumen normal en ambas bolsas, ILA: 15.8 — 16.9ml

Movimientos activos y partes fetales observadas normales

Latidos cardiacos fetales:

Feto 1: 155 latidos por minuto, presentación cefálico dorso longitudinal a la derecha, sexo masculino.

Feto 2: 147 latidos por minuto, presentación cefálico dorso longitudinal a la izquierda, sexo masculino.

### Exámenes de laboratorio

**Tabla 7. BIOMETRIA HEPATICA**

PARAMETROS	VALOR	RANGO
<i>Hemoglobina</i>	9.7	g/dL
<i>Hematocrito</i>	30.1	40-50%
<i>Volumen Corpuscular Medio</i>	92.7	80-100 $\mu\text{m}^3$
<i>Hemoglobina Corpuscular Media</i>	30	27-31pg
<i>Concentración de Hb Corp. Media</i>	32.4	30-36g/dL
<i>Plaquetas</i>	206	150-450 $10^3/\mu\text{L}$
<i>Glóbulos blancos</i>	10.52	4-10 $10^3/\mu\text{L}$

<i>Linfocitos</i>	22.6	25-40%
<i>Neutrófilos</i>	71.9	55-65%
<i>Monocitos</i>	3.7	2-10%
<i>Eosinófilos</i>	1.6	0.5-5%
<i>Basófilos</i>	0.2	0-2%

**Elaborado por:** Mirsa León

**Tabla 8. QUIMICA SANGUINEA**

PARAMETROS	VALOR	RANGO
<i>Glucosa</i>	183.85	70-110mg/dL
<i>Urea</i>	18.08	10-50mg/dL
<i>Creatinina</i>	0.54	0.6-1.1mg/dL
<i>Ácido úrico</i>	3.96	2.4-6mg/dL
<i>Triglicéridos</i>	383.14	0-150mg/dL
<i>Bilirrubina total</i>	0.27	0-1.2mg/dL
<i>Bilirrubina directa</i>	0.1	0-0.3mg/dL
<i>Bilirrubina indirecta</i>	0.17	0-0.95mg/dL
<i>TGO/AST</i>	9.4	0-31U/L
<i>TGP/ALT</i>	7.25	0-32U/L
<i>COLESTEROL</i>	143.52	0-200mg/dL

**Elaborado por:** Mirsa León

**Tabla 9. AUTOINMUNES E INFECCIOSAS**

*Treponema pallidum* anticuerpos Negativo  
IgG/IgM

VIH	Negativo
-----	----------

**Elaborado por:** Mirsa León

**2.5. FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO**

**Diagnóstico presuntivo:** embarazo gemelar de +/- 32 semanas de gestación más obesidad tipo II

**Diagnóstico diferencial:** embarazo gemelar de +/- 32 semanas de gestación más hipertrigliceridemia

**Diagnóstico definitivo:** embarazo gemelar de +/- 32 semanas de gestación más diabetes gestacional

**2.6. ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR**

El análisis del caso nos permite que no existe una cifra exacta de la diabetes gestacional. Dentro de las causas que inciden esta enfermedad falta de conocimiento y cultura en lo concerniente a los problemas de salud que puede causar la diabetes en embarazo, además la poca información acerca de los hábitos alimenticios que deben tener, debemos capacitar al personal de salud para así educar a todos en el centro de atención de primer nivel sobre la nutrición y la

realización de actividad física por lo menos de media hora al día explicándoles los puntos clave a aquellas personas que pueden ser vulnerables al padecer diabetes gestacional donde implica los antecedentes familiares, problemas de sobrepeso y también mencionar la planificación familiar a futuro.

## **2.7. INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES**

La diabetes gestacional se presenta por alteraciones hormonales, del cual el principal es la insulina, por el esfuerzo metabólico que el organismo cumple durante la gestación conlleva a trastornos de salud que tienen repercusión a este binomio materno-fetal; que son ocasionados por el estado hiperglucémica en el embarazo que se presentan a partir de la semana 20 de gestación, la incidencia que se presenta en el segundo y tercer trimestre es del 1-14% por lo cual es transcendental su importancia detectar precozmente para evitar complicaciones a futuro.

## **2.8. SEGUIMIENTO**

La paciente ingresa a hospitalización en sala de ginecología el 13/11/2020 desde consulta externa.

En su evolución podemos destacar:  Neurológico: Glasgow 15/15	Indicaciones generales: reposo  Dieta para diabética  Control de signos vitales cada 8 horas
---	--

<p>Orientada en tiempo y espacio colaboradora durante el interrogatorio, TA:120/70mmHg, FC: 100 latidos por minuto, FR: 20 por minuto, SPO<sub>2</sub>: 98% Score mama:0</p>	<p>Monitoreo fetal Control de glicemia Interconsulta con medicina interna Medicación Solución salina 0.9% en 1000ml IV a 30 gotas por minuto Metformina 500mg VO en la noche Insulina NPH: 8UI a las 7am y 5UI a las 17pm</p>
--	---

Paciente fue valorada, se envió ecografía obstétrica, interconsulta con médico internista, además de exámenes de laboratorio, tratamiento con insulino terapia debido a que la dieta no llegó a un buen desenlace, el día 04/01/2021 se le realizó cesárea segmentaria de emergencia por preeclampsia severa a las 38.2 semanas de gestación con una presión arterial 140/90, según reporte de exámenes de laboratorio con inicio de aumento de las transaminasas TGO/TGP acompañado de sintomatología como cefalea intensa, epigastralgia y registro de monitoreo fetal con taquicardia fetal 167 – 170 latidos por minuto.

Se obtuvo dos recién nacidos vivos de sexo masculino:

Recién nacido 1: neonato de sexo masculino que se obtuvo por cesárea segmentaria con Apgar 8/9 con líquido amniótico claro, con 37 semanas de gestación por Capurro con un peso de 2500 gramos.

Recién nacido 2: neonato de sexo masculino que se obtuvo por cesárea segmentaria con Apgar 8/9 con líquido amniótico claro, con 37 semanas de gestación por Capurro con un peso de 2500 gramos

Además, paciente por decisión propia pidió anticoncepción quirúrgica, realizándose salpingectomía parcial bilateral.

## EXAMEN DE LABORATORIO

### QUIMICA SANGUINEA

<b>PARAMETRO</b>	<b>VALOR</b>
<i>Glucosa</i>	99.57
<i>Urea</i>	29.19
<i>Creatinina</i>	0.77
<i>Ácido Úrico</i>	8.25
<i>Triglicéridos</i>	443.52
<i>Bilirrubina total</i>	0.63
<i>Bilirrubina directa</i>	0.34
<i>Bilirrubina indirecta</i>	0.29
<i>TGO/AST</i>	52.87
<i>TGP/ALT</i>	39.25

**Elaborado por:** Mirsa León

### BIOMETRIA HEMATICA

<b>PARAMETROS</b>	<b>VALOR</b>
<i>Hemoglobina</i>	10.6
<i>Hematocrito</i>	30.7
<i>VCM</i>	80.5
<i>HCM</i>	31
<i>Plaquetas</i>	157
<i>Glóbulos blancos</i>	19.55
<i>Linfocitos</i>	7.9
<i>Neutrófilos</i>	88.9
<i>Eosinófilos</i>	0.2

**Elaborado por:** Mirsa León

## **2.9. OBSERVACIONES**

Paciente femenino evoluciona satisfactoriamente con controles constante de glicemia, en conjunto con una dieta balanceada, tratamiento médico y realización de actividad física.

### **3. CONCLUSIONES**

Los factores de riesgo que se lograron identificar en esta paciente fueron los antecedentes familiares de diabetes, además de que padece de obesidad tipo II no controlado según como indica su índice de masa corporal

Se describió que las complicaciones maternas de esta paciente fueron la elevación de la presión arterial, acompañado de sintomatología de epigastralgia, cefalea intensa e inicio del aumento de las transaminasas TGO/TGP.

Las medidas aportadas en esta paciente fueron una dieta para controlar la ganancia de peso adecuado a su índice de masa corporal, además se realizó el control glicémico cada 12 horas



#### **4. RECOMENDACIONES**

Se recomienda para que estos factores de riesgos disminuyan su incidencia se propone realizar un control riguroso del embarazo en caso de tener familiares que padecen dicha enfermedad y lograr controlar estos factores predisponentes.

En el caso de esta paciente debido a la complicación que presento de preeclampsia con signos de severidad se realizó la interrupción del embarazo mediante cesárea segmentaria de emergencia para bienestar fetal.

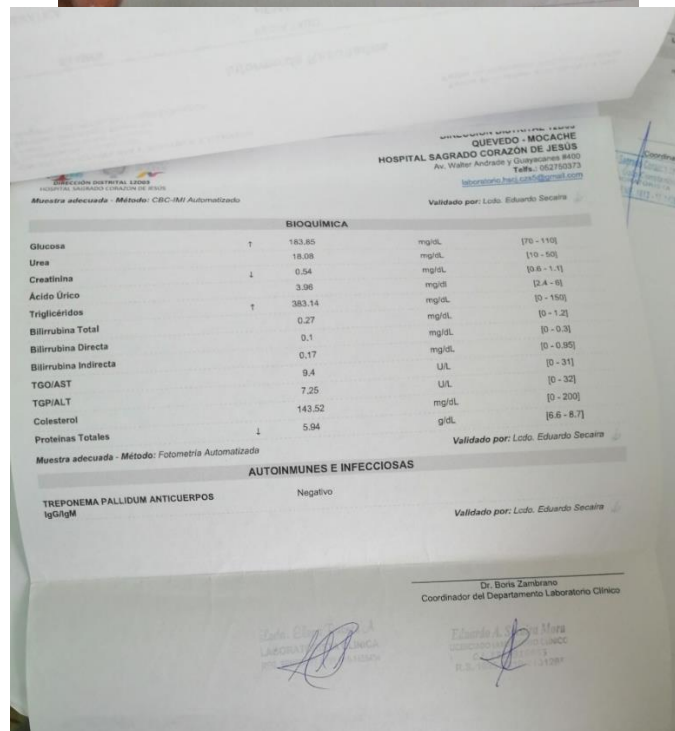
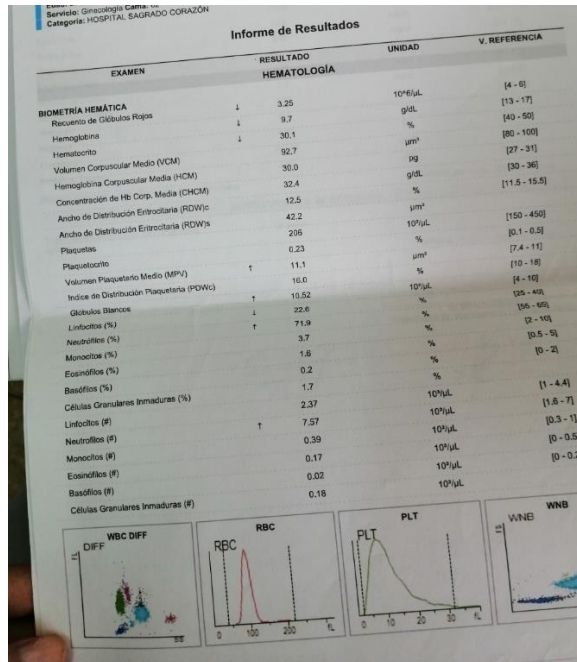
Posterior se mantuvo control mediante dieta para optimizar una ganancia adecuada de peso y control glicémico, adicionalmente el control de perfil hepático y renal

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

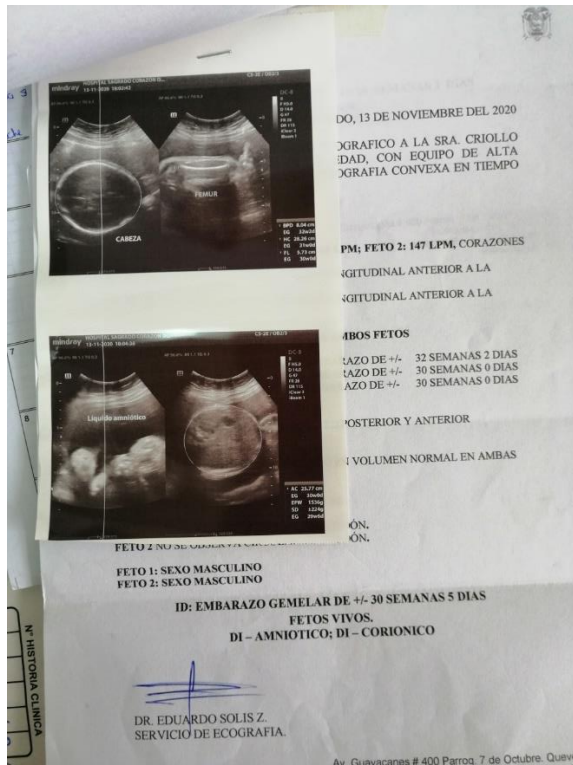
- BARBARA L. MD, J. O. (2014). WILLIAMAS GINECOLOGIA.
- BARCELÓ, A. (2013). EMBARAZO Y DIABETES .
- BAZURTO, K. (2015). IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DIABETES EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO-OCTUBRE 2014.
- BRIONES, S. (2015). IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DIABETES GESTACIONAL EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DE GINECO- OBSTETRICIA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – OCTUBRE 2014.
- CLASSIFICATION AND DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS AND ANOTHER CATEGORIES OF GLUCOSE INTOLERANCE. DIABETES. (s.f.). NATIONAL DIABETES DATA GROUP.
- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO PREGESTACIONAL Y GESTACIONAL. GUIA DE PRACTICA CLINICA. (2014). MINISTERIO DE SALUD PUBLICA .
- DOLORES, G. D. (2019). DIABETES GESTACIONAL . *REVISTA ESPAÑOLA DE CASOS CLINICOS EN MEDICINA INTERNA*.
- JORGE CARVAJAL, A. C. (2019). DIABETES GESTACIONAL; INCIDENCIAS, COMPLICACIONES Y MANEJO A NIVEL MUNDIAL Y EN ECUADOR . *REVISTA CIENTIFICA MUNDO DE LA INVESTIGACION Y EL CONOCIMIENTO* .
- Macias Rodriguez , K., Sanchez Rodriguez , J., Anzules Guerra , J., & Cedeño Holguin , M. (2020). Factores de riesgo asociados a diabetes por embarazo en pacientes atendidas en Centro de Salud Jipijapa. *Sinapsis, Vol 2*(Nro 17), 3. Recuperado el 10 de Marzo de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7471239>
- MATAMOROS, D. S. (marzo-abril de 2016). *ZONA HOSPITALARIA*. Obtenido de DIABETES GESTACIONAL: SINTOMAS, CAUSAS, TRATAMIENTO: <https://zonahospitalaria.com/diabetes-gestacional-sintomas-tratamiento-y-causas/#:~:text=S%C3%ADntomas%20de%20la%20Diabetes%20Gestacional&text=Los%20s%C3%ADntomas%20pueden%20abarcarse%20Visi%C3%B3n,de%20un%20aumento%20del%20apetito>
- PETTER. (2011).
- Romero, R., Palomares, L., Delgado , L., & Elias , K. (2018). Manejo integral de la diabetes durante el embarazo. *Dialnet, 97* (No. 2), 378. Recuperado el 11 de Marzo de 2021, de [dialnet.unirioja.es](https://dialnet.unirioja.es)
- SANTOS, D. (2013). *CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCION DE ENFERMEDADES CRONICAS Y PROMOCION DE LA SALUD, DIVISION DE DIABETES APLICADA*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics.html>
- SUAREZ, M. H. (2014). EMBARAZO GEMELAR EN MUJERES CON DIABETES PREGESTACIONAL TIPO 1 Y TIPO 2.
- SUSANA SALZBERG, J. A. (2016). GUIAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DIABETES GESTACIONAL. *REVISTA ALAD*.
- TIPAN, E. (2018). DIABETES GESTACIONAL EN PACIENTE DE 27 AÑOS CON EMBARAZO DE 28 SEMANAS.
- TUCKER, M. E. (2018). LA GLIBURIDA NO DEBE SER EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LINEA PARA LA DIABETES GESTACIONAL . *MEDSCAPE*.

## 6. ANEXOS

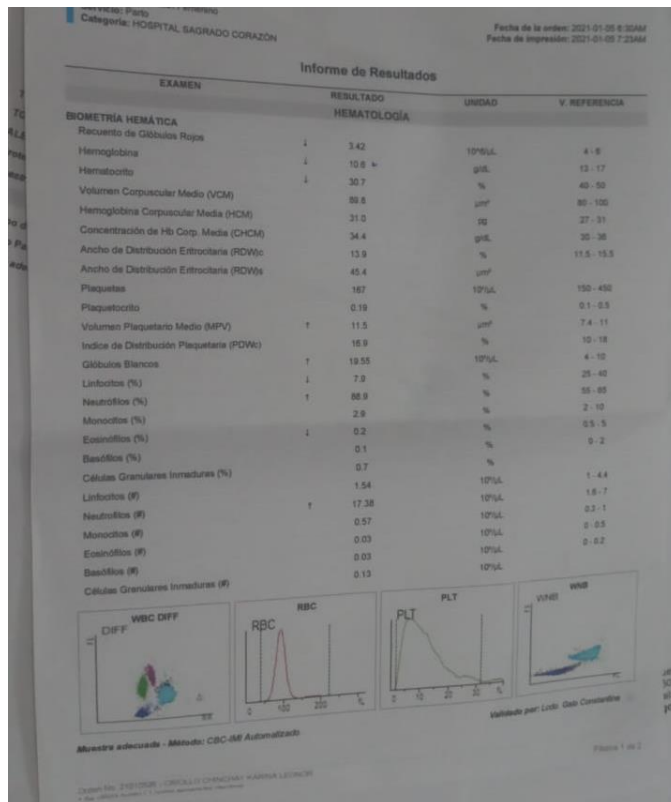
### Exámenes de ingreso



### Ecografía obstétrica



Exámenes previos a cirugía



4 de Ene  
-SE 2020

**HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESUS**  
Av. Víctor Andrés Bello y Guaymas 840  
Telf.: 021240273  
www.hsc.org.ve

**BIOQUIMICA**

Glucosa			
Urea	99.57	mg/dL	10 - 118
Creatinina	29.19	mg/dL	10 - 50
Ácido Úrico	0.77	mg/dL	3.0 - 11
Bilirrubina Total	1 8.25	mg/dL	2.4 - 6
Bilirrubina Directa	1 0.53	mg/dL	0 - 1.2
Bilirrubina Indirecta	1 0.34	mg/dL	0 - 0.3
TGO/AST	1 52.87	U/L	0 - 37
TGP/ALT	1 39.25	U/L	0 - 37
ALBUMINA	1 2.53	g/dL	3.5 - 5
Proteínas Totales	1 4.53	g/dL	6.5 - 8.7

Muestra adecuada - Método: Fotometría Automatizada

Validado por: Leticia Gale Constantino

---

**COAGULACIÓN**

Tiempo de Protrombina TP	14	seg	12 - 14
Tiempo Parcial de Tromboplastina (TTP)	35	seg	20 - 40

Muestra adecuada - Método: Coagulometría Automática

Validado por: Leticia Gale Constantino

Dr. Boris Zambrano  
Coordinador del Departamento Laboratorio Clínico

Hoja 051

**DATOS GENERALES**

Nombre: *Leona Ordoñez*  
 Fecha de nacimiento: *11/01/2020*  
 Sexo: *F*  
 Estado Civil: *C*  
 Ocupación: *Amasadora*  
 Teléfono: *0412 999 1111*  
 Dirección: *Calle...*

**ANTECEDENTES**

**GESTACIÓN ACTUAL**

Fecha de inicio: *11/01/2020*  
 Última menstruación: *11/01/2020*  
 Frecuencia de visitas: *...*  
 Peso actual: *...*  
 Tensión arterial: *...*  
 Frecuencia cardíaca: *...*  
 Frecuencia respiratoria: *...*  
 Temperatura: *...*  
 Signos vitales: *...*

**PARTO**

Fecha de parto: *...*  
 Tipo de parto: *...*  
 Lugar de parto: *...*  
 Peso del recién nacido: *...*  
 Longitud: *...*  
 Circunferencia cefálica: *...*  
 Circunferencia torácica: *...*  
 Estado de salud: *...*

**ACOSTUMBRADO**

Tabla de seguimiento de signos vitales y síntomas durante la gestación.

Formulario de historia clínica perinatal. Sección: **RECÉN NACIDO**. Datos de la madre: **33 años**, **37 semanas** gestación. Fecha de nacimiento: **06/11/21**. Peso al nacer: **3700g**. Sexo: **M**. Método de parto: **Normal**. Diagnóstico principal: **Embarazo con parto a término**. Firmado por: **Dr. Giovanni Vlachou, Médico Ginecología y Obstetricia**. Fecha: **06/11/21**. Lugar: **Coos Cnollo Ce**. El formulario incluye secciones para antecedentes, examen físico, laboratorio, y seguimiento postnatal.

Hoja 051 (2)

Formulario de historia clínica perinatal. Sección: **HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL - MBP**. Datos de la madre: **33 años**, **37 semanas** gestación. Fecha de nacimiento: **06/11/21**. Peso al nacer: **3700g**. Sexo: **M**. Método de parto: **Normal**. Diagnóstico principal: **Embarazo con parto a término**. Firmado por: **Dr. Giovanni Vlachou, Médico Ginecología y Obstetricia**. Fecha: **06/11/21**. Lugar: **Coos Cnollo Ce**. El formulario incluye secciones para antecedentes, examen físico, laboratorio, y seguimiento postnatal.

FORMULARIO DE REGISTRO DE DATOS DE NEONATO

OTROS DATOS DE IDENTIFICACION (GRUPO SUTER)

LABORATORIO

REGIEN NACIDO

SEXO

PESO AL NACER

EDAD GESTACIONAL

PESO EG

APGAR (min)

RESERVA

FALTA DE LUGAR DE PARTO

ASISTENTE

PARTEO

MEUNATO

TRABAJADO

MEDICO GENERAL

METODO CANGURO

ENFERMEDADES

TARJETA METABOLICA

TARJETA NUTRITIVA

EGRESO MATERNO

Dr. Giovanni Vladimiro D'Amico Boglietti  
MEDICO PEDIATRA  
RUC: 1572508

Dr. Paula Pizarro  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRIA  
RUC: 1572508

Kardex, mediación posterior a cirugía

ADMINISTRACION	DIA Y MES	
	DIA	MES
1. Insuficiencia renal CLO <sup>o</sup> VO Largo control 24h	01	02
2. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	02	02
3. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	03	02
4. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	04	02
5. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	05	02
6. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	06	02
7. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	07	02
8. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	08	02
9. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	09	02
10. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	10	02
11. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	11	02
12. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	12	02
13. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	13	02
14. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	14	02
15. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	15	02
16. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	16	02
17. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	17	02
18. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	18	02
19. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	19	02
20. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	20	02
21. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	21	02
22. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	22	02
23. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	23	02
24. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	24	02
25. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	25	02
26. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	26	02
27. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	27	02
28. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	28	02
29. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	29	02
30. Insuficiencia renal SPO <sup>o</sup> y control de laboratorio control 24h	30	02

INSUFICIENCIA RENAL

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS (1)

RUA