



UNIVERSIDAD TÉCNICA 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 de Obstetrix/Obstetra

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PACIENTE PRIMIGESTA DE 18 AÑOS
CON 30 SEMANAS DE GESTACIÓN MÁS DIABETES GESTACIONAL”

AUTOR

Danna Alejandra Pazmiño Saltos

TUTOR

Obsta. Ana María Pasos Baño

Babahoyo– Los Ríos– Ecuador

2022



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



INDICE

I. AGRADECIMIENTO

II. DEDICATORIA

III. TEMA

V. INTRODUCCIÓN

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Definición

1.2 Epidemiología

1.3 Clasificación

1.4 Etiología

1.5 Factores de riesgo

1.6 Diagnóstico

1.7 Prevención

1.8 Tratamiento

1.9 JUSTIFICACIÓN

1.10 OBJETIVOS

1.10.1 Objetivo general

1.10.2 Objetivos específicos

1.11 DATOS GENERALES

2. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

2.3 ANAMNESIS

2.4 EXPLORACION CLÍNICA

2.5 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO,
DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.



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



2.6 ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINA EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

2.7 TRATAMIENTO

2.8 SEGUIMIENTO

3. OBSERVACIONES

4. CONCLUSIONES

5. BIBLIOGRAFÍA

6. ANEXOS



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



III. TEMA

**“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PACIENTE PRIMIGESTA DE 18 AÑOS
CON 30 SEMANAS DE GESTACIÓN MÁS DIABETES GESTACIONAL”**



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



IV. INTRODUCCIÓN

El caso clínico sobre conducta obstétrica en paciente primigesta de 18 años con 30 semanas de gestación más diabetes gestacional fue realizado bajo los tres lineamientos de la investigación: La línea de investigación de Senescyt la cual abarca todo lo que se refiere a salud. El dominio de conocimiento institucional de la Universidad Técnica de Babahoyo de salud y calidad de vida y líneas de investigación institucional que abarca salud humana, y la línea de investigación de la carrera de Obstetricia que corresponde a la salud sexual y reproductiva.

La Diabetes Gestacional puede ocurrir por un tipo de rechazo a la glucosa que se diagnostica durante el embarazo y debe tratarse de evitar complicaciones debido a que la placenta produce una cantidad importante de hormonas que tienen un cierto efecto diabético. Generalmente hipoglucemiante y a menudo revierte a la normalidad después del parto, donde la incidencia de esta enfermedad está aumentando progresivamente en consecuencia a varios factores el consumo de azúcares o carbohidratos, stress crónico, obesidad.

Después del embarazo el 5% y 10% de las mujeres que tuvieron diabetes gestacional, tienen de 20% y 50% de contraer diabetes en los próximos 5 a 10 años. El deseo es detener la incidencia de diabetes gestacional, ya que si no es controlada con dieta, ejercicios o tratamiento insulínico puede desencadenar severas complicaciones por esto debemos conocer los principales factores de riesgos que desencadenan, complicaciones tanto maternas como fetales, factores asociados como la hipertensión arterial, preeclampsia, pielonefritis y el polihidramnios.



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



La consulta Obstétrica fue que realizamos en edades prudentes un estudio con la paciente y llegamos gracias a varios exámenes realizados para generar un adecuado tratamiento acompañada de una gran dieta para generar buen estado entre ella y su bebe porque como obstetras no solo cuidamos a las madres sino siempre velamos por el bienestar materno-fetal lo cual en este gran estudio nos dio un buen resultado gracias a todo hemos podido ayudar a la madre y su hijo y quedamos muy satisfactoriamente seguros del gran trabajo que hemos realizado y seguiremos realizando para así ayudar a la sociedad .



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



V. RESUMEN

Establecer la Conducta Obstétrica en paciente primigesta de 18 años con 30 semanas de gestación más diabetes gestacional. Se realizó biometría hemática, química sanguínea e insulina, examen general de orina. El bienestar fetal fue evaluado en base a percepción materna, visualización ecográfica de movimientos fetales, crecimiento fetal, evaluación del volumen de líquido amniótico y resistencia del flujo sanguíneo de arteria umbilical fetal, evaluada mediante la aplicación de Doppler color.

El feto reportó un peso estimado de 5500gr lo que contraindicó un parto vaginal y se optó por cesárea electiva a sus 38 semanas de gestación para tener un estado perfecto entre la madre e hijo ya que a sus 30 semanas de gestación tenía un peso de 3450gr compatible con feto macrosómico por eso se realizó vigilancia obstétrica y registro de los niveles de glicemia materna para tomar decisiones oportunas.

Al ingreso a su cesárea presenta valores normales de glicemia, estado de conciencia alerta, se obtuvo un producto macrosómico un Apgar adecuado y nació sin ninguna novedad sus valores normales de glicemia normal no contrae la enfermedad de su madre se realizó test de glicemia a la madre y al neonato se sugiere controles posteriores para detección oportuna de Diabetes Mellitus tipo 2 en la madre y Diabetes Infantil en el neonato.

PALABRAS CLAVES: EMBARAZO, ADOLESCENCIA, PRIMIGESTA, DIABETES GESTACIONAL



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



VI. ABSTRAC

To establish the Obstetrical Conduct in an 18-year-old prim gestational patient with 30 weeks of gestation plus gestational diabetes. Blood biometry, blood chemistry and insulin, general urine test were performed. Fetal well-being was evaluated based on maternal perception, ultrasound visualization of fetal movements, fetal growth, evaluation of amniotic fluid volume and fetal umbilical artery blood flow resistance, evaluated by color Doppler.

The fetus reported an estimated weight of 5500gr which contraindicated a vaginal delivery and elective cesarean section was chosen at 38 weeks of gestation to have a perfect state between mother and child since at 30 weeks of gestation she had a weight of 3450gr compatible with macrosomic fetus so obstetric surveillance and recording of maternal glycemia levels were performed to make timely decisions.

On admission to her cesarean section, she presented normal glycemia values, alert state of consciousness, a macrosomic product with adequate Apgar was obtained and she was born without any novelty, her normal glycemia values were normal and she did not contract her mother's disease. A glycemia test was performed on the mother and the newborn and subsequent controls were suggested for opportune detection of type 2 Diabetes Mellitus in the mother and Infantile Diabetes in the newborn.

KEYWORDS: PREGNANCY, ADOLESCENCE, PRIMIGESTATION, GESTATIONAL DIABETES



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



1. MARCO TEÓRICO

DIABETES GESTACIONAL EN LA ADOLESCENTE

Clasificación de la enfermedad, CIE- 10

O24. Diabetes mellitus en el embarazo

O24.0 Diabetes mellitus preexistente insulín dependiente en el embarazo

O24.1 Diabetes mellitus preexistente no insulín dependiente en el embarazo

O24.2 Diabetes mellitus preexistente relacionada con desnutrición, en el embarazo

O24.3 Diabetes mellitus preexistente sin otras especificaciones en el embarazo

O24.4 Diabetes mellitus que se origina en el embarazo O24.9 Diabetes mellitus no especificada en el embarazo

DEFINICIÓN DE DIABETES GESTACIONAL

Intolerancia a los carbohidratos resultando en hiperglucemia de gravedad variable con inicio o primer reconocimiento durante el embarazo. La definición de Diabetes Gestacional que se usará en esta Guía Práctica Clínica no se ha modificado desde 1979 y es la dada por la Organización Mundial de Salud, que la describe como la intolerancia a los carbohidratos resultando en hiperglucemia de gravedad variable que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo 4, 8, 22-26 semanas de gestación para la presencia de una diabetes gestacional se considera un embarazo de alto riesgo (MSP, 2014; Ministerio, 2014)

El embarazo en adolescentes es una problemática del mundo actual cada año 15 millones de niños nacen de madres adolescentes y muchos de ellos nacen y padecen de enfermedades e incluso llegan hasta su muerte debido al inadecuado cuidado en su primer año de vida. (Ministerio, 2014)



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



En la actualidad existe un número muy alto en cifras un aumento progresivo de embarazos en adolescentes a nivel mundial motivo lo cual no se ha combatido para poder evitar esto o concientizar a las adolescentes es un motivo de gran preocupación médico-social ya que cada día es un nuevo reto para llegar a culminar con una mujer embarazada a muy temprana edad, así como en nuestro país el 13% es de nacimientos que se da por madres adolescentes. (Ministerio, 2014)

Es por esto que a su vez eh tomado como consideración esta importante enfermedad ya que la diabetes es considerada como enfermedad metabólica que con más frecuencia complica el embarazo y aún más si es adolescente y padece de esta enfermedad y después de la hipertensión arterial y el asma bronquial la tercera enfermedad crónica que puede afectar a una gestante en orden descendente de frecuencia. (Ministerio, 2014)

La búsqueda de la diabetes gestacional tiene una gran importancia epidemiológica debido a que un buen control metabólico reduce en forma significativa la aparición de las complicaciones maternos-fetales y permite detectar precozmente una población de mujeres con riesgo después de contraer diabetes culminando su embarazo. (Ministerio, 2014)

Dado que el embarazo en la adolescencia y la diabetes son dos situaciones que pueden ser complicadas en el momento de la gestación y que son muy escasos los estudios que hacen referencia debemos hacer un seguimiento muy interno con las pacientes y además un control prenatal muy continuo esperamos que la madre y el feto resulten con un final feliz. (Ministerio, 2014)



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



1.2 Epidemiología

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud en muchos países es extremadamente común. También es conocido que muchas de estas jóvenes se ven obligadas a enfrentar una gravidez no deseada con los riesgos que esta implica, no solo orgánicos sino también psicológicos y sociales, para ellas y el futuro bebé.

El embarazo en la adolescencia es motivo de gran preocupación en nuestra sociedad donde, como respuesta a una menarquia precoz y mayor libertad y tolerancia sociales, encontramos gestaciones a edades cada vez más tempranas.^{4,5} Así, a nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es del 7% y actualmente en el Ecuador 142 a 1084 casos ocurren por cada 100.000 habitantes en Cuba, el 13 % de los nacimientos ocurren en madres adolescentes y el 80 % de ellas tienen riesgo de tener hijos con un peso menor que 2 500 g.

La gravidez y la maternidad durante la adolescencia presentan considerables riesgos. En comparación con las mujeres sanas de entre 20 y 30 años de edad, la posibilidad de que las jóvenes mueran por un parto es 5 veces mayor. Cuando son menores que 15 años, es 2 veces mayor que cuando tienen entre 15 y 19 años. En muchos países, la tasa de fertilidad en adolescentes es alarmante: de los 15 millones de nacimientos al año, el 11 % proviene de madres adolescentes. Consecuentemente, las complicaciones relativas a la gravidez son la causa principal de muerte en las jóvenes menores de 19 años en todo el mundo.

La diabetes gestacional se define por consenso casi universal, como la alteración del metabolismo de los carbohidratos que es detectada por primera vez o se inicia durante el embarazo, y representa un importante factor de riesgo para la mujer y un problema de salud para el producto.



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



A pesar de las limitaciones persistentes para detectarla, debido a la ausencia en muchos países de recursos adecuados para hacer su diagnóstico, la Diabetes Gestacional se identificó hace muchos años: la primera descripción reconocida de esta enfermedad data de 1882, aunque el primer caso se había descrito en 1824. Antes del descubrimiento de la insulina, el tratamiento era principalmente dietético, empleándose aceite de oliva y otras grasas para suplir las calorías derivadas del uso de los carbohidratos y limitar así las hiperglucemias.

Luego de la obtención de esta hormona por *Bantig* y *Best* en 1922 y de su posterior aplicación clínica, se produjo un acontecimiento revolucionario en el manejo de las pacientes diabéticas embarazadas y se redujo de forma dramática la morbimortalidad materno-fetal.

La importancia de detectar un grupo de madres con alto riesgo de contraer una Diabetes Mellitus después de finalizado el embarazo, sobre todo tipo 2, radica en que se ha demostrado que se puede evitar o retardar la aparición de la enfermedad con medidas preventivas y controles periódicos adecuados, además de producir un importante ahorro económico al disminuir significativamente los gastos, ya que decrece el índice de cesárea y se necesita menos de los cuidados perinatales.

Con el presente estudio nos trazamos como objetivo general determinar la frecuencia de la Diabetes Gestacional, y su relación con algunas variables maternas y neonatales en el embarazo en la adolescencia; y como específicos, identificar la frecuencia de la Diabetes Gestacional en el embarazo en la adolescencia, y comparar el comportamiento de algunas variables maternas y neonatales en el embarazo de adolescentes diabéticas y no diabéticas.



1.3 Clasificación

Tabla 1. Definiciones básicas

Diabetes tipo 1 Resultado de la destrucción de las células beta, por lo general conduce a la absoluta deficiencia de insulina.
Diabetes tipo 2 Resultado de un defecto progresivo de secreción de insulina con resistencia a la insulina.
Diabetes gestacional Intolerancia a los carbohidratos resultando en hiperglucemia de gravedad variable con inicio o primer reconocimiento durante el embarazo.
Otros tipos específicos de diabetes Debido a otras causas, por ejemplo, defectos genéticos en la función de células beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino (por ejemplo, fibrosis quística) y drogas (tal como en el tratamiento HIV/sida), o después de trasplante de órganos).

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Diabetes Gestacional del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2014)

Elaborado por: Danna Pazmiño

1.4 Etiología

El principal factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes gestacional a estas edades fue el exceso de peso al inicio del embarazo (15,7 %). La diabetes gestacional se crea principalmente por alteraciones hormonales, entre las cuales el principal es la insulina: debido al esfuerzo metabólico que cumple el organismo durante la gestación lo que conduce a trastornos de la salud que son de gran repercusión no solo para la madre sino también para el feto ocasionadas por el estado hiperglucémico durante el embarazo a partir de la semana 20 de gestación entre el segundo y tercer



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



trimestre la incidencia es un 1-14% por ello es de trascendental importancia detectarlos a tiempo para evitar complicaciones.

En este análisis de este caso clínico nos permite la incidencia de saber que no hay una cifra exacta con mujeres embarazadas con diabetes gestacional. Una de las principales causas de la incidencia de esta enfermedad es los hábitos alimenticios, el sedentarismo, debemos educar en todos los centros de salud sobre una buena nutrición, actividad física por lo menos media hora al día y planificación familiar para evitar problemas a futuro, dar a conocer los puntos clave para aquellas personas que están vulnerables a padecer diabetes gestacional como son: antecedentes familiares, sobrepeso, obesidad, personas sedentarias entre otras.

1.5 Factores de riesgo

Tabla 2. Factores de Riesgo para Diabetes Gestacional

Factores de riesgo Materno	Complicaciones Maternas
Tener más de 18 años al quedar embarazada	Diabetes tipo I y tipo II en el futuro
Obesidad	Hidramnios
Tener antecedentes familiares diabéticos	Trastornos hipertensivos
Polihidramnios	Trastornos de la concepción
Tener hipertensión arterial hereditaria	Anemia
Antecedentes de abortos espontáneos u óbito fetal sin ninguna explicación	Infección puerperal
Haber tenido un RN que haya pesado más de 9libras u 4kg	Preeclampsia y eclampsia



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



Aumento de peso excesivo durante el embarazo	Cervicitis e infección a las vías urinarias
--	---

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Diabetes Gestacional del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2014)

Elaborado por: Danna Pazmiño

Tabla 3. Factores De Riesgos Diabetes Gestacional

Complicaciones fetales	Complicaciones neonatales
Macrosomía	Tendencia de obesidad
Prematuridad	Cardiopatía hipertrófica
Hipoglucemia	Padecer de diabetes
Corioamnionitis	Control de la glucosa capilar o glucemia sérica y función hepática y rena
Enfermedad de la membrana hialina	Edema y abrasiones en el cuero cabelludo
Óbito fetal	Dificultades respiratorias graves

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Diabetes Gestacional del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2014; Ministerio, 2014)

Elaborado por: Danna Pazmiño

1.6 Diagnóstico

Se recomienda el manejo multidisciplinario e integral de la diabetes en el embarazo, ya que es una condición que amerita atención prioritaria, con enfoque ginecológico, tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico de ser necesario, asegurando lo siguiente:

- Cuando la paciente tenga DG, que sea referida a un especialista.
- Realizar controles glucémicos cada semana al menos.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHoyo
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA



- Asesorar sobre el establecimiento de salud adecuado para atender el parto (segundo y tercer nivel).

- Proveer información y educación integral en diabetes durante cada consulta de control prenatal.

- Garantizar el seguimiento y las consultas prenatales.

Control prenatal específico en mujeres con Diabetes gestacional

Durante la primera consulta médica:

- Ofrecer información, asesoría y apoyo sobre control glucémico y automonitoreo enfocado a metas terapéuticas.

- Realizar una historia clínica orientada al problema.
- Revisar la medicación.

- Ofrecer una evaluación de la retina y del riñón si estos no hubieran sido realizados en los 12 meses previos.

- Realizar exámenes de laboratorio prenatales como son biometría hemática, glucosa sérica, examen general y cultivo de orina, VDRL, grupo sanguíneo y factor Rh, BUN, creatinina, HbA1c, glucemia en ayunas y posprandial; y consulta con especialista en diabetes.

- Establecer riesgo de complicaciones de diabetes.

- Derivación para control nutricional.

Semanas 6 a 8:

- Confirmar la viabilidad del embarazo y la edad gestacional.

Semanas 11 a 14:

- Realizar ecografía para determinar marcadores ecográficos de AC.
- Realizar HbA1c.

- Realizar control con especialista en diabetes.

Semanas 20 a 22:



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



- Realizar una ecografía morfológica fetal (detalle anatómico).

Semanas 28 a 30:

- Realizar ecografía para valorar crecimiento fetal, perímetro abdominal fetal y determinación de percentil para descartar macrosomía fetal incipiente.
- Realizar control con especialista en diabetes.

Semana 36:

- Realizar ecografía para valorar crecimiento fetal y el volumen del líquido amniótico.
- Realizar valoración con especialista en diabetes.
- Recomendaciones de manejo glucémico y preparación para la inducción de la labor de parto o cesárea.

Semana 38:

- Ofrecer inducción de la labor o cesárea, si se indica.
- Realizar test de bienestar fetal en las mujeres que esperan labor espontánea.
- Ofrecer información y asesoría sobre:
 - Tiempo, modo y manejo del parto.
 - Analgesia y anestesia, incluyendo evaluación anestésica para mujeres con comorbilidades como obesidad o neuropatía autonómica.
 - Cambios en la terapia hipoglucémica durante y después del nacimiento.
- Cuidado inicial del recién nacido.
 - Inicio de la lactancia y el efecto de la lactancia sobre el control glucémico.
- Anticoncepción y seguimiento

Semanas 39 a 41:



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



- Realizar test de bienestar fetal en las mujeres que esperan labor espontanea

1.7 Prevención

Es posible que pueda prevenir la diabetes gestacional antes de quedar embarazada si baja de peso (en caso de que tenga sobrepeso) y hace actividad física regularmente.

No intente bajar de peso si ya está embarazada. Necesitará subir algo de peso, pero no demasiado rápido para que el bebé sea sano. Pregúntele al médico cuánto peso debe subir para tener un embarazo saludable.

1.8 Tratamiento

Tratamiento farmacológico de la embarazada con Diabetes Gestacional

Se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico cuando la dieta y el ejercicio no consiguen alcanzar los niveles deseados de control de glucemia en sangre durante un período de dos semanas. Se recomienda referir a un médico especialista en diabetes o endocrinólogo, en caso de necesidad farmacológica en pacientes embarazadas con DM1 y DM2 y/o Diabetes Gestacional que requieran uso farmacológico. (MINISTERIO DE SALUD , 2014)

Deben ser transferidas para su manejo de manera inmediata y, es el especialista el responsable de su manejo y la optimización glucémica. En toda paciente en la que se confirme embarazo y esté usando antidiabéticos orales previamente (excepto metformina), se debe discontinuar esta medicación de manera inmediata y substituir por insulina. (MINISTERIO DE SALUD , 2014)

Se ha demostrado que el uso de metformina disminuye la morbilidad fetal e infantil, así como la mortalidad en países en desarrollo, donde el uso



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



generalizado de insulina es limitado y complejo. La insulina es el tratamiento de elección en mujeres embarazadas con diabetes. (MINISTERIO DE SALUD , 2014)

Requerimientos de insulina en DG

La droga de elección en mujeres con DG es la insulina, que es compatible con el embarazo por lo cual se recomienda su uso. El sustento de insulino terapia en la DG se basa en la replicación fisiológica de la secreción de insulina. La insulina basal es suplida por la administración de insulina exógena. La insulinización durante el embarazo está indicada con insulina basal (NPH) y/o la insulina regular. En caso de hiperglucemia persistente se puede usar insulina análoga de acción rápida(lispro-aspart). (MINISTERIO DE SALUD , 2014)

En la paciente embarazada con diabetes pregestacional y gestacional, el cálculo para la dosis de insulina se basa en factores particulares de cada caso, por ello, el manejo es individualizado. La dosis de insulina va desde 0,2 U/kg hasta 1,0 U/kg de peso. La titulación y la decisión de uso insulínico será responsabilidad del médico especialista, quien, basado en experiencia y revisando cada caso, asistirá en esta parte del tratamiento de la Diabetes Gestacional. (MINISTERIO DE SALUD , 2014)

La insulinización debe hacerse de manera escalonada y progresiva, teniendo en cuenta que cada paciente será manejada de manera individual, según repuesta a la dosis iniciada. Los valores óptimos que se debe alcanzar son de menos de 90 mg/dL en ayunas y de menos de 120 mg/dL a las dos horas posprandial. El control debe ser intensivo y semanal. (MINISTERIO DE SALUD , 2014)



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



El automonitoreo de glucemia capilar es la piedra angular del manejo de estas pacientes hacia los objetivos terapéuticos planteados, pues los requerimientos de insulina son cambiantes durante toda la gestación. Toda paciente con DG debe ser educada y debe proveerse las herramientas para la automonitoreo glucémica durante todo su embarazo. Se recomiendan, para el tratamiento de DG, los análogos de insulina de acción rápida, la insulina humana de acción rápida y la insulina de acción intermedia, ya que presentan efectividad y seguridad clínica, con transporte mínimo a través de la placenta. No se ha informado de teratogenicidad. Se recomienda el control y evaluación clínica cada dos semanas hasta la semana 34, dependiendo del grado de control glucémico. Después de esta semana serán evaluadas semanalmente.

Tabla 4. Clasificación de los tipos de insulina

Denominación	Comienzo	Pico de actividad en horas	Duración de la acción en horas	Otra denominación
Ultrarrápida (análogas)	15 minutos	1 a 2	3 a 5	Lispro aspart
Rápida (solubles/neutrales)	30 minutos	2 a 3	6 a 8	Rápida cristalina regular
Intermedia (isofana)	1-2 horas	2 a 8	10 a 16	NPH, lenta

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Diabetes Gestacional del Ministerio de Salud Pública (Ministerio, 2014)

Elaborado por: Danna Pazmiño



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



**Cuidados adicionales para mujeres con Diabetes gestacional que
reciben insulina**

Se recomienda disponer siempre de soluciones de glucosa oral concentrada.

Se recomienda disponer de Glucagón para el manejo de la hipoglucemia severa en mujeres con DM1 y embarazo. (MINISTERIO DE SALUD , 2014)

Se recomienda disponer de terapia insulínica con bomba de infusión, si el uso de múltiples inyecciones no es adecuado y la mujer experimenta hipoglucemia discapacitante significativa. (MINISTERIO DE SALUD , 2014)

Se recomienda asesorar a la paciente: A que se realice una glucemia de control antes de acostarse para advertir del riesgo de hipoglucemia sobre todo durante el primer trimestre de embarazo. (MINISTERIO DE SALUD , 2014)

Detección y tratamiento de emergencias hiperglucémicas

Se debe referir a la paciente con DG y pregestacional si se sospecha de una emergencia hiperglucémica (cetoacidosis diabética y/o hiperglucemia hiperosmolar), a un establecimiento de salud de tercer nivel e ingresarla de forma inmediata. En este establecimiento deben estar disponibles tanto el cuidado materno como el neonatal. Esta condición es una emergencia obstétrica y endocrinológica. Realizar una evaluación renal para mujeres con diabetes pregestacional. Se recomienda realizar a las pacientes con diabetes pregestacional una evaluación nefrológica durante la primera consulta médica, siempre y cuando no se haya realizado la misma en los 12 meses previos. (MINISTERIO DE SALUD , 2014)



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



Se debe considerar referir al nefrólogo si la creatinina sérica es anormal, teniendo en cuenta que la creatinina sérica y el nitrógeno ureico sanguíneo (BUN), disminuyen en una media de 0,7 y 1,2 mg del valor normal en estado de no gestación. La depuración de creatinina durante el embarazo debería ser de 30% mayor que los 100-115 mL/min, que normalmente se determina en mujeres no embarazadas, o que la excreción total de proteínas exceda los 300 mg/día. (MINISTERIO DE SALUD , 2014)

**VIA DE PARTO RECOMENDADA EN LA PACIENTE DIABETICA
ADOLESCENTE**

La paciente puede tener su parto vaginal normal una vez que sus valores de glicemia estén normales lo puede hacer que el feto tenga su estado normal para su procedimiento no pasa ningún problema pero como nombramos en los factores de riesgos si una glicemia y peso adecuado no es controlado se nos escapa de las manos lo cual por el bienestar materno fetal debemos tomar medidas drásticas las cuales serían programar una cesárea y revisar en su totalidad un control semanal a nuestra paciente según el primer control tomaremos la decisión si es parto vaginal o parto por cesárea aquí se determina primero el bienestar la buena salud materno-fetal. (MINISTERIO DE SALUD , 2014)

**RECOMENDACIONES EN LA ATENCION DEL PARTO EN LA
PACIENTE DIABETICA**

Vigilancia posparto

La sensibilidad a la insulina se incrementa en el periodo posparto inmediato y regresa a la normalidad en una a dos semanas, por lo que debe suspenderse la administración de insulina en este periodo en pacientes con diabetes mellitus gestacional. (MINISTERIO DE SALUD , 2014)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHoyo
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA



En pacientes diabéticas tipo 1 o 2 que aumentaron los requerimientos de insulina durante el embarazo, deberá reducirse la dosis inmediatamente después del término del embarazo y vigilar las concentraciones de glucosa para realizar el reajuste de la dosis. Debe suspenderse la administración de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, de antagonistas de los receptores de la angiotensina II y de hipolipemiantes durante la lactancia. Incluso 70% de las pacientes que resultan con diabetes mellitus gestacional evolucionan a diabetes tipo 2 en un lapso de 6 a 10 años. (MINISTERIO DE SALUD , 2014)

Deberá reclasificarse a todas las pacientes que cursaron con diabetes gestacional a partir de la semana 6 posparto o a las 12 semanas, aplicando los criterios diagnósticos para mujeres no embarazadas cada uno a tres años, de acuerdo con los factores de riesgo. Los objetivos metabólicos a alcanzar son: glucemia en ayuno >70 mg/dL y <95 mg/dL; glucemia posprandial, en una hora <140 mg/dL y en dos horas <120 mg/ dL, nocturna 60-100 mg; cetonuria negativa; glucosurias negativas; infecciones negativas; determinaciones de HbA1c de 5 a 6% y cifras mayores de 8% se asocian con 20 a 25% de embriopatías, sobre todo posteriores a la cuarta semana de gestación (MINISTERIO DE SALUD , 2014)

1.9. JUSTIFICACIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica que es muy común en el medio y que al afectar a una población vulnerable como lo son las embarazadas se convierte en una problemática tanto para la sociedad como para el sector de salud la mayoría de las mujeres en el mundo con diabetes gestacional no se diagnostican esto tiene importantes implicaciones como: alteraciones al feto, macrosomía, hipoglicemia neonatal, en la madre infecciones del trato genito-urinario, preeclampsia, diabetes tipo II y después del embarazo como consecuencia fatal comprometer la vida de ambos.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA



Es de vital importancia reconocer de forma oportuna los factores de riesgos que pueden producir la diabetes gestacional y en lo posterior buscar la forma de prevenirlos. Este caso clínico aparte de enriquecer el conocimiento, permitirá aplicarlo en un futuro a nivel profesional y concientizar a la población de mujeres embarazadas sobre la importancia del control prenatal para el diagnóstico temprano de esta enfermedad y así prevenir complicaciones a futuro.

1.10 OBJETIVOS

1.10.1 Objetivo general

Establecer la Conducta Obstétrica en paciente primigesta de 18 años con 30 semanas de gestación más diabetes gestacional

1.10.2 Objetivos específicos

Identificar los factores de riesgo predisponentes para diabetes gestacional en la paciente de 18 años con 30 semanas de gestación.

Describir la Conducta Obstétrica aplicada en paciente primigesta de 18 años con 30 semanas de gestación más diabetes gestacional.

Analizar el resultado materno y perinatal de una paciente 18 años con 30 semanas de gestación y Diabetes gestacional.



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



1.11 DATOS GENERALES

Código: MAROGA24200411216	Edad: 18 años
Género: Femenino	Fecha de nacimiento: 21 de marzo 2004
Nacionalidad: ecuatoriana	Ocupación: Ama de casa
Nivel de estudio: Primaria	Raza: Mestiza
Religión: católica	Nivel socioeconómico: Medio
Domicilio: Anconcito - Santa Elena	Hospital: Dr. Liborio Panchana Sotomayor
Fecha de ingreso: 6 de noviembre del 2022	

2. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO

Paciente de 18 años de edad con embarazo de 30 semanas de gestación por fecha de menstruación 18 enero 2021 refiere, que lleva controles desde el primer trimestre de su embarazo con medico particular, acude a nuestro establecimiento por fatiga y visión borrosa aproximadamente 8 horas de evolución refiere desde la semana 26 poliuria, infección urinarias, náuseas, y vómitos, también hambre y sed excesiva le



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



informa a su médico y él le dice que esta normal con sus síntomas mencionados y que es producido por la misma gestación recibe tratamiento por 7 días lo cual sigue tal cual le indica pero no hay mejoría toma vitaminas, su dieta es alta en hidratos de carbono.

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente de 18 años de edad llego en tiempo y espacio fue revisada valorada por obstetra que estaba de guardia llego acompañada de su esposo porque presentaba mareos ya más de 1 semana que estaba así además de eso presentaba demasiada hambre pero algo que era muy exagerado y acompañado de eso visión borrosa lo cual antes de revisarla le pedimos sus documentos ya que ella se hacía con un médico particular decidimos con 30 semanas que ella tenía llevar un tratamiento semanal realizarle exámenes de sangre, de orina, de glicemia, ecografía y según eso vamos a diagnosticar a la paciente para ver el estado de materno – fetal.

2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes Familiares Y Personales

Antecedentes patológicos personales:	: Obesidad tipo 3
Antecedentes patológicos familiares:	Padres diabéticos, tienen diabetes mellitus tipo II, la diabetes de su madre es controlada con dieta ejercicios y la de su padre toma medicina de 850mg de metformina dos veces al día
Antecedentes quirúrgicos:	No refiere
Antecedentes alérgicos:	No refiere
Hábitos:	No alcohol, no drogas

Antecedentes Gineco-Obstétricos



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



Menarquía:12 años	Ciclos menstruales: 28x3
Planificación familiar: no usaba	Inicio de vida sexual: 16 años
Parejas sexuales: 3	Gestas:0 Partos:0 Abortos:0 Cesárea:0
Fum: 18 enero 2021	Controles prenatales: 5
Vacunas: 2	Ecografías en CS: 4
Periodo intergenésico: Ninguno	ITS: ninguno

Primera atención de la paciente (16/08/2021)

Preparación:

Peso: 81 KG

TALLA: 150 CM

SCORE MAMA

SCORE MAMA: 0	TA: 125/80mm/Hg FC: 76Lx' T: 36 °C FR: 18 Rx' SPO2: 98% ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA PROTEINURIA: NEGATIVO
---------------	---

Fuente: Historia Clínica del Hospital (Liborio Panchana , 2021)

Elaborado por: Danna Pazmiño

ESCALA DE GLASGOW

Parámetros para valorar:	Puntuación:
---------------------------------	--------------------



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



Reflejo ocular:	4
Función verbal:	5
Función motora:	6
Total	15/15 Normal

Fuente Historia Clínica del Hospital (Liborio Panchana , 2021)
Elaborado por Danna Pazmiño

2.3 Anamnesis

2.4 Exploración clínica

Examen Físico

Cabeza: normo cefálica, vías áreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas húmedas.

Cuello: simétrico sin adenopatías.

Tórax: campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, mamas asimétricas no nódulos.

Abdomen

Globuloso por embarazo de 30 semanas de gestación ante maniobras de Leopold

Altura uterina de 29cm,

Posición cefálica

Dorso a la izquierda producto vivo único

Frecuencia cardiaca fetal 145 latidos por minutos (Doppler)

Región pélvica: talla de fondo uterino de 29cm, ante especulo copia no sangrado, no hidrograma leucorrea excesiva

Al Examen Gineco-Obstétrico:

Dilatación: Cerrado

Borramiento: Ninguno



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



Plano: Alto

Contracciones: no tiene

Presentación: cefálico

Altura uterina: 29 cm

Extremidades: simétricas sin patología aparente, no edema.

Información de exámenes complementarios al momento

Tabla 1. EXAMENES DE LABORATORIO

GRUPO SANGUINEO	Universal
FACTOR RH	ORH+

Fuente Historia Clínica del Hospital (Liborio Panchana , 2021)
Elaborado por Danna Pazmiño

Tabla 2 BIOMETRIA HEMATICA

PARAMETRO	VALOR	RANGO NORMAL
GLOBULOS ROJOS	4.1	MUJERES 4.2 a 5.4 millones/mcL.
HEMOGLOBINA	13.5	13,2 a 16,6 gramos/dL
HEMATOCRITO	38	36.1% a 44.3%
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	92	80 a 100 fentolitros.
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	27	27 a 31 picogramos/célula.
CONCENTRACIÓN MEDIA DE HEMOGLOBINA COMPLETA	33.1	32 a 36 gramos/decilitro (g/dL)
ANÁLISIS DE SANGRE DE ERITROCITARIO	12.1	4.2 a 5.4 millones de células/mcL.



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



PLAQUETAS	400.000	150,000 a 400,000mm ³
GLOBULOS BLANCOS	5.1	4,500 a 11,000mL
NEUTRÓFILOS SEGMENTADOS	75	40 a 70%
NEUTROFILOS EN BANDA	5	0% a 3%
LINFOCITOS	20	20% a 40%
<i>EOSINÓFILOS</i>	0	1% a 4%
BASOFILOS	0	0.5% a 1%
MONOCITOS	0	2% a 8%

Fuente Historia Clínica del Hospital (Liborio Panchana , 2021)
Elaborado por Danna Pazmiño

Tabla 3 QUIMICA SANGUINEA E INSULINA

PARAMETRO	VALOR	RANGO NORMAL
GLUCOSA	110mg/dL	140 mg/dL
UREA	22mg/dL	6 y 24 mg/dL
CREATININA	1.1mg/dL	0.7 a 1.3 mg/dL
HIERRO	140mg	60 a 170 microgramos /dL
CALCIO	9.8mg/dL	8.5 a 10.2 mg/dL
INSULINA	16.7uU/mL	5-25 U/m

Fuente: Historia Clínica del Hospital (Liborio Panchana , 2021)
Elaborado por: Danna Pazmiño

Tabla 4. EXAMEN GENERAL DE ORINA

Parámetros	Valor	Rango normal
Densidad	1.014	1.005 a 1.030



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



Ph	7.1	4.6 y 8.0 en el pH
Proteínas	NEGATIVO	0 a 14 mg/dL
Nitritos	NEGATIVO	NEGATIVOS POSITIVOS O
Leucocitos	NEGATIVO	5 pc
Cetonas	NEGATIVO	Pequeña: <20 mg/dL. Moderada: 30 a 40 mg/dL. Grande: >80 mg/dL.
Bacterias	AUSENTE	Ausentes
Células epiteliales planas	4.2PC	3-5 pc

Fuente Historia Clínica del Hospital (Liborio Panchana , 2021)
Elaborado por Danna Pazmiño

Tabla 5. PANEL DE LIPIDOS

Parámetros	Valor	Rango normal
Colesterol	210mg/dL	menos de 200 mg/dL
HDL	47mg/dL	más de 50 mg/dL
LDH	115mg/dL	70 a 130 mg/dL
TRIGLICERIDOS	155mg/dL	10 a 150 mg/dL

Fuente Historia Clínica del Hospital (Liborio Panchana , 2021)
Elaborado por Danna Pazmiño

Tabla 6. Exámenes serológicos

VDRL	NEGATIVO
VIH	NO REACTIVO
OTROS	
SARS-COV-2+IGM+IGG	NEGATIVO

Fuente Historia Clínica del Hospital (Liborio Panchana , 2021)



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



Elaborado por Danna Pazmiño

2.5 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: Embarazo de 30 semanas más obesidad

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Embarazo de 30 semanas más hipertrigliceridemia

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: Embarazo de 30 semanas más diabetes gestacional

2.6 ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINA EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

EVOLUCIÓN

Paciente llega con nosotros por primera vez el 16 de agosto del 2021 lo cual tenía 30 semanas de gestación fue valorada semanalmente en control con el equipo nuestro lo cual tenemos una paciente con diabetes gestacional y un feto macrosómico hemos tomado las medidas adecuadas de acuerdo a exámenes y ecografías que la hemos realizado constantemente lo que haremos una programación a una intervención quirúrgica (cesárea) Programada para el día 6 de noviembre del 2021 a las 16hoopm para una paciente 38 semanas por ser primigesta de 18 años más diabetes gestacional y feto macrosómico no puede ser el parto vaginal ya que el feto presenta un peso estimado de 5500gr y podríamos ocurrirle la muerte al niño por esa medida hemos decidido ya acciones para su bienestar materno-fetal.



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



Programación de Cesárea

FECHA Y HORA: 16 de noviembre 2021

Hora 16h00pm

2.7 TRATAMIENTO

Paciente fue valorada por primera vez con nosotros cuando tenía 30 semanas de gestación porque ella llegó porque tenía la visión borrosa y mareos continuos se hacía ver con el médico particular en un consultorio aparte tenía 5 controles desde el principio que se enteró que estaba embarazada presento papeles de ese consultorio y según ese médico la paciente estaba normal y no tenía ninguna complicación entonces nosotros tomamos la predisposición de atenderla semana a semana porque veíamos varios puntos que no estaban bien desde el punto de vista estaba más que claro que la paciente padecía de alguna enfermedad a tan corta edad aparte de ser un embarazo adolescente veíamos más puntos los cuales fuimos realizando día a día según estudios y llegamos a concluir varios de ello con diabetes gestacional.

Después de realizarle varios exámenes y estudios a la paciente nos dio como resultado la diabetes que presentaba en su embarazo como tratamiento durante los controles que le realizábamos le enviamos a que deje su vida de sedentarismo hacer y realizar ejercicios todos los días con precaución cuidando también la salud del feto, y le realizamos todos los días dependiera de insulina 0.2U más control semanal requerido también por profesional de salud que era el jefe de guardia Ginecología.

Luego de eso se solicitó rastreo ecográfico para ver su líquido amniótico y feto en que peso talla se encontraba y luego de revisarla nos encontramos que el feto era un bebé macrosómico que pesaba más de



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



5500gr los cuales decidimos llevarla a programar una cesárea a las 38 semanas de la paciente ya que no podíamos exponerlas a un parto vaginal con el peso del feto.

La glucemia de la paciente se niveló y estaba en un rango normal lo cual el tratamiento resultó muy satisfactorio entonces realizaremos luego de la cirugía un seguimiento para ver como avanza la paciente y su bebé.

Nota quirúrgica

Paciente entró a las 16h30pm se la cito a las 16h00pm pero mientras se le hace preparación entra 30min después a quirófano se le inyecta su anestesia en la parte lumbar para poder empezar con el procedimiento quirúrgico paciente colabora de manera satisfactoria lo cual luego de 15 min obtenemos feto único en perfecto estado de salud con un peso de 5500gr y un Apgar de 7-8 en sus 5 minutos determinados la cirugía realizada bajo control con médicos especialistas todo resultó excelente paciente es pasada a sala de postoperatorio para controlar sus signos vitales y estado post quirúrgico paciente es vigilada bajo la presencia de su ginecólogo y licenciada en enfermería sus 4 horas respectivas paciente evoluciona bien gracias a eso será enviada a un cuarto de maternidad del mismo hospital.

Hasta que transcurra sus 72 horas y sea dada su alta

SCORE MAMA

FC: 110x'	1
SISTÓLICA:120x'	0
DIASTÓLICA:89x'	1
FR: 24x'	2
T: 37°C	0
SPO2: 99%	
ESTADO DE CONCIENCIA:	0
ALERTA	0
PROTEINURIA: NEGATIVO	0
TOTAL, DE SCORE MAMA	4



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



Fuente Historia Clínica del Hospital (Liborio Panchana , 2021)
Elaborado Danna Pazmiño

Diagnostico medico

Paciente es revisada los días que permanece con nosotros no tiene ninguna complicación su herida esta sana totalmente seca sin ninguna complicación sin sangre en perfectas condiciones paciente se encuentra en estado de conciencia alerta normal serena sin dolor lo cual esta acta para darle su alta.

Prescripción medica

Se envía a casa con medicación de cefalexina de 50mg por 7 días, paracetamol de 50mg por 3 días como prevención si tiene algún dolor por vía oral. Paciente es diabética según exámenes realizados en las últimas 12 horas de evolución lo cual por su lactancia será enviado diaria su medicación sin olvido alguno metformina de 50mg vía oral por una semana luego de eso realizaremos exámenes complementarios, lo cual veremos que tratamiento a seguir realizaremos con la paciente.

2.8 SEGUIMIENTO

Paciente fue valorada en su totalidad luego de una semana que fue enviado su medicación realizamos exámenes complementarios completos lo cual nos dio como resultado su diabetes mellitus tipo 1 como precaución tomamos la insulino terapia como tratamiento acompañada de dieta balanceada y ejercicios para el obtener un buen estado de salud realizaremos un control mensual mientras tanto en los demás signos paciente esta satisfactoriamente bien no refiere otra enfermedad ahora estaremos en baja revisión por su diabetes y enviar a casa normal.



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



3. OBSERVACIONES

DEL CASO CLINICO, ALGO QUE HAYA CAUSADO DIFICULTAD PARA EL DIAGNOSTICO O PARA REVISAR LA INFORMACION

4. CONCLUSIONES

Una vez revisada la historia clínica se estableció que la Conducta Obstétrica aplicada en paciente primigesta de 18 años con 30 semanas de gestación más diabetes gestacional se basó en las guías y normativas del Ministerio de Salud Pública en las que dicta que se debe hacer los respectivos estudios que son los exámenes complementarios para vigilar sus valores de glicemia de acuerdo a su edad gestacional y control semanal. Se identificó como principal factor de riesgo para diabetes gestacional sus hábitos de sedentarismo y su mala alimentación su descuido y su obesidad.

El motivo de ingreso fue porque tenía visión borrosa y además de eso tenía un hábito de comer demasiado y ya no era normal solo de su embarazo más obesidad severa. Se realizaron exámenes de biometría hemática, química sanguínea e insulina, examen general de orina lo que ayudó a establecer el diagnóstico y la ruta a seguir en cuanto al tratamiento que le realizamos fue insulina terapia de 0,2U más dieta rica en nutrición adecuada a su gestación acompañada de ejercicios y actividad física para eliminar su sedentarismo el cual lo realizábamos en control semanal y resultó adecuadamente correcta función y la paciente nos ayudó por el bienestar de ella y de su bebé.

Las pacientes con Diabetes Gestacional son el grupo de alto riesgo de morbilidad materna debido a que las diabéticas gestacionales representan riesgo considerable de desarrollar diabetes tipo 2 a lo largo de



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



su vida comprometiendo el riesgo reproductivo en este caso al tratarse de una paciente primigesta adolescente sumado a factores como sedentarismo y obesidad por mencionar algunos. En cuanto al resultado neonatal representan mayor riesgo de macrosomía, Prematurez y muerte intrauterina.

En este caso el neonato reacciono muy bien en perfecto estado de salud el cual culmino con su formación correcta dentro del vientre de su madre aun teniendo en cuenta el riesgo de la enfermedad que tenía su madre el neonato resulto ser macrosómico gracias a ello, pero no relacionándolo con la enfermedad de diabetes gestacional el salió victorioso de esto es un niño sano a excepción de su madre que ella si presenta luego de su post parto la enfermedad de diabetes mellitus tipo 2 así comprometiéndose la paciente a generar un tratamiento adecuado y diario para general valores normales y concluir con una vida tranquila junto a su familia y sociedad.



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



5. BIBLIOGRAFÍAS

- Antepara, D. C. (2019). *SCIELO* . Obtenido de SCIELO:
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282019000300005
- Asturizaga, D. P. (2014). *HEMORRAGIA OBSTÉTRICA*. Obtenido de Scielo:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009
- Basanta, D. N. (2019). *FAGSO*. Obtenido de
http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_2019_Hemorragia_Post_Part0.pdf
- Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. eds. *Williams. Obstetricia*, 24e. McGraw Hill; 2015. (2015). *WILLIAMS OBSTETRICS Trastornos del crecimiento fetal*. 24.
- Cunningham Gary. (2019). *Williams. Obstetricia*. McGraw-Hill.
- DANIEL, F. L. (2018). *REPOSITOORIO UNIVERSIDAD RICARDO PALMA* . Recuperado el 25 de ENERO de 2022, de HEMORRAGIA DEL PUERPERIO INMEDIATO:
<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1148/TESIS%20-%20FLORES%20LAPA%20DANIEL%20ANGEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- danna pazmiño. (s.f.).
- EL EMBARAZO EN EL ADOLESCENTE: UNA VISIÓN DESDE LA DIMENSIÓN EMOCIONAL Y LA. (2012). *Revista CUIDARTE*, 394-403.



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



- F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Catherine Y. Spong. (2019). *Williams Obstetricia*. 25E.
- Frank W. Bouwmeester, M. (junio de 2003). *Postpartum Hemorrhage*. Recuperado el 25 de enero de 2022, de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.610.3417&rep=rep1&type=pdf>
- GPC. (2013). *Guía-de-hemorragia-postparto (1).pdf*. Obtenido de [file:///C:/Users/yessenia/Downloads/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/yessenia/Downloads/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto%20(1).pdf)
- GPC. (2013). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>
- H. Karlsson, C. P. (2009). *hemorragia pos parto*. Obtenido de Scielo: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014
- H. Karlsson, C. P. (2009). *Scielo*. Obtenido de Scielo: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014
- HOSPITAL DR LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR . (2021). *HISTORIA CLINICA* . SANTA ELENA: HOSPITAL.
- Liborio Panchana . (2021).
- MALLELIN RODIFREZ. (2021). *OBSTETRICA Y GINECOLOGIA* . *REVISTA DIABETES MELLITUS SEGUN SU TIPOS* , 47- 402 .
- Ministerio. (05 de Mayo de 2014). *Guia de practica clinica de diabetes gestacional "2014"*. Obtenido de *Guia de practica clinica de diabetes gestacional "2014"*: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Diabetes-en-el-embarazo.pdf>



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



MINISTERIO DE SALUD . (2014). *GUIA DE PRACTICA CLINICA DIABETES GESTACIONAL* . ECUADOR : Dirección Nacional de Normatización-MSP.

MSP. (05 de Mayo de 2014). *Guia de practica Clinica de diabetes gestacional*. Obtenido de Guia de practica Clinica de diabetes gestacional: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Diabetes-en-el-embarazo.pdf>

OSORIO, T. C. (2015). *REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE ICA* . Recuperado el 25 de ENERO de 2022, de HEMORRAGIA POS PARTO: <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/88/3/TANIA%20RUZ%20OSORIO%20-%20HEMORRAGIA%20POST%20PARTO%20ATONIA%20UTERINA.pdf>

paciente. (s.f.).

PACIENTE, H. C. (s.f.). HOSPITAL DEL DR LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR.

r. Carlos Solís Sánchez, médico internista y endocrinólogo, Hospital Universitario, Guayaquil. (2014). *GUIA DE PRACTICA CLINICA DIABETES GESTACIONAL*. GUAYAQUIL : DIRECCION GENERAL MPS .

ROBERTO PEREZ . (2017). *REVISTA DE OBSTETRICIA EN ADOLESCENTES* . *REVISTA DE OBSTETRICIA EN ADOLESCENTES* , 54 HASTA LA 89.

SCIELO, R. (SEPTIEMBRE de 2009). *REVISTA CUBANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA* . Recuperado el 25 de ENERO de 2022, de HISTERECTOMIA OBSTRETRICA DE URGENCIA : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300003#:~:text=La%20ex%C3%A9resis%20del%20%C3%BAtero%20en,mujeres%20en%20situaciones%20de%20urgencia.



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



6. ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA





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





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



CERTIFICADO URKUNG



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Salud y Bienestar
Carrera de Obstetricia



Babahoyo, 22 de marzo 2022

Para: Dr. Hugolino Orellana Gaibor
COORDINADOR TITULACIÓN OBSTETRICIA

Asunto: CERTIFICACIÓN DE URKUND

Yo, Ana María Pasos Baño, docente de la carrera de Obstetricia certifico que la egresada Sra. DANNA ALEJANDRA PAZMIÑO SALTOS, ha realizado su trabajo de titulación Dimensión Práctica del Examen Complexivo de tema: **CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PACIENTE PRIMIGESTA DE 18 AÑOS CON 30 SEMANAS DE GESTACIÓN MÁS DIABETES GESTACIONAL**, que al ser sometido al sistema URKUND ha obtenido un índice de similitud del 6% con diversas fuentes.

Sin otro particular me despido.
Atte.

Original

Document Information

Analyzed document	dannapazmiño caso clinico ur.docx (DL33228989)
Submitted	2022-03-22T23:28:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	pazminodanna58@gmail.com
Similarity	6%
Analysis address	ampasos.utb@analysis.urkund.com

Sources included in the report

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO / UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO caso clinico Viviana.docx	
SA	Document UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO caso clinico Viviana.docx (D95043809) Submitted by: isocciavela36@gmail.com Receiver: ampasos.utb@analysis.urkund.com
SA	DIABETES GESTACIONAL I fernando rodriguez y blanca zamora.doc (DL3418506) Document DIABETES GESTACIONAL I fernando rodriguez y blanca zamora.doc (DL3418506)
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO / CASO CLÍNICO INGRID SUBIR A URKUND.docx Document CASO CLINICO INGRID SUBIR A URKUND.docx (D54942837) Characterist for: aser/valerom.ah.ah.ah

Dra. C. Ana María Pasos Baño
DOCENTE TUTOR