



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:

“DIABETES GESTACIONAL EN PACIENTE DE 27 AÑOS CON EMBARAZO DE
26 SEMANAS”

AUTORA:

EVELIN KATIUSCA TIPAN MEDINA

TUTOR:

DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2018



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

OBS. ANA MARIA PASOS BAÑOS
DELEGADO (A) DEL DECANATO

DR. HERMAN ROMERO RAMIREZ
DELEGADO (A)
COORDINADOR DE LA CARRERA

QF. MAITE MAZACON MORA

COORDINADOR GENERAL DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
O DELEGADO (A)

ABG. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIA GENERAL
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHYO





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, HUGOLINO ORELLANA GAIBOR, en calidad de Docente - Tutor del estudiante Srta. EVELYN KATUSKA TIPAN MEDINA, el mismo que está matriculado en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, "DIABETES GESTACIONAL EN PACIENTE DE 27 AÑOS CON EMBARAZO DE 26 SEMANAS.", de la Carrera de OBSTETRICIA de la Escuela de OBSTETRICIA, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de Septiembre del año 2018

Hugolino Orellana Gaibor

Nombres y Apellidos:

CI: 1201835467

*17/09/18
O.M.*

*Escuela de Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Técnica de Babahoyo*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Obstetricia
Carrera de Obstetricia

Por medio del presente dejo constancia de ser la autora del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:

DIABETES GESTACIONAL EN PACIENTE DE 27 AÑOS CON EMBARAZO DE 26 SEMANAS

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizó, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: 17 de septiembre del 2018

Autora

Evelyn Tipán M

EVELYN KATIUSKA TIPAN MEDINA

CI: 1206705467



BABAHOYO, 18 de septiembre del 2018

CERTIFICACION DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACION, EXAMEN COMPLEXIVO.

Lcda. Betty Narcisca Mazacón Roca. PhD.
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

En mi calidad de tutor de la señorita **TIPAN MEDINA EVELIN KATIUSCA** en el **CASO CLINICO-EXAMEN COMPLEXIVO**, entrego el certificado del sistema **URKUND**

URKUND

Documento [INTRODUCCION fin.docx](#) (041535033)

Presentado 2018-09-17 23:03 (-05:00)

Presentado por evelintims1990@hotmail.com

Recibido horellana.urb@analysis.orkund.com

11% de estas 4 páginas, se componen de texto presente en 2 fuentes.

Hugo Orellana Gaibor
DR HUGOLINO ORELLANA GAIBOR



Índice

RESUMEN.....	I
ABSTRACT	II
INTRODUCCION	III
1 MARCO TEORICO	1
1.1 FISIOPATOLOGIA DE LA DIABETES GESTACIONAL	1
1.1.2 Etapa temprana:	1
1.1.3 La fase tardía del Embarazo	2
TABLA 1	4
TABLA 2	5
1.2 DIAGNOSTICO	6
1.3 TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL	8
1.3.1 TRATAMIENTO INSULINICO	9
1.3.2 INSULINOTERAPIA EN EL EMBARAZO.....	10
1.3.3 INSULINA HUMANA NPH	11
1.3.4 FORMA FARMACEUTICA Y CONCENTRACION:	11
1.3.5 METFORMINA EN EL EMBARAZO	11
1.4 JUSTIFICACION.....	13
1.5 OBJETIVOS	14
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	14
1.5.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	14
II. DATOS GENERALES.....	15
II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	16
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.Historial clínico del paciente.	16
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	17
2.3 Examen físico (exploración clínica)	17
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	18
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	20

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	20
2.8 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	20
2.8 Seguimiento.....	21
2.10 Observaciones	21
CONCLUSIONES.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	

PALABRAS CLAVES

Diabetes, Insulina, metformina, dieta.

RESUMEN

El objetivo de este caso fue identificar los factores de riesgo que más se presentan en mujeres con diagnóstico de diabetes gestacional, analizar cada uno de ellos, controlar y prevenir dicha enfermedad; y de esta manera concientizar a la población y lograr disminuir su incidencia, ya en el nuestro país 5 de cada 100 embarazadas padecen de dicha enfermedad según Ministerio de Salud Pública, esta patología ocupa en el Ecuador el sexto lugar entre las enfermedades crónicas degenerativas con una frecuencia de 6 a 9 % de la población, por lo que la posibilidad de manejar una diabética embarazada no es baja, sin embargo, en diferentes estudios que se han realizado es del 1 al 5 % aunque muy probablemente sea mayor, algunos sugieren hasta 12%, dado que las pruebas no se aplican o no se realizan en seguimiento de éstas

La captación de la gestante con diabetes gestacional se basa fundamentalmente en realiza control prenatal de 7 a 12 semanas de gestación y fundamentalmente en el control metabólico, y el diagnóstico temprano puede llevar un embarazo saludable sin problemas a furo.

La evaluación debe realizarse desde el primer día del control prenatal mediante glucemia basal y glucemia causal para establecer la valoración inmediata en aquellas pacientes más vulnerables a padecer de dicha enfermedad. Se recomienda que el tratamiento de empezar con aspectos nutricionales, ejercicios y control de la glucosa; el tratamiento farmacológico es una vez que la dieta y el ejercicio no hayan funcionado en un periodo de dos meses ya que si esta patología es controlada no habrá problemas a futuro.

KEYWORDS

Diabetes, Insulin, metformin, diet.

ABSTRACT

The objective of this case was to identify the risk factors that occur most in women diagnosed with gestational diabetes, analyze each of them, control and prevent said disease; and in this way to raise awareness among the population and to reduce its incidence, already in our country 5 out of every 100 pregnant women suffer from this disease according to the Ministry of Public Health, this disease occupies in Ecuador the sixth place among the chronic degenerative diseases with a frequency of 6 to 9% of the population, so the possibility of managing a diabetic pregnant woman is not low, however, in different studies that have been carried out it is from 1 to 5% although it is probably more, some suggest up to 12 %, since the tests do not apply or are not carried out following these

The uptake of the pregnant woman with gestational diabetes is fundamentally based on performing prenatal control from 7 to 12 weeks of gestation and mainly in metabolic control, and early diagnosis can lead to a healthy pregnancy without furo problems.

The evaluation should be carried out from the first day of the prenatal control by means of basal glycemia and causative glycemia to establish the immediate assessment in those patients most vulnerable to suffer from said disease. It is recommended that the treatment start with nutritional aspects, exercises and glucose control; the pharmacological treatment is once the diet and exercise have not worked in a period of two months because if this pathology is controlled there will be no problems in the future.

INTRODUCCION

La indagación de esta dificultad social nace de una inquietud por saber sobre la diabetes gestacional para una mejor comprensión de la enfermedad, la misma que constituye nuestro objeto de estudio y sobre la cual se basa para desarrollo del caso ya que es muy importante para enriquecer nuestros conocimientos y aplicarlos a futuro en nuestra profesión.

La Diabetes Gestacional puede ocurrir por un tipo de rechazo a la glucosa que se diagnostica durante el embarazo y debe tratarse para evitar complicaciones, debido a que la placenta produce una cantidad importante de hormonas que tienen un cierto efecto diabetogeno 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 azucares o carbohidratos , stress crónico obesidad. (RUIZ 2016)

Después del embarazo 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. (PALACIO 2016)

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 para 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, (COBO 2015)

1 MARCO TEORICO

Diabetes gestacional es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se reconoce por primera vez durante el embarazo. (MAGARRA 2015)

1.1 FISIOPATOLOGIA DE LA DIABETES GESTACIONAL

La diabetes gestacional se crea principalmente por alteraciones hormonales, entre los 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, ocasionados por el estado hipoglucémica durante el embarazo es de transcendental importancia detectarlos precozmente y hacer el diagnóstico oportuno, para así clasificar el embarazo como de alto riesgo para que mediante chequeos semanales se lleve un control de la glicemia e impedir los problemas a futuro, (BRIONES, 2015).

Suele controlarse con modificación de los hábitos alimenticios-nutricionales, e incluso con la realización de actividad física ya que esta condición comúnmente desaparece al término del embarazo, (ALTHAVE, 2010).

Al hablar del Embarazo, nos referimos a un proceso fisiológico en el que se desarrolla un nuevo ser y se compone de etapas:

1.1.2 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, (BASURTO, 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. (INTRANET 2015).

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, (REBOSO 2011).

1.1.3 La 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, (Reboso 2011).

Según el Ministerio de Salud Pública, esta patología ocupa en el Ecuador el sexto lugar entre las enfermedades crónicas degenerativas con una frecuencia de 6 a 9 % de la población, por lo que la posibilidad de manejar una diabética embarazada no es baja, sin embargo, en diferentes estudios que se han realizado es del 1 al 5 % aunque muy probablemente sea mayor, algunos sugieren hasta 12%, dado que las pruebas no se aplican o no se realizan en seguimiento de éstas.(REECE 2010).

El peligro de la diabetes gestacional aumenta debido a las complicaciones obstétricas que se pueden presentar causando perjuicio a la madre y al feto, así lo señala. (AGUDELO, 2010).

La suplementación de Hierro no incrementa el desarrollo de diabetes gestacional, al contrario, la embarazada al recibir el suplemento Hierro y al ser mujeres no

anémicas con Hemoglobina < de 14g pueden beneficiarse disminuyendo la incidencia de retardo de crecimiento y de cesáreas, (ARTEAGA, 2011).

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).

Los estados de obesidad y de sobrepeso son unos de los principales factores de riesgo para el desarrollo de esta patología, además se estima que esta variante de diabetes se produce en cinco de cada cien embarazos, por lo que es la primera causa de complicación metabólica en el embarazo, (KRAOVEC, 2010).

El aumento de los niveles de glucosa en ayunas constituye en el principal factor de riesgo, tanto en la madre como en el recién nacido en la tabla 1 y 2 vamos a apreciar cada uno de ellos. (AGUDELO 2010).

TABLA 1

FACTORES DE RIESGO MATERNOS	COMPLICACIONES MATERNAS
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

Citado por Williams, elaborado por: Evelin Tipan Medina

TABLA 2

COMPLICACIONES FETALES	COMPLICACIONES NEONATALES
Macrostomia	Tendencia a obesidad
Prematuridad	Cardiopatía hipertrófica
Hipoglucemia	Padecer de diabetes en el futuro
Corioamnionitis	
Enfermedad de la membrana hialina	
Óbito fetal	

Citado por Williams, elaborado por: Evelin Tipan Medina

En relación a datos estadísticos sobre esta patología existen limitados datos que muestran una tasa del 22 al 30% en mujeres con esta patología no tratadas o dicho de otra manera no reconocidas, comparada con una tasa del 17 % para mujeres sin esta enfermedad. A largo plazo la madre diabética gestacional tiene un riesgo mayor de intolerancia a los carbohidratos y diabetes tipo 2, de esta manera lo expresa (Althabe-Ibisky, 2010), donde la incidencia acumulada de diabetes varía del 2,5% hasta > 70% en estudios que evaluaron pacientes desde seis semanas hasta 28 años posparto, con un incremento marcado en los primeros cinco años después del parto.

Por lo tanto, la implementación de la búsqueda sistemática en toda embarazada con factores de riesgo se ha difundido ampliamente. A pesar de esto, existen otras razones de costo como los recursos humanos, de tiempo y económicos; que ocasionan dificultad en la implementación de una estrategia diagnóstica de esa magnitud en países como el nuestro, donde los recursos son limitados. Y aunque las causas son desconocidas, existen algunas teorías del porque esta condición

ocurre, especialmente donde la placenta suministra nutrientes y agua para el feto y por ello produce varias hormonas que ayudan al mantenimiento del embarazo.(Sánchez 2012)

A lo largo del embarazo, mientras crece la placenta, se van produciendo más de estas hormonas y producto de ello, existe un aumento de la resistencia a la insulina, en condiciones normales, el páncreas es capaz de producir la cantidad de insulina necesaria para superar la resistencia a la misma, contrario a esto si existe una producción insuficiente de esta hormona para compensar el efecto que produce las hormonas de las placentas, se puede obtener como resultado la instauración de la diabetes gestacional. (Díaz 2010)

1.2 DIAGNOSTICO

La Organización Mundial de la Salud 2013 menciona que “el diagnóstico oportuno y el posterior control metabólico de la mujer durante la gestación disminuye de manera significativa la mayor parte de las complicaciones anteriormente citadas.

El seguimiento de los parámetros metabólicos de perfil glicémico, hemoglobina glicosilada, perfil lipídico, tensión arterial, función renal y peso corporal, así como la valoración de la calidad de vida de la gestante son elementos fundamentales para asegurar a la paciente resultados satisfactorios.

Del estudio ACHOIS (Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women), comparaban los beneficios del diagnóstico y tratamiento frente al seguimiento obstétrico habitual. En cuanto a los criterios diagnósticos, los más utilizados han sido los de la OMS y los de O'Sullivan, que inicialmente fueron definidos a partir de los valores de glucosa en sangre total.

Anteriormente se utilizaba el test de O 'Sullivan, el cual era realizado durante el segundo trimestre del embarazo de forma rutinaria, para evaluar la forma en que las gestantes metabolizan los hidratos de carbonos. (Santos, 2013).

Los criterios diagnósticos se han ido modificando a lo largo de los años en relación a la procedencia de la muestra (sangre total o plasma), la metodología analítica, glucosa hexoquinasa o glucosa-oxidasa, cantidad de glucosa administrada (75 o 100g) y duración de la prueba (2 o 3 horas) (Somogyi-Nelson).

En conclusión, una opción sería aceptar los criterios diagnósticos basados en el estudio HAPO, esperados, que han sido calculados para predecir los resultados perinatales a partir de datos de una población muy amplia, lo que supondría sin duda un aumento en la prevalencia de DG. Pero por los datos previos en nuestro medio creemos que se identificaría un grupo de gestantes con una morbilidad perinatal inferior a su objetivo.

Con la información actualmente disponible parece difícil, si no imposible, encontrar una solución satisfactoria, (AGUDELO 2010).

El Grupo Español de Diabetes y Embarazo está contemplando la posibilidad de realizar un estudio en nuestro medio reproduciendo la metodología del estudio HAPO para aclarar definitivamente si las cifras de glucemia asociadas a una morbilidad 1,75 veces superior a la de la media que corresponden a las propuestas por los criterios del IADPSG o son más altas, lo cual sería la hipótesis de partida. Mientras tanto, la recomendación actual del Grupo Español de Diabetes y Embarazo es la de mantener los criterios de la (National Diabetes Data Group)

La Asociación de Diabetes Americana (ADA) determina que a la segunda hora después de la sobrecarga de 75 gramos de glucosa, se considera como diagnóstica si el valor de la misma es superior a 140 mg/dl, esta es recomendada

por la Organización Mundial de la Salud (OMS., 2012), y es mucho más simple y con más sensibilidad que otras.

1.3 TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

El tratamiento consiste en un plan especial de alimentación y actividad física adecuada, en casos que no resulte la dieta, tratamiento farmacológico con insulina y educación sobre la enfermedad.

Es de total importancia el apoyo del diagnóstico a través de las manifestaciones clínicas de esta patología, para ello se aplican varias pruebas de laboratorio, de esta manera descartar o confirmar los valores de glucosa en sangre, ya que muchas veces, de ello depende el pronóstico y calidad de vida de las embarazadas. (PEREZ 2013)

Un plan nutricional y actividad física es un aspecto importante para el buen manejo de la diabetes gestacional y debe de iniciarse a partir de que se confirma el diagnóstico de esta enfermedad, (vitale 2011)

Las instrucciones del consumo de alimentos se fundamentan según el peso y la talla de la gestante previo al embarazo, es decir, que se debe establecer según el estado nutricional que presentaba la paciente antes del embarazo. (Bristrian 2011)

La intervención terapéutica está orientada en minimizar los niveles de glicemia postprandial tras las comidas ya que cuando más alto son estos valores, existe un mayor riesgo de que el feto sufra, es por ello que lo principal para estas pacientes es la intervención dietética nutricional orientada a disminuir las elevaciones glicémicas postprandiales,
(Gybney 2010)

El monitoreo se debe aplicar al menos cinco veces al día, recomendablemente en relación al consumo de alimentos, se recomienda realizarlo en ayunas, comida, cena, y antes de dormir, puede realizarse una disminución de la frecuencia del mismo en caso de que se llevara un buen control de los niveles de glucosa, de hasta tres o cuatro veces al día, (MSPyCPCDEP, 2013)

Esquema de tratamiento con gliburida para mujeres con diabetes gestacional si el tratamiento de dieta falla.

Determinaciones de glucemia con un glucómetro en ayuno 1 a 2 horas después del desayuno, el almuerzo y cena.

- Metas de glucemia (mg / dl): en ayuno < 130
- Dosis de gliburida de 2.5 mg vía oral con la comida de la mañana.

- De ser necesario, aumentar la dosis de gliburida de 2.5mg / semana hasta llegar a 10 mg / día, y después cambiar la dosis dos veces al día, has alcanzar 20mg/ día. Cambiar a insulina si con 20mg / día no se logra lo esperado respecto a la glicemia. (Jacobson 2005)

1.3.1 TRATAMIENTO INSULINICO

La droga de elección en mujeres con DG es la insulina, que es compatible con el embarazo y no afecta al feto, por lo cual se recomienda su uso.

1.3.2 INSULINOTERAPIA EN EL EMBARAZO

GLUCEMIA PREPRANDIAL	CORRECCION DE DOSIS BASAL	ADEMAS
< A 70 mg/dl	Disminuya dos unid	Comer de inmediato Inyecte insulina después de comer
70 a 90 mg/dl	Dosis basal	Comer CHOs de inmediato
100 a 129 mg/dl	1 UI mas	Comer de inmediato
130 a 139 mg/dl	2 UI mas	Inyecte, Glucemia en 15 minutos ,como cuando la glucemia sea menor a 110
160 a 189 mg/dl	3 UI mas	Inyecte, Glucemia en 15 minutos ,como cuando la glucemia sea menor a 110
> A 190 mg/dl	4 UI más, determine cetonuria	Puede tener que esperar hasta una hora

TABLA: 3

Elaborado por Evelin Tipan M (wiLliams 2000)

1.3.3 INSULINA HUMANA NPH

1.3.4 FORMA FARMACEUTICA Y CONCENTRACION: LUIDO PARENTERAL 100UI/ML

Dosis: Se debe iniciar las dosis, por vía SC, BID o QID. - La cantidad total de insulina regular está entre 0,2 - 1 UI/kg/día (aunque se puede, en casos especiales, necesitar una dosis más alta SC, BID o QID, administrar 15 minutos antes de las comidas.

Efecto 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, cambios conducta, visión borrosa, confusión, palidez, sueño, dificultada para concentrarse, sensación de frío, taquicardia, cefalea, náusea, nerviosismo, cansancio o fatiga.

Poco frecuentes: Hipoglucemia grave (convulsiones y coma).

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

1.3.5 METFORMINA EN EL EMBARAZO

- Tiene categoría B. no se a comprobado teratogénica.
- Disminuye la frecuencia de los abortos.
- Disminuye la incidencia de diabetes gestacional un
- (3% con metformina y un 23% sin metformina).

Dosis inicial: 500 mg VO, BID

Alternativa: 850 mg VO, QD durante una semana, realizar incrementos posteriores hasta una dosis máxima de 850 mg VO, TID, administrar con ácido fólico 1 mg tomada en un momento distinto del día.

Efectos adversos Frecuentes: Síntomas gastrointestinales: diarrea, náusea, vómito, flatulencia, dispepsia (pueden disminuir de intensidad aproximadamente dos semanas posteriores al inicio de la terapia), astenia, anorexia, cefalea, sabor metálico, erupciones cutáneas.

Raros: Acidosis láctica, anemia megaloblástica por deficiente absorción de ácido fólico y vitamina B12, especialmente con uso prolongado.

Los esquemas de dosificación usuales consideran como dosis inicial 500 mg dos veces al día u 850 mg una vez al día, administrados con los alimentos. Cuando se utiliza la tableta de 500 mg, la dosis puede ser ajustada con intervalos de una semana, de acuerdo con el efecto sobre la glucemia. En los casos en que se usa la tableta de 850 mg, la dosis puede ser ajustada cada dos semanas, la dosis máxima recomendada de METFORMINA es de 3,000 mg al día, (MSP ,2014)

1.4 JUSTIFICACION

Este caso clínico es importante, ya que la diabetes es una enfermedad crónica que es muy común en nuestro medio y que al afectar a una población vulnerable como lo son las embarazadas , se convierte en una problemática tanto para 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 causar alteraciones al bebé, macrostomia, hipoglicemia neonatal; y la madre como infecciones del tracto urinario, preeclampsia, diabetes tipo dos después del embarazo y como consecuencia fatal podría comprometer la vida de ambos.

Es por eso que es importante identificar los factores de riesgos que pueden producir la Diabetes Gestacional y en lo posterior buscar la forma de prevenirlos.

Este caso clínico investigativo aparte de enriquecer nuestros conocimientos nos permitirá aplicarlo en un futuro a nivel profesional y concientizar a la población de mujeres embarazadas sobre la importancia del control prenatal para el correcto diagnóstico de esta enfermedad y así prevenir complicaciones a futuro.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo más frecuentes de la diabetes gestacional en usuarias atendidas en el centro de salud para evitar complicaciones a futuro.

1.5.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- ✓ Determinar los factores de riesgos que influyen en la aparición de diabetes gestacional.

- ✓ Establecer las principales complicaciones maternas como consecuencias de la diabetes gestacional en pacientes de 26 semanas de gestación.

II. DATOS GENERALES

Nombres completos: NN

Edad: 27 años

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: 05 de julio de 1991

Lugar de Nacimiento: Montalvo Los Ríos Ecuador

Residencia: Montalvo, cdla entre Ríos calle Babahoyo

Estado Civil: Casada

Nivel de Educación: Superior

Ocupación: Secretaria

Nivel Socio Económico: Medio

Tipo de sangre: O+

Raza: Mestiza

Conyugue: NN, Abogado de 35 años

II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Paciente de 27 años, cursa con embarazo de 26 semanas de gestación por fecha de última menstruación 01/09/2017, refiere que lleva controles desde el primer trimestres de su embarazo donde medico particular, acude a nuestro establecimiento por fatiga y visión borrosa de aproximadamente 8 horas de evolución , refiere que desde la semana 24 presenta poliuria, hambre y sed excesiva, infección urinarias, náuseas y vómitos su médico le comunica que su embarazo esta normal que los síntomas mencionados son típicos del embarazo, recibe tratamiento para IVU por 7 días, lo sigue su tal cual le indica, pero no hay mejoría, toma vitaminas ,su dieta es alta en hidratos de carbono.

Antecedentes Familiares: padres diabéticos, tienen diabetes tipo 2, la diabetes de su madre está controlada con dietas y ejercicio y su padre toma 850 mg de metformina dos veces al día. Antecedentes patológicos personales: Obesidad tipo 3, niega alergias.

APNP: Niega a ver consumido alcohol, drogas, tabaquismo en su embarazo.

APP: Obesidad tipo 3

Antecedentes Obstétricos: Su menarquia a los 12 años, ciclo menstrual cada 28 días por tres días, parejas sexuales 3, gestas 0, abortos 0, actualmente cursa con embarazo de 26 semanas de gestación.

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

Gestante de 27 años, de más o menos 26 semanas de gestación por fecha de última menstruación, acude a nuestro establecimiento, ya que hoy al momento de preparar desayuno todo se le nubla y su visión era borrosa a esta se le asocia fatiga.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Signos vitales: TA: 125/80 – T: 36.1°C – FC: 76 – FR: 18 – SAT: 99.

Somatometria: PESO: 118kg – TALLA: 1.65m – IMC: 43.3kg/m

Se realiza examen físico a la paciente

Cabeza: Normocefalo, mucosas húmedas normo coloreadas, boca hidratada

Cuello: simétrico sin adenopatías

Tórax: simétricos pulmones ventilados, ruidos cardiacos rítmicos,

Mamas: simétricas turgentes

Abdomen globuloso por embarazo de 26 semanas de gestación, **ante maniobras de leopold**, altura uterina 28cm, posición cefálica, dorso a la izquierda producto único vivo, frecuencia cardiaca fetal 145 latidos por minutos (doppler)

Región pélvica: talla de fondo uterino 29 cm, ante especuloscopia no sangrado, no hidrorrea, leucorrea excesiva

Extremidades simétricas, se encontró tobillos con edema +++, piel y tegumentos bien hidratados.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

EXAMENES DE LABORATORIO

BIOMETRIA HEMATICA

Parámetro	Valor	Rango
GR	4.1	3.5 - 5.5 millones/mm ³
HB	13.5	12 - 16g/dl
Hct	38	36 - 46%
VCM	92	80 - 100 mm ³
HCM	27	25 - 35pg/cell
CMHC	33.1	31- 36g/dl
ADE	12.1	11.5 - 14.5%
Plaq	400,000	140,000-440,000/mm ³
GB	5.1	3.6 - 11.2 x 10 ³ /mm ³
N.segm	75	45 - 79%
N.bandas	5	0 - 5%
Linf	20	16 - 47%
Eos	0	0 - 6%
Bas	0	0 - 3%
Mon	0	0 - 9%

Elaborado: Evelin Katusca Tipan Medina

QUIMICA SANGUINEA E INSULINA

Parámetro	Valor	Rango
Glucosa	110mg/dl	60 - 100 mg/dl
Urea	22mg/dl	7 - 20 mg/dl
Creatinina	1.1mg/dl	0.4 - 1.4 mg/dl
Fe	890mg	700 - 1000 mg
Ca ⁺²	9.8mg/dl	8.4 - 10.2mg/dl
Insulina	16.7uU/ml	2 - 20 uU/ml

Elaborado: Evelin Katusca Tipan Medina

EXAMEN GENERAL DE ORINA

Parámetros	Resultados
Densidad	1.014
PH	7.1
Proteínas	Negativo
Nitritos	Negativo
Leucocitos	Negativos
Cetonas	Negativos
Bacterias	Negativas
Células epiteliales	Escasas

Elaborado: Evelin Katusca Tipan Medina

PANEL DE LIPIDOS

Parámetros	Valor	Rango
Colesterol	210mg/dl	100 – 200 mg/dl
HDL	47mg/dl	>40 mg /dl
LDH	115mg/dl	<110 mg /dl
TG	155mg/dl	30 - 150 mg /dl

Elaborado: Evelin Katusca Tipan Medina

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

- **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:** EMBARAZO DE +/- 26 SEMANAS DE GESTACION MAS OBESIDAD
- **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:** EMBARAZO DE +/- 26 SEMANAS MAS HIPERTRIGLICERIDEMIA
- **DIAGNOSTICO DEFINITIVO:** EMBARAZO DE 26 SEMANAS MÁS DIABETES GESTACIONAL.

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

En el análisis de este caso nos permite saber que no hay una cifra exacta con DG.

Una de los principales causas de la incidencia de esta enfermedad es la poca información de los hábitos alimenticios, el sedentarismo, debemos educar en todos los centros de salud sobre una buena nutrición, actividad física por 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 DG como son: antecedentes familiares, sobrepeso, obesidad, personas sedentarias entre otras.

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

La diabetes gestacional se crea principalmente por alteraciones hormonales, entre los 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, ocasionados por el estado hiperglucémico durante el embarazo a partir de la semana 20 de gestación, entre el segundo y tercer trimestre, la incidencia es un (1-14%), por

ello es de trascendental importancia detectarlos a tiempo para evitar complicaciones.

2.8 Seguimiento

Paciente fue valorada en su totalidad anamnesis, se envió ecografía obstétrica, exámenes de laboratorio, un cultivo antibiograma, control prenatal, semana a semana control de la glicemia, tratamiento insulinoterapia ya que la dieta y el ejercicio no llegó a feliz término, el 05/07/2018 se le realizó cesárea segmentaria de 38 semana, se obtuvo RN vivo con un peso de 4400kg.

2.10 Observaciones

Paciente evoluciona muy satisfactoriamente con controles semana a semana, control constante de la glicemia, dieta adecuada ejercicios psicoprofilacticos con el personal especializado, educación sobre la enfermedad y tratamiento médico.

CONCLUSIONES

La captación de la gestante con diabetes gestacional se basa fundamentalmente en realiza control prenatal de 7 a 12 semanas de gestación y fundamentalmente en el control metabólico, y el diagnóstico temprano puede llevar un embarazo saludable sin problemas a furo.

La evaluación debe realizarse desde el primer día del control prenatal mediante glucemia basal y glucemia causal para establecer la valoración inmediata en aquellas pacientes más vulnerables a padecer de dicha enfermedad. Se recomienda que el tratamiento de empezar con aspectos nutricionales, ejercicios y control de la glucosa; el tratamiento farmacológico es una vez que la dieta y el ejercicio no hayan funcionado en un periodo de dos meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agudelo (2010). Peligro Gestacional. Arteaga Velasco. (2011). Beneficios del Hierro. Bazarro, K., & 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. Obtenido de repositorio.utm.edu.ec/bitstream/.../1/TESIS%20DIABETES%20GESTACIONAL.pdf Centros para el Control y la Prevención de enfermedades. (diciembre de 2017). Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Diabetes Aplicada. Obtenido de <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/diabetes.html> Díaz Santos. (2013). Claves para la detección de la diabetes. Obtenido de s/f*
- Guimary, B. y. (2012). El parto. Obtenido de s/f*
- Intramed. (Junio de 2015). Secreción de insulina y diabetes tipo 2. Obtenido de <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=87060>*
- Krasovec-Andersson . (2010). Criterios de Obesidad. Obtenido de repositorio.utm.edu.ec/bitstream/.../1/TESIS%20DIABETES%20GESTACIONAL.pdf*
- Mi SciELO. (2007). Comportamiento de la diabetes gestacional en el embarazo en la adolescencia.*
- Ministerio de Salud Pública. (2013). Atención Prenatal. Obtenido de s/f*
- MSPyCPCDEP. (2013). Ministerio de Salud Pública y Coordinación Nacional de Protocolos y consejería durante el embarazo y el parto. Obtenido de : s/f*
- Organizacion Mundial de la Salud. (2013). El metabolismo.*
- Perez. (2010). Glucosa. Obtenido de s/f*
- Reboso. (2011). Revista Cubana de Medicina General Integral. (2007). Comportamiento de la diabetes gestacional en el embarazo en la adolescencia. Mi SciELO. Sánchez Salazar. (2012). Riesgos Gestacionales. Obtenido de s/f*

ANEXOS

Reporte ecográfico

Biometría fetal

DBP: 76 mm

CC: 266 mm

CA: 261 mm

LF: 64 mm

ILA: 10 cm

LDC: 142 X min





FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 6 de Agosto del 2018

Dr. Alina Izquierdo Cirer, Msc
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
Presente. -

De mis consideraciones.

Por medio de la presente yo, **EVELIN KATIUSCA TIPAN MEDINA** con cedula de ciudadanía **120670546-7**, egresada de la escuela de **OBSTETRICIA**, de la carrera de Obstetricia, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del tema de caso clínico: **DIABETES GESTACIONAL EN PACIENTE DE 27 AÑOS, CON EMBARAZO DE 26 SEMANAS**

Por la atención que se dé a la presente quedo de usted muy agradecida.

Atentamente

EVELIN KATIUSCA TIPAN MEDINA

EGRESADA

120670546-7



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE SAGAMIYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE TITULACIÓN

PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018

CARRERA DE OBSTETRICIA



REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (PRIMERA ETAPA)

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 09.03.2018

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Hugolino Dellano Goibore

FIRMA:

Hugo Dellano

TEMA DEL CASO CLINICO: Diabetes gestacional en Paciente de 23 años en Embarazo de 26 Semanas

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Fuelin Katusica Tipin Medina

CARRERA: Obstetricia

Pág. N°.

Nº de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Asistencia	Docente	Instituto	Escuela
			Presencial	Virtual				
2	20-06-18	Solución del tema	✓		100%	Hugo Dellano	Fuelin Tipin	
2	23-06-18	Revisión de propuesta de caso clínico	✓		100%	Hugo Dellano	Fuelin Tipin	
2	24-07-18	Aplicación del tema.	✓		100%	Hugo Dellano	Fuelin Tipin	

Obst. Carmen Muñoz Solórzano, MSc.
COORDINADORA DE TITULACIÓN
CARRERA DE OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 21 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Clrer. MSc
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, yo, **EVELIN KATIUSCA TIPAN MEDINA**, con cédula de ciudadanía **1206706467** egresada de la Escuela de Obstetricia, Carrera Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados en la Etapa final del Caso Clínico (**Componente Practico**), tema: **DIABETES GESTACIONAL EN PACINETE DE 27 AÑOS CON EMBARAZO DE 28 SEMANAS** para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

Evelin Tipan Medina

CI. 1206705467



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN

PERIODO MAYO-OCTUBRE 2018

CARRERA DE OBSTETRICIA

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO:

26/01/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (ETAPA FINAL)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Hugo Lina Orellana Balboa FIRMA: Hugo Balboa

TEMA DEL CASO CLINICO: Tráquea funcional en Paciente de 33 años con Embarazo de 26

semanas

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Fuelin Tipan Medina

CARRERA: Obstetricia

Pag. N.º

Hora de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutorías		Porcentaje de Asistencia	Docente	FIRMA	Evaluación
			Presencial	Virtual				
2	09-09-18	Se realiza macro teórico e introducción	/		20%	Hugo Balboa	Fuelin Tipan M.	
2	16-09-18	Realización de objetivos Generales, Específicos	/		20%	Hugo Balboa	Fuelin Tipan M.	
2	23-09-18	Exposición de macro Teórico y objetivos	/		20%	Hugo Balboa	Fuelin Tipan M.	
2	30-09-18	Exposición de objetivos y contenidos	/		20%	Hugo Balboa	Fuelin Tipan M.	
2	07-10-18	Exposición de objetivos y contenidos	/		20%	Hugo Balboa	Fuelin Tipan M.	
2	14-10-18	Revisión de exposiciones del caso.	/		20%	Hugo Balboa	Fuelin Tipan M.	
2	21-10-18	Finalización del caso y Revisión de contenido	/		20%	Hugo Balboa	Fuelin Tipan M.	

Obstetricia Hugo Solórzano, MSc.
COORDINADORA DE TITULACIÓN
CARRERA DE OBSTETRICIA