



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA OBSTETRICIA**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA OBSTETRICIA**

**Dimensión practica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Obstetrix**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

Macrosomía Fetal por Diabetes Gestacional

AUTORA

Yomira Lisbeth Velásquez Litardo

TUTORA

Dra. Ana María Pasos Baño

BABAHOYO- LOS RIOS- ECUADOR

2020



ÍNDICE GENERAL

I.AGRADECIMIENTO	3
II.DEDICATORIA	4
III.TEMA 5	
IV. RESUMEN	6
V. ABSTRACT	7
VI. INTRODUCCION	8
1. MARCO TEÓRICO	9
1.1. DEFINICIÓN	9
1.2. CAUSAS	10
1.3. FACTORES DE RIESGO	10
1.4. ETIOLOGÍA	11
1.5. FISIOPATOLOGÍA	12
1.6. DIAGNÓSTICO	14
1.7. TRATAMIENTO	15
1.8. JUSTIFICACIÓN	19
1.9. OBJETIVOS	20
2. DATOS GENERALES	20
3.4. EXAMEN FÍSICO	22
3.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	23
3.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL	24
3.7. CONDUCTA A SEGUIR	24
3.8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO QUE DETERMINA EL ORIGEN DEL PROBLEMA, TOMANDO LOS VALORES NORMALES.	25
3.9. SEGUIMIENTO	26
4. OBSERVACIONES:	35
5. CONCLUSIONES:	36
6. Bibliografía	36



I. AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la bendición de cumplir en mí su voluntad permitiendo que cada día sea una persona de bien y una hija ejemplar.

A mis padres: Patricia Litardo Ochoa y Camilo Velásquez Pinto, por el don de la vida, por su amor y apoyo incondicional acompañándome en cada una de mis metas propuestas.

A mis hermanos y demás familiares quienes me apoyaron en cada momento de mi carrera con palabras de aliento desde el primer día de nivelación y sé que ellos están orgullosos de mi por llegar a esta meta.

A mis ángeles de la guarda Manuel Velásquez Reyes y Manuela Ochoa Cedeño sé que desde el cielo están muy orgullosos de mi por llegar al final de este largo proceso siempre estarán en mi corazón.

Al Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor y a mi eterna guardia #3 por brindar la oportunidad de seguir con mi formación durante el proceso de internado rotativo de Obstetricia.

A la Dra. Ana Pasos Baño, tutora de este trabajo de titulación quien acepto, apoyo y guio incondicionalmente en el desarrollo de este trabajo especial de grado.

Yomira Lisbeth Velásquez Litardo



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA OBSTETRICIA**



II.DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios por acompañarme en cada paso que doy y darme fuerzas para continuar y no quedarme en el camino.

A mis padres Camilo y Patricia, hermanos Kelvin, Joel y Juan, Tíos, a cada uno de los profesionales de salud que conocí en lo largo de la carrera y de manera especial a mis ángeles de la guarda Manuel y Manuela que se encuentran en el cielo, por ayudarme a mantenerme firme en los momentos difíciles y estar conmigo en todo momento.

A todos mis amigos que me brindaron su apoyo incondicional, cariño y amistad durante todos los años de estudio de la carrera.

Yomira Lisbeth Velásquez Litardo



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA OBSTETRICIA**



**III.TEMA
MACROSOMÍA FETAL POR DIABETES GESTACIONAL**



IV. RESUMEN

La diabetes gestacional se diagnostica entre la semana 24 y 28 de embarazo, se relaciona con consecuencias desfavorables para la madre, el feto y el recién nacido. El objetivo de la presentación del caso clínico sobre macrosomía fetal por diabetes gestacional es evaluar el cumplimiento de protocolos de atención de la Diabetes Gestacional para la prevención de complicaciones fetales relacionadas a la macrosomía de acuerdo a la guía de práctica clínica el Ministerio de Salud Pública.

La metodología aplicada fue la observación y análisis de los datos contenidos en la historia clínica que sirvió de referencia para la redacción del caso, se buscó información detallada en la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de salud Pública en cuanto a las recomendaciones para el manejo de la diabetes gestacional, además de la revisión de material bibliográfico en bases de datos indexadas en Google académico. Para el diagnóstico se realizó anamnesis, examen físico, se determinó la macrosomía fetal por altura uterina al utilizar maniobras de Leopold, se solicitó exámenes complementarios como la ecografía. El tratamiento y pronóstico se basaron en la guía de práctica Clínica de Diabetes Gestacional del ministerio de salud pública. Una de las principales conclusiones es que cuando existe la presencia de factores de riesgo para desarrollar diabetes gestacional se debe actuar de manera inmediata para detectar o descartar dicha patología, en el caso contrario se deben realizar el tamizaje entre la semana 24 y 28 de gestación.

Palabras Clave: MACROSOMIA FETAL; DIABETES GESTACIONAL, GLICEMIA



V. ABSTRACT

Gestational diabetes is diagnosed between week 24 and 28 of pregnancy, it is related to unfavorable consequences for the mother, the fetus and the newborn. The objective of the presentation of the clinical case on fetal macrosomia due to gestational diabetes is to evaluate compliance with protocols for the care of Gestational Diabetes for the prevention of fetal complications related to macrosomia according to the clinical practice guide of the Ministry of Public Health.

The applied methodology was the observation and analysis of the data contained in the clinical history that served as a reference for the writing of the case, detailed information was sought in the Clinical Practice Guide of the Ministry of Public Health regarding the recommendations for the management of gestational diabetes, in addition to the review of bibliographic material in databases indexed in academic Google. For the diagnosis, anamnesis and physical examination were carried out, fetal macrosomia was determined by uterine height using Leopold's maneuvers, complementary tests such as ultrasound were requested. Treatment and prognosis were based on the Gestational Diabetes Clinical Practice Guide from the Ministry of Public Health. One of the main conclusions is that when there is the presence of risk factors for developing gestational diabetes, immediate action must be taken to detect or rule out said pathology; otherwise, screening should be carried out between week 24 and 28 of gestation.

Key Words: FETAL MACROSOMIA; GESTATIONAL DIABETES, GLYCEMIA



VI. INTRODUCCION

La incidencia de diabetes durante el embarazo en Ecuador varía entre el 1 y el 14%, con una tasa de 142 a 1084 casos por cada 100.000 habitantes, entre las principales causas de morbilidad en la gestación la diabetes gestacional ocupa el sexto Puesto. El método de identificación de la diabetes gestacional utilizado en Ecuador es el examen de glucosa en ayunas solicitado en el primer control prenatal de acuerdo a las GPC MSP. Se realizará una glucemia en ayunas en la consulta médica inicial, que se interpretará de la siguiente manera: Mayor a 126 mg/dL = diabetes preexistente, entre 92 a 126 mg/dL = diabetes gestacional (DG), Menor de 92 mg/dL = se realizará una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) de 75 g entre las semanas 24 y 28 de gestación (PUBLICA, 2014)

Esta patología una vez diagnosticada se puede controlar con dieta saludable y ejercicio físico, en algunas ocasiones se usará como tratamiento farmacológico la insulina ya que si no tenemos control sobre el aumento en la glicemia de la sangre él bebe puede estar sobrealimentado y puede crecer demasiado, se puede ocasionar incomodidades en la madre durante la última etapa del embarazo ya que un bebe extra grande (macrosómico) puede originar problemas al momento del parto y se puede dar el caso de que la madre necesite una cesárea al momento del nacimiento del bebe ya que si nace por vía vaginal se puede dar daño en los nervios debido a la presión existente en los hombros durante el parto.

En este documento se expone el caso de una gestante de 37.6 semanas por fecha de ultima menstruación con antecedente patológico personal de diabetes gestacional con 138 mg/dl de glicemia que acude con cuadro clínico de 8 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo contráctil que se irradia a región lumbar más perdida de tapón mucoso y a la valoración obstétrica se determinó la presencia de un producto único vivo intrauterino podálico.

La metodología del diagnóstico consistió en la realización de historia clínica, exámenes de laboratorio, ecografías, valoración del Score Mama, valoración



Ginecológica, de la paciente que sirvió de referencia para la redacción del caso, una vez revisado el caso se concluye que ante la presencia de factores desencadenantes de Diabetes Gestacional se debe actuar inmediatamente para detectar o descartar dicha patología que afecta el embarazo en el caso contrario se debe realizar el tamizaje entre la semana 24 y 28 de la gestación por lo tanto se recomienda acudir a los controles prenatales una vez descubierto el embarazo.

1. MARCO TEÓRICO MACROSOMÍA FETAL POR DIABETES GESTACIONAL

1.1. DEFINICIÓN

DIABETES GESTACIONAL

La diabetes es un trastorno que viene dado por la presencia anormalmente elevada de azúcar en la sangre. En el caso de la diabetes gestacional se produce un alto nivel de glucosa en sangre durante los meses de gestación. Afecta a un 4% de las mujeres embarazadas y generalmente se presenta en el séptimo mes, desapareciendo tras el parto suele desaparecer, sin necesidad de tratamiento. Los síntomas suelen pasar inadvertidos y de ahí el riesgo de que no se trate y, por lo tanto, que afecte de forma negativa al feto. (Luna, 2020)

La diabetes también influye en otros trastornos de la salud ya que afecta al sistema inmunitario. Por ejemplo, se ha asociado la diabetes con la tuberculosis. La relación de la diabetes con la morbilidad materna y del recién nacido y con la tuberculosis puede tener repercusiones negativas para el cumplimiento de los correspondientes Objetivos de Desarrollo del Milenio en muchos países de la Región. Al mismo tiempo, el peso bajo al nacer se asocia con un mayor riesgo de sufrir diabetes de tipo 2 en la edad adulta y por lo tanto de empeorar la epidemia en los países de medios y bajos ingresos donde la prevalencia del peso bajo al nacer aún es elevada (Salud, 2019).

La diabetes es una de las enfermedades más prevalentes en el mundo moderno, consecuencia, también, del aumento de la obesidad, la alimentación inapropiada y el sedentarismo, este último explicado, en parte, por el abuso de la tecnología y las



facilidades de la modernidad. Uno de los grandes problemas de salud actual es la diabetes, que se extiende hasta la mujer embarazada con repercusiones obstétricas, fetales, neonatales, pediátricas y en la vida de la mujer que sigue al embarazo. (Vigil-De Gracia P, 2017).

1.2. CAUSAS

En la siguiente tabla se mencionan las causas obstétricas como no obstétricas.

CAUSAS OBSTÉTRICAS	CAUSAS NO OBSTÉTRICAS
Dio a luz a un bebé con un peso de >4 kg	Edad > 25 años al quedar embarazada
Tiene demasiado líquido amniótico	Aumentó excesivamente de peso durante su embarazo
aborto espontáneo o mortinato	Tiene hipertensión arterial
Dio a luz un bebe con alguna anomalía congénita	Tenía sobrepeso antes del embarazo

Elaboración: Yomira Velásquez Litardo

Fuente: The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Health Information Center

1.3. FACTORES DE RIESGO

RIESGO	FACTORES/CRITERIOS
Riesgo medio	<ul style="list-style-type: none">• Sobrepeso (IMC mayor 25kg/ m²) antes del embarazo• Historia de resultados obstétricos adversos
Riesgo alto	<ul style="list-style-type: none">• Población latina/hispana (ecuatoriana) con alta prevalencia de Diabetes Mellitus• Obesidad (IMC mayor a 30kg/ m²)• Antecedentes de DG en embarazos anteriores• Partos con bebes macrosómicos con más de 4 kilos o percentil >90• Glucosuria• Síndrome de ovario poliquístico• Historia familiar de Diabetes Mellitus II



	<ul style="list-style-type: none">• Trastorno del metabolismo de los carbohidratos (hiperglucemia en ayunas, intolerancia a los carbohidratos)• Óbito fetal causa inexplicable
--	---

Fuente: Wisconsin Diabetes Mellitus Essential Care Guidelines / 2012

Elaboración: autores

1.4. ETIOLOGÍA

Aunque no hay una causa única que ocasione diabetes mellitus gestacional, se han establecido tres grupos etiológicos: el autoinmune, el monogénico y el de resistencia a la insulina. Los países nórdicos tienen mayor incidencia de diabetes autoinmune. Las pacientes con diabetes mellitus gestacional y autoanticuerpos positivos requieren insulina más frecuentemente, son más jóvenes y desarrollan diabetes mellitus tipo 1 más pronto después del parto. Aunque menos frecuentes, las causas monogénicas como mutaciones en los genes de la glucocinasa (MODY2), el factor nuclear 1 α del hepatocito (MODY3) y el factor 1 promotor de insulina (MODY4) se encuentran en la diabetes mellitus gestacional. La mayoría de las pacientes con diabetes mellitus gestacional presenta resistencia a la insulina, y aunque aún no se conocen sus mecanismos precisos, es el resultado de la resistencia fisiológica del embarazo y la resistencia crónica, siendo ésta última el componente central de la fisiopatología de la diabetes mellitus gestacional. (Turcios, 2011)

En la diabetes mellitus gestacional la adaptación funcional de la célula beta durante la gestación parece tener lugar en una disfunción subyacente y de tiempo atrás. La suma de los mecanismos de resistencia fisiológica y la resistencia crónica, ocasiona una resistencia a la insulina mayor que en las mujeres normales al final del embarazo. El hecho de que la resistencia a la insulina disminuya drásticamente después del parto parece implicar a la placenta. La hipótesis más probable es que el aumento del factor α de necrosis tumoral, del lactógeno placentario, la leptina y la resistina contribuye a aumentar la resistencia a la insulina, tanto en embarazos normales como en los que coexiste diabetes mellitus gestacional, junto con la



disminución progresiva de adiponectina materna implicada en la sensibilidad a la insulina (Turcios, 2011).

1.5. FISIOPATOLOGÍA

Durante el embarazo se producen cambios importantes en el metabolismo materno para crear un ambiente que permita la embriogénesis, el crecimiento del feto, la maduración y la supervivencia del mismo; de manera que se favorece una reserva nutricional al inicio de la gestación para satisfacer el incremento de las demandas materno-fetales en las etapas más avanzadas del embarazo y la lactancia. Un embarazo normal se caracteriza por ser un estado diabetogénico, debido al aumento progresivo de las concentraciones de glucosa posprandiales y la disminución de la sensibilización de las células a la insulina en las etapas tardías de la gestación. (Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, Martínez-López MA, & col, 2017)

La resistencia a la insulina y el daño en la función de las células beta son los principales mecanismos participantes en la generación de la diabetes mellitus gestacional. Está documentado que las mujeres con diabetes gestacional tienen, durante el embarazo y el posparto, un alto grado de resistencia a la insulina, disfunción de las células beta, índice de masa corporal incrementado, con predominio de obesidad central, e hiperlipidemia, entre otras características, que en conjunto pueden provocar, además de diabetes mellitus gestacional transitoria, alteraciones metabólicas permanentes. (Pérez, Saba, Padrón, & Molina V., 2012)

Se ha propuesto que la resistencia a la insulina ocurre como respuesta a las hormonas placentarias. La placenta está implicada en la fisiopatología de la diabetes mellitus gestacional a través de hormonas como lactógeno humano placentario, progesterona, cortisol, hormona del crecimiento y prolactina; el papel de estas hormonas durante el embarazo normal es incrementar el tamaño de la placenta, pero en la diabetes mellitus gestacional se han relacionado con el empeoramiento del estado metabólico de la paciente a través del curso del embarazo y porque se ha observado una remisión rápida de la diabetes mellitus gestacional posterior al



alumbramiento placentario. (Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, Martínez-López MA, & col, 2017)

La resistencia a la insulina empeora a medida que el embarazo progresa. Se postula que la resistencia a la insulina en el embarazo se relaciona con el tratamiento posreceptor de la glucosa. Varios aspectos del embarazo contribuyen a esta manipulación alterada de la glucosa que incluye alteración de la actividad tirosina cinasa, que de manera normal es responsable de la fosforilación de sustratos celulares, disminución de la expresión del receptor de insulina sustrato, una proteína citosólica que se une fosforilada a los sustratos intracelulares y transmite señales y disminución de la expresión de la proteína de transporte de glucosa GLUT4 en el tejido adiposo. De manera adicional, se observa que el embarazo está marcado, en la zona del páncreas, por hipertrofia de células B e hiperplasia, con el fin de compensar la disminución de la insulina, la sensibilidad a ésta y el aumento de las necesidades de insulina. (Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, Martínez-López MA, & col, 2017)

En la diabetes experimental en ratas modelo, el páncreas endocrino, y en particular las B-células productoras de insulina, tienen una alteración de la capacidad para compensar durante el embarazo. La producción de glucosa hepática en ayunas aumenta 30% a medida que avanza el embarazo; también se incrementa de manera importante el tejido adiposo (especialmente en mujeres que sobrepasan los valores normales de ganancia de peso o en las que ya tenían un índice de masa corporal mayor o igual a 30), lo que resulta en aumento de las demandas en insulina. (Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, Martínez-López MA, & col, 2017)

En las células de los tejidos diana (sistema musculoesquelético y hepático, primordialmente) se han descrito defectos posreceptor en la cascada de señales, desencadenada por la insulina, lo que favorece la intolerancia a la glucosa o resistencia insulínica; esto en mujeres con factores de riesgo. En estudios publicados en la revista Diabetes Care, como Inflammation and Glucose Intolerance, en 2004, se



describe que otro proceso fisiopatológico relacionado con la evolución de la diabetes mellitus gestacional es que estas pacientes, principalmente las que tienen obesidad, resultarán con una respuesta inflamatoria persistente como consecuencia de las citocinas proinflamatorias tipo factor de necrosis tumoral (TNF) e interleucina 6 (IL-6), que a su vez inducen resistencia insulínica. La resistencia a la insulina y el daño en la función de las células beta son los principales mecanismos participantes en la generación de la diabetes mellitus gestacional. (Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, Martínez-López MA, & col, 2017)

1.6. DIAGNÓSTICO

Según la revista Scielo quienes en sus artículos de revisión de la diabetes gestacional diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención, existen tres criterios para establecer el diagnóstico de diabetes durante el embarazo:

1. Elevación inequívoca de la glucosa plasmática de 200 mg/dl o mayor y síntomas clásicos de diabetes;
2. Glucosa plasmática en ayunas mayor de 126 mg/dl en dos o más ocasiones y
3. Uso de la curva de tolerancia a la glucosa (prueba de 100 gramos).

Debe corroborarse el diagnóstico en pacientes con: síntomas clásicos (3 "P") poliuria, polidipsia, polifagia, factores de riesgo existentes, glucemia sérica en ayuno >126 mg/dL (corroborada en 24 horas), glucemia >200 mg/dL casual y pacientes con glucemias de 192 a 126 mg/dL (medina Perez Ae, 2017).

La prueba confirmatoria de diagnóstico debe realizarse en ayunas, en tres horas y con una ingesta de 100g de glucosa anhidra. Anteriormente los criterios del Grupo de Datos Nacional de Diabetes (NDDG) estipulaban los niveles plasmáticos de glucosa de 105mg/dL, 190mg/dL, 165mg/dL y 145mg/dL en ayuno, 1 hora, 2 horas y 3 horas, respectivamente como criterios diagnósticos para DG. Sin embargo, en el año 1998, según los resultados del estudio realizado en Toronto (Toronto Tri-hospital Gestational Diabetes Project) la aplicación de criterios según Carpenter-Coustan (CC) incrementaba un 50% la prevalencia inicial de 3.8% y la morbilidad estaba claramente aumentada en mujeres con DG solo según CC. (Karla Parodi, 2016)



Los puntos de corte máximos de prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) de 75 g son:

- Basal: menor a 92 mg/dL
- 1^o hora: menor a 180 mg/dL
- 2^o hora: menor a 153 mg/dL

Se considera DG si uno o más de estos valores se altera. (PUBLICA, 2014)

1.7. TRATAMIENTO

La obesidad es un factor independiente de riesgo de eventos adversos que incluyen: trastornos glucémicos, intolerancia a la glucosa, desórdenes hipertensivos, mortalidad perinatal, macrosomía, nacimiento pretérmino y anomalías congénitas. No se recomienda el descenso de peso durante el embarazo 4-9 La ganancia de peso adecuada durante la gestación depende del peso con el cual la paciente comienza la misma. (PUBLICA, 2014)

Determinación del peso pregestacional (IMC)	Ganancia Total (Kg)	Ganancia semanal en Kg (2. ^o y 3 ^o trimestres)
Bajo peso (IMC menor a 20)	12,5 a 18	0,5
Peso normal (IMC 20 a 24,9)	11,5 a 16	0,4
Sobrepeso (IMC 25 a 29.9)	7 a 11,5	0,3
Obesidad (IMC mayor a 30)	5 a 9	0,2

Fuente: Draznin B, Epstein S, Turner HE, Was JA (eds). Oxford American Handbook of endocrinology and diabetes. New York: Oxford University Press; 2011.

Elaboración: autores

1.7.1. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

En un embarazo complicado por Diabetes Mellitus Gestacional, el excelente control de la glucosa es tan fundamental como el aumento de peso adecuado y la ingesta



adecuada de nutrimentos. El riesgo de complicaciones durante el embarazo o el parto es más bajo cuando el aumento de peso prenatal es adecuado. El aumento de peso materno durante el embarazo influye en el peso al nacer y la salud del hijo, los resultados varían en función de la situación nutricional de la madre antes del embarazo. Una inadecuada ganancia de peso durante el embarazo, baja o excesiva, está asociada con mayor riesgo para la salud materna e infantil como de parto prematuro, independientemente de los niveles de índice de masa corporal (IMC) antes del embarazo (Milian, 2015).

La actividad física puede ayudarle a alcanzar los niveles de glucosa en la sangre que el doctor le ha indicado. Si su presión arterial o sus niveles de colesterol son demasiado altos, mantenerse físicamente activa puede ayudarle a alcanzar niveles saludables. La actividad física también puede aliviar el estrés, fortalecer el corazón y los huesos, mejorar la fuerza muscular y mantener las articulaciones flexibles. Hacer actividad física también ayudará a reducir su probabilidad de tener diabetes tipo 2 en el futuro. Pregúntele a su equipo de atención médica qué actividades son las más adecuadas para usted durante su embarazo. Intente hacer 30 minutos de actividad física, 5 días a la semana, incluso si no hacía actividad física antes de su embarazo². Si ya hace actividad física, dígame a su doctor qué actividades hace. Pregúntele a su doctor si puede seguir haciendo actividades de intensidad más alta, como levantar pesas o trotar. (Boyd Metzger, 2017)

Control glucémico en Diabetes Gestacional:

La meta en la glucosa sanguínea durante el embarazo es lograr una glucemia central en: Ayuno menor a 90 mg/dL y Dos horas posprandial menor a 120 mg/dL. Se recomienda un control más estricto cuando el crecimiento fetal es igual o mayor del percentil 90, en donde las metas de glucemia serán: En ayuno, menor a 80 mg/dL y Una hora posprandial menor a 130 mg/dL. (PUBLICA, 2014)

1.7.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

HIPOGLICEMIANTES ORALES, de acuerdo con la asociación americana de diabetes (ADA) el tratamiento farmacológico de elección para el manejo de la



Diabetes gestacional es la insulina. Sin embargo, y pese a no estar aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA), la metformina y gliburida son utilizadas para el tratamiento de la Diabetes gestacional. La sociedad para la medicina materno fetal, en su enunciación del 2018, concluye que en mujeres en las que no se logra control adecuado con terapia médica nutricional se puede utilizar de forma segura la metformina como primera línea de tratamiento. La metformina es una biguanida que actúa inhibiendo la gluconeogénesis hepática, aumentando la captación de glucosa por tejidos periféricos, además de que disminuye la absorción gastrointestinal de glucosa. Sin embargo, la misma cruza la placenta, y se ha observado que las concentraciones fetales son similares a las de la madre. (Dra. Andrea Espinoza Artavia, 2019)

La guía práctica clínica del ministerio de salud publica nos 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 DG que requieran uso farmacológico. 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. 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 generalizado de insulina es limitado y complejo La insulina es el tratamiento de elección en mujeres embarazadas con diabetes. (PUBLICA, 2014)

MACROSOMIA FETAL

La macrosomía fetal es el exceso de tamaño de un feto. En general, el tamaño del feto durante todo el desarrollo intrauterino es bastante parecido en todos los embarazos, pero las variaciones de tamaño entre los recién nacidos son tan



normales como las diferencias de peso y altura en los adultos, por lo que se han acordado unos valores que se puedan aplicar a todos los recién nacidos. La macrosomía fetal se puede definir con dos valores: 1. Peso al nacimiento superior a 4500 gramos. Si el peso del bebé es superior a 4000 gramos ya podemos considerarlo demasiado grande, y puede tener afecciones parecidas a las que se describen más adelante. 2. Peso al nacimiento por encima del percentil 90 según su grupo poblacional (sexo, raza, ascendentes familiares, edad gestacional, etcétera). Según el control médico y preventivo que se realice en una región a las embarazadas, se pueden encontrar fetos macrosómicos en alrededor de un 6-10% de los embarazos. (CORRALO, WebConsultas Revista de Salud y Bienestar, 2020)

CAUSAS:

Hay varios factores que pueden interactuar para que un feto resulte macrosómico, aunque en muchas ocasiones no se puede determinar una causa directa. Los factores que influyen con mayor frecuencia para que un feto se desarrolle más de lo normal son: Genética, Si un feto tiene un padre o una madre de gran tamaño es de esperar que él haya heredado el mismo tipo de crecimiento. Por eso se suelen dar varios casos de fetos macrosómicos en una misma familia, y además las madres que han tenido un feto macrosómico en un embarazo previo tienen más riesgo de volver a tener otro. (CORRALO, WebConsultas Revista de Salud y Bienestar, 2020)

Duración del embarazo; El embarazo humano tiene una duración de entre 37 y 40 semanas aproximadamente. En ocasiones el parto se retrasa más de lo previsto por motivos no muy conocidos aún. Podemos considerar que un embarazo se ha alargado en exceso a partir de la semana 42, aunque ya a partir de la semana 40 los controles médicos se incrementan y muchos ginecólogos son partidarios de provocar el parto de forma controlada para proteger a la madre y al feto de riesgos evitables. Uno de estos riesgos es que el feto siga creciendo y ganando peso sin necesidad, lo que puede tener repercusiones negativas en el desarrollo del parto, y ocasionar problemas al bebé más adelante. (CORRALO, WebConsultas Revista de Salud y Bienestar, 2020)



Repercusiones de la macrosomía fetal en el neonato:

Hipoglucemia: como se explicaba en el apartado de las causas, los fetos macrosómicos a causa de diabetes materna tienen un aporte de glucosa mucho más elevado de lo normal y por ello sus propios niveles de insulina también están elevados. Cuando se interrumpe la conexión del cordón umbilical el aporte de glucosa materna termina, pero los niveles de insulina fetales continúan elevados y actúan en el organismo del neonato disminuyendo la concentración de glucosa en la sangre. De esta manera, se producen hipoglucemias por debajo de los 50 mg/dL, que pueden dañar a órganos tan importantes como los riñones, el corazón y, sobre todo, el cerebro. (CORRALO, WebConsultas Revista de Salud y Bienestar, 2020)

Policitemia: alrededor del 50% de los fetos macrosómicos presentan en el momento del nacimiento una cantidad de glóbulos rojos en la sangre demasiado elevada; es lo que se conoce como policitemia, y hace que la sangre sea más viscosa, lo que provoca un aletargamiento del sistema nervioso central, y además son más los glóbulos rojos que se rompen en los vasos sanguíneos aumentando así los niveles de bilirrubina. (CORRALO, WebConsultas Revista de Salud y Bienestar, 2020)

Hiperbilirrubinemia: el nivel de bilirrubina se eleva debido a la destrucción de los glóbulos rojos en exceso que hay dentro de los vasos sanguíneos. En el recién nacido la bilirrubina puede atravesar la barrera celular que protege al cerebro y el resto del sistema nervioso central, de manera que impregna las neuronas y las debilita hasta destruirlas. Es lo que se conoce como kernícterus. (CORRALO, WebConsultas Revista de Salud y Bienestar, 2020)

1.8. JUSTIFICACIÓN

Esta presentación tiene por objetivo Valorar el cumplimiento de protocolos de atención de la Diabetes Gestacional la intranquilidad de inspeccionar cuales son las principales complicaciones maternas y neonatales provocadas por la diabetes gestacional para mejor entendimiento de esta afección materna dichos parámetros nos permitirán conocer factores de riesgo, causas y la complejidad que puede llegar a tener la madre o el neonato, por lo que se menciona varios autores con distintos



puntos de vista con el fin de perfeccionar el conocimiento y que sea aplicado en la Ginecología y Obstetricia.

La importancia radica en el diagnóstico y tratamiento oportuno y, por lo tanto, en la reducción de complicaciones tanto para la madre como para el feto. Los avances en los últimos años han reducido la morbilidad y mortalidad materna y fetal, pero la educación es esencial.

1.9. OBJETIVOS

1.9.1. *Objetivo general*

Evaluar el cumplimiento de protocolos de atención de la Diabetes Gestacional para la prevención de complicaciones fetales relacionadas a la macrosomía de acuerdo a la guía de práctica clínica el Ministerio de Salud Pública.

1.9.2. *Objetivos específicos:*

1. Identificar los puntos de falencia en el control prenatal dirigidos al diagnóstico y tratamiento de Diabetes Gestacional
2. Valorar los parámetros aplicados en el manejo del feto macrosómico

2. DATOS GENERALES

Nombres y apellidos: xxxxx	Sexo: femenino
Número de identificación: 0928701804	Edad: 30 años
Nacionalidad:	Estado civil: casada
Fecha de nacimiento: 1988-12-01	Ocupación: ama de casa
Nivel de educación: secundaria	Etnia: mestiza
Dirección domiciliaria: barrio panorama av. 1 calle 3 santa elena a lado de la iglesia evangélica villa s/p	Religión: católica
Nivel sociocultural/económico:	Hospital: Dr. Liborio Panchana Sotomayor
Fecha de ingreso: 07/10/2019	FUM: 15/01/2019

ELABORADO POR: Yomira Velásquez Litardo

FUENTE: Historia clínica de la paciente



3. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

3.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 30 años de edad que cursa con embarazo de 37.6 semanas por fecha de última menstruación (15/01/2019), acude por cuadro clínico de 8 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo contráctil que se irradia a región lumbar más pérdida del tapón mucoso.

3.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	Diabetes gestacional
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES	Sin antecedentes
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	Sin antecedentes
ANTECEDENTES ALÉRGICOS	Sin antecedentes
HÁBITOS NOCIVOS	Ninguno
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	
MENARQUIA	12 años
CICLOS MENSTRUALES	32x4 días
INICIO DE VIDA SEXUAL	15 años
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Método del ritmo
PAREJAS SEXUALES	2
GESTAS	2
PARTOS	2
CESÁREAS	0
ABORTOS	0
FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN	15/01/2019
CONTROLES PRENATALES	4
ECOGRAFÍAS	1
EDAD GESTACIONAL	37.6 semanas por FUM

Elaborado por: Yomira Velásquez Litardo

FUENTE: Historia clínica de la paciente



3.3. ANAMNESIS

Paciente de 30 años de edad que cursa embarazo de 37.6 semanas de gestación por fecha de última menstruación (15/01/2019), antecedentes obstétricos gestas 2 partos 2, antecedentes patológicos personales diabetes gestacional aguda autoreferida a emergencia por presentar cuadro clínico de 8 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo contráctil que se irradia en región lumbar más pérdida del tapón mucoso, rastreo ecográfico producto único vivo presentación podálico, macrosómico, dorso izquierdo, FCF 145 latidos por minuto dolor tipo contracción 2 en 10 minutos, buena motilidad fetal, no sangrado, no salida de líquido amniótico diuresis normal score mama 0, trabajo de parto en fase activa.

3.4. EXAMEN FÍSICO

General: paciente orientada en tiempo, espacio y persona

Cabeza: normo cefálica, conjuntivas pálidas, vías aéreas libres, pabellón auditivo sin anomalía, mucosas orales húmedas y normocoloreadas

Cuello: sin adenopatías

Tórax: simétrico, ruidos cardiacos rítmicos presentes, campos pulmonares ventilados no estertores

Mamas: simétricas, aumentadas de volumen no dolorosas no se palpan ganglios

Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos presentes y normales útero grávido altura de fondo uterino 36 cm Maniobras de Leopold presentación longitudinal podálico, dorso izquierdo, plano alto FCF 140 latidos por minuto, actividad uterina 3 en 10 minutos.

Región genital: Tacto vaginal dilatación 9 cm, borramiento 90%, membranas abombadas, plano I.

Extremidades: simétricas sin edema

Al momento del ingreso paciente registra score mama 0

CLASIFICACION DEL SCORE MAMA	VALORES DE LA PACIENTE
------------------------------	------------------------



SISTOLE	110 mmHg
DIASTOLE	90 mmHg
FRECUENCIA CARDIACA	87
FRECUENCIA RESPIRATORIA	19 POR MINUTO
TEMPERATURA	36.7 ⁰ C
SATURACION DE OXIGENO	99%
ESTADO DE CONCIENCIA	ALERTA
PROTEINURIA	(-)

ELABORADO POR: Yomira Velásquez Litardo

FUENTE: Historia clínica de la paciente

3.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Resultado de exámenes de laboratorio al momento del ingreso 07/10/2019

EXAMENES DE LABORATORIO	
GLOBULOS BLANCOS	10.94
GLOBULOS ROJOS	3.17
HEMOGLOBINA	8.8
HEMATOCRITO	26.1
VOL. CORP. MEDIO	82.30
HEMO. CORP. MEDIO	27.80
CONC. HGB. CORP. MEDIO	33.70
DIST. GB ROJOS -SD	43.20
PLAQUETAS	213.0
VOL. PLAQUET. MEDIO	11.40
GRUPO SANGUINEO	O
FACTOR RH	POSITIVO
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	14.4
GLUCOSA EN AYUNAS	138 mg/dL
UREA	16.0 mg/dL
CREATININA	0.46 mg/dL



ACIDO URICO	5.1 mg/dL
TRANSAMINASA PIRUVICA (ALT)	8
TRANSAMINASA OXALACETICA (AST)	16
PRUEBA CUALITATIVA PARA SIFILIS	NO REACTIVO
LACTICO DESHIDROGENASA	486.0
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)	42.4

ELABORADO POR: Yomira Velásquez Litardo

FUENTE: Historia clínica de la paciente

3.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL

Por el cuadro clínico de la paciente y que la misma ya estaba establecida con diabetes gestacional se le otorga el diagnóstico definitivo de Embarazo de 37.6 semanas, más trabajo de parto fase activa, más distocia de presentación (pelviano), más macrosomía fetal.

3.7. CONDUCTA A SEGUIR

Gestante de 37.6 semanas por fecha de última menstruación llega autoreferida a emergencias por presentar cuadro clínico de 8 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo contráctil que se irradia a región lumbar más pérdida del tapón mucoso, se realiza valoración Gineco Obstétrica y se decide ingreso y pase a quirófano para realizar cesárea de emergencia debido a dilatación de 9 cm más presentación podálica más producto macrosómico con las siguientes indicaciones:

- Control de signos vitales
- Sonda vesical
- Control de diuresis
- Medidas antitrombóticas
- Partes operatorios
- Pase a quirófano
- Dextrosa en agua al 10% en 500 mL, 100 mL/hora por bomba de infusión.
- Ampicilina 2 gramos iv stat



Cesárea de emergencia

paciente ingresa a quirófano con diagnóstico de embarazo de 37.6 semanas, trabajo de parto fase activa, producto presentación pélvico, macrosómico. se realizó operación cesárea de emergencia, se obtuvo producto único del embarazo sexo femenino, Apgar 8-9, líquido amniótico claro, peso de 4.600 gr, talla 50 cm, pc. de 39 cm. a las 7:15 horas. sangrado transoperatorio de 500 ml. no complicaciones.

Indicaciones:

- Control de signos vitales.
- Masaje uterino.
- Ayuno 8 horas.
- Reposo absoluto 8 horas.
- Sonda de Foley 8 horas.
- Vigilar sangrado genital.
- Cloruro de sodio 1000 ml al 0,9%, más 30 UI de oxitocina, pasar a 20 gotas por minuto.
- Cloruro de sodio 500 ml al 0,9%, más 300 mg de tramadol, más 20 mg de metoclopramida, pasar a 20 gotas por minuto.
- Misoprostol 600 microgramos rectal stat.
- Ampicilina 1 gr iv cada 6 horas.
- Ketorolaco 60 mg iv cada 8 horas.

3.8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO QUE DETERMINA EL ORIGEN DEL PROBLEMA, TOMANDO LOS VALORES NORMALES.

La valoración del riesgo reproductivo es algo que aún no se vuelve frecuente en la población, la detección de antecedentes patológicos personales se torna dificultoso una vez que la paciente ya está embarazada consideraciones como el peso previo, los niveles de glicemia, el momento de inicio del control prenatal, las técnicas de diagnóstico aplicadas a la paciente, el tratamiento instaurado conjugado al seguimiento, los criterios de referencia según el nivel en el que fue atendida la



gestante, el seguimiento al protocolo de manejo de una paciente con Diabetes gestacional evidencia el bajo control de la patología, el hecho de que la paciente llega autoreferida sin una planificación de parto

3.9. SEGUIMIENTO

La paciente ingresa a quirófano el 07/10/2019 07:06 AM

NOTAS DE GUARDIA	PRESCRIPCIÓN MÉDICA	INDICACIONES DE ACUERDO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA
<p>Nota de Evolución:</p> <p>Paciente de 30 años de edad que cursa con embarazo de 37.6 semanas por fecha de ultima menstruación (15/01/2019) antecedentes obstétricos: gestas: 2, partos: 2 antecedentes patológicos personales: diabetes gestacional acude por cuadro clínico de varias horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo contráctil que se irradia a región lumbar más perdida del tapón mucoso</p>	<p>Medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales• Rastreo ecográfico• Exámenes de laboratorio• Sonda vesical• Medidas antitrombóticas• Partes operatorios• Pase a quirófano	<p>Se aplicarán las recomendaciones que se explican a continuación.</p> <ul style="list-style-type: none">- Mantener el ayuno hasta el nacimiento del RN.- Iniciar infusión de dextrosa en agua al 10% en 500 mL, 100 mL/hora por bomba de infusión.- Determinar la glucemia cada hora a través del glucómetro, y cada hora cuando está bajo anestesia general.- Iniciar la infusión de



<p>rastreo ecográfico: producto único vivo presentación podálico, dorso izquierdo, FCF 140 latidos por minuto ingresa para cesárea de emergencia.</p>	<p>Medicación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml iv pasar a 30 gotas por minuto• Ampicilina 2 gramos iv stat.• Insulina intravenosa.	<p>insulina intravenosa con bomba de infusión, a una dosis de 2 UI/hora cuando el nivel de glucemia sea mayor a 120 mg/dL. Esto es 50 UI de insulina humana regular en 50 mL de solución salina al 0,9 %, a 2 mL por hora con bomba de infusión.</p> <p>- Ajustar la infusión de insulina para mantener una glucemia de control de 70 a 120 mg/dL de acuerdo con los controles de glucemia. Si la glucemia es menor a 70 mg/dL, disminuir la dosis de insulina desde 1UI/hora hasta 0,5 UI/hora. Si la glucemia es mayor a 120 mg/dL y no baja, incrementar la dosis de infusión 0,5 UI/hora, hasta lograr los</p>
---	---	--



		objetivos planteados. (PUBLICA, 2014)
Nota de Evolución: Paciente ingresa a quirófano con diagnóstico de embarazo de 37.6 semanas, trabajo de parto fase activa, producto presentación pélvico, macrosómico. se realizó operación cesárea de emergencia, se obtuvo producto único del embarazo sexo femenino, Apgar 8-9, líquido amniótico claro, polihidramnios, peso de 4.600 gr, talla 50 cm, pc. de 39 cm. a las 7:15 horas. sangrado transoperatorio de 500 ml. no complicaciones.	Medidas generales: <ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales.• Masaje uterino.• Ayuno 8 horas.• Reposo absoluto 8 horas.• Sonda de Foley 8 horas.• Vigilar sangrado genital. Medicación: <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de sodio 1000 ml al 0,9%, más 30 UI de oxitocina, pasar a 20 gotas por minuto.• Cloruro de sodio 500 ml al 0,9%, más 300 mg de tramadol, mas 20 mg de metoclopramida, pasar a 20 gotas por minuto.• Misoprostol 600 microgramos rectal	Después del alumbramiento se debe: <ul style="list-style-type: none">-Disminuir la dosis de insulina a un mínimo de 0,5 UI/hora.-Ajustar hasta mantener niveles de glucosa entre 70 a 120 mg/dL.-Informar al especialista de diabetes y/o endocrinólogo para la programación de la dosis de insulina subcutánea antes de la próxima comida.- Detener la infusión de insulina intravenosa y los fluidos iniciados 30 minutos después de la insulina subcutánea.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA OBSTETRICIA



	<p>stat.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ampicilina 2 gr iv stat y después 1 gr IV cada 6 horas.• Ketorolaco 60 mg IV cada 8 horas. <p>Plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ver ordenes médicas.• Solicitar biometría de control en sala.	
<p>Nota de Evolución:</p> <p>Se reciben sala a púérpera quirúrgica de 30 años de edad que cursa con 6 horas de evolución con diagnóstico de embarazo de 37,6 semanas más diabetes gestacional más trabajo de parto fase activa más presentación podálica. Al momento se encuentra estable, consciente, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio, signos vitales dentro de los parámetros normales, score mama: 0. No se reportan los</p>	<p>Medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales y score mama• Cuidados de enfermería• Alojamiento conjunto• Lactancia materna exclusiva• Deambulación• Exámenes de laboratorio• Ecografía post evento• Comunicar novedades <p>Medicación:</p>	



<p>resultados de biometría hemática. Pendiente biometría de control y ecografía post evento, asesoría.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Cloruro de sodio al 0,9% 1000ml pasar a 30 gotas por minuto• Ampicilina 1gramo vi cada 6 horas (día 1)• Ketorolaco 30mg cada 8horas <p>Plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pendiente biometría de control• Ecografía post evento	
<p>Notas de Evolución:</p> <p>Paciente de 30 años de edad que cursa con 11 horas de puerperio fisiológico inmediato, al momento se encuentra estable hemodinámicamente estable, orientada en tiempo y espacio, signos vitales dentro de los parámetros normales. Score mama de 0, pendiente ecografía y biometría hemática de control al cumplir horas.</p>	<p>Medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales y score mama• Cuidados de enfermería• Alojamiento conjunto• Lactancia materna exclusiva• Deambulaci3n asistida• Biometría de control• Ecografía post evento	



	<ul style="list-style-type: none">• Curación de herida quirúrgica diaria• Comunicar novedades <p>Medicación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de sodio al 0,9% 1000ml pasar a 30 gotas por minuto• Ampicilina 1gramo vi cada 6 horas (día 1)• Ketorolaco 30mg cada 8horas	
<p>Notas de Evolución:</p> <p>Puerperio quirúrgico inmediato que cursa con 15 horas de evolución. Al momento se encuentra estable, consciente, orientada en tiempo y espacio, responde a interrogatorio, normotensa, afebril, signos vitales dentro de los parámetros normales, score mama:0 pendiente ecografía post evento y biometría de control.</p>	<p>Medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales y score mama• Cuidados de enfermería• Alojamiento conjunto• Lactancia materna exclusiva• Deambulación asistida• Biometría de control• Ecografía post evento• Curación de herida	



	<p>quirúrgica diaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar novedades <p>Medicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cloruro de sodio al 0,9% 1000ml pasar a 30 gotas por minuto • Ampicilina 1gramo vi cada 6 horas (día 1) • Ketorolaco 30mg cada 8horas 	
--	--	--

Paciente en sala de hospitalización el 08/10/2019

NOTAS DE GUARDIA	PRESCRIPCIÓN MÉDICA
<p>Notas de Evolución:</p> <p>Paciente femenina de 30 años de edad que se encuentra cursando 25 horas posterior a puerperio quirúrgico mediato, al momento paciente tranquila, afebril, hemodinámicamente estable, score mama cero, cumple con ecografía post evento y exámenes de control reportan: glóbulos blancos 10.58 glóbulos rojos 3.15 hemoglobina 8.6 hematocrito 25.8 plaquetas 207 neutrófilos 76.6 se añade terapia de hierro parenteral.</p>	<p>Medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales y score mama • Cuidados de enfermería • Deambulación asistida • Alojamiento conjunto • Lactancia materna exclusiva • Curación diaria de la herida • Biometría de control • Comunicar novedades <p>Medicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cloruro de sodio al 0,9% 1000ml pasar a 30 gotas por minuto



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA OBSTETRICIA**



	<ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina 1gramo IV cada 6 horas • Ketorolaco 30mg cada 8horas • Cloruro de sodio al 0.9% 300 ml más hierro elemental 300mg pasar IV en 3 horas.
<p>Notas de Evolución:</p> <p>Paciente femenina de 30 años de edad que se encuentra cursando 39 horas posterior a puerperio quirúrgico mediato, al momento paciente tranquila, afebril, hemodinámicamente estable, score mama cero, cumple con ecografía y biometría, se reitera la biometría posterior a la aplicación de hierro vía endovenosa aplicada en la mañana.</p>	<p>Medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales y score mama • Cuidados de enfermería • Deambulacion asistida • Alojamiento conjunto • Lactancia materna exclusiva • Curación diaria de la herida • Biometría de control • Comunicar novedades <p>Medicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cloruro de sodio al 0,9% 1000ml pasar a 30 gotas por minuto • Ampicilina 1gramo vi cada 6 horas (día 2) • Ketorolaco 30mg cada 8horas • Cloruro de sodio al 0.9% 300 ml más hierro elemental 300mg pasar iv en 3 horas.

Paciente en sala de hospitalización el 09/10/2019

NOTAS DE GUARDIA	PRESCRIPCIÓN MÉDICA
Notas de Evolución:	Medidas generales:



<p>Femenino de 30 años de edad que cursa con segundo día de puerperio quirúrgico mediato, al momento luce activa, reactiva, con signos vitales dentro de parámetros normales, score mama 0. Se solicita ecografía abdominopélvica para valorar abdominorrafia. Pendiente recabar resultados de biometría postransfusional.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales• Cuidados de enfermería• Dieta general• Curación de herida cada día• Lactancia materna libre demanda• Comunicar novedades• Deambulacion asistida <p>Medicación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de sodio al 0,9% 1000ml pasar a 30 gotas por minuto• Ampicilina 1 gramo VI cada 6 horas• Paracetamol 1 gramo VO cada 8 horas• Cloruro de sodio 0,9% 300ml más 300mg de hierro elemental pasar iv en 3 horas• Cloruro de sodio 0,9% 1000ml más complejo b más ácido ascórbico 500mg iv pasar a 30 gotas por minuto.
<p>Notas de Evolución:</p> <p>Paciente de 30 años de edad cursa segundo día de puerperio quirúrgico complicado con anemia severa. Al momento paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio, normotensa, afebril, signos vitales dentro de los parámetros normales. Durante su estadía en esta</p>	<p>Medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales• Cuidados de enfermería• Dieta general• Curación de herida cada día• Lactancia materna libre demanda• Comunicar novedades• Deambulacion asistida



<p>casa de salud se le han transfundido 2 unidades de glóbulos rojos concentrados. No refiere novedades. Pendiente valoración por especialista para decidir conducta. Score mama: 0</p>	<p>Medicación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de sodio al 0,9% 1000ml pasar a 30 gotas por minuto• Ampicilina 1 gramo VI cada 6 horas• Paracetamol 1 gramo VO cada 8 horas• Cloruro de sodio 0,9% 300ml más 300mg de hierro elemental pasar iv en 3 horas
<p>Notas de Evolución:</p> <p>Paciente de 30 años de edad con diagnóstico de puerperio quirúrgico mediato de 9 días más anemia moderada. Al momento tranquila hidratada afebril normotensa hemodinámicamente estable con score mama 0. Durante pase indica continuar vigilancia para valorar alta durante el día.</p>	<p>Medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Alta medica <p>Medicación de alta:</p> <ul style="list-style-type: none">• Metronidazol 500 mg VO cada 8 horas por 7 días• Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas• Sales de hierro 1 tableta VO cada día alejada de las comidas

4. OBSERVACIONES:

Se examinaron varios sitios de información con distintas bibliografías con el propósito de destacar como realizar el diagnóstico y seguimiento apropiado en este tipo de patología que se presenta en gestantes.

Se debe recalcar que la complicación de la paciente se presenta por el mal manejo de controles prenatales en el primer nivel de atención y el estilo de vida que adopto durante su embarazo, justificando lo ya mencionado se optó por realizar asesoría de anticoncepción, asesoría de alimentación saludable, asesoría de ejercitación.



Se debe proceder de carácter exacto y apropiado en el instante de descubrir este tipo de casos, mencionando que en primer nivel no es posible tratar este tipo de casos y la paciente debe ser referida a segundo nivel para un manejo correcto de dicha patología.

5. CONCLUSIONES:

El primer control prenatal es fundamental, importante registrarse dentro de las normativas del Ministerio de salud Pública ya que la diabetes gestacional en ginecología y obstetricia es una de las complicaciones más complejas ligadas a la obesidad de las madres en edades reproductivas, se conocen varios factores que influyen en el desarrollo de esta patología por esta razón el control a embarazadas debe ser casi perfecto e investigar para obtener el diagnóstico definitivo.

Si existe la presencia de factores de riesgo para desarrollar diabetes gestacional se debe actuar de manera inmediata para detectar o descartar dicha patología, en el caso contrario se deben realizar el tamizaje entre la semana 24 y 28 de gestación, de acuerdo a los resultados se debe actuar de manera inmediata orientando a la paciente a realizar dieta y ejercicio en caso de que este tipo de tratamiento fracase se utiliza fármacos para así evitar complicaciones maternas y neonatales.

6. Bibliografía

Boyd Metzger, M. (Mayo de 2017). *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*. Obtenido de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/que-es-gestacional/control-tratamiento>

CORRALO, D. S. (08 de Enero de 2020). *WebConsultas Revista de Salud y Bienestar*. Obtenido de WebConsultas Revista de Salud y Bienestar: <https://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones-del-embarazo/causas-de-la-macrosomia-fetal>

CORRALO, D. S. (15 de Enero de 2020). *WebConsultas Revista de Salud y Bienestar*. Obtenido de WebConsultas Revista de Salud y Bienestar: <https://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones-del-embarazo/que-es-la-macrosomia-fetal>



CORRALO, D. S. (21 de Mayo de 2020). *WebConsultas Revista de Salud y Bienestar*. Obtenido de <https://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones-del-embarazo/que-repercusiones-puede-tener-la-macrosomia-fetal>

Dra. Andrea Espinoza Artavia, D. R. (2019). Lo nuevo en diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus gestacional. *Médica Sinergia*, 41-54. Obtenido de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/180/465>

Karla Parodi, S. J. (Enero de 2016). <http://www.bvs.hn>. Obtenido de <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2016/pdf/RFCMVol13-1-2016-5.pdf>

Luna, D. J. (Agosto de 2020). *Infosalus*. Obtenido de <https://www.infosalus.com/enfermedades/ginecologia/diabetes-gestacional/que-es-diabetes-gestacional-91.html>

medina Perez Ae, S. R. (2017). Diabetes gestacional. Diagnóstico. *medigraphic.com*, 91-98. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2017/mim171j.pdf>

Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, Martínez-López MA, & col. (2017). Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Scielo*, 91-98.

Milian, M. M. (Agosto de 2015). *catalogoinsp.mx*. Obtenido de <https://catalogoinsp.mx/files/tes/054764.pdf>

Pérez, O., Saba, T., Padrón, M. A., & Molina V., R. (2012). DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 22-33.

PUBLICA, M. D. (2014). DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO (PREGESTACIONAL Y GESTACIONAL). *GUIA PRACTICA CLINICA. PRIMERA EDICION*. Obtenido de <http://salud.gob.ec>

Salud, O. M. (2019). *OPS*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6719:2012-women-diabetes&Itemid=39449&lang=es

Turcios, R. A. (2011). Diabetes mellitus. *medigraphic.com*, 503-510. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im115g.pdf>

Vigil-De Gracia P, O. J. (2017). Diabetes gestacional. *SciELO*, 380-390.