



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA

UNIDAD DE POSGRADO

**REPORTE DE CASO CLÍNICO
DIABETES GESTACIONAL**

**PRESENTADO POR
KAREN MELISSA NUNTON CORDOVA**

**ASESOR
JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO**

**TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

LIMA – PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA
UNIDAD DE POSGRADO**

**TRABAJO ACADÉMICO
REPORTE DE CASO CLÍNICO
DIABETES GESTACIONAL**

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO
RIESGO OBSTÉTRICO**

**PRESENTADO POR:
KAREN MELISSA NUNTON CORDOVA**

**ASESOR:
DR. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO**

**LIMA, PERÚ
2024**

REPORTE DE CASO CLÍNICO
DIABETES GESTACIONAL

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor:

Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano

Miembros del jurado:

Presidente: Mg. Obsta. Jose Luis Delgado Sanchez

Vocal: Mg. M.C. Jose Orestes Torres Solis

Secretario: Mg. Obsta. Lilia Evangelina Gomez Achulle

DEDICATORIA

A DIOS, que me ayudó a afrontar todos los desafíos que se presentaron en mi vida.

A mi madre Yuli por el amor incondicional que me brinda.

A mi padre Cesar, quien siempre confió en mi en vida.

A mi novio que me animó a seguir mis sueños.

AGRADECIMIENTO

A Dios, que siempre me guía hacia el desarrollo profesional.

A mis padres Yuli y Cesar por la confianza incondicional.

A mis hermanos que son mi mayor inspiración para seguir adelante a pasos de gigante.

A la Universidad de San Martín de Porres, esta universidad me dio la oportunidad de poder ser especialista en emergencias y alto riesgo obstétrico.

Al Hospital San Juan de Lurigancho, y a los directores de esta institución, quienes me brindaron la oportunidad de realizar mi investigación.

NOMBRE DEL TRABAJO

Trabajo Académico

AUTOR

Karen Melissa Nunton Cordova

RECuento DE PALABRAS

4844 Words

RECuento DE CARACTERES

29027 Characters

RECuento DE PÁGINAS

37 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

20.8MB

FECHA DE ENTREGA

Nov 19, 2024 2:48 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Nov 19, 2024 2:48 PM GMT-5

● **20% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 14% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Mg. Rosana Gomez Raymundo
Coordinación - Unidad de Posgrado

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
TÍTULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	8
III. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS.....	11
IV. DISCUSIÓN.....	13
V. CONCLUSIONES.....	16
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
VI. ANEXOS.....	22

RESUMEN

La diabetes gestacional es la morbilidad más frecuente que se manifiesta por primera vez en la gestación y está caracterizado por intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina; varios factores con riesgo asociados relacionados con esta patología, incluida edad avanzada, obesidad, antecedentes patológicos familiares, entre otros. Objetivo: Analizar el caso clínico con estudios científicos publicados en revistas indexadas y bases de datos como Scopus y scielo. Resultados: Al hacer el análisis en el caso clínico se pudo identificar que la paciente es una multigesta de 39 años de 31 semanas de gestación, cesareada anterior hasta en 2 oportunidades y con 1 aborto. Antecedentes maternos con diabetes mellitus. Al examen de laboratorio se encuentra una glucosa de 108 mg/dL. Conclusiones: Gestante con diabetes gestacional y factores con riesgo como edad, antecedentes familiares, obesidad, multiparidad, cesareada anterior, aborto.

Palabras clave: Gestante, diabetes gestacional y factores de riesgo.

ABSTRACT

Gestational diabetes is the most common morbidity that It is characterized by glucose intolerance and insulin resistance; Risk factors associated with this pathology have been identified, including advanced age, obesity, family history of pathology Objective: Analyze the clinical case with scientific research published in indexed journals and databases such as Scopus and Scielo. Results: When analyzing our clinical case, It was possible to recognize that the patient is a 39-year-old multipregnant woman with 31 weeks gestation, a previous cesarean section up to 2 times and with 1 abortion. Maternal history of diabetes mellitus. Laboratory examination revealed a glucose of 141 mg/dL Conclusions: Pregnant woman with a diagnosis of gestational diabetes and presence of risk factors such as age, family history, obesity, multiparity, previous cesarean section, abortion.

Keywords: Pregnant woman, gestational diabetes and risk factors.

I. INTRODUCCIÓN

La diabetes gestacional se define por ser intolerante a la glucosa, lo que resulta persistentes y variables de hiperglucemia persistente con diversos grados de aparición, comienza o se observa durante el embarazo, es considerada el síndrome metabólico más común durante el embarazo¹. Se estima que una de cada siete gestantes sufre hiperglucémica, un 85% en todo el mundo. La diabetes o niveles altos de azúcar en sangre, se diagnostica inicialmente en el embarazo y puede desarrollar secuelas negativas, que afecta básicamente la salud del feto y madre, llevando al aumento de aborto espontáneo y riesgo de morbilidad y mortalidad².

La etiología se asocia con la deficiencia de células beta pancreáticas, o las células beta tardan en responder a niveles de glucosa y resistencia significativa a la insulina debido a la liberación de hormonas placentarias. Si esta primera línea de tratamiento falla, la atención se centrará en intervenciones farmacológicas como la insulina y la terapia con metformina³.

En Sudamérica se estima un número menor a la Mundial (13.2%), en tanto, que Perú, en la Instituto Materno Perinatal 2018, la frecuencia de diabetes gestacional se ubicaría en el 16%⁴. Por lo que se concluye que la distribución varía según características étnicas, sociales y geográficas, siendo más frecuente en América Latina. Los factores de riesgo para su desarrollo son mujeres mayores de 30 años, antecedentes familiares de diabetes, IMC ≥ 25 kg/m, antecedentes de glucosa alterada, macrosomía en embarazos anteriores, origen étnico (latinoamericanos,

afroamericanos, americanos nativos), síndrome de ovario poliquístico, abortos recurrentes y antecedentes de mortinatos⁵.

La Diabetes Gestacional es una alteración metabólica frecuente en la mujer embarazada con riesgo de complicaciones como la preeclampsia-eclampsia, infección urinaria, polihidramnios y prematuridad. Así mismo, tiene repercusiones en el neonato como hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, trauma obstétrico (por macrosomía fetal) y muertes fetales y/o neonatales⁶.

Antecedentes Internacionales:

Lugo et al⁷. quienes encontraron que el 76.8% de las gestantes con diagnóstico de diabetes gestacional eran mayores de 35 años y de ellas el 41% presentaba antecedente familiar de diabetes gestacional.

Dickens⁸, elaboró un estudio experimental, de corte transversal, descriptivo y correlacional. Los datos muestran una tendencia marcada hacia una mayor prevalencia de diabetes pregestacional (62,5% versus 37,5%). Entre los factores de riesgo se encontró que la prevalencia de diabetes gestacional fue mayor en ciertos grupos de edades de 36 a 40 años (41,1%); y se identificó como el diagnóstico nutricional más frecuente. La hipoglucemia resultó ser la complicación más común del producto (60%) seguidamente de la macrosomía fetal (30%) y la muerte fetal (10,58%) todas estas condiciones fueron más comunes en la diabetes gestacional que en la pregestacional. 50% la diabetes gestacional fue la causa de distocia por desproporción cefalopélvica en la mayoría de los casos son complicaciones obstétricas, (30,8%) y distocia por hipotonía uterina (18,5%) gestación prenatal.

Laverde et al.⁹ identificó el perfil médico de pacientes con diabetes gestacional (DG), encontrando que la DG es la señal que se utiliza para iniciar el trabajo del parto con 76% (38/50); 56,4% son partos naturales y 34,6% son cesáreas diagnosticado por DG. El 11,3 % de los bebés nacidos son macrosómicos para la edad gestacional (P >90) observaron 2 bebés nacidos con peso > 4000 gr. La cifra de enfermedad neonatal fue 27,6%; 16,7% hiperbilirrubinemia, 9,9% síndrome de distrés respiratoria (SDR), 3,0 % hipoglicemia, 10,8 % otras enfermedades.

Antoniou et al.¹⁰. Elaboró un estudio cuyo objetivo fundamental es identificar la importancia de los predictores potencialmente modificables de resultados adversos en embarazos con diabetes mellitus gestacional, la metodología utilizada fue un estudio prospectivo, incluyó a 576 pacientes con DMG. Los resultados mostraron que, en mujeres con un IMC previo al embarazo $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ y HbA1c $\geq 5,5\%$ (37 mmol/mol) en la primera cita, el riesgo de cesárea y LGA casi se duplicó a diferencia de las mujeres con IMC $< 25 \text{ kg/m}^2$ y HbA1c $< 5,5\%$ (37 mmol/mol).

Battarbee et al.¹¹. Realizó una investigación en donde el objetivo principal fue estimar la asociación entre diabetes materna y morbilidad neonatal grave, la metodología utilizada fue una investigación de cohorte retrospectivo de recién nacidos no anómalos, nacidos entre 24 – 41 semanas de gestación de dos grandes cohortes multisitio de EE. UU., Cesarean Registry y Consortium on Safe Labor. Los resultados evidenciaron que 196.006 recién nacidos elegibles, 2.993 (1,5%) nacieron de madres con diabetes pregestacional y 10.549 (5,4%) con DG. La diabetes pregestacional se relacionó con mayores probabilidades de morbilidad neonatal versus DG (aOR 2,27, IC 95 % 1,95-2,64), sin diabetes (a OR 1,96, IC 95 % 1,63-2,35).

Medina et al.¹². Hace mención que la frecuencia de patología en embarazos normales es aproximadamente del 2 a 5% y depende de la diabetes mellitus tipo 2 en la población. Se trata de efectos negativos para las madres, feto, bebés nacidos vivos, niños y adultos con madre diabética.

Dassum et al.¹³. Su meta fue averiguar si hay una correlación entre las complicaciones prenatales entre pacientes con diabetes y aquellas sin diabetes gestacional, la metodología utilizada fue un estudio transversal, que compara medidas antropométricas neonatales (peso, talla, semana gestacional, puntaje de Apgar) en materno-neonatales (muerte materna, defectos congénitos, problemas respiratorios neonatal, óbito fetal) en mujeres embarazadas con diabetes gestacional y otro grupo sin diabetes gestacional. Los resultados mostraron que la edad materna es de 30.2 ± 5.9 años. Compararon 90 gestantes que tenían diabetes gestacional y 90 sin dicha enfermedad. Los riesgos maternos ocurrieron con mayor frecuencia en gestantes con DG (n=52 vs. 27, valor p <0.01), los trastornos hipertensivos en el embarazo (n=19 vs. 9, valor p: 0.03) polihidramnios (n: 8 vs. 2, valor p: 0.05). Alta incidencia por muerte materna y neonatal fueron más continuo por el Grupo 1 (n= 6 vs. 0, p: 0.01; n: 8 y 1, p: 0.01; respectivamente). El Grupo 1 tenía más complicaciones metabólicas neonatales, los trastornos respiratorios y las malformaciones congénitas.

Perachimba et al.¹⁴. El objetivo es analizar la epidemiología y diagnóstico de DG en mujeres de América Latina, el análisis llevó a cabo un diseño documental de tipo descriptivo, el análisis proviene de estudios previos publicados en varias fuentes seguras, como son Google Académico, Scielo, Redalyc, Academia.edu, Dialnet, Pubmed, Ciencia.Science.gov, al monitorear los datos, este estudio, basado en 62 artículos durante el año 2012, se determinó la prevalencia de diabetes gestacional

entre el 15 y 25% en América latina, según una revisión histórica detallada, se puede analizar que la incidencia de diabetes gestacional ha disminuido ligeramente, los embarazos de más de 28 años están expuestos de desarrollar diabetes gestacional, y además antecedentes personales o familiares de diabetes, el sobrepeso, la obesidad o sedentarismo desempeña un rol importante durante la enfermedad.

Dávila et al.¹⁵. Realizaron una encuesta ENSANUT, encontrando un porcentaje que 1.7%, de la población de 10 a 59 años tiene diabetes, esta cifra está en ascenso desde los 30 años y 50 años, uno de cada diez en Ecuador ya padece diabetes. Durante La adolescencia y el embarazo, es posible que se desarrolle diabetes gestacional, una afección seria que conlleva riesgos antes y después del parto, el manejo adecuado es vital e implica una buena calidad de vida, monitorear los niveles de azúcar en la sangre y recurrir a la medicación, como la metformina e insulina, si es necesario. Si no se ha usado previamente fármacos para la diabetes, también se deben considerar precauciones adicionales, como consumir alimentos ricos en minerales y proteínas, control de glicemia y asistir a control prenatales regulares.

Bajaña et al.¹⁶. Utilizaron un diseño documental tipo descriptivo. Se ha registrado una prevalencia mundial de diabetes gestacional, que va del el 1,0% hasta 49,5%; mientras que los niveles de lípidos séricos en mujeres embarazadas dislipidemias con o sin diabetes gestacional mostraron niveles altos de triglicéridos en mujeres con diabetes gestacional que en mujeres embarazadas sanas. La preeclampsia, la diabetes mellitus en la familia, la obesidad o un alto índice de masa muscular, la hipertensión, el tabaquismo y la edad materna fueron factores de riesgo para el

desarrollo de dislipidemias y diabetes gestacional. Para estas enfermedades y en menor riesgos etno-geográficos y genéticos relacionados.

Antecedentes Nacionales:

Antecedentes Nacionales:

Sánchez¹⁷ realizó una investigación en donde el objetivo principal fue identificar los factores maternos y perinatales relacionadas a muerte materna en el hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019 - 2021, el método utilizado fue un estudio observacional, analítico, de casos y controles, incluimos 125 casos de muerte materna (MM) tratados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y 250 controles sin Morbilidad Materna Extrema (MME). Los resultados evidenciaron que el porcentaje de muerte materna (RMM) es 15,4 por mil nacidos vivos, el Índice de muerte materna es 2,34 y la relación Morbilidad Materna Extrema es 41,67. Los motivos más importantes de internamiento es hipertensión en el embarazo (72%), sangrados (15,2%) y sepsis (4%). La insuficiencia orgánica más común fue la atonía uterina / manejo específico (79,2%), seguida por insuficiencia cardiaca (14,4%) y respiratoria (12,8%). La duración media del internamiento en UCI fue 3,2 días. No se encontró una correlación entre MM y los factores sociodemográficos, o antecedentes obstétricos; se encontró una correlación entre la falta de atención prenatal (OR=1,7), edad gestacional \leq 36 semanas (OR=4,59) el término del embarazo por cesárea (OR=4,17). Los riesgos perinatales, se asociaron a bajo peso al nacer (OR=4,68), depresión al minuto (OR=3,8) y muerte neonatal (OR=1,76).

Sánchez et al.¹⁸ realizaron un estudio observacional ambispectivo reclutando 1448

gestantes, descubrió que los factores de riesgos relacionados con la DG incluyeron la: edad \geq 27,5 años (OR: 3,8; IC95%: 2,01-9,16), IMC \geq 28,5 kg/m² (OR: 2,3; IC95%:1,47-3,59); antecedentes familiares con diabetes de primer grado. (OR: 2,3; IC95%: 1,5-3,66) y la gestación múltiple (OR: 2,8; IC95%: 0,86-6,36). La continuidad de DG incrementa los factores de riesgo en una mujer embarazada: del 1,4% en pacientes sin algún riesgo con 25.2% si hubiera tres factores de riesgo.

Vidal et al.¹⁹ en un estudio observacional, comparativo y retrospectivo realizado durante 2 años, encontraron que, de los 2827 nacimientos, 216 (7.6%) eran hijos de madres con diabetes gestacional, de ellos el 22.7% ingresó a la Unidad de Neonatología con diagnósticos de síndrome de dificultad respiratoria, ictericia e hipoglucemia. Concluyendo que la frecuencia de complicaciones en los recién nacidos es mayor cuando el control metabólico durante el embarazo es inadecuado.

Benitez²⁰, en su estudio buscó determinar los factores asociados a diabetes gestacional, la muestra estuvo conformada por 150 historias clínicas, en los que se consideran 50 pacientes diagnosticadas con diabetes mellitus gestacional y 100 pacientes sin dicho diagnóstico mencionado otra patología relacionada. Se llegó a la conclusión que los antecedentes personales de DMG está relacionado con antecedentes familiar con diabetes de primer grado, antecedente de parto prematuro, historial de DMG previa, edad 30 años, antecedente de bebe con alto peso y abortos espontáneos; la obesidad es considerada un factor patológico; y no se ha identificado ningún factor de riesgo sociodemográfico asociado.

II. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

En el Hospital de San Juan de Lurigancho con fecha 08/08/2023 acude una paciente de 39 años, con edad gestacional de 39 semanas y fecha probable de parto 24/08/2023. Del motivo de consulta refiere dolor leve en zona dorsolumbar, niega contracciones, niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales. Refiere haberse tomado en una clínica privada exámenes de laboratorio y se evidencia glucosa en ayunas en 108 MG/DL con fecha de 08/08/2023.

De los antecedentes personales niega alguna enfermedad y/o condición, niega intervenciones quirúrgicas, alergia a medicamentos, hábitos nocivos. Menarquia a los 14 años, régimen catamenial de 3/30 días, inicio de relaciones sexuales no recuerdan y tuvo 2 parejas sexuales, método anticonceptivo ninguno, gestación 2, parto a término 0, parto pre termino y óbitos 0, abortos, ectópicos y molas 1, hijos nacidos vivos 0. De los antecedentes familiares refiere: padre asmático hace 6 años con tratamiento.

Al examen:

Funciones vitales: PA: 110/60 mmHg FR: 18 rpm FC:87 ppm T: 36 °C SatO² 96%.
Peso: 118 kg, talla:1.50m.

Examen físico. Al ingreso presenta regular estado general, cabeza: normocéfalo, no adenopatías, mucosas húmedas normo coloreadas, boca hidratada, conjuntivas ligeramente pálidas, piel con rash cutáneo, aparato respiratorio sin alteraciones,

aparato cardiovascular sin alteraciones, tórax: simétricos pulmones ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, mamas simétricas turgentes, extremidades inferiores sin edemas, abdomen globuloso, ocupado por feto, AU: 32 cm, situación presentación posición: LCI, con latidos cardiacos fetales 137 x', dinámica uterina ausente, aparato genitourinario no se evidencia sangrado, no pérdida de líquido amniótico, tacto vaginal cérvix cerrado posterior, altura de presentación -3, borramiento cérvix 70%, consistencia cérvix blanda, dilatación cérvix cerrado, membranas integra, diámetro conjugado: >12 cm, conjugado obstétrico: > 10.5, Ángulo del promontorio sacro: > 90 , diámetro Bi-isquiático: > 1.

Diagnóstico: Gestante 39 semanas y 5 días por ecografía en el I trimestre, descartar diabetes gestacional, macrosomía fetal, no trabajo de parto.

Plan de trabajo:

Paciente gestante evaluada en el servicio de emergencia, se le indica dieta hipoglúcida, controles de funciones vitales, se le indica cefazolina sódica 2 g endovenosa, monitoreo materno fetal, se le solicita los exámenes de laboratorio, pasa al servicio de hospitalización el día 22 de agosto 2023 08:30 horas.

22/08/2023 10:42 h.

Se reevalúa a la paciente de 39 años, con resultados de NST activo reactivo, no se evidencia contracciones uterinas, pérdida de sangre o líquido por vagina y se confirma los análisis de laboratorio en ayunas de glucosa en 108 MG/DL.

Funciones vitales: 120/60 mmHg FR: 18 rpm FC:87 ppm T: 36 °C SatO² 96%,

Examen físico. Cabeza: normocéfalo, no adenopatías, mucosas húmedas normo coloreadas, boca hidratada, conjuntivas ligeramente pálidas, piel con rash cutáneo, aparato respiratorio sin alteraciones, aparato cardiovascular sin alteraciones, tórax: simétricos pulmones ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, mamas simétricas turgentes, extremidades inferiores sin edemas. Abdomen globuloso, ocupado por feto, AU: 32 cm, situación presentación posición: LCI, con latidos cardiacos fetales 137 x', dinámica uterina ausente, aparato genitourinario no se evidencia sangrado, no pérdida de líquido amniótico, tacto vaginal cérvix cerrado posterior, altura de presentación -3, borramiento cérvix 70%, consistencia cérvix blanda, dilatación cérvix cerrado, membranas íntegras diámetro conjugado: >12 cm, conjugado obstétrico: > 10.5, Ángulo del promontorio sacro: > 90 , diámetro Bi-isquiático: > 1.

Diagnóstico: Gestante 39 semanas y 5 días por ecografía en el I trimestre, diabetes gestacional, macrosomía fetal, sin trabajo de parto.

Plan de trabajo:

Posterior a la reevaluación, se indica realizar una cesárea de emergencia por presentar diabetes gestacional.

III. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

1.Resultados evaluados por el médico y paciente: Gestante de 29 años, ama de casa, con secundaria completa, casada y peruana acude al Hospital de San Juan de Lurigancho, el motivo de consulta es la disminución de movimiento fetales, niega pérdida sanguínea y de líquido amniótico, con resultados de laboratorio 108 mg/dl., considerada diabetes gestacional.

Extremidades inferiores sin edemas, abdomen globuloso, ocupado por feto, altura uterina: 32 cm, situación presentación posición: LCI, con latidos cardiacos fetales 137 x', dinámica uterina ausente, aparato genitourinario no se evidencia sangrado, no pérdida de líquido amniótico, tacto vaginal cérvix cerrado posterior, altura de presentación -3, borramiento cérvix 70%, consistencia cérvix blanda, dilatación cérvix cerrado, membranas integra, diámetro conjugado: >12 cm, conjugado obstétrico: > 10.5, Ángulo del promontorio sacro: > 90 , diámetro Bi-isquiático: > 1.

2.Resultados importantes:

Al examen de orina: proteínas 1+, gérmenes 1+, al examen de sangre: glucosa 108 mg/dl.

3. Observancia y tolerabilidad de la intervención:

Es de prioridad el manejo prudente en una gestante con diabetes como medida preventiva de probables riesgos y complicaciones, debido a los antecedentes familiares de la gestante y resultados de laboratorio, se concluye con el siguiente

diagnóstico: Multigesta de 39 semanas y 5 días por ecografía, Diabetes gestacional, Macrosomía Fetal.

Plan de trabajo:

Se le canaliza vía CLNA 0.9% (1000) vía permeable., prueba de sensibilidad alérgica cefazolina (negativo), gestante programada para sala de operaciones, perfil de bienestar fetal, dieta hipoglúcida, Cefazolina sódica 2 g endovenosa, control de funciones vitales y hospitalización en alto riesgo obstétrico.

Seguimiento y Resultados:

23/08/2023

Puérpera post Cesareada de +/- 1 D y 5 Horas, con recién nacido de 4kilos de sexo masculino, mamas: blandas secretantes, útero contraído debajo de sínfisis del pubis, loquios escasos. Actualmente con evolución favorable, lúcida en regular estado general, estable hemodinámicamente, afebril diuresis conservada, ventilación espontáneamente con vía periférica permeable, piel tibia, normocrómica, aparato cardiovascular y respiratorio buen ritmo cardiaco, buen paso de aires en ambos campos pulmonares.

INFORME DE ALTA:

Paciente de 29 años de edad, Post cesareada +/- 1 día con RN de 4 kilos, se encuentra en el servicio de hospitalización, se encuentra en parámetro normales, paciente termodinámicamente estable con buena adherencia al tratamiento médico con condición de Alta.

IV. DISCUSIÓN

En el presente caso clínico la gestante que acude al Hospital de San Juan de Lurigancho tenía una edad de 39 años, entre los antecedentes familiares se encontró madre diabética, estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de Perachimba et al.¹⁴ quienes encontraron que el 76.8% de las gestantes con diagnóstico de diabetes gestacional eran mayores de 35 años y de ellas el 41% presentaba antecedente familiar de diabetes gestacional. Así mismo, en el estudio de Dickens⁸, se identificó que la mayor prevalencia se dio en el grupo de gestantes con edades de 36 a 40 años en un 41.1%. A diferencia del estudio de Sánchez et al.¹⁸, quienes encontraron que los factores de riesgo que se asociaron a esta patología fueron edades más tempranas, es decir de $\geq 27,5$ años, pero si se pudo coincidir con respecto a los antecedentes familiares ya que se vio una mayor asociación con los antecedentes familiares de primer grado. Con respecto a los hábitos nocivos en nuestro caso clínico la gestante negaba el consumo, resultados diferentes a los encontrados por Guerrero et al.⁶, quienes pudieron encontrar que tener antecedentes de hábitos nocivos si es un factor de riesgo asociado con esta patología.

Con respecto a los antecedentes de hipertensión arterial o hipertensión en el embarazo también se considerada como una amenaza relevante para la presencia

de esta morbilidad tal como se menciona en estudios de investigación^{13,14, 6}, a diferencia de los resultados encontrados en nuestro caso clínico donde la gestante al ingreso y durante la hospitalización tuvo una presión arterial dentro de los valores normales.

En referencia a los factores de riesgo obstétricos se describe que hay mayor prevalencia en gestantes multíparas, con antecedentes de aborto, cesáreas previas y el peso del feto. En nuestro caso clínico se encontró que la paciente era multigesta con antecedente de 2 cesáreas y 1 aborto. Resultados similares al estudio de Guerrero et al.⁶, quien al realizar un metaanálisis encontró que mediante la prueba estadística multivariado, la multiparidad tiene mayor peligro de diabetes gestacional (OR= 3,54; IC 95 % 1,55 - 8,14), al igual que las cesáreas anteriores (1 cesárea OR= 3,5 IC 95 % 1,89-6,47 y más de 2 cesáreas OR= 8,35 IC 95 % 3,50-19,95).

Dentro de las limitaciones que se ha podido encontrar en esta realización de caso clínico es la falta de datos de algunos factores de riesgo considerados de mucha relevancia por el grado de asociación que se ha encontrado con esta morbilidad según lo refiere la revisión bibliográfica, siendo en referencia al peso de la gestante, ya que este dato es confuso debido a que en el primer control prenatal que es a las 14 semanas el peso es de 118 g y en el último control prenatal es de 117.5 g, lo cual no permite realizar un mayor análisis para identificar la ganancia de peso en el desarrollo del embarazo.

Apoyar el diagnóstico con las manifestaciones clínicas de esta patología es muy importante, debido a que se utilizan varias pruebas de laboratorio para excluir o confirmar el nivel de azúcar en sangre, pues el pronóstico muchas veces depende de ello y sobre la calidad de vida de una mujer embarazada.

Con respecto a la insulina sigue siendo la forma de tratamiento más popular porque no atraviesa la placenta y proporciona una excelente respuesta en todos los tipos de diabetes. El uso de análogos de insulina de acción ultrarrápida e insulinas basales de acción intermedia y análogos de acción prolongada se considera seguro sin datos firmes.

V. CONCLUSIONES

- El diagnóstico precoz de la diabetes gestacional es importante para prevenir complicaciones para la madre y neonatales. Por ello es importante el control de glicemia a partir de las 24 semanas y sus controles posteriores.
- El manejo exitoso del tratamiento en el embarazo de la paciente con diabetes mellitus tipo 2 se basa en un adecuado control metabólico antes a la concepción y su continuación durante el embarazo.
- La importancia de realizar la revisión del presente caso permitirá analizar el desarrollo de esta patología e identificar de forma precoz las alteraciones de glucosa durante el embarazo y lograr el manejo oportuno para evitar posteriores complicaciones maternas y neonatales.
- Es importante organizar charlas y talleres educativos dirigido a mujeres embarazadas para concientizar sobre la importancia de un estilo de vida y llevar una dieta equilibrada.
- Realizar charlas educativas en mujeres en edad reproductiva para enfatizar sobre la importancia de la planificación familiar, debido que un embarazo planificado permite preparar de forma adecuada y responsable el desarrollo de un embarazo saludable y así evitar complicaciones para la madre y su hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez N, Garcés J, Lázaro L, Macías A. Programa de atividade física terapêutica para mulheres grávidas com diabetes gestacional. Rev Pódium [Internet]. 2022 [citado 11 marzo de 2024]; 17(3): 1174-1193. Disponible de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-24522022000301174
2. Organización Panamericana de la Salud. Hiperglucemia y embarazo en las Américas: Informe final de la Conferencia Panamericana sobre Diabetes y Embarazo [Internet].2015 [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28207>
3. Bauzá Tamayo Guillermo, Bauzá Tamayo Daniel, Bauzá López Juan Guillermo, Vázquez Gutiérrez Giselle Lucila, De la Rosa Santana Jesús Daniel, García Díaz Yiset. Incidencia y factores de riesgo de la diabetes gestacional. Acta méd centro [Internet]. 2022 [citado el 05 de octubre 2024]; 16(1): 79-89. Disponible de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272022000100079
4. Reyes J, Choez A, Lino A. Diabetes mellitus gestacional: epidemiología, diagnóstico y complicaciones en la mortalidad perinatal. Pentaciencias [Internet]. 2023 [citado 11 de septiembre de 2024] ;5(1):324-335. Disponible de: <https://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/449>

5. Avilés L, Monroig A, Soto A, Lindberg N. Current State of Diabetes Mellitus Prevalence, Awareness, Treatment, and Control in Latin America: Challenges and Innovative Solutions to Improve Health Outcomes Across the Continent. *Curr Diab Rep* [Internet]. 2020 [citado 15 de febrero de 2024];20(11):62. Disponible de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7546937/>
6. Guerrero A, Prado M, Alatrística M, Vela J, Lama R. Diabetes gestacional: Impacto de los factores de riesgo en Latinoamérica. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [Internet].2023 [citado 11 de marzo de 2024]; 12(1): 33-43. Disponible de:<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/317>
7. Lugo C, Bolaños N, Vallejo C, Vásquez J, Rivero A, González M. Diabetes gestacional: factores de riesgo y complicaciones perinatales. *ROGV* [Internet]. 2022 [citado 11 marzo de 2024];82(1):33-46. Disponible de: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/23636
8. Dickens K. Factores de riesgo y complicaciones de la diabetes gestacional. *Act Médicas* [Internet]. 2021[citado 11 marzo de 2024]; 31(1):46-52. Disponible de: <http://actasmedicas.ec/index.php/am/article/view/108>
9. Laverde L, Peláez M, Ferreira J, Cano K, Campo M, Cuesta D. Perfil clínico de pacientes con diabetes gestacional e incidencia de complicaciones neonatales en un centro de referencia materno-fetal colombiano. *Rev chil obstet ginecol* [Internet].2020 [citado 11 marzo de 2024];85(3):210-220. Disponible de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262020000300210&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Antoniou M, Gilbert L, Gross J, Rossel J, Fischer C, Vial Y, et al. Potentially modifiable predictors of adverse neonatal and maternal outcomes in

- pregnancies with gestational diabetes mellitus: can they help for future risk stratification and risk-adapted patient care?. BMC [Internet].2020 [citado 11 marzo de 2024];19(1):469. Disponible de: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2610-2>
11. Battarbee A, Venkatesh K, Aliaga S, Boggess K. The association of pregestational and gestational diabetes with severe neonatal morbidity and mortality. J Perinatol [Internet]. 2020[citado 23 de septiembre de 2024];40(2):232-239. Disponible de: <https://www.nature.com/articles/s41372-019-0516-5>
12. Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, Martínez-López MA, Jiménez-Flores CN, Serrano-Ortiz I et al. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Med. interna Méx [internet]. 2017 [citado el 15 de marzo 2024]; 33(1): 91-98. Disponible de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100091&lng=es.
13. Dassum P, Riemann C, Serrano A. Complicaciones materno-neonatales en pacientes con diabetes gestacional, hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor. Rev. Med. UCSG [Internet].2019 [citado 11 de marzo de 2024];19(4):205-211. Disponible de: <https://rmedicina.ucsg.edu.ec/index.php/ucsg-medicina/article/view/734>
14. Perachimba D, Moran M, Alcocer S. Diabetes Gestacional en Mujeres de América Latina: epidemiología y diagnóstico. MQRInvestigar [internet]. 2023 [citado 10 de marzo 2024];7(1):852-893. Disponible de: <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/195>

15. Dávila J, Montenegro E, Macías Á, Tayupanda J. La diabetes mellitus y diabetes gestacional, en adolescente, en el mundo y en el Ecuador, manejo, prevención, tratamiento y mortalidad. RECIMUNDO [Internet].2023 [citado 21 de marzo 2024];7(2):33-38. Disponible de: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/2024>
16. Bajaan I, Reyes J, Valero N. Dislipidemias y su relación con la diabetes gestacional. Pentaciencias [Internet].2023 [citado 21 de septiembre de 2023];5(3):424-423. Disponible de: <http://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/560>
17. Sánchez Paquera L. Características maternas y perinatales asociadas a morbilidad materna extrema en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 – 2021 [tesis de titulación en Internet]. Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2022 [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible de: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNJB_07a0f93e4d822779fde42550836c78b2/Details
18. Sánchez V, Álvarez J, González J, Molero L, Archilla E, Maya L, et al. Identificación de factores que se asocian a alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional. Clin. Invest GO [Internet].2022 [citado 10 de marzo de 2024];49(4):100774. Disponible de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X22000260>
19. Vidal A, Heras S, Domingo L, García B, Lesmes L, Rivero M. Frecuencia y tipo de complicaciones de recién nacidos hijos de madre con diabetes gestacional. Rev Mex Pediatr. [Internet]. 2022 [citado 10 de marzo de 2024];89(6):241-245. Disponible de:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522022000600241&lang=pt

20. Benítez Pereyra, P. Factores de riesgo asociados a diabetes mellitus gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los años 2018 y 2021 [tesis de titulación en Internet]. Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2022[citado 10 de marzo de 2024]. 45p. Disponible de: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6213>

VI. ANEXOS

ANEXO 1: ANÁLISIS DE LABORATORIO

Fecha resultado: 2023-08-10 19:08:00	
ITEM	RESULTADO
EXAMEN COMPLETO DE ORINA	
EXAMEN MACROSCÓPICO :	
COLOR	AMARILLO
ASPECTO	LIG. TURBIO
DENSIDAD	1.020
PH	6.5
ESTUDIO QUÍMICO - TIRA REACTIVA	
NITRITOS	
PROTEINAS	
GLUCOSA	
CETONAS	
UROBILINOGENO	
BILIRRUBINAS	
HEMOGLOBINA	
EXAMEN MICROSCÓPICO:	
HEMATIES	0-1
LEUCOCITOS	0-1

GLUCOSA	
CETONAS	
UROBILINOGENO	
BILIRRUBINAS	
HEMOGLOBINA	
EXAMEN MICROSCÓPICO:	
HEMATIES	0-1
LEUCOCITOS	0-1
CELULAS EPITELIALES	ESCASOS
CILINDROS	
GERMENES	
LEVADURAS	ESCASOS
CRISTALES	
FILAMENTOS MUCOIDES	
PARASITOS	

Código: 85014 Prueba: HEMATOCRITO
Realiza la prueba: ,
Fecha toma de muestra: 2023-08-22 20:37:00
Fecha resultado: 2023-08-22 21:19:00

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HEMATOCRITO	30.9 %	36 - 44

Sin observaciones

Código: 85018 Prueba: HEMOGLOBINA
Realiza la prueba: ,
Fecha toma de muestra: 2023-08-22 20:37:00
Fecha resultado: 2023-08-22 21:19:00

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HEMOGLOBINA	10.1 g/dL	11.5 - 15.0

Sin observaciones

Realiza la prueba: RIMACHI QUISPE, LUZ MARGARITA

Fecha toma de muestra: 2023-08-08 10:06:00

Fecha resultado: 2023-08-09 15:47:00

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
GLUCOSA	108 mg/dL	75 - 110

Sin observaciones

Código: 84520 Prueba: NITROGENO UREICO; CUANTITATIVO

Realiza la prueba: RIMACHI QUISPE, LUZ MARGARITA

Fecha toma de muestra: 2023-08-08 10:06:00

Fecha resultado: 2023-08-09 15:47:00

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
UREA	10 mg/dL	17 - 49

Sin observaciones

Fecha toma de muestra: 2023-08-08 10:06:00
 Fecha resultado: 2023-08-09 16:08:00

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE COAGULACION	6 MIN. 00 SEG.	
TIEMPO DE SANGRIA	1 MIN. 15 SEG.	
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	12.1 segundos	
INR	0.93	
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	38.1 segundos	
FIBRINOGENO	5.17 g/L	

Sin observaciones

Fecha toma de muestra: 2023-08-08 10:06:00
 Fecha resultado: 2023-08-09 15:47:00

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
UREA	10 mg/dL	17-49

Sin observaciones

ANEXO 2: CARNET PERINATAL



PERÚ Ministerio de Salud

Usuario: [REDACTED] = significa ALERTA No. HC: 10005600

= requiere seguimiento continuo

Apellidos y nombres: [REDACTED]

Establ. [REDACTED] Tipo Seguro: SIS ESSALUD PRIVADO Código Afiliación Seguro

DNI: [REDACTED]

Dirección Pasaje [REDACTED] Ocupación EMPLEADO Edad 32 < 15 > 35

Localidad [REDACTED] Cod. [REDACTED] Estudios: Analfabet Primaria Secundari Superior Superior No Años aprobados 5

Departament Lima Provincia Lima Estado: Casada Convivient Soltera Otro Padre [REDACTED]

Distrito: San Juan De Lurigancho Teléfono: [REDACTED] Correo electrónico: [REDACTED]

Antecedentes Obstétricos

Gestas: 2 Abortos: 1 Vaginales: 0 Cesáreas: 0

Partos: 0 RN mayor: 0 g

0 o + 3: < 2500g: < 37 sem: Múltiple:

Nacidos vivos: 0 Muerto 1ra Semana: 0 Después 1ra semana: 0

Nacidos muertos: 0

Gestación anterior

Fecha Terminación: Parto Cesarea Aborto Ectópico Aborto Molar No Aplica

Si fue aborto: Tipo de Incompleto Completo Fruto/Retenido: Séptico No Aplica

Lactancia Materna: No hubo < 6 meses 6 meses o mas No Aplica

Lugar del parto: EESS Domicilio

Captada: Si No Referida x sig Comunit: Si No

Antecedentes Familiares

Ninguno Malaria Hiperensión Arterial Hipotiroidismo Neoplasia TBC Pulmonar Otros

Alergias Enf. Hipertens. Epilepsia Diabetes Enferm. Emb. Múltiple

Antecedentes Personales

Ninguno Eclampsia Enferm Congénitas Enferm. Epilepsia Hemorragia postparto Hipertensión arterial Cocaina Infertilidad Neoplasias

Aborto habitual/recurrente Alcoholismo Alergia a medicamentos Violencia Asma Bronquial Cardiopatía Cirugía Pelv-uterina Diabetes

Vac Previas

Rubeola: Si No Hepatitis B: Si No Papiloma Virus: Si No Fiebre Amarilla: Si No

Peso y talla

Peso habitual: 75 Talla: 150.0 IMC: 52.400

Antitetánica

N Dosis Previa: 0 Dosis: 1ra 2da Sin dosis: NA

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O

Rh: Rh(+) Rh(-) Rh(+) Rh(-) Rh(+) Rh(-)

Fuma

No consume:

Drogas

Si No

Fecha Última Menstruación

FUM: 21/10/2022 Duda: Si No

EG (Ecografía) Fecha: [REDACTED]

Fecha probable de parto: 24/08/2023

Hospitalización

Hospitalización: Si No

Fecha: [REDACTED] Diagnósticos: [REDACTED] CIE 10: [REDACTED]

Emergencia

Emergencia: Si No

Fecha: [REDACTED] Diagnósticos: [REDACTED] CIE 10: [REDACTED]

Violencia / género

Ficha Tamizaje: Si No

Violencia: Si No

Fecha: 20/11/2022

Exámenes de laboratorio

Hemoglobina	Hg(%)	No se hizo	Fecha
Hemoglobina 1:	10.5	<input checked="" type="checkbox"/>	05/11/2022
Hemoglobina 2:	11	<input checked="" type="checkbox"/>	20/03/2024
Hemoglobina 3:		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hemoglobina 4:		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hemoglobina 5:		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hemoglobina Alta:		<input checked="" type="checkbox"/>	

	Normal	Anormal	No se hizo	No aplica
Glicemia 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glicemia 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tolerancia Glucosa:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VDLR/RPR 1:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VDLR/RPR 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FTA Abs:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TPHA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba Ráp:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SífilisVIH Prueba Ráp 1: VIH:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Negativo	Positivo	No se hizo	No aplica	Fecha
IFI / Western Blot:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
HTLV I:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
TORCH:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Gota Gruesa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Malaria Prueba Fluorec. Malaria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ex. Com. Orina:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ex. Com. Orina 2:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leucocituria:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nitritos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urocultivos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BK en Espudo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Listeria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tamizaje Hepatitis B:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PAP:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IVA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Colposcopia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Examen Físico

Clinico: Sin Examen Normal Patológico

Mamas: Sin Examen Normal Patológico

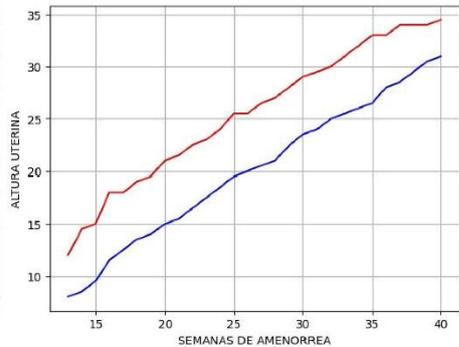
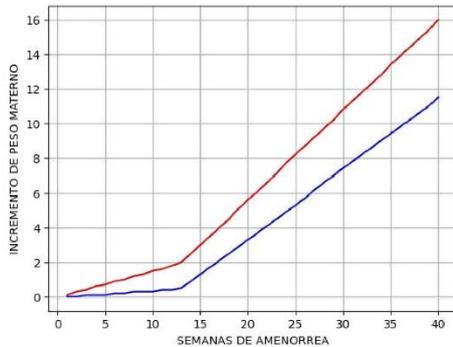
Cuello uterino: Sin Examen Normal Patológico

Pelvis: Sin Examen Normal Patológico

Odont: Sin Examen Normal Patológico

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora de atención	20/11/2022	20/12/2023	20/03/2024	20/04/2024	20/06/2024	04/07/2024			
Edad Gest (semanas)	4	9	22	26	35	37			
Peso mat (kg)	75	78	80	80	108	108			
Temperatura (°C)	36.5	36.5	37.2	36.3	36.2	36.2			
Presión arterial (mmHg)	111/69	130/30	120/80	115/60	125/70	120/90			
Pulso mat (por min)	93	88	93	90	88	88			
Altura uterina (cm)	NA	10	12	26	33	34			
Situación (L/T/NA)	NA	NA	L	L	L	L			
Presentación (CP/PA)	NA	NA	C	C	C	C			
Posición (D/NA)	NA	NA	D	L	D	D			
F.C Fijor (min/NA)	NA	NA	145X1	155X1	155X1	145X1			
Mov. Fetal (++++/-----)	SM	SM	PRESENTES	PRESENTES	PRESENTES	PRESENTES			
Edema (+/++/+++)	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH			
Edema (+/++/+++/SE)	so	SE	SE	SE	SE	SE			
Edema (Distorsión) (++++/-----)	+++	+++	+++	+++	+++	+++			
Forma de parto (formado, de forma, de forma)	FORMADO	FORMADO	FORMADO	FORMADO	FORMADO	FORMADO			
Indic. Ac. Feto	30	30	-	-	-	-			
Indic. SA/LM/ITS/N	PF/SA/LM/ITS/N	PF/SA/LM/ITS/N	PF/SA/LM/ITS/N	PF/SA/LM/ITS/N	PF/SA/LM/ITS/N	PF/SA/LM/ITS/N			
Edad de la atención	HUASCAR XV								
Profesional de la atención	OBSTETRA	obstetra	obstetra	OBSTETRA	OBSTETRA	OBSTETRA			
No Firmado SIS	1	3	3	4	5	6			

L=Longitud T=Transversa C=Céfalo P=Pelvis D=Derecha I=Izquierda SM=Sin Movimiento SE=Sin Edema NA=No Aplica NSH=No Se Hizo



Patologías Maternas (CIE 10)

Fecha:

1

2

3

Referencia - Consulta externa Si No No Aplica Fecha Establ. Trasl:

Referencia - Emergencia Si No No Aplica Fecha Establ. Trasl:

Referencia - Apoyo al diagnóst Si No No Aplica Fecha Establ. Trasl:

PSICOPROFILAXIS ESTIMULACION PRENATAL PLAN DE PARTO SI No No aplica Alojada en casa de Si No No aplica

Anexo 3: ECOGRAFIA:

Ecografía, utero gravido, tiempo real con documentacion de la imagen, Evaluacion fetal y materna, despues del
INFORME:
----- ECOGRAFIA OBSTETRICA III TRIM -----
FECHA: 22/08/2023 HORA: 10:30 HORAS
FETO UNICO (X) FETO MULTIPLE ()
SITUACION: LONGITUDINAL CEFALICO DERECHO
FCF: 148 LPM
BIOMETRIA FETAL:
DBP: 93.2 MM
LF: 74.9 MM
CA: 384.2 MM
CC: 331.4 MM
PONDERADO FETAL: 4 301 GRAMOS
LIQUIDO AMNIOTICO: PM:40 MM
PLACENTA: CORPORAL ANTERIOR GRADO III
NO PRESENTA CIRCULAR DE CORDON UMBILICAL
CONCLUSIONES:
1. GESTACION DE 39 SEMANAS 5 DIAS POR ECO I TRIMESTRE
2. CRECIMIENTO FETAL EN PERCENTIL 88
Nº total de páginas: 1 Factor de zoom: 150%

FECHA Y HORA IMPRESION: MARIANA
Movimiento: 318749 Fecha de Examen: 04/08/2023
Ecografía, utero gravido, tiempo real con documentacion de la imagen, Evaluacion fetal y materna, despues del
INFORME:
INFORME DE ECOGRAFIA OBSTETRICA
NOMBRE: GALLARDO ROJAS MARIA (28 AÑOS)
FECHA: 04/08/2023
" FETO LONGITUDINAL CEFALICO DORSO A LA IZQUIERDA
" BIOMETRIA
o DBP: 88 MM
o LF: 71 MM
o CA: 362 MM
o CC: 325 MM
" CORDÓN UMBILICAL 2A 1 V, NO CIRCULAR
LCF: 138 MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES
" PLACENTA FUNDICA GRADO II
" LIQUIDO AMNIOTICO: ADECUADO
Nº total de páginas: 1 Factor de zoom: 200%

SERVICIO ACTUAL: EQUIPO IMPRIME: NERY
FECHA Y HORA IMPRESION: MARIANA
Movimiento: 318749 Fecha de Examen: 04/08/2023
Perfil biofisico fetal, con test no estresante - (CPT: 76818)
INFORME:
PERFIL BIOFÍSICO:
" MOVIMIENTOS FETALES: 2
" TONO FETAL: 2
" LIQUIDO AMNIOTICO: 2
" RESPIRACION: 2
DOPPLER:
" ACM: 1.97 (p normal)
" A UMBILICAL: 0.92(p normal)
CONCLUSIÓN:
GESTACION UNICA ACTICA DE 37s 1d POR ECO I TRIMESTRE
CRECIMIENTO FETAL EN PERCENTIL 87%.
PBF: 8/8
DOPPLER NORMAL
NO CIRCULAR

ANEXO 4: CARTA DE AUTORIZACIÓN



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Asesoramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

San Juan de Lurigancho, 01 de Febrero del 2024

CARTA N° 006- 2024-UADI-HSJL

KAREN MELISSA NUNTON CORDOVA
ALUMNA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES - FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA UNIDAD DE POSGRADO.

Presente. -

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA LA APLICAR DE INSTRUMENTO EN EL HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO.

REFERENCIA : S/N

Es grato dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente y según documento de la referencia, hacer de conocimiento que la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación y la Coordinación de Investigación **AUTORIZA**, a la Investigadora Principal: **KAREN MELISSA NUNTON CORDOVA**, Alumna de la Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Obstetricias y Enfermería, en relación al plan de trabajo académico titulado: **"DIABETES GESTACIONAL"**.

Asimismo, desearle éxitos en la mencionada investigación, la misma que deberá servir de aporte a la sociedad con miras a dar soluciones; por ello, se solicita que se nos remita el informe final a fin de implementar mejoras con los resultados y conclusiones que se obtengan.

Sin otro particular me suscribo de Ud.,

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD LIMA CENTRO
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

MC. CARLOS ALBERTO HURTADO RUBIO
MC. CARLOS ALBERTO HURTADO RUBIO
CMP. N° 0316441 - RNE. N° 017232
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

ANEXO 5: CONSTANCIA



PERU

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración
de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho".

CONSTANCIA

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación- Coordinación de Investigación
y el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital San Juan de
Lurigancho, **APROBÓ** la Revisión del Plan de Trabajo titulado:

"DIABETES GESTACIONAL"

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

- **KAREN MELISSA NUNTON CORDOVA**

Dicho trabajo de investigación es desarrollado para Optar el Título de Segunda
Especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico, de la Universidad de San
Martín de Porres, Facultad de Obstetricias y Enfermería.

Se expide la presente para los fines que convenga al interesado.

San Juan de Lurigancho, 15 de Febrero del 2024


M.C. CARLOS ALBERTO HURTADO RUBIO
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación "B"
Hospital San Juan de Lurigancho



CAHR/LBC
CC/Archivo
Folios:

