

**CASO CLINICO**  
**DR. JOSÉ WILLIAM LEÓN AVELLANEDA – GINECOOBSTETRA**  
**LUGAR: AUDITORIO FACULTAD DE MEDICINA**

Paciente Z B.  
EDAD 38 AÑOS  
EC unión estable.  
Natural y procedente de Dosquebradas (Risarlada).  
Régimen de salud. Subsidiado.  
Fecha. 08/03/10. Consulta externa.  
Remitida de primer nivel por embarazo y miomatosis uterina.  
Paciente asintomática, con amenorrea desconocida, con eco tv del 25/02/10, que reporta LCN de 22 mm, para un embarazo de 8 semanas con mioma en cara anterior del útero de 3 cms de diámetro, FPP 10/10/10.  
AP. Litotripsia hace un año. Niega HTA, DM.  
AGO. M 12 C irregulares G4 P3 A0. Citología hace un año negativa, PF no, embarazo no deseado, aceptado.  
Examen físico. TA 120/80 FC 80 FR 20. Peso 103.4 kg, talla 1.56.  
Abdomen. Abundante panículo adiposo.  
GU. Externos normales, cuello central cerrado, difícil definir tamaño uterino por características de la paciente.  
Idx embarazo de 10 semanas.  
Miomatosis uterina  
Riesgo de preeclampsia, diabetes, parto pretermino.  
Ss curva de glicemia postcarga, antígeno de superficie para hepatitis B. ss valoración por nutrición.  
**QUE RIESGO TIENE UNA PACIENTE OBESA EN EL EMBARAZO?**  
**SEGÚN LA RESOLUCION 412, QUE CONDUCTA SE DEBIO TOMAR CON ESTA PACIENTE EN PRIMER NIVEL, EN EL PRIMER CONTROL?.**  
18/03/10. Consulta externa.  
Asintomática, no trae resultado de paraclínicos solicitados, no ha sido valorada por nutrición.  
Examen físico. TA 110/80, FC 80, peso 103 kg. Se solicita nuevamente los paraclínicos y control con resultados.  
17/04/10. Consulta externa, medicina interna.  
Paciente asintomática, remitida por obesidad, síndrome metabólico, tiene resultado de glicemia basal de 102 y 2 horas postprandial de 123 (03/03/10), y otra basal de 104 y 2 horas postprandial de 119 (19/03/10).  
Examen físico. TA 120/80 PESO 104.  
IDX HIPERGLICEMIA EN AYUNAS,  
Plan. Dieta , valoración por nutrición. Ss glicemia basal, TSH.  
20/07/10. Urgencias.  
Remitida de primer nivel con idx de embarazo de 30 semanas APP. Hoy tiene resultado de glicemia de 178.8 (no se sabe si es en ayuno o postprandial). O´Sullivan del 28/06/10 121.2 mg/dl.  
Parcial de orina normal.  
TA 146/73, FC 116, no se define bien la altura uterina por panículo adiposo, TV cuello central permeable a un dedo.  
Idx embarazo de 30 semanas por eco, Diabetes gestacional?, Hipertension gestacional, APP.  
Se inicio manejo para la app, se solicitaron paraclínicos para preeclampsia, que fueron negativos.  
Salida el 22/07/10. Sin actividad uterina y cifras tensionales normales.  
**COMO SE REALIZA Y CUALES SON LAS CARACTERISTICAS ESTADISTICAS DEL TEST DE O´SULLIVAN?**  
**EN ESTA PACIENTE COMO REALIZAR DIAGNOSTICO DE DIABETES?**

**CUALES SON LAS METAS Y EN CUANTO TIEMPO SE DEBEN ALCANZAR?.**

**QUE OPINA ACERCA DE COLOCARLE MADURADORES FETALES A ESTA PACIENTE?**

30/07/10. URGENCIAS.

Nueva hospitalización por embarazo de 31 semana, APP., diabetes gestacional. Trae resultado de glicemia basal de 216. Paraclínicos para preeclampsia negativos, tiene 5 controles prenatales con cifras tensionales normales. TA 135/80, FC98, abdomen. AU 35 cms, cérvix posterior permeable a un dedo. IDX embarazo de 30 a 31 semanas, APP, diabetes gestacional? Se inicio manejo con nifedipina y con insulina cristalina según esquema. 180-250 3 unidades, 251 a 300 5 unidades, 301-350 7 unidades, mayor de 350 avisar.

Ecografía obstétrica embarazo de 32 semanas, no anomalías fetales, polihidramnios severo, ILA de 30 cms, doppler normal, peso fetal estimado 2286.

Salida el 7 de agosto con cifras tensionales normales, tto con insulina NPH 15 en la mañana.

**COMO DEBE SER EL TRATAMIENTO DE ESTA PACIENTE?**

**QUE OPCION TIENEN LOS HIPOGLICEMIANTES ORALES EN EL MANEJO DE ESTA PACIENTE Y EN LA DIABETES EN EL EMBARAZO?**

**QUE SE SABE DEL TRATAMIENTO CON OTRAS INSULINAS?**

25/08/10. Urgencias.

Nuevamente es remitida por embarazo de 34 semanas y APP, suspendió el tratamiento con insulina hace 2 días. TA 132/83, fc 103. Abdomen. AU 34 cms, fcf 145, actividad uterina de 2/10 minutos, cuello permeable a 1 dedo. Se reinicia manejo con insulina se deja evolución espontanea.

Ecografía mostro embarazo de 37 semanas, ILA 34 cms. El 29/08/10 paciente sin actividad uterina, salida con insulina NPH 15 am y 10 en la tarde.

**ESTARIA INDICADA LA INDUCCION EN ESTA PACIENTE?**

**QUE PRUEBAS DE VIGILANCIA FETAL USAR EN ESTA PACIENTE?**

09/09/10. CONSULTA EXTERNA.

Resultado de eco del 01/09/10 embarazo de 38 semanas, ILA 32 cms, peso estimado 3709, doppler no signos de hipoxemia, no trae resultado de glicemia. NST categoría I.

TA 150/100 FC 90, peso 109.5 kg. AU 47 cms, fcf 148, feto único, vivo, longitudinal, cefálico, cuello permeable a un dedo. Se hospitaliza para vigilancia materno fetal, paraclínicos para preeclampsia. El 09/09/10 cesarea, por polihidramnios y macrosomia fetal.

**EDAD GESTACIONAL, VIA DEL PARTO Y MANEJO INTRAPARTO DE LA PACIENTE DIABETICA?**

El 12/09/10, salida a la paciente en buenas condiciones con cifras de glicemia normales sin requerir insulina.

**PRONOSTICO FETAL A LARGO PLAZO?**

**METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ESTA PACIENTE, EN LA DIABETES GESTACIONAL Y EN LA DIABETES PREGESTACIONAL.**

**BIBLIOGRAFIA.**

[http://care.diabetesjournals.org/content/30/Supplement\\_2](http://care.diabetesjournals.org/content/30/Supplement_2)

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0707943>