



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

TRABAJO ACADÉMICO

**FACTORES ASOCIADOS A LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL EN
ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL
CENTRO DE SALUD VILLA VICTORIA PORVENIR- LIMA, 2017**

PRESENTADO POR:

EVA EMILIA VIVANCO SANCHEZ

ASESOR:

MGR. ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILOT

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD
REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN SALUD SEXUAL DEL
ADOLESCENTE Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

MOQUEGUA - PERÚ

2021

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO:	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN:.....	2
Justificación Práctica:	2
Justificación teórica:	2
Justificación legal:	3
1.3 MARCO TEÓRICO	3
1.3.1 ANTECEDENTES NACIONALES:.....	3
1.3.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:.....	5
1.4 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMEDAD	9
GENERALIDADES.....	9
La Diabetes.....	9
CAPÍTULO II	12
CASO CLÍNICO	12
1. INTRODUCCIÓN:	12
2. OBJETIVOS	13
2.1. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO:	14
2.2 DISCUSIÓN:	19
2.3 CONCLUSIONES:.....	22
2.4 RECOMENDACIONES:	22
BIBLIOGRAFÍA	23

RESUMEN

Trabajo académico efectuado con la finalidad de determinar factores relacionados a la Diabetes Mellitus Gestacional durante la atención de una adolescente en el servicio de obstetricia del CS. Villa Victoria Porvenir, Lima.

La gestante adolescente diagnosticada con Diabetes Mellitus fue atendida en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, recogida en el registro del caso, considerando dos factores (Personales, Gineco-obstétricos). El Método empleado es un estudio descriptivo retrospectivo, empleando el registro de historia clínica referido a la adolescente con Diabetes Mellitus Gestacional.

La paciente adolescente presentó Diabetes Mellitus Gestacional con 17 años, con quinto año de secundaria, segundigesta, sin control prenatal previo, sin control preconcepcional, un aborto espontaneo, con antecedentes familiares (madre diabética) y es una madre con obesidad.

La gestante atendida del caso clínico presentó factores asociados que según los autores describen son propensas a desarrollar Diabetes Mellitus Gestacional, es una adolescente de diecisiete años, sin control prenatal, sin control preconcepcional, segundigesta, con estudios secundarios completos, con antecedentes de madre diabética (familiar de primer grado) y es obesa.

Palabras Clave: Adolescente, Diabetes Mellitus Gestacional, factores asociados.

ABSTRACT

Academic work carried out in order to determine factors related to Gestational Diabetes Mellitus during the care of an adolescent in the obstetric service of the CS. Villa Victoria Porvenir, Lima.

The pregnant adolescent diagnosed with Diabetes Mellitus was treated at the Villa Victoria Porvenir Health Center, collected in the case registry, considering two factors (Personal, Gyneco-obstetric). The method used is a retrospective descriptive study, using the clinical history record referred to the adolescent with Gestational Diabetes Mellitus.

The adolescent patient presented Gestational Diabetes Mellitus when she was 17 years old, with a fifth year of secondary school, a second pregnancy, without previous prenatal control, without preconception control, a spontaneous abortion, with a family history (diabetic mother) and is a mother with obesity.

The pregnant woman seen in the clinical case presented associated factors that, according to the authors describe, are prone to developing Gestational Diabetes Mellitus, she is a seventeen-year-old adolescent, without prenatal control, without preconception control, second pregnancy, with complete secondary studies, with a history of a diabetic mother (first-degree relative) and is obese.

Key Words: Adolescent, Gestational Diabetes Mellitus, associated factors.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

La Diabetes Mellitus Gestacional es un trastorno crónico que representa glucemia. La razón de esta indisposición podría deberse a un problema funcional del órgano que libera la hormona insulina o una reacción insuficiente del cuerpo a la insulina.

En el 2018, el 3,6% de las mujeres de más de 15 años fueron diagnosticadas con DMG durante una consulta médica alguna vez en su vida; observándose un aumento en 0,3 por ciento con respecto al año anterior. Las mujeres fueron más afectadas (3,9%) y varones (3,3%). La mayor cantidad de pacientes diagnosticadas en Lima Metropolitana fue de 4,4%, en la costa se obtuvo 4,0%, en la Sierra el resultado fue de 2,1% y en la Selva 3,3% afectados con diabetes.

(1)

La DMG se describe por elevación de la glucosa que surge en la gestación y llega a niveles que, a pesar de ser más altos de lo normal, son más bajos a los valores establecidos para un diagnóstico de diabetes. Las embarazadas con DM

asumen un compromiso más grave de dificultades durante el embarazo, durante parto y más adelante presentar DM-2. (2)

1.2 JUSTIFICACIÓN:

Justificación Práctica: Ejecutar este trabajo académico es imprescindible en el diagnóstico con adolescentes afectadas por DMG, tratarlas con oportunidad, adecuadamente y con apoyo nutricional; también de ser necesario puede otorgarse tratamiento médico oportuno y adecuado, de esta manera bajamos los niveles de morbimortalidad en gestantes adolescentes.

Justificación teórica: Este trabajo académico tiene por finalidad diferenciar los factores generadores de Diabetes Mellitus Gestacional en adolescentes y así poder prevenir y también hacer los tratamientos de todos los nuevos casos de diabetes mellitus gestacional. Así nos refiere en los títulos siguientes, la Diabetes Mellitus durante el embarazo se origina mediante el efecto bloqueador de ciertas sustancias, produciendo “resistencia insulínica”, como consecuencia del requerimiento alimenticio del feto, esta situación se produce a partir del segundo trimestre. En las mujeres en la etapa del embarazo frecuentemente sube la generación de la hormona pancreática equilibrando la consistencia; pero al incrementarse se generan complicaciones, en estas circunstancias se hace necesario un examen temprano y oportuno de la diabetes. Esperamos mediante este estudio, ayudar a corroborar e identificar la incidencia de aquellos riesgos alrededor del desarrollo de la DMG en las adolescentes utilizando los resultados de forma sistemática.

Justificación legal: el soporte legal del presente estudio se sustenta en lo siguiente:

Ley de Salud N°26842, Título Numeral I y II, los cuales indican: “salud es una circunstancia necesaria en las personas que persigue la finalidad de lograr su satisfacción personal y de la sociedad.”, “el resguardo de la sanidad pública es de toda la sociedad. El Estado la promueve, regula y vigila”

Además, conforme con D.L. MINSA N°1161, ley de Organización y Funciones; administra la estructura, funciones y organización del MINSA.

RM 162 - 2015 MINSA: art. 1, aprueba la regulación técnica sobre la prevención y el control de la DM tipo 2 mediante consultas nutricionales, de acuerdo con las diferentes etapas de vida del ser humano.

R.M. MINSA N° 719 - 2015. – En esta Resolución Ministerial es aprobado el protocolo de práctica clínica para la atención en el primer nivel sobre la atención detallada de la DM.

Por otro lado, se tiene la "Ley sobre la prevención a las pacientes con diabetes" N° 28553, en la cual, se aprueba la prevención y atención de pacientes con diabetes a nivel del territorio nacional.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES NACIONALES:

*Javier A. Okumura, realizó un estudio de cohorte retrospectivo en el Hospital Nacional María Auxiliadora (HNMA) de Lima, Perú para la evaluación de las mujeres atendidas el 1 de enero del 2000 al 31 de Diciembre del 2010. Estudio de cohorte retrospectivo de 67.693 gestantes atendidas. Se estudio riesgos

obstétricos y perinatales. Para este estudio las adolescentes fueron clasificadas como tardías de los 15 a los 19 años y tempranas menores de 15 años; también se les comparó con mujeres adultas entre 20 y 35 años. La finalidad de esta investigación consideró a la gestante adolescente que está asociada con variación de riesgos obstétricos y perinatales en Lima, Perú. No se encontró riesgos de eclampsia y diabetes gestacional, en relación con el embarazo adolescente. (4)

*Ostos Fernández, Nicole Fiorella(2018), concluye en su estudio de macrosomía fetal en el hospital nacional Dos de Mayo; 2015 Lima-Perú, que las madres solteras (11.5%) tenían hijos macrosómicos; el 57.5% dedicadas a labores domésticas; y el 5.7% tenían primaria completa; madres adolescentes 2.3 % y madres añosas el 9.2%; además estaban con sobrepeso el 32.2% y eran obesas el 19.5%; según este estudio las madres con antecedente de diabetes el 2.3%; y las mujeres que habían tenido hijos con macrosomía fetal era el 9.2%; y diabetes gestacional el 3.4%; y con deficiente control del embarazo 37.9%; multíparas un 69% y gran multíparas 3.4%; con un aumento de peso por encima de lo normal durante la gestación el 49.4%. En la gestación los nacidos macrosómicos eran postérmino con un 3.4%. (5)

*Arrasco Castro, Karla Patricia (2014) en su estudio de la Diabetes Mellitus como factor de riesgo en el escenario del óbito fetal, concluye que la DM incrementa ocho veces el riesgo. (6)

*Pinto Macias, Karen Lissette, (2016) en su estudio complicaciones maternas y factores de riesgo en las adolescentes embarazadas concluye que durante los años 2014 y 2015 estas tienen como frecuente complicación la enfermedad hipertensiva con 42%, luego el aborto es otra complicación con un 42%, la

amenaza de parto con promedio 18% y la Diabetes Gestacional con 10%”. (7)

*Ascue, durante el año (2014) en Lima, investigó sobre la Diabetes Mellitus Gestacional y su asociación con embarazadas obesas en pacientes que se atienden en el HDM durante junio 2011 y mayo 2012, realizó este estudio con una muestra de un total de 468 mujeres embarazadas. La descripción de los resultados que obtuvo nos dicen que hay un porcentaje de 3.8 por ciento en pacientes con diabetes, y el valor promedio son pacientes mujeres que nos dan un valor de 77.7 por ciento, es decir no hacen diabetes y con respecto a su peso de estas pacientes en estudio (el 14.1% sufre de sobrepeso, en cuanto a obesidad nos da un resultado de 7.3 por ciento y con obesidad mórbida un resultado de 0.9 por ciento), esto es comparando durante el estudio realizado, respecto a los antecedentes de sus familiares, la presión alta y DM son las que presentan mayor prevalencia, la macrosomía y el aborto están dentro de las complicaciones más saltantes. Los autores concluyen que la diabetes como antecedente familiar y la edad son los que están relacionados al desarrollo de DG. (8)

1.3.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

*Gertrudis Rimbao Torres, (2006); cómo se comporta la DM en la adolescencia durante el embarazo, 113 adolescentes fueron evaluadas mediante un estudio de tipo caso control, además este estudio es observacional analítico, aquellas que alumbraron durante el tiempo comprendido durante el periodo del primero de Enero al primero de Junio de 2006, en el Hospital Ginecobstétrico Universitario “América Arias”, para confirmar la frecuencia de la diabetes en el embarazo y si tiene alguna correlación con características maternas y neonatales en la etapa de vida adolescente; se obtuvo como resultado una baja presencia en las

adolescentes de la diabetes gestacional (2,7 %), obteniéndose como factor principal al iniciar el embarazo con mucho peso (15,7 %) y con ese inicio de peso aumentado lleva a un riesgo a estas edades. (9)

*Lemay Valdez Amador (2011) realizó un estudio retrospectivo a menores de 20 años gestantes adolescentes con diabetes en 138 embarazadas. 101 eran diabéticas ya tenían diabetes antes de embarazarse y 37 tuvieron diabetes durante el embarazo. Comparó la evaluación de las características durante su embarazo en gestantes de 242 gestantes en edad adolescente sin diabetes y 482 gestantes no adolescentes sin diabetes de la misma institución y el mismo estudio al azar. El estudio empleó las características del análisis de proporciones en estadística; con un resultado de la estadística de 0,05 mayor que p. El 42,0 % de las diabéticas fue notificado como no regular en el control metabólico, valores que contribuirían a la alta frecuencia de parto pre término, probablemente hubo mayor atención de parto por cesárea y la morbimortalidad perinatal en recién nacidos con peso > 4 000 g. Respecto a las herencias congénitas debido a las malformaciones 11 (8,0 %) este resultado fue muy elevado a lo descrito para la población en general de Cuba e incluso para gestantes que padecen diabetes atendidas en el Servicio Central de Diabetes y Embarazo. Los resultados perinatales adversos en las embarazadas adolescentes diabéticas están en correlación con glucosa elevada de difícil control y a la ausencia de asistencia de control pre concepcional. (10)

*Guillen Godoy, Mauricio Alfredo, (2019) es un estudio de Diabetes Gestacional en adolescentes en el Ecuador, describe la incorrecta forma de procesar la insulina, generando trastornos en la mujer en estado de gestación;

cuando el cuerpo acumula mucha glucosa en la sangre (glucemia) es a consecuencia del deficiente metabolismo que no aprovecha la insulina o no genera suficiente insulina. Hay mujeres que pueden presentar esta patología antes del embarazo en un bajo porcentaje; no obstante, en la mayoría de los casos y durante el embarazo esta deficiencia se diagnostica por vez inicial, la madre y el feto se ven expuestos a un alto riesgo por la presencia de esta patología. Las madres adolescentes están expuestas a un 20% de mortalidad en América Latina, esto hecho está asociado a la operación cesárea y relacionado con carencia de control prenatal en un 50 % de esas adolescentes, hecho que ocurre en nuestro país; asimismo las adolescentes y sus hijos presentan consecuencias sociales desfavorables tales como: destete precoz, deserción en los estudios, que revisten mucha importancia y deben ser atendidos (11)

*Lilian Patiño Sandoval, Ana Lilian (2013), realiza un estudio para conocer la comparación entre las causas de las enfermedades en gestantes adolescentes y las no adolescentes, controladas en el consultorio de obstetricia del Hospital Juan XXIII en La Paz Bolivia, durante el tiempo comprendido Agosto 2012 / Julio 2013. En el estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico, con muestra aleatoria simple de 886 gestantes adolescentes y no adolescentes. Se tomó una muestra de 886 gestantes de las cuales, el 78% no son adolescentes y el 22% son adolescentes. Las cuatro primeras causas de morbilidad son semejantes: Hipertensión inducida por el embarazo, flujo vaginal, infección de las vías urinarias y amenaza de parto prematuro; existe una diferencia en relación con las adolescentes embarazadas y pelvis estrecha (7,6%) como noveno lugar, y diabetes gestacional (7,1%) en el décimo lugar. En comparación

se encuentra en las embarazadas no adolescentes (10,7%) abortos en el sexto lugar y hemorragia obstétrica (9,7%) en el octavo lugar. La incidencia de embarazadas adolescentes es de 198. Los factores de morbilidad en gestantes adolescentes son similares, existiendo pequeñas diferencias como las mencionadas. Los datos de morbilidad encontrados son pequeños, sin embargo, esto es muy importante porque la población que es atendida por el Hospital Juan XXIII no presenta los factores de morbilidad señalados ampliamente en la bibliografía nacional e internacional. Por lo tanto, se recomienda realizar un estudio similar en una región tropical de Bolivia, para tener una referencia más acertada en relación con morbilidad en el Estado Plurinacional de Bolivia (12)

*E. Reyes-Muñoz en su estudio en adolescentes con diabetes gestacional sobre los resultados adversos y prevalencia de estos en problemas perinatales según tres criterios de diagnósticos internacionales, realizó un análisis concienzudo al que se incluyeron adolescentes con único embarazo, quienes se atendieron en un establecimiento de salud en el lapso de junio 2011 a junio 2014. La fuente de información se obtuvo de las historias clínicas maternas y neonatales. Incluyeron las características siguientes: gestantes de 12 a 19 años, durante las 24 y 28 semanas, con prueba oral de tolerancia a la glucosa de 75 g en 2 horas, control prenatal y embarazo culminado en el Isidro Espinosa de los Reyes INP. de la Ciudad de México. La conclusión nos indica ausencia o poca presencia de riesgo adverso en las adolescentes que contraen diabetes mellitus gestacional aun cuando puntualiza la presencia de compromiso en el futuro de contraer DM tipo 2 (13)

1.4 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMEDAD

GENERALIDADES

La Diabetes

La diabetes o Diabetes mellitus es una afección endémica que se produce por falta de regulación de la hormona insulina en la sangre, también por la reducida generación de insulina en el Páncreas y adicionalmente cuando el paciente no emplea la insulina con la eficacia esperada, estas irregularidades generan el aumento de azúcar en la sangre afectando el organismo especialmente las ramificaciones nerviosas, vasos sanguíneos, otros órganos y sistemas.

Existen tres tipos de Diabetes Mellitus:

* **Diabetes de tipo 1:** Se evidencia por la reducida generación de la hormona pancreática en los jóvenes o en la infancia, Llamada también “Insulino-dependiente”, debido a ello su administración es diaria. Orígenes son desconocidos, por tanto, prevenir este tipo de diabetes todavía es complicado con los conocimientos actuales.

* **Diabetes de tipo 2:** Esta clase de diabetes afecta el cuerpo humano en la edad adulta, conocida como “no insulino-dependiente”, el uso deficiente de la insulina por parte del organismo su diagnóstico se efectúa cuando su desarrollo es avanzado y se han iniciado algunos trastornos.

* **Diabetes Gestacional:** Reconocida por primera vez en la gestación. El incremento de las valoraciones de azúcar en la sangre (hiperglucemia), pese a estar sobre el rango normal, son valores menores a los establecidos y poder determinar la presencia de diabetes.

*** ETIOLOGÍA.**

La Diabetes es un trastorno en la gestación, con presencia de hiperglucemia, alcanza valores mayores a los normales, pero sin embargo son menores a los establecidos para el diagnóstico de una diabetes. La mujer que adolece de esta enfermedad está expuesta a sufrir mayores riesgos y complicaciones durante la gestación y el parto, en el futuro tiene alto riesgo de padecer DM-2.

*** Atención Preconcepcional/Pregestacional:**

Son atenciones especializadas del Servicio de la Salud otorgadas a una mujer o pareja de manera integral en un establecimiento por un profesional calificado con el objetivo de preparar y planificar el embarazo. (13)

***DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DMG**

La gestante en el Perú, ostentan indicadores que las arriesgan de padecer Diabetes Mellitus Gestacional, bajo estas circunstancias, la NTS N°105-MINSA/DGSP.V.01 contempla indicaciones para evaluar la Diabetes Mellitus Gestacional mediante la prueba de glucosa en la sangre, este primer control se efectúa en ayunas.

Tamizaje:

Primera prueba en ayunas de glucosa en sangre como primer control prenatal:

* Valores superiores a 105 mg/dl; volver hacer en estricto ayuno (12 horas), si el resultado continúa mayor a 105 entonces se refiere al especialista.

* Valores inferiores a 105 mg/dl; ejecutar control de tolerancia a la glucosa, además verificar existencia de familiar con antecedente de diabetes, obesidad, aborto u óbitos fetales a repetición, malformaciones congénitas fetales, , macrosomía fetal, polihidramnios.

* Realizar segundo examen de glucosa en un periodo no menor de noventa días después de realizados sus primeros análisis de laboratorio a partir de las 33 semanas de embarazo.

* El análisis de glucosa deberá realizarse en ayunas y en la semana de embarazo de 25 a 33.

***TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO:**

Diabetes mellitus en Antecedentes familiares: hermanos, padres, etc.

Índice de masa corporal > de30.

Obesidad: mayor de 90 kilos.

Historial de intolerancia a la glucosa elevada.

Historial obstétrico:

Historial de recién nacido grande para la edad gestacional, macrosomía fetal y/o polihidramnios.

Historial de malformaciones congénitas, natimueertos, abortos habituales, diabetes en embarazos previos, partos traumáticos, prematuridad.

Historiales patológicos:

Trastornos de lípidos en sangre

ITU a repetición

Infección por hongos recidivantes

Hipertensión crónica

En concordancia a la guía práctica clínica que describe los aspectos para la atención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus en el embarazo (2011)

MINSA (14)

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

DIABETES MELLITUS EN ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD VILLA VICTORIA -2017

1. INTRODUCCIÓN:

La gestación en la adolescencia es una compilación de la salud pública y es un motivo de gran preocupación en nuestra sociedad, muchas jóvenes adolescentes enfrentan de forma obligada un embarazo comúnmente no deseado con los riesgos que esto implica. La Diabetes mellitus es una dolencia metabólica que también puede presentarse en la adolescente embarazada como un riesgo, como el caso de la adolescente atendida en el establecimiento de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2017. La adolescente atendida tenía peso excesivo al inicio del embarazo complicación riesgosa para generar la enfermedad crónica diabetes mellitus.

La DMG es una enfermedad de aceptabilidad a los carbohidratos que surge en la segunda mitad de la gestación y presenta un incremento de las complicaciones

perinatales (cesáreas, macrosomía y otros). El diagnóstico temprano de la DG es imprescindible porque disminuye las complicaciones perinatales graves durante su tratamiento. Las adolescentes con embarazo que tienen DG asumen un riesgo mayor de originar diabetes, especialmente la del tipo 2. Así mismo, los nacidos de madres con DMG asumen alto riesgo de obesidad durante la adolescencia y en la adultez, baja tolerancia a los carbohidratos y/o de origen de diabetes tipo 2.

Definimos el presente trabajo académico en capítulo I y Capítulo II. Capítulo I: problemática y objetivos del caso clínico; se describe la justificación e importancia del estudio y el resumen de teorías y sus antecedentes complementando la notación teórica que sustentan los diversos aspectos del trabajo académico. En el Capítulo II, se presentan los resultados que responden al caso clínico y sus objetivos, estos resultados son expuestos y comparados con estudios de otros investigadores y a la postre, exponemos los resúmenes y recomendaciones alcanzados en este trabajo académico.

2. OBJETIVOS

- General

Precisar factores de alarma relacionados con la enfermedad a la Diabetes Gestacional en adolescente atendida en obstetricia del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - Lima - año 2017.

- Específicos

- 1) Precisar los elementos predictores de riesgo significativo para contraer diabetes gestacional de adolescente emanados de los antecedentes personales.

- 2) Precisar los elementos predictores de riesgo significativo para contraer diabetes gestacional de adolescente emanados de las referencias gineco obstétricas.

2.1. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO:

Anamnesis

a. Inicio de atención: 26-08-2017 Hora: 09:40 horas.

Edad: 17 años
Natural de: Surquillo-Lima
Estado Civil: Conviviente
Ocupación: Ama de casa
Instrucción: Quinto de Secundaria
Religión: católica

b. Antecedentes personales:

Peso antes de la gestación: 92 K. Talla: 154 cm. IMC: 38.81 (Obesidad)

c. Funciones Biológicas:

Apetito: aumentado

Sed: aumentado

Sueño: Normal

Orina: 8 veces/día

Deposición: 1 vez/día

- Patológicos: 1 aborto.

- Alergias: Niega

Consumo Alcohol: Ocasional

Consumo Tabaco: Niega

Consumo Drogas: Niega

- Quirúrgicos: Niega

- Gineco Obstétricos:

Menarquia: 12 años

Reg. Catamenial: 4 /30

Inicio Relaciones Sexuales: 14 años N° Parejas Sexuales: 03

Métodos Anticonceptivos Utilizados: Condones

F.U.M: 11-03-2017

F.P. P: 16-12-2017.

G: 2 P: 0010

Edad Gestacional: 24 semanas por F.U.M.

Antecedentes familiares: Madre diabética y obesa.

Niega otras patologías Exploración Física: (Consulta obstétrica)

- Antropométricos:

Peso Actual: 97 kilos. Incremento de peso: 5 kilos.

- Funciones Vitales: Presión Arterial: 90/60 mm.Hg.

Pulso: 76 x´ Temperatura.: 36.8°C

- Examen Físico:

Aparente: regular estado general, regular estado de hidratación, obesidad para edad gestacional.

Abdomen: Blando, grávido, ruidos hidroaéreos presentes. AU: 26

Feto único, vivo, en Situación: Longitudinal, Presentación: cefálico,

Posición: Izquierda. Latido Cardio Fetal: 149 x´ regular.

Mov fetales: ++

Tono uterino: Normal

No se evidencia dinámica uterina. Genitales: No pérdida de líquido ni sangre

Al tacto. Vagina amplia y elástica, Cérvix posterior, blando.

Pelvis Ginecoide.

S.N.C.: Lucida, Orientada en tiempo, espacio y persona.

Miembros Inferiores: Edema maleolar

Reflejos osteotendinosos (+++/>+++).

Enfermedad Actual. - Paciente asintomática.

Exploración Física: (Consulta obstétrica) 26/08/2017

- Antropométricos:

Peso Actual: 97.0 kilos. Incremento de peso:

- Funciones Vitales: Presión Arterial: 90/60 mm.Hg.

Pulso: 76 x' Temperatura.: 36.8°C

Examen Físico:

- Aparente: regular estado general, regular estado de hidratación, obesidad para edad gestacional.

- Abdomen: Blando, grávido, ruidos hidroaéreos presentes. AU: 26 cm.

- Feto único, vivo, en Situación: Longitudinal,

- Presentación: cefálico,

- Posición: Izquierda.

- Latido Cardio Fetal: 149 x' regular.
- No se evidencia dinámica uterina.
- Genitales: Se evidencia no perdida de líquido ni sangre
- Al tacto. Vagina amplia y elástica, Cérvix posterior, blando.
- Pelvis Ginecoide.

S.N.C.: Lucida, Orientada en tiempo, espacio y persona.

Miembros Inferiores: Edema maleolar

Reflejos osteotendinosos (+++/+++).

Control Prenatal:

FECHA	26-08-17	25-09-17	23-10-17	04-11-17
Edad gestación	24	28.5	32.2	34
Peso	97	98.500	100.800	102.500
Presión arterial	90/60	90/70	100/60	100/70
Altura uterina	26	29	33	35
Presentación	Ind.	LCI	LCI	LCI
Fcf	149	147	152	147
Mov. Fetal	++	++	++	++
Responsable	OBST. Eva	Hospital	Hospital	Hospital
	Vivanco			

Diagnóstico en el Primer Control Prenatal:

- Segundigesta de 24 semanas. Según FUM.
- Obesidad PRE GESTACIONAL
- D/C Diabetes Gestacional

Diagnóstico Clínico:

1. Confirmando el diagnóstico de Diabetes Gestacional se realizó la interconsulta a Medicina y se refirió a la gestante al Hospital Dos de Mayo. Paciente acude el 28 de Agosto al consultorio de Ginecología para su evaluación y manejo especializado, evaluada por medico Gineco Obstetra.

Al examen:

Estado general: aparente regular, hidratada, obesa.

PA: 100/60 mm Hg. P: 78 x'. R.; 20 x'. Temp.37°C

Abdomen: Útero grávido, LCF: 147 x' activo.

2. Se realizó un tratamiento individualizado con manejo interdisciplinario y la intervención de la Nutricionista y el Endocrinólogo, asimismo se efectuó ecografías obstétricas, se efectuó un Control prenatal estricto, régimen higiénico y dietético; análisis de laboratorio seriado de la glucosa para su control y evolución metabólico e insulino terapia, evaluación cardiotocográfica del feto (prueba no estresante realizada después de las 32 semanas cada cuatro a seis semanas) y evaluación para el momento de la interrupción del embarazo

3. La adolescente embarazada recibió insulina y se realizó la inducción del parto mediante una cesárea a las 38 semanas de embarazo, con un recién nacido de 4.200 kg.

La gestante adolescente al disminuir su estado glucémico a valores normales es decir 92 mg/dl, fue dada de alta.

Indicaciones:

1. Se solicitó los análisis rutinarios del laboratorio del primer control de atención:

Batería de la gestante (Hematocrito, hemoglobina, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa basal, examen completo de orina, urocultivo).

Como en la gestante se identificó elementos de riesgo para contraer diabetes como son la obesidad, aborto espontáneo y madre diabética se realizó como primer control prenatal prueba de glucemia en ayunas con un resultado de 110 mg/dl, al día siguiente se repitió la prueba en ayunas con el mismo resultado y se derivó al médico especialista.

2.2 DISCUSIÓN:

Desarrollo este estudio con el objeto de señalar y precisar la asociación de elementos que generan riesgo de contraer Diabetes Mellitus Gestacional en adolescente que acude al control de obstetricia en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir de Lima - año 2017.

El enfoque del trabajo académico se efectuó desde los antecedentes personales y gineco obstétricos. Javier Okamura en su estudio acerca de la

adolescente en gestación si esta patología está asociada con el incremento o reducción de complicaciones obstétricas y perinatales, no halló asociación de riesgo en las adolescentes en desarrollar Diabetes Mellitus Gestacional; sin embargo Ostos Fernández, Nicole Fiorella (2018), en su ponencia con relación a elementos maternos generadores de macrosomía fetal efectuada en el hospital Nacional Dos de Mayo encuentran madres adolescentes en un porcentaje de 2.3 % que tuvieron hijos macrosómicos y un porcentaje de 3.4% del total de las mujeres atendidas tuvieron Diabetes Mellitus Gestacional con partos de hijos macrosómicos, se puede notar en ellas la incidencia en el aumento de peso en un 32.2% y obesas 19.2%. Este resultado coincide con la aseveración que las madres adolescentes con aumento de peso generan la posibilidad de sufrir riesgos asociados a la DMG. Asimismo, Arrasco Castro, Karla Patricia (2014), en su estudio enfocado en el factor de riesgo para óbito fetal con DM nos informa la disminución de las tasas de presentación de óbito fetal de los últimos 40 años, en ellas todavía se encuentra gran dificultad para certificar la evaluación y la identificación de factores de riesgo, tales como gestaciones múltiples, primípara, edad materna avanzada, obesidad, y otras enfermedades entre ellas la Diabetes Mellitus. Pinto Macias, Karen Lissette, (2016), en su estudio complicaciones y factores de riesgo en gestantes adolescentes obtiene un 10% de Diabetes Gestacional como porcentaje de complicaciones encontrando entre las patologías asociadas la presencia de diabetes y obesidad. Ascue, (2014) en Lima, en su investigación, hace mención al sobrepeso y obesidad de las pacientes como factor de riesgo para

desarrollar DMG, coincide con la patología hallada en nuestra paciente, al concluir que los antecedentes familiares de diabetes están relacionados con el desarrollo de Diabetes Mellitus Gestacional. En el caso presentado por Gertrudis Rimbao Torres, (2006); en su estudio de la Diabetes Gestacional en Adolescentes embarazadas también coincide como complicación para el desarrollo de la diabetes Gestacional el peso excesivo al inicio del embarazo. Asimismo, en la evaluación clínica de nuestro paciente advertimos la falta de control asistencial preconcepcional coincidiendo con el estudio presentado por Lemay Valdez Amador (2011) en Cuba, adicionalmente el resultado metabólico del 42% considerado por Lemay Valdez como no óptimo también se relaciona con la intolerancia a la glucosa hallado en nuestro caso clínico. Adicionalmente, también se relaciona con el estudio de Guillen Godoy en cuanto a que el incremento de peso genera el nacimiento de hijos macrosómicos y partos por cesárea y no han tenido atención prenatal, finalmente, en la ciudad de la Paz Bolivia, (Lilian Patiño Sandoval 2013) obtuvo como resultado que las embarazadas adolescentes presentan apenas un 7.6% de morbilidad por casos de diabetes mellitus gestacional además de presentar otros riesgos similares de morbilidad a las gestantes no adolescentes.

2.3 CONCLUSIONES:

- 1) Las adolescentes con peso excesivo antes y durante el embarazo tienen factores de riesgo asociados a presentar DMG.
- 2) Las adolescentes con antecedentes familiares de diabetes son propensas a presentar DMG.
- 3) Desarrollar Diabetes Mellitus Gestacional por adolescentes embarazadas es de escasa frecuencia.

2.4 RECOMENDACIONES:

- 1) Iniciar investigación en otras áreas del Territorio Nacional, con el propósito de detectar variables riesgosas asociados a la generación de Diabetes Mellitus Gestacional.
- 2) Recomendar el control de glucosa más estricto y cuidadoso a todas las gestantes adolescentes que tienen estado nutricional de obesidad, esto a causa de comprometer la posibilidad de generar Diabetes Mellitus Gestacional, así como tener un asesoramiento nutricional.
- 3) Recomendar una atención preconcepcional oportuna y control prenatal temprano en las adolescentes con indicación de factores de riesgo y/o de antecedentes asociados al desarrollo de la DMG.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2018).
2. Perú: Guía de práctica técnica para el diagnóstico tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención RM. N° 719-2015/MINSA.
3. Arrasco K. Diabetes Mellitus como factor de riesgo para óbito fetal en gestantes del Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis de licenciatura. Perú. Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
4. Okumura J; Marticorena D; Tejeda J; Mayta-Tristán P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. Rev. Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2014;14(4):383–92.
<http://hdl.handle.net/10757/3445345-Ostos> Fernández, Nicole Fiorella (2018) available from: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1540>
5. Arrasco Castro, Karla Patricia, Tesis Pregrado Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego 1, 2014.
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/491>
6. Pinto Macías, Karen Lisette, Factores de riesgo y complicaciones maternas

en el embarazo en adolescentes. Universidad de Guayaquil. Facultad de ciencias médicas. Escuela de medicina. 2016.

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/26099>

7. Ascue, M. Diabetes gestacional y su relación con obesidad en gestantes que acuden al Hospital Nacional Dos de Mayo, entre junio 2011 y mayo de 2012 (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

<http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/4176>

8. Gertrudis Rimbao Torres, 1 Jeddú Cruz Hernández, 2 Omayda Safora Enríquez, 3 Aldo Rodríguez Izquierdo, 4 Margarita Morales Chamizo⁵ y Alejandro Velasco Boza³ [Revista Cubana de Medicina General Integral](#)

9. Valdés Amador, Lemay. Hospital docente Gineco obstétrico "Ramón González Coro". La Habana, Cuba. Calle 21 No. 854 entre 4 y 6. Plaza de la Revolución. Zona Postal 10400. Ciudad Habana. Correo electrónico: lemayval@infomed.sld.cu

10. Guillen Godoy, Mauricio Alfredo, Saavedra Freire, Yessenia Vannesa, Andrade Véliz, Jorge Washington.

<http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4517>

11. Patiño Sandoval, Ana Lilian, Estudio de Causas de Morbilidad en embarazadas Adolescentes comparada con no adolescentes en Agosto 2012 a julio 2013 Hospital Juan XXIII de la ciudad de la Paz. Bolivia.
<http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/10442>

12. E. Reyes-Muñoz Reyes-Muñoz E, Reyes-Mayoral Ch, Sandoval-Osuna NL, Lira-Plascencia J, Ramírez-Torres MA, Ortega-González C, Martínez-Cruz N, Arce-Sánchez L. Prevalencia y resultados perinatales adversos en adolescentes con diabetes mellitus gestacional según tres criterios diagnósticos internacionales. Ginecol Obstet Mex 2017 mayo; 85(5):298-305. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_serial&pid=0300-9041&lng=es&nrm=iso

13. NTS N°105-MINSA/DGSP.V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención integral de Salud Materna.

14. Guía práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus que se origina en el embarazo (2011) MINSA.