Mi Universidad

CASO CLÍNICO

Nombre del Alumno: Andi Saydiel Gómez Aguilar

Nombre del tema: Caso clínico DMG

Parcial: II

Nombre de la Materia: Fisiopatología III

Nombre del profesor: Dr. Guillermo del Solar Villarreal

Nombre de la Licenciatura: ***Licenciatura en Medicina Humana.***

Semestre: IV

Lugar y Fecha de elaboración: Tapachula, Chiapas a 20 de Abril del 2025

CASO CLINICO
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG)

Ficha de identificación

Paciente: Perla Besares Pérez, 36 años, secretaria.
Gineco-obstétricos: G2 P2 A0, FUM 08/12/2024.
Antecedentes familiares: Madre y padre con DM tipo 2.
Comorbilidades personales: Alergia a losartán, vida sedentaria, dieta con alto contenido calórico, sobrepeso.

Diagnóstico inicial

Motivo de consulta: Sospecha de embarazo, confirmado clínicamente y por USG (9-10 SDG).
Hallazgos iniciales: Peso de 80 kg, IMC ~31.25 (obesidad grado I), acantosis nigricans (indicador de resistencia a la insulina).

Exploración física

- **IMC elevado**
- **Signos clínicos relevantes:** acantosis nigricans, indicativo de resistencia a la insulina.
- **Constantes vitales estables durante el seguimiento.**
- **Fondo uterino y latido fetal dentro de parámetros normales hasta la semana 35.**

Evolución y diagnóstico de DMG

- A las 26 SDG se detecta hiperglucemia (glucosa sérica de 130 mg/dl), lo cual sugiere alteración en el metabolismo de la glucosa.

- A pesar de la recomendación de insulina, inicialmente se inicia con metformina 850 mg cada 24 h.
- A las 30 SDG, tras persistencia de hiperglucemias (glucosa de 120 mg/dl), se inicia tratamiento con insulina NPH y rápida.

Complicaciones del embarazo

- **Macrosomía fetal:** Se estima peso fetal de 4300 g a las 35 SDG.
- **Situación transversa fetal y circular de cordón a cuello:** Riesgos de parto distócico y sufrimiento fetal.
- **Amenaza de parto pretérmino a las 36 SDG:** Se refiere a unidad de salud para resolución obstétrica.
- **Resolución:** Cesárea sin complicaciones, producto masculino de 4.9 kg, APGAR 9/10.

Consideraciones clínicas

La DMG con mal control puede llevar a complicaciones perinatales como macrosomía, parto complicado, hipoglucemia neonatal y riesgo de desarrollar DM tipo 2 tanto en la madre como en el hijo.
El uso inicial de metformina es aceptable en ciertos contextos, pero el cambio oportuno a insulina fue clave.

Recomendaciones postnatales

- Revisión de glucemia en la madre a las 6-12 semanas postparto (descartar DM2).
- Fomentar la lactancia materna.
- Plan nutricional y ejercicio físico regular.
- Tamizaje de glucosa anual por riesgo de evolución a DM2.

ANÁLISIS

El caso clínico muestra una situación compleja pero muy común en la práctica obstétrica actual. Desde una perspectiva personal, considero que este caso es un ejemplo didáctico de cómo la atención prenatal temprana y oportuna puede marcar la diferencia en el pronóstico materno y fetal. Aunque la paciente inicialmente tuvo una falta de seguimiento en su control prenatal, fue posible retomar el manejo de manera efectiva una vez que reingresó al sistema de salud.

Uno de los aspectos más significativos es cómo la educación en salud y la toma de decisiones compartidas influyen directamente en el tratamiento. La negativa inicial al uso de insulina refleja el temor o desconocimiento que muchas pacientes tienen hacia esta terapia, lo que subraya la necesidad de fortalecer la comunicación médico-paciente y ofrecer orientación clara y empática.

Otro punto crítico es la evolución hacia un producto macrosómico, lo que, en conjunto con la situación transversa y la circular de cordón, condicionó una cesárea necesaria. A pesar de los riesgos asociados, el resultado neonatal fue favorable, lo cual habla de un buen manejo perinatal y de una respuesta adecuada del equipo de salud.

Desde mi perspectiva, el caso deja lecciones claras:

La detección oportuna y vigilancia estrecha del embarazo en pacientes con factores de riesgo metabólico son indispensables.

Es fundamental el acompañamiento educativo durante el embarazo, especialmente cuando se requieren cambios significativos en estilo de vida o aceptación de tratamientos complejos como la insulinoterapia.

La colaboración multidisciplinaria (obstetricia, nutrición, medicina general, trabajo social) es clave para lograr buenos desenlaces en este tipo de casos.