

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**DESENLACE MATERNO EN UN CASO CLÍNICO DE DIABETES
MELLITUS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LORETO EN EL AÑO 2022**

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Obsta. Grace Milagros Mozzo Sibina

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

TACNA – PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

DESENLACE MATERNO EN UN CASO CLÍNICO DE DIABETES
MELLITUS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LORETO EN EL AÑO 2022

TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

Obsta. Grace Milagros Mozzo Sibina

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

Aprobada por **mayoria** ante el siguiente jurado:



Dra. Soledad Carmen Sotelo Gonzales
Presidenta



Dra. Karen Meddelit Mendoza Gutierrez
Secretaria



Mg. Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar
Vocal



Mg. Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar
Asesora



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Unidad de Seguridad Especialidad Profesional de Obstetricia



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Mg. Yubitzta Del Lourdes Pérez Aguilar**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 064-2024-SEP/FACS-UNJBG del 22 de mayo de 2024, del Trabajo Académico titulado: **DESENLACE MATERNO EN UN CASO CLÍNICO DE DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO EN EL AÑO 2022**, presentado por la Obsta. Grace Milagros Mozzo Sibina. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 4 %. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del Trabajo Académico enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 12 de octubre de 2025.

FIRMA ASESORA

Nombres y Apellidos: Yubitzta Del Lourdes Pérez Aguilar
DNI: 41196108



Huella dactilar

FIRMA AUTORA

Nombres y Apellidos: Grace Milagros Mozzo Sibina



Huella dactilar

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a los docentes de la segunda especialidad en obstetricia por su invaluable apoyo y orientación. Su dedicación y compromiso con la enseñanza han enriquecido mis conocimientos y habilidades, siendo clave para la culminación exitosa de este trabajo.

Mi sincero agradecimiento a la Obsta. Yubitza De Lourdes Pérez Aguilar, destacada docente de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por su experta orientación, sus valiosas recomendaciones y apoyo constante durante todo el proceso de la investigación realizada.

Gracias por inspirarme a seguir adelante y por ser un ejemplo de excelencia y profesionalismo en el campo de la obstetricia.

DEDICATORIA

A mis queridos padres, cuyas sabias enseñanzas y consejos me han formado en una persona de bien.

También a mis hijos, cuya presencia y amor inquebrantable me dieron la fuerza necesaria para alcanzar mis metas. Su apoyo y alegría diaria han sido una fuente de motivación.

Por último, a mi compañero de vida, quien en todo momento esta conmigo y me da la fuerza y el ánimo necesarios para enfrentar los momentos complicados.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Justificación e importancia	4
1.4 Objetivos	6
1.4.1 Objetivo general	6
1.4.2 Objetivos específicos	7
MARCO CONCEPTUAL	8
2.1 Diabetes Mellitus	8
2.2 Definición:	8
2.3 Clasificación:	8
2.3.1 Diabetes mellitus pregestacional	8
2.3.2 Diabetes Mellitus gestacional	9
2.3.3 Diabetes franca o diabetes manifiesta	9
2.4 Incidencia	9
2.5 Etiología	10

2.6 Factores de riesgo	11
2.7 Fisiopatología	12
2.8 Formas Clínicas	16
2.9 Exámenes Auxiliares	17
2.10 Tratamiento:.....	19
2.11 Complicaciones	21
MARCO METODOLÓGICO	27
3.1 Anamnesis	27
DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS	72

RESUMEN

Objetivo: Analizar el desenlace materno de un caso clínico de diabetes mellitus atendido en el Hospital Regional de Loreto en el año 2022.

Metodología: Análisis de caso clínico. **Resultados:** Paciente de 25 años, ingresa al Hospital Regional de Loreto referida de la periferia, por presentar malestar general, fiebre, leucorrea, ulceración en talón derecho y lesiones múltiples pruriginosas en el cuerpo; con diagnóstico de segundigesta de 18 semanas por ultrasonografía, sepsis y diabetes mellitus I pregestacional; es hospitalizada recibiendo como tratamiento control HGT cada 6 horas, insulina a escala móvil, antibióticos: Clindamicina, Ceftriaxona y Meropenem; también, se determinó complicación con pie diabético y shock séptico; después de 5 días de evolución desfavorable fallece, siendo clasificada como muerte materna indirecta. **Conclusión:** los factores de riesgo identificados fueron antecedentes de diabetes mellitus en familiares de primer grado y la falta de una atención prenatal adecuada, como complicaciones se identificó la infección vaginal, el pie diabético, el shock séptico y la muerte materna.

Palabras Clave: Diabetes mellitus pregestacional. diabetes mellitus gestacional, muerte materna, sepsis.

ABSTRACT

Objective: To analyze the maternal outcome of a clinical case of diabetes mellitus treated at the Loreto Regional Hospital in 2022. **Methodology:** Clinical case analysis. **Results:** A 25-year-old patient was admitted to the Regional Hospital of Loreto, referred from the periphery, due to general malaise, fever, leukorrhea, ulceration on the right heel and multiple pruritic lesions on the body; with a diagnosis of 18-week second digestive tract by ultrasonography, sepsis and pregestational diabetes mellitus I; She is hospitalized receiving HGT control treatment every 6 hours, insulin on a sliding scale, antibiotics: Clindamycin, Ceftriaxone and Meropenem; Also, complications with diabetic foot and septic shock were determined; After 5 days of unfavorable evolution, she died, being classified as indirect maternal death. **Conclusion:** the risk factors identified were a history of diabetes mellitus in first-degree relatives and the lack of adequate prenatal care; vaginal infection, diabetic foot, septic shock, and maternal death were identified as complications.

Keywords: Pregestational diabetes mellitus. gestational diabetes mellitus, maternal death, sepsis.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta a millones de personas a nivel global, con una prevalencia que permanece en ascenso. Entre las diversas complicaciones asociadas a esta enfermedad, uno de los aspectos más alarmantes es el efecto que tiene en la salud materna. La conexión entre la diabetes y la mortalidad materna es un tema crucial en la salud pública, dado que las mujeres embarazadas con diabetes mellitus enfrentan riesgos notablemente más altos, tanto para su propia vida como para el de su recién nacido.

La diabetes mellitus (DM) tipo 2 se clasifica como una enfermedad crónica no transmisible, destacándose por su significativa morbilidad, mortalidad y discapacidad asociada. A pesar de los esfuerzos para reducir su tasa de mortalidad, el desafío sigue siendo considerable, especialmente en países de ingresos medios y bajos, donde la complejidad del problema es aún mayor (1).

La prevalencia de diabetes durante la gestación se encuentra en ascenso en todo el mundo, esto se debe principalmente por factores de riesgo como el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo, que afecta actualmente a nuestra sociedad, las mujeres durante la etapa fértil pueden presentar diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), prediabetes o diabetes gestacional (2, 3).

A nivel mundial, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cantidad de personas con diabetes ha experimentado un aumento significativo, de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. Este incremento ha sido particularmente pronunciado en los países de ingresos bajos y medianos, en contraste con los países de altos ingresos. Además, entre los años 2000 y 2019, se observó un incremento del 13% en las tasas de mortalidad por diabetes ajustadas por edad en estos países (4).

Se estima que alrededor del 1% de las mujeres embarazadas tienen diabetes mellitus (DM) pregestacional. Además, entre el 12% o más, según la metodología diagnóstica empleada, desarrollarán diabetes mellitus gestacional. Entre las mujeres que presentan diabetes durante la gestación, se calcula que alrededor del 87,5% tiene diabetes mellitus gestacional, el 7,5% padece diabetes mellitus tipo 1 y el 5% sufre de diabetes mellitus tipo 2 (5). Según el Ministerio de Salud de Perú, los casos de diabetes en la región de Loreto han ido en aumento, en el año 2017 se reportaron 283 casos, en el 2018, 449 casos, y en el 2019 los casos aumentaron a 772, con una tasa de incidencia de 71,6 por cada 100,000 habitantes en ese último año (6).

La finalidad de este trabajo académico es investigar la relación entre la diabetes y la mortalidad materna, examinando los factores de riesgo, las señales de alerta, las características epidemiológicas, exponer el manejo y

tratamiento de una gestante con diagnóstico de diabetes mellitus en el
Hospital Regional de Loreto

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La diabetes es un trastorno complejo y crónico, que necesita una continua atención médica con el objeto de reducir los múltiples riesgos asociados y llevar a cabo un control glicémico; la Asociación Americana de Diabetes (ADA), en el 2018 clasificó a la Diabetes de acuerdo a su etiología en 4 categorías: diabetes tipo 1, que es la deficiencia de insulina por la destrucción autoinmune de las células β ; diabetes tipo 2 provocada por la progresiva disminución de la secreción de insulina de células β ; diabetes mellitus gestacional (DMG), diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo, en mujeres que no tenían diabetes antes de quedar embarazadas (7).

Se estima que alrededor del 1% de las mujeres embarazadas tienen diabetes mellitus pregestacional, mientras que aproximadamente el 12% o más, dependiendo de la metodología de diagnóstico, desarrollará diabetes mellitus gestacional; también se estima que de las mujeres que presentan diabetes durante el embarazo alrededor del 87,5 % tiene diabetes mellitus gestacional, el 7,5 % tiene diabetes mellitus tipo 1 y el 5% diabetes Mellitus tipo 2 (5).

La federación Internacional de Diabetes (FID) reportó que el 16,7% (21.1 millones) de nacidos vivos de mujeres en el 2021 presentaron alguna forma de hiperglucemia en el embarazo, de estos el 80,3% se debieron a diabetes mellitus gestacional (8). La prevalencia mundial de diabetes mellitus gestacional oscila entre el 2 al 10% (9); en los Estados Unidos hay una prevalencia aproximada del 7,6% de todos los embarazos (10).

La mitad de las personas portadoras de diabetes aún no se han diagnosticado, principalmente la del tipo 2, se estima que la mitad de los diabéticos del mundo viven en China, India, Estados Unidos, Brasil e Indonesia; en comparación de China e India que presentan una mayor prevalencia de diabetes con 24,4% y 15,3% respectivamente. La prevalencia en América latina es de 8,3% en hombres y 8,1% en mujeres; ante este panorama la Federación Internacional de Diabetes (FID) planteó que la diabetes se incrementará en más del 51% en el mundo en relación con 2019; en América Central y del Sur este incremento será mayor de 55% (11).

En Perú durante el año 2022, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la diabetes mellitus presentó una prevalencia de 5,1%, siendo mayor en mujeres con 5,5% en comparación con los hombres 4,7%: así mismo por región natural el

mayor porcentaje se encuentra en la costa con 6.0%, seguido de la selva con 4,5% y la sierra con 3,0% (12).

De acuerdo con el Ministerio de Salud, los casos de diabetes en la región Loreto han aumentado. En 2017 se reportaron 283 casos, en 2018 se notificaron 449, y en 2019 se registraron 772 casos; teniendo una tasa de 71,6% para este último año (13). En el año 2023 en la región Loreto, se notificaron 1973 casos de diabetes, siendo predominante la diabetes tipo 2 con 1945 casos y con prevalente en mujeres con un 65% del total de casos reportados (14)

Las gestantes que presentan diabetes mellitus, gestacional o pregestacional, tienen un elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo incluso después de su culminación; se tiene que hasta el 18% de gestantes con diabetes pregestacional presenta alguna forma de hipertensión inducida por la gestación y que el 50% de las mujeres que experimentaron diabetes gestacional tienen un 50% de probabilidad de desarrollar diabetes mellitus, predominantemente tipo 2, y también pueden volver a presentar diabetes gestacional en un futuro embarazo (15).

Diversos estudios encontraron un significativo aumento en el riesgo de defectos cardíacos congénitos en hijos de madres

diabéticas comparando con embarazos no diabéticos, este se incrementa aún más en todos los tipos de diabetes pregestacional (16); también se ha identificado una asociación entre la diabetes mellitus gestacional (DMG) y varias complicaciones maternas durante el embarazo, como la preeclampsia, el parto pretérmino, la necesidad de inducción del trabajo de parto y la cesárea. Además, se incrementa el riesgo de complicaciones en el recién nacido, incluyendo mortinatos, macrosomía, traumatismos durante el parto, y la posibilidad de desarrollar enfermedades metabólicas en el futuro (10).

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el desenlace materno de un caso clínico de diabetes mellitus atendido en el Hospital Regional de Loreto en el año 2022?

1.3 Justificación e importancia

Las mujeres que cursan con diabetes durante la gestación presentan un elevado riesgo de complicaciones maternas y neonatales comprándolas con gestantes sin diabetes; en un estudio de cohorte realizado en Inglaterra y Gales concluyó que se presentan altas tasas de parto prematuro y de bebés que nacieron grandes para la edad gestacional; también se reportaron tasas más altas de muertes

perinatales en mujeres con diabetes tipo 2, el cual representa más del 50% de los embarazos complicados por diabetes preexistente (17).

El aumento de la incidencia de la obesidad a nivel mundial, condicionó que este alcance niveles similares a una epidemia, donde el número de mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes mellitus gestacional se encuentra elevados y estas presentan riesgos de múltiples complicaciones durante el embarazo, dentro de estos riesgos tenemos la hipertensión inducida por el embarazo, la macrosomía, las malformaciones congénitas y la hipoglicemia neonatal (18).

Ante el hecho concreto de que la diabetes mellitus durante el embarazo conlleva a diversas complicaciones maternas y perinatales los cuales han sido reportados en diversos estudios, nos encontramos frente a un problema de salud pública que viene agravándose conforme pasan los años. En ese sentido la importancia de nuestro trabajo se encuentra en la revisión de un caso clínico de diabetes mellitus pregestacional que conllevó a la muerte de una gestante, a fin de analizarlo, establecer sus características demográficas y factores de riesgo para permitir a nivel práctico que los profesionales de salud puedan referenciar y utilizar esta investigación para prevenir muertes maternas asociadas a diabetes.

En el aspecto metodológico, la presente investigación aporta información y datos actualizados de fuentes científicas sobre la diabetes mellitus gestacional, el cual puede conllevar a múltiples complicaciones materno perinatales, estos no servirán para comparar distintos escenarios y de esa forma enriquecer protocolos de atención, políticas de salud, lineamientos de salud entre otros documentos a los que se pueda aportar.

Por último, queremos mencionar que a través del presente estudio queremos contribuir a la disminución de la morbilidad materno perinatal de nuestra región y del Perú, considerando que durante el desarrollo de la actividad profesional del Obstetra se atienden gestantes con diagnóstico de diabetes y debemos estar preparados para la atención y manejo adecuado de estas pacientes.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Analizar el desenlace materno de un caso clínico de diabetes mellitus atendido en el Hospital Regional de Loreto en el año 2022.

1.4.2 Objetivos específicos

- 1.4.2.1 Describir las características socio demográficas de la paciente con diabetes mellitus atendida en el Hospital Regional de Loreto en el año 2022.
- 1.4.2.2 Describir los factores de riesgo de la paciente con diabetes mellitus atendida en el Hospital Regional de Loreto en el año 2022.
- 1.4.2.3 Identificar las principales complicaciones obstétricas y médicas de la paciente con diabetes mellitus atendida en el Hospital Regional de Loreto en el año 2022.
- 1.4.2.4 Conocer el manejo clínico y tratamiento recibido por la paciente con diabetes mellitus y su relación con el desenlace materno en el Hospital Regional de Loreto en el año 2022.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1 Diabetes Mellitus

2.2 Definición:

La diabetes es una afección metabólica crónica que se distingue por un aumento persistente de los niveles de glucosa en la sangre, lo que, con el tiempo, puede ocasionar daños significativos en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios (19).

2.3 Clasificación:

Se muestra la siguiente clasificación considerando la ocurrencia de la diabetes mellitus durante el embarazo:

2.3.1 Diabetes mellitus pregestacional.

Se considera diabetes mellitus pregestacional a la que se diagnostica antes de la concepción (5, 20). Se clasifica en:

- ✓ Diabetes mellitus tipo 1.
- ✓ Diabetes mellitus tipo 2.
- ✓ Otros tipos incluyen la diabetes tipo MODY, así como la diabetes secundaria a fármacos, infecciones, síndromes genéticos, entre otros.

✓

2.3.2 Diabetes Mellitus gestacional

Aquella que se reconoce por primera vez en la gestación actual (5, 20).

2.3.3 Diabetes franca o diabetes manifiesta

Mujeres que presentan hiperglucemia significativa durante la primera visita prenatal pueden mostrar uno de los siguientes parámetros analíticos (20):

- ✓ Glucemia basal ayunas mayor o igual a 126 mg/dl.
- ✓ HbA1c igual o mayor a 6,5%
- ✓ Glucemia plasmática aleatoria o glucosa plasmática después de 2 horas tras SOG igual o mayor a 200 mg/dl.

Para la Asociación Americana de Diabetes (ADA) Se debe considerar diabetes manifiesta aquella diagnosticada según criterios estándar durante el primer trimestre del embarazo. Este diagnóstico de diabetes manifiesta indica un origen pregestacional.

2.4 Incidencia

Alrededor del 1% de las mujeres embarazadas tiene diabetes mellitus pregestacional, y entre el 5% y el 12% de los casos, dependiendo de la metodología diagnóstica empleada, desarrollarán diabetes mellitus gestacional durante el embarazo (4, 5).

2.5 Etiología

Con respecto a la diabetes pregestacional puede estar determinada por la destrucción autoinmune o idiopática de las células β pancreáticas en el 90% de los casos, tal como sucede en la diabetes Mellitus tipo 1, o también por la glucotoxicidad crónica que conlleva a apoptosis de células β pancreáticas conllevando a un déficit de secreción de insulina por parte del páncreas endocrino así como el aumento en la secreción de glucagón, aumento en la producción hepática de glucosa, disminución de la captación periférica de glucosa, incremento de la lipólisis, reducción del efecto incretina, aumento de la reabsorción renal de glucosa, disminución de neurotransmisores, aumento de la absorción intestinal de glucosa, cambios de la microbioma intestinal, desregulación inmune e inflamación como sucede en la diabetes mellitus tipo 2 (20).

La diabetes mellitus gestacional, que acontece durante el embarazo representa una condición metabólica y fisiológica compleja que podría ser considerado como un estado de prueba de tolerancia biológica que tiene la capacidad de detectar la resistencia a la insulina, la disfunción de las células β pancreáticas también podría desempeñar un papel importante en la fisiopatología de la diabetes mellitus gestacional (20).

2.6 Factores de riesgo

Se han identificado varios factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus, y durante el embarazo se consideran especialmente: edad materna avanzada, etnia, antecedentes de diabetes gestacional y antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2; las mujeres mayores de 40 años presentan el doble de riesgo de desarrollar diabetes mellitus gestacional en comparación de mujeres menores de 30 años (21, 22).

También se considera que niveles plasmáticos bajos de vitamina D y vitamina C y el incremento de grasas en la dieta durante el embarazo incrementa el riesgo de desarrollar diabetes mellitus gestacional; en general podemos mencionar los siguientes factores de riesgo (20, 21, 22):

- ✓ Sobrepeso u obesidad (índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 25 kg/m²).
- ✓ Edad avanzada de la madre.
- ✓ Etnia latina.
- ✓ Antecedentes familiares de primer grado con diabetes mellitus tipo 2.
- ✓ Historial previo de diabetes mellitus gestacional.
- ✓ Paridad.
- ✓ Feto de sexo masculino.

- ✓ Embarazo múltiple.
- ✓ Influencias genéticas.
- ✓ Ovarios poliquísticos.
- ✓ Consumo de tabaco.
- ✓ Factores psicosociales, como la depresión durante el embarazo.
- ✓ Hábitos alimenticios poco saludables previos al embarazo.
- ✓ Actividad física insuficiente antes y durante el embarazo.

2.7 Fisiopatología

Disfunción de células β

La disfunción de las células β se manifiesta cuando estas no pueden detectar correctamente los niveles de glucosa en sangre o liberar suficiente insulina en respuesta. Este desorden se considera resultado de una producción excesiva y prolongada de insulina debido a un exceso crónico de glucosa. La disminución de la absorción de glucosa estimulada por insulina agrava la hiperglucemia, sobrecargando las células β , que deben producir más insulina en respuesta. Esta contribución directa de la glucosa al desorden de las células β se conoce como glucotoxicidad. Una vez iniciada la disfunción de las células β , comienza también un círculo vicioso de

hiperglicemia, resistencia a la insulina y mayor disfunción de las células β (20).

Resistencia cónica a la insulina

Esta se presenta cuando las células ya no responden adecuadamente a la insulina. A nivel molecular, esto resulta en una translocación inadecuada del transportador de glucosa 4 (GLUT4) en la membrana plasmática. GLUT4 es el transportador principal encargado de llevar la glucosa a las células musculares estriadas, donde se utiliza como fuente de energía (20).

Durante un embarazo normal, las células β se hipertrofian e hiperplasan para satisfacer las mayores demandas metabólicas. A medida que la sensibilidad a la insulina disminuye, los niveles de glucosa en sangre tienden a aumentar; culminado el embarazo todo vuelve a la normalidad o pueden permanecer alteradas como una vía hacia la diabetes mellitus gestacional en el futuro embarazo o instalar una diabetes mellitus tipo 2 (20).

En la diabetes gestacional, las células β no son capaces de satisfacer las demandas aumentadas del embarazo. Esta incapacidad, combinada con una disminución en la sensibilidad a la insulina, resulta en hiperglucemia (20).

Redes Neuro hormonales

Esta red controla el apetito, el gasto energético y la tasa metabólica basal, y está compuesta por una compleja red de centros en el sistema nervioso central (por ejemplo, centros corticales que controlan las señales cognitivas, visuales y de recompensa) y periféricos (saciedad y hambre). Entre los reguladores clave del control metabólico neurohormonal se encuentran las adipocinas, que son proteínas de señalización celular secretadas primordialmente por el tejido adiposo. Entre ellas se incluyen la leptina y la adiponectina (20, 22).

La leptina, que actúa como la hormona de la saciedad, se secreta principalmente por los adipocitos en respuesta a suficientes reservas de energía. Su función incluye inhibir el neuropéptido Y (NPY), que estimula el apetito, y el péptido relacionado con agouti (AgRP), además de activar el polipéptido anoxigénico pro-opiomelanocortina (POMC): la obesidad se asocia con una excesiva concentración de leptina en plasma como resultado de la resistencia a la leptina. La placenta también secreta leptina durante el embarazo humano y es responsable de la mayoría de leptina plasmática durante el embarazo: la producción de leptina placentaria se incrementa en la diabetes mellitus gestacional, contribuyendo a la hiperleptinemia (20, 22).

La adiponectina, hormona secretada principalmente por los adipocitos. Las concentraciones plasmáticas de adiponectina son inversamente proporcionales a la masa de tejido adiposo, con bajas concentraciones en individuos obesos. La diabetes mellitus gestacional se asocia de manera similar con una disminución de adiponectina y juega un papel muy importante en la patogénesis de la diabetes mellitus gestacional (20, 22).

Transporte Placentario

Durante la gestación, la placenta contribuye a la resistencia a la insulina al secretar hormonas y citocinas. Además, al estar expuesta a la hiperglucemia y sus efectos en la diabetes mellitus gestacional, la placenta puede verse afectada en su capacidad para transportar glucosa, aminoácidos y lípidos (20).

La glucosa es la principal fuente de energía para el feto y la placenta, y debe estar disponible en todo momento. El transporte de glucosa a través de la placenta se realiza mediante el transportador GLUT1, que funciona por difusión independiente del sodio, por lo que la insulina no es necesaria para este proceso. A pesar de esto, la placenta expresa receptores de insulina, y la señalización de insulina puede influir en el metabolismo de la glucosa en la placenta. La placenta es especialmente sensible a la hiperglucemia materna, lo

que contribuye directamente al crecimiento fetal y a la macrosomía (20).

El transporte de aminoácidos a través de la placenta es crucial para el crecimiento fetal. En la diabetes mellitus gestacional, se observa una mayor actividad de los sistemas de transporte de aminoácidos A y L. Además, el transporte alterado de aminoácidos puede ser un mecanismo por el cual una alta ingesta de proteínas contribuye a la diabetes mellitus gestacional (20).

2.8 Formas Clínicas

Los síntomas asociados a la diabetes mellitus pregestacional y gestacional pueden aparecer de forma repentina y generalmente son parecidos a los de la diabetes mellitus tipo 2, la sintomatología puede ser leve y tardar años en notarse, estos pueden ser (4, 5, 20):

- Sed excesiva.
- Frecuencia urinaria aumentada.
- Visión nublada.
- Fatiga o agotamiento.
- Reducción abrupta de peso.

2.9 Exámenes Auxiliares

En la actualidad, es complicado encontrar una prueba diagnóstica que sea costo-efectiva y que proporcione a las mujeres embarazadas un diagnóstico oportuno; se consideran las siguientes estrategias (5,20, 23):

- Estrategia de un solo paso

Se aconseja llevar a cabo el Test de Tolerancia Oral a la Glucosa (TTOG) utilizando 75 gramos de glucosa, en mujeres sin diagnóstico previo de diabetes mellitus, entre las 24 a 28 semanas de gestación, se realiza medición de la glucosa plasmática en ayunas después de la primera y segunda hora post administración de 75 gramos de glucosa. La prueba debe realizarse por la mañana, después de un ayuno nocturno de al menos 8 horas.

El diagnóstico de diabetes mellitus gestacional se establece cuando se obtienen valores de glucosa plasmática que cumplen o superan algunos de los siguientes umbrales:

- ✓ En ayunas: > 92 mg/dl.
- ✓ 1ra hora: > 180 mg/dl
- ✓ 2da hora: > 153 mg dl

- Estrategia de dos pasos

- Paso 1:

Realizar una prueba de carga oral de glucosa con 50 gramos (no es necesario estar en ayunas) y realizar una medición plasmática de glucosa a la primera hora en mujeres sin diagnóstico previo de diabetes mellitus, entre las 24 a 28 semanas de gestación. Si la medición de la glucosa plasmática una hora después de la carga está entre 130 y 140 mg/dl, se debe realizar una prueba de tolerancia oral a la glucosa (TTOG) con 100 gramos de glucosa.

- El TTOG con 100 gramos de glucosa debe realizarse en ayunas. El diagnóstico de diabetes mellitus gestacional se establece si al menos dos de los cuatro valores de glucosa plasmática cumplen o superan los niveles indicados por los criterios de Carpenter-Coustan:
 - ✓ En ayunas: ≥ 95 mg/dl
 - ✓ Primera hora: ≥ 180 mg/dl
 - ✓ Segunda hora: ≥ 155 mg/dl
 - ✓ Tercera hora: ≥ 140 mg/dl

2.10 Tratamiento:

La estrategia principal para tratar a las mujeres con diabetes mellitus pregestacional o gestacional implica adoptar una dieta apropiada, hacer ejercicio regularmente y vigilar de cerca los niveles de glucosa en sangre (20, 23).

El control glicémico permitirá tomar decisiones terapéuticas rápidas, los objetivos del control glicémico son (20, 23):

- Glicemia en ayunas: < 95 mg/dl
- Glicemia 1 hora posprandial: < 140 mg/dl
- Glicemia 2 horas posprandial: < 120 mg/dl

Tratamiento no farmacológico de la diabetes mellitus pregestacional y gestacional.

Estudios observacionales proponen que las dietas saludables antes y durante el embarazo, como la ingesta alta de grasas, la ingesta baja de carbohidratos y fibra, y una dieta con una alta carga glucémica, aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus gestacional. El ejercicio ayuda a superar la resistencia a la insulina y a controlar la hiperglicemia en ayunas y después de las comidas, y debe usarse como complemento de las intervenciones nutricionales para mejorar los niveles de glucosa en sangre en la

madre; se desconoce el ejercicio ideal, pero se recomienda caminar rápido después de las principales comidas (20, 23).

La ingesta energética de macronutrientes recomendada diariamente es de 33-40% de carbohidratos complejos, 35-40% de grasas y 20% de proteínas; también se debe dar suplementos con vitamina D, ya que ha demostrado una disminución de la resistencia a la insulina. La administración de suplemento de mioinositol durante 8 semanas en mujeres embarazadas con diabetes mellitus gestacional produce una disminución de los niveles plasmáticos de insulina y glucosa. Se debe incluir ingesta de especies probióticas que han demostrado efectos hipoglucemiantes en dosis diarias de 108-1010 unidades productoras de colonias (20, 23).

Tratamiento farmacológico

La insulina es el tratamiento farmacológico de primera línea recomendado para el tratamiento de la diabetes mellitus gestacional, se ha demostrado que la insulina mejora los resultados perinatales en hijos de madres con diabetes mellitus gestacional (20, 23).

La insulina es eficaz y segura para el feto ya que no cruza la placenta, el tratamiento con insulina puede ser un régimen basal bolo con insulina de acción prolongada o intermedia una o dos veces al día y una insulina de acción rápida o ultra rápida antes de las

comidas principales. La dosis inicial es de 0.3 unidades internacionales (UI) por kilogramo (peso corporal) por 24 horas al iniciar el tratamiento con insulina, pudiendo llegar la dosis diaria a 1 UI por kilogramo de peso corporal (20, 23).

La metformina se vincula con un menor riesgo de hipoglucemia neonatal y un menor aumento de peso materno en comparación con la insulina. Sin embargo, esta sustancia cruza la placenta con facilidad, lo que resulta en niveles de metformina en la sangre del cordón umbilical que suelen ser más altos que en la sangre materna; estudios han demostrado que los hijos de madres con diabetes mellitus gestacional que recibieron tratamiento con metformina, mostraron que su descendencia tenía un IMC más elevado y un incremento del límite de la grasa corporal (23).

Respecto a la Gliburida, esta atraviesa la placenta y se asocia con incremento de la hipoglicemia neonatal, macrosomía e hiperbilirrubinemia, su concentración en el plasma del cordón es del 50-70% comparado con los niveles maternos (23).

2.11 Complicaciones

Muerte materna:

La mortalidad materna es una preocupación de salud pública que se ha priorizado tanto a nivel nacional como internacional,

abordándose con una variedad de estrategias para reducir su ocurrencia (24). La muerte materna se ve afectada por la profunda desigualdad del país a nivel regional y por grupo poblacional. Las zonas con mayor mortalidad materna son el noreste y sur de los Andes, así como zonas rurales con mayores desigualdades para acceder a los servicios de salud, altos índices de pobreza y baja participación de las mujeres en cuestiones que les afectan directamente, como su salud sexual y reproductiva (24, 25).

La mortalidad materna se refiere al fallecimiento de una mujer durante el embarazo o en los 42 días posteriores a su culminación, sin importar la duración o el lugar donde ocurrió el embarazo. Esta muerte debe ser causada por condiciones relacionadas con el embarazo o su tratamiento, excluyendo causas accidentales o incidentales. A continuación, se presentan algunas clasificaciones utilizadas en la práctica (24, 25).

No se ha encontrado referencia específica de que la diabetes mellitus como enfermedad desencadene una muerte materna, salvo complicaciones que puedan presentarse por un mal manejo de la enfermedad o incumplimiento de tratamiento.

Pie diabético:

La enfermedad del pie diabético es una de las complicaciones más graves asociadas a la diabetes mellitus. Este término describe el síndrome resultante de la interacción entre varios factores sistémicos, como la angiopatía, neuropatía e infecciones, y factores ambientales, como el estilo de vida, la higiene local y el uso de calzado inadecuado, además de factores intrínsecos. Estos elementos no solo favorecen la aparición de úlceras, sino que también contribuyen a su progresión y cronificación (26, 27).

La correcta clasificación de las lesiones del pie diabético es crucial, ya que define el tratamiento a seguir y proporciona información relevante sobre el pronóstico, especialmente en relación con la posibilidad de amputaciones. En los últimos años, se ha tendido a desarrollar sistemas más sofisticados que no solo se limitan a describir las lesiones, sino que también son capaces de prever de manera eficaz el riesgo de amputación (28).

Describiremos la clasificación de Wagner-Meggitt (1976) que se compone de seis categorías o grados, donde cada grado describe un tipo específico de lesión. Los tres primeros grados se centran principalmente en la profundidad de la lesión, el cuarto incorpora la infección como descriptor adicional, y los dos últimos grados consideran la presencia de enfermedad vascular (28).

Clasificación de Wagner-Meggitt		
Grado	Lesión	Características
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidades óseas
I	Úlceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel
II	Úlceras profundas	Penetra la piel grasa, ligamentos, pero sin afectar hueso, infectada
III	Úlcera profunda más absceso (osteomielitis)	Extensa y profunda, secreción, mal olor
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos.

Shock Séptico:

La sepsis se define como una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped ante una infección. El shock séptico es un tipo específico de sepsis en el que las alteraciones circulatorias, celulares o metabólicas están asociadas con un mayor riesgo de mortalidad. Los criterios clínicos para identificar a los pacientes con shock séptico incluyen la necesidad de vasopresores para mantener una presión arterial media de 65 mm Hg o superior, junto con un nivel de lactato sérico superior a 2 mmol/L (> 18 mg/dL), en ausencia de hipovolemia (29).

Infección vaginal:

La candidiasis durante el embarazo es uno de los factores predisponentes para el desarrollo de vulvovaginitis. Se ha demostrado que las mujeres embarazadas tienen una mayor susceptibilidad a la candidiasis vaginal, lo cual puede explicarse por los elevados niveles de estrógeno que se producen durante el embarazo, lo que incrementa el glucógeno vaginal y favorece el crecimiento de hongos (30).

Las pacientes con diabetes mellitus se considera vulnerable debido a su alta prevalencia de candidiasis vaginal. En estos pacientes, se ha observado que las especies *Candida glabrata* y *Candida tropicalis* representan un porcentaje mayor que *Candida albicans*. Este hallazgo está relacionado con pacientes diabéticos mal controlados, quienes presentan hiperglucemia, glucosuria y un aumento de la glucosa en las secreciones vaginales, lo que favorece la aparición de los signos y síntomas de vaginitis por la colonización del género *Candida* (30).

La vulvovaginitis por *Candida* es una enfermedad significativa que debe ser identificada de manera temprana en las mujeres, para poder ser tratada oportunamente y reducir complicaciones como esterilidad, embarazo ectópico, cáncer, morbilidad perinatal, partos prematuros, ruptura de membranas, abortos, enfermedad inflamatoria pélvica,

salpingitis y endometritis. Asimismo, es crucial reconocer y tratar la vulvovaginitis en poblaciones vulnerables, como las mujeres embarazadas y los pacientes diabéticos, ya que su condición aumenta el riesgo de complicaciones para su salud (30).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Anamnesis

3.1.1 Filiación:

Paciente de 25 años, de sexo femenino, con estado civil de conviviente, ocupación de ama de casa, nivel educativo de primaria completa, religión católica, procedencia caserío Chirapa – Yurimaguas – Alto Amazonas, fecha de ingreso: 20 de enero de 2021, hora de ingreso: 14:00 horas.

3.1.2 Enfermedad actual:

La paciente ingresa al establecimiento a través del servicio de emergencia, habiendo sido referida por el Hospital Santa Gema por presentar malestar general, fiebre, leucorrea, ulceración en talón derecho y múltiples lesiones eritematosas pruriginosas en todo el cuerpo; presentando esta situación desde hace 11 días, fue referida mediante traslado aéreo en avioneta.

Funciones biológicas: Apetito disminuido, sed aumentada, sueño alterado somnolienta, deposiciones conservadas y orina conservada.

3.1.3 Antecedentes

- a) Personales: Paciente refiere que no ha tenido intervenciones quirúrgicas, ni alergias a medicamentos o alimentos, tampoco recibió transfusiones sanguíneas.
- b) Patológicos: Paciente refiere antecedente de Diabetes Mellitus I diagnosticado el 2007.
- c) Antecedentes Gineco-Obstétricos: Presento menarquia a los 15 años, con régimen catamenial 4/30 días, su fórmula obstétrica Gestas: 2 Paridad: 0101, la fecha de su último parto fue 22/01/2014, tiene un periodo intergenésico de 6 años y refiere no haber utilizado métodos anticonceptivos.
- d) Datos del embarazo actual: La paciente indica que su última menstruación fue el 7 de septiembre de 2020, no tiene dudas al respecto, la fecha probable de parto estimada fue el 14 de junio de 2021, cuenta con atenciones prenatales y una edad gestacional de 18 semanas a su ingreso al establecimiento de salud.
- e) Antecedentes familiares: Padre diagnosticado con Diabetes Mellitus, madre, cónyuge e hijos se encuentran aparentemente sanos.
- f) Antecedentes socioeconómicos: Cuenta con una casa construida con material rustico (madera), en cuanto a los servicios básicos solo cuenta con luz eléctrica, no cuenta con servicio de agua potable ni desagüe; tiene como animal

doméstico 1 perro, la paciente no reporta consumo de drogas.
no trabaja, y su conviviente se dedica a la agricultura.

3.1.4 Examen físico:

- a) La paciente se encuentra en un estado general aparentemente regular, con signos de malnutrición y un estado de hidratación aparentemente regular. Está afebril, consciente y respira de manera espontánea.
- b) Funciones vitales: Presión arterial: 120/70 milímetros de mercurio, pulso: 96 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto, temperatura 37° Centígrados.
- c) Piel: Tibia, se aprecian múltiples lesiones costrosas y pruriginosas en extremidades, también se observa lesión ulcerante en talón derecho.
- d) Cabeza y órganos: Normocéfalo, no presenta lesiones.
- e) Cuello: Cilíndrico, movilidad conservada, no presencia de masas.
- f) Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, ausencia de roncales y crepitantes.
- g) Mamas: Asimétricas, blandas, pezón formado.
- h) Cardiovascular: Ruídos cardíacos simétricos, rítmicos y regulares, ausencia de soplos cardíacos.

- i) Abdomen: Grávido. Altura uterina de 19 centímetros, con frecuencia cardíaca fetal de 115 latidos por minuto, sin dinámica uterina.
- j) Genitales externos: Micción espontánea, labios vaginales edematizados, presencia de secreción vaginal verdosa, no se evidencia sangrado vaginal.
- k) Miembros Inferiores: Múltiples lesiones costrosas y pruriginosas en extremidades, lesión ulcerante en talón derecho, no se observa la presencia de edema ni varices.
- l) Sistema linfático: No se evidencia adenopatías.
- m) Sistema neurológico: Glasgow 15, paciente se encuentra consciente.

3.1.5 Impresión diagnóstica:

- a) Segundigesta de 18 semanas por ultrasonografía.
- b) Sepsis.
- c) Diabetes tipo I pregestacional
- d) Síndrome de flujo vaginal
- e) Anemia severa

3.1.6 Tratamiento y evolución

20/01/2021 (14:00 horas)

Paciente ingresa al Hospital Regional de Loreto a través del servicio de emergencia y viene referida del Hospital Santa Gema-Yurimaguas, procede del caserío de Chirapa, es derivada por presentar malestar general, fiebre, leucorrea, ulceración en talón derecho y múltiples lesiones eritematosas pruriginosas en todo el cuerpo desde hace 11 días, ingresa en aparente regular estado general, en aparente regular estado de hidratación y en mal estado de nutrición, consciente y colaboradora, con funciones vitales: Presión Arterial 120/70 milímetros de mercurio, Pulso: 98 por minuto, Respiración: 24 por minuto, Temperatura: 36.8° Centígrados, Saturación periférica de oxígeno: 93%, con vía periférica de cloruro de sodio 0,9% a 30 gotas por minuto en brazo izquierdo y sonda vesical permeable; médico indica dieta blanda hipoproteica, cloruro de sodio 0,9% a 30 gotas por minuto, antibioticoterapia: Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas, Clindamicina 600 miligramos endovenoso cada 8 horas y Metronidazol 1 gramo vía oral cada 12 horas; también, Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 8 horas, Dimenhidrato 50 miligramos condicionado a náuseas y vómitos, y Metamizol 1 gramo endovenoso si la temperatura $\geq 38.3^{\circ}$ Centígrados; se indica los siguientes exámenes auxiliares: Hemograma completo, tiempo de coagulación, grupo y factor, urea, creatinina, glucosa, proteínas totales, proteínas fraccionada, bilirrubina total, bilirrubina

fraccionada, gasometría arterial y electrolitos, prueba rápida de antígeno COVID-19 y hemoglucotest cada 6 horas; también se solicitó interconsulta con Endocrinología y control Obstétrico cada 24 horas. Queda hospitalizada en el área de observación de medicina de Emergencia.

20/01/2021 (14:30 horas)

Médico Gineco Obstetra realiza ecografía obstétrica concluyendo que se trata de una gestación única activa de 18 semanas, ponderado fetal de 230 gr, latidos cardiacos fetales de 150 por minuto, cérvix se muestra largo y cerrado.

20/01/2021 (14:35 horas)

Médico Gineco Obstetra responde interconsulta y evalúa a paciente encontrándola al examen en mal estado general, mal estado de nutrición y mal estado de hidratación; piel: Con múltiples lesiones dérmicas y lesión ulcerosa en talón pie derecho; mamas: Blandas, simétricas, no dolor a la palpación; abdomen: Grávido, altura uterina: 19 centímetros, frecuencia cardiaca fetal 155 por minuto, movimientos fetales + , sin dinámica uterina; Genito Urinario: Genitales externos edematizados, eritematosos, se

aprecia secreción vaginal verdosa, al tacto vaginal cérvix posterior cerrado.

Se concluye segundigesta de 18 semanas por ultrasonografía, Diabetes pregestacional descompensada, sepsis de origen dérmico y síndrome de flujo vaginal; se sugiere manejo por medicina interna, infectología y endocrinología; control obstétrico cada 24 horas.

20/01/2021 (19:20 horas)

Paciente consciente, afebril, ventilando espontáneamente refiere persistencia de flujo vaginal, niega otras molestias; funciones vitales: Presión arterial: 100/60 milímetros de mercurio, pulso: 92 por minuto, respiración: 22 por minuto, temperatura: 36.8° centígrados; Al examen paciente regular estado general, mal estado de nutrición y regular estado de hidratación; piel: tibia, húmeda y elástica, llenado capilar > 2 segundos, se observan múltiples lesiones costrosas; cabeza: no presenta lesiones; sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos normales rítmicos y regulares, sin presencia de soplos; tórax y pulmones: Murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax pulmonares; Abdomen: blando depresible, sin dolor a la palpación, útero grávido, frecuencia cardiaca fetal 150 por minuto y Movimientos fetales +; Genito urinario: Genitales externos edematizados, se observa

escasa secreción vaginal; Miembros Inferiores: no edema, no varices, lesión ulcerosa talón pie derecho; sistema nervioso central: conservado, escala de coma de Glasgow 15; presenta indicación médica Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas, Clindamicina 600 miligramos endovenoso cada 8 horas, Metronidazol 1 gramo vía oral cada 12 horas, Clotrimazol + Clindamicina 1 ovulo vaginal cada 24 horas e insulina a escala móvil; también, ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 8 horas, Dimenhidrato 50 miligramos condicionado a náuseas y vómitos, y Metamizol 1 gramo endovenoso si Temperatura $\geq 38.3^{\circ}$ centígrados; control obstétrico cada 24 horas; se indica los siguientes exámenes auxiliares: examen completo de orina y urocultivo, Hemo glucotest cada 6 horas y se solicita interconsulta con endocrinología e infectología.

21/01/2021 (08:15 horas)

Paciente consciente, afebril, ventilando espontáneamente refiere leve mejoría, presenta evolución estacionaria, se encuentra hemo dinámicamente estable y con buena tolerancia oral; funciones vitales: Presión arterial: 120/80 milímetros de mercurio, pulso: 95 por minuto, respiración: 20 por minuto, temperatura: 36.4° centígrados; Al examen paciente regular estado general, mal estado de nutrición y regular estado de hidratación; piel: tibia,

húmeda y elástica, llenado capilar > 2 segundos, se observan múltiples lesiones costrosas; cabeza: no presenta lesiones; sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos normales rítmicos y regulares, sin presencia de soplos; tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax pulmonares, sin presencia de roncales; Abdomen: Blando depresible, sin dolor a la palpación, útero grávido, frecuencia cardíaca fetal 152 por minuto y movimientos fetales +; Genito urinario: genitales externos edematizados, se observa escasa secreción vaginal, micción a través de sonda vesical; Miembros Inferiores: No edema, no varices, lesión ulcerosa talón pie derecho; sistema nervioso central: Conservado, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de coma de Glasgow 15; presenta indicación médica Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas, Clindamicina 600 miligramos endovenoso cada 8 horas, Metronidazol 1 gramo vía oral cada 12 horas, Clotrimazol + Clindamicina 1 ovulo vaginal cada 24 horas e insulina a escala móvil; también Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 8 horas, Dimenhidrato 50 miligramos condicionado a náuseas y vómitos, y Metamizol 1 gramo endovenoso si temperatura $\geq 38.3^{\circ}$ centígrados; control obstétrico cada 24 horas; se indica hemoglucotest cada 6 horas y se solicita interconsulta con infectología.

21/01/2021 (08:00 horas)

Médico traumatólogo responde interconsulta al examen encuentra ulcera en región plantar de pie derecho con ligera secreción amarillenta y con bordes con signos de flogosis; concluye en que se trata de un pie diabético Wagner II e infección de partes blandas en pie derecho; indica curación diaria, desbridamiento de ulcera y manejo con antibióticos.

21/01/2021 (10:45 horas)

Médico infectólogo acude a interconsulta e indica curación diaria de ulceración en pie, continuar con cobertura de antibióticos, Eco Doppler de miembro inferior derecho.

21/01/2021 (20:00 horas)

Paciente consciente, afebril, ventilando espontáneamente refiere mejoría de sus molestias, presenta evolución estacionaria, se encuentra hemo dinámicamente estable y con buena tolerancia oral; funciones vitales: Presión arterial: 90/60 milímetros de mercurio, pulso: 87 por minuto, respiración: 22 por minuto, temperatura: 36.2° centígrados; Al examen paciente regular estado general, mal estado de nutrición y regular estado de hidratación; piel: Tibia, húmeda y elástica, llenado capilar > 2 segundos,

múltiples lesiones costrosas, lesión ulcerosa en talón pie derecho; cabeza: No presenta lesiones; sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos normales rítmicos y regulares, sin presencia de soplos; tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax pulmonares, sin presencia de roncales; Abdomen: blando depresible, sin dolor a la palpación, útero grávido, frecuencia cardíaca fetal 148 por minuto y movimientos fetales +; Genito urinario: Genitales externos edematizados, se observa escasa secreción vaginal, micción a través de sonda vesical; Miembros Inferiores: No edema, no varices, lesión ulcerosa talón pie derecho; sistema nervioso central: Conservado, lucida, orientada en tiempo y persona, escala de coma de Glasgow 15; presenta indicación médica Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas, Clindamicina 600 miligramos endovenoso cada 8 horas, Metronidazol 1 gramo vía oral cada 12 horas, clotrimazol + clindamicina 1 ovulo vaginal cada 24 horas e insulina a escala móvil; también, Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 8 horas, Dimenhidrato 50 miligramos condicionado a náuseas y vómitos, y Metamizol 1 gramo endovenoso si temperatura $\geq 38.3^{\circ}$ centígrados; control obstétrico cada 24 horas; se indica hemoglucotest cada 6 horas y se solicita interconsulta con Traumatología.

22/01/2021 (07:30 horas)

Paciente consciente, afebril, ventilando espontáneamente refiere dolor leve en talón del pie derecho, presenta evolución estacionaria, se encuentra hemo dinámicamente estable y con buena tolerancia oral; funciones vitales: Presión arterial: 90/60 milímetros de mercurio, pulso: 96 por minuto, respiración: 20 por minuto, temperatura: 36.6° centígrados; Al examen paciente regular estado general, mal estado de nutrición y regular estado de hidratación; piel: tibia, húmeda y elástica, llenado capilar > 2 segundos, se observan múltiples lesiones costrosas en extremidades superiores e inferiores, presenta herida ulcerosa en talón del pie derecho; cabeza: No presenta lesiones; sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos normales rítmicos y regulares, sin presencia de soplos; tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax pulmonares, sin presencia de roncales; Abdomen: Blando depresible, sin dolor a la palpación, útero grávido, altura uterina 19 cms, frecuencia cardíaca fetal 148 por minuto, movimientos fetales +, ausencia de dinámica uterina; Genito urinario: Genitales externos edematizados, se observa escasa secreción vaginal, micción a través de sonda vesical; Miembros Inferiores: No edema, no varices, lesión ulcerosa talón pie derecho; sistema nervioso central: Conservado, lucida, orientada en tiempo y persona, escala de coma de Glasgow 15;

presenta indicación médica Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas, Clindamicina 600 miligramos endovenoso cada 8 horas, Metronidazol 1 gramo vía oral cada 12 horas, clotrimazol + clindamicina 1 ovulo vaginal cada 24 horas e insulina a escala móvil; también, ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 8 horas, dimenhidrato 50 miligramos condicionado a náuseas y vómitos, y Metamizol 1 gramo endovenoso si Temperatura $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$; control obstétrico cada 24 horas; se indica hemoglucotest 6 horas y se solicita interconsulta con Traumatología y Endocrinología.

22/01/2021 (19:20 horas)

Paciente consciente, afebril, ventilando espontáneamente, refiere dolor leve en pie derecho, presenta evolución estacionaria, se encuentra hemo dinámicamente estable y con buena tolerancia oral; funciones vitales: Presión arterial: 80/50 milímetros de mercurio, pulso: 94 por minuto, respiración: 18 por minuto, temperatura: 36.4° centígrados; Al examen paciente regular estado general, mal estado de nutrición y regular estado de hidratación; piel: Tibia, húmeda y elástica, llenado capilar > 2 segundos, se observan múltiples lesiones costrosas en extremidades superiores e inferiores, herida ulcerosa en talón del pie derecho; cabeza: No presenta lesiones; sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos normales rítmicos y regulares, sin presencia de soplos; tórax y

pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax pulmonares, sin presencia de roncales; Abdomen: blando depresible, sin dolor a la palpación, útero grávido, frecuencia cardíaca fetal 154 por minuto, movimientos fetales +, ausencia de dinámica uterina; Genito urinario: Genitales externos edematizados, se observa escasa secreción vaginal, micción a través de sonda vesical; Miembros Inferiores: No edema, no varices, lesión ulcerosa talón pie derecho; sistema nervioso central: conservado, lucida, orientada en tiempo espacio y persona, escala de coma de Glasgow 15; presenta indicación médica Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas, Clindamicina 600 miligramos endovenoso cada 8 horas, Metronidazol 1 gramo vía oral cada 12 horas, Clotrimazol + Clindamicina 1 ovulo vaginal cada 24 horas e insulina a escala móvil; también, Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 8 horas, Dimenhidrato 50 miligramos condicionado a náuseas y vómitos, y Metamizol 1 gramo endovenoso si temperatura $\geq 38.3^{\circ}$ centígrados; control obstétrico cada 24 horas; se indica hemoglucotest cada 6 horas y se solicita interconsulta Endocrinología.

23/01/2021 (07:30 horas)

Paciente consciente, afebril, ventilando espontáneamente refiere disminución de dolor en pie derecho pero continua con flujo

vaginal, presenta evolución estacionaria, se encuentra hemo dinámicamente estable y con buena tolerancia a la vía oral; funciones vitales: Presión arterial: 90/60 milímetros de mercurio, pulso: 101 por minuto, respiración: 20 por minuto, temperatura: 36.3° centígrados; Al examen paciente regular estado general, mal estado de nutrición y regular estado de hidratación; piel: Tibia, semihidratada, llenado capilar > 2 segundos, palidez moderada, se observan múltiples lesiones costrosas en extremidades superiores e inferiores en proceso de cicatrización, presenta herida ulcerosa en talón del pie derecho compatible con pie diabético Wagner II; cabeza: No presenta lesiones; sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos normales rítmicos y regulares, sin presencia de soplos; tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax pulmonares, sin presencia de roncales; Abdomen: Blando depresible, sin dolor a la palpación, útero grávido, altura uterina 19 cms, frecuencia cardiaca fetal 148 por minuto, movimientos fetales +, ausencia de dinámica uterina; Genito urinario: Genitales externos edematizados, se observa escasa secreción vaginal, micción a través de sonda vesical; Miembros Inferiores: No edema, no varices, lesión ulcerosa talón pie derecho; sistema nervioso central: conservado, lucida, orientada en tiempo espacio y persona, escala de coma de Glasgow 15; presenta indicación médica Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas, Clindamicina

600 miligramos endovenoso cada 8 horas, Metronidazol 1 gramo vía oral cada 12 horas, Clotrimazol + Clindamicina 1 ovulo vaginal cada 24 horas, insulina a escala móvil e insulina "Protamina Neutra Hagedorn" 10 unidades internacionales antes del desayuno y 8 unidades internacionales antes de la cena ; también Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 8 horas, Dimenhidrato 50 miligramos condicionado a náuseas y vómitos, y Metamizol 1 gramo endovenoso si temperatura $\geq 38.3^{\circ}$ centígrados; control obstétrico cada 24 horas; se indica hemoglucotest cada 6 horas.

23/01/2021 (19:15 horas)

Paciente consciente, afebril, ventilando espontáneamente refiere de dolor en pie derecho de moderada intensidad, presenta evolución estacionaria, se encuentra hemo dinámicamente estable y con buena tolerancia a la vía oral; funciones vitales: Presión arterial: 90/50 milímetros de mercurio, pulso: 92 por minuto, respiración: 22 por minuto, temperatura: 36.2° centígrados; Al examen paciente regular estado general, mal estado de nutrición y regular estado de hidratación; piel: Tibia, elástica y húmeda, llenado capilar > 2 segundos, palidez moderada, múltiples lesiones costrosas en extremidades superiores e inferiores en proceso de cicatrización, presenta herida ulcerosa profunda de bordes regulares en talón del pie derecho compatible con pie diabético

Wagner II; cabeza: No presenta lesiones; sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos normales rítmicos y regulares, sin presencia de soplos; tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax pulmonares, sin presencia de roncales; Abdomen: Blando depresible, sin dolor a la palpación, útero grávido, frecuencia cardiaca fetal 148 por minuto, movimientos fetales +, ausencia de dinámica uterina; Genito urinario: Genitales externos edematizados, se observa escasa secreción vaginal, micción a través de sonda vesical; Miembros Inferiores: No edema, no varices, lesión ulcerosa talón pie derecho; sistema nervioso central: Conservado, lucida, orientada en tiempo espacio y persona, escala de coma de Glasgow 15; presenta indicación médica Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas, Clindamicina 600 miligramos endovenoso cada 8 horas, Metronidazol 1 gramo vía oral cada 12 horas, Clotrimazol + Clindamicina 1 ovulo vaginal cada 24 horas, insulina a escala móvil e insulina protamina neutra de Hagedorn 12 unidades internacionales 08:00 am y 10 unidades internacionales 08:00 pm; también, Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 8 horas, Dimenhidrato 50 miligramos condicionado a náuseas y vómitos, y Metamizol 1 gramo endovenoso si Temperatura $\geq 38.3^{\circ}$ centígrados; control obstétrico cada 24 horas; se indica también hemoglucotest cada 8 horas, Urocultivo y radiografía pie derecho.

24/01/2021 (01:20 horas)

Paciente manifiesta malestar general con sensación de debilidad, médico de turno indica hidratación endovenosa con cloruro de sodio 0,9% 450 ml a chorro y posteriormente a 45 gotas por minuto.

24/01/2021 (02:20 horas)

Obstetra de turno evalúa paciente. Paciente refiere náuseas y dolor en hipogastrio, al examen se muestra consciente, colaboradora, lucida, orientada en tiempo espacio y persona, funciones vitales: Presión arterial 70/40 milímetros de mercurio, pulso 98 por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto y saturación periférica de oxígeno 86%; piel presenta palidez moderada; mamas blandas, Abdomen grávido, altura uterina 18 cms, frecuencia cardiaca fetal 158 por minuto, movimientos fetales +, ausencia de dinámica uterina; genitales externos edema vulvar moderado, flujo vaginal blanquecino en poca cantidad, al tacto vaginal Orificio cervical interno cerrado, Orificio cervical externo blando dehiscente a 1 dedo; miembros inferiores no presentan edema ni varices, lesión ulcerosa en talón pie derecho. Continuar con monitoreo materno fetal.

24/01/2021 (02:50 horas)

Paciente continúa manifestando malestar general y náuseas, comienza a presentar desaturación mostrando una lectura de saturación periférica de oxígeno de 83%, Médico de turno indica pasar a paciente a unidad de trauma shock, suspende la Ceftriaxona e indica Meropenem 1 gramo endovenoso cada 8 horas, Penicilina G Sódica 4'000,000 unidades internacionales endovenoso cada 4 horas, Clindamicina 900 miligramos endovenoso cada 8 horas y administrar oxígeno; además solicita hemocultivo, hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, perfil de coagulación e interconsulta con cirugía.

24/01/2021 (03:15 horas)

Médico de turno comunica el estado de gravedad a familiar de la paciente (conviviente).

24/01/2021 (05:30 horas)

Paciente consiente, con cánula binasal recibiendo oxígeno medicinal a razón de 2 litros por minuto, presenta los siguientes valores en sus funciones vitales: Presión arterial 90/60 milímetros de mercurio, pulso 105 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto, temperatura 36.6° centígrados y saturación periférica de

oxígeno 95%, hemograma presenta hemoglobina de 5.6 g/dl y creatinina 1.2 gr/dl, indica transfusión de 2 paquetes globulares de sangre y solicita interconsulta con Cardiología.

24/01/2021 (07:00 horas)

Paciente consciente, afebril, ventilando con apoyo de oxígeno a través de cánula binasal, refiere dolor a nivel de mama derecha, presenta evolución desfavorable, se encuentra hemodinámicamente compensada y con tolerancia a la vía oral; funciones vitales: Presión arterial: 105/68 milímetros de mercurio, pulso: 105 por minuto, respiración: 20 por minuto, temperatura: 36° centígrados, saturación periférica de oxígeno 99%; Al examen paciente en mal estado general, mal estado de nutrición y regular estado de hidratación; piel: Tibia, semihidratada, llenado capilar > 2 segundos, palidez moderada, se observan múltiples lesiones costrosas en extremidades superiores e inferiores en proceso de cicatrización, presenta herida ulcerosa en talón del pie derecho compatible con pie diabético Wagner II; cabeza: No presenta lesiones; sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos taquicardicos , sin presencia de soplos; tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax pulmonares, sin presencia de roncales; Abdomen: Blando depresible, sin dolor a la palpación, útero grávido, frecuencia cardiaca fetal 150 por minuto,

movimientos fetales +, ausencia de dinámica uterina; Genito
urinario: Genitales externos edematizados, se observa escasa
secreción vaginal, micción a través de sonda vesical; Miembros
Inferiores: no edema, no varices, lesión ulcerosa talón pie derecho
de aproximadamente 2 cms de diámetro; sistema nervioso central:
conservado, lucida, orientada en tiempo espacio y persona, escala
de coma de Glasgow 15; presenta indicación médica Meropenem
1 gramo endovenoso cada 8 horas, Penicilina G Sódica 4'000,000
unidades internacionales endovenoso cada 4 horas, Clindamicina
900 miligramos endovenoso cada 12 horas, Oxígeno húmedo por
cánula binasal 2 a 3 litros por minuto, insulina a escala móvil e
insulina protamina neutra de Hagedorn 10 unidades
internacionales 08:00 am y 8 unidades internacionales 08:00 pm ;
también Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 8 horas,
Dimenhidrato 50 miligramos endovenoso condicionado a náuseas
y vómitos, y Metamizol 1 gramo endovenoso si Temperatura \geq
38.3° centígrados; control obstétrico cada 24 horas; se indica
hemoglucotest cada 6 horas e interconsulta con Traumatología,
Infectología, Cardiología y Ginecología.

24/01/2021 (08:16 horas)

Cirugía responde interconsulta, médico cirujano indica
transfundir 03 paquetes globulares de sangre, continuar con

cobertura antibiótica, preparar para intervención quirúrgica e interconsulta con Traumatología.

24/01/2021 (09:30 horas)

Médico Gineco Obstetra evalúa a paciente en respuesta a interconsulta, realiza ecografía transvaginal concluyendo que se trata de una gestación única de 18.4 semanas por ultrasonografía, placenta posterior sin hematomas ni áreas con desprendimiento. No presenta patología obstétrica; concluye: 1) Segundigesta de 18.4 semanas por ultrasonografía, 2) Síndrome de flujo vaginal, 3) Diabetes Mellitus, 3) Pie diabético, 4) Sepsis de origen dérmico y 5) Anemia severa. Se recomienda continuar con cobertura de antibióticos, se sugiere evaluación con cirugía y traumatología para ver posibilidad de limpieza quirúrgica.

24/01/2021 (11:00 horas)

Médico traumatólogo acude a interconsulta y concluye que se trata de un pie diabético Wagner 3, indica preparar para limpieza quirúrgica en sala de operaciones.

24/01/2021 (21:10 horas)

Paciente consciente, afebril, ventilando con apoyo de oxígeno a través de cánula binasal, no refiere molestias, presenta evolución estacionaria, se encuentra hemo dinámicamente compensada y con tolerancia a la vía oral; funciones vitales: Presión arterial: 90/54 milímetros de mercurio, pulso: 93 por minuto, respiración: 20 por minuto, temperatura: 36.8° centígrados, saturación periférica de oxígeno 99%; Al examen paciente en regular estado general, mal estado de nutrición y regular estado de hidratación; piel: Tibia, pálida con múltiples lesiones costrosas en extremidades superiores e inferiores en proceso de cicatrización, presenta herida ulcerosa en talón del pie derecho compatible con pie diabético Wagner III; cabeza: No presenta lesiones; sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos normales, rítmicos y regulares, sin presencia de soplos; tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax pulmonares, sin presencia de roncales; Abdomen: Blando depresible, sin dolor a la palpación, útero grávido, frecuencia cardiaca fetal 146 por minuto, movimientos fetales +, ausencia de dinámica uterina; Genito urinario: Genitales externos edematizados, se evidencia escasa secreción vaginal, micción a través de sonda vesical; Miembros Inferiores: No edema, no varices, lesión ulcerosa talón pie derecho; sistema nervioso central: conservado, lucida, orientada en tiempo espacio y persona, escala

de coma de Glasgow 15; presenta indicación médica Meropenem 1 gramo endovenoso cada 8 horas, Penicilina G Sódica 4'000,000 unidades internacionales endovenoso cada 4 horas, Clindamicina 900 miligramos endovenoso cada 12 horas, Oxígeno húmedo por cánula binasal 2 a 3 litros por minuto, insulina a escala móvil e insulina protamina neutra de Hagedorn 10 unidades internacionales 08:00 am y 8 UI 08:00 pm ; también Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 8 horas, Dimenhidrato 50 miligramos endovenoso condicionado a náuseas y vómitos, Metamizol 1 gramo endovenoso si temperatura $\geq 38.3^{\circ}$ centígrados, Albumina 20% 1 frasco endovenoso cada 8 horas, furosemida 20 miligramos endovenoso post albumina y transfundir 2 unidades de paquete globular de sangre; control obstétrico cada 24 horas; se indica hemoglucotest cada 6 horas e interconsulta con Traumatología, Infectología, Cardiología y Ginecología.

25/01/2021 (04:30)

Paciente consciente, afebril, ventilando con apoyo de oxígeno a través de cánula binasal, refiere dolor a nivel de hombros, gran dificultad para respirar y presenta tos persistente, con evolución desfavorable y pronóstico reservado, se encuentra hemo dinámicamente inestable; funciones vitales: Presión arterial: 80/50 milímetros de mercurio, pulso: 136 por minuto, respiración: 32 por

minuto, temperatura: 36° centígrados, saturación periférica de oxígeno 73%; Al examen paciente en muy mal estado general, mal estado de nutrición y mal estado de hidratación; piel: Fría, sudorosa, palidez moderada; sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos taquicardicos; tórax y pulmones: Murmullo vesicular disminuidos en ambos hemitórax pulmonares, sin presencia de roncales; Abdomen: Blando depresible, sin dolor a la palpación, útero grávido, frecuencia cardiaca fetal 150 por minuto, movimientos fetales +, ausencia de dinámica uterina; Genito urinario: Genitales externos edematizados, se observa escasa secreción vaginal, micción a través de sonda vesical; Miembros Inferiores: No edema, no varices, lesión ulcerosa talón pie derecho; sistema nervioso central: Escala de coma de Glasgow 13; presenta paro cardiaco, médico asistente realiza intubación endotraqueal y Resucitación cardio-pulmonar avanzado con resultados satisfactorios; comunica a familiar la gravedad del estado en que se encuentra la paciente y su pronóstico reservado. También indica adicionar al tratamiento Heparina 5000 unidades internacionales vía subcutánea cada 8 horas, oxigeno medicinal húmedo con mascara reservorio y ventilación mecánica.

25/01/2021 (08:00)

Paciente inconsciente , afebril, conectada a ventilador mecánico post paro cardiaco, presenta evolución desfavorable, pronóstico reservado malo a corto plazo, se encuentra hemo dinámicamente compensada; funciones vitales: Presión arterial: 128/70 milímetros de mercurio, pulso: 136 por minuto, respiración: 18 por minuto, temperatura: 36.3° centígrados, saturación periférica de oxígeno 94%; Al examen paciente en muy mal estado general; piel: Tibia, semihidratada, llenado capilar > 2 segundos, palidez moderada, múltiples lesiones costrosas en extremidades en proceso de cicatrización, herida ulcerosa en talón del pie derecho compatible con pie diabético Wagner III; cabeza: No presenta lesiones; sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos taquicardicos; tórax y pulmones: Murmullo vesicular disminuidos en ambos hemitórax pulmonares; Abdomen: Blando depresible, sin dolor a la palpación, útero grávido, frecuencia cardiaca fetal 155 por minuto, movimientos fetales +, ausencia de dinámica uterina; Genito urinario: Genitales externos edematizados, se observa escasa secreción vaginal, micción a través de sonda vesical; Miembros Inferiores: Pulsos periféricos imperceptibles, no edema, no varices, lesión ulcerosa talón pie derecho; sistema nervioso central: paciente sedada Escala de agitación-sedación de Richmond -3; presenta indicación médica de nada por vía oral, ventilación mecánica, Meropenem 1

gramo endovenoso cada 8 horas, Penicilina G sódica 4'000,000 unidades internacionales endovenoso cada 4 horas, Clindamicina 900 miligramos endovenoso cada 8 horas, insulina a escala móvil e insulina Neutral Protamine Hagedorn 10 unidades internacionales 08:00 am y 8 unidades internacionales 08:00 pm, dimenhidrato 50 miligramos condicionado a náuseas y vómitos, albumina 20% 1 frasco endovenoso cada 8 horas, Furosemida 20 miligramos endovenoso cada 8 horas, Heparina 5000 unidades internacionales SC cada 8 horas, Noradrenalina + cloruro de sodio 0,9% 100 mililitros, administrar 5 mililitros endovenoso cada hora y Metamizol 1.5 gramos endovenoso, si temperatura $\geq 38.3^{\circ}$ centígrados; control obstétrico cada 24 horas; se indica hemoglucotest cada 6 horas e interconsulta Ginecología.

25/01/2021 (08:15 horas)

Paciente entra en paro cardiaco, se procede a realizar reanimación cardiovascular avanzada.

25/01/2021 (08:30)

Se confirma el fallecimiento de la paciente. El monitor multiparámetro muestra actividad eléctrica sin lectura de pulso,

seguida de asistolia. La presión arterial no es detectable y, al examen, las pupilas están midriáticas y no reaccionan.

3.1.7 Exámenes auxiliares

Tabla 01. Resultados de análisis de laboratorio realizados por fechas.

Exámenes Auxiliares	20/01/2021	21/01//2021	23/01/2021	24/01/2021
Hemoglobina (g/dl)	6.9	6.8		5.6
Hematocrito (%)	21,3	21,2		17,2
Plaquetas (U/L)	271,00	244		190
Leucocitos	10,890	10,920		10,690
Glucosa (mg/dl)	210.2	210	147	175.8
Urea (mg/dl)	16.8	15.0	18	16
Creatinina (mg/dl)	0.78	0.8	1.20	1.2
TGO (U/L)	16		10	9
TGP (U/L)	15		6	9
Bilirrubina total (mg/dl)	0.08	0.07	0.07	0.08
Bilirrubina directa (mg/dl)	0.02	0.02	0.0	0.05
Bilirrubina indirecta	0.06	0.05	0.07	0.03
Proteína C reactiva (mg/L)	30.5		31.1	41.5
Albumina (gr/dl)	1.90	1.94	2.0	2.8
Globulina (gr/dl)	2.69	2.75	2.0	3.1
Proteína total (gr/dl)	4.6			4.0
Ecografía	Obstétrica: Gestación única activa de 18 semanas, ponderado fetal 238 gramos. Cérvix largo sin modificaciones.			

3.1.8 Epicrisis

Edad: 25 años

Sexo: Femenino

Fecha y hora de ingreso: 20/01/2021 – 14:00 horas.

Fecha y hora de egreso: 25/01/2021 – 08:30 horas.

Días de estadía: 5 días.

Motivos:

Paciente acude al Hospital Regional de Loreto transferida por el Hospital Santa Gema malestar general, fiebre, leucorrea, ulceración en talón derecho y múltiples lesiones eritematosas pruriginosas en todo el cuerpo, desde hace 11 días.

Exámenes auxiliares:

Hemoglobina 6.9 gramos/decilitros, Hematocrito 21,3%, Leucocitos 10,890 / milímetros, plaquetas 271,000, Glucosa 210.2 miligramos / decilitros, Urea 16.8 miligramos / decilitros, creatinina 0.78 miligramos / decilitros, Prueba rápida de sífilis: No reactivo, Prueba rápida de Virus de Inmunodeficiencia Humana: No reactivo, Prueba rápida de Hepatitis B: No reactivo, Ecografía Obstétrica: Gestación única activa de 18 semanas, ponderado fetal 238 gramos; cervicometría muestra cérvix largo y orificios cervicales cerrados.

Tratamiento y procedimientos:

Dieta blanda, Cloruro de sodio 0,9% a 30 gotas por minuto, Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas, Clindamicina 600 miligramos endovenoso cada 8 horas, Metronidazol 1 gramo vía oral cada 8 horas, Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 8 horas Meropenem 1 gramo endovenoso cada 12 horas, Insulina a escala móvil, hemoglucotest cada 6 horas, oxígeno húmedo por cánula binasal 2 a 3 litros por minuto, Albumina 20% 1 frasco endovenoso cada 8 horas, furosemida 20 miligramos endovenoso post albumina, heparina 5000 unidades internacionales vía subcutánea cada 8 horas y transfusión 2 unidades de paquete globular de sangre, finalmente se coloca ventilación mecánica.

Diagnóstico definitivo:

- Shock Séptico
- Pie diabético
- Diabetes Mellitus

Condición de egreso:

Fallecida, se consideró como muerte materna indirecta.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La muerte materna sigue siendo un importante problema de salud pública en Perú y actúa como un indicador fundamental para evaluar la calidad del sistema de salud y el acceso a los servicios de atención materna. Además, la mortalidad materna indirecta contribuye de manera significativa a la mortalidad materna total, subrayando la necesidad de un enfoque integral en la atención de la salud materna. Presentamos el caso de una gestante diagnosticada con diabetes mellitus pregestacional que falleció por complicaciones iniciadas con una úlcera en el pie denominado pie diabético que evolucionó a un shock séptico.

En el análisis de las características sociodemográficas, se determinó que la paciente, contaba con 25 años, vivía con su pareja, era ama de casa, tenía educación primaria completa y provenía de una zona rural. Su vivienda, construida con madera, carecía de servicios básicos como agua potable, electricidad y desagüe. Los factores más significativos en su contexto son su origen rural y su nivel educativo. La falta de acceso a recursos adecuados para controlar su diabetes mellitus, agravada por las limitaciones en su educación, dificultó su comprensión sobre la importancia de mantener controlada esta enfermedad, especialmente durante el embarazo, lo que aumentó el riesgo de complicaciones.

En cuanto a los factores de riesgo identificados en la gestante con diabetes mellitus, se encontró que la paciente había sido diagnosticada con diabetes mellitus tipo I desde 2007 y tenía antecedentes familiares de esta enfermedad por parte de su padre. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Cruz J. et al. (9), quienes indican que tener antecedentes de diabetes en un familiar de primer grado implica un riesgo del 8,43%. Asimismo, Phelan S. et al. (10) señalan que este antecedente incrementa el riesgo de desarrollar diabetes entre 2 y 3 veces, lo cual es consistente con nuestro resultado. Además, la diabetes mellitus pregestacional, como en este caso, según Rovira M. et al. (15), está asociada con complicaciones maternas, fetales y neonatales, lo que afecta significativamente el curso del embarazo.

Es relevante destacar que diversos autores subrayan la importancia de una atención prenatal adecuada y multidisciplinaria en mujeres embarazadas con diagnóstico previo de diabetes mellitus. Este tipo de atención debe incluir un seguimiento regular y sistemático para la detección temprana de posibles complicaciones durante el embarazo (31, 32). En este contexto, aunque la gestante de nuestro caso recibió dos controles prenatales programados según su etapa gestacional, se evidenció la ausencia de un enfoque multidisciplinario y la falta de identificación oportuna de signos de alerta durante dichas consultas, hecho que

probablemente se debió a que estas fueron realizadas por personal técnico, tal como se evidencia en la tarjeta de control prenatal.

En el caso analizado, las complicaciones asociadas a la diabetes mellitus durante la gestación incluyeron una infección vaginal manifestada por secreción, pie diabético con ulceración en el miembro inferior, shock séptico de origen dérmico y, finalmente, la muerte materna. Es importante destacar que las dos primeras complicaciones fueron identificadas al ingreso de la paciente al Hospital Regional de Loreto. Según Felipe N. et al. (33), la diabetes mellitus incrementa el riesgo de infecciones vaginales en mujeres embarazadas. Arias F. et al. (26) también señalan que las úlceras del pie diabético son complicaciones comunes de esta enfermedad, asociadas a una alta morbilidad, mortalidad y costos sanitarios significativos. Además, Banchón J. et al. (29) destacan que la sepsis es una causa principal de enfermedad crítica y mortalidad hospitalaria, subrayando la importancia del reconocimiento temprano y la intervención oportuna para mejorar la supervivencia. En este contexto, la muerte materna se produjo tras el desarrollo del pie diabético, que evolucionó a sepsis y shock séptico, culminando en el desenlace fatal descrito.

En el Hospital Regional de Loreto, el manejo de la paciente incluyó el control de glucemia cada 6 horas y la administración de insulina ajustada mediante una escala móvil. Se inició tratamiento antibiótico debido al diagnóstico de sepsis al ingreso, que posteriormente fue reemplazado por otros antibióticos de amplio espectro debido a la agresividad de la

enfermedad y la evolución estacionaria de la paciente. En cuanto al pie diabético, clasificado como Wagner grado 3, los médicos traumatólogos e infectólogos recomendaron limpiezas quirúrgicas, las cuales no se realizaron debido a la inestabilidad de la paciente para ser llevada al quirófano. Asimismo, se le indicó una dieta blanda y baja en proteínas. Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (5), en su guía práctica para la diabetes mellitus, el autocontrol de la glucemia capilar y el uso de insulina como tratamiento de primera línea son fundamentales. En este contexto, el manejo brindado a la paciente fue adecuado y multidisciplinario.

CONCLUSIONES

1. Las características socio demográficas de la gestante con diabetes mellitus se fueron que edad 25 años, estado civil conviviente, de ocupación ama de casa, tenía educación primaria completa, procedencia de una zona rural y su vivienda estaba construida con materiales rústicos de la región (madera). Además, no contaba con servicios básicos como agua, luz y desagüe.
2. Como factores de riesgo para la diabetes mellitus durante la gestación, se identificaron antecedentes de diabetes mellitus en familiares de primer grado y la falta de una atención prenatal adecuada, que incluya una correcta identificación de riesgos y un enfoque multidisciplinario.
3. En cuanto a las complicaciones en la paciente con diabetes mellitus se identificaron la infección vaginal, pie diabético, shock séptico y muerte materna.
4. En el caso clínico analizado, se encontró que la paciente recibió tratamiento y manejo multidisciplinario acorde a nivel del mismo (III nivel) utilizando para tal fin insulina ajustada según una escala móvil

tratamiento con antibióticos (Ceftriaxona y Clindamicina, posteriormente reemplazados por Meropenem).

RECOMENDACIONES

1. En todas las instituciones de salud, los obstetras deben realizar una evaluación detallada de las características socio epidemiológicas de las pacientes, incluyendo factores como el nivel educativo, el acceso a servicios básicos y su entorno socioeconómico. La identificación temprana de estas variables permite diseñar estrategias personalizadas de atención y seguimiento, enfocadas en la educación sanitaria, el acceso a recursos adecuados y la detección oportuna de complicaciones, lo cual puede contribuir significativamente a prevenir desenlaces adversos, incluida la mortalidad materna.
2. En todas las instituciones de salud del primer nivel de atención los obstetras deben mejorar la identificación y manejo de los factores de riesgo en gestantes mediante diversas estrategias. Es fundamental que el personal de salud reciba educación y capacitación para detectar tempranamente los factores de riesgo de diabetes mellitus en gestantes, especialmente en áreas rurales. Además, se debe asegurar que todas las gestantes proporcionen un historial médico familiar completo durante sus primeras consultas prenatales para identificar antecedentes de diabetes mellitus en familiares de primer grado. Por último, es necesario implementar protocolos

estandarizados para la evaluación de riesgos en todas las gestantes, garantizando la realización de pruebas de detección adecuadas y la identificación de factores de riesgo desde el inicio del embarazo. También, se debe fortalecer la atención prenatal multidisciplinaria. Este equipo debe estar conformado por obstetras, nutricionistas, gineco-obstetras, endocrinólogos, odontólogos y trabajadoras sociales.

3. En todas las instituciones de salud, los obstetras deben realizar la identificación temprana de complicaciones tales como infecciones y proporcionar el tratamiento adecuado. Es crucial llevar a cabo un monitoreo regular para detectar signos de infecciones vaginales en gestantes con diabetes mellitus. La identificación oportuna y el tratamiento adecuado de estas infecciones minimizan el riesgo de complicaciones durante la gestación.
4. En todos los niveles de atención, y con el fin de optimizar el tratamiento médico, se deben revisar y actualizar los protocolos de tratamiento para gestantes con diabetes mellitus, asegurando que incluyan las últimas guías y recomendaciones clínicas. También es esencial garantizar la disponibilidad y el acceso a medicamentos esenciales, como insulina y antibióticos, en todas las instalaciones de salud, especialmente en áreas rurales. Además, se debe proporcionar

capacitación continua al personal de salud responsable del manejo de las gestantes sobre el tratamiento de complicaciones, como la sepsis, para garantizar una respuesta rápida y eficaz ante emergencias médicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo R, Bernabé A. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 13 de mayo de 2019;36:26-36. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n1/26-36/es/>
2. Sanz J, Ricci M, Buonaluto V, Gómez R. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la diabetes en el embarazo. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 1 de octubre de 2020;13(17):987-90. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220302328>
3. López G. Tratamiento de la diabetes en el embarazo: ¿Algo nuevo? Rev Med Clin Condes. 1 de marzo de 2016;27(2):257-65. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-tratamiento-de-la-diabetes-en-S0716864016300141>
4. Organización Mundial de la Salud: Diabetes [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/>
5. Diabetes mellitus y embarazo-Guía de asistencia práctica 2021.pdf [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2022]. Rev. oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v65-2022/n1/05%20Diabetes%20mellitus%20y%20embarazo__gpca__2021.pdf
6. Ministerio de Salud. Situación de la diabetes en el Perú, año 2019 [Internet]. [citado 5 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2020/SE032020/04.pdf>
7. Professional Practice Committee: Standards of Medical Care in Diabetes—2018. Diabetes Care. 1 de enero de 2018;41(Supplement_1):S3-S3. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/article/41/Supplement_1/S3/30078/Professional-Practice-Committee-Standards-of
8. Oleszczuk L, Malinowska A, Romejko E, Zawiejska A, Czajkowski K. What is the “cost” of reducing adverse pregnancy outcomes in patients with gestational diabetes mellitus - risk factors for perinatal complications in a retrospective cohort of pregnant

women with GDM. BMC Pregnancy and Childbirth. 19 de agosto de 2022;22(1):654. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04980-w>

9. Cruz J, Pérez A, Yanes M, Hernández P. Factores de riesgo de diabetes gestacional en mujeres embarazadas de una maternidad de La Habana. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. junio de 2020 [citado 10 de febrero de 2023];36(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252020000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Phelan S, Jelalian E, Coustan D, Caughey A, Castorino K, Hagobian T, et al. Protocol for a randomized controlled trial of pre-pregnancy lifestyle intervention to reduce recurrence of gestational diabetes: Gestational Diabetes Prevention/Prevención de la Diabetes Gestacional. Trials. 7 de abril de 2021;22(1):256. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05204-w>
11. Revueltas M, Benítez M, Molina E, Hinojosa M, Venero S, Hernández M, et al. Prevalencia y mortalidad por diabetes en Cuba, decenio 2010-2019. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. febrero de 2022 [citado 24 de julio de 2023];21(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2022000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. INEI. Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2022 [Internet]. [citado 24 de julio de 2023]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDAD_ES_ENDES_2022.pdf
13. 12. Ministerio de Salud. Situación de la diabetes en el Perú, año 2019 [Internet]. [citado 5 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2020/SE032020/04.pdf>
14. Ministerio de Salud. Sala situacional de diabetes [Internet]. [citado 5 de abril de 2024]. Disponible en: https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_diabetes/
15. Rovira M, Jawerbaum A, Glatstein L, Sucani S, Bertona C, Argerich M, et al. Recomendaciones para el manejo de las pacientes con diabetes pregestacional. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes. 29 de marzo de 2018;51(4):153-74. Disponible en: <https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/136>
16. Maduro C, Castro L, Moleiro M, Guedes L. Pregestational Diabetes and Congenital Heart Defects. Rev Bras Ginecol Obstet.

octubre de 2022;44(10):953-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36446562/>

17. Flynn A, Robertson M, Kavanagh K, Murphy H, Forde R, Stephenson J, et al. Pre-pregnancy health of women with pre-existing diabetes or previous gestational diabetes: Analysis of pregnancy risk factors and behavioural data from a digital tool. *Diabetic Medicine*. 2023;40(2):e15008. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dme.15008>
18. Ye W, Luo C, Huang J, Li C, Liu Z, Liu F. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 25 de mayo de 2022;377:e067946. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/377/bmj-2021-067946>
19. Organización Panamericana de la Salud: Diabetes [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
20. Vásquez J. Manual de Ginecología y Obstetricia. Quinta edición. Iquitos, Perú: Tierra nueva; 2020
21. Michue J. Factores de riesgo de diabetes gestacional en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el periodo 2017 – 2018 [Tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2019 [citado 11 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2013>
22. España S, González Y, Riascos J, Ortiz R, Chaguendo J. Prevalence of gestational diabetes and identification of associated factors and maternal-perinatal outcomes in Colombia following the implementation of the IADPSG criteria. *Revista de la Facultad de Medicina*. 1 de abril de 2021;69(2):e80195-e80195. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/80195>
23. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Protocolos asistenciales: Diabetes Gestacional. 5 de abril de 2022;11. Disponible en: https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Embarazo/Diabetes%20gestacional%202022.pdf
24. Muerte Materna [Internet]. CDC MINSa. [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/muerte-materna/>

25. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
26. Arias F, Jiménez M, Del Cisne K, Murillo P, Toapanta S, Rubio K et al. Pie diabético. Actualización en diagnóstico y tratamiento. Revisión bibliográfica. *Angiología* [Internet]. 2023 Ago [citado 2024 Nov 28] ; 75(4): 242-258. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&%20pid=S0003-31702023000400006
27. Duran I, Espinosa S, Martín D, Martín I, Martínez R y val A. Conocimiento, actitud y práctica sobre pie diabético en pacientes o sus cuidadores en cirugía vascular. *Gerokomos* [Internet]. 2021 [citado 2024 Nov 28] ; 32(1): 57-62. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2021000100057&script=sci_arttext
28. Ascaño A. Criterios y resultados de la aplicación de las clasificaciones para pacientes con pie diabético. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2021 Dic [citado 2024 Nov 27] ; 50(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572021000400033&script=sci_arttext&tlng=pt
29. Banchón J, Fernández C, Villacís J, Camacho D. Conceptos actuales de sepsis y shock séptico. *jah* [Internet]. 20 de julio de 2020 [citado 27 de noviembre de 2024];3(2):102-16. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/38>
30. Tumbaco B, Vera Y, Mina J. Infecciones fúngicas asociado a diabetes gestacional en mujeres con obesidad. *MQR Investigar* [Internet]. 21 de marzo de 2024 [citado 27 de noviembre de 2024];8(1):5221-40. Disponible en: <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/1167>
31. Palomino J. Complicaciones materno-perinatales asociadas a la atención prenatal insuficiente en gestantes. Hospital Cayetano Heredia Piura 2019. [Tesis de grado]. Piura: Universidad Cesar Vallejo; 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/75208>
32. Bauzá G, Bauzá D, Bauzá J, Vázquez G, De la Rosa J, García Y. Incidence and risk factors of gestational diabetes. *Acta méd centro* [Internet]. 2022 Mar [citado 2023 Jul 18] ; 16(1): 79-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2709-79272022000100079&script=sci_arttext&tlng=en

33. Felipe N, Santisteban A, Ortiz Y, Pérez D, González M. Factores de riesgo asociados a infección vaginal en mujeres embarazadas. *Multimed [Internet]*. 2019 Jun [citado 2023 Jul 18]; 23(3): 430-446. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000300430&lng=es

ANEXOS

ANEXO I A: CARNET PERINATAL

HOSPITAL REGIONAL LORETO
"FELIPE ARRIOLA MELÉNDEZ"
7c años

No. HC. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Apellidos y Nombres: [Redacted] **Establecimiento:** [Redacted]

Establ. Origen: P.S. Curape No Aplica Referencia **Código Afiliación SIS:** [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DNI (L.E.): [Redacted] **Ocupación:** Ama de casa **Edad:** 25 años < 15 15-35 > 35

Dirección: P.S. Chirapa **Localidad:** P.S. Chirapa **Cód. Sector:** [] [] [] [] **Estudios:** Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Ugr. Años aprobados: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Departamento: Loreto **Provincia:** Amazonas **Estudio Civil:** Casada Conviviente Soltera Otro Padre RN: [Redacted]

Distrito: Yurimaguas **Estado Civil:** [Redacted] **Padre RN:** [Redacted]

Teléfono: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] **Correo electrónico:** [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Antecedentes Obstétricos

Gestas: 01 (0 ó +3) Abortos: 01 (< 2500g) Partos: 01 (Múltiple) Cesáreas: 01 (< 37 sem.)

Vaginales: 01 (Nacidos vivos) Nacidos vivos: 01 (Viven) Muerto - 1ra semana: 01 (Después - 1ra semana)

RN de mayor peso: 1300g

Gestación Anterior

Fecha: [] / [] / [] **Terminación:** Parto Vaginal Cesárea Aborto Ectópico Aborto molar No Aplica

Tipo de Aborto: Si fue aborto: Incompleto Completo Frustrado/Recurso Séptico No Aplica

Lactancia Materna: < 1 mes/no hubo < 6 meses 6 meses o más No aplica Si No Lugar del parto: Si No EESS Domic.

Captada: Si No Remitida x: Ag. Comuni. Si No

Antecedentes Familiares

Ninguno Alergias Enf. Hipertens. Emb. Epilepsia Enferm. Congénitas Emb. Múltiples Malaria Hipertensión Arterial Hipotiroidismo Neoplásia TBC Pulmonar Otros

Antecedentes Personales

Ninguno Aborto habitual/ recurrente Alergia a medicamentos Violencia Asma Bronquial Cardiopatía Cirugía Pélv.-uterina Diabetes Eclamsia Enferm. Congénitas Enferm. Infecciosas Epilepsia Hemorra. Postparto Hipertensión Arterial Coca Infertilidad Neoplasias Otras Drogas Parto prolong. Preeclampsia Prematuridad Reten. Placenta Tabaco TBC Pulmonar Transorn. Emntales VIH/SIDA Otros

Vac. Previas

Rubeola No Hepatitis B No Papioma Virus No Fiebre Amarilla No

Peso y Talla

Peso Habitual: 42 kg. **Talla:** 150 cm.

Antitetánica

Nº Dosis: 1ra. [] 2da. [] **Dosis:** Sin dosis No Aplica

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O Rh: Rh (+) Rh(-) Sen. Rh(-) No Sen. Rh(-) Sen.

Fuma

Nº Cigarros/día: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Droga

Si No

Fecha Última Mestruación

FUM: 07/09/20 **Duda:** Si No

Hospitalización

Hospitalización: Si No Fecha: [] / [] / [] **Diagnóstico:** [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Emergencia

Fecha: [] / [] / [] **Diagnóstico:** [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Violencia/Género

Ficha Tamizaje Si No Violencia Si No Fecha: [] / [] / []

Examen Físico

Clinico: Sin Examen Normal Patológico Mamas: Sin Examen Normal Patológico Cuello Uterino: Sin Examen Normal Patológico Pélvis: Sin Examen Normal Patológico Odont.: Sin Examen Normal Patológico

Examen Laboratorio

Hemoglobina 1: 7.4 **Hemoglobina 2:** [] [] [] [] **Hemogl. al Alta:** [] [] [] []

Glicemia 1: [] [] [] [] **Glicemia 2:** [] [] [] [] **Tolerancia Glucosa:** [] [] [] []

VDRL/RPR 1: [] [] [] [] **VDRL/RPR 2:** [] [] [] [] **TPHA/VDRL/RPR reactivo:** [] [] [] [] **Prueba Rápida 1:** [] [] [] [] **Prueba Rápida 2:** [] [] [] []

ELISA 1: [] [] [] [] **ELISA 2:** [] [] [] []

Western Block: HTLV1: [] [] [] [] **TORCH:** Gota Gruesa: [] [] [] [] **Fluorec. Malaria:** [] [] [] [] **Ex. Comp. Orina:** [] [] [] [] **Bacteriuria:** [] [] [] [] **Nitritos:** [] [] [] [] **Urocultivo:** [] [] [] [] **BK en Espudo:** [] [] [] [] **Listeria:** [] [] [] [] **PAP:** [] [] [] [] **Colposcopia:** [] [] [] []

ANEXO II A: FICHA EPIDEMIOLÓGICA

DIRECTIVA SANITARIA N° 036-MINSA/ODC-V.02
DIRECTIVA SANITARIA QUE ESTABLECE LA NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA

ANEXO 2 FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA	
I. DATOS BÁSICOS DE LA FALLECIDA (Llenar en todos los casos)	
APPELLIDO PATERNO:	APPELLIDO MATERNO:
NOMBRE(S):	
EDAD: _____ Años	DNI/N°: _____
N° HC: _____	
GRUPO ÉTNICO: Especificar: _____	ETNIA: Especificar: _____
IDIOMA: Español <input checked="" type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Aymara <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
NIVEL EDUCATIVO: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior universitaria <input type="checkbox"/> Superior técnica <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
ESTADO CIVIL: Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente <input checked="" type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
OCUPACIÓN: _____ TIPO DE SEGURO: SIS <input checked="" type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: _____ No tiene seguro <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO HABITUAL: <u>Casero Chiripe</u>	
Jr./Calle/Avenida/Comité/Sector	N° interior/Manzana/Lote
Urbanización/AAHH/Barrío/Comunidad/Localidad	
DEPARTAMENTO: (Procedencia) <u>Lima</u>	PROVINCIA: <u>Alto Amazonas</u>
DISTRITO: <u>Yanayacu</u>	
II. DATOS DE FALLECIMIENTO (Llenar en todos los casos)	
FECHA DE FALLECIMIENTO: Día <u>25</u> Mes <u>01</u> Año <u>2014</u>	HORA DEL FALLECIMIENTO: Horas <u>8</u> Minutos <u>30</u>
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO: Embarazo <input checked="" type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
FASE DEL PUERPERIO EN QUE FALLECIÓ: Puerperio inmediato <input type="checkbox"/> Puerperio mediano <input type="checkbox"/> Puerperio tardío <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
EDAD GESTACIONAL (Al momento del fallecimiento o en que terminó el embarazo) <u>18</u> Semanas Desconocido <input type="checkbox"/>	
LUGAR DE FALLECIMIENTO: EESS IGSS/GOBIERNO REGIONAL <input type="checkbox"/> EESS EsSALUD <input type="checkbox"/> EESS Sanidad FFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/> Trayecto <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
NOMBRE DEL EESS NOTIFICANTE O QUE INVESTIGA: <u>Hospital Regional Loreto</u>	
CATEGORÍA DEL EESS: I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> II-E <input type="checkbox"/> III-1 <input checked="" type="checkbox"/> III-E <input type="checkbox"/> III-2 <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
FECHA DE INGRESO AL EESS: Día <u>28</u> Mes <u>01</u> Año <u>2014</u> HORA DE INGRESO: Horas <u>13</u> Minutos <u>05</u> No aplica <input type="checkbox"/>	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: Méd. G-O <input type="checkbox"/> Méd. intensivista <input type="checkbox"/> Méd. residente <input type="checkbox"/> Méd. general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro: <u>Emergent</u> Desconocido <input type="checkbox"/>	
DEPARTAMENTO: (Fallecimiento) <u>Loreto</u>	PROVINCIA: <u>Loreto</u>
DISTRITO: <u>Andahuaylas</u>	
III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS (Llenar en todos los casos)	
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Hipertensión crónica	<input type="checkbox"/> Neoplasias
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> ITS/VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Alcohólicismo
<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Drogadicción
<input type="checkbox"/> Desnutrición crónica	<input type="checkbox"/> Violencia de género
<input type="checkbox"/> OTRA _____	<input type="checkbox"/> Desconocido
ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS (Gestaciones anteriores sin incluir el embarazo actual)	
N° Gestaciones previas <u>01</u>	N° Partos <u>01</u>
N° Cesárea <u>0</u>	N° Abortos <u>0</u>
N° Nacidos vivos <u>01</u>	N° Nacidos muertos <u>0</u>
N° de hijos que viven <u>01</u>	Período intergenésico: _____ años _____ meses
USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO: (Previo al embarazo actual)	
No uso <input type="checkbox"/> Hormonal <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Barrera <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> Abstinencia Periódica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	

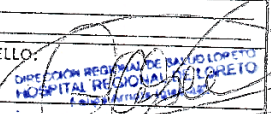
ANEXO II B: FICHA EPIDEMIOLÓGICA

DIRECTIVA SANITARIA N° 036-MINSA/CDC-V.02
DIRECTIVA SANITARIA QUE ESTABLECE LA NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA

IV. ATENCIÓN DURANTE LA GESTACIÓN ACTUAL (Llenar en todos los casos)	
ATENCIÓN PRENATAL (APN)	
ATENCIÓN PRENATAL: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Primera Atención I Trimestre <input checked="" type="checkbox"/> II Trimestre <input type="checkbox"/> III Trimestre <input type="checkbox"/> Número de APN <input style="width: 50px; text-align: center;" type="text" value="21"/>	
NOMBRE DEL EESS DONDE TUVO MAYOR CANTIDAD DE ATENCIONES PRENATALES: <u>P.S. Chiriquí</u>	
CATEGORÍA DEL EESS: I-1 <input checked="" type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> II-E <input type="checkbox"/> III-1 <input type="checkbox"/> III-2 <input type="checkbox"/> III-E <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
SE REALIZARON VISITAS DOMICILIARIAS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Número de visitas <input style="width: 50px; text-align: center;" type="text" value="21"/> REALIZÓ PLAN DE PARTO COMPLETO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABLE DE LA APN: Méd. G-O <input type="checkbox"/> Méd. residente <input type="checkbox"/> Méd. general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input checked="" type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
COMPLICACIONES DEL EMBÁRAZO, PARTO O PUERPERIO ACTUAL	
TUVO COMPLICACIONES: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
EMBÁRAZO: Hemorragia <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> RPM más de 12 horas <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico <input type="checkbox"/> Infección tracto urinario <input type="checkbox"/> Sepsis <input checked="" type="checkbox"/> Óbito fetal <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/>	
PARTO: Hemorragia <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input type="checkbox"/> Trabajo de parto prolongado <input type="checkbox"/> Parto obstruido <input type="checkbox"/> Parto distócico <input type="checkbox"/> Trabajo de parto precipitado <input type="checkbox"/> Alumbramiento incompleto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
PUERPERIO: Hemorragia <input type="checkbox"/> Atonía uterina <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Endometritis <input type="checkbox"/> Retención de restos placentarios <input type="checkbox"/> Depresión posparto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
REFERENCIA	
Referida: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	N° de referencias institucionales: <input style="width: 50px; text-align: center;" type="text" value="264"/> EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: <u>Hospital Santa Gertrudis</u>
FECHA DE INGRESO AL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: Día <u>22</u> Mes <u>1</u> Año <u>11</u> HORA DE INGRESO: Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>	
FECHA DE EGRESO DEL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: Día <u>31</u> Mes <u>1</u> Año <u>11</u> HORA DE EGRESO: Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>	
TIEMPO DE DEMORA EN LLEGAR AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA: <input type="text"/> Días <input type="text"/> Horas <input type="text"/>	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN EN EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: Méd. G-O <input type="checkbox"/> Méd. intensivista <input type="checkbox"/> Méd. residente <input type="checkbox"/> Méd. general <input checked="" type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
DEPARTAMENTO: (EESS origen de referencia) <u>La Libertad</u>	PROVINCIA: <u>Alto Barranca</u>
DISTRITO: <u>San Marcos</u>	
INSTITUCIÓN DESTINO DE LA REFERENCIA: EESS IGSS/GOBIERNO REGIONAL <input checked="" type="checkbox"/> EESS ESSALUD <input type="checkbox"/> EESS SSFFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/>	
EESS DESTINO DE LA REFERENCIA: <u>Hospital Regional de La Libertad</u>	
FECHA DE INGRESO AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA: Día <u>21</u> Mes <u>11</u> Año <u>11</u> HORA DE INGRESO: Horas <u>17</u> Minutos <u>19</u>	
HOSPITALIZACIONES	
HOSPITALIZACIONES EN LA GESTACIÓN/PUERPERIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁNTAS <input style="width: 50px; text-align: center;" type="text"/>	
REQUIRIO TRANSFUSIÓN: SANGRE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXPANSORES PLASMÁTICOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FECHA DE PARTO O ABORTO: Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Desconocida <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
LUGAR DE PARTO O ABORTO: Domicilio <input type="checkbox"/> En EESS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
TIPO DE PARTO: Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Instrumentado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN PARTO O ABORTO: Méd. G-O <input type="checkbox"/> Méd. intensivista <input type="checkbox"/> Méd. residente <input type="checkbox"/> Méd. general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
NECROPSIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO - CAUSA CIE-10: <input type="text"/>	

ANEXO II C: FICHA EPIDEMIOLÓGICA

DIRECTIVA SANITARIA N° 038-MINSA/CDC-V.02
DIRECTIVA SANITARIA QUE ESTABLECE LA NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA

V. DATOS DEL ENTORNO SOCIAL/COMUNITARIO (Llenar en todos los casos)		
IDENTIFICARON SIGNOS DE PELIGRO:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PERSONA QUE IDENTIFICÓ SIGNOS PELIGRO:	Ella misma <input checked="" type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
BUSCARON AYUDA:	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA:	Ella misma <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
TIEMPO QUE DEMORÓ EN BUSCAR AYUDA O ATENCIÓN DESDE EL INICIO DE SUS MOLESTIAS:	Horas _____ Minutos _____	
SE TUVO DIFICULTAD CON EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD:	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ESPECIFICAR: Inaccesibilidad geográfica <input type="checkbox"/> Distancia <input checked="" type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Creencias /Costumbres <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
TIEMPO QUE DEMORÓ DESDE EL INICIO DE SUS MOLESTIAS HASTA LLEGAR AL EESS:	Horas _____ Minutos _____	
TUVO DIFICULTADES PARA SER ATENDIDA EN EL EESS:	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ESPECIFICAR: Económicas <input type="checkbox"/> Idioma <input type="checkbox"/> Administrativas/Trámites <input type="checkbox"/> Demora en Atención <input type="checkbox"/> Mala atención <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
TIEMPO QUE DEMORÓ DESDE QUE LLEGO AL EESS HASTA QUE FUE ATENDIDA:	Horas _____ Minutos _____	
PERSONA QUE BRINDÓ INFORMACIÓN Y RELACIÓN CON LA FALLECIDA:	Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Pareja <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
VI. DATOS COMUNITARIOS (LLENAR SOLO EN CASO DE MUERTE MATERNA EXTRA INSTITUCIONAL Y CASOS ESPECIALES*)		
SINTOMATOLOGÍA O MOLESTIAS: Sangrado <input type="checkbox"/> Pérdida de líquido <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Sensación de alza térmica <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Pérdida/alteración del estado de conciencia <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
MANIOBRAS USADAS DURANTE EL PARTO: No se usó <input type="checkbox"/> Manteo <input type="checkbox"/> Acomodo <input type="checkbox"/> Masajes <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
MANIOBRAS USADAS PARA RETIRAR PLACENTA: No se usó <input type="checkbox"/> Manteo <input type="checkbox"/> Acomodo <input type="checkbox"/> Masajes <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
TIEMPO ESTIMADO DEL DOMICILIO AL EESS MÁS CERCANO (Vía usual) Horas _____ Minutos _____		
TIPO DE ESTABLECIMIENTO MÁS CERCANO: Puesto de Salud <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/>		
VII. CAUSAS DE DEFUNCIÓN (Llenar en todo los casos, revisado por el CPMMYP)		
CAUSA FINAL:	CIE-10	CAUSA GENÉRICA
Shock Séptico	A54.2	<input type="checkbox"/> Hemorragia
Pie diabético	E10.5	<input type="checkbox"/> Hipertensión gestacional
Debilidad Materna	E10.6	<input type="checkbox"/> Infección/Sepsis
		<input type="checkbox"/> Otra causa: _____
CLASIFICACIÓN FINAL DE LA MUERTE: Directa <input type="checkbox"/> Indirecta <input checked="" type="checkbox"/> Incidental <input type="checkbox"/>		
VIII. DEMORAS		
1ra DEMORA	En la identificación del problema	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2da DEMORA	En la decisión de buscar ayuda	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3ra DEMORA	En acceder a los servicios de salud	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4ta DEMORA	En recibir tratamiento adecuado y oportuno	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES: Anote información adicional relevante: _____		
NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIÉN INVESTIGA:	CARGO:	FIRMA Y SELLO:
Fredy Cobian Obispo		
PROFESIÓN: Médico especialista <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Estadístico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		

*En caso de una muerte materna institucional procedente o no de una referencia institucional y ocurrida sin mediación de la familia o con permanencia en el establecimiento de salud menor de 24 horas, en donde no existiera datos clínicos suficientes.
1ra DEMORA: EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA: La gestante, la familia o la comunidad no reconoció los signos de alarma.
2da DEMORA: EN LA DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA: Demora en la toma de decisión en el hogar para la búsqueda de atención en salud.
3ra DEMORA: EN ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD: Dificultad con la accesibilidad física a los establecimientos, la distancia y facilidades de viaje, y la disponibilidad de medios de transporte. 4ta DEMORA: EN RECIBIR TRATAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO: Capacidad de brindar tratamiento oportuno y adecuado, capacidad técnica del personal, el equipamiento y la disponibilidad de insumos y medicamentos.

ANEXO III: PAPELETA DE FALLECIMIENTO

PAPELETA DE FALLECIMIENTO

Nombre: [REDACTED]

H.C.: [REDACTED] N° de Cama: 01

Diagnóstico: Shock séptico - Dr. D. S. L. D. A. - C. S. L. -

Servicio de: Cirugía - Traumatología

Fecha: 25/11/21 Dr.

José C. Rendón
Emergencia y Desastres
CMP: 153864