

“HIJO DE MADRE DIABETICA” “HMD”**Dr. Jose Luis Chavarria R.**

Medico Pediatra- Neonatologo

Docente Titular Asignatura de Pediatria Carrera de Medicina UMRPSXCH

Socio Activo Instituto Médico sucre

Dra. Doris A. Rodriguez C.

Medico Pediatra

Docente Titular Asignatura de Pediatria Carrera de Medicina UMRPSXCH

Dra. Marlene Pallares

Medico Pediatra – Neonatologo Hospital Gineco- Obstetrico “Jaime Sanche Porcel”

Dra. Verónica Gutiérrez A.

Medico Pediatra R- II Neonatologia, Hospital Gineco - Obstetrico “Jaime Sanchez Porcel”

Palabras Clave: Madre diabéticas. Hijo de Madre Diabética**Key Words:** Diabetic mothers. Neonate born from Diabetic mother**RESUMEN**

Se describen y analizan las complicaciones que suelen tener los hijos de madres diabéticas en la etapa prenatal, al momento del parto, en el periodo neonatal inmediato y a largo plazo. Se informa, además, de las pautas vigentes de manejo, en nuestro nosocomio.

SUMMARY

The clinical characteristics of neonates born from diabetic mothers, in the prenatal period, at birth, in the early neonatal period and at long term, are analyzed. Some comments are made about current recommended management, in the clinic

INTRODUCCIÓN:

La diabetes mellitus (DM) es la enfermedad que con mayor frecuencia complica el embarazo y se presenta aproximadamente en el 4% de las gestaciones. El 3 a 10% de los embarazos se complica con un control de glucemia anormal; de estos el 80% son causados por la diabetes mellitus o la diabetes gestacional. Es una

enfermedad genética: autosómica, recesiva y de índole multifactorial que se caracteriza por alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas. Está asociada a deficiencia (absoluta o relativa) de secreción de insulina, con grados variables de resistencia a esta hormona. Los problemas clínicos más frecuentes son alteraciones del crecimiento fetal, hipoglicemia, prematuridad, asfisia, enfermedad de membrana hialina (EMH) y malformaciones congénitas. A estas se deben agregar la hipocalcemia, poliglobulia, miocardiopatía hipertrófica, hipomagnesemia e hiperbilirrubinemia. Un mejor conocimiento de esta enfermedad ha hecho que la coincidencia de embarazo y DM en la mujer, haya pasado de ser poco frecuente y de consecuencias graves para el neonato, a ser ahora un problema que, con un adecuado control metabólico de la embarazada, es posible tener un neonato con un crecimiento intrauterino normal y sin complicaciones.

MOTIVO DE CONSULTA:

RN ingresa con macrosomía fetal, cianosis, dificultad respiratoria moderada, labilidad pulmonar con apoyo de O₂ por máscara con 5 litros satura de 92%.

ANTECEDENTES PERINATALES:

Parto por cesarea, con antecedentes de Preeclampsia materna y Diabetes Gestacional, embarazo controlado, nació con peso de 4.785gr, Talla 54cm, P. Cef: 37 cm, Apgar 8 -9 de 34 semanas, con taquipnea y dificultad respiratoria posterior al nacimiento por lo cual requirió apoyo de O₂ por máscara. (Figura N° 1)

EXAMEN FÍSICO:

Es ingresado a UCIN en MEG con edema generalizado, torax con DR Silverman 7, MV disminuido, se procede a IET, cardiaco: con soplo sistólico 3/6, abdomen globuloso distendido con hepatomegalia palpable a 4cm DR, región inguino escrotal con leve edema, extremidades con movilidad y buena perfusión distal.

FIGURA Nº 1



FIGURA Nº 2



INGRESA Diagnostico:

Prematuridad (34 semanas).
 Síndrome de dificultad respiratoria
 Enfermedad de Membrana Hialina
 Hijo de Madre Diabetica. (Figura Nº 2)
 *Se inicio plan parenteral 60ml/kg/d,
 Flujo de glucosa 5,4, Ayunado.
 *Laboratorios: Hemograma, glicemia,
 calcio y serologia neonatal.(HMG:
 neutrofilia - Rodwell 1, PCR (-),
 serologia (-)
 *Radiografía de Torax.
 evolución inicial bastante torpida
 con dificultad respiratorios y
 parámetros altos de Asistencia
 mecanica respiratorio, (ARM) y Rx
 de tórax compatible con Enfermedad
 de membrana Hialina(E.M.H.)
 recibiendo 3 dosis de surfactante,
 cursando con transtornos metabólicos:
 Hipoglucemia, Hipocalcemia Persistente,
 Hipomagnesemia y Acidosis Metabolica
 descomp.
 Con soplo sistolico III – IV/VI, se
 realiza interconsulta con cardiología
 Infantil: Ductus arterioso permeable (D.
 A. P) Hipertensión Pulmonar Moderada,
 Dilatación de cavidades izquierdas con
 Indometacina y diuréticos por razon
 necesaria
 Durante su estadía hospitalaria realizo
 3 esquemas de TTO ATB, cursando con

sepsis nosocomial con cultivos (+) a
 ESCHERICHIA COLI en sangre y Punta
 de cateter, sensible a Impipemen

A los 29 dias fué dado de alta
 hospitalaria, con evolución favorable
 y con recomendación de retornar por
 Consultorio externo de pediatria y
 cardiologia.

Diagnostico de EGRESO:

Prematuridad (EGC 38 sem.)
 SDR – EMH Tratada
 Hijo de Madre Diabetica.
 Sepsis Nosocomial Tratada.
 Distribio Metabólico Resuelto.
 DAP tratado.

CONCLUSION

Los HMD, representan un 10% de los
 RNV. Las frecuentes complicaciones:
 neurológicas, metabólicas, respiratorias,
 infecciosas o cardiacas que pueden
 condicionar un aumento de la
 morbilidad y mortalidad hasta el 70%. El
 control metabólico estricto de la mujer
 embarazada contribuye a reducir toda la
 problemática del HMD.

COMENTARIO

A pesar de los progresos en la asistencia
 y tratamiento de los embarazos en

pacientes diabéticas, incluyendo un
 control metabólico estricto, al parecer
 no se ha modificado esencialmente la
 incidencia de morbilidad neonatal y
 en especial la macrosomía fetal que
 tienen aún un alto riesgo perinatal por lo
 que requieren de una atención integral
 e interdisciplinaria al finalizar la
 gestación: pues la mortalidad perinatal
 es del 5-8%, esto es, cinco veces más alta
 que la presentada en la población general.
 Al nacimiento debe estar presente el
 neonatólogo o una persona entrenada
 en la atención de estos pacientes para
 vigilar y tratar oportunamente las
 complicaciones habituales, por lo que
 está justificado que estos neonatos sean
 atendidos, de preferencia, en un centro
 perinatal de tercer nivel, en donde la
 mortalidad perinatal de los HMDM se
 ha reducido en los últimos años.

BIBLIOGRAFIA

1. CSABA ET. AL: Relationship, og maternal treatment with indomethacin to persistence of fetal circulation syndrome. J Oediatri 1978, 92: 484.
2. WHITE P: Diabetes mellitus in pregnancy. Clin Perinatol 1974, 1: 331
3. American Diabetes Asociation, Hyperglycemic crises in pacientes. Diabetes Care 2001, 2:154-164