MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC

Actualización
2016

Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el embarazo

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-320-10

CSG
Consejo de Salubridad General

IMSS

ISSSTE
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

DIF Nacional

PEMEX

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo,** seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

0

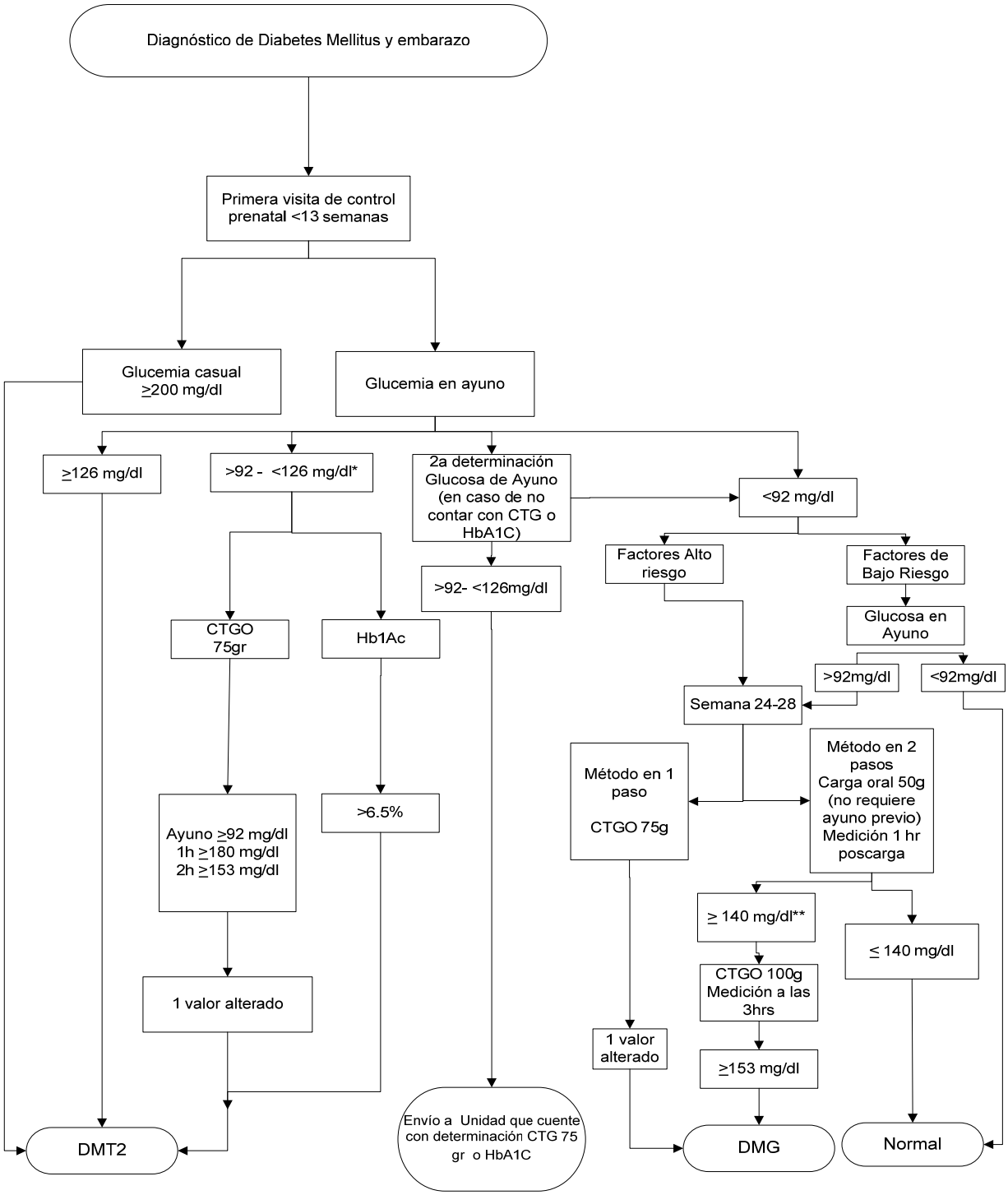
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc
http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html

Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo.** México:Secretaría de Salud Disponible en: http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc
http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html

ISBN en trámite

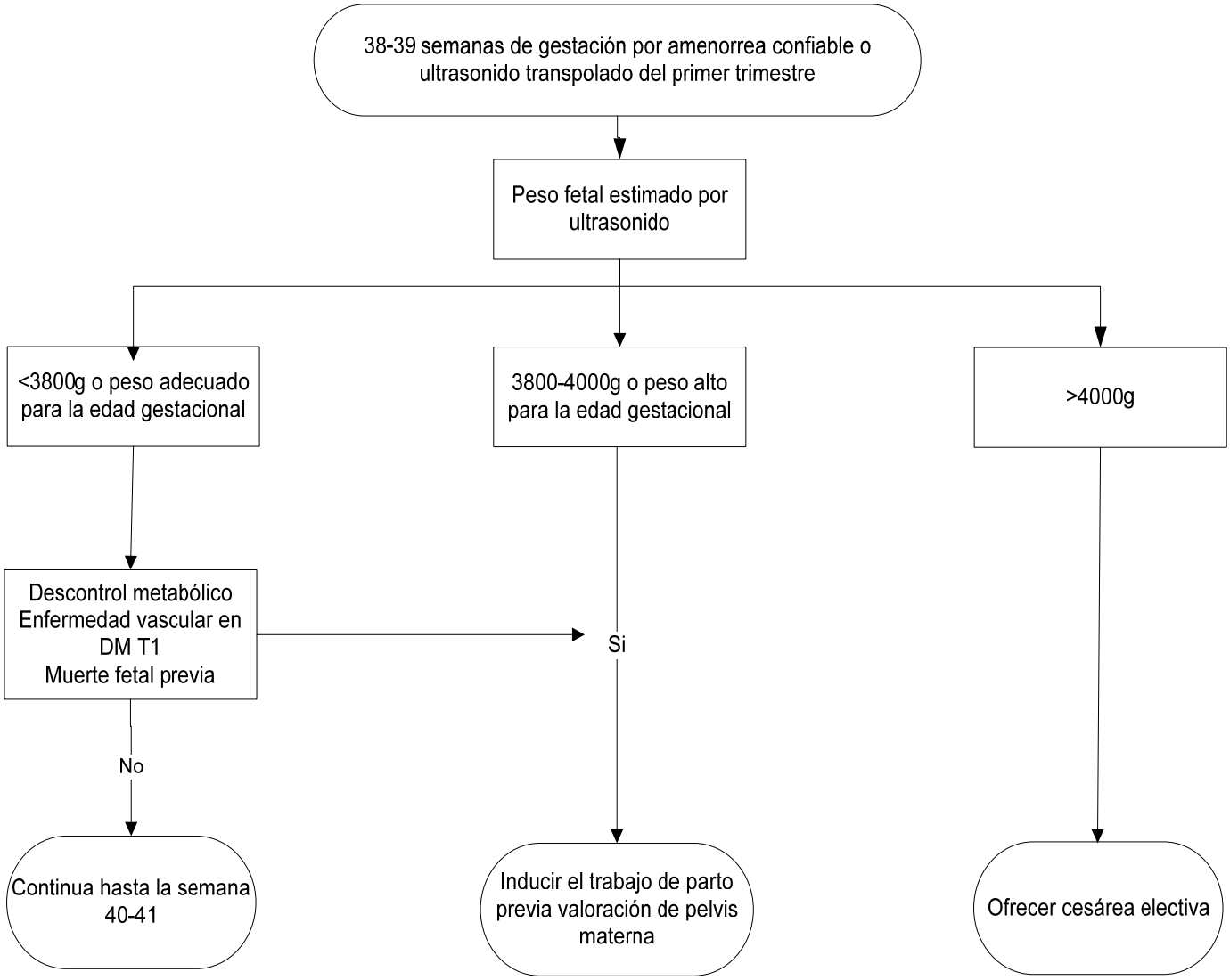
1. Diagramas de Flujo

Algoritmo 1. Diagnóstico de Diabetes y Embarazo



Abreviaturas:
CTGO: Curva de tolerancia oral a la glucosa
Hb1Ac: hemoglobina glucosilada
DMT2: Diabetes Mellitus Tipo 2
DMG: Diabetes Mellitus Gestacional
* Glucosa alterada de ayuno
**** Se sugiere disminuir el umbral a 135 mg/dl en población de alto riesgo**

Algoritmo 2. Resolución del embarazo en la paciente con diabetes.



Abreviaturas:
DMT1: Diabetes Mellitus Tipo 1

2. Consejo Preconcepcional

PROMOCIÓN

Recomendación Clave	GR*
En toda mujer en edad fértil con diabetes, se recomienda identificar por interrogatorio directo el deseo de embarazo y proporcionar consejo sobre método anticonceptivo. • En las pacientes con deseo de embarazo se recomienda ofrecer consejeria preconcepcional.	**D NICE**
La consulta preconcepcional se recomienda incluir: -Educación y consejeria -Metas de control glucémico - Automonitoreo -Detección temprana de complicaciones -Consejo nutricional.	**D NICE**
Se recomienda en la etapa preconcepcional y de embriogénesis, lograr un control glucémico con una cifra ideal de HbA1C lo más cercano a lo normal (<6.5%) evitando la presencia de episodios de hipoglucemia, para disminuir la probabilidad de malformaciones.	**D NICE**
Con base en que a mayor daño vascular mayor riesgo de complicaciones materno-fetales, es recomendable definir el riesgo estableciendo si existe daño por micro o macroangiopatía, utilizando la clasificación de Priscilla White (Ver Cuadro 2)	**D NICE**
En caso de diabetes tipo 1, se sugiere determinar la función tiroidea (TSH y T4L) ya que hasta un 5-10% pueden cursar con disfunciòn tiroidea.	**A NICE**
Es recomendable suspender los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los antagonistas de los receptores de angiotensina 2 (ARA 2), si la paciente los estaba utilizando y usar alfametildopa, nifedipina o hidralazina para control de a presión arterial.	**A NICE**
Se sugiere mantener las cifras de tensión arterial por debajo de 130/80mmHg.	**A NICE**

Es recomendable iniciar la administración de ácido fólico tres meses antes del embarazo a dosis de 5 mg/diarios.	**B NICE**
Es aconsejable el uso de dosis bajas de aspirina durante el embarazo en mujeres con diabetes pregestacional para reducir la incidencia de preeclampsia y pronóstico materno y fetal adversos.	**B NICE**

PREVENCIÓN

Recomendación Clave	GR*
No se recomineda el embarazo si la mujer diabética presenta cualquiera de las siguientes situaciones: • HbA1c >10% • Cardiopatía Isquémica (Enfermedad coronaria no revascularizada) • Nefropatía avanzada (Depuración de creatinina <50mL/min ó creatinina >1.4mg/dl ó proteinuria >3gr/24horas) • Retinopatía Proliferativa activa • Hipertensión arterial que no mejore con la terapéutica farmacológica - Gastroenteropatía diabética severa	**C NICE**
Se recomienda en aquellas mujeres embazadas con diabetes pregestacional realizar determinación de proteinuria y creatinina en orina de 24 horas.	**B NICE**

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Es recomendable realizar glucosa plasmática de ayuno en la primera visita prenatal ó antes de las 13 semanas a todas las pacientes , para una detección temprana de mujeres con DM tipo 2 no diagnosticadas antes del embarazo.	**A NICE**
En embarazadas con riesgo bajo para desarrollo de DMG, se recomienda realizar glucosa de ayuno a las 24 a 28 semanas de gestación, en caso de resultado ≥92mg/dl realizar búsqueda de DMG en uno o dos pasos de acuerdo a criterio médico y la infraestructura de la unidad	**D NICE**

En embarazadas en primer trimestre con alteraciones de glucosa de ayuno en ausencia de síntomas, se recomienda realizar curva de tolerancia a la glucosa oral (CTGO) con carga de 75gr , nueva determinación de glucosa de ayuno o si se cuenta con el recurso, determinación de HbA1C .	**D NICE**
Realizar el tamiz o CTGO entre la semana 24 y 28 de gestación en mujeres de moderado y alto riesgo que tuvieron resultado de glucosa de ayuno normal en la primera visita prenatal.	**D NICE**
Se recomienda realizar el diagnóstico de DMG en uno o dos pasos de acuerdo a criterio médico y tomando en cuenta la infraestructura y recursos de cada unidad médica	**A NICE**
Se recomienda la búsqueda intencional de DM2 en la primera visita de control prenatal en embarazadas antes de las 13 semanas, estableciendo el diagnóstico con los criterios arriba mencionados. (Ver algoritmo 1)	**A NICE**
Se recomienda relizar pruebas para diagnóstico de diabetes gestacional en pacientes que presentan glucosuria en exámenes general de orina rutinarios.	**D NICE**

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	**GR***
Toda paciente con diabetes preconcepcional o gestacional debe de ofrecerse terapia médica nutricional, con fines de reducir resultados adversos.	**C NICE**
La terapia médica nutricional debe ser proporcionada por un nutriólogo o dietista certificado, con experiencia en el manejo de diabetes y embarazo. La dieta debe ser culturalmente apropiada, acorde con los hábitos y actividad física y susceptible de modificarse de acuerdo a la meta terapéutica con base en la cuenta de carbohidratos y el índice glucémico.	**D NICE**
Se recomienda el cálculo del IMC en toda paciente embarazada con diabetes y clasificarse (con respecto a la Cuadro 8) para el cálculo de kilocalorías correspondientes . No se recomiendan dietas menores de 1500kcal / día .	**B NICE**
Se recomienda que el plan nutricional de la mujer embarazda con diabetes incluya tres comidas y 2 a 3 colaciones, debiendo ajustarse individualmente de acuerdo a los nivles de glucosa postprandiales	**A NICE**

Se recomienda la realización de actividad física aeróbica por periodos mínimos de 30 minutos en la mujer embarazada con diabetes	**D NICE**
Es recomendable mantener las metas terapéuticas de glucosa sanguínea en pacientes embarazadas con diabetes gestacional, y pre gestacional durante el embarazo. (Ver Cuadro 9)	**B NICE**
Se recomienda si el crecimiento fetal es igual o mayor del percentil 90 las metas de glucemia materna serán más estrictas: • ≤ 80mg/dl en ayuno • ≤ 110 mg/dl dos horas postprandial.	**B NICE**
El tratamiento farmacológico se debe considerar cuando la dieta y el ejercicio no logran las cifras meta (menor de 95mg/dl en ayuno y 120mg/dl 2 horas postprandial) para el control de la glucosa en sangre en un periodo de 2 semanas. (Ver Cuadro 9)	**D NICE**
En aquellas embarazadas con diabetes pregestacional con adecuado control metabólico , que estén utilizando metformina, se recomienda no suspenderlo. En caso de utilizar otros hipoglucemiantes, considerar el cambio a metformina.	**D NICE**
El uso de metformina en diabéticas gestacionales con embarazo mayor de 20 semanas podría considerarse como opción de tratamiento médico cuando la paciente rechace la terapia con insulina, la paciente no presenté un descontrol metabólico que ponga en riesgo al binomio y bajo consentimiento informado por escrito de la misma. (Ver Cuadro 10)	**Punto de buena práctica**
Es aconsejable combinar insulina interedia con insulina de acción rápida a fin de evitar la hiperglucemia postprandial y simular la secreción de insulina fisiológica durante todo el día. (Ver Cuadro 11)	**D NICE**
Se adiciona insulina rápida cuando no se alcanza la meta terapéutica de la glucemia posprandial. La combinación de insulina de acción rápida e intermedia debe ser administrada 30 minutos antes del desayuno y de la cena.	**D NICE**
A pesar de que los análogos de insulina han demostrado algunos beneficios en el control de la paciente embarazada con diabetes no es posible emitir una recomendación para su uso ya que se requieren ensayos clinicos a largo plazo que garanticen su perfil de seguridad.	**A NICE**
Se recomienda considerar en la frecuencia de utilización de tiras reactivas de aquellas pacientes con embarazo y diabetes con automonitoreo el tipo de tratamiento y su estabilidad glucémica (ver cuadro 12)	**D NICE**

Se recomienda documentar en expediente el automonitoreo capilar que proporcione la paciente, y niveles de glucosa en sangre de ayuno por la institución al igual que niveles de HbA1C en caso de contar con el reactivo.	**Punto de Buena práctica**
Realizar ultrasonido doppler para establecer pronóstico de bienestar fetal sólo en pacientes con: ✓ Hipertensión Arterial ✓ Retinopatía ✓ Nefropatía ✓ Sospecha de Restricción del Crecimiento Intrauterino Daño vascular.	**B** **NICE**

CRITERIOS DE HOSPITALIZACION

Recomendación Clave	GR
Toda paciente embarazada con diabetes gestacional con que no cumpla con las metas terapeúticas posterior al tratamiento médico nutricional, ejercicio y que inicie con terapia con insulina es recomendable su hospitalización para ajuste de la dosis de insulina, control glucémico y educación a la paciente	**C** **NICE**
Se recomienda internar a la mujer con embarazo y diabetes que presencue cualquiera de los criterios de hospitalización (ver cuadro 15)	**C** **NICE**

VIA DE NACIMIENTO

Recomendación Clave	GR*
Las embarazadas con diabetes, con control metabólico adecuado sin otras enfermedades que incrementen la probabilidad de morbilidad o mortalidad materno-fetal y corroborando el bienestar fetal se recomienda ofrecer parto programado después de la semana 38 mediante inductoconducción y en pacientes con sospecha de macrosomía la programación electiva de operación cesarea.	**C** **NICE**
La vía de elección del nacimiento se deberá basar en las condiciones obstétricas	**D** **NICE**
De existir mal control metabólico, complicaciones vasculares, factores que puedan alterar el pronóstico fetal o antecedente de muerte fetal en embarazos previos, la interrupción del embarazo se planifica de acuerdo a la gravedad de la situación y si es inevitable y no hay madurez fetal, ésta puede acelerarse con corticoesteroides recordando el aumento en las dosis de insulina para evitar descompensación metabólica. (Ver Algoritmo 2)	**D** **NICE**

MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO

Recomendación Clave	GR
Ajustar la menor dosis de insulina durante el trabajo de parto y/o valorar de acuerdo al caso la suspensión temporal de insulina exógena para el control glucémico en pacientes con DMG y DM T2.	**D NICE**
Se sugieren metas de control de glucosa sanguínea en niveles de 72 a 140 mg/dl durante el trabajo de parto en embarazadas diabéticas. (Ver Cuadro 15).	**D NICE**
Las pacientes con diabetes y con enfermedad agregada, como obesidad, nefropatía o neuropatía, se les debe realizar una evaluación preanestésica en el tercer trimestre del embarazo. Si se utiliza anestesia general, la glucemia debe ser vigilada (cada 30 minutos), desde la inducción de la anestesia hasta después de que el bebé haya nacido y la mujer este plenamente consciente.	**C** **NICE**
Se recomienda que la **monitorización de la glucosa** se realice de la siguiente manera: **Embarazadas con DM T1 y T2**: Fase latente: Cada 2 a 4 horas Fase activa: Cada 2 horas **Pacientes con infusión de Insulina**: Cada hora **Embarazadas con DM gestacional**: Determinación a su ingreso y cada 4 a 6 horas **En pacientes con determinación de glucosa <50 mg/dl ó >180 mg/dl se sugiere tener una monitorización más frecuente**	**A NICE**

MANEJO DEL PUERPERIO

Recomendación Clave	GR
Se sugiere que la en pacientes con niveles de glucosa bajos se suspenda el tratamiento hipoglucemiante inmediatamente después del nacimiento. La decisión de continuar el tratamiento deberá evaluarse en cada caso de manera independiente	**A NICE**
Se sugiere en el puerperio: * Iniciar la via oral lo más pronto posible. * Si la paciente lacta agregar 500 Kcal/día a la dieta. *En las pacientes con diabetes pregestacional disminuir los requerimientos insulínicos entre el 60 y 70% de las necesidades en el tercer trimestre.	**D NICE**

Se recomienda en las pacientes con cesárea programada: *Realizarla en las primeras horas de la mañana *Suspender las dosis de insulina matutina * Administrar solución glucosada al 5% (6-10gr/hr) *Mantener el nivel de glucosa entre 70 a 120mg/dl	**D NICE**
Se recomienda la reclasificación de las pacientes 6 a 12 semanas posteriores al nacimiento en mujeres con diabetes gestacional en base a una curva de tolerancia a la glucosa con 75 gr. con medición de 2 hrs utilizando los criterios establecidos para DM2	**A NICE**
Es recomendable en las mujeres con diabetes mellitus gestacional previa y que se reclasifican en el postparto con alteraciones en la tolerancia a la glucosa (alteración de la glucosa en ayuno), se fomente un seguimiento adecuado con programas de prevención que incluyan: cambios en el tipo de dieta, control de peso, fomento de actividad física y planificación familiar.	**C NICE**
Se deberá realizar curva de tolerancia la glucosa a intervalos de 1 a 3 años en todas las mujeres que cursaron con DMG y factores de riesgo.	**D NICE**

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

CUADRO 2. CLASIFICACIÓN DE WHITE MODIFICADA PARA DIABETES EN EL EMBARAZO

Clase	Descripción
A	GTT anormal antes del embarazo a cualquier edad o de cualquier duración tratada únicamente con terapia nutricional.
B	inicio a la edad de 20 años o más y duración de menos de 10 años
C	Inicio a la edad de 10 a 19 años o duración de 10 a 19 años
D	El inicio es antes de los 10 años de edad, duración de más de 20 años , retinopatía benigna , o hipertensión (no preeclampsia)
R	Retinopatía proliferativa o hemorragia vítrea
F	Nefropatía con más de 500 mg/dl
RF	Criterios de ambas clases R y F
G	Múltiples fallas del embarazo
H	Evidencia de enfermedad cardiaca arterioesclerótica
T	Trasplante renal previo
Diabetes Gestacional	
A1	Diabetes Gestacional con dieta controlada
A2	Diabetes gestación con tratamiento a base de insulina

Adaptado de : Ecker J L M. Pregestational diabetes mellitus_ Obstetrical issues and management [Internet]. 2016. Available from: http://www.uptodate.com/contents/pregestational-diabetes-mellitus-obstetrical-issues-and-management

CUADRO 8. RECOMENDACIONES DIETÉTICAS PARA EL MANEJO DE DIABETES GESTACIONAL (ADA)

Diabetes Gestacional	
Energía	36-40 Kcal/Kg peso actual – IMC pregestacional <19.8 30 Kcal/Kg peso actual – IMC pregestacional 19.8-26 24 Kcal/Kg peso actual – IMC pregestacional 26-29 Individualizado – IMC pregestacional >29
Carbohidratos	40-45% del total de calorías
Desayuno	15-30g (individualizado)
Colaciones	15-30g (individualizado)
Fibra	20-35g
Proteínas	10-20% Agregar 10g/día a partir del 2° trimestre
Grasa	<40% del total de calorías (<10% grasa saturada)
Complementos de Vitaminas y minerales	Ácido fólico y hierro multivitamínico según se requiera
Calcio	1g al día
Hierro	27 mg/día (si hay anemia 100-120g/día)

*Adaptado de: Diabetes AA. Standards of Medical Care in Diabetes - 2016. Am Diabetes Assoc. 2016;37(October 2016):14–80.

CUADRO 9. METAS TERAPEÚTICAS DE GLUCOSA PLASMÁTICA DURANTE EL EMBARAZO

Condición		Valores plasmáticos de referencia
Diabetes gestacional	Glucossa en ayuno	<95mg/dL
	Glucosa 1 hora pos prandial	≤140mg/dL
	Glucosa 2 horas posprandial	≤120mg/dL
	HbA1C	≤6.0%
	Glucosa antes de dormir y en la madrugada	60 mg/dL
Diabetes pregestacional	Glucosa en ayuno	60-99mmg/dl
	Glucosa 1 hora pos prandial	100-129mg/dl
	HbA1C	≤6.0%
	Glucosa antes de dormir y en la madrugada	60 mg/dL

*Adaptado de: Diabetes AA. Standards of Medical Care in Diabetes - 2016. Am Diabetes Assoc. 2016;37(October 2016):14–80.

CUADRO 10. USO DE METFORMINA EN PACIENTES EMBARAZADAS

Pacientes candidatas a uso de metformina en el embarazo • Pacientes con antecedente de síndrome de ovarios poliquísticos y tratamiento con metfomina • Pacientes con falla en la terapia médica nutricional • Pacientes con IMC >35 • Glucosa en ayuno <110 mg/dl que no responde a tratamiento médico nutricional • Edad gestacional al momento del diagnostico por arriba de 25 semanas de gestación • Sin historia de previa de DMG
Dosis recomendada 500-850 mg; incrementar 500 mg dividido en 1 a 3 tomas al día con el alimento más importante de la comida. Estos incrementos se deben de realizar por semana para disminuir los riesgos de efectos secundarios.
Dosis máxima 2000 mg al día

*Adaptado de: Group Health Cooperative. Gestational Diabetes Screening and Treatment Guideline. Gr Heal Coop Guidel. 2015;1–9.

CUADRO 11. RÉGIMEN DE DOSIFICACIÓN Y AJUSTE DE INSULINA EN EL EMBARAZO

Tipo de Insulina	Inicio de acción (min)	Pico máximo (min)	Duración máxima (horas)
Insulina Rápida	30-60 min	90-120 min	5-12 horas
Insulina NPH	60-120 min	240-480 min	10-20 horas

Paso 1: Dosis de Inicio 0.2 UI/kg de peso actual por día.

Paso 2: Dividir la dosis total en 2/3 matutino y 1/3 vespertino.

Paso 3: Dividir la dosis matutina en tercios, combinar 2/3 de insulina NPH y 1/3 de insulina rápida. Está se aplicará previo al desayuno.

Paso 4: Dividir la dosis vespertina en medios y aplicar la mitad de NPH y la otra mitad de insulina rápida. Está se aplicará previa a la cena.

Ajustes: considerando que cada unidad de insulina metaboliza alrededor de 30-50 mg de glucosa, se podrán realizar ajustes de 2-4 UI dependiendo del control glucémico en ayuno y postprandial de la paciente o en su caso podría optarse por incrementos entre 0.1-0.2 UI/kg/día.

*La **dosis nocturna** no deberá sobrepasar el total de la dosis matutina.

Fuente: Adaptado de Pérez, O et al. Diabetes Mellitus Gestacional. Revista Venezolana Endocrinol Metab. 2012;10(1)

CUADRO 12. AUTOMONITOREO RECOMENDADO EN PACIENTES CON EMBARAZO Y DIABETES

Control Glucémico	Número de Controles	Ejemplo
Primeras dos semanas con tratamiento médico nutricional y/o hipoglucemiante oral.	Cuatro controles de glucemia capilar cada día, la basal y las postprandiales después de las comidas principales.	

Día	Basal	1-2 hr post desayuno	Antes Comida	1-2 hr post comida	Antes cena	1-2 hr post cena	3 am
Lun	X	X		X		X	
Mart	X	X		X		X	
Mierc	X	X		X		X	
Juev	X	X		X		X	
Viern	X	X		X		X	
Sabad	X	X		X		X	
Doming	X	X		X		X	

Control Glucémico	Número de Controles	Ejemplo
Control glucémico estable con tratamiento médico nutricional y/o hipoglucemiante oral.	Control 2-3 veces día	

Día	Basal	1-2 hr post desayuno	Antes Comida	1-2 hr post comida	Antes cena	1-2 hr post cena	3 am
Lun	X	X				X	
Mart				X		X	
Mierc	X	X					
Juev			X	X	X		
Viern	X	X					
Sabad			X	X		X	
Doming	X	X					

Control Glucémico	Número de Controles	Ejemplo
Inicio de tratamiento con Insulina	Glucemia capilar 3 veces al día, más un perfil de 5-6 puntos/día/semana	

Día	Basal	1-2 hr post desayuno	Antes Comida	1-2 hr post comida	Antes cena	1-2 hr post cena	3 am
Lun	X	X	X				
Mart	X	X		X	X	X	X
Mierc	X	X	X				
Juev	X	X		X	X	X	
Viern	X	X	X				
Sabad	X	X		X	X	X	X
Doming	X	X	X				

Control Glucémico	Número de Controles	Ejemplo
Control glucémico estable con tratamiento Insulina	Glucemia capilar 3 veces al día	

Día	Basal	1-2 hr post desayuno	Antes Comida	1-2 hr post comida	Antes cena	1-2 hr post cena	3 am
Lun	X	X		X			
Mart	X	X				X	
Mierc	X	X		X			
Juev	X	X				X	
Viern	X	X		X			
Sabad	X	X				X	
Doming	X	X		X			

Tomado de:: Menéndez Torre E, Tartón García T, Ortega Millán C, Fornos Pérez JA, García Mayor R, López Fernández ML. Recomendaciones 2012 de la Sociedad Española de Diabetes sobre la utilización de tiras reactivas para la medición de la glucemia capilar en personas con diabetes. Av en Diabetol [Internet]. Sociedad Española de Diabetes; 2012;28(1):3–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.avdiab.2012.01.002

CUADRO 15. CRITERIOS DE HOSPITALIZACION

Mujer con embarazo y diabetes que presente:
• Glucemia en ayuno mayor a 140mg/dl y/o postprandial a la hora, mayor o igual a 180mg/dl
• Sospecha de desarrollo de complicaciones médicas materno-fetales no obstétricas con cifras de glucosa en ayuno o postprandial descontroladas (cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar)
• Hipoglucemia en ayuno (<60mg/dl) con o sin datos de neuroglucopenia
• Inestabilidad metabólica manifestada por episodios de hipoglucemia (<60mg/dl) seguidos de hiperglucemia postprandial (>300mg/dl)

CUADRO 16. MANEJO INTRAPARTO EN PACIENTES DIABÉTICAS

Glucosa plasmática materna (mg/dL)	**Manejo de la glucosa utilizando insulina subcutánea de acción rápida (unidades)**	**Soluciones intravenosas y comentarios**		**Enfoque alternativocon infusión de insulina intravenosa (unidades)**
≤120	0	Solución mixta	Verificar cetonas	0
121-140	1,0			1,0
141-160	2.0	Solución fisiológica al 0.9%		2.0
161.180	3.0			3.0
181-200	4.0		Verificar cetonas y monitoreo hemodinámico	4.0
>200	4.0 unidades por vía subcutánea agregando insulina de acción rápida o regular por vía intravenosa iniciando con 2 unidades.*			4.0 unidades/hora por vía intravenosa agregando insulina de acción rápida o regular iniciando con 2 unidades **
Meta de Control glucémico	≤140 mg/dL			

Adaptado de : Kjos S L M. Pregestational and gestational diabetes: Intrapartum and postpartum glycemic control. UpToDate [Internet]. 2015; Available from: http://www.uptodate.com/contents/pregestational-and-gestational-diabetes-intrapartum-and-postpartum-glycemic control?source=search_result&search=gdm&selectedTitle=5%7E51

*Checar los niveles de glucosa en pacientes que reciben insulina subcutánea cada 2 a 4 horas
** Checar glucosa horaria durante la infusión de insulina intravenosa cada 1 a 2 horas
***Preparación de insulina para infusión solución fisiológica 50 ml con 5 UI de insulina NPH a pasar 1 UI/hr
En pacientes con insuficiencia renal se podrá modificar la infusión de la insulina.