



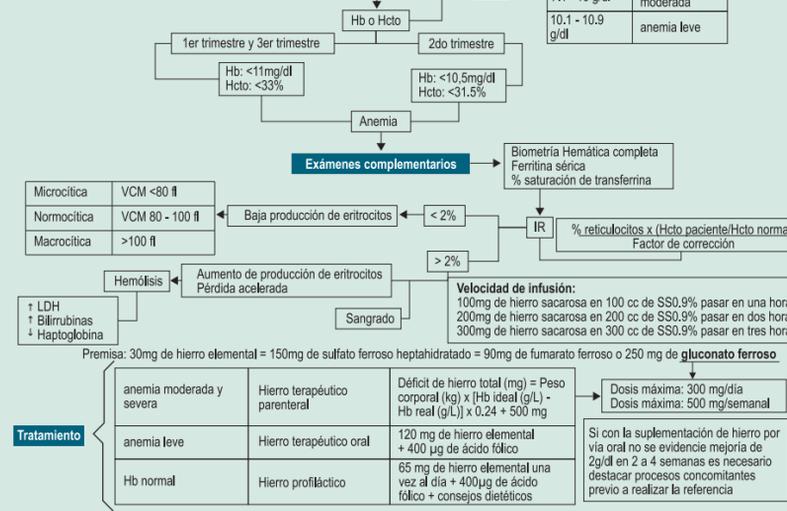
# Guía de bolsillo componente materno

Guía de Práctica Clínica (GPC) 2015



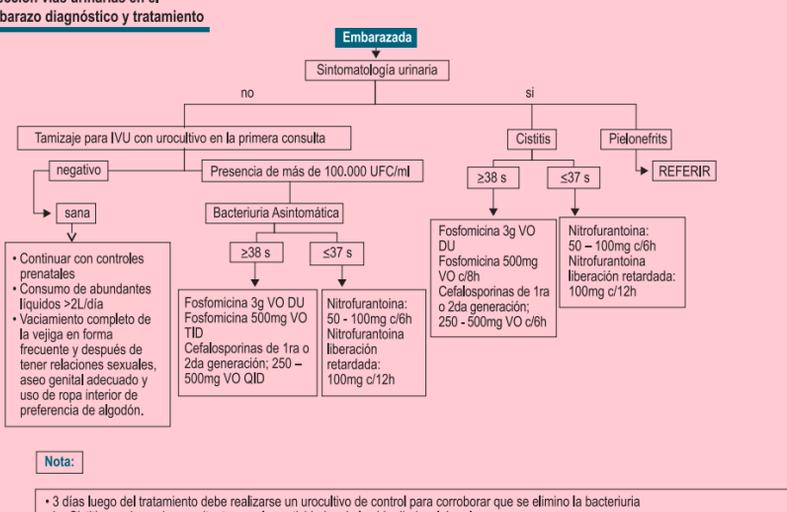
Ministerio de Salud Pública

## Anemia en el embarazo diagnóstico y tratamiento



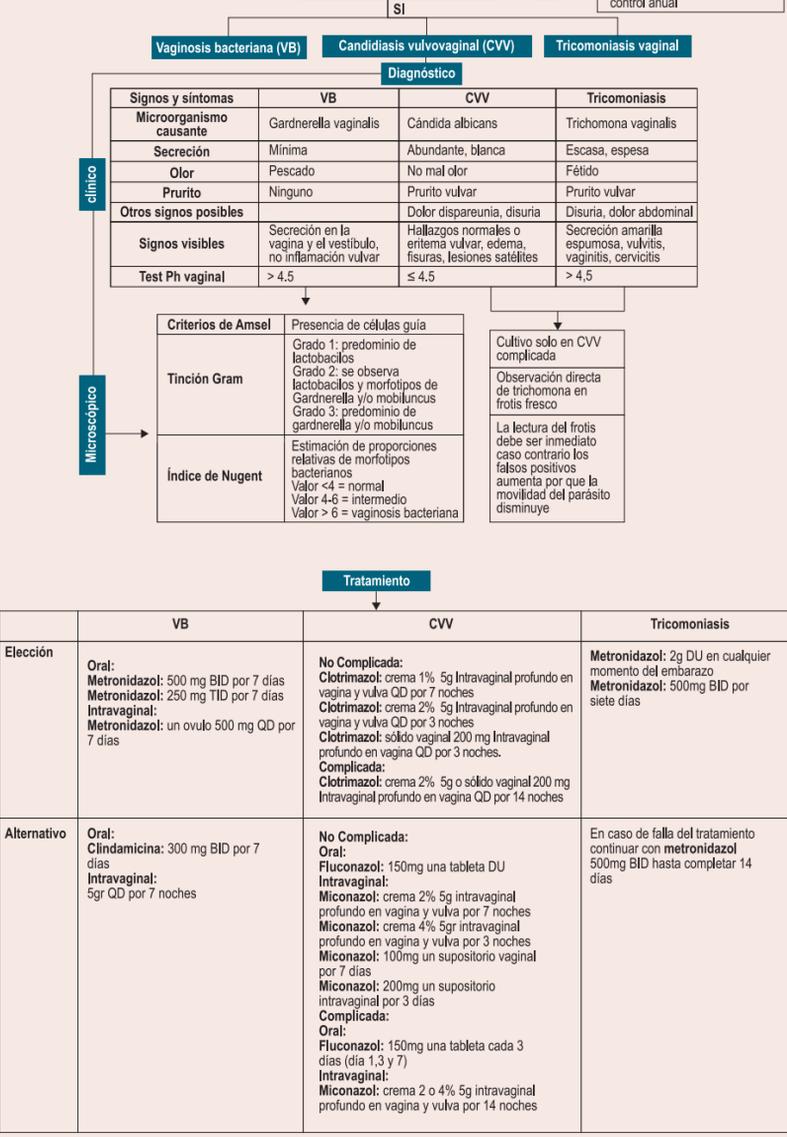
Toda paciente que presentó anemia durante el periodo de embarazo requiere un seguimiento estricto durante su puerperio hasta que los valores de Hb se regularicen

## Infección vías urinarias en el embarazo diagnóstico y tratamiento

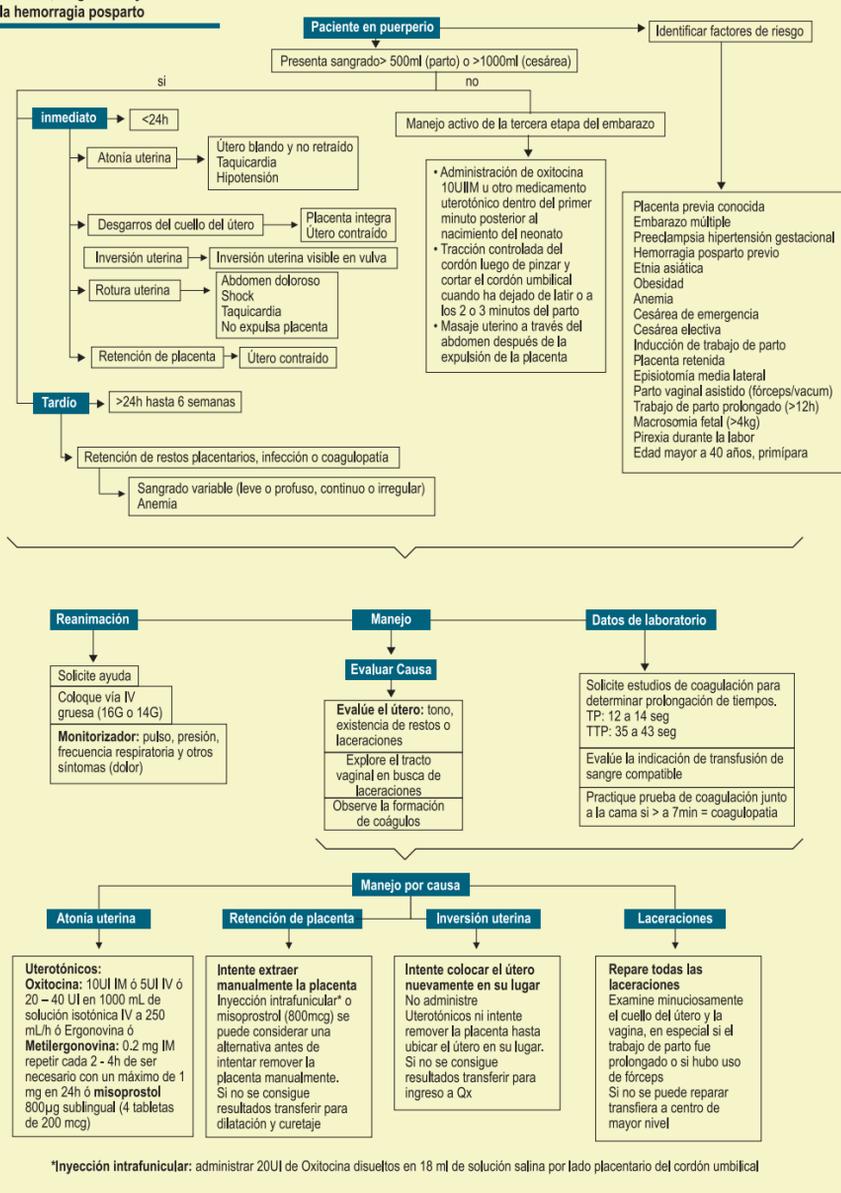


Nota:  
 • 3 días luego del tratamiento debe realizarse un urocultivo de control para corroborar que se elimino la bacteriuria  
 • La Cistitis puede ser incapacitante para las actividades de la vida diaria y laboral  
 • En caso de ser necesario se debe expedir certificado de descanso laboral entre 1 y 3 días según exija el caso  
 • En caso de pielonefritis posterior al tratamiento hospitalario se debe contrarreferir al primer nivel para la continuación de los controles prenatales

## Infección vaginal en obstetricia diagnóstico y tratamiento

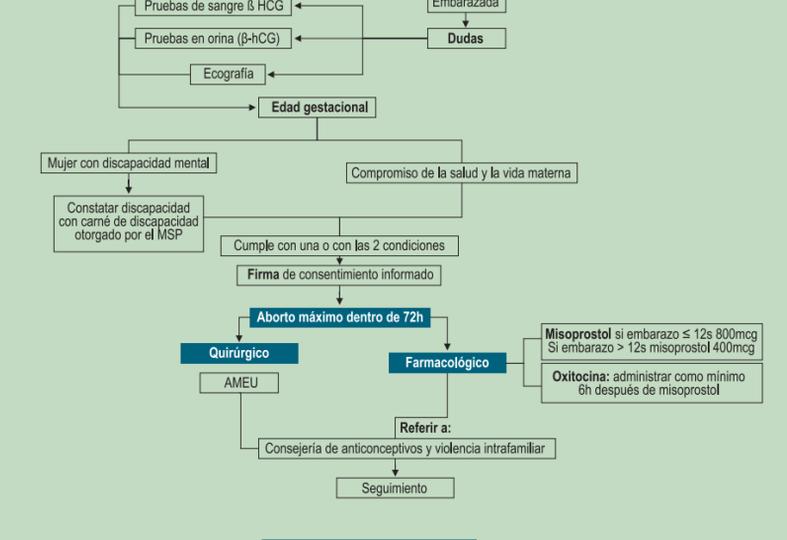


## Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto

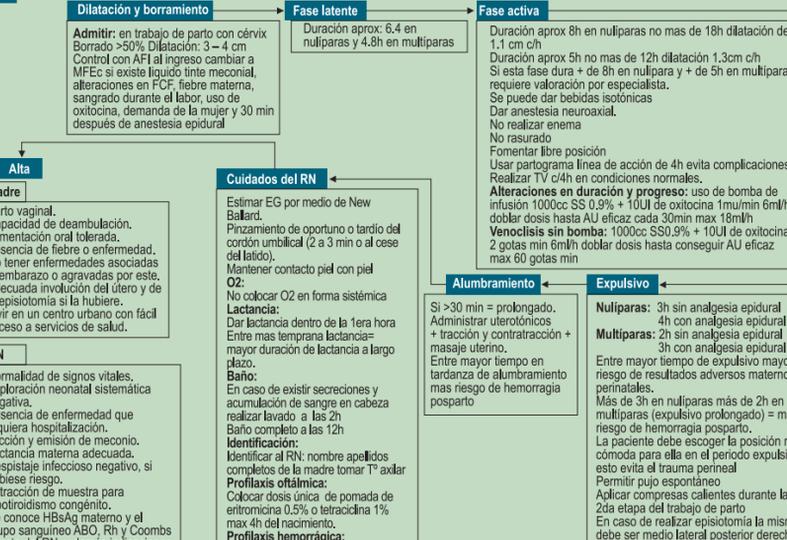


\*Inyección intrafuncular: administrar 20UI de Oxitocina disueltos en 18 ml de solución salina por lado placentario del cordón umbilical

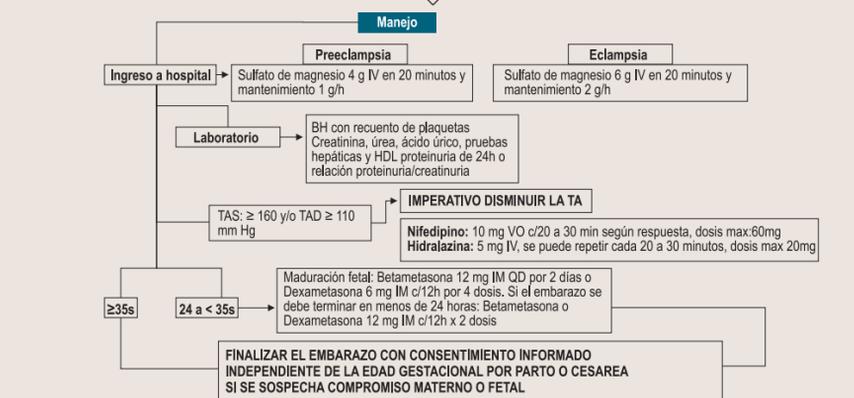
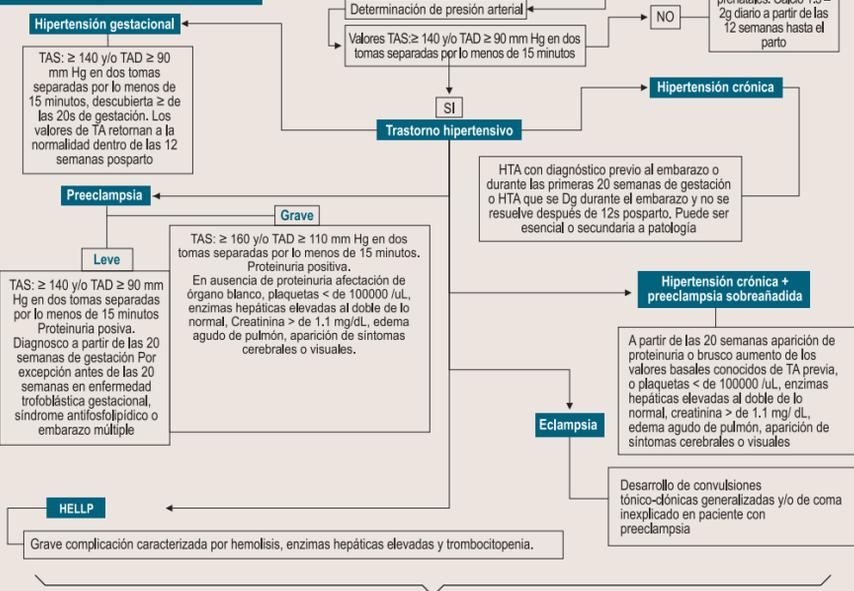
## Aborto terapéutico



## Parto



### Trastornos hipertensivos del embarazo



| Medida de control de salud fetal  | HTA gestacional  | Preeclampsia   |
|---|--|--|
| Ecografía<br>Evaluación de crecimiento fetal y volumen de líquido amniótico | Si es normal, repetir cada 4 semanas o antes si la condición materna se modifica | Con resultados normales, repetir Biometría fetal cada 2s con evaluación semanal de líquido amniótico |
| Monitoreo fetal anteparto   | Al momento del Dg y semanalmente o cada 72h a partir de la 32s                   | Al momento del Dg y cada 72h a partir de 32s   |
| Doppler<br>Evaluación de arterias umbilical, cerebral media y uterina       | Según el caso, cada 7 a 14 días  | Según el caso, cada 7 a 14 días  |

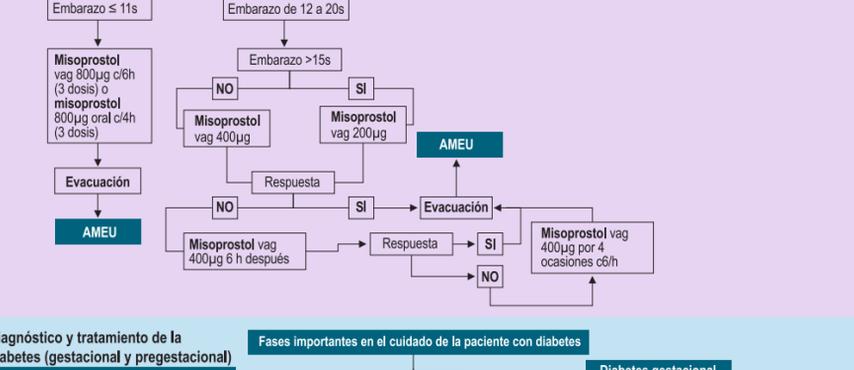
### Aborto

| Aborto             | Definición   |
|--------------------|--|
| Aborto espontáneo  | Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o feto pesa menos de 500 g   |
| Amenaza de aborto  | Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas con o sin sangrado genital y cuello cerrado   |
| Aborto en curso    | Aumento progresivo del dolor de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas   |
| Aborto incompleto  | Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios a través del cuello con modificaciones y sangrado variable  |
| Aborto completo    | Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y el dolor   |
| Aborto diferido    | Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo puede o no acompañarse de sangrado variable  |
| Aborto séptico     | Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre antes, durante o después de un aborto espontáneo o provocado acompañado de dolor uterino mal olor o pus   |
| Aborto terapéutico | Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones o complicaciones graves o permanentes en la madre  |
| Aborto recurrente  | Pérdida espontánea en 2 o más ocasiones de manera secuencial o alternar  |
| Aborto inseguro    | Aborto provocado en condiciones de riesgo es definido por la OMS como aquel procedimiento realizado para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias o practicado en un ambiente sin mínimas condiciones de seguridad |

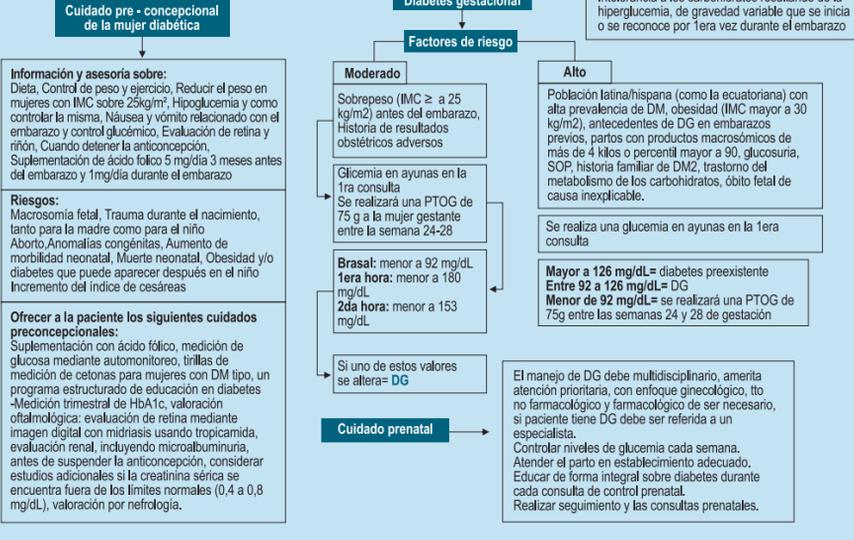
### Diagnóstico diferencial

|                                       | Amenaza de aborto   | Aborto inminente   | Aborto incompleto                                  | Completo                         |
|---------------------------------------|---|--|--|----------------------------------|
| Metrorragia<br>Contracciones uterinas | Oscura y escasa<br>Presentes                                    | Roja abundante y continua<br>Aumenta frecuencia e intensidad | Persiste<br>Persiste                               | Mínima<br>Cesan y merma el dolor |
| Modificaciones cervicales             | Cuello cerrado  | Canal permeable  | Cuello abierto restos ovulares en útero y/o vagina | Expulsión total: nuevo y anexos  |
| Ecografía                             | Hemorragia decidual coágulo subcorial embrión vivo intrauterino | Expulsión en curso   | Restos endocavitarios y vaginales                  | Útero involucionado y vacío      |

### Tratamiento



### Diagnóstico y tratamiento de la diabetes (gestacional y pregestacional)



| Cuidado prenatal | 1era consulta  | 6 a 8 SDG                              | 11 - 14 SDG                           | 20 - 22 SDG               | 28 - 30 SDG   | 36 SDG  | 38 SDG   | 39 - 41 SDG   |
|------------------|--|--|---------------------------------------|---------------------------|---|---|--|---|
|                  | Información, apoyo control de glucemia y monitoreo enfocado a metas terapéuticas, HCL enfocada al problema, revisar medicación, evaluación de la retina y del niño si no se los ha tenido en el último año, realizar BH, glucosa serica, examen general, cultivo de orina, VDRL, GS, factor y BUN y Crea | Confirmar viabilidad del embarazo y EG | Eco y determinar Anomalías congénitas | Eco con detalle anatómico | Eco valorar crecimiento fetal y volumen de liq. Amniótico, descartar macrosomía fetal incluyente medir perímetro abdominal > percentil 70 | Eco valorar crecimiento fetal y volumen de liq. Amniótico | Inducción de labor o cesárea, realizar test de bienestar fetal en gestantes que se espera labor espontanea, dar información y asesoría sobre: tiempo modo y manejo del parto, analgesia y anestesia. Cambio de terapia hipoglucémica, cuidado inicial del RN, inicio de lactancia y falta de lactancia sobre control de glucemia, anticoncepción y seguimiento | Test de bienestar fetal en mujeres que se espera labor espontánea |

| IMC       | Peso total   | Ganancia x trimestre | Aporte calórico |
|-----------|--------------|----------------------|-----------------|
| <20       | 12.5 - 18 kg | 0,5                  | 35 Kcal/kg/día  |
| 20 - 24,9 | 11,5 - 16 kg | 0,4                  | 30 Kcal/kg/día  |
| 25 - 29,9 | 7 - 11,5 kg  | 0,3                  | 25 Kcal/kg/día  |
| >30       | 5 - 9 kg     | 0,2                  | 20 Kcal/kg/día  |

| Denominación                 | Comienzo | Pico de actividad en horas | Duración de la acción en horas | Otra denominación           |
|------------------------------|----------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Ultrarrápida (análogas)      | 15 min   | 1 a 2                      | 3 a 5                          | Lispro, Aspart              |
| Rápida (solubles/ neutrales) | 30 min   | 2 a 3                      | 6 a 8                          | Rápida, Cristalina, Regular |
| Intermedia (isófana)         | 1 a 2 h  | 2 a 8                      | 16 a 18                        | NPH, Lenta                  |

| Denominación                 | Comienzo | Pico de actividad en horas | Duración de la acción en horas | Otra denominación           |
|------------------------------|----------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Ultrarrápida (análogas)      | 15 min   | 1 a 2                      | 3 a 5                          | Lispro, Aspart              |
| Rápida (solubles/ neutrales) | 30 min   | 2 a 3                      | 6 a 8                          | Rápida, Cristalina, Regular |
| Intermedia (isófana)         | 1 a 2 h  | 2 a 8                      | 16 a 18                        | NPH, Lenta                  |

| Tratamiento NO farmacológico de la DG   | Tratamiento farmacológico de la DG  |
|---|---|
| La mujer diabética que se embaraza debe recibir soporte nutricional de manera obligatoria en su primera consulta prenatal y realizar una rutina de ejercicios caminata, natación o ejercicios aeróbicos, realizados de forma regular tres a cuatro sesiones de 20 a 30 minutos por semana. NO se recomienda el ejercicio físico intenso o en el ámbito competitivo. Lograr una ganancia de peso adecuada. Optimizar el control glucémico. Reducir las fluctuaciones de glucosa en especial durante la glucemia posprandial. Evitar la cetonuria y evitar los episodios de hipoglucemia en pacientes insulinizadas. Prover de suficiente energía y nutrientes para permitir un crecimiento fetal normal. Consumir 40% a 45% de carbohidratos del total de calorías, 20% a 25% de proteínas y 30% a 40% de grasas. Las grasas saturadas no deben exceder de 10% del total de lípidos. Evitar carbohidratos simples. Fraccionar la dieta con una colación nocturna para evitar la hipoglucemia en pacientes que reciben insulino terapia. El total de calorías se fraccionará en quintos. Ayuno meta en la glucosa sanguínea durante el embarazo es una glucemia central en: La meta en a 90 mg/dL. Dos horas posprandial menor a 120 mg/dL. | La droga de elección en mujeres con DG es la insulina, es compatible con el embarazo. Referir a un médico especialista en diabetes o endocrinólogo, en caso de necesidad farmacológica en pacientes embarazadas con DM1 y DM2 y/o DG que requieran uso farmacológico. Deben ser transferidas para su manejo de manera inmediata. En la paciente embarazada y esté usando anti-diabéticos orales previamente (excepto metformina), se debe discontinuar esta medicación de manera inmediata y sustituir por insulina. El uso de metformina disminuye la morbilidad fetal e infantil, así como la mortalidad en países en desarrollo, donde el uso generalizado de insulina es limitado y complejo. La insulino terapia en el embarazo está indicada con insulina (NPH) y/o la insulina regular. En caso de hiperglucemia persistente se puede usar insulina análoga de acción rápida. La dosis de insulina va desde 0,2 U/kg hasta 1,0 U/kg de peso. El manejo es individualizado y especializado. Los valores óptimos que se debe alcanzar son de menos de 90 mg/dL en ayunas y de menos de 120 mg/dL a las dos horas posprandial. El control debe ser intensivo y semanal. El auto-monitoreo de glucemia capilar es la piedra angular del manejo de estas pacientes hacia los objetivos terapéuticos planteados, pues los requerimientos de insulina son cambiantes durante toda la gestación. |

| Tratamiento NO farmacológico de la DG   | Tratamiento farmacológico de la DG  |
|---|---|
| La mujer diabética que se embaraza debe recibir soporte nutricional de manera obligatoria en su primera consulta prenatal y realizar una rutina de ejercicios caminata, natación o ejercicios aeróbicos, realizados de forma regular tres a cuatro sesiones de 20 a 30 minutos por semana. NO se recomienda el ejercicio físico intenso o en el ámbito competitivo. Lograr una ganancia de peso adecuada. Optimizar el control glucémico. Reducir las fluctuaciones de glucosa en especial durante la glucemia posprandial. Evitar la cetonuria y evitar los episodios de hipoglucemia en pacientes insulinizadas. Prover de suficiente energía y nutrientes para permitir un crecimiento fetal normal. Consumir 40% a 45% de carbohidratos del total de calorías, 20% a 25% de proteínas y 30% a 40% de grasas. Las grasas saturadas no deben exceder de 10% del total de lípidos. Evitar carbohidratos simples. Fraccionar la dieta con una colación nocturna para evitar la hipoglucemia en pacientes que reciben insulino terapia. El total de calorías se fraccionará en quintos. Ayuno meta en la glucosa sanguínea durante el embarazo es una glucemia central en: La meta en a 90 mg/dL. Dos horas posprandial menor a 120 mg/dL. | La droga de elección en mujeres con DG es la insulina, es compatible con el embarazo. Referir a un médico especialista en diabetes o endocrinólogo, en caso de necesidad farmacológica en pacientes embarazadas con DM1 y DM2 y/o DG que requieran uso farmacológico. Deben ser transferidas para su manejo de manera inmediata. En la paciente embarazada y esté usando anti-diabéticos orales previamente (excepto metformina), se debe discontinuar esta medicación de manera inmediata y sustituir por insulina. El uso de metformina disminuye la morbilidad fetal e infantil, así como la mortalidad en países en desarrollo, donde el uso generalizado de insulina es limitado y complejo. La insulino terapia en el embarazo está indicada con insulina (NPH) y/o la insulina regular. En caso de hiperglucemia persistente se puede usar insulina análoga de acción rápida. La dosis de insulina va desde 0,2 U/kg hasta 1,0 U/kg de peso. El manejo es individualizado y especializado. Los valores óptimos que se debe alcanzar son de menos de 90 mg/dL en ayunas y de menos de 120 mg/dL a las dos horas posprandial. El control debe ser intensivo y semanal. El auto-monitoreo de glucemia capilar es la piedra angular del manejo de estas pacientes hacia los objetivos terapéuticos planteados, pues los requerimientos de insulina son cambiantes durante toda la gestación. |

| Tratamiento NO farmacológico de la DG   | Tratamiento farmacológico de la DG  |
|---|---|
| La mujer diabética que se embaraza debe recibir soporte nutricional de manera obligatoria en su primera consulta prenatal y realizar una rutina de ejercicios caminata, natación o ejercicios aeróbicos, realizados de forma regular tres a cuatro sesiones de 20 a 30 minutos por semana. NO se recomienda el ejercicio físico intenso o en el ámbito competitivo. Lograr una ganancia de peso adecuada. Optimizar el control glucémico. Reducir las fluctuaciones de glucosa en especial durante la glucemia posprandial. Evitar la cetonuria y evitar los episodios de hipoglucemia en pacientes insulinizadas. Prover de suficiente energía y nutrientes para permitir un crecimiento fetal normal. Consumir 40% a 45% de carbohidratos del total de calorías, 20% a 25% de proteínas y 30% a 40% de grasas. Las grasas saturadas no deben exceder de 10% del total de lípidos. Evitar carbohidratos simples. Fraccionar la dieta con una colación nocturna para evitar la hipoglucemia en pacientes que reciben insulino terapia. El total de calorías se fraccionará en quintos. Ayuno meta en la glucosa sanguínea durante el embarazo es una glucemia central en: La meta en a 90 mg/dL. Dos horas posprandial menor a 120 mg/dL. | La droga de elección en mujeres con DG es la insulina, es compatible con el embarazo. Referir a un médico especialista en diabetes o endocrinólogo, en caso de necesidad farmacológica en pacientes embarazadas con DM1 y DM2 y/o DG que requieran uso farmacológico. Deben ser transferidas para su manejo de manera inmediata. En la paciente embarazada y esté usando anti-diabéticos orales previamente (excepto metformina), se debe discontinuar esta medicación de manera inmediata y sustituir por insulina. El uso de metformina disminuye la morbilidad fetal e infantil, así como la mortalidad en países en desarrollo, donde el uso generalizado de insulina es limitado y complejo. La insulino terapia en el embarazo está indicada con insulina (NPH) y/o la insulina regular. En caso de hiperglucemia persistente se puede usar insulina análoga de acción rápida. La dosis de insulina va desde 0,2 U/kg hasta 1,0 U/kg de peso. El manejo es individualizado y especializado. Los valores óptimos que se debe alcanzar son de menos de 90 mg/dL en ayunas y de menos de 120 mg/dL a las dos horas posprandial. El control debe ser intensivo y semanal. El auto-monitoreo de glucemia capilar es la piedra angular del manejo de estas pacientes hacia los objetivos terapéuticos planteados, pues los requerimientos de insulina son cambiantes durante toda la gestación. |

| Tratamiento NO farmacológico de la DG   | Tratamiento farmacológico de la DG  |
|---|---|
| La mujer diabética que se embaraza debe recibir soporte nutricional de manera obligatoria en su primera consulta prenatal y realizar una rutina de ejercicios caminata, natación o ejercicios aeróbicos, realizados de forma regular tres a cuatro sesiones de 20 a 30 minutos por semana. NO se recomienda el ejercicio físico intenso o en el ámbito competitivo. Lograr una ganancia de peso adecuada. Optimizar el control glucémico. Reducir las fluctuaciones de glucosa en especial durante la glucemia posprandial. Evitar la cetonuria y evitar los episodios de hipoglucemia en pacientes insulinizadas. Prover de suficiente energía y nutrientes para permitir un crecimiento fetal normal. Consumir 40% a 45% de carbohidratos del total de calorías, 20% a 25% de proteínas y 30% a 40% de grasas. Las grasas saturadas no deben exceder de 10% del total de lípidos. Evitar carbohidratos simples. Fraccionar la dieta con una colación nocturna para evitar la hipoglucemia en pacientes que reciben insulino terapia. El total de calorías se fraccionará en quintos. Ayuno meta en la glucosa sanguínea durante el embarazo es una glucemia central en: La meta en a 90 mg/dL. Dos horas posprandial menor a 120 mg/dL. | La droga de elección en mujeres con DG es la insulina, es compatible con el embarazo. Referir a un médico especialista en diabetes o endocrinólogo, en caso de necesidad farmacológica en pacientes embarazadas con DM1 y DM2 y/o DG que requieran uso farmacológico. Deben ser transferidas para su manejo de manera inmediata. En la paciente embarazada y esté usando anti-diabéticos orales previamente (excepto metformina), se debe discontinuar esta medicación de manera inmediata y sustituir por insulina. El uso de metformina disminuye la morbilidad fetal e infantil, así como la mortalidad en países en desarrollo, donde el uso generalizado de insulina es limitado y complejo. La insulino terapia en el embarazo está indicada con insulina (NPH) y/o la insulina regular. En caso de hiperglucemia persistente se puede usar insulina análoga de acción rápida. La dosis de insulina va desde 0,2 U/kg hasta 1,0 U/kg de peso. El manejo es individualizado y especializado. Los valores óptimos que se debe alcanzar son de menos de 90 mg/dL en ayunas y de menos de 120 mg/dL a las dos horas posprandial. El control debe ser intensivo y semanal. El auto-monitoreo de glucemia capilar es la piedra angular del manejo de estas pacientes hacia los objetivos terapéuticos planteados, pues los requerimientos de insulina son cambiantes durante toda la gestación. |

| Tratamiento NO farmacológico de la DG   | Tratamiento farmacológico de la DG  |
|---|---|
| La mujer diabética que se embaraza debe recibir soporte nutricional de manera obligatoria en su primera consulta prenatal y realizar una rutina de ejercicios caminata, natación o ejercicios aeróbicos, realizados de forma regular tres a cuatro sesiones de 20 a 30 minutos por semana. NO se recomienda el ejercicio físico intenso o en el ámbito competitivo. Lograr una ganancia de peso adecuada. Optimizar el control glucémico. Reducir las fluctuaciones de glucosa en especial durante la glucemia posprandial. Evitar la cetonuria y evitar los episodios de hipoglucemia en pacientes insulinizadas. Prover de suficiente energía y nutrientes para permitir un crecimiento fetal normal. Consumir 40% a 45% de carbohidratos del total de calorías, 20% a 25% de proteínas y 30% a 40% de grasas. Las grasas saturadas no deben exceder de 10% del total de lípidos. Evitar carbohidratos simples. Fraccionar la dieta con una colación nocturna para evitar la hipoglucemia en pacientes que reciben insulino terapia. El total de calorías se fraccionará en quintos. Ayuno meta en la glucosa sanguínea durante el embarazo es una glucemia central en: La meta en a 90 mg/dL. Dos horas posprandial menor a 120 mg/dL. | La droga de elección en mujeres con DG es la insulina, es compatible con el embarazo. Referir a un médico especialista en diabetes o endocrinólogo, en caso de necesidad farmacológica en pacientes embarazadas con DM1 y DM2 y/o DG que requieran uso farmacológico. Deben ser transferidas para su manejo de manera inmediata. En la paciente embarazada y esté usando anti-diabéticos orales previamente (excepto metformina), se debe discontinuar esta medicación de manera inmediata y sustituir por insulina. El uso de metformina disminuye la morbilidad fetal e infantil, así como la mortalidad en países en desarrollo, donde el uso generalizado de insulina es limitado y complejo. La insulino terapia en el embarazo está indicada con insulina (NPH) y/o la insulina regular. En caso de hiperglucemia persistente se puede usar insulina análoga de acción rápida. La dosis de insulina va desde 0,2 U/kg hasta 1,0 U/kg de peso. El manejo es individualizado y especializado. Los valores óptimos que se debe alcanzar son de menos de 90 mg/dL en ayunas y de menos de 120 mg/dL a las dos horas posprandial. El control debe ser intensivo y semanal. El auto-monitoreo de glucemia capilar es la piedra angular del manejo de estas pacientes hacia los objetivos terapéuticos planteados, pues los requerimientos de insulina son cambiantes durante toda la gestación. |

| Tratamiento NO farmacológico de la DG   | Tratamiento farmacológico de la DG  |
|---|---|
| La mujer diabética que se embaraza debe recibir soporte nutricional de manera obligatoria en su primera consulta prenatal y realizar una rutina de ejercicios caminata, natación o ejercicios aeróbicos, realizados de forma regular tres a cuatro sesiones de 20 a 30 minutos por semana. NO se recomienda el ejercicio físico intenso o en el ámbito competitivo. Lograr una ganancia de peso adecuada. Optimizar el control glucémico. Reducir las fluctuaciones de glucosa en especial durante la glucemia posprandial. Evitar la cetonuria y evitar los episodios de hipoglucemia en pacientes insulinizadas. Prover de suficiente energía y nutrientes para permitir un crecimiento fetal normal. Consumir 40% a 45% de carbohidratos del total de calorías, 20% a 25% de proteínas y 30% a 40% de grasas. Las grasas saturadas no deben exceder de 10% del total de lípidos. Evitar carbohidratos simples. Fraccionar la dieta con una colación nocturna para evitar la hipoglucemia en pacientes que reciben insulino terapia. El total de calorías se fraccionará en quintos. Ayuno meta en la glucosa sanguínea durante el embarazo es una glucemia central en: La meta en a 90 mg/dL. Dos horas posprandial menor a 120 mg/dL. | La droga de elección en mujeres con DG es la insulina, es compatible con el embarazo. Referir a un médico especialista en diabetes o endocrinólogo, en caso de necesidad farmacológica en pacientes embarazadas con DM1 y DM2 y/o DG que requieran uso farmacológico. Deben ser transferidas para su manejo de manera inmediata. En la paciente embarazada y esté usando anti-diabéticos orales previamente (excepto metformina), se debe discontinuar esta medicación de manera inmediata y sustituir por insulina. El uso de metformina disminuye la morbilidad fetal e infantil, así como la mortalidad en países en desarrollo, donde el uso generalizado de insulina es limitado y complejo. La insulino terapia en el embarazo está indicada con insulina (NPH) y/o la insulina regular. En caso de hiperglucemia persistente se puede usar insulina análoga de acción rápida. La dosis de insulina va desde 0,2 U/kg hasta 1,0 U/kg de peso. El manejo es individualizado y especializado. Los valores óptimos que se debe alcanzar son de menos de 90 mg/dL en ayunas y de menos de 120 mg/dL a las dos horas posprandial. El control debe ser intensivo y semanal. El auto-monitoreo de glucemia capilar es la piedra angular del manejo de estas pacientes hacia los objetivos terapéuticos planteados, pues los requerimientos de insulina son cambiantes durante toda la gestación. |

| Tratamiento NO farmacológico de la DG   | Tratamiento farmacológico de la DG  |
|---|---|
| La mujer diabética que se embaraza debe recibir soporte nutricional de manera obligatoria en su primera consulta prenatal y realizar una rutina de ejercicios caminata, natación o ejercicios aeróbicos, realizados de forma regular tres a cuatro sesiones de 20 a 30 minutos por semana. NO se recomienda el ejercicio físico intenso o en el ámbito competitivo. Lograr una ganancia de peso adecuada. Optimizar el control glucémico. Reducir las fluctuaciones de glucosa en especial durante la glucemia posprandial. Evitar la cetonuria y evitar los episodios de hipoglucemia en pacientes insulinizadas. Prover de suficiente energía y nutrientes para permitir un crecimiento fetal normal. Consumir 40% a 45% de carbohidratos del total de calorías, 20% a 25% de proteínas y 30% a 40% de grasas. Las grasas saturadas no deben exceder de 10% del total de lípidos. Evitar carbohidratos simples. Fraccionar la dieta con una colación nocturna para evitar la hipoglucemia en pacientes que reciben insulino terapia. El total de calorías se fraccionará en quintos. Ayuno meta en la glucosa sanguínea durante el embarazo es una glucemia central en: La meta en a 90 mg/dL. Dos horas posprandial menor a 120 mg/dL. | La droga de elección en mujeres con DG es la insulina, es compatible con el embarazo. Referir a un médico especialista en diabetes o endocrinólogo, en caso de necesidad farmacológica en pacientes embarazadas con DM1 y DM2 y/o DG que requieran uso farmacológico. Deben ser transferidas para su manejo de manera inmediata. En la paciente embarazada y esté usando anti-diabéticos orales previamente (excepto metformina), se debe discontinuar esta medicación de manera inmediata y sustituir por insulina. El uso de metformina disminuye la morbilidad fetal e infantil, así como la mortalidad en países en desarrollo, donde el uso generalizado de insulina es limitado y complejo. La insulino terapia en el embarazo está indicada con insulina (NPH) y/o la insulina regular. En caso de hiperglucemia persistente se puede usar insulina análoga de acción rápida. La dosis de insulina va desde 0,2 U/kg hasta 1,0 U/kg de peso. El manejo es individualizado y especializado. Los valores óptimos que se debe alcanzar son de menos de 90 mg/dL en ayunas y de menos de 120 mg/dL a las dos horas posprandial. El control debe ser intensivo y semanal. El auto-monitoreo de glucemia capilar es la piedra angular del manejo de estas pacientes hacia los objetivos terapéuticos planteados, pues los requerimientos de insulina son cambiantes durante toda la gestación. |

| Tratamiento NO farmacológico de la DG   | Tratamiento farmacológico de la DG  |
|---|---|
| La mujer diabética que se embaraza debe recibir soporte nutricional de manera obligatoria en su primera consulta prenatal y realizar una rutina de ejercicios caminata, natación o ejercicios aeróbicos, realizados de forma regular tres a cuatro sesiones de 20 a 30 minutos por semana. NO se recomienda el ejercicio físico intenso o en el ámbito competitivo. Lograr una ganancia de peso adecuada. Optimizar el control glucémico. Reducir las fluctuaciones de glucosa en especial durante la glucemia posprandial. Evitar la cetonuria y evitar los episodios de hipoglucemia en pacientes insulinizadas. Prover de suficiente energía y nutrientes para permitir un crecimiento fetal normal. Consumir 40% a 45% de carbohidratos del total de calorías, 20% a 25% de proteínas y 30% a 40% de grasas. Las grasas saturadas no deben exceder de 10% del total de lípidos. Evitar carbohidratos simples. Fraccionar la dieta con una colación nocturna para evitar la hipoglucemia en pacientes que reciben insulino terapia. El total de calorías se fraccionará en quintos. Ayuno meta en la glucosa sanguínea durante el embarazo es una glucemia central en: La meta en a 90 mg/dL. Dos horas posprandial menor a 120 mg/dL. | La droga de elección en mujeres con DG es la insulina, es compatible con el embarazo. Referir a un médico especialista en diabetes o endocrinólogo, en caso de necesidad farmacológica en pacientes embarazadas con DM1 y DM2 y/o DG que requieran uso farmacológico. Deben ser transferidas para su manejo de manera inmediata. En la paciente embarazada y esté usando anti-diabéticos orales previamente (excepto metformina), se debe discontinuar esta medicación de manera inmediata y sustituir por insulina. El uso de metformina disminuye la morbilidad fetal e infantil, así como la mortalidad en países en desarrollo, donde el uso generalizado de insulina es limitado y complejo. La insulino terapia en el embarazo está indicada con insulina (NPH) y/o la insulina regular. En caso de hiperglucemia persistente se puede usar insulina análoga de acción rápida. La dosis de insulina va desde 0,2 U/kg hasta 1,0 U/kg de peso. El manejo es individualizado y especializado. Los valores óptimos que se debe alcanzar son de menos de 90 mg/dL en ayunas y de menos de 120 mg/dL a las dos horas posprandial. El control debe ser intensivo y semanal. El auto-monitoreo de glucemia capilar es la piedra angular del manejo de estas pacientes hacia los objetivos terapéuticos planteados, pues los requerimientos de insulina son cambiantes durante toda la gestación. |

| Tratamiento NO farmacológico de la DG   | Tratamiento farmacológico de la DG  |
|---|---|
| La mujer diabética que se embaraza debe recibir soporte nutricional de manera obligatoria en su primera consulta prenatal y realizar una rutina de ejercicios caminata, natación o ejercicios aeróbicos, realizados de forma regular tres a cuatro sesiones de 20 a 30 minutos por semana. NO se recomienda el ejercicio físico intenso o en el ámbito competitivo. Lograr una ganancia de peso adecuada. Optimizar el control glucémico. Reducir las fluctuaciones de glucosa en especial durante la glucemia posprandial. Evitar la cetonuria y evitar los episodios de hipoglucemia en pacientes insulinizadas. Prover de suficiente energía y nutrientes para permitir un crecimiento fetal normal. Consumir 40% a 45% de carbohidratos del total de calorías, 20% a 25% de proteínas y 30% a 40% de grasas. Las grasas saturadas no deben exceder de 10% del total de lípidos. Evitar carbohidratos simples. Fraccionar la dieta con una colación nocturna para evitar la hipoglucemia en pacientes que reciben insulino terapia. El total de calorías se fraccionará en quintos. Ayuno meta en la glucosa sanguínea durante el embarazo es una glucemia central en: La meta en a 90 mg/dL. Dos horas posprandial menor a 120 mg/dL. | La droga de elección en mujeres con DG es la insulina, es compatible con el embarazo. Referir a un médico especialista en diabetes o endocrinólogo, en caso de necesidad farmacológica en pacientes embarazadas con DM1 y DM2 y/o DG que requieran uso farmacológico. Deben ser transferidas para su manejo de manera inmediata. En la paciente embarazada y esté usando anti-diabéticos orales previamente (excepto metformina), se debe discontinuar esta medicación de manera inmediata y sustituir por insulina. El uso de metformina disminuye la morbilidad fetal e infantil, así como la mortalidad en países en desarrollo, donde el uso generalizado de insulina es limitado y complejo. La insulino terapia en el embarazo está indicada con insulina (NPH) y/o la insulina regular. En caso de hiperglucemia persistente se puede usar insulina análoga de acción rápida. La dosis de insulina va desde 0,2 U/kg hasta 1,0 U/kg de peso. El manejo es individualizado y especializado. Los valores óptimos que se debe alcanzar son de menos de 90 mg/dL en ayunas y de menos de 120 mg/dL a las dos horas posprandial. El control debe ser intensivo y semanal. El auto-monitoreo de glucemia capilar es la piedra angular del manejo de estas pacientes hacia los objetivos terapéuticos planteados, pues los requerimientos de insulina son cambiantes durante toda la gestación. |

| Tratamiento NO farmacológico de la DG   | Tratamiento farmacológico de la DG  |
|---|---|
| La mujer diabética que se embaraza debe recibir soporte nutricional de manera obligatoria en su primera consulta prenatal y realizar una rutina de ejercicios caminata, natación o ejercicios aeróbicos, realizados de forma regular tres a cuatro sesiones de 20 a 30 minutos por semana. NO se recomienda el ejercicio físico intenso o en el ámbito competitivo. Lograr una ganancia de peso adecuada. Optimizar el control glucémico. Reducir las fluctuaciones de glucosa en especial durante la glucemia posprandial. Evitar la cetonuria y evitar los episodios de hipoglucemia en pacientes insulinizadas. Prover de suficiente energía y nutrientes para permitir un crecimiento fetal normal. Consumir 40% a 45% de carbohidratos del total de calorías, 20% a 25% de proteínas y 30% a 40% de grasas. Las grasas saturadas no deben exceder de 10% del total de lípidos. Evitar carbohidratos simples. Fraccionar la dieta con una colación nocturna para evitar la hipoglucemia en pacientes que reciben insulino terapia. El total de calorías se fraccionará en quintos. Ayuno meta en la glucosa sanguínea durante el embarazo es una glucemia central en: La meta en a 90 mg/dL. Dos horas posprandial menor a 120 mg/dL. | La droga de elección en mujeres con DG es la insulina, es compatible con el embarazo. Referir a un médico especialista en diabetes o endocrinólogo, en caso de necesidad farmacológica en pacientes embarazadas con DM1 y DM2 y/o DG que requieran uso farmacológico. Deben ser transferidas para su manejo de manera inmediata. En la paciente embarazada y esté usando anti-diabéticos orales previamente (excepto metformina), se debe discontinuar esta medicación de manera inmediata y sustituir por insulina. El uso de metformina disminuye la morbilidad fetal e infantil, así como la mortalidad en países en desarrollo, donde el uso generalizado de insulina es limitado y complejo. La insulino terapia en el embarazo está indicada con insulina (NPH) y/o la insulina regular. En caso de hiperglucemia persistente se puede usar insulina análoga de acción rápida. La dosis de insulina va desde 0,2 U/kg hasta 1,0 U/kg de peso. El manejo es individualizado y especializado. Los valores óptimos que se debe alcanzar son de menos de 90 mg/dL en ayunas y |