Diabetes y embarazo: pregestacional y gestacional, de la preconcepción al posparto

Basada en los Standards of Care in Diabetes 2026 de la ADA (sección 2, diagnóstico, y sección 15, diabetes en el embarazo), la guía NICE NG3 (2015, actualizada en 2020), la guía austriaca 2026 de hiperglucemia en el embarazo y la GPC IMSS-320-24 (México, 2024), el boletín 190 de ACOG, el protocolo Clínic–Sant Joan de Déu 2026, las revisiones de Valent y Barbour (2024) y Szmuilowicz (2019), y los ensayos de Landon (NEJM 2009), TOBOGM (NEJM 2023) y SUGAR-DIP (JAMA 2025).

Versión 1.4 · 18 de noviembre de 2026 · Equipo editorial de Medicina en Resumen · Cada criterio y cifra verificados contra la fuente original

Novedades de esta versión: contraste con el PRONAM Primeros 1000 días 2025 (ácido fólico) y el PRONAM DT2 2025 (referencia a 2.º nivel) en la sección 10.

A1C <6.5 %
meta antes de concebir en la diabetes pregestacional: menor riesgo de malformaciones, preeclampsia y parto pretérmino

92 • 180 • 153
mg/dL en la curva de 75 g (ayuno, 1 h, 2 h) a las 24–28 semanas: basta un valor para diagnosticar

4–12 sem
posparto: curva de 75 g con criterios fuera del embarazo; después, tamizaje de por vida

LO QUE TIENES QUE SABER

- **Pregestacional:** anticoncepción eficaz hasta tener A1C <6.5 %, ácido fólico, fondo de ojo y suspender IECA, ARA-II, antagonistas mineralocorticoides, estatinas (en la mayoría) y agonistas de GLP-1 antes de concebir.[2]
- **Antes de la semana 15:** busca diabetes no diagnosticada con los criterios habituales. Los cortes de la curva de 24–28 semanas **no** se usan en el embarazo temprano (ADA).[1]
- **Diabetes gestacional:** curva de 75 g (basta un valor: ≥92, ≥180, ≥153 mg/dL) o estrategia de dos pasos (carga de 50 g → curva de 100 g, con ≥2 valores).[1]
- **Metas:** ayuno <95 y 1 h <140 o 2 h <120 mg/dL. A1C ideal <6 % (hasta <7 % si hay hipoglucemia), como medida secundaria.[2]
- **Tratamiento:** estilo de vida primero; si no basta, ADA prefiere **insulina** (metformina y glibenclamida cruzan la placenta). NICE ofrece metformina antes que insulina.[2,3]
- **Diabetes tipo 1 o 2:** aspirina 100–150 mg/día desde las 12–16 semanas; monitoreo continuo en la tipo 1.[2]

1 Panorama y riesgos
2 Preconcepción
3 Diagnóstico
4 Hiperglucemia temprana y TOBOGM
5 Metas y monitoreo
6 Tratamiento de la diabetes gestacional
7 Diabetes tipo 1 y 2 en el embarazo
8 Preeclampsia, HTA y otros fármacos
9 Parto y posparto
10 Cuando las guías no coinciden
11 Lo que estás haciendo mal
12 Casos y consulta rápida

1 Panorama y riesgos[1,2,5]

CÓMO SE CLASIFICA

- **Diabetes pregestacional:** tipo 1 o tipo 2 conocida antes del embarazo.
- **Diabetes que complica el embarazo:** diabetes no diagnosticada que se detecta en la primera consulta con criterios habituales (casi siempre tipo 2). Se maneja como pregestacional.
- **Diabetes gestacional:** la que se diagnostica en el 2.º o 3.er trimestre y no era claramente diabetes antes.
- **Metabolismo anormal temprano** (ADA): A1C 5.9–6.4 % o glucosa de ayuno 110–125 mg/dL antes de la semana 15. Marca mayor riesgo; **no** es diagnóstico de diabetes gestacional.

POR QUÉ IMPORTA

- **Riesgos:** aborto, malformaciones, preeclampsia, muerte fetal, macrosomía, hipoglucemia e hiperbilirrubinemia neonatal y dificultad respiratoria. A largo plazo, más obesidad, HTA y diabetes tipo 2 en la descendencia.
- **Embriopatía diabética** (anencefalia, microcefalia, cardiopatía congénita, anomalías renales, regresión caudal): proporcional a la A1C de las primeras 10 semanas; la organogénesis ocurre sobre todo entre las semanas 5 y 8.
- **HAPO** (>23,000 embarazadas): el riesgo aumenta de forma continua con la glucemia de las 24–28 semanas, sin umbral claro.
- **Tratar la diabetes gestacional leve** (Landon, ayuno <95): redujo el peso >4,000 g (5.9 vs 14.3 %), la distocia de hombros (1.5 vs 4.0 %), la cesárea (26.9 vs 33.8 %) y la preeclampsia o HTA gestacional (8.6 vs 13.6 %), aunque no el desenlace compuesto principal (32.4 vs 37.0 %; p = 0.14).[5]

2 Preconcepción (diabetes pregestacional)[2–4]

TEMA	QUÉ HACER
Consejería	Desde la pubertad, en toda persona con diabetes que pueda embarazarse. Anticoncepción eficaz (de preferencia reversible de larga duración) hasta optimizar el tratamiento y la A1C. La consejería preconcepcional reduce malformaciones, parto pretérmino, ingreso a UCIN y mortalidad perinatal.
Meta glucémica	**A1C <6.5 %**, tan cerca de lo normal como sea seguro, con fármacos aprobados en el embarazo. Metas orientativas: preprandial 80–110 mg/dL y 2 h posprandial <155 mg/dL. NICE: desaconseja fuertemente el embarazo con HbA1c >10 % (86 mmol/mol).[2,3]
Suplementos	ADA: ácido fólico 400–800 µg/día + yoduro de potasio 150 µg. NICE: **ácido fólico 5 mg/día** en toda mujer con diabetes hasta la semana 12. Guía austriaca: 400–800 µg, y 5 mg si hay obesidad o diabetes tipo 2.[2–4]
Suspender antes de concebir	IECA, ARA-II y antagonistas mineralocorticoides (o evitarlos sin anticoncepción fiable). Hipolipemiantes en la mayoría de los casos; pueden continuarse si el beneficio supera el riesgo (hipercolesterolemia familiar, hipertrigliceridemia grave, evento aterosclerótico previo). **Agonistas de GLP-1 y tirzepatida:** suspender antes del embarazo (semaglutida ≥2 meses antes según su ficha; tirzepatida ≥1 mes según la ficha canadiense) y prever varios meses para ajustar con insulina.
Metformina	Puede continuarse en el 1.er trimestre (no se ha asociado con malformaciones mayores) y suspenderse al final de este, tras la organogénesis, para evitar un deterioro brusco de la glucemia. En el síndrome de ovario poliquístico, suspenderla al final del 1.er trimestre.
Tamizaje	**Fondo de ojo con dilatación** antes del embarazo y en el 1.er trimestre; después, cada trimestre y hasta 1 año posparto según el grado de retinopatía. A1C, creatinina, cociente albúmina/creatinina, lípidos, TSH, exploración de pies; ECG desde los 35 años si hay síntomas o factores de riesgo. Peso: consejería y nutriólogo.
Antecedente de diabetes gestacional	Tamizaje de diabetes o prediabetes antes de concebir; si no se hizo, antes de la semana 15. En mujeres con sobrepeso u obesidad, bajar ≥5 % de peso antes del siguiente embarazo se asoció con menos recurrencia.
Equipo	Endocrinología, medicina materno-fetal, nutrición y educación en diabetes desde antes de la concepción, si están disponibles.

3 Diagnóstico[1,3]

QUÉ BUSCAR Y CUÁNDO (ADA 2026)

MOMENTO	QUÉ HACER	CÓMO SE INTERPRETA
Primera consulta, <15 semanas	Busca diabetes no diagnosticada en quien tiene factores de riesgo y considéralo en todas (si no se tamizó antes de concebir).	Criterios habituales: A1C ≥6.5 %, glucosa de ayuno ≥126 mg/dL, 2 h en curva ≥200 mg/dL o glucosa al azar ≥200 con síntomas → **diabetes que complica el embarazo**. A1C 5.9–6.4 % o ayuno 110–125 → metabolismo anormal temprano (ver sección 4). **Sin hiperglucemia inequívoca, la diabetes se confirma con dos resultados anormales** (dos pruebas distintas, aun de la misma muestra, o la misma prueba en dos momentos), a diferencia de la curva de 75 g para diabetes gestacional, donde basta un valor.
Error a evitar	Los criterios IADPSG (curva de 75 g) y los de dos pasos **no** derivan de datos de la primera mitad del embarazo y no deben usarse para el tamizaje temprano.	
24–28 semanas	Tamiza a todas las que no tienen diabetes ni metabolismo anormal temprano de alto riesgo detectado antes.	Un paso o dos pasos (tabla siguiente).

ESTRATEGIA	CÓMO SE HACE	DIAGNÓSTICO
Un paso (IADPSG)	Curva de 75 g en ayuno de ≥8 h, por la mañana; glucosa a 0, 1 y 2 h.	**Un solo valor**: ayuno ≥92, 1 h ≥180 o 2 h ≥153 mg/dL.
Dos pasos (Carpenter-Coustan)	Carga de 50 g sin ayuno; glucosa a 1 h. Si es ≥130, 135 o 140 mg/dL (según el corte elegido), curva de 100 g en ayuno con glucosa a 0, 1, 2 y 3 h.	**≥2 valores**: ayuno ≥95, 1 h ≥180, 2 h ≥155, 3 h ≥140 mg/dL (ACOG acepta un solo valor alterado).
NICE (otro enfoque)	Curva de 75 g a las 24–28 semanas solo con factores de riesgo (IMC ≥30, macrosomía previa ≥4.5 kg, diabetes gestacional previa, familiar de primer grado con diabetes, etnia de alta prevalencia); con diabetes gestacional previa, automonitoreo temprano o curva lo antes posible y otra a las 24–28 semanas si es normal. También con glucosuria 2+ en una ocasión o 1+ en dos o más.	Ayuno ≥5.6 mmol/L (≈101 mg/dL) o 2 h ≥7.8 mmol/L (≈140 mg/dL).[3]

4 Hiperglucemia temprana y el ensayo TOBOGM[1,2,4,6]

TOBOGM (NEJM 2023)[6]

- 802 embarazadas con ≥1 factor de riesgo y diabetes gestacional por criterios OMS 2013 (los mismos cortes de 75 g) antes de la semana 20; curva a una media de 15.6 semanas.
- Tratamiento inmediato vs diferido: desenlace neonatal adverso compuesto **24.9 vs 30.5 %** (diferencia ajustada −5.6 puntos; IC 95 % −10.1 a −1.2). Sin diferencias en HTA del embarazo ni en masa magra neonatal.
- ADA matiza: el beneficio lo impulsó sobre todo la dificultad respiratoria neonatal; casi un tercio del grupo control dejó de cumplir criterios a las 24–28 semanas; con valores en el rango bajo, el tratamiento pudo aumentar los recién nacidos pequeños para la edad gestacional. Se excluyó a quienes tenían ayuno ≥110 mg/dL.[2]

QUÉ HACEN LAS GUÍAS

- **ADA 2026:** el beneficio de tratar la hiperglucemia temprana menor que diabetes es incierto. Sugiere consejería nutricional y glucosa de ayuno 3–4 veces por semana; intensificar y considerar tratamiento (decisión compartida) si el ayuno es predominantemente ≥110 mg/dL antes de la semana 15.[2]
- **Guía austriaca 2026:** en alto riesgo, estudio en el 1.er trimestre (A1C, glucosa y, si procede, curva de 75 g); diagnostica **diabetes gestacional temprana** (<20 semanas) con el panel alto de TOBOGM: **ayuno ≥95, 1 h ≥190, 2 h ≥162 mg/dL** (basta uno; TOBOGM definió el rango alto a 1 h como ≥191), y ya no recomienda tratar con el panel bajo.[4]
- Si no hubo diagnóstico temprano, repetir el tamizaje a las 24–28 semanas.[1]

5 Metas y monitoreo[2]

MEDICIÓN (MG/DL)	DIABETES TIPO 1 O 2 Y DIABETES GESTACIONAL CON INSULINA	DIABETES GESTACIONAL SIN INSULINA
Ayuno	70–95	<95
1 h posprandial	110–140	<140
2 h posprandial	100–120	<120

Basta cumplir la meta de 1 h **o** la de 2 h. Los límites inferiores no aplican a la diabetes tipo 2 tratada solo con dieta. Si no se logran sin hipoglucemia significativa, se relajan de forma individual. NICE usa ayuno 5.3, 1 h 7.8 y 2 h 6.4 mmol/L (≈95, 140 y 115 mg/dL).[3]

GLUCOSA CAPILAR Y A1C

- Medir en ayuno, antes de comer (si usa bomba o esquema basal-bolo) y después de comer; la posprandial se asocia con mejor control y menos preeclampsia.
- **Hipoglucemia:** glucosa capilar <70 mg/dL o del sensor <63 mg/dL.
- **A1C:** ideal <6 % si se logra sin hipoglucemia; puede relajarse a <7 %. Baja en el embarazo por mayor recambio eritrocitario y no capta bien la hiperglucemia posprandial: úsala como medida secundaria (p. ej., cada mes).

MONITOREO CONTINUO

- **Recomendado en la diabetes tipo 1** (CONCEPTT[8]): menos recién nacidos grandes para la edad gestacional e hipoglucemia neonatal grave.
- Metas en tipo 1: tiempo en rango 63–140 mg/dL **>70 %**; <63 mg/dL <4 %; <54 mg/dL <1 %; >140 mg/dL <25 %.
- Datos insuficientes para recomendarlo a todas con tipo 2 o diabetes gestacional: individualiza.
- No uses la A1C estimada ni el indicador de manejo de glucosa (GMI) en el embarazo.

6 Tratamiento de la diabetes gestacional: cuándo y con qué dosis[2–4,10–15]

PASO	QUÉ HACER
Estilo de vida	Base del tratamiento y suficiente en muchas: 70–85 % de las diagnosticadas con Carpenter-Coustan se controlan sin fármacos (probablemente más con los cortes de un paso). Plan individual con nutriólogo: mínimo 175 g de carbohidratos, 71 g de proteína y 28 g de fibra al día; evitar dietas cetogénicas o muy restrictivas. Actividad aeróbica moderada ≥150 min/semana. La telemedicina combinada con consultas presenciales mejora desenlaces.
Cuándo iniciar fármaco	Sin metas tras **1–2 semanas** de dieta y ejercicio (NICE 1–2 semanas; GPC IMSS 2 semanas). Ajustar el tratamiento cuando el **20–25 % de las glucosas de un mismo horario** están fuera de meta (p. ej., 2 de 7 días) o hay hipoglucemia.[3,10,14] Guía austriaca: insulina si ≥50 % de los valores de un horario superan la meta, e inmediata si el ayuno es >110 mg/dL.[4] **Insulina desde el inicio:** GPC IMSS si el ayuno es ≥125 mg/dL o la curva de 75 g a la hora ≥200 mg/dL; NICE si el ayuno al diagnóstico es ≥7.0 mmol/L (≈126 mg/dL).[3,10]
Insulina (ADA y ACOG: preferida)	Si no se alcanzan las metas. No se ha demostrado que las insulinas humanas disponibles crucen la placenta. Dosis y reparto en la tabla siguiente.[2,11]
Metformina	ADA: no es de primera línea; cruza la placenta (niveles en cordón iguales o mayores que los maternos) y falla como monoterapia en 14–46 %. En el seguimiento MiG TOFU, los niños expuestos tuvieron más peso y cintura a los 9 años en una de las dos cohortes. No usarla con HTA, preeclampsia o riesgo de restricción del crecimiento. Puede ser alternativa si la insulina no es viable, tras explicar los riesgos.[2] **ACOG:** alternativa razonable si la paciente rechaza la insulina, no puede aplicarla con seguridad o no puede pagarla; la Sociedad de Medicina Materno-Fetal (declaración 2018, citada por Szmuilowicz) la considera una alternativa razonable y segura de primera línea. **GPC IMSS:** considerarla sola o con insulina; contraindicada con TFG ≤30, daño hepático, intolerancia digestiva, preeclampsia, HTA o restricción del crecimiento.[10,11,14]
Metformina: dosis	**GPC IMSS:** 850 mg/día, ajuste cada 48 h, máximo 2,500 mg/día. **ACOG:** 500 mg por la noche 1 semana → 500 mg c/12 h; máximo habitual 2,500–3,000 mg/día en 2–3 tomas. **Clínic–Sant Joan de Déu:** 850 mg por la noche 1 semana → 850 mg c/12 h; máximo 2,550 mg/día. Con los alimentos para reducir diarrea y dolor abdominal.[10,11,15]
SUGAR-DIP (JAMA 2025)	820 mujeres sin metas tras 2 semanas de dieta: metformina (500 mg → hasta 1,000 mg c/12 h), con glibenclamida y luego insulina si hacía falta, frente a insulina. El 79 % del grupo oral se controló sin insulina, pero los recién nacidos grandes para la edad gestacional fueron 23.9 % vs 19.9 % (diferencia 4.0 puntos porcentuales; IC 95 % −1.7 a 9.8; margen de no inferioridad 8 %): **no demostró no inferioridad**. Hipoglucemia materna 20.9 % vs 10.9 %.[13]

PASO	QUÉ HACER
Glibenclamida	ADA: no es de primera línea; niveles en cordón del 50–70 % de los maternos, más hipoglucemia neonatal y macrosomía; no fue no inferior a la insulina.[2] ACOG: 2.5–20 mg/día en tomas divididas; no es de primera elección.[11]
NICE	Dieta y ejercicio si el ayuno al diagnóstico es <7 mmol/L (≈126 mg/dL); si no hay metas en 1–2 semanas, **metformina**; insulina si está contraindicada, no se acepta o no basta. Ayuno ≥7 mmol/L al diagnóstico: insulina inmediata (± metformina); considerarla con 6.0–6.9 mmol/L (≈108–124 mg/dL) si hay macrosomía o polihidramnios.[3]
Guía austriaca	Considerar metformina sobre todo en mujeres con sobrepeso e insulinorresistencia, sola o con insulina; otros antidiabéticos orales y los agonistas de GLP-1 no se recomiendan.[4]

INSULINA: DOSIS DE INICIO	QUÉ DICEN LAS FUENTES (DIFIEREN: EMPIEZA SEGÚN EL PATRÓN Y TITULA CON EL AUTOMONITOREO)
Solo el ayuno fuera de meta	NPH al acostarse, **0.1–0.2 U/kg** (Valent y Barbour). ACOG: la NPH nocturna puede bastar.[11,12]
Solo una posprandial fuera de meta	Insulina rápida solo antes de esa comida (ACOG; Clínic–SJD). Si predomina la posprandial: rápida 0.2–0.4 U/kg/día repartida antes de las 3 comidas (Valent y Barbour).[11,12,15]
Dosis total de inicio	**Clínic–SJD:** 0.1 U/kg (<24 semanas) o 0.2 U/kg (>24 semanas), 50 % lenta nocturna + 50 % rápida solo en las comidas alteradas (90 kg: 9 U lenta + 3-3-3 U rápida). **GPC IMSS:** 0.2–0.5 U/kg de peso actual. **Valent y Barbour:** 0.5–0.9 U/kg según trimestre (clásico 0.7 · 0.8 · 0.9; puede iniciarse más bajo, 0.5 · 0.6 · 0.7). **ACOG:** 0.7–1.0 U/kg solo si hay hiperglucemia en ayuno y tras la mayoría de las comidas. Las dosis más altas aumentan el riesgo de hipoglucemia.[10–12,15]
Cómo repartirla	**NPH + rápida:** 2/3 en la mañana (2/3 NPH + 1/3 rápida) y 1/3 en la noche (1/2 NPH + 1/2 rápida); si predomina el ayuno alto, NPH 50:50 en vez de 2/3:1/3. **Basal-bolo:** ~40 % basal (glargina) + ~60 % rápida en las 3 comidas; la glargina puede dividirse c/12 h si pasa de 20–30 U. **GPC IMSS:** con glargina o detemir, si además hay hiperglucemia posprandial, ultrarrápida = 30 % de la dosis basal repartida en las comidas.[10,12]
Titulación	Clínic–SJD: +1–2 U en la toma que lo requiera (autotitulación ~1 U cada 3–4 días); reducir la lenta si los ayunos son <70 y la rápida si la posprandial a 1 h es <110 de forma repetida. Valent y Barbour: subir cada 1–2 semanas hasta ~36 semanas. Szmuilowicz: ajustes semanales o más frecuentes; como referencia, el requerimiento total promedio en la diabetes **pregestacional** (no es dosis de inicio en la gestacional) es ~0.7, 0.8, 0.9 y 1.0 U/kg en las semanas 1–13, 14–26, 27–37 y ≥38, con gran variabilidad.[12,14,15]

7 Diabetes tipo 1 y 2 en el embarazo[2,3,8,9]

INSULINA

- Obligatoria en la tipo 1 y preferida en la tipo 2. Múltiples inyecciones o bomba: ninguna es superior.
- **Asa cerrada (AID)** con metas específicas de embarazo: recomendada en la tipo 1 (AiDAPT[9]: +10.5 puntos de tiempo en rango). Sistemas sin metas de embarazo: solo en casos seleccionados y con equipo experto.
- **Requerimientos:** bajan al inicio (más hipoglucemia en el 1.er trimestre); desde la semana 16 suben ~5 % por semana hasta la 36 y suelen duplicarse; se estabilizan al final. Una caída rápida puede sugerir insuficiencia placentaria (datos contradictorios).
- **Basales:** glargina, NPH o degludec (esta con titulación lenta, cada 3–4 días). Detemir: retirada según ADA (verifica la disponibilidad local); NICE prefiere NPH. **Rápidas:** aspart y lispro.

CUIDADOS ESPECIALES

- **Cetoacidosis** con glucosas más bajas que fuera del embarazo y alto riesgo de muerte fetal: tiras de cetonas y educación en la tipo 1. En la cetoacidosis (manejo hospitalario), si no puede comer suele requerir solución con dextrosa + infusión de insulina IV para cubrir la demanda de carbohidratos de la placenta y el feto.
- **Retinopatía:** puede empeorar con la corrección rápida de la glucemia; fondo de ojo cada trimestre y hasta 1 año posparto.
- **Tipo 2:** metformina + insulina no mejoró el desenlace neonatal compuesto; los recién nacidos fueron más pequeños y en un ensayo se duplicaron los pequeños para la edad gestacional.
- **Ganancia de peso:** sobrepeso 6.8–11.3 kg; obesidad 4.5–9.1 kg. No se recomienda bajar de peso en el embarazo.

8 Preeclampsia, HTA y otros fármacos[2,4,7]

TEMA	QUÉ HACER
Aspirina	**Diabetes tipo 1 o 2: 100–150 mg/día desde las 12–16 semanas** (162 mg/día puede ser aceptable; grado E). Para ADA, <100 mg es poco eficaz; la USPSTF recomienda 81 mg/día. Guía austriaca: 100–150 mg/día entre las semanas 12 y 16 (hasta la 36) si hay HTA o riesgo elevado.[2,4] En la diabetes gestacional, si hay un factor de alto riesgo (HTA crónica, enfermedad autoinmune) o varios moderados (nuliparidad, obesidad, ≥35 años).
HTA crónica	Iniciar o ajustar tratamiento con **≥140/90 mmHg** (ensayo CHAP[7]); desintensificar si <90/60. Seguros: metildopa, nifedipino, labetalol y clonidina; atenolol no; diuréticos en general no.
IECA y ARA-II	Contraindicados en el embarazo (displasia renal fetal, oligohidramnios, hipoplasia pulmonar, restricción del crecimiento). La exposición a IECA en el 1.er trimestre no parece asociarse a malformaciones: suspender antes de concebir o lo antes posible.
Estatinas	Evitarlas en la mayoría; considerarlas con decisión compartida en muy alto riesgo (enfermedad aterosclerótica, hipercolesterolemia familiar grave). Las hidrofílicas (pravastatina) parecen menos dañinas.

9 Parto y posparto[1–4,10,11]

TEMA	QUÉ HACER
Momento del nacimiento	**NICE:** diabetes tipo 1 o 2 sin complicaciones, nacimiento electivo entre las 37+0 y 38+6 semanas; diabetes gestacional, a más tardar a las 40+6.[3] **ACOG:** diabetes gestacional solo con dieta, no antes de la semana 39 (expectante hasta 40+6); bien controlada con fármacos, entre 39+0 y 39+6; mal controlada, puede justificarse entre 37+0 y 38+6.[11] **GPC IMSS:** bien controlada y peso fetal <p90, hasta la semana 39; difícil control, considerar a las 38.[10]
Insulina tras el parto	**Diabetes gestacional:** suspender los hipoglucemiantes justo después del parto (NICE); suele no requerir fármacos, salvo hiperglucemia persistente (ver GPC IMSS más abajo).[2,3,10] **Diabetes tipo 1:** mantener la insulina y ajustar la dosis tras el parto. **Diabetes tipo 2:** reevaluar el tratamiento según las glucemias y la lactancia; puede continuar con insulina o usar metformina cuando esté indicada (NICE: puede reiniciarse o continuarse de inmediato durante la lactancia, evitando otros hipoglucemiantes orales). En quienes siguen con insulina, reducir la dosis de inmediato y ajustarla por el aumento de la sensibilidad al salir la placenta, según glucemias, alimentación y lactancia.[3] Cifras orientativas: en un estudio, el requerimiento del posparto inmediato fue ~34 % menor que el previo al embarazo, y la sensibilidad vuelve a la previa en 1–2 semanas (ADA); la guía austriaca habla de reducir las dosis ~50 %.[2,4] Más riesgo de hipoglucemia con la lactancia: tener un refrigerio disponible.
Lactancia y anticoncepción	Lactancia recomendada en todas (reduce la diabetes tipo 2 tras la gestacional; puede causar hipoglucemia nocturna). Plan anticonceptivo en el posparto inmediato: el riesgo de un embarazo no planeado supera el de cualquier método.
Tras la diabetes gestacional	**ADA:** curva de 75 g a las **4–12 semanas** con criterios fuera del embarazo (preferida sobre la A1C en ese periodo); después, tamizaje **de por vida cada 1–3 años** (interpretación en la tabla siguiente); con prediabetes y sobrepeso u obesidad, estilo de vida intensivo y/o metformina.[2] **Guía austriaca:** curva de 75 g a las 4–12 semanas; después, cada 1–3 años con curva o al menos glucosa de ayuno + A1C, y cambios en el estilo de vida.[4] **NICE:** glucosa de ayuno a las 6–13 semanas; después de la 13, glucosa de ayuno o, si no es posible, A1C; sin curva de rutina; A1C anual.[3] **GPC IMSS:** glucosa de ayuno a las 24–72 h del parto (126–180: terapia nutricional; ≥180: valorar fármaco con la mitad de la dosis del embarazo) y curva de 75 g a las 6–12 semanas.[10]

TRABAJO DE PARTO Y RECIÉN NACIDO (NICE)[3]

- Glucosa capilar **cada hora** durante el trabajo de parto y el nacimiento; mantenerla en **4–7 mmol/L (≈72–126 mg/dL)**.
- Diabetes tipo 1: considerar dextrosa + insulina IV desde el trabajo de parto establecido. En cualquier tipo, usarla si la glucosa sale de ese rango.
- Recién nacido: alimentar en los primeros 30 min y luego cada 2–3 h; **glucosa capilar a las 2–4 h** de vida, de rutina.
- Medidas adicionales (sonda o dextrosa IV) si la glucosa es <2.0 mmol/L (≈36 mg/dL) en 2 lecturas seguidas pese a apoyar la alimentación, hay signos anormales o no se alimenta; con signos de hipoglucemia, dextrosa IV cuanto antes.

CURVA POSPARTO: CRITERIOS FUERA DEL EMBARAZO (ADA)[1]

PRUEBA	NORMAL	PREDIABETES	DIABETES
Ayuno (mg/dL)	<100	100–125	≥126
2 h, curva de 75 g	<140	140–199	≥200
A1C*	<5.7 %	5.7–6.4 %	≥6.5 %

Sin hiperglucemia inequívoca, la diabetes se confirma con dos resultados anormales (dos pruebas distintas, aun de la misma muestra, o la misma prueba en otro momento). *A las 4–12 semanas se prefiere la curva sobre la A1C.

10 Cuando las guías no coinciden[1–4,10,11,16,17]

PUNTO	ADA 2026	NICE NG3	GUÍA AUSTRIACA 2026	MÉXICO: GPC IMSS Y PRONAM
A quién tamizar a las 24–28 semanas	A todas sin diabetes ni metabolismo anormal temprano de alto riesgo	Solo con factores de riesgo	A todas	Bajo riesgo: ayuno a las 24–28 semanas y, si >92, buscar DMG; con factores de riesgo, estudio desde ≤20 semanas
Criterio diagnóstico	Un paso (≥92 / 180 / 153) o dos pasos	Ayuno ≥5.6 o 2 h ≥7.8 mmol/L (≈101 / 140 mg/dL)	Un paso (≥92 / 180 / 153)	Un paso o dos pasos (50 g ≥140 → 100 g, ≥2 valores)
Antes de la semana 15–20	Buscar diabetes; no usar cortes de 24–28 semanas; tratar el ayuno ≥110 solo con decisión compartida	Con diabetes gestacional previa: automonitoreo o curva temprana	Diabetes gestacional temprana con panel alto: ≥95 / 190 / 162	≤20 semanas con ayuno >90 y <126 o factores de riesgo: curva de 75 g y/o A1C
Primer fármaco	Insulina	Metformina (insulina inmediata si ayuno ≥7.0 mmol/L)	Insulina; metformina en sobrepeso con insulinorresistencia	Insulina basal si persiste la hiperglucemia; considerar metformina sola o con insulina; insulina de inicio si ayuno ≥125 o 1 h ≥200
Ácido fólico	400–800 µg + yodo 150 µg	5 mg en toda mujer con diabetes	400–800 µg; 5 mg con obesidad o tipo 2	PRONAM: 0.4 mg; 4 mg si hay riesgo de DTN, no por diabetes [PRONAM 1000 días 2025 · p. 6]
Prueba posparto	Curva de 75 g a las 4–12 semanas	Ayuno a las 6–13 semanas (o A1C después)	Curva de 75 g a las 4–12 semanas	Ayuno a las 24–72 h y curva de 75 g a las 6–12 semanas

NICE NG3 se publicó en 2015 y su última actualización es de 2020; ADA y la guía austriaca son de 2026; la GPC IMSS-320-24 es de 2024. ACOG (PB 190) coincide con ADA en preferir la insulina y acepta la metformina como alternativa. Elige un criterio y aplícalo de forma consistente en tu unidad.

11 Lo que estás haciendo mal

ERRORES FRECUENTES

- **Llamar "normal" a un ayuno de 92 en la curva de 75 g**: con el criterio de un paso (ADA, IADPSG, guía austriaca) ya es diabetes gestacional; NICE usa ≥101 mg/dL.
- **Aplicar los cortes de 24–28 semanas en el primer trimestre** (ADA): no derivan de datos de esa etapa.
- **Confundir criterio con meta**: ≥92 es criterio diagnóstico en la curva; <95 es la meta de ayuno durante el seguimiento.
- **Seguir solo con la A1C**: en el embarazo es secundaria; las metas se miden con glucosa capilar o sensor.
- **No suspender IECA, ARA-II, estatinas o agonistas de GLP-1** antes de concebir, o no ofrecer anticoncepción mientras se usan.
- **Olvidar la aspirina** en la diabetes tipo 1 o 2 (ADA y la guía austriaca: 100–150 mg/día; la USPSTF usa 81 mg).
- **Usar metformina con preeclampsia o restricción del crecimiento**.
- **No ajustar la insulina tras el parto**: el requerimiento cae por debajo del previo al embarazo.
- **Dar de alta sin plan de tamizaje** tras una diabetes gestacional: curva a las 4–12 semanas y después cada 1–3 años de por vida.

12 Casos y consulta rápida

Caso 1

Mujer de 30 años con diabetes tipo 2, A1C 8.4 %, en metformina, empagliflozina, semaglutida y losartán. Quiere embarazarse en 6 meses.

Respuesta. Anticoncepción eficaz hasta tener A1C <6.5 %. Suspende semaglutida (≥2 meses antes), empagliflozina y losartán; inicia o ajusta insulina y cambia el antihipertensivo (nifedipino, labetalol o metildopa). Ácido fólico: ADA 400–800 µg + yoduro 150 µg; NICE y guía austriaca 5 mg/día hasta la semana 12 (la austriaca por diabetes tipo 2 u obesidad). Fondo de ojo, creatinina, cociente albúmina/creatinina, TSH y lípidos. Metformina puede continuar en el 1.er trimestre según ADA; la guía austriaca prefiere pasar a insulina desde antes de concebir en la tipo 2. Ya embarazada: aspirina 100–150 mg/día desde las 12–16 semanas.

Caso 2

Mujer de 28 años con IMC 33 y diabetes gestacional previa. A las 9 semanas: glucosa de ayuno 114 mg/dL, A1C 6.1 %.

Respuesta. No cumple criterios de diabetes (ayuno <126, A1C <6.5 %). Para ADA es metabolismo anormal temprano: consejería nutricional y glucosa de ayuno 3–4 veces por semana; si predomina ≥110 antes de la semana 15, intensificar y valorar tratamiento con decisión compartida. No apliques el criterio de 92 de la curva de 24–28 semanas. Si no se trata, curva a las 24–28 semanas. **Las guías difieren:** la austriaca haría curva de 75 g temprana con el panel alto (≥95 / 190 / 162) e insulina inmediata con ayuno >110; NICE, por la diabetes gestacional previa, automonitoreo temprano o curva lo antes posible.

Caso 3

Mujer de 32 años, 27 semanas, curva de 75 g: ayuno 96, 1 h 150, 2 h 128 mg/dL. Tras 2 semanas de dieta y ejercicio, ayunos de 100–104 mg/dL.

Respuesta. Diabetes gestacional (un valor ≥92). Sin metas (ayuno <95): ADA indica insulina; como solo falla el ayuno, NPH al acostarse (p. ej., 70 kg × 0.1–0.2 U/kg = 7–14 U) titulada por los ayunos; la guía austriaca coincide en el diagnóstico y la insulina. Con los criterios de NICE (ayuno ≥5.6 mmol/L ≈101 o 2 h ≥7.8 mmol/L ≈140) **no** cumpliría criterios. Posparto: suspender tratamiento, curva de 75 g a las 4–12 semanas y tamizaje cada 1–3 años.

CONSULTA RÁPIDA	LO ESENCIAL
Preconcepción	A1C <6.5 %; anticoncepción hasta lograrlo; ácido fólico; suspender IECA/ARA-II, estatinas, agonistas de GLP-1; fondo de ojo.
<15 semanas	Criterios habituales de diabetes; A1C 5.9–6.4 % o ayuno 110–125 = metabolismo anormal temprano (no es diabetes gestacional).
24–28 semanas	75 g: ≥92 / 180 / 153 (uno basta). Dos pasos: 50 g → 100 g con ≥95 / 180 / 155 / 140 (≥2 valores).
Metas	Ayuno <95; 1 h <140 o 2 h <120; A1C <6 % (hasta <7 %); tipo 1: tiempo en rango 63–140 >70 %.
Tratamiento	Estilo de vida; sin metas en 1–2 semanas (NICE; GPC IMSS: 2) → insulina (ADA, ACOG). Solo ayuno alto: NPH nocturna 0.1–0.2 U/kg. Dosis total de inicio: 0.1–0.2 U/kg (Clínic–SJD) a 0.2–0.5 (GPC IMSS); 0.7–1.0 solo con hiperglucemia en ayuno y tras la mayoría de las comidas (ACOG). Titula con el automonitoreo. Metformina: NICE y GPC IMSS la aceptan; 500–850 mg → máx. ~2,500 mg/día.
Tipo 1 o 2	Aspirina 100–150 mg desde 12–16 semanas; HTA: tratar desde 140/90; insulina sube ~5 %/semana desde la 16.
Posparto	Bajar la insulina; lactancia; anticoncepción; curva de 75 g a las 4–12 semanas; después cada 1–3 años.
En México	La embarazada con diabetes se refiere a 2.º nivel [PRONAM DT2 2025 · p. 9]. El PRONAM DT2 no trata la diabetes gestacional y el de 1000 días solo pide el tamizaje con O'Sullivan a las 24–28 semanas [PRONAM 1000 días 2025 · p. 4]: para el diagnóstico y el tratamiento sigue la GPC IMSS-320-24.[10,16,17]

Superíndices: **1** = ADA 2026, sección 2; **2** = ADA 2026, sección 15; **3** = NICE NG3; **4** = guía austriaca 2026 (Kautzky-Willer); **5** = Landon 2009; **6** = TOBOGM 2023; **7** = CHAP 2022; **8** = CONCEPTT 2017; **9** = AiDAPT 2023; **10** = GPC IMSS-320-24; **11** = ACOG PB 190; **12** = Valent y Barbour 2024; **13** = SUGAR-DIP 2025; **14** = Szmuilowicz 2019; **15** = protocolo Clínic–Sant Joan de Déu 2026; **16** = PRONAM Primeros 1000 días 2025; **17** = PRONAM DT2 2025. Los recuadros "Lo que estás haciendo mal", los casos y la consulta rápida son material educativo propio basado en esas fuentes. Equivalencias en mg/dL de NICE redondeadas por Medicina en Resumen.

Referencias

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care 2026;49(Suppl 1):S27–S49. doi:10.2337/dc26-S002
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 15. Management of diabetes in pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care 2026;49(Suppl 1):S321–S338. doi:10.2337/dc26-S015
3. National Institute for Health and Care Excellence. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period (NG3). Publicada en 2015; última actualización en diciembre de 2020. www.nice.org.uk/guidance/ng3
4. Kautzky-Willer A, Winhofer Y, Leutner M, et al. Management der Hyperglykämie in der Schwangerschaft (Update 2026). Wien Klin Wochenschr 2026;138(Suppl 4):S250–S271. doi:10.1007/s00508-025-02695-4
5. Landon MB, Spong CY, Thom E, et al. A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. N Engl J Med 2009;361:1339–1348. doi:10.1056/NEJMoa0902430
6. Simmons D, Immanuel J, Hague WM, et al; TOBOGM Research Group. Treatment of gestational diabetes mellitus diagnosed early in pregnancy. N Engl J Med 2023;388:2132–2144. doi:10.1056/NEJMoa2214956
7. Tita AT, Szychowski JM, Boggess K, et al; Chronic Hypertension and Pregnancy (CHAP) Trial Consortium. Treatment for mild chronic hypertension during pregnancy. N Engl J Med 2022;386:1781–1792. doi:10.1056/NEJMoa2201295
8. Feig DS, Donovan LE, Corcoy R, et al; CONCEPTT Collaborative Group. Continuous glucose monitoring in pregnant women with type 1 diabetes (CONCEPTT): a multicentre international randomised controlled trial. Lancet 2017;390:2347–2359. doi:10.1016/S0140-6736(17)32400-5
9. Lee TTM, Collett C, Bergford S, et al; AiDAPT Collaborative Group. Automated insulin delivery in women with pregnancy complicated by type 1 diabetes. N Engl J Med 2023;389:1566–1578. doi:10.1056/NEJMoa2303911
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes gestacional. Guía de Práctica Clínica IMSS-320-24. México: IMSS; 2024. gpc.salud.gob.mx (documento 3027; consultada el 2 de noviembre de 2026).
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational diabetes mellitus. Obstet Gynecol 2018;131:e49–e64.
12. Valent AM, Barbour LA. Insulin management for gestational and type 2 diabetes in pregnancy. Obstet Gynecol 2024;144(5):633–647. doi:10.1097/AOG.0000000000005640
13. Rademaker D, de Wit L, Duijnhoven RG, et al. Oral glucose-lowering agents vs insulin for gestational diabetes: a randomized clinical trial. JAMA 2025 (publicado en línea el 6 de enero de 2025). doi:10.1001/jama.2024.23410
14. Szmuilowicz ED, Josefson JL, Metzger BE. Gestational diabetes mellitus. Endocrinol Metab Clin North Am 2019;48:479–493. doi:10.1016/j.ecl.2019.05.001
15. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona (Hospital Clínic–Hospital Sant Joan de Déu). Protocolo: diabetes gestacional. Última actualización: 5 de marzo de 2026.
16. Consejo de Salubridad General. Protocolo Nacional de Atención Médica (PRONAM): Primeros 1000 días de vida. 1.ª ed. México: CSG; aprobado el 19 de marzo de 2025 (aviso en el DOF del 3 de julio de 2025). pronamsalud.csg.gob.mx/pronam-primeros-1000-dias.pdf
17. Consejo de Salubridad General. Protocolo Nacional de Atención Médica (PRONAM): Diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. 1.ª ed. México: CSG; aprobado el 19 de marzo de 2025 (aviso en el DOF del 3 de julio de 2025). pronamsalud.csg.gob.mx/pronam-diabetes-tipo2-sindrome-metabolico.pdf

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Medicina en Resumen condensa guías y artículos recientes para médicos. Cada cifra se verifica contra la fuente original. Cuando las guías difieren, lo señalamos. La información se basa en la bibliografía citada y no sustituye el criterio del médico tratante. Más guías, artículos explicados y videos en **medicinaenresumen.com** · @medicina.en.resumen