

Artículo Original

Factores de riesgo asociados a diabetes gestacional en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Mario Catarino Rivas durante el periodo 2024–2025.

Risk Factors Associated with Gestational Diabetes in Pregnant Women Treated at the Mario Catarino Rivas Hospital During the 2024–2025 Period.

Andrea Celeste Boquín Licona¹Saúl Osmán Hernández Hernández²Karen Ruglas¹

Resumen

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a diabetes gestacional en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Mario Catarino Rivas durante el periodo 2024–2025. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se incluyeron 370 pacientes embarazadas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia mediante muestreo no probabilístico consecutivo. Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas a partir de expedientes clínicos. Se realizó análisis descriptivo y bivariado (Chi cuadrado ($p < 0,05$)) para identificar asociaciones entre factores de riesgo y diabetes gestacional. **Resultados:** La prevalencia de diabetes gestacional fue de 44,6%. Se identificaron como factores asociados estadísticamente significativos la obesidad (48,5% en el grupo con DG frente a 17,1% sin DG), la multiparidad (63,6% vs. 35,1%), el control prenatal inadecuado (70,9% vs. 12,2%) y los antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2 (82,4% vs. 28,3%). Las pacientes con diabetes gestacional presentaron mayor frecuencia de cesárea (67,9%) y macrosomía fetal (52,1%). **Conclusión:** La elevada frecuencia de diabetes gestacional observada refleja una importante carga de riesgo metabólico en las pacientes embarazadas atendidas en un hospital de referencia nacional. La identificación temprana de factores de riesgo y el fortalecimiento de la vigilancia prenatal podrían contribuir a disminuir complicaciones maternas y neonatales.

Palabras claves: diabetes gestacional, factores de riesgo, embarazo, complicaciones del embarazo, salud materna

Abstract

Objective: To identify risk factors associated with gestational diabetes in pregnant patients treated at Mario Catarino Rivas Hospital during the period 2024–2025. **Materials and methods:** This was an observational, analytical, cross-sectional study. Three hundred and seventy pregnant patients treated in the Gynecology and Obstetrics service were included using consecutive non-probability sampling. Sociodemographic, clinical, and obstetric variables were collected from medical records. Descriptive and bivariate analyses (Chi-square ($p < 0.05$)) were performed to identify associations between risk factors and gestational diabetes. **Results:** The prevalence of gestational diabetes was 44.6%. Statistically significant associated factors included obesity (48.5% in the gestational diabetes group vs. 17.1% in the non-gestational diabetes group), multiparity (63.6% vs. 35.1%), inadequate prenatal care (70.9% vs. 12.2%), and a family history of type 2 diabetes mellitus (82.4% vs. 28.3%). Patients with gestational diabetes had a higher rate of cesarean section (67.9%) and fetal macrosomia (52.1%). **Conclusion:** The high frequency of gestational diabetes observed reflects a significant metabolic risk burden in pregnant patients treated at a national referral hospital. Early identification of risk factors and strengthened prenatal care could contribute to reducing maternal and neonatal complications.

Keywords: gestational diabetes, risk factors, pregnancy, pregnancy complications, maternal health

Introducción

La diabetes gestacional (DG) es una de las complicaciones metabólicas más frecuentes del embarazo ⁽¹⁾ y se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa diagnosticado por primera vez durante la gestación. Su relevancia clínica radica en su asociación con complicaciones maternas, fetales y neonatales, como preeclampsia, parto pretérmino, macrosomía fetal e hipoglucemia neonatal, así como en el incremento del riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 a largo plazo tanto en la madre como en el hijo ^(2,3)

A nivel mundial, la prevalencia de diabetes gestacional ha mostrado un incremento progresivo ⁽⁴⁾, influenciado por factores como el aumento de la edad materna, el sobrepeso, la obesidad y los cambios en los estilos de vida. En América Latina, la prevalencia reportada oscila entre el 7% y el 14%, con variaciones según los criterios diagnósticos y las características de la población estudiada ⁽⁵⁾

En Honduras, la información epidemiológica sobre diabetes gestacional es limitada y se basa principalmente en estudios hospitalarios aislados, lo que dificulta dimensionar la magnitud real del problema. Asimismo, los factores de riesgo asociados a esta condición en la población hondureña no han sido ampliamente caracterizados, lo que limita el desarrollo de estrategias efectivas de prevención y detección temprana.

El Hospital Mario Catarino Rivas, como centro de referencia nacional, atiende un alto volumen de pacientes embarazadas con diferentes perfiles sociodemográficos y clínicos, constituyendo un escenario adecuado para el estudio de esta patología. Sin embargo, no se dispone de información reciente que permita identificar los factores de riesgo asociados a la diabetes gestacional en esta población.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo asociados a diabetes gestacional en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Mario Catarino Rivas durante el periodo 2024–2025.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, analítico, de corte transversal, con enfoque cuantitativo, llevado a cabo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Mario Catarino Rivas, en San Pedro Sula, Honduras, durante el periodo comprendido entre noviembre de 2024 y noviembre de 2025.

La población estuvo conformada por todas las pacientes embarazadas atendidas en dicho servicio durante el periodo de estudio, incluyéndose un total de 370 pacientes mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron pacientes con diagnóstico consignado en expediente clínico de diabetes gestacional. No se dispuso de los valores específicos de glucemia ni del tipo de prueba diagnóstica utilizada (prueba de tamizaje con 50 g o prueba oral de tolerancia a la glucosa de 75 g), por lo que no fue posible clasificar según criterios específicos (ADA o ACOG). Se excluyeron aquellas con diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, así como expedientes clínicos incompletos o con datos insuficientes.

La variable dependiente fue la presencia de diabetes gestacional, mientras que las variables independientes incluyeron edad materna, procedencia, estado civil, nivel educativo, ocupación, paridad, control prenatal, antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2, comorbilidades maternas y antecedentes obstétricos. No fue posible analizar complicaciones neonatales

específicas tales como hipoglucemia neonatal, hiperbilirrubinemia o ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, debido a que estos datos no se encontraban consistentemente registrados en los expedientes clínicos.

El control prenatal fue clasificado como adecuado o inadecuado en función de la integralidad del seguimiento consignado en el expediente clínico. Se consideró adecuado cuando la paciente cumplía con un mínimo de 5 controles médicos periódicos, contaba con registro de evaluaciones clínicas, índice de masa corporal, pruebas de tamizaje y seguimiento completo del embarazo, requisitos mínimos detallados en las Normas Materno-Neonatales de Honduras y el instrumento CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología), que constituyen los estándares nacionales oficiales para la evaluación del control prenatal. Se clasificó como inadecuado cuando el control era incompleto, no cumplía con el número de consultas estimadas o existía ausencia de registros clínicos relevantes ⁽⁶⁾.

Los datos se obtuvieron mediante la revisión de expedientes clínicos, utilizando una ficha de recolección previamente diseñada para registrar variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas. Los datos fueron procesados y analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 22.0. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, empleando frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las variables cualitativas. Para el análisis bivariado entre variables categóricas y el diagnóstico de diabetes gestacional, se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson, considerando un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Se consideraron posibles sesgos de información derivados del uso de expedientes clínicos, así como sesgo de selección debido al muestreo no probabilístico, lo cual puede limitar la generalización de los resultados.

El estudio contó con la aprobación de un Comité de Ética Institucional. Se garantizó la confidencialidad de la información mediante el uso de datos anonimizados y el manejo exclusivo con fines académicos y científicos.

Resultados

Características sociodemográficas y clínicas

Se revisaron un total de 370 expedientes clínicos de pacientes embarazadas atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Mario Catarino Rivas entre noviembre de 2024 y noviembre de 2025. La prevalencia de diabetes gestacional (DG) en esta población fue del 44,6% ($n=165$) (Figura 1).

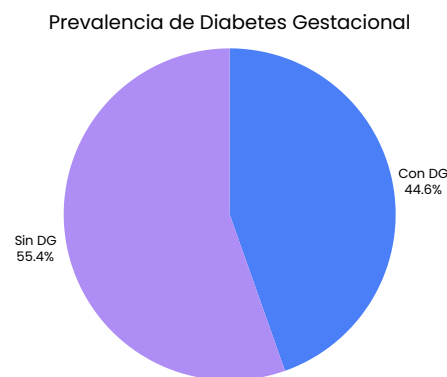


Fig. 1: Prevalencia de Diabetes Gestacional en pacientes embarazadas en el Hospital Mario Catarino Rivas de Noviembre 2024 a Noviembre 2025.

En cuanto a las características sociodemográficas y clínicas (**Tabla 1**), el grupo etario más frecuente fue el de mayores de 30 años (33,2%), seguido del de adolescentes de 15 a 19 años (26,5%). Respecto a la procedencia, el 63,0% de las gestantes provenía de zona rural y el 37,0% de zona urbana. Predominó el estado civil de unión libre (70,3%), mientras que el 23,2% eran solteras y solo el 6,5% casadas. El nivel educativo fue predominantemente bajo, con un 25,4% de analfabetas y un 39,5% con primaria incompleta.

Variable	Categoría	n (%)
Edad materna	15–19 años	98 (26,5)
	20–25 años	67 (18,1)
	26–30 años	82 (22,2)
	>30 años	123 (33,2)
Procedencia	Zona rural	233 (63,0)
	Zona urbana	137 (37,0)
Estado civil	Unión libre	260 (70,3)
	Soltera	86 (23,2)
	Casada	24 (6,5)
	Otros niveles	130 (35,1)
Nivel educativo	Analfabeta	94 (25,4)
	Primaria incompleta	146 (39,5)
	Otros niveles	130 (35,1)
	Otros niveles	130 (35,1)
Estado nutricional	Bajo peso	52 (14,1)
	Peso normal	104 (28,1)
	Sobrepeso	99 (26,8)
	Obesidad	115 (31,1)
Paridad	Primigesta	193 (52,2)
	Multigesta	177 (47,8)
Control prenatal	Adecuado	142 (38,4)
	No adecuado	184 (49,7)
	No consignado	44 (11,9)
Diabetes gestacional	Sí	165 (44,6)
	No	205 (55,4)

Tabla 1: Características socio-demográficas y clínicas de la población.

En relación con el estado nutricional, más de la mitad de las pacientes presentaron exceso de peso: 26,8% sobrepeso y 31,1% obesidad. El 52,2% eran primigestas y el 47,8% multigestas. El control prenatal fue clasificado como adecuado solo en el 38,4% de los casos; en el 49,7% fue inadecuado y en el 11,9% no se encontró registro alguno en el expediente.

Análisis bivariado

El análisis bivariado (**Tabla 2**) mostró asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre la diabetes gestacional y varios factores. Las pacientes con DG presentaron una proporción mucho mayor de obesidad (48,5% versus 17,1% en el grupo sin DG). Asimismo, la multiparidad fue más frecuente en el grupo con DG (63,6% versus 35,1%). El control prenatal inadecuado fue marcadamente más común entre las mujeres con DG (70,9% versus 12,2%), al igual que los antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2 (82,4% versus 28,3%). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Tabla 2: Resultados obstétricos y neonatales de pacientes con Diabetes Gestacional (N=165) **Siguiente página...**

Variable	Categoría	No DG n (%)	DG n (%)	p
Peso materno	Bajo peso	37 (18.05)	15 (9.09)	<0.001
	Peso normal	66 (32.2)	38 (23.03)	
	Sobrepeso	67 (32.68)	32 (19.39)	
	Obesidad	35 (17.07)	80 (48.48)	
Paridad	Primigesta	133 (64.9)	60 (36.4)	<0.001
	Múltipara	72 (35.1)	105 (63.6)	
Control prenatal adecuado		25 (12.2)	117 (70.91)	<0.001
Antecedentes DM2		58 (28.29)	136 (82.42)	<0.001
Infecciones embarazo		145 (70.73)	97 (58.79)	0.016
Tipo de parto	Vaginal	167 (81.46)	53 (32.12)	<0.001
	Cesárea	38 (18.54)	112 (67.88)	
Hemorragia postparto		62 (30.24)	12 (7.27)	<0.001
Edad gestacional	Pretrémimo	113 (55.12)	28 (16.97)	<0.001
	Término	76 (37.07)	132 (80.0)	
	Posttrémimo	16 (7.8)	5 (3.03)	
Peso RN	<2500 g	102 (49.76)	11 (6.67)	<0.001
	2500–3000 g	67 (32.68)	38 (23.03)	
	>3000 g	36 (17.56)	116 (70.30)	
Macrosomía fetal		25 (12.2)	86 (52.12)	<0.001
RCIU		48 (23.41)	10 (6.06)	<0.001
Estado de egreso	Viva	204 (99.51)	164 (99.39)	0.877
	Fallecida	1 (0.49)	1 (0.61)	

En cuanto a los resultados obstétricos y neonatales, las gestantes con DG tuvieron una tasa de cesárea significativamente mayor (67,9% versus 18,5%; $p < 0,001$) y un mayor porcentaje de partos a término (80,0% versus 37,1%). Se observó también una elevada frecuencia de macrosomía fetal (52,1% versus 12,2%) y de recién nacidos con peso superior a 3000 g (70,3% versus 17,6%). Por el contrario, en el grupo con DG fue menor la proporción de bajo peso al nacer (<2500 g) y de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estado de egreso neonatal (viva o fallecida) entre ambos grupos ($p = 0,877$).

Discusión

La prevalencia de diabetes gestacional encontrada en el presente estudio (44,6%) es considerablemente superior a la reportada en la literatura internacional y regional, donde oscila entre el 7% y el 14%⁽¹⁵⁾. Esta diferencia puede explicarse por el contexto hospitalario en el que se desarrolló la investigación, ya que el Hospital Mario Catarino Rivas constituye un centro de referencia nacional que concentra pacientes con mayor carga de factores de riesgo obstétrico. Asimismo, la variabilidad en los criterios diagnósticos y en las estrategias de tamizaje utilizadas en la práctica clínica puede influir en la estimación de la prevalencia^(4,7).

Esa prevalencia es mucho mayor al encontrado en un estudio realizado en el Hospital Universitario San José de Colombia, donde los autores encontraron diabetes gestacional en el 16,32% de las pacientes embarazadas en estudio. A pesar de esta diferencia, ambos trabajos presentaron factores de riesgo similares a lo reportado en la literatura internacional, como edad materna avanzada y sobrepeso⁽⁷⁾.

La elevada prevalencia observada en este estudio también puede interpretarse en el contexto epidemiológico y asistencial del Hospital Mario Catarino Rivas,

el cual constituye un hospital de referencia nacional ubicado en el Valle de Sula, una de las regiones más densamente pobladas del país. Esta institución recibe pacientes provenientes de múltiples zonas geográficas, incluyendo áreas rurales y urbanas con condiciones socioeconómicas diversas, muchas de ellas con acceso limitado a servicios de salud.

En este contexto, es esperable la concentración de pacientes con múltiples factores de riesgo metabólicos y obstétricos, incluyendo la coexistencia de diabetes gestacional y trastornos hipertensivos del embarazo, lo que contribuye a una mayor carga de enfermedad y a la complejidad clínica de la población atendida. Este fenómeno resalta la importancia de interpretar los resultados dentro del contexto asistencial específico, particularmente en hospitales de referencia donde la carga de enfermedad suele ser mayor en comparación con estudios poblacionales.

Otro factor de riesgo importante es el estado nutricional, donde el 19.39% de las pacientes con diabetes gestacional presentaron sobrepeso y el 48.48% algún grado de obesidad. Comparándose con el estudio de Hernández-Ruiz S, et al. en México, se evidencia una discrepancia relevante, ya que la prevalencia de diabetes gestacional en pacientes embarazadas fue del 13.7%. Esta diferencia se puede deber a las características poblacionales y resalta la necesidad de fortalecer la educación nutricional en el territorio hondureño, ya que la obesidad es un factor de riesgo para múltiples condiciones obstétricas ⁽⁹⁾.

En relación con las características sociodemográficas, los resultados muestran que la diabetes gestacional se presentó con mayor frecuencia en mujeres con edad materna mayor de 30 años, representando el 33.24% de la población estudiada. Estos hallazgos son similares a los reportados por España-Dorado et al. en Colombia, quienes identificaron la edad materna avanzada como uno de los principales factores asociados a diabetes gestacional ⁽²⁾. Asimismo, la literatura internacional describe que el incremento de la edad materna se relaciona con un aumento progresivo de la resistencia a la insulina y una disminución de la capacidad de compensación pancreática, incrementando el riesgo de desarrollar alteraciones metabólicas durante el embarazo ^(10,11).

En cuanto al control prenatal, los resultados mostraron que el 49.7% de las pacientes presentaron un control prenatal inadecuado, mientras que únicamente el 38.4% recibió un control adecuado. Además, el análisis bivariado evidenció que el control prenatal inadecuado fue más frecuente en las pacientes con diabetes gestacional (70.9% vs 12.2%). Estos hallazgos son similares a lo reportado por España-Dorado et al. en Colombia, quienes describieron que el acceso limitado a controles prenatales y el seguimiento insuficiente durante el embarazo se asocian con mayor riesgo de complicaciones obstétricas y diabetes gestacional ⁽²⁾. Asimismo, la Norma Nacional de Atención Materno-Neonatal de Honduras destaca la importancia del control prenatal oportuno para la detección temprana de alteraciones metabólicas durante el embarazo ⁽¹²⁾.

La elevada frecuencia observada en el presente estudio podría explicarse por las limitaciones en el acceso oportuno a los servicios de salud, especialmente en pacientes procedentes de zonas rurales y con bajo nivel educativo, características predominantes en la población atendida en el Hospital Mario Catarino Rivas. Además, un seguimiento prenatal deficiente puede dificultar el diagnóstico temprano de diabetes gestacional e incrementar el riesgo de complicaciones materno-fetales.

En relación con las complicaciones neonatales, la macrosomía fetal se presentó con mayor frecuencia en las pacientes con diabetes gestacional (52.1% vs 12.2%). Estos resultados son similares a los descritos por McIntyre et al. y Williams Obstetrics, donde se señala que la hiperglucemia materna favorece el hiperinsulinismo fetal y el crecimiento excesivo del feto, incrementando el riesgo de macrosomía fetal en embarazos complicados por diabetes gestacional ^(10,11).

La elevada frecuencia observada en el presente estudio podría atribuirse a dificultades en el control metabólico durante el embarazo y al diagnóstico tardío de diabetes gestacional, factores que aumentan el riesgo de alteraciones en el crecimiento fetal. Además, la alta prevalencia de obesidad y sobrepeso identificada en la población estudiada podría contribuir al incremento de esta complicación neonatal.

En cuanto a la vía de finalización del embarazo, las pacientes con diabetes gestacional presentaron una mayor frecuencia de cesárea en comparación con aquellas sin esta condición (67.9% vs 18.5%). Resultados similares han sido descritos por Williams Obstetrics y por McIntyre et al., quienes reportan que la diabetes gestacional incrementa el riesgo de resolución quirúrgica del embarazo debido a complicaciones obstétricas como macrosomía fetal, trastornos hipertensivos y alteraciones intraparto ^(10,11).

Entre las principales limitaciones del estudio se incluyen su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales, el uso de muestreo no probabilístico y la dependencia de registros clínicos, los cuales pueden presentar información incompleta o sesgos de registro. No obstante, el estudio aporta información relevante en un contexto con limitada evidencia local, resaltando la necesidad de fortalecer las estrategias de tamizaje, estandarizar criterios diagnósticos y mejorar la calidad del control prenatal.

Otra limitación importante es la ausencia de variables clínicas importantes como el tratamiento o complicaciones neonatales descritas en la literatura como hipoglucemia. Esto se debe a la mala consignación de estos datos en expedientes clínicos, por lo que representa un laguna en esta caracterización, pero también una falla en el sistema de registro hospitalario nacional.

Finalmente, los hallazgos de este estudio subrayan la importancia de la identificación temprana de factores de riesgo y del seguimiento integral de las gestantes, con el fin de reducir las complicaciones maternas y neonatales asociadas a la diabetes gestacional. Asimismo, evidencian la necesidad de futuros estudios que incorporen variables clínicas adicionales y diseños analíticos más robustos que permitan una mejor comprensión de esta patología en el contexto hondureño.

Conclusión

Los hallazgos de este estudio evidencian que la diabetes gestacional representa un problema relevante de salud materna en esta población hospitalaria, particularmente en mujeres con factores metabólicos y obstétricos modificables. La alta frecuencia de obesidad y control prenatal insuficiente pone en evidencia oportunidades de intervención desde el primer nivel de atención. Fortalecer la educación nutricional, el acceso al control prenatal integral y el tamizaje oportuno podría contribuir a reducir las complicaciones materno-fetales asociadas a esta condición.

Afiliaciones

¹Universidad Católica de Honduras
"Nuestra Señora Reina de la Paz"
Médico General

² Universidad Católica de Honduras
"Nuestra Señora Reina de la Paz"
Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

Declaración de financiamiento

Los gastos relacionados al artículo han sido financiados por los autores.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Referencias

1. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. el 1 de enero de 2024;47:S20–42. doi:10.2337/dc24-S002 PubMed PMID: 38078589.
2. Metzger BE. 2. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*. 2010. doi:10.2337/dc09-1848
3. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy: a World Health Organization Guideline. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014;103(3). doi:10.1016/j.diabres.2013.10.012
4. Caughey AB, Turrentine M. 4. ACOG PRACTICE BULLETIN: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstetrics and Gynecology*. 2018;131(2). doi:10.1097/AOG.0000000000002501
5. Farrar D, Simmonds M, Griffin S, Duarte A, Lawlor DA, Sculpher M, et al. 5. The identification and treatment of women with hyperglycaemia in pregnancy: An analysis of individual participant data, systematic reviews, meta-analyses and an economic evaluation. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2016;20(86). doi:10.3310/hta20860
6. McIntyre HD, Catalano P, Zhang C, Desoye G, Mathiesen ER, Damm P. Gestational diabetes mellitus. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):47. doi:10.1038/s41572-019-0098-8.
7. Hernández-Ruiz S, Solano-Ceh A, Villarreal-Ríos E, Pérez MOC, Galicia-Rodríguez L, Elizarrarás-Rivas J, et al. 13. Prevalence of gestational diabetes and gestational hypertension in pregnant women with pregestational obesity. *Ginecol Obstet Mex*. 2023;91(2). doi:10.24245/gom.v91i2.8282
8. España-Dorado SA, González-Dagua YC, Riascos-Melo JJ, Ortiz-Martínez RA, Chagüendo-García JE. 12. Prevalence of gestational diabetes and identification of associated factors and maternal-perinatal outcomes in colombia following the implementation of the iadpsg criteria. *Revista Facultad de Medicina*. 2021;69(2). doi:10.15446/revfacmed.v69n2.80195
9. Hernández-Ruiz S, Solano-Ceh A, Villarreal-Ríos E, Oliva Curiel Pérez M, Galicia-Rodríguez L, Elizarrarás-Rivas J, et al. Prevalence of gestational diabetes and gestational hypertension in pregnant women with pregestational obesity. *Ginecol Obstet Mex*. 2023;91(2):85–91. doi:10.24245/gom.v91i2.8282
10. Chamberlain JJ, Rhinehart AS, Shaefer CF, Neuman A. 6. Diagnosis and management of diabetes: Synopsis of the 2016 American diabetes association standards of medical care in diabetes. *Ann Intern Med*. 2016;164(8). doi:10.7326/M15-3016
11. Chiefari E, Arcidiacono B, Foti D, Brunetti A. 8. Gestational diabetes mellitus: an updated overview. *Journal of Endocrinological Investigation*. 2017. doi:10.1007/s40618-016-0607-5
12. Secretaría de Salud de Honduras. Normas Nacionales Para la Atención Materno-Neonatal [Internet]. Tegucigalpa; agosto de 2010 [citado el 25 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.bvs.hn/Honduras/salud/normas.nacionales.para.la.atencion.materno-neonatal.pdf>.