

4. Diabetes Prevention Program Research Group. The prevalence of retinopathy in impaired glucose tolerance and recent-onset diabetes in the Diabetes Prevention Program. *Diabet Med* 2007 Feb;24(2):137-44.
5. Nagi DK, Pettitt DJ, Bennett PH, Klein R, Knowler WC. Diabetic retinopathy assessed by fundus photography in Pima Indians with impaired glucose tolerance and NIDDM. *Diabet Med* 1997 Jun;14(6):449-56.
6. Cao D, Yang D, Huang Z, Zeng Y, Wang J, Hu Y, Zhang L. Optical coherence tomography angiography discerns preclinical diabetic retinopathy in eyes of patients with type 2 diabetes without clinical diabetic retinopathy. *Acta Diabetol* 2018 May;55(5):469-477.
7. Cheng YJ, et al. Association of A1C and fasting plasma glucose levels with diabetic retinopathy prevalence in the U.S. population: implications for diabetes diagnostic thresholds. *Diabetes Care* 2009 Nov;32(11):2027-32.

14:05 a 14:30 h

SALA PACÍFICO

SIMPOSIO: DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Coordinadora: Dra. Lina Capurro

Complicaciones maternas

Dra. María Elena Rodríguez

Médica Obstetra, Área de Obstetricia de Alto Riesgo, Hospital Materno Infantil Dr. C. Giannantonio, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Los cambios a los que es sometida la mujer que está gestando -adaptación fisiológica de sus distintos sistemas orgánicos, modificaciones hormonales en los diferentes trimestres, con la insulinoresistencia típica del tercero- favorecen la aparición de diabetes mellitus gestacional (DMG). Si bien estos suceden en todos los embarazos, aproximadamente un 10% en nuestro país desarrolla este tipo de condición.

Los factores de riesgo más prevalentes -obesidad, edad, antecedentes familiares, antecedentes de DMG previa, glucemia en ayunas del primer trimestre mayor a 85 mg/dl, macrosomía en gestas anteriores, síndromes de resistencia a la insulina- condicionan su aparición.

Este ambiente intrauterino hiperglucémico genera en el feto hiperglucemia primero e hiperinsulinemia secundaria a la misma; esta hiperglucemia será la responsable en parte de la macrosomía, el síndrome de distrés respiratorio y la hipoglucemia en el recién nacido.

Para la madre este diagnóstico no es gratuito; el riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia y eclampsia está francamente aumentado, así como también la presencia de hipertrigliceridemia, el mayor riesgo de cesárea y el parto pretérmino. No dejamos de lado que el aumento de la edad de las gestantes implica asociación con otras patologías, debiendo considerarse la medicación previa.

A futuro ya se describe mayor probabilidad de desarrollar DM, obesidad, dislipemia, hipertensión y enfermedad cardiovascular, independiente del desarrollo o no de DM2.

Debemos considerar, además, que hay un grupo de pacientes que inicia su DM durante el embarazo, tanto tipo 1 como tipo 2, o la misma se detecta durante la gesta. La importancia de un diagnóstico certero y adecuado ayuda no solo al tratamiento precoz durante la gesta, sino también a minimizar los riesgos a futuro con intervenciones adecuadas.

BIBLIOGRAFÍA

- McIntyre HD, Catalano P, Zhang C, Desoye G, Mathiesen ER, Damm P. Gestational diabetes mellitus. *Nature Rev Dis Primers* 2019;5(1):47.
- Ye W, Luo C, Huang J, et al. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis *BMJ* 2022;377:e067946. doi: 10.1136/bmj-2021-067946.
- Feig DS, Berger H, Donovan L, Godbout A, Kader T, Keely E, Sanghera R; Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Diabetes and pregnancy. *Can J Diabetes* 2018;42(Suppl1):S255-S282. doi: 10.1016/j.jcjd.2017.10.038.
- Ornoy A, Becker M, Weinstein-Fudim L, Ergaz Z. Diabetes during pregnancy. A maternal disease complicating the course of pregnancy with long-term deleterious effects on the offspring. A clinical review. *Int J Mol Sci* 2021;22(6):2965. doi: 10.3390/ijms22062965.