

Dra. Susana Gutt

Médica especialista en Nutrición, asociada al Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

La obesidad, un problema de salud pública frecuente en la mujer en edad reproductiva, compromete la salud materna durante el embarazo, con efectos adversos que afectarán la salud fetal, del recién nacido y a lo largo de la vida.

La prevalencia del sobrepeso/obesidad en la población de 5 a 17 años de Argentina, según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de 2019, es del 41,1%, y en las mujeres mayores de 18 años del 66% y 31,1% para el sobrepeso y la obesidad respectivamente.

El tejido adiposo disfuncional promueve un estado de inflamación crónico de bajo grado con cambios metabólicos asociados, que favorecen complicaciones médicas y condicionan un embarazo de alto riesgo. Su abordaje debe ser previo a la concepción y continuar luego para garantizar mejores resultados maternos y fetales, y prevenir complicaciones graves. Cambios en el estilo de vida no siempre logran un descenso de peso suficiente para mejorar la función ovárica, la fertilidad y asegurar un embarazo saludable, es por ello que debe programarse la gesta y recurrir a opciones farmacológicas para un descenso de peso significativo que resulte en una disminución del riesgo de diabetes mellitus gestacional; también debe intervenir previo al embarazo y mejorar el peso corporal para llegar a las primeras etapas de la gesta con un medioambiente metabólico gestacional saludable.

Los agonistas del receptor de GLP-1 mostraron resultados en cuanto al descenso de peso con mejoras en el perímetro abdominal, el peso corporal, marcadores de insulinoresistencia, beneficios sobre el metabolismo glucídico y de los lipídicos, y en la salud física, psicológica y social.

Recordemos que los GLP-1AR se clasifican como medicamentos C, están contraindicados durante el embarazo, por lo cual debe asegurarse su suspensión previa a la concepción e indicar anticoncepción al realizar una intervención sobre el peso corporal con fármacos.

BIBLIOGRAFÍA

- Creanga A, Catalano P, Bateman B. Obesity in pregnancy. *N Engl J Med* 2022;387:248-59.
- LeBlanc E, Vesco K, Funk K, Karanja N, Smith N, Stevens V. Prepare, a randomized trial to promote and evaluate weight loss among overweight and obese women planning pregnancy. Study design and rationale. *Contemp Clin Trials* 2016 July;49:174-180.
- LeBlanc E, Smith N, Vesco K, Hillier T, Stevens V. Weight loss prior to pregnancy and early gestational glycemia. Prepare, a randomized clinical trial. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2021;106(12):e5001-e5010.
- Papaetis GS, Kyriacou A. GLP-1R agonists and reproductive dysfunction. *Adv Clin Exp Med* 2022;31(11):1265-1274.

15:00 a 16:00 h

SALA PACÍFICO

5 VOCES EN 10 MINUTOS: ¿QUÉ DEBERÍA SABER MARTINA?

Coordinadora: Dra. Alicia Jawerbaum

Infertilidad en la mujer con obesidad

Dra. Celeste Muntaner

Médica Tocoginecóloga, especialista en Diagnóstico Prenatal y Embarazo de Alto Riesgo, Profesora Adjunta Regular, Universidad Nacional de Comahue, Neuquén, Argentina

El impacto negativo de la obesidad sobre la función reproductiva no solo se vincula a la infertilidad, sino también a los resultados perinatales adversos, y al aumento de la morbimortalidad materna y fetal¹.

La paciente obesa tiene tres veces más posibilidades de sufrir infertilidad que aquella con un índice de masa corporal (IMC) normal, tanto en ciclos naturales como en terapia de reproducción asistida. Las pacientes obesas con síndrome de ovario poliquístico (SOP) presentan un fenotipo metabólico y reproductivo más complejo. La alteración más característica de la obesidad, el incremento de la secreción de insulina, impacta en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofiso-ovárico.

El tejido adiposo es un órgano endocrino que genera adipocinas proinflamatorias considerándose la obesidad un estado inflamatorio crónico. La principal hormona que secreta es la leptina, que está aumentada en las pacientes obesas, y podría presentar un efecto negativo sobre la fertilidad al inhibir la foliculogénesis mediante el control directo e indirecto de secreción de LH y FSH, pero también afectando el flujo sanguíneo perifolicular y la receptividad endometrial². El tejido adiposo produce hormonas esteroideas por conversión de formas inactivas redundando en una disminución de la globulina fijadora de hormonas sexuales (*sex hormone binding globulin*, SHBG), aumento de la aromatización periférica de andrógenos a estrógenos y una hiperandrogenemia relativa. El ovario presenta receptores para insulina y receptores IGF-1 en la granulosa, la teca y el estroma. La modulación de la biodisponibilidad de los esteroides sexuales, que produce la insulina inhibiendo la síntesis hepática de SHBG, se traduce en las pacientes obesas en menor respuesta a la estimulación ovárica con gonadotrofinas, menor calidad ovocitaria y menor tasa de embarazo que aquellas que presentan un IMC normal³.

A nivel del endometrio, el hiperestrogenismo presente en la obesidad puede afectar negativamente la receptividad endometrial. La reducción de la glicodelina, secretada por las glándulas endometriales, y la decidua, regulador paracrino del embarazo en el endometrio, y la reducción del IGF-1 involucrado en la adhesión embrionaria, se asocian a altos niveles de insulina circulante y aumento de la pérdida recurrente del embarazo. Las mujeres obesas presentan niveles elevados de proteínas de fase aguda y citocinas proinflamatorias (incluidas IL6, PAI1 y TNF); se cree que estos marcadores inflamatorios ejercen un efecto negativo sobre la implantación y el desarrollo embrionario temprano⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Simon A, Pratt M, Hutton B, Skidmore B, Fakhraei R, Rybak N, Corsi DJ, Walker M, Vélez MP, Smith GN, Gaudet LM. Guidelines for the management of pregnant women with obesity: a systematic review. *Obes Rev* 2020 Mar;21(3):e12972.
2. Brewer CJ, Balen AH. The adverse effects of obesity on conception and implantation. *Reproduction* 2010;140(3):347-364.
3. Snider AP, Wood JR. Obesity induces ovarian inflammation and reduces oocyte quality. *Reproduction* 2019;158(3):R79-R90.
4. Broughton DE, Moley KH. Obesity and female infertility: potential mediators of obesity's impact. *Fertil Steril* 2017 Apr;107(4):840-847.

Diabetes mellitus gestacional: impacto de la educación terapéutica en el peso materno

Dra. Silvia Lapertosa

Profesora Titular de Nutrición y Educación para la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste (UNNE), Corrientes, Argentina

El embarazo afectado por la diabetes mellitus (DM) tiene una alta morbimortalidad maternofetal, si no se detecta oportunamente y se diagnostica correctamente. El estado nutricional materno impacta en el crecimiento fetal, y en el peso del recién nacido y de la placenta. La obesidad durante el embarazo y el excesivo incremento de peso durante la gestación se vincula con complicaciones perinatales que aumentan las tasas de cesáreas, la presencia de DM, la preeclampsia y la macrosomía fetal. Las mujeres gestantes en nuestro país presentan una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 24,4% y 14,7% respectivamente, según un estudio en embarazadas que se asisten en hospitales públicos. A nivel mundial, uno de cada siete nacimientos está afectado por la hiperglucemia del embarazo, siendo el 85% DM gestacional (DMG).

La educación terapéutica es el conjunto de actividades e intervenciones gestionadas por un equipo de salud, formado y con competencias en la educación de pacientes, cuya misión es capacitar a la persona afectada, a su familia y el entorno en la gestión autónoma de la enfermedad y en la prevención de las complicaciones evitables a fin de mejorar la calidad de vida.

De 2016 a 2020 se implementó un programa estructurado de educación para mujeres con DMG e integrantes del equipo médico asistencial, en 10 hospitales de cuatro provincias argentinas, para evaluar la mejora de los resultados perinatales. La intervención consistió en talleres educativos de tres sesiones de 2 h cada una, con material educativo especialmente desarrollado para el proyecto, reforzado con entrevistas individuales con la nutricionista. Antes y después de la intervención educativa se cumplimentaron los cuestionarios NutriQuid-GEST. Al final del período gestacional, el grupo que había recibido educación