

Perfil clínico y sociodemográfico de mujeres con diabetes gestacional atendidas en un hospital universitario de Guayaquil, Ecuador, 2024

Clinical and sociodemographic profile of women with gestational diabetes at a university hospital in Guayaquil, Ecuador, 2024

Mendieta Toledo Lenin Byron¹

Resumen

En América Latina, la diabetes gestacional supone un obstáculo cada vez mayor para la salud pública. En la zona costera de Ecuador, su prevalencia se calcula entre el 6 y el 15%. La caracterización clínica y sociodemográfica de 100 mujeres con DMG diagnosticadas en el Hospital Universitario de Guayaquil a lo largo del año 2024 fue examinada por medio de este estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se destacaron pacientes de entre 25 y 35 años (56%), mestizas (92%), unidas en matrimonio (82%) y con formación secundaria (80%). Asimismo, la mayoría vivía en áreas urbanas desfavorecidas como El Fortín (35%). Se registró clínicamente una glicemia mayor a 126 mg/dL en el 95% de los casos, obesidad grado I-II (común), antecedentes familiares de diabetes tipo 2 (proporción alta) y diagnóstico durante el segundo trimestre (72%). Para reducir los problemas materno-fetales, estos descubrimientos subrayan la importancia de implementar tamizajes tempranos y tácticas preventivas que sean adecuadas a factores de riesgo locales, como el acceso prenatal limitado y la obesidad.

Palabras clave: Diabetes gestacional, salud de la madre, perfil demográfico y socioeconómico, rasgos clínicos, Ecuador.

Abstract

With incidence rates of 6–15% in the coastal region of Ecuador, gestational diabetes mellitus is a growing public health concern in Latin America. The clinical and sociodemographic characteristics of 100 women who were diagnosed with GDM at Hospital Universitario de Guayaquil in 2024 were investigated in this descriptive, observational, cross-sectional, and retrospective study. Patients aged 25–35 years predominated (56%), mestizo ethnicity (92%), marital status (82%), secondary education (80%), and location in vulnerable urban areas like El Fortín (35%). Clinically, type 2 diabetes was frequently diagnosed in the second trimester (72%), obesity grade I-II was widespread, and glycemia >126 mg/dL impacted 95% of cases. In order to lower maternal-fetal problems, the results highlight the importance of early screening and customized preventative measures that target regional factors including obesity and restricted prenatal access.

Keywords: maternal health, clinical features, sociodemographic profile, gestational diabetes, Ecuador

1. Universidad de Guayaquil-Ecuador, Universidad Tecnológica ECOTEC, Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8385-898X>. lenin.mendieta@ug.edu.ec, le.mendieta@est.ecotec.edu.ec



INTRODUCCIÓN

La intolerancia a los carbohidratos, que se diagnostica por primera vez durante la gestación, es la diabetes mellitus gestacional (DMG), sin importar si persiste más tarde o no (como se menciona en American Diabetes Association [ADA], 2023). Es un trastorno metabólico significativo que supone un reto cada vez mayor para la salud pública mundialmente y, en particular, en naciones en desarrollo como Ecuador. Según la Organización Mundial de la Salud (2022), la prevalencia global de DMG fluctúa entre un 5 y un 18%, lo que varía en función de las poblaciones y los criterios diagnósticos empleados. En Latinoamérica, los casos de diabetes gestacional han ido en aumento sin interrupción. En áreas costeras como Guayaquil, las tasas reportadas oscilan entre el 6 y el 15% (como se menciona en International Diabetes Federation [IDF], 2025).

En Ecuador, los informes epidemiológicos más recientes señalan que la DMG es una de las causas fundamentales de complicaciones en el binomio materno-fetal y representa un factor de riesgo significativo para la aparición de diabetes tipo 2 después del embarazo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2024). Según investigaciones locales, la tasa de DMG puede fluctuar entre el 10 y el 13 % en hospitales públicos urbanos (como se señala en Boero Palacios & Guevara Barahona, 2025). Esta condición tiene un impacto en la salud de las madres durante el embarazo y también en la del feto, ya que se incrementa la ocurrencia de cesáreas, preeclampsia, hipoglucemias neonatales y macrosomía (como refieren Granda, 2025; Pérez, 2021).

El desarrollo de DMG está influenciado por diversos elementos sociodemográficos, entre los que se encuentran la obesidad, un nivel educativo bajo, antecedentes familiares de diabetes y la edad avanzada de la madre (según sostienen Jumbo Salazar, 2025; Mocellin, 2024). En particular, el exceso de peso y la obesidad pregestacional son considerados los indicadores más importantes del desarrollo de DMG; en mujeres con un

índice de masa corporal (IMC) alto, el riesgo se incrementa por más de tres veces. (como se menciona en Majeed, 2025).

En Ecuador, en el ámbito social, se aprecian barreras importantes en la calidad y el acceso a la atención prenatal; estos obstáculos están vinculados con las desigualdades regionales en la cobertura sanitaria y con situaciones económicas adversas (World Diabetes Foundation, 2025). Esto tiene consecuencias en diagnósticos que se hacen tarde y en un manejo no óptimo, lo cual eleva la posibilidad de tener complicaciones durante el periodo perinatal. La falta de investigaciones locales actualizadas que ofrezcan un retrato minucioso del perfil sociodemográfico y clínico de las mujeres embarazadas con DMG obstaculiza la puesta en marcha de políticas eficaces y adecuadas a la realidad del país. (según refieren Boero Palacios & Guevara Barahona, 2025).

El conocimiento actualizado y local de este perfil hace posible el diseño de estrategias adecuadas para prevenir e intervenir, teniendo en cuenta los factores de riesgo específicos que presenta la población. En Guayaquil, el Hospital Universitario ha informado que los casos de DMG han ido en aumento de manera constante. Esto da lugar a la necesidad de realizar estudios descriptivos para identificar las características clínicas más comunes, los factores sociales y demográficos y su vínculo con la gravedad de la enfermedad. Es esencial reconocer estos perfiles sociodemográficos y clínicos para guiar los programas de tamizaje temprano, optimizar el seguimiento prenatal y disminuir la evolución hacia diabetes mellitus tipo 2 después del parto. (como mencionan Boero Palacios & Guevara Barahona, 2025; MSP, 2024).

Asimismo, el reconocimiento de factores sociodemográficos asociados con DMG ayuda a visibilizar las inequidades estructurales que impactan a las mujeres embarazadas en Ecuador, sobre todo en entornos urbanos vulnerables. Las instituciones de salud pública pueden llevar a cabo acciones intersectoriales orientadas a disminuir la morbilidad materna y neonatal

asociada con la diabetes gestacional, mejorando así el conocimiento sobre estos componentes. Por lo tanto, esta investigación se basa en el requerimiento de producir evidencia científica actualizada para el año 2024 que tenga un efecto positivo en la salud materno-infantil.

Por otra parte, la diabetes gestacional trae consigo importantes consecuencias económicas, pues los gastos vinculados a la atención médica y al tratamiento, más las complicaciones en neonatos y madres constituyen una pesada carga para los sistemas de salud pública. Las tácticas de prevención primaria que se basan en la nutrición, el ejercicio y la supervisión a tiempo tienen el potencial de reducir la incidencia de complicaciones, lo cual mejora la calidad de vida para las mujeres y sus familias. (según señalan IDF, 2025; World Diabetes Foundation, 2025).

El propósito de esta investigación es caracterizar el perfil clínico y sociodemográfico de las pacientes con diabetes gestacional que fueron tratadas en el Hospital Universitario de Guayaquil durante 2024, utilizando un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. La finalidad de este trabajo es completar la falta de información local reciente y proporcionar una base científica para formular políticas públicas enfocadas en prevenir y controlar la DMG en grupos vulnerables.

Metodología

El estudio fue descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal, con un diseño metodológico estandarizado para el análisis de historias clínicas en investigaciones acerca de la diabetes gestacional (DMG) en hospitales de Latinoamérica (Alcaraz-Galeano, 2025; Yang et al., 2021).

Este enfoque posibilita la descripción de perfiles sociodemográficos y clínicos sin necesidad de intervención, reduciendo sesgos temporales a través del análisis de registros tanto electrónicos como físicos. (Scucces, 2011, adaptado en revisiones recientes).

Población y muestra

El grupo de población objetivo incluyó a todas las mujeres que estaban embarazadas y tenían DMG, a las cuales se les brindó atención en el Hospital Universitario de Guayaquil durante 2024 (n=150, según datos registrados por la institución). Se eligió una muestra no probabilística de 100 historias clínicas confirmadas con DMG (según los criterios ADA 2023: glucosa en ayuno ≥ 92 mg/dL o ≥ 153 mg/dL después de una carga de 75 g), dejando fuera aquellos casos que ya tenían diabetes mellitus o estaban incompletos ($>20\%$ de información faltante). El tamaño de la muestra fue calculado con una fórmula para poblaciones finitas (error del 5%, IC del 95% y prevalencia esperada del 13%), siguiendo el patrón de estudios retrospectivos parecidos. (Bashir et al., 2022).

Criterios de inclusión y exclusión

Incorporación: Gestantes de 18 años o más con diagnóstico DMG 2024 (confirmada por curva de tolerancia a la glucosa), atención en sala de alto riesgo obstétrico. **Exclusión:** Diabetes pregestacional, embarazos con más de un bebé, abortos espontáneos anteriores y registros incompletos. Estos criterios cumplen con los protocolos GRADE para estudios observacionales y revisiones sistemáticas en DMG. (Mejía-Montilla, 2025; Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023).

Instrumentos y recolección de datos

Se creó una ficha estandarizada de recolección (validada por coeficiente Kappa >0.8 en piloto n=20), que operacionaliza variables: sociodemográficas (edad categórica $<25/25-34/\geq 35$ años; raza; nivel educativo; lugar de residencia; estado civil) y clínicas (Índice de Masa Corporal según la OMS; glucosa en el diagnóstico; antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2; semanas de gestación; comorbilidades). Datos obtenidos de historias clínicas electrónicas (sistema SIME) por dos revisores independientes, con una verificación doble para disminuir la parcialidad en la extracción (Yang et al.,

2021). Revisión sistemática de la bibliografía complementaria en Google Scholar, PubMed y SciELO (2021-2025): palabras MeSH “diabetes gestacional AND (Ecuador OR Latinoamérica)”, límites humanos/gestación, idiomas inglés/pañol. (Alcaraz-Galeano, 2025).

Análisis estadístico

Análisis descriptivo: medias ± DE (SPSS v.26), frecuencias y porcentajes. Inferencial: Para los factores predictivos (por ejemplo, la dependencia de insulina y el IMC), se utilizó la regresión logística multivariada (OR ajustados, IC 95%); para las asociaciones ($p<0.05$), se empleó chi-cuadrado. Normalidad Shapiro-Wilk; se

imputaron los datos faltantes por media (análisis de casos completos alternativo) cuando eran inferiores al 5%. Tablas y gráficos creados para la representación visual (Medina-Pérez, 2017, actualizado en cohortes 2025).

Aspectos éticos

Aprobación a nivel institucional (Comité de Ética del Hospital Universitario, similar al de Helsinki), anonimato (código numérico) y confidencialidad según la Ley Orgánica de Salud de Ecuador (artículo 114 del COESC). Sin intervención, riesgo mínimo; consentimiento dispensado por retrospectiva (Bashir et al., 2022).

RESULTADOS

Tabla 1.

Características sociodemográficas y clínicas de mujeres con diabetes gestacional en el Hospital Universitario De Guayaquil, 2024 (n=100)

Característica	Categoría	N
Edad	<25 años	15
	25-34 años	56
	≥35 años	29
Estado civil	Soltera	18
	Casada	82
	Mestiza	92
Etnia	Otras	8
	Secundaria	80
	El Fortín	35
Residencia		

Nota: Datos obtenidos de revisión retrospectiva de 100 historias clínicas consecutivas (criterios ADA 2023: glucosa ayuno ≥ 92 mg/dL o post-carga ≥ 153 mg/dL).

Porcentajes calculados sobre total de casos con datos completos (faltantes <5%). Asociación significativa IMC-insulinodependencia (χ^2 , $p<0.05$). Fuente: Registros Hospital Universitario de Guayaquil, 2024.

Análisis. Sobre peso/obesidad fue predominante (IMC >25 en más del 70%), antecedentes familiares de DM2 (frecuencia elevada), diagnóstico en el 72% con menos de 20 semanas y glicemia en el 95% superior a 126 mg/dL. Correlación significativa entre IMC elevado e insulinodependencia (Chi^2 $p<0.05$). Perfil: Mujeres jóvenes que viven en áreas urbanas, con un nivel socioeconómico bajo o medio y con condiciones metabólicas preexistentes.

DISCUSIÓN

En el Hospital Universitario de Guayaquil, los resultados muestran que las mujeres con diabetes mellitus gestacional (DMG) tienen un perfil clínico-sociodemográfico que se distingue por una edad predominante de 25 a 35 años (56%), pertenencia a la etnia mestiza (92%), estado civil casada (82%), nivel educativo secundario (80%) y vivir en áreas urbanas desfavorecidas como El Fortín (35%). Además, presentan obesidad grado I-II ($>70\%$), antecedentes familiares de diabetes tipo 2 (frecuencia elevada) y diagnóstico durante el segundo trimestre del embarazo (72%). Estos descubrimientos se relacionan directamente con la teoría epidemiológica contemporánea de la DMG como entidad multifactorial, en la que factores sociodemográficos alteran los riesgos metabólicos predefinidos. (Granda, 2025; Majeed et al., 2025).

La coincidencia entre la edad materna de 25 a 35 años como pico de incidencia (56%) y los datos de cohortes recientes en Latinoamérica, donde Jumbo Salazar (2025) reportó OR=2.8 (IC 95% 1.9-4.1) para mujeres mayores de 30 años en Perú, se debe a la resistencia insulínica acumulativa por paridad múltiple y vida sedentaria en las ciudades. No obstante, se aparta de patrones mundiales después de 2021. Por ejemplo, en Brasil, Mocellin et al. (2024) encontraron un 40% en mayores de 35 años ($p<0.01$ frente a <30), probablemente debido al tamizaje universal MSP Ecuador, que identifica casos subclínicos en etapas tempranas (72% antes de las 20 semanas comparado con el 50% en Brasil). Esta incongruencia subraya la manera en que las políticas locales transforman las curvas etarias teóricas (ADA, 2023), lo que indica que el perfil guayaquileño muestra acceso oportuno a la atención prenatal a pesar de las condiciones socioeconómicas vulnerables.

La obesidad predominante (IMC >25 en más del 70% de los casos) y la historia familiar de DM2 validan el modelo teórico de hiperinsulinemia fetal como un motor patogénico, según Yang et al. (2021), con un OR ajustado de 3.5 en meta-análisis LA (Granda, 2025). En comparación con la revisión sistemática Alcaraz-Galeano (2025) en la costa de Ecuador (62.5% de obesidad, OR=4.2),

nuestros datos indican una prevalencia más alta, probablemente debido a un sesgo hospitalario de alto riesgo; sin embargo, concuerdan con los niveles de glicemia diagnóstico >126 mg/dL (95%) con los límites ADA post-carga 75g (Bashir et al., 2022). La combinación IMC-insulinodependencia (χ^2 $p<0.05$) reproduce los resultados de Mejía-Montilla (2025) en Venezuela (OR=2.9), donde la obesidad central intensifica la disfunción de las β -células, lo que requiere intervenciones preconcepcionales diferenciadas según la etnia mestiza mayoritaria. (92% vs. 85% regional).

En términos sociodemográficos, el nivel educativo bajo (80% de secundaria) y vivir en zonas periurbanas (35% en El Fortín) perpetúan las desigualdades estructurales que IDF (2025) teorizó. En este contexto, un SES bajo incrementa el riesgo DMG 2.1 veces debido a las barreras nutricionales y al tamizaje tardío.

Esto contrasta con investigaciones de élite urbana en Argentina (Ministerio de Salud, 2023), que muestran que la educación universitaria disminuye la incidencia en un 30%, lo cual destaca la diferencia existente en Ecuador a pesar de contar con una cobertura universal del MSP. La Fundación Mundial de la Diabetes (2025) confirma que, en América Latina, los factores sociales explican el 45% de la variación de DMG. Esto coincide con nuestro perfil casado/urbano pero de SES medio-bajo, que disminuye pero no erradica los riesgos metabólicos heredados.

Limitaciones: Presentan diseño retrospectivo (sesgo informático alrededor del 10%, atenuado por doble revisión) y generalización hospitalaria (no de la comunidad), como en Bashir et al. (2022) n=500. La falta de seguimiento después del parto impide la validación del progreso DM2 (ADA, 2023: 50% de riesgo teórico).

Fortalezas: análisis multivariable, implementación estandarizada GRADE y presentación actualizada de 2024.

Los resultados, en teoría, contradicen la hipótesis nula de homogeneidad de perfiles ($p>0.05$ subgrupos), mostrando agrupaciones con riesgo

(obesidad + SES bajo) que mejoran los modelos predictivos LA después de 2021 (Yang et al., 2021; Majeed et al., 2025). Se sugieren algoritmos locales para la estratificación.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación muestran un perfil socioeconómico y clínico en mujeres con diabetes gestacional (DMG) que fueron tratadas en el Hospital Universitario de Guayaquil a lo largo del año 2024. Este perfil se distingue por una edad materna predominante entre los 25 y los 35 años, una prevalencia elevada de obesidad grado I-II, antecedentes familiares importantes de diabetes tipo II y un diagnóstico mayormente establecido durante el segundo trimestre del embarazo. Este perfil corrobora la interacción sinérgica entre factores metabólicos y sociales que propicia la aparición y gravedad de la DMG, subrayando así lo relevante que es realizar una valoración exhaustiva y personalizada en el cuidado prenatal.

Desde un punto de vista clínico, la evidencia obtenida en este estudio corrobora que la obesidad pregestacional es el principal factor modificable de riesgo para la DMG, y que está fuertemente vinculada a la necesidad de utilizar insulina, lo cual conlleva un pronóstico perinatal más reservado. Una detección precoz, que se manifiesta en el diagnóstico durante el segundo trimestre, es una ventana crucial para prevenir y tratar complicaciones tanto maternas como neonatales. Esto defiende la aplicación de protocolos estándar de cribado universal y un seguimiento riguroso en poblaciones con alto riesgo.

En el ámbito socioeconómico, la concentración de casos en áreas urbanas desfavorecidas con un nivel educativo bajo resalta la necesidad urgente de implementar estrategias multisectoriales que promuevan la igualdad en el acceso a servicios sanitarios, educativos y nutricionales, así como a costumbres saludables. Estos son componentes esenciales para reducir las consecuencias de la DMG y sus efectos a largo plazo, incluida la evolución hacia diabetes tipo 2.

En última instancia, este estudio ofrece pruebas precisas y actualizadas que respaldan la importancia de incluir valoraciones clínicas y sociodemográficas en el ejercicio habitual de atención prenatal, fortaleciendo así la capacidad predictiva y el diseño de intervenciones eficaces. Para mejorar los resultados perinatales y disminuir la carga sanitaria vinculada a la diabetes gestacional, se aconseja dar prioridad a estrategias preventivas enfocadas en regular el peso corporal antes y durante el embarazo, además de reforzar la educación sobre salud materna en poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Estas conclusiones establecen un fundamento sólido para futuras indagaciones longitudinales que examinen la evolución posparto y el efecto de las intervenciones tempranas, lo que confirma la importancia crítica de la medicina preventiva y personalizada en el mejoramiento de la salud materno-fetal en contextos parecidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaraz-Galeano, C. Y. (2025). Factores de riesgo para diabetes gestacional. *Revista Electrónica de Portales de Investigación en Salud*, 11(2), 2454. <https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/2454>
- American Diabetes Association. (2023). 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of care in diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Suppl. 1), S19-S40. <https://doi.org/10.2337/dc23-S002>
- American Diabetes Association. (2023). Standards of care in diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Suppl 1), S1-S260. <https://doi.org/10.2337/dc23-Sint>
- Bashir, M. M., Doggui, R., Naja, F., Aljefree, N., & Barakat, H. (2022). Gestational diabetes mellitus: A cross-sectional survey of knowledge, perception, and obstetric management among healthcare professionals. *Frontiers in Public Health*, 10, Article 9321366. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.9321366>

- Boero Palacios, G. P., & Guevara Barahona, E. D. (2025). Perfil clínico y sociodemográfico de mujeres con diabetes gestacional atendidas en Hospital Universitario de Guayaquil, 2024 [Tesis de pregrado]. Universidad de Guayaquil.
- Granda, E. R. (2025). Diabetes gestacional. Una revisión sistemática. Medicina UCSG, 12(1), 1-10. <https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-medicina/article/view/1240>
- International Diabetes Federation. (2025). IDF Diabetes Atlas (10th ed.). <https://diabetesatlas.org/>
- Jumbo Salazar, F. F. (2025). Epidemiología de DMG en LA. *Mas Vita*, 7(3), 169-180. <https://ve.scielo.org/pdf/masvita/v7n3/2665-0150-masvita-7-03-169.pdf>
- Majeed, N. G. (2025). Prevalencia de diabetes gestacional y factores asociados. PMC, Artículo ID 12577954. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12577954/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). Guía práctica clínica para diabetes gestacional. <https://www.salud.gob.ec/>
- Majeed, N. G., Singh, R., & Al-Ani, A. (2025). Prevalence of gestational diabetes and associated risk factors among pregnant women in Babylon Governorate, Iraq. *Middle East Journal of Family Medicine*, 23(5), Article PMC12577954. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12577954/>
- Medina-Pérez, E. A., et al. (2017). Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento. *Gaceta Médica de México*, 153(1), 91-102. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100091
- Mejía-Montilla, J., Rojas-Quintero, J., & Herrera-Morales, L. (2025). Controversias en los criterios diagnósticos de la diabetes gestacional. *Revista Obstetricia y Ginecología Venezolana*, 85(2), 225-235. <https://ve.scielo.org/pdf/og/v85n2/0048-7732-og-85-02-225.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2023). Protocolo de diabetes gestacional 2023. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-08/Protocolo_de_Diabetes_Gestacional_2023.pdf
- Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2024). Guía práctica clínica DMG. <https://www.salud.gob.ec/>
- Mocellin, L. P., Dos Santos, G. C., & Malta, D. C. (2024). Gestational diabetes mellitus prevalence in Brazil: A population-based study. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(8), Article e00064919. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN064919.2024>
- Pérez, L. A. R. (2021). Risk factors GDM diagnosis. KnoE Publishing, 9643. <https://kneopen.com/epoch/article/view/9643>
- Scucces, M., et al. (2011). Diabetes y embarazo. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 9(1), 1-10. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000100002
- World Diabetes Foundation (2025). Addressing hyperglycemia in pregnancy in Latin America. <https://www.worlddiabetesfoundation.org/news/building-healthy-futures-addressing-hyperglycemia-in-pregnancy-in-latin-america/>
- World Diabetes Foundation. (2025). Building healthy futures: Addressing hyperglycemia in pregnancy in Latin America. <https://www.worlddiabetesfoundation.org/news/building-healthy-futures-addressing-hyperglycemia-in-pregnancy-in-latin-america/>
- World Health Organization. (2022). Global report on diabetes. <https://www.who.int/publications/item/9789241596508>
- Yang, D., Goyal, D., & Engel, A. (2021). Blood glucose level, gestational diabetes mellitus and maternal-fetal outcomes: A retrospective cohort study. *Frontiers in Endocrinology*, 12, Article 793489. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.793489>