

15.45 a 16.45 h

SALÓN GRAN PANAMERICANO

SIMPOSIO: COMPLICACIONES CRÓNICAS: ¿SON EVITABLES?

Coordinadora: Dra. Susana Salzberg

Embarazo con diabetes: futuro impacto en órgano blanco

Dra. Silvia Lapertosa

En los últimos 30 años hemos sido testigos de enormes cambios en el campo de la diabetes mellitus (DM) en el embarazo, con un aumento muy importante en el número de casos de embarazos en mujeres con DM1 previa a la gesta. La DM1 en el embarazo ha aumentado en un 40%. Esta situación incrementa el riesgo de consecuencias adversas para la salud materno infantil durante la gesta, así como a corto y largo plazo.

El embarazo se considera a menudo una prueba de esfuerzo cardiovascular natural debido a las adaptaciones fisiológicas, hemodinámicas y metabólicas necesarias para el desarrollo fetal, pero los resultados adversos del embarazo (APO), como los trastornos hipertensivos del embarazo (HDP), el parto prematuro y el bajo peso para edad gestacional pueden ser “marcadores” eficaces de riesgo futuro de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA), insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica (ERC) y demencia vascular, e identificarán a las mujeres que requerirán mayor atención y seguimiento en el posparto.

Las mujeres con DM tienen un riesgo de dos a cuatro veces mayor de un embarazo hipertensivo y hasta seis veces mayor de preeclampsia (PE) en comparación con las mujeres sin DM, siendo el riesgo especialmente alto en pacientes con enfermedad renal.

En el estudio de Mesa (2025) la preeclampsia fue un fuerte predictor independiente de la progresión de aterosclerosis durante un período de seguimiento de 5 años, con un efecto aditivo en la DM1. De hecho, una mujer con DM1 tiene un riesgo del 10% al 20% de sufrir eclampsia (EP) durante su primer embarazo. Este riesgo aumenta con la presencia de enfermedad renal: el 42% de las mujeres con DM1 y microalbuminuria y el 64% de las que presentan macroalbuminuria desarrollan EP durante el embarazo.

Si bien la enfermedad renal es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de EP en mujeres con DM1, se ha demostrado que otros factores de riesgo también influyen. Estos factores son similares a los de la población general e incluyen nuliparidad, antecedentes de EP, hipertensión crónica, retinopatía y duración de la DM. La prevalencia de nefropatía es ocho veces mayor en mujeres con DM y con PE previa en comparación con aquellas con presión arterial normal durante el embarazo.

Durante el embarazo la retinopatía empeora temporalmente en el 17-70% de las mujeres con DM1. Este riesgo aumenta con la duración de la DM, el mal control glucémico y la hipertensión arterial. Los cambios observados a nivel de la retina pueden estar relacionados con inflamación y disfunción endotelial.

Además de estas complicaciones presentes en la paciente del caso, la misma tiene obesidad central con un índice de masa corporal (IMC) de 32,4, y hay mucha evidencia que refiere los efectos de la obesidad materna en la adaptación placentaria y la reprogramación fetal que conduce a cambios en los órganos blancos e impacta a futuro en la salud infantil con riesgo de

obesidad infantil, trastornos neuropsiquiátricos y alteración de la función de las células madre hematopoyéticas (*hematopoietic stem and progenitor cells*, HSPCs).

Esta alteración en el metabolismo materno puede generar enfermedades cardiovasculares en la descendencia por posibles mecanismos en cambios mitocondriales, aumento de especies reactivas de oxígeno y cambios epigenéticos como la metilación del ADN y la modificación de histonas, que pueden transmitirse de forma similar a la siguiente generación.

Después del embarazo, todas las mujeres con DM y antecedentes de hipertensión deben ser monitorizadas para detectar el desarrollo de microangiopatías, hipertensión crónica y dislipidemia, y recibir tratamiento temprano y adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- Widyaputri F, Rogers S, Lim L. Global estimates of diabetic retinopathy prevalence and progression in pregnant women with preexisting diabetes. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Ophthalmol* 2022;140(5):486-494. doi:10.1001/jamaophthalmol.2022.0050.
- Lewey J, Beckie TM, Brown HL, Brown SD, et al. Opportunities in the postpartum period to reduce cardiovascular disease risk after adverse pregnancy outcomes. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2024;149:e330–e346. doi: 10.1161/CIR.0000000000001212.
- Mesa A, Puig-Jové C, Pané A, et al. Preeclampsia as an independent predictor of atherosclerosis progression in women with type 1 diabetes: a 5 years prospective study. *Cardiovasc Diabetol* 2025 Apr 9;24(1):160. doi: 10.1186/s12933-025-02719.
- Kaaja R, Gordin D. Health after pregnancy in the mother with diabetes. *Womens Health (London)* 2015;11(4). doi: 10.2217/WHE.15.29.

Complicaciones cardiorrenales

Dra. Carla Mannucci

A pesar de los notables avances en el tratamiento, las personas que inician con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en edad pediátrica continúan presentando una esperanza de vida más de 10 años menor que la de la población general, siendo la principal causa la mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular y enfermedad renal crónica. Las mujeres con DM1 resultan especialmente vulnerables.

Se plantean múltiples interrogantes acerca de los enfoques más eficaces para mitigar el riesgo cardiovascular en jóvenes con DM1. Entre ellos se destaca la necesidad de estratificar el riesgo considerando la edad, la forma de inicio de la enfermedad, el sexo y el tiempo de evolución con el fin de adecuar los objetivos del LDL y de presión arterial sistólica (PAS), optimizar el momento de inicio y la dosis de hipolipemiantes y de antihipertensivos, incluir tratamientos farmacológicos para la obesidad, valorar el uso de AAS en prevención primaria, y considerar el potencial beneficio de agentes no insulínicos, también por sus efectos pleiotrópicos, a partir de un mejor conocimiento de las vías metabólicas, hemodinámicas e inflamatorias involucradas en la patogénesis de la enfermedad cardiovascular y renal.

Tal como se evidenció en el estudio *Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications* (DCCT/EDIC), el control intensivo de la glucemia reduce significativamente el riesgo de complicaciones macro y microvasculares. Datos más recientes demuestran que la reducción de los valores del LDL disminuye en más de un 20% el riesgo de enfermedad cardiovascular y en un 40% la mortalidad por eventos cardiovasculares, mientras que el descenso de la PAS se asocia a reducciones del 30% y 40%, respectivamente.

La prevención y el tratamiento de la obesidad representa un desafío creciente en el manejo de