

Conferencias y Simposios

SIMPOSIO 4: Embarazo y diabetes mellitus: situaciones a contemplar

Coordinadora: Dra. Alejandra Oviedo

Enfermedad microvascular en diabetes mellitus y embarazo

Dra. Cristina Faingold

Unidad Asistencial Dr. César Milstein, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Cuando hablamos de complicaciones crónicas de la diabetes mellitus (DM) en el embarazo, debemos tener en cuenta el efecto de la DM sobre el embarazo y, por otro lado, el efecto del embarazo sobre la DM.

El riesgo de complicaciones crónicas en el embarazo puede ser similar para las mujeres con DM1 y DM2, no obstante, aquellas con DM1 tienen más probabilidades de presentar complicaciones microvasculares.

La probabilidad de empeoramiento de las complicaciones microvasculares depende del tiempo de evolución de la DM y del control metabólico preconcepcional. El embarazo no es un factor de riesgo para la aparición *de novo* de lesiones microvasculares, pero sí puede exacerbar la enfermedad microvascular preexistente.

Con respecto a la retinopatía no proliferativa, se ha demostrado la no progresión de la misma; tampoco se ha visto desarrollo *de novo* de ella, pero sí hay mayor riesgo de progresión en el caso de la retinopatía proliferativa severa, sobre todo si existe hipertensión crónica, preeclampsia y mal control glucémico previo al embarazo. Los factores de riesgo para el deterioro de la retina son: duración de la DM >10 años, retinopatía moderada o severa, descenso brusco de la HbA1c y reiteradas hipoglucemias moderadas a severas.

En cuanto a la nefropatía, sabemos que hay cambios fisiológicos a lo largo del embarazo que incluyen el aumento del filtrado glomerular, el cual se normaliza entre las 6 y 8 semanas posparto. La proteinuria se incrementa durante el embarazo en gestantes con nefropatía diabética.

El riesgo de desenlaces adversos maternos y fetales en mujeres con enfermedad renal previa es superior al de aquellas que no la presentan. No obstante, el embarazo no parece ser un factor de progresión de la nefropatía diabética, según varios autores.

El control metabólico adecuado, el correcto estado nutricional y el tratamiento de las complicaciones maternas previenen o reducen la severidad de las mismas. Por ello, es fundamental la programación del embarazo para, de esta forma, prevenir el daño fetal en las primeras semanas de gestación y el desarrollo y/o agravamiento de las posibles complicaciones a lo largo del embarazo.

Bibliografía

- Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Effect of pregnancy on microvascular complications in the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care* 2000;23:1084.
- Chandrasekaran PR, Madanagopalan VG, Narayanan R. Diabetic retinopathy in pregnancy. A review. *Indian J Ophthalmol* 2021;69:3015-25.
- Rovira MG et al. Recomendaciones para el manejo de las pacientes con diabetes pregestacional. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes* 2017; (51)4.
- Bourry J, Courteville H, Ramdane N, Drumez E, et al. Progression of diabetic retinopathy and predictors of its development and progression during pregnancy in patients with type 1 diabetes. A report of 499 pregnancies. *Diabetes Care* 2021;44:181-187

- Zhang JJ, Ma X, Hao L, Liu L, et al. A systematic review and meta-analysis of Outcomes of pregnancy in CKD and CKD outcomes in pregnancy. Clin J Am Soc Nephrol 2015;10: 1964-1978.

Palabras clave: diabetes mellitus; embarazo.

SYMPOSIUM 4: Pregnancy and diabetes mellitus: situations to consider

Coordinator: Dr. Alejandra Oviedo

Microvascular disease in diabetes and pregnancy

Dr. Cristina Faingold

Dr. César Milstein Healthcare Unit, Cardiovascular Institute of Buenos Aires, Faculty of Medicine of the University of Buenos Aires (UBA), Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

When we talk about chronic complications of diabetes in pregnancy, we have to take into account the effect of diabetes on pregnancy and on the other hand, the effect of pregnancy on diabetes.

The risk of chronic pregnancy complications may be similar for women with type 1 and type 2 diabetes, however, women with T1D are more likely to have microvascular complications.

The probability of worsening of microvascular complications depends on the time of evolution of diabetes and preconception metabolic control. Pregnancy is not a risk factor for the new appearance of microvascular lesions, but it can exacerbate pre-existing microvascular disease.

With regard to non-proliferative retinopathy, its non-progression has been demonstrated, neither has it been seen to develop de novo, but there is a greater risk of progression in the case of severe proliferative retinopathy, especially if there is chronic hypertension, preeclampsia and poor glycemic control prior to pregnancy. Risk factors for retinal deterioration are: duration of diabetes >10 years, moderate or severe retinopathy, sudden drop in HbA1c, and repeated moderate to severe hypoglycemia.

Regarding nephropathy, we know that there are physiological changes throughout pregnancy, including increased glomerular filtration rate, which normalizes between six and eight weeks postpartum. Proteinuria increases during pregnancy in pregnant women with diabetic nephropathy.

The risk of adverse maternal and fetal outcomes in women with prior kidney disease is higher than in women without it. However, pregnancy does not seem to be a factor in the progression of diabetic nephropathy according to several authors.

Adequate metabolic control, correct nutritional status and treatment of maternal complications prevent or reduce their severity. For this reason, the programming of the pregnancy is essential, in order to prevent fetal damage in the first weeks of gestation and the development and/or worsening of possible complications throughout the pregnancy.

Key words: diabetes mellitus; pregnancy.