

14:35 a 15:00 h

SALA PACÍFICO

## CONTROVERSIA: PROGRAMACIÓN DEL EMBARAZO

**Coordinadora: Dra. Inés Argerich**

### **En la programación del embarazo: cirugía bariátrica versus tratamiento médico con fármacos**

**Dra. María Cristina Faingold**

*Médica Endocrinóloga, responsable Médica del Servicio de Endocrinología y Metabolismo, Unidad Asistencial Dr. César Milstein, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*

El incremento en la prevalencia de la obesidad en el mundo es alarmante. La obesidad y el sobrepeso, que se presentan previos y durante el embarazo, constituyen un factor de riesgo importante para las complicaciones maternas y fetales.

En primer lugar, debemos saber que la obesidad afecta la fertilidad porque el aumento de los depósitos de grasa genera disminución de la proteína transportadora y, en consecuencia, aumento de los andrógenos circulantes y de los estrógenos, todo lo cual lleva al hirsutismo, oligo/amenorrea, ciclos anovulatorios, presencia de síndrome de ovario poliquístico e infertilidad<sup>1</sup>.

La cirugía bariátrica (CB) es el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida y una de las posibilidades para resolver la obesidad previo al embarazo. El tipo de procedimiento bariátrico es importante en relación a las posibles complicaciones gestacionales.

El embarazo es un estado fisiológico normal en el que aumentan las demandas de nutrientes para sostener el crecimiento y el desarrollo feto-placentario. En las mujeres que se sometieron a CB y que programan un embarazo, deben realizarse evaluaciones nutricionales en la etapa previa a la concepción y durante el embarazo hasta el parto, para que se puedan corregir, en el caso que existan, carencias de macro y micronutrientes<sup>2</sup>.

Si bien no hay una evidencia clara que muestre mayor morbilidad fetal cuando la gestación se produce durante el primer año posterior a la cirugía, algunos autores encontraron mayor riesgo de parto prematuro y aborto espontáneo cuando los embarazos se producen dentro de los primeros 12 meses posteriores a una CB, mientras que otros no hallaron diferencias significativas<sup>3,4</sup>.

La mayoría de las recomendaciones coincide en evitar la gestación en los primeros 12 a 18 meses posoperatorios. Sin embargo, algunos grupos no recomiendan esperar, sobre todo si utilizaron procedimientos restrictivos, ya que se observó menos deficiencia de nutrientes que con el *bypass* gástrico<sup>5</sup>. Lo que sí está claro es que las pacientes que se embarazan dentro del primer año después de una CB, necesitan una estricta vigilancia de su peso, estado alimenticio y crecimiento fetal.

Un punto importante a tener en cuenta es cómo y cuál es la mejor herramienta para el diagnóstico de la diabetes mellitus gestacional poscirugía bariátrica dado que la prueba de tolerancia oral a la glucosa no puede implementarse en este grupo de pacientes.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Kominiaiek MA, et al. Obesity before, during, and after pregnancy. A review and comparison of five national guidelines. *Am J Perinatol* 2016;33(5):433-41.
2. Gutt S, Rovira G, et al. Cirugía bariátrica en mujeres en edad fértil. Recomendaciones de los Comités de Trabajo de "Diabetes y embarazo" y "Diabetes y obesidad" de la Sociedad Argentina de Diabetes. *Rev Soc Arg Diab* 2015;49(3):85-94.
3. Willis K, Lieberman N, Sheiner E, et al. Pregnancy and neonatal outcome after bariatric surgery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015;29(1):133-144.
4. Sheiner E, Edri A, Balaban E, et al. Pregnancy outcome of patients who conceive during or after the first year following bariatric surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 240:50e1-6.
5. Kari J, et al. Outcomes of pregnancy after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2015;372(23):2267.

## **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 morbilidad materna y fetal<sup>1</sup>.

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.