

Embarazo y nefropatía diabética

✉ Elisabeth Mathiesen y Peter Damm

Hace veinte años, la opinión médica estaba en contra de que las mujeres con enfermedad renal diabética (nefropatía) se quedasen embarazadas. Con las nuevas tecnologías y el aumento de la experiencia, el resultado de la gestación de estas mujeres ha mejorado de manera importante. Durante la última década, ha habido un declive sustancial del número de mujeres con nefropatía diabética que mueren durante el embarazo, el parto o el puerperio. Las mujeres que sufren lesiones renales pueden hoy día quedarse embarazadas, ya que los buenos resultados de los embarazos arrojan unos índices de supervivencia del feto de hasta un 95%.^{1,2}



En mujeres que tienen la **creatinina sérica** dentro del ámbito normal, el embarazo no acelera el declive de la función renal ni afecta al tiempo de vida de la madre.³ Sin embargo, en mujeres con un nivel reducido de **aclaramiento de creatinina**, hay un mayor riesgo de deterioro de la función renal durante el embarazo. El tiempo de supervivencia a largo plazo de una madre con enfermedad renal diabética (nefropatía) ha mejorado considerablemente en años recientes. Sin embargo, las oportunidades de que la madre siga viviendo con una visión normal y libre de una terapia de reemplazo renal (TRR) cuando su hijo crezca siguen siendo reducidas.³

Complicaciones del embarazo en mujeres con nefropatía diabética

Las mujeres con nefropatía diabética tienen más probabilidades de experimentar graves malformaciones si las comparamos con mujeres con diabetes que tengan una función renal normal. Esto probablemente sucede porque estas mujeres sufren un mal control de la glucosa en sangre al principio de su embarazo.

El riesgo de muerte durante o alrededor del momento del parto en embarazos complicados por la nefropatía diabética se acerca al nivel del de las mujeres con diabetes tipo I sin nefropatía diabética. El índice de

preeclampsia en mujeres con nefropatía diabética es alto (53-64%).^{4,5} El mayor riesgo es para las mujeres con una función renal reducida e hipertensión al principio del embarazo, con una **proteinuria** grave. Las mujeres con diabetes tipo I y **microalbuminuria** corren un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia en comparación con las mujeres con diabetes tipo I y una excreción normal de albúmina en la orina.⁴ La preeclampsia suele producir partos prematuros y, en menor grado, fetos más pequeños. Se han registrado partos prematuros anteriores a la semana 34 en un 45% de los casos.^{4,5} Se ha descrito la gravedad de los defectos que sufren los niños nacidos de madres con nefropatía diabética. En un seguimiento realizado a 35 niños nacidos entre 1982 y 1992, la mayoría se había desarrollado con normalidad, pero siete (20%) mostraban síntomas de lesiones cerebrales (retrasos sicomotores) cuando se les examinó a una edad promedia de 4,5 años.⁵ El riesgo de este tipo de problemas de desarrollo cerebral fue mayor en los niños nacidos prematuramente con un peso inferior a los 2.000 g. El desarrollo de preeclampsia y partos prematuros apenas se ha investigado.

La mujer con nefropatía diabética antes del embarazo

Es importante que el profesional sanitario ofrezca un asesoramiento a conciencia para la mujer y su pareja acerca del riesgo para ella y el bebé antes de que la pareja pueda tomar una decisión bien meditada con relación al embarazo. Es necesaria una revisión actualizada del estado de la diabetes, que mida los niveles de A_{1c} , el riesgo de hipoglucemia, el grado de lesión ocular

(retinopatía), la creatinina sérica, la tensión arterial y la proteinuria para calcular el riesgo de complicaciones durante el embarazo.

El tratamiento previo al embarazo con IECAs para reducir la tensión arterial, en combinación con un estricto control metabólico durante al menos 6 meses, ha dado como resultado un alto índice de embarazos de éxito con pocas complicaciones durante su desarrollo.²

Sin embargo, la inhibición con IECAs se interrumpió inmediatamente tras la primera falta y un test de embarazo positivo en dicho estudio. La mayoría de los médicos creen que la medicación con IECAs no debería utilizarse durante el embarazo, y la mayoría de los centros, por lo tanto, dejan de usarlos en cuanto se planifica un embarazo. Tan sólo cuatro de cada 24 mujeres dieron a luz a sus hijos antes de la semana 37. Se observó >>

La **creatinina** es un producto de desecho de la creatina, un importante componente de los músculos. Es eliminada de la corriente sanguínea mediante los riñones. La cantidad de creatinina en la sangre se mide mediante un test de **creatinina sérica**, y el test por lo tanto evalúa la función renal. Si la función renal es anormal, los niveles de creatinina aumentarán en la sangre, debido a un descenso de pérdida de creatinina en la orina.

El **aclaramiento de creatinina** es un cálculo del volumen de sangre filtrada por los riñones por minuto. Los niveles de orina y de creatinina en sangre se miden a la vez que el volumen de orina durante 24 horas, y de este modo se puede calcular el nivel de aclaramiento de creatinina.

La **preeclampsia** es una afección potencialmente peligrosa que se da durante el embarazo y afecta tanto a la madre como al bebé que va a nacer. Afecta al menos al 5% de todos los embarazos. La preeclampsia se caracteriza por un aumento de la tensión arterial, un exceso de fluido en los tejidos y proteína en la orina. Suele darse desde la mitad de la gestación hasta el final de la misma. La preeclampsia y otros trastornos de la hipertensión durante el embarazo son una principal causa de enfermedad y muerte materna e infantil en todo el mundo.

La presencia de pequeñas cantidades de proteína (albúmina) en la orina (**microalbuminuria**) es el primer síntoma de deterioro de la función renal. Al declinar la misma, la cantidad de albúmina en la orina aumenta, y la microalbuminuria se convierte en **proteinuria**. El nivel y el tipo de proteinuria determinan fuertemente la importancia de las lesiones y si una persona corre riesgo de desarrollar insuficiencia renal progresiva. También se ha demostrado que la proteinuria va asociada a la enfermedad cardiovascular.





Datos sobre embarazos de mujeres con nefropatía diabética

La buena noticia:

- ♦ se puede obtener un índice de éxito del 95% en mujeres con nefropatía diabética
- ♦ la función renal no se deteriora con el embarazo en mujeres con nefropatía diabética sin graves trastornos de la función renal
- ♦ el uso de IECAs antes del embarazo parece reducir el riesgo de complicaciones durante el mismo

Aún por mejorar:

- ♦ los índices de preeclampsia y de partos prematuros siguen siendo demasiado altos
- ♦ los niños nacidos de madres con nefropatía diabética tienen un mayor riesgo de sufrir lesiones cerebrales y problemas de desarrollo
- ♦ se necesitan recomendaciones clínicas sobre el tratamiento con antihipertensivos durante el embarazo
- ♦ el nivel de supervivencia a largo plazo de las madres con visión normal y sin terapia de reemplazo renal necesita mejorarse.

deficiencias graves o muertes tardías del bebé en dos de los embarazos.²

Para estas mujeres es importante prestar una cuidadosa atención al progreso de las lesiones oculares diabéticas, y de hecho podría ser necesario utilizar un tratamiento láser para estabilizar las lesiones visuales antes del embarazo.

Tratamiento de mujeres con nefropatía diabética durante el embarazo
El control estricto de la glucosa en sangre durante el embarazo es de vital importancia pero podría resultar difícil debido a que las mujeres con diabetes tipo I y nefropatía diabética suelen tener un riesgo mayor de hipoglucemia grave.

La estrecha supervisión de la tensión arterial y la excreción de albúmina en la orina también son necesarias. Existen dudas sobre si el registro de la tensión

arterial ambulatoria cada 24 horas tiene sentido a la hora de cuidar de estas mujeres. Un tratamiento a tiempo y estricto que reduzca la tensión arterial (antihipertensivo), al igual que sucede sin que haya embarazo, podría mejorar los resultados. En nuestro centro seguimos con un tratamiento antihipertensivo (sustituyendo los IECAs con metildopa), o iniciamos un tratamiento antihipertensivo cuando la tensión arterial diastólica es superior a los 90 mmHg o la albuminuria supera los 2.000 mg/24-h.

Como Kimmerle y sus colegas,⁵ tenemos la impresión de que las mujeres que reciben un tratamiento antihipertensivo a tiempo tienen mejores resultados en el embarazo si las comparamos con las mujeres que inician el tratamiento antihipertensivo al final del embarazo. En este período, es importante una estrecha vigilancia

para diagnosticar posibles complicaciones, prevenir el nacimiento de bebés muertos y saber el momento exacto del parto. Se ha sugerido el tratamiento con aspirina para las mujeres con diabetes con el fin de prevenir el desarrollo de preeclampsia, pero ensayos clínicos controlados no han probado que esto tenga un efecto positivo.

Esperanzas para el futuro

Los resultados del embarazo en mujeres con nefropatía diabética podrían mejorar con un estrecho control de la glucosa en sangre combinada con el suministro de IECA antes del embarazo, y con un tratamiento precoz e intensivo antihipertensivo durante el embarazo (posiblemente en combinación con aspirina).