

Embarazo e insuficiencia renal terminal en hemodiálisis crónica

S. Goñi Tiraplegui, L. Asiain Olló, L. Fernández Echavarrri
Unidad de Hemodiálisis. Clínica San Juan de Dios. Pamplona

Con ocasión de haber tenido recientemente en nuestra Unidad una paciente embarazada con insuficiencia renal terminal en hemodiálisis periódica, desde hace dos años, con parto prematuro y recién nacido vivo, y debido a que sólo en muy raras ocasiones se consigue que estas pacientes completen su embarazo y lleguen al parto con un feto viable, queremos hacer una breve revisión del tema: Insuficiencia Renal Terminal y Embarazo, comentando los incidentes más significativos de nuestro caso.

En las mujeres menopáusicas con insuficiencia renal terminal, la actividad ovárica está reducida y el nivel plasmático de gonadotrofinas se halla elevado, situación comparable por completo a la de las mujeres menopáusicas no urémicas.

En las mujeres en edad fértil con insuficiencia renal terminal, la amenorrea es común, manteniendo unos niveles plasmáticos de gonadotrofinas normales o bajos, de estrógenos bajos y de progesterona indetectables.

Tras el comienzo de la hemodiálisis la mayoría de las mujeres jóvenes, pueden volver a tener unos ciclos menstruales regulares, aunque muchos de ellos son anovulatorios, como se confirma por la ausencia de elevación de progesterona en la fase luteínica del ciclo. La curva térmica de estas mujeres es difícil de

interpretar a causa de las frecuentes elevaciones de la temperatura, respecto a las sesiones de diálisis.

Sin embargo, cada día es más frecuente el número de embarazos en estas pacientes, aunque el aborto espontáneo sigue siendo el desenlace habitual y sólo excepcionalmente, pueden completar su embarazo.

Cuando la urea y creatinina sobrepasan respectivamente los 60 mgr./100 ml. y 3 mgr./100 ml., es raro que el embarazo sea normal y algunos autores no lo recomiendan, cuando la creatinina sérica sobrepasa los 1,7 mgr./100 ml.

A pesar de ello, se han descrito partos normales en mujeres con insuficiencia renal avanzada con tratamiento conservador y en gestantes con diferentes tipos de nefropatías, mediante el empleo de hemodiálisis, con cifras de urea y creatinina más elevadas.

En las mujeres que han sufrido un trasplante renal, parece confirmado que permaneciendo el riñón funcionante, vuelven a una situación de conducta y función sexual normales, por lo que el embarazo y parto después del trasplante renal, es mucho más frecuente, aunque con mayor tendencia a la prematuridad y retraso de crecimiento intrauterino.

En las mujeres en hemodiálisis crónica, como ya hemos dicho ante-

riormente, cada día son más frecuente los embarazos, aunque sólo en muy raras ocasiones se consigue llegar al parto con un feto viable.

Debido a ser embarazos de alto riesgo, es necesaria una rigurosa y estrecha vigilancia obstétrica.

Está confirmado que la hipertensión arterial materna, es el principal factor de riesgo fetal, de ahí la necesidad de lograr un control adecuado de la tensión arterial sobre todo en los 3 primeros meses del embarazo.

Generalmente es necesario ajustar la superficie del dializador y aumentar el número de sesiones de hemodiálisis, para conseguir mantener las cifras de urea, creatinina, ácido úrico, etc. y el peso proporcional a la edad de la gestación en límites lo más idóneos posibles para un desarrollo fetal normal.

La utilización de heparina durante las sesiones de hemodiálisis, no influye en el desencadenamiento de hemorragias uterinas, sino al contrario y debido al estado de hipercoagulabilidad habitual del embarazo, es preciso vigilar los accesos vasculares, dializador, ramas, ante la posibilidad de trombosis espontáneas.

Es habitual que se acentúe la anemia por lo que es necesario vigilar periódicamente el valor hematocrito y realizar las transfusiones precisas. Así mismo, es necesario un aporte

calórico y protéico, adecuado, con suplementos vitamínicos y calcio.

A pesar de adoptar todas estas medidas, es habitual que exista un retraso de crecimiento fetal y una mayor tendencia a partos prematuros, con recién nacidos de bajo peso, inmaduros y que presentan graves complicaciones neonatales, entre las que destacan las respiratorias y por lo tanto altos índices de mortalidad neonatal. Así mismo se citan con mayor frecuencia la aparición de anomalías congénitas.

Descripción del caso

Paciente de 38 años de edad cuya nefropatía primaria correspondía a una hialinosis glomerular focal y segmentaria, que cursó con un síndrome nefrótico clínico y bioquímico y que en diez años evolucionó a la insuficiencia renal terminal.

En este período de tiempo tuvo un embarazo y parto a término normal y tres abortos espontáneos.

En marzo de 1981, se incluye en nuestro programa de hemodiálisis crónica, siendo el estado general bueno; las exploraciones cardiovascular, digestiva, neurológica y ósea, eran normales. Tensión Arterial de 130/60 mmHg. Diuresis Residual de: 2.000 cc/24 horas. El aclaramiento de creatinina de 8 ml./ml. De los datos analíticos destacaba

una anemia moderada y cifras de urea de 218 mgr./100 ml. y Creatinina de 8 mgr./ml. El régimen de diálisis instaurado fue de dos sesiones semanales de 4 horas. Dializador de placas de 1,1 m² y membrana de cuprofan. La ganancia peso interdiálisis, era del orden de un kilo y la tolerancia a las sesiones muy buena. Como única medicación, tomaba hidróxido de aluminio.

En noviembre de 1982, habiendo mantenido ciclos menstruales regulares presenta amenorrea de 45 días siendo la prueba de embarazo positiva.

Se pasó a un régimen de hemodiálisis de tres sesiones semanales de cuatro horas, manteniendo unas cifras prediálisis de 150 mgr./100 ml. de urea y mgr./100 ml. de Creatinina.

Debido a la agudización de la anemia precisó dos transfusiones de concentrados de hematíes de 700 cc. a lo largo del embarazo.

El incremento del peso fue siempre excesivo en relación al tiempo del embarazo, habiendo acumulado en el momento del parto, 12 kgs.

Empeoró la tolerancia a las sesiones al presentar calambres e hipotensiones muy acusadas que precisaba de infusión de importantes cantidades de soluciones salinas y

que mejoraron al aumentar la concentración del sodio en el líquido de diálisis.

En relación al estado de hipercoagulabilidad habitual del embarazo, en una de las sesiones hubo una trombosis espontánea y masiva del dializador y de rama venosa.

A las treinta semanas de gestación se produce parto espontáneo con recién nacido de bajo peso, que presentó complicaciones respiratorias neonatales. A los ocho meses de edad, no se evidencian anomalías congénitas y únicamente se aprecia un moderado retraso de desarrollo madurativo.

Nuestro agradecimiento al Dr. J.A. Ruiz Abad, por su colaboración en la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Hamburger J.; Crosnier J.; Grunfed J.P. - Tratado de nefrología. Tomo I.
2. VI Reunión de actualizaciones nefrológicas para A.T.S. Fundación Jiménez Días. Enero 82.
3. Ruíz Fernández A. y cols. - Gestación, con feto vivo, en una paciente con insuficiencia renal avanzada e hipertensión arterial tratada con hemodiálisis.- Rev. Es. Clin.; 155. 1979.