

Hemodiálisis versus diálisis peritoneal durante la gestación

María José Marqués Racionero, Virginia Marín Fábregas, María Luisa Molina Conde

Centro de Hemodiálisis, Nefrolinares. Jaén, Hospital San Agustín de Linares. Jaén

Introducción:

En las patologías renales propias del embarazo que, en la población general, cursan con Insuficiencia Renal Aguda con necesidad de diálisis, se admite como terapia de elección la Diálisis Peritoneal 1, según la bibliografía revisada. Sin embargo, no hay criterio homogéneo en cuanto a la población ya incluida en el momento del embarazo en programa específico de Diálisis, Peritoneal o Hemodiálisis, por Insuficiencia Renal Crónica (IRC).

Objetivos:

Comparar el uso de Diálisis Peritoneal (DP) y Hemodiálisis (HD) durante la gestación. Identificar la terapia de elección.

Material y método:

Estudio de revisión bibliográfica. Palabras clave: Diálisis Peritoneal. Embarazo. Hemodiálisis. IRC.

Desarrollo:

Ventajas de la DP: No ocasiona cambios metabólicos bruscos. Permite un manejo de la volemia gradual. Evita episodios de hipotensión que afectan al Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal (RPBF). Las pacientes pueden tratarse de manera ambulatoria. Menor

riesgo de sangrado. Mejores niveles de hematocrito. Algunos estudios concluyen en ser la mejor opción de tratamiento tanto para el feto como para la madre . Desventajas de la DP: Dificultad de ingreso del líquido a la cavidad peritoneal a medida que aumentan las semanas de gestación. Necesidad de pautar menor cantidad de líquido para el intercambio. Contraindicación absoluta en caso de falta de superficie peritoneal para diálisis 1. Poca experiencia en casos de embarazos en mujeres en DP 3. Ventajas de la HD: Menor riesgo de infección si porta fístula arteriovenosa. Mayor experiencia en casos de embarazos en mujeres en programa de HD. Desventajas de la HD: Mayor riesgo de infección si porta catéter; más si es temporal 4. Es mayor el riesgo de sangrado. Aumenta el RPBF secundario a hipotensiones bruscas. Contraindicada si inestabilidad hemodinámica. Necesidad de traslado a la unidad correspondiente para aumento del número de sesiones.

Conclusiones:

1. No existe una terapia de elección ideal para el tratamiento de la IRC.
2. La mayoría de los autores recomienda no cambiar la modalidad de diálisis después de la concepción.

Bibliografía:

1. Gestión de enfermería en pacientes con diálisis peritoneal y embarazo. María del Rosario Bustos-Rangel. Rev. Perinatología y Reproducción Humana. Abril-junio, 2010. Vol. 24, número 2. PP 131-139.
2. Pregnancy in end-stage renal disease patients and treatment with peritoneal dialysis: report of two cases. Gómez Vázquez JA, Martínez Calva IE, Mendiola Fernández R, Escalera León V, Cardona M, Noyola H. Perit. Dial. Int. May-Jun 2007. 27 (3):353-8.
3. Embarazo en mujeres en diálisis crónica: revisión. Karina R. Furaz-Czerpak, Gema Fernández-Juárez, M. Ángeles Moreno de la Higuera, Elena Corchete-Prats, Adriana Puente-García, Roberto Martín-Hernández. Rev. Nefrología. 28 Feb. 2012. Vol. 32 N° 3.
4. Gestación con éxito en una paciente con anemia y plaquetopenia en programa de hemodiálisis a través de catéter. Victoria Eugenia Muñoz García, Ana María Vaca Ruiz, Juana García Criado, Nayet Mohamed Maanan, Isabel Rosa Fortes, Victoria García Salas. Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol. Enero-Marzo, 2009. Vol. 12 N°1.