

ESTUDIO SOBRE EMBARAZO LLEVADO A TÉRMINO EN PACIENTE CON I.R.C.T. EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS PERIODICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Molina Rubío, ATS, y F. Gimeno Villarig, ATS

Servicio de Nefrología. Unidad de Hemodiálisis. Nueva Clínica Cluirón. Zaragoza

INTRODUCCION

Son poco frecuentes los casos descritos en la bibliografía mundial de embarazo llevado a término en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis periódica. Algo más frecuentes, aunque también escasos, son los embarazos presentados en pacientes con IRC no terminal.

HISTORIA CLINICA

Paciente de 25 años que desde los 15 años de edad presenta amigdalitis de repetición y desde entonces la clínica más llamativa fue de edemas maleolares y parpebrales, hipertensión y proteinuria, instaurándose progresivamente IRC, llegando al diagnóstico anatomopatológico de GNMP.

. En noviembre de 1980 fue incluida en programa de hemodiálisis periódica a razón de tres sesiones semanales de cuatro horas de duración en máquina automática MPM Travenol y dializador HD 1.001.

Desde su entrada en programa de hemodiálisis no se objetivó en ningún momento hipertensión, ni trastornos cardio-pulmonares, ni signos de osteodistrofia.

A los cuatro meses de tratamiento con hemodiálisis periódica la enferma manifiesta presentar amenorrea, sensación nauseosa y vertiginosa, por lo que se decide investigar posible embarazo, que se confirma.

EVOLUCION DEL EMBARAZO

La duración del embarazo fue de 33 semanas, con feto vivo de 1,5 kg. de peso.

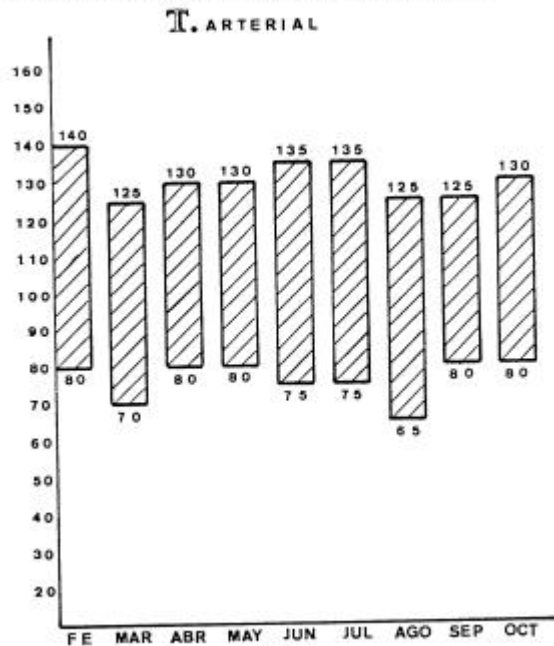
El equipo médico revisa la escasa bibliografía existente sobre el tema, dada la rareza del caso, llegando a la conclusión de que los dos aspectos vitales que pueden permitir el desarrollo fetal son: el mantenimiento de cifras de Hemoglobina superiores a 7 gr. % y de niveles de Uremia inferiores a 1,20 gr./L.

Así pues, se decide controlar tensión arterial, peso corporal, hematocrito, hemoglobina, uremia y potasio, así como situación clínica.

Tensión arterial: Se practican tres tomas, una al inicio de la diálisis, una segunda hacia la mitad de la sesión y una tercera al final. Anteriormente al embarazo su tensión arterial promedio era de 140/80.

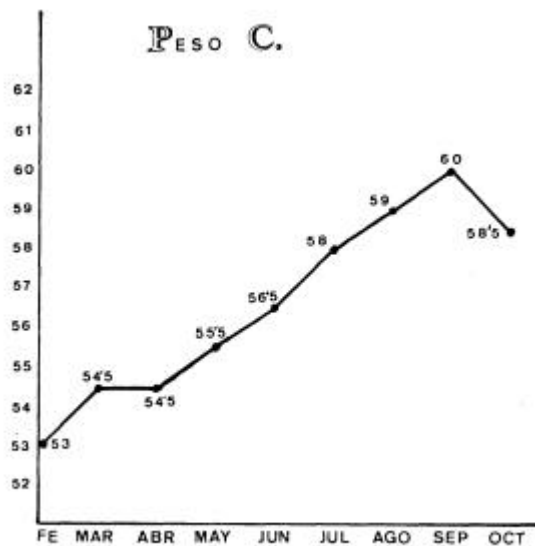
EVOLUCION DEL EMBARAZO

La duración del embarazo fue de 33 semanas, con feto vivo de 1.5 Kg. de peso.
 El equipo médico revisa la escasa bibliografía existente sobre el tema, dada la



GRAFICA 11

Durante todo el embarazo mantuvo los siguientes promedios mensuales: febrero, 140/80; marzo, 125/70; abril, 130/80; mayo, 130/80; junio, 135/75; julio, 135/75; agosto, 125/65; septiembre, 125/80, y octubre, 130/80. Se procuró que la enferma no sufriera hipotensiones durante las sesiones de hemodiálisis, infundiendo, si fuera preciso, suero fisiológico



GRAFICA 12

Peso corporal: Antes del embarazo el peso promedio de la paciente era de 53 Kg.; el aumento de peso en los períodos interdiálisis oscilaba entre 1,5 Kg. a 2 Kg., siendo aproximadamente igual el peso perdido durante la diálisis. Como puede comprobarse en el

gráfico correspondiente, el aumento mensual promedio desde el inicio del embarazo fue de 1 Kg. a 1,5 Kg. hasta el 7.º mes. Podemos observar que del 7.º al 8.º mes hay una pérdida de 1,5 Kg. de peso; ello se debió a la aparición de edemas que obligaron a una restricción hídrica en la dieta de la enferma, así como al incremento de la pérdida hídrica durante la sesión de hemodiálisis.

Hematocrito: Durante el 1.º y 2.º mes de embarazo se practicó un control mensual, en los meses 2.º y 3.º los controles fueron quincenales, y a partir de ese momento los controles se hicieron semanales. Cuando el hematocrito era Igual o inferior a 22% se administraban 2 concentrados de hemáties; siendo precisas un total de 9 transfusiones a lo largo del embarazo, la primera de ellas se infundió en la 8.ª semana y la última en la 31.ª semana, de esta forma se consiguió que el hematocrito nunca descendiera por debajo del 20%, siendo en la última semana del embarazo, con la realización de 3 transfusiones en un plazo de 5 semanas, cuando se alcanzaron los tantos por ciento más elevados, con cifras de hasta 28 %. El día del parto, el hematocrito era de 25 %.

Hemoglobina: Procuramos en todo momento que el nivel de hemoglobina plasmática no descendiera por debajo de 7 gr. %; para ello fueron precisas una serie de transfusiones que ya quedaron explicadas en el apartado correspondiente a hematocrito.

La semana 12.* la enferma presentó la cifra más baja de Hb. (6,9 gr.%), siendo las más altas al final del embarazo, con cifras de hasta 9 gr. %.

Urea: La periodicidad de los controles fue similar a la descrita en los apartados anteriores.

El nivel más alto de uremia lo encontramos en la semana 16.ª, con 1,6 gr./L. Ello aconsejó el aumento de las sesiones de diálisis de 3 a 4 semanales. Las cifras oscilaron entre unos picos máximos en la 4.ª semana (1,5 gr./L.), 10.ª semana (1,3 gr./L). 16.ª semana (1,6 gr./L.), 24.ª semana (1,2 gr./L.) y unos mínimos de 0,65 gr./L. en la 12.ª semana, 0,66 gr./L. en la 17.ª semana y 0,58 gr./L. en la 31.ª semana. Desde la 17.ª semana nunca apareció una uremia superior a 1,2 gr./L., siendo la uremia en el parto de 0,61 gr./L.

Potasio: La cifra más elevada se dio en la 12.ª semana (6,4 mEq/L.); excepto en esta ocasión, nunca objetivamos cifras superiores a 5,8 mEq. A partir de la 16.ª semana los niveles máximos fueron de 5,5 mEq/L. y los mínimos de 4 mEq/L. En el momento del parto, el K era de 4,2 mEq/L.

Las manifestaciones clínicas que se apreciaron (ver cuadro) fueron más numerosas en los meses de abril y mayo (3.º y 4.º mes de embarazo), con astenia, anorexia, náuseas y vómitos. Así como en los meses 7.º y 8.º de embarazo (agosto-septiembre), con edemas, y en las últimas semanas prurito.

CONCLUSION

Habiendo conseguido mantener las premisas propuestas al comienzo del embarazo (uremias inferiores a 1,2 gr./L. y hemoglobina superiores a 7 gr.%) se llegó al fin que nos proponíamos: «la obtención de un feto vivo».

ANALITICA

Semana	Hto. %	Hb. gr./L.	K. mEq/L.	Urea gr./L.	C. Hematíes
4	24	7,2	5,34	1,5	
8	22	7	5	0,65	2 bolsas
10	23		1,3		
12	21	6,9	6,4	0,63	2 bolsas
14	23		5,8	1,12	
16	21		5,2	1,6	.2 bolsas
17				0,66	
18	23	7,7	4,7		
19	22	7	5,4	1,1	2 bolsas
20	25	8		1,1	
21	23	7,7	5,5		
22	21	7,2	5,2	1,04	2 bolsas
23	25	8,5	5,4	0,9	
24	20	7	5,2	1,2	2 bolsas
25	24	7,5	4,9	0,9	
26	23	7,8	5,3	1,16	
27	20	7	4,3	0,9	2 bolsas
28	23	7,2	5,4	0,9	2 bolsas
29	28	8,5		1,02	
30	27	7,9	5,2	1,1	
31	22	7,2	4,2	0,58	2 bolsas
32	28	9	4	0,76	
33	25	9	4,2	0,61	

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre
Astenia	-	+	+	+	-	-	-	-	+
Anorexia	-	+	++	+	-	-	-	-	
Náuseas	-	+	++	++	+	+	+	+	
Vómitos	-	-	++	++	+	-	+	-	
Edemas	-	-	-	-	-	-	+	+	-
Prurito	-	-	-	-	-	-	-	-	+++

BIIBLIOGRAFIA

Hasta el año 1981 en la bibliografía europea solamente encontramos siete nacimientos en pacientes con I.R.C.T. en tratamiento con hemodiálisis (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13). Más frecuentes han sido las gestaciones (6), 36 de las cuales terminaron en aborto espontáneo y 32 en aborto inducido quirúrgicamente.

1. Orme, B. M.; Ueland, K.; Simpson, D. P.; Scriver, B. H.: The effect of hemodialysis on fetal survival end renal function in pregnancy. Trans. Amer. Soc. Artif. Int. Organs (1968), 14: 402.
2. Bower, J. D.: Cit. Orme y cols. en Trans. Arner. Soc. Artif. Int. Organs (1968), 14: 402.
3. Mitra, S.; Vertev, V.; Roza, O.; Berman, I. D.: Periodic hemodialysis in pregnancy. Amer. J. Med. Sci (1970), 259: 333.
4. Damboreta, R. G.; Lamprease, I.; Sangrador, M.; Morin, J. M.; Larrasquiturn, L.; Muffiz, R.; De Sancho, J. L.; Gómez, P.; Orofinon, I.; Villar, F.; Montenegroj: Embarazo a término en nefr6pata gestante merced al empleo de hemodiAlisis. Rev.

Clin. Esp. (1977), 144: 305.

5. Ruiz, A.; Liaho, F.; Gago, E.; Fernández, . C.; Paheda, F.; Villaverde. S.; Junceda, E.; Alvarez, I: Gestación con feto vivo en una paciente con insuficiencia renal avanzada e hipertension arterial, tratado con hemodWisis. Rev. Clin. Esp. (1979), 155(5), 385: 389.
6. Editorial: Pregnancy after treatment for renal filure. Lancet (1978), 1: 861.
7. Confortini, O.; Galanti, G.; Ancona, G.: Full term pregnancy and successful delivery in a patient on chronic haemodialysis. Perc. Eur. Dial. Transplant Assd. (1971), 8: 74.
8. Unzelman, R. F; Alderfer, G. R.; Chojancki, R. E.: Pregnancy and chronis hemodialysis. Trans. Am. Soc. Artif. Intern. Organs (1973), 19: 144.
9. Acrill, P.; Goodwin, F. .; Marsh, F. B.: Successful pregnancy in a patient on regular dialysis. Br. Med. J. (1975), 2: 172.
10. Marwood, B. P.; Ogg, C. S.; Galtart, T. M.: Plasma oestrogens in a pregnancy associated with chronic haemodialysis. Br. J. Obstet. Gynaecol. (1977), 84: 613.
11. Thomson. N. M.; Rigby, R. J.; Atkins, R. C.: Successful pregnancy in a patient on recurrent haemodialysis. Aust. NZ J. Med. (1978), 8: 243.
12. Bheriff, M. J. W; Hardmam, M.; Damont, C. A. R.: Successful pregnancy in a 44-year-old hemodialysis patient. Br. J. Obstet. Gynaecol. (1978), 85: 386.
13. Lindley, J. D.; Beathard, G. A.; Moncrief, J. W.: Successful pregnancy in the long ter hemodialysis patient. Kidney Int. (1978), 14: 679.
14. Kobayashi, H.; Matsumoto, Y.; Otsubo, O.; Otsubo. .; Naito, T.: Successful pregnancy in a patient undergoing chronic hemodialysis. Obstet. Gynecol. (1981), 57(3): 382-6.