

Embarazo y Trasplante Renal

Mercedes Miguel Montoya, Teresa Sierra Rocés, Isabel Miguel Montoya,
Pilar López Martínez, Esther Martínez García, Beatriz González Álvarez

Servicio Nefrología Hospital «Covadonga» Insalud. OVIEDO

INTRODUCCION

Aunque en la actualidad el embarazo de mujeres trasplantadas no es un hecho excepcional, pues se calcula que 1 de cada 50 trasplantadas en edad fértil queda embarazada (1,2), sí que supone un acontecimiento para la paciente y también para la unidad donde ésta se revisa, debiendo realizarse una serie de controles y cuidados, con vistas a evitar las complicaciones materno-fetales.

CASO CLINICO

Paciente de 25 años, que en Agosto de 1979 inicia el programa de H.D. periódica por padecer una IRC, 2.ª a displasia renal y ó Pielonefritis crónica con HTA severa. En noviembre de 1979 recibió un Trasplante renal de cadáver (TRC) que 3 meses más tarde hubo que extirpar por sufrir una trombosis de la arteria renal, volviendo a hemodiálisis. En marzo de 1981: 2.º TRC y 6 meses después, embarazo que ter-

El embarazo de mujeres trasplantadas supone un acontecimiento para la paciente y también para la unidad donde ésta se revisa.



	Urea	Creat.	Urico	Hb.	Proteinuria	TA
Preembarazo	0.44	1.4	—	16	Negativa	140/90
Trimestre 1.º	0.45	1.3	5.6	14	Negativa	140/90
Trimestre 2.º	0.46	1.3	5.3	12	Negativa	130/80
Trimestre 3.º	0.27	1.1	5.9	13	+ / + +	140/90
Parto	0.24	1.1	5.9	12	2 gr/l	160/100
Puerperio	0.42	1.2	5.6	16	0.6 gr/l	140/80

Tabla 1.

El niño pesó 2.050 gr. con Apgar 9/10, no padeciendo malformaciones.

minó a los 2 meses con un aborto espontáneo. En marzo de 1987: 2.º embarazo que cursó sin problemas y que finalizó a las 36 semanas con una cesárea electiva dada la presentación de nalgas y el agravamiento de la HTA materna. El niño pesó 2.050 gr. con Apgar 9/10, no padeciendo malformaciones y únicamente sufrió una hipocalcemia neonatal que se corrigió con aporte I.V. La evolución analítica durante el embarazo se expone en la Tabla 1.

Durante el mismo no se modificaron las dosis de inmunosupresión que estaba recibiendo y que consistía en: Prednisona 10 mg/día y Azatioprina 50 mg/día. Ni tampoco los 35-50 mg/día de Atenolol con lo que su TA se mantenía controlada.

COMENTARIOS

Los embarazos en mujeres trasplantadas pueden tener lugar en TRC y también con donante vivo, aunque en la serie de Penn (3) el 75% de sus embarazos se produjeron en trasplantes procedentes de donantes emparentados.

Hasta un 40% de los mismos terminan en abortos (1), bien terapéuticos (I.R.C., HTA, problemas psicosociales, etc.), o bien espontáneos, aunque hay otras series donde la incidencia de los abortos es menos (3,4), incluso similar a la población normal. La aparición de malformaciones en relación con la medicación inmunosupresora debe tenerse en cuenta y advertir a los padres de tal posibilidad (1), este hecho no es muy frecuente y se ha visto sobretodo en ratas quienes recibían dosis más elevadas (correspondiendo a unos 3 mg/kg), incluyen la estenosis pulmonar, mielomeningocele, hemangiomas, etc. (3).

En la mitad de los casos son niños prematuros o al menos de bajo peso para la edad de gestación (1,3,5), probablemente se relacione con una rotura precoz de membranas favorecida por los esteroides o por la HTA; en ratas que tomaban Azatioprina si se ha confirmado.

La función renal materna no suele empeorar si la creatinina previa es inferior a los 2 mg %, (1,5,6,7) incluso mejora en algunos casos, presumiblemente en relación con la hiperfiltración fisiológica que se produce en el embarazo, si bien en un 9% de los casos se han comprobado episodios de rechazo (8,9), lo cual es más bien extraño ya que durante el embarazo se produce una tolerancia inmunológica privilegiada, y quizás

estos casos estén más en relación con fenómenos de rechazo crónico (1,4,5).

En 1/3 de los casos aparece proteinuria durante el último trimestre que suele desaparecer, aunque en alguna ocasión como en nuestra paciente, puede perdurar (4).

La preeclampsia ha aparecido hasta en un 30% de los casos, suele ser de intensidad moderada como en el presente caso (1,3).

Cuando aparece HTA o ésta se agrava, el pronóstico queda ensombrecido (1,4,5).

El agravamiento de la tensión arterial, el ácido úrico y las plaquetas que pueden tener un valor predictivo sobre la aparición de preeclampsia.

Deben realizarse controles frecuentes, cada 2-3 semanas durante los primeros 8 meses y luego semanalmente, valorando además de la función renal y la proteinuria, la aparición o el agravamiento de la tensión arterial y otros factores como el ácido úrico y las plaquetas que pueden tener un valor predictivo sobre la aparición de preeclampsia.

También son necesarios controles ecográficos para evaluar el crecimiento fetal, así como la determinación de estrioles urinarios (envejecimiento placentario) y el cociente lecitina esfingomielina en líquido amniótico para valorar la madurez pulmonar. De los embarazos que llegan al tercer trimestre, el 92% se logran (1), finalizando casi la mitad de ellos en cesárea, este hecho no debe ser de elección, salvo que la presentación sea problemática como en nuestro caso, que el trabajo del parto o la dilatación sean insuficientes, que haya

signos de sufrimiento fetal o que aparezcan en la madre datos de HTA severa o preeclamsia.

A veces los recién nacidos presentan síntomas de insuficiencia suprarrenal, dada la toma de esteroides por la madre, se manifiesta por hipotensión, letargia, frialdad, incluso colapso cardiocirculatorio, debe ser tenido en cuenta pues pueden llegar a precisar hidrocortisona intravenosa.

Es importante recordar que no deben producirse embarazos en los 2 primeros años del TRC, mientras debe mantenerse la anticoncepción bien con DIU o anticonceptivos orales, aunque ambas pautas tienen defensores y detractores (1,5,6).

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente trasplantada, que ha tenido 2 embarazos, el 2.º de ellos a término y sin complicaciones importantes, dando a luz un varón de bajo peso sin malformaciones y que ha evolucionado favorablemente.

Se analizan los controles a seguir, así como las indicaciones de cesárea como método de finalización del embarazo y se repasan los posibles hechos patológicos que pueden incidir durante el mismo.

Bibliografía.

1. Davison, J.M.: Renal transplantation and pregnancy. Amer. J. Kidney Dis. 1987,9: 374-380.
2. Editorial: Pregnancy after renal transplantation. Br. Med. J. 1976,1: 733-734.
3. Penn, I.; Makowski, E.L.; Harris, P.: Parenthood following renal transplantation. Kidney Int. 1980,18: 221-233.
4. Rifle, G.; Traeger, J.: Pregnancy after renal transplantation: an international survey. Transp. Proc. 1975,7: 723.
5. Masramon, J.; Lloveras, J.; Aubia, J.; Llorach, M.: Embarazo y trasplante renal.
6. Davison, J.M.; Lind, T.; Uldal, P.R.: Plained pregnancy in renal transplantation recipient. Br. J. Obst. Gynecol. 1976,83: 518.
7. Golby, M.: Fertility after renal transplantation. Transplantation 1970,10: 201.
8. Perry MCP. et al. Placenta previa and eclampsia complicating the management of renal transplant patients. South. Med. J. 1976,69: 719.
9. Rudolf, J.E.; Sweitzer, R.T.; Barlus, S.A.: Pregnancy in renal transplantation: A review. Transplantation 1979,2: 26-29.

¿IMPOTENCIA?

¿Cuál es la causa? ¿Tiene curación?
¿Cuáles son los últimos avances de la medicina en este campo?

«El 50 % de los casos de impotencia masculina son de origen orgánico. Sus causas pueden ser neurógenas, vasculares, endocrinas... Cada caso tiene su tratamiento específico».
Dr. Allona. Clínica Ruber (Madrid)

«La medicina, con las actuales técnicas de diagnóstico y tratamiento logra la curación de la impotencia en la mayoría de los casos».
Dr. Villavicencio. Fundación Puigvert (Barcelona)

Para responder a todas sus preguntas relativas a la impotencia, recientemente se ha creado el Centro de Información sobre la Impotencia, que ofrece un servicio de orientación gratuito sobre las diferentes alternativas para la solución del problema.

Para recibir información o efectuar alguna consulta, puede ponerse en contacto con el C.I.I. de la forma que prefiera: enviando el cupón adjunto, realizando su consulta por carta o llamando al teléfono (93) 202 14 90 puede dejar su mensaje en nuestro contestador automático.



CENTRO DE INFORMACIÓN SOBRE LA IMPOTENCIA

Avda. Diagonal, 618, 4º Planta.
Tel. (93) 202 14 90. 08021 BARCELONA

Nombre _____

Dirección _____

C.P. _____

Población _____

Los envíos de información se realizan en sobre cerrado, con total discreción.

NOTICIAS

CURSO DE DIETETICA

Los días 3 y 4 del pasado mes de marzo se realizó en el Hospital Reina Sofía de Córdoba el curso de dietética en la Insuficiencia Renal, organizado por la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica y dirigido por la Srta. Nair Shinca.

Si os interesa más información sobre el curso dirigiros a la S.E.D.E.N. c/ Villarroel, 191. Tel. (93) 410 04 20. 08036 Barcelona.

NUEVO VOCAL

Los compañeros de la 2.ª Vocaía han nombrado a M.ª del Carmen Vega Rodríguez para ocupar la plaza de vocal que se encontraba vacante.

Nuestra más cordial enhorabuena y ánimo para que pueda alcanzar el listón que dejó su predecesora.

La nueva vocal la podéis encontrar en el Hospital Santiago Apóstol de Vitoria.

PREMIO SORIN BIOMEDICA/1989

Con las mismas bases que en anteriores ediciones e igual dotación:

- 1.º Premio: 200.000.- Ptas.
- 2.º Premio: 100.000.- Ptas.

PREMIOS BAXTER

Laboratorios Baxter, S.A. nos ha comunicado que ha recibido la autorización pertinente para la creación de un premio para trabajos de Diálisis Peritoneal de la Enfermería Nefrológica.

La primera edición se adjudicará en el próximo congreso en Platja d'Aro de entre todos los trabajos presentados al mismo, cuyo tema central sea la Diálisis Peritoneal en cualquiera de sus modalidades.

Os adjuntamos seguidamente las bases del mismo.