ENFERMERÍA

La maternidad en la mujer con insuficiencia renal crónica y consideraciones específicas según modalidad de tratamiento.

27 octubre 2020

DESCARGUE SU MANUAL DE USUARIO
Instrucciones de uso
Trova le tue istruzioni in pochi click online. Servizio facile e veloce.
Docadabra Open

AUTORES

1. Maria del Carmen Llorente González. Matrona. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.
2. Judith Macía Lapuente. Matrona. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.
3. Alejandra Inés Franco Villalba. Matrona. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.
4. María Rodríguez Sánchez. Matrona. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.
5. Marta Doñate Cuartero. Matrona. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.
6. Alba García Castillo. Matrona. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

RESUMEN

El embarazo en una mujer con enfermedad renal es un evento poco frecuente. Al revisar la bibliografía nos encontramos descripciones de casos que alientan a un mejor pronóstico materno y fetal en una situación que hasta hace no mucho se contraindicaba por la elevada morbimortalidad. Muchas son las precauciones que hay que tomar en cada uno de los singulares casos que se conocen, ya que la variabilidad en el manejo es casi tan alta como la cantidad de mujeres que se embarazan en esta etapa de su vida. Presentamos una revisión de las consideraciones y los cuidados que se deben manejar según el modo de tratamiento en la insuficiencia renal crónica, siendo estas hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante, abarcando también el postparto y la lactancia materna de los que se encuentran considerablemente menos reseñas.

PALABRAS CLAVE

Gestación, insuficiencia renal, diálisis, trasplante renal, fertilidad.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en una mujer sometida a terapia renal sustitutiva está pasando de ser un evento anecdótico en algunas unidades de hemodiálisis[1] a una realidad poco a poco más frecuente en nuestro panorama. Varias son las circunstancias que hacen que se pase de tasas de embarazo y de éxito muy bajas a cada vez más embarazos a término con complicaciones salvables en la mayoría de los casos.

Las mujeres con enfermedad renal crónica ven comprometida su fertilidad por la propia enfermedad renal, la cual altera el ciclo ovárico haciendo la mayoría de éstos anovulatorios y en muchos casos amenorreicos debido en gran parte a la anemia que suelen arrastrar. Esta situación unida al consejo contraceptivo que se les daba a estas mujeres posponiendo la maternidad a que llegara el trasplante renal hacía que se registraran unas tasas de embarazo que rondaban el 0.3-0.7% de las mujeres en edad fértil en hemodiálisis[2,3].

El trasplante renal tampoco es la panacea puesto que sólo estaría aconsejado después de un año de la intervención, con unos niveles de creatinina sérica por debajo de 1,5mg/dl, en ausencia de proteinuria y con cifras normales de tensión arterial[4].

Existe la controversia de aconsejar el embarazo incluso en fases previas al tratamiento renal sustitutivo antes que esperar el trasplante puesto que las condiciones actuales han inclinado la balanza riesgo beneficio hacia este lado, añadiendo además que dadas las listas de espera y tratamientos, es posible que perdamos los años reproductivos en una mujer que tiene un deseo manifiesto de maternidad[5].

Embarazo en Hemodiálisis:

El diagnóstico del embarazo en una mujer en programa de hemodiálisis es en muchas ocasiones tardío incluso en mujeres con diuresis residual dado lo inespecífico de los síntomas que se confunden con la sintomatología habitual en los pacientes renales (dolor abdominal, hipotensión, anemia…) también porque el patrón menstrual está ya alterado y porque la eliminación de la βHCG se produce vía renal y por tanto los test de embarazo convencionales no son un método fiable. Por ello el diagnóstico suele producirse por un alto índice de sospecha y solamente mediante ecografía[6].

No obstante el consejo anticonceptivo en las mujeres en tratamiento renal sustitutivo ha de ser intenso en aquellas que no deseen maternidad puesto que la anovulación y la amenorrea no están garantizadas en todos los ciclos ni en todas las mujeres, siendo posible la gestación, y con mayor probabilidad en mujeres que conservan diuresis[5].

Está estudiado que se obtienen mejores resultados en mujeres que empiezan programa de hemodiálisis después de iniciar el embarazo que en aquellas que ya están establecidas en el momento de la concepción[5].

A la mujer que en esta situación decida seguir adelante con su embarazo deberemos explicarle los riesgos que asume:

- Riesgos en la gestación: Hiperemesis con compromiso nutricional, hipertensión, preclampsia y eclampsia, trombopenia y anemia, isquemia placentaria por hipotensiones intradiálisis, polihidramnios y rotura prematura de membranas e infección[7].
- Riesgos para el recién nacido: Aborto 40% (aunque muchos no llegan a ser diagnosticados), muerte neonatal 12%, parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino, alteraciones neurológicas como epilepsia, ceguera, sordera o retraso madurativo. Además el niño puede tener HTA, enfermedades cardiovasculares y distress respiratorio. Al nacimiento, el neonato ingresa en uci neonatal con frecuencia con niveles altos de creatinina sérica que corrige espontáneamente a los pocos días[8, 9].

La vía de resolución del embarazo no debería ser diferente a la población general. No obstante los diversos estudios al respecto notifican un mayor número de cesáreas por aumento de las complicaciones a término como pueden ser malposiciones fetales a consecuencia del polihidramnios o urgencia obstétrica derivada de estados hipertensivos, ecplamsia…[5, 9].

Embarazo en diálisis peritoneal:

La mujer en tratamiento con diálisis peritoneal va a conservar mejor su fertilidad por mejor condición endocrina, mejor corrección de la anemia, menor deficiencia vitamínica y mejor condición general incluida la libido[10]. No obstante se registran menores tasas de embarazo en este grupo, pudiendo ser la causa fallos en la implantación por el uso continuado del peritoneo con soluciones hiperosmolares, peritonitis de repetición o factores físicos[11].

La vía de elección en la mujer embarazada va a ser la hemodiálisis por el desafío que supone mantener diálisis peritoneal conforme el útero va creciendo, sin embargo los beneficios que supone este tratamiento frente a la hemodiálisis hace que en ocasiones se elija continuar diálisis peritoneal.

La diálisis peritoneal ofrece cifras mantenidas en el tiempo, mejor manejo de la anemia y menos riesgo de polihidramnios e hipertensión, mejor manejo de la volemia evitando los peligrosos episodios de hipotensión[12].

Optarán por Diálisis peritoneal aquellas mujeres que ya estén en esta modalidad de tratamiento, puesto que colocar un catéter peritoneal en una mujer embarazada es todo un reto para los profesionales. La posición del catéter ha de ser controlado periódicamente siendo suspendida en caso de no estar situado entre el suelo pélvico y la presentación fetal[10].

El crecimiento del útero gravídico interfiere en las volemias que se han de administrar para una correcta corrección de las cifras y volemia materna debido a la plenitud abdominal, siendo necesario aumentar el número de intercambios con menor volemia y en algunos casos manejo hospitalario durante el tercer trimestre. El volumen total diario debe ir incrementándose además conforme crece el feto para aumentar el aclaramiento y corregir la urea producida por el feto[13].

El parto prematuro (a menudo precipitado) con recién nacido con bajo peso al nacer, peritonitis, hemoperitoneo y rotura del catéter pueden ser complicaciones derivadas de esta técnica[14]. En caso de cesárea se optará por técnica extraperitoneal[15].

Embarazo y trasplante:

El trasplante renal era la única alternativa viable para satisfacer los deseos de maternidad de las mujeres con fracaso renal hasta hace no muchos años. Las condiciones desaconsejan e incluso contraindican el embarazo mientras se estaba en tratamiento de diálisis de cualquier modalidad con escasas tasas de éxito y elevada morbilidad materna[16].

Pocos meses después del trasplante se recupera la función endocrina siendo posible la concepción, no obstante se recomiendan anticonceptivos en especial los de barrera hasta por lo menos un año tras la implantación del injerto. Los inmunosupresores acompañados con aumento de las infecciones víricas (Citomegalovirus, herpes…) hipertensión arterial o función renal subóptima justifican esta espera[4]. Tras este periodo se consiguen gestaciones con menores complicaciones que las descritas en los tratamientos de diálisis siendo la hipertensión bien controlada con antihipertensivos la más frecuente. También habremos de tener un control más estricto de la proteinuria.

Será importante también establecer un buen punto de partida según los parámetros analíticos, con niveles de creatinina por debajo de 1.5mg/dl ya que más elevados predispondría a proteinuria y preclampsia y por encima de 2mg/dl se desaconseja por elevada morbilidad maternofetal y compromiso renal. Filtrado glomerular de inicio, información relativa al donante (tipo de donante, edad…) si pudiera ser e historia de la paciente (rechazos previos, episodios de nefrotoxicidad…)[17] para hacernos una idea del posible daño renal derivado de la gestación.

Aconsejaremos en estas mujeres no retrasar la gestación para evitar que el deterioro del injerto incrementa las complicaciones obstétricas potenciales y deriven en un fracaso renal.

La vía del parto debe responder a criterios obstétricos, pero en más del 50% se opta por la vía de la cesárea[18].

Al ser el crecimiento intrauterino retardado una de las mayores complicaciones en todas las modalidades, se recomiendan ecografías seriadas e inicio de la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal anteparto entre las semanas 28 a 32. También se valoraría la maduración pulmonar de manera oportuna ante la elevada frecuencia de partos prematuros[16].

Postparto:

Las pautas de hemodiálisis vuelven a ser iguales que en estados previos de manera inmediata tras el postparto.

En caso de diálisis peritoneal si el parto ha sido por cesárea, se podrá continuar utilizando el catéter peritoneal al menos 24 horas después de la cirugía administrando pequeños volúmenes de líquido y recuperando la pauta de antes del embarazo en el postparto tardío. En el caso de precisar la colocación de catéter, ésta se podrá realizar en el mismo acto quirúrgico[10].

En el trasplante renal la proteinuria vuelve a niveles previos al embarazo. Niveles séricos por encima de 1,5mg/dl nos hacen sospechar fracaso del injerto[19].

Lactancia Materna:

No se encuentran en la bibliografía apenas datos sobre la lactancia materna en estas mujeres. La poca experiencia profesional y el auge de las leches de fórmula de manera paralela en esos años hacen que históricamente se retirase por precaución pero sin base científica[20]. Consultada la Asociación Española de Pediatría dicen lo siguiente "No hay razones justificadas para retirar la lactancia en caso de diálisis. El riesgo de hepatitis C es mayor entre personas que se dializan, pero la hepatitis C no contraindica la lactancia. La lactancia no tiene por qué afectar al balance de líquidos y solutos que se realizan en diálisis"[21]. La singularidad de los horarios rígidos de hemodiálisis puestos en consonancia con las tomas a demanda parece un fracaso adelantado que puede ser causa de abandono prematuro de la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó búsqueda bibliográfica en buscadores como PubMed, Scielo, Google Académico y se seleccionan los artículos de más reciente aparición y mayor impacto.

RESULTADOS

El cuidado de la mujer gestante en tratamiento renal sustitutivo va a variar en dependencia del estilo de tratamiento que esté llevando. En todos los casos se revisará la medicación potencialmente teratogénica, controles gestacionales por alto riesgo, con ecografías seriadas que controlen el crecimiento intrauterino y el polihidramnios así como malformaciones u otros eventos adversos, monitorización fetal precoz a partir de la semana 28-32, apoyo emocional ante una situación desconocida para la mujer y con pocas referencias en las que apoyarse, estrecha relación interdisciplinar, fomento y protección de la diada madre hijo con más motivo en el supuesto de ingreso en uci neonatal.

Hemodiálisis: Lo más frecuente es aumentar el número de horas semanales y repartirlas en más días según el filtrado residual para evitar sobrecarga hídrica y mantener cifras de creatinina y urea estables, con membranas biocompatibles, corrección de anemia, cuidado exquisito de acceso vascular que va a ser utilizado con más frecuencia, prevención de hipotensiones con preferencia a una ligera hipertensión, control de ingesta hídrica y del peso.

Diálisis peritoneal: Cuidado del catéter peritoneal con control de colocación, aumento del número de intercambios ajustando los volúmenes por ciclo y en aumento conforme aumenta edad gestacional. Si el nacimiento se produce por cesárea esta será preferiblemente con técnica extraperitoneal.

Trasplante: Considerar estado previo del injerto. Especial cuidado con la medicación inmunosupresora y las infecciones oportunistas.

Postparto: Se volverá al tratamiento previo a la gestación. La Lactancia materna no está contraindicada.

CONCLUSIONES

El embarazo en una mujer en tratamiento renal sustitutivo es un evento que ocurre con cada vez más frecuencia. Los profesionales sanitarios deberíamos considerar esta posibilidad antes de que se nos presente de manera abrupta, pudiendo mejorar los resultados si abordamos el embarazo desde su etapa preconcepcional en la consulta ya que lo frecuente es que no consideremos el deseo de maternidad de la mujer y no se aborde el tema dando como único consejo el contraceptivo, de manera que con frecuencia los embarazos de diagnosticar entrando en el segundo trimestre de la gestación y de manera sorpresiva. Las mayores tasas de éxito cambian el panorama y actualmente existe la controversia de si debería cambiar el consejo que se daba hasta ahora y preferir animar a las mujeres con deseo de maternidad a adelantar esta incluso a situación prediálisis antes que esperar un trasplante renal que tampoco está exento de complicaciones dejando pasar así probablemente los años reproductivos y empeorando la situación clínica de la paciente. Si bien hay que ser cautelosos, puesto que los resultados podrían estar sesgados ya que en muchos casos sólo se publican resultados favorables y se desconoce la verdadera situación de fertilidad y los abortos precoces.

La elección del tipo de tratamiento sustitutivo ha de ser individualizado y va a depender en la mayoría de los casos de las condiciones previas de la gestante puesto que se continuará con la vía de tratamiento que estaba llevando hasta el momento y en caso de iniciar con la gestación avanzada se iniciará preferiblemente hemodiálisis por el riesgo de colocación del catéter abdominal.

Aunque la elección de la vía de finalización de los embarazos debería responder únicamente a criterios obstétricos llama la atención el elevado número de cesáreas que se practican a estas mujeres sin especificar la causa. Hacen falta más estudios que respondan a esta cuestión.

Hace falta más bibliografía que nos ayude con el manejo en la lactancia materna con estas mujeres puesto que apenas hay nada publicado al respecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hou S. Pregnancy in women treated with dialysis: lessons from a large series over 20 years. Am J Kidney Dis 2010; 56 (1): 5-6.
2. López Menchero R, Albero MD, Cabeza B, Álvarez L, Del Pozo C, Sánchez L. Successful pregnancy in a patient with systemic lupus erythematosus on hemodialysis. Nefrologia. 2004; 24(1):70-4.
3. Jungers P, Chauveau D. Pregnancy in renal disease. Kidney Int 1997; 52 (4): 871-85.
4. Pallardó LM, Crespo JF. Embarazo y trasplante renal: luces y sombras [Lights and shadows in pregnancy and renal transplant]. Nefrologia. 2008;28(2):148-50.
5. Jesudason S, Grace BS, McDonald SP. Pregnancy outcomes according to dialysis commencing before or after conception in women with ERSD. Clin J Am Soc Nephrol 2014; 9: 143.
6. Levy DP, Giatras I, Jungers P. Pregnancy and end stage renal disease past experience and new insights. Nephrol Dial Transplant 1998; 13 (12): 3005-7.
7. Hou S. Pregnancy in dialysis patients: where do we go from here? Semin Dial 2003;16(5):376-8.
8. Ari Balofsky, Maksim Fedarau, Insuficiencia renal en el embarazo, Clínicas de cuidados intensivos, 10.1016 / j.ccc.2015.08.003, 32 , 1, (73-83), (2016).
9. Furaz-Czerpak Karina R., Fernández-Juárez Gema, Moreno-de la Higuera M. Ángeles, Corchete-Prats Elena, Puente-García Adriana, Martín-Hernández Roberto. Embarazo en mujeres en diálisis crónica: revisión. Nefrología (Madr.) [Internet]. 2012; 32(3): 287-294. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000500003&lng=es.
10. Vázquez Rodríguez JG. Peritoneal dialysis and pregnancy. Cir Cir. 2010 Mar-Apr;78(2):177-83. English, Spanish. PMID: 20478122.
11. Shemin D. Dialysis in pregnant women with crhonic kidney disease. Semin Dial 2003;16:379-83.
12. Jakobi P, Ohel G, Szylman P, Levit A, Lewin M, Paldi E. Diálisis peritoneal ambulatoria continua como enfoque principal en el tratamiento de la insuficiencia renal grave durante el embarazo. Obstet Gynecol 1992; 79 : 808-10.
13. Asam Asamiya Y, Otsubo S, Matsuda Y, Kimata N, Kikuchi K, Miwa N, et al. La importancia de los niveles bajos de nitrógeno ureico en sangre en pacientes embarazadas sometidas a hemodiálisis para optimizar el peso al nacer y la edad de gestación. Kidney Int 2009; 75:1217-22.
14. Batarse RR, Steiger RM, Guest S. Prescripción de diálisis peritoneal durante el tercer trimestre del embarazo. Perit Dial Int . 2015; 35 (2): 128-134. doi: 10.3747 / pdi.2013.00229.
15. Hou S. Pregnancy in chronic insufficiency and end-stage renal disease. Am J Kidney Dis 1999;33:235-252.
16. Manterola-Álvarez David, Hernández-Pacheco José Antonio, Estrada-Altamirano Ariel. Enfermedad renal crónica durante el embarazo: curso clínico y resultados perinatales en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2012;26(4):147-153 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000400003&lng=es.
17. EBPG Expert Group in renal transplantation. European best practice guidelines for renal transplantation. Section IV.10. Long-term management of the transplant recipient-pregnancy in renal transplant recipients. Nephrol Dial Transplant 2002; 17 (Supl. 4): 50-55.
18. McKay DB, Josephson MS. Pregnancy in recipients of solid organs-Effects on mother and child. N Engl J Med 2006; 345:1282-1293.
19. Ghafari A, Sanadgol H. Pregnancy after renal transplantation: ten-year single-center experience. Transplant Proc 2008; 40 (1): 251-252.
20. Lindhemimer MD, Davison JM, Katz AI. The kidney and hypertension in pregnancy: twenty exiting years. Semin Nephrol 2001; 21: 173-89.
21. Aznar Buil Blanca, Llorente González Carmen, Moreno Zamora Lydia, Sales Lamarca María, Vallés Villagrasa Eva, Iñigo Gil Pablo. Gestación con éxito en paciente en programa de hemodiálisis: revisión y recomendaciones. Enferm Nefrol [Internet]. 2015 Dic [citado 2020 Sep 28]; 18(4): 309-314. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000400009&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842015000400009.

Artículos relacionados

ENFERMERÍA - NOVIEMBRE 2021
Papel de la enfermera escolar en caso de anafilaxia.

ENFERMERÍA - JUNIO 2021
Planteamiento de un estudio con clorhexidina vs povidona yodada en infección de herida quirúrgica.

ENFERMERÍA, MEDICINA - FEBRERO 2022
Salud mental del cuidador informal primario en pacientes con trastorno mental.

©2022 REVISTA SANITARIA DE INVESTIGACIÓN

Complemento ideal para apoyar la fertilidad masculina