

# GESTACIÓN A TÉRMINO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL: REPORTE DE CASO

Laura María García Henao<sup>1</sup>, Santiago Osorio Idarraga<sup>2</sup>

1. Médico Interno, Universidad de Caldas, Miembro de ACOME, vocalía de políticas en salud y derechos humanos.
2. Médico Interno Universidad de Caldas.

CIMEL 2018; 23(1): 69-72

## RESUMEN

Caso clínico: Paciente femenina de 27 años con enfermedad renal crónica estadio V de tipo glomerulonefritis rápidamente progresiva, en tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis peritoneal cuando concibe la gestación; como complicaciones presentó bridas peritoneales, anemia severa, trastorno depresivo mayor y amenaza de parto pre-término, que requirieron manejo multidisciplinario y estricto control de la presión arterial, hemoglobina, creatinina y úrea para llevar la gestación a término. Motivo de reporte: Actualmente se tienen recomendaciones basadas en reportes de caso sobre el manejo de las pacientes gestantes con enfermedad renal crónica. Sin embargo, dichas recomendaciones han generado controversia y discrepancia. Es por ello que se presenta un caso clínico con énfasis en las complicaciones y su abordaje terapéutico con el fin de contribuir al análisis y enfoque clínico de estas situaciones. Conclusión: Individualizar las metas de la presión arterial, hemoglobina, creatinina y úrea, podrían ser claves para un embarazo exitoso.

**Palabras clave:** Embarazo, Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis (Fuente: DeCS, BIREME)

## FULL-TERM GESTATION IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE STAGE IN RENAL REPLACEMENT THERAPY

## ABSTRACT

Clinical case: A 27-year-old patient with stage V chronic kidney disease with a rapidly progressive glomerulonephritis, undergoing renal replacement therapy with peritoneal dialysis when he conceived the pregnancy; as complications, it presented peritoneal bridles, severe anemia, major depressive disorder and pre-term delivery threat, which required multidisciplinary management and strict control of blood pressure, haemoglobin, creatinine and urea to carry the pregnancy to term. Report reason: Currently there are recommendations based on case reports of the management of pregnant patients with chronic kidney disease. However, these recommendations have generated controversy and discrepancy. That is why we present a clinical case with emphasis on complications and its therapeutic approach in order to contribute to the analysis and clinical approach of these situations. Conclusion: Individualize the goals of the blood pressure, hemoglobin, creatinine and urea, could be key to a successful pregnancy.

Citar como: García Henao LM, Osorio Idarraga S. Gestación a término en paciente con enfermedad renal crónica estadio V en tratamiento sustitutivo de la función renal: Reporte de Caso. CIMEL 2018; 23(1): 69-72. DOI: <https://doi.org/10.23961/cimel.v23i1.1077>

## INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 4% de las gestantes tienen enfermedad renal crónica (ERC); en el 43% de ellas se incrementa el riesgo de disfunción renal y de estas el 10% desarrollará un deterioro rápido(1). Adicionalmente, hay alta prevalencia de eventos adversos como hipertensión arterial (HTA) en el 25%, preeclampsia, incremento de la proteinuria en el 50%, síndrome nefrótico, aborto, restricción del crecimiento intrauterino y parto pre-término que ocurren entre el 80-100% de los casos(2,3). Se describe una disminución de la fertilidad a causa de la anemia, la hiperprolactinemia y una creatinina sérica elevada (>1.4 mg/dL)(4) como consecuencia del avance en los estadios de la enfermedad renal y la necesidad de diálisis, lo cual contribuye con una disfunción ovárica(5).

Se presenta el caso de una paciente con ERC en tratamiento

sustitutivo de la función renal gestación que fue llevada a término con éxito.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 27 años, procedente del área urbana y que refiere padre con HTA esencial como única enfermedad familiar. Presenta ERC de 10 años de evolución; en enero del 2015 le realizan nefrectomía izquierda por complicación de biopsia renal cuya patología reportó glomerulonefritis proliferativa extracapilar con esclerosis glomerular y fibrosis túbulo-intersticial. Se le solicitaron crioglobulinas y anticuerpos: anti-DNA, anti-membrana basal glomerular, anti-nucleares, anti-citoplasma de neutrófilos, anti-cardiolipina y anti-fosfolípidos, todos negativos en repetidas ocasiones.

A finales del 2015 la ERC avanzó a estadio V por lo que se

inició hemodiálisis tres veces a la semana, de 4 horas de duración, con recambio de 500cc. Secundariamente desarrolla HTA y anemia crónica. Posteriormente, en Marzo del 2016 debido a que presentó sepsis y endocarditis por infección del catéter de hemodiálisis, se realizó cambio a diálisis peritoneal diaria, manteniendo las 4 horas de duración con recambio de 500cc.

Como antecedentes ginecoobstétricos refiere G5P1A3C0V1, primer embarazo en 2008 con parto eutócico a las 39 semanas de gestación (SG); en la segunda y tercera gestación presentó aborto espontáneo en el primer trimestre, en la cuarta realizó interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a las 9 SG por sugerencia médica debido al alto riesgo obstétrico.

El 22 de Agosto del 2016 se le realizó ecografía abdominal, evidenciando útero grávido con producto de 14,4 SG, momento en el cual presentaba creatinina (Crs) en 10mg/dl y hemoglobina (Hb) en 9,6 g/dl; se le aconseja IVE pero la paciente elige continuar con la gestación. Se le aumentó diálisis peritoneal a 10 horas diarias con recambio de 1000cc por sesión, pero un mes después se reinicia hemodiálisis interdiaria durante 8 horas por sesión con ajuste de recambio según ganancia ponderal, por considerarse que con este último proceder se presentarían menos eventos adversos durante la gestación, pese a ello, se le dejó el catéter peritoneal (catéter autoposicionante) normoinserito para reiniciar la diálisis peritoneal al finalizar la gestación. La paciente durante todo el tiempo de gestación estuvo con dos terapias de remplazo renal (diálisis peritoneal entre 4-5 meses mientras que con hemodiálisis el resto de la gestación).

Para su HTA se le indicó alfa-metildopa y metoprolol sin lograr adecuado control, por lo que se cambió a clonidina (0,150 mg) y metoprolol (50 mg), ambas administradas cada 12 horas, sin presentar repercusiones fetales. Se realizó prevención de preeclampsia con ácido acetilsalicílico 100mg cada 24 horas hasta la semana 28 de gestación. Para manejo de la anemia se indicó eritropoyetina 1 ampolla de 4000 UI 3 veces a la semana. Adicionalmente se le administró ácido fólico y complejo multivitamínico.

Con 24 SG requirió valoración por psiquiatría quien consideró que la paciente cursa con un trastorno depresivo mayor que amerita manejo farmacológico, pero ella no lo aceptó por lo que se le indicó tratamiento con psicoterapia de tipo conductivo-conductual, con la posibilidad de iniciar farmacoterapia al finalizar la gestación. Posteriormente, con 25 SG, presentó cuadro de obstrucción intestinal por bridas secundario a catéter de diálisis peritoneal que requirió corrección quirúrgica y posoperatorio en cuidados intensivos

(UCI), sin repercusiones fetales.

A las SG 26, 26,4, 28,4 y 30, la paciente presentó amenaza de parto pre-término, pero tuvo una adecuada respuesta al tratamiento farmacológico con progesterona vaginal y útero inhibición con nifedipino. Durante la gestación también requirió transfusión de 2 unidades de concentrado globular en la semana 14 y 27 por Hb de 7,3 y 7,6 g/dl respectivamente. A las 39 SG, por indicación de perinatología, se le realizó inducción exitosa de trabajo de parto con oxitocina, obteniendo producto femenino con peso de 3,275 gr, talla de 47cm, perímetro cefálico de 32cm y Apgar de 8 al minuto y de 9 a los 5 minutos, sin complicaciones, por lo que se le dejó con su madre y a ambas se les da de alta a las 24 horas con la única indicación de no realizar lactancia materna por estar empleando Clonidina.

Se resalta que en promedio los niveles de Crs se mantuvieron entre 3-7 mg/dl, úrea entre 60 y 86 mg/dl y Hb entre 9-10 g/dl; se realizó control semanal de estos niveles con paraclínicos, valoración semanal con perinatología y dos veces a la semana con nefrología. Al momento de la realización de este reporte de caso la paciente continuaba en programa de hemodiálisis bajo control por nefrología, sin complicaciones posteriores.

## DISCUSIÓN

Se ha encontrado una frecuencia de 5 embarazos por cada 150 mujeres en edad reproductiva en estadio I y II de la enfermedad renal crónica y de 1 por cada 150 en estadio III, IV y V(2); en el estadio V, se reporta una tasa de embarazos del 1-7%, cifra que parece reducirse a la mitad en pacientes en diálisis peritoneal(6). Las tasas de embarazo han aumentado debido al uso de agentes estimulantes de la eritropoyetina y a regímenes de diálisis más intensivos(2,5,7). En el caso presentado, la paciente se encontraba con ERC en estadio V con diálisis peritoneal al momento de quedar embarazada, y conforme a la literatura se procedió a cambiar la diálisis peritoneal por hemodiálisis con incrementos en las dosis de esta última terapia de soporte renal.

A pesar de los éxitos reportados, la prematuridad y el bajo peso al nacer siguen siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en los neonatos(2,8), en algunos estudios se ha encontrado en ERC estadio IV y V un parto pre-término entre el 90-100% de los pacientes(2,3), con una edad gestacional promedio de 32 +/- 3,2 SG y un peso promedio al nacer de 1246,3 +/- 397,1gr con admisión a UCI neonatal del 100%(3). En cuanto a las gestantes, las complicaciones más documentadas corresponden a hipertensión arterial

y anemia y respecto a los recién nacidos son anomalías congénitas o retraso en el desarrollo a largo plazo(7). En nuestro caso, no se presentaron complicaciones neonatales pero la madre presentó un difícil control de la PA por lo que requirió empleo de Clonidina, además de transfusión sanguínea para controlar su anemia.

Hay estudios que recomiendan mantener presión arterial (PA) < 140/90 mmHg, hemoglobina entre 10-11g/dl, úrea < 50mg/dl, Crs < 3,5-5mg/dl(1,8,9), reducción del número y dosis de medicamentos, uso de eritropoyetina para evitar la transfusión sanguínea(9) y ampliar el tiempo de diálisis a 20 horas por semana(10), asociándose estas pautas con un mayor peso al nacer, edad gestacional avanzada, expectativa de vida materna-fetal prolongada y una disminución del riesgo de complicaciones obstétricas(1,8,10). Sin embargo, en nuestro caso se mantuvieron metas más altas debido al difícil control de la paciente, obteniendo igualmente resultados adecuados.

Algunos estudios no demostraron diferencia entre la hemodiálisis o la diálisis peritoneal(7,11); otros reportan que esta última minimiza los trastornos hidroelectrolíticos, reduce el riesgo de hipotensión y controla mejor la PA(8), sin embargo, se reporta mayor incidencia de trombosis, complicaciones mecánicas asociadas al catéter, embolia, hemorragia intracranial, peritonitis y formación de bridas peritoneales(8,9), razón por la cual, algunos clínicos optan por la hemodiálisis, como en este caso.

Por otro lado, la depresión es altamente prevalente en la ERC y se asocia con mayor morbimortalidad, aumentando el número de visitas a urgencias, días de hospitalización, eventos cardiovasculares y el suicidio(12). Se ha reportado que la función renal disminuye la biodisponibilidad oral de los antidepresivos y su eliminación en la diálisis(13), por lo que su administración requiere seguimiento estricto(12). Una revisión sistemática concluyó que los datos sobre la terapia con antidepresivos en pacientes con ERC son escasos y no son concluyentes(14), siendo una alternativa la terapia cognitivo-conductual, la cual ha evidenciado ser efectiva en algunos pacientes(14), como sucedió en este caso.

En nuestro caso clínico, la paciente mantuvo valores mayores de Crs y úrea a los recomendados para un embarazo exitoso así como niveles menores de hemoglobina. A pesar de presentar varios eventos adversos, se evidenció una gestación a término con un neonato sano, lo que evidencia la importancia de realizar un seguimiento estricto e individualizado, ajustando las metas de presión arterial, hemoglobina, Crs y úrea a cada paciente, así como un estricto seguimiento mé-

dico multidisciplinario para una intervención oportuna de cada complicación que pueda presentarse.

### CONCLUSIÓN:

La gestación en una paciente con ERC en estadio terminal resulta un desafío para los clínicos, por el alto riesgo de complicaciones materno-fetales. Individualizar las metas de presión arterial, hemoglobina, creatinina y úrea, así como un estricto seguimiento médico multidisciplinario podrían ser claves para un embarazo exitoso.

### DECLARACIÓN:

Los autores declaran haber obtenido consentimiento informado para publicación de este reporte de caso.

**Conflicto de interés:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

**Fuente de financiamiento:** autofinanciado

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bili E, Tsolakidis D, Stangou S, Tarlatzis B. Pregnancy management and outcome in women with chronic kidney disease. *Hippokratia*. 2013;17(2):163–168.
2. Edipidis K. Pregnancy in women with renal disease. Yes or no?. *Hippokratia*; 2011;15(Suppl 1):8–12.
3. Piccoli GB, Attini R, Vasario E, Conijn A, Biolcati M, D'Amico E, et al. Pregnancy and chronic kidney disease: a challenge in all CKD stages. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5(5):844–855.
4. Vellanki K. Pregnancy in Chronic Kidney Disease. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2013;20(3):223–228.
5. Piccoli GB, Conijn A, Consiglio V, Vasario E, Attini R, Deagostini MC, et al. Pregnancy in Dialysis Patients: Is the Evidence Strong Enough to Lead Us to Change Our Counseling Policy? *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5(5):62–71.
6. Hladunewich MA, Melamad N, Bramham K. Pregnancy across the spectrum of chronic kidney disease. *Kidney Int*. 2016;89(5):995–1007.
7. Okundaye I, Abrinko P, Hou S. Registry of pregnancy in dialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 1998;31(5):766–773.
8. Krane NK. Peritoneal Dialysis and Hemodialysis in Pregnancy. *Hemodial Int*. 2001;5(1):97–101.
9. Vázquez-Rodríguez JG. Diálisis peritoneal y embarazo. *Cir Cir*. 2010;78(2):181–187.
10. Hou S. Pregnancy in chronic renal insufficiency and end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis*. 1999;33(2):235–252.
11. Manisco G, Potì M, Maggiulli G, Di Tullio M, Losappio V, Vernaglione L. Pregnancy in end-stage renal disease patients on dialysis: How to achieve a successful delivery. *Clin Kidney J*. 2015;8(3):293–299.

12. Depression in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease: Similarities and Differences in Diagnosis, Epidemiology, and Management. *Kidney Int Reports*. Elsevier; 2017;2(1):94–107.
13. Update on Psychotropic Medication Use in Renal Disease. *Psychosomatics*. Elsevier; 2004;45(1):34–48.
14. Palmer SC, Natale P, Ruospo M, Saglimbene VM, Rabindranath KS, Craig JC, et al. Antidepressants for treating depression in adults with end-stage kidney disease treated with dialysis. Strippoli GF, editor. *Cochrane Database Syst Rev*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2016;23(5):CD004541.

**Correspondencia:**

*Laura María García Henao*  
*laura.521210380@ucaldas.edu.co*  
*lauragarciah20@gmail.com*

**Recibido:** 19/12/2017

**Aprobado:** 20/03/2018