

Protocolo diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal asociada al embarazo

N. Vega Díaz, P. Pérez Borges, J.M. Fernández e Y. Rodríguez Vela

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas. Gran Canaria. España.

Palabras Clave:

- Embarazo
- Nefropatía
- Eclampsia

Keywords:

- Pregnancy
- Nephropathy
- Eclampsia

Resumen

La función renal se ve sometida a notables cambios, tanto anatómicos como fisiológicos, en la situación de embarazo en la mujer. La patología más frecuente es la infección del tracto urinario, si bien se pueden desarrollar situaciones de mayor entidad clínica y pronóstica como el deterioro de una enfermedad renal preexistente y la hipertensión arterial, o patologías específicas como la preeclampsia/eclampsia.

Abstract

Diagnostic protocol and treatment of pregnancy-related kidney disease

Renal function undergoes significant changes, anatomical and physiological, in the situation of pregnancy in women. The most frequent pathology is the urinary tract infection, although situations can develop greater clinical and prognostic entity as deterioration of preexisting renal disease and hypertension, or specific conditions such as pre-eclampsia / eclampsia.

Introducción

El embarazo normal se asocia con importantes cambios en la fisiología cardiovascular a nivel sistémico, tales como la vasodilatación, la disminución de las resistencias vasculares periféricas, la disminución de la presión arterial, el incremento del volumen plasmático y del gasto cardíaco.

El cambio más objetivo es la disminución de la tensión arterial a finales del primer trimestre del embarazo. El sistema renal también sufre importantes cambios anatómicos y fisiológicos que afectan a su función, asociándose con importantes complicaciones cuando hay deterioro de la función renal e hipertensión arterial (HTA) previa en la gestante.

Durante el embarazo, el riñón aumenta de tamaño debido al incremento del volumen intersticial e intravascular. También ocurren cambios en el sistema colector, con dilatación de los cálices, pelvis y uréteres. Las causas de estos cambios incluyen factores hormonales y mecánicos.

La estasis urinaria puede explicar la infección del tracto urinario (ITU), que se considera la complicación renal más frecuente en la gestación.

Infección del tracto urinario

Las ITU son comunes en las mujeres embarazadas, definidas como infección del tracto inferior (cistitis aguda) o infección del tracto superior (pielonefritis aguda).

La incidencia de bacteriuria en mujeres embarazadas (2-7%) es el mismo que el de las mujeres no embarazadas; sin embargo, la bacteriuria recurrente es más común durante el embarazo. Hasta un 30-40% de las mujeres embarazadas con bacteriuria asintomática desarrollará una infección sintomática del tracto urinario. Se han asociado como factores de riesgo: la edad menor de 20 años, la nuliparidad, el tabaquismo, la presentación tardía a la atención, el rasgo de células falciformes y la diabetes preexistente.

La detección de bacteriuria asintomática se realiza entre la semana 12-16 de gestación.

Tratamiento

Las penicilinas, cefalosporinas, fosfomicina y aztreonam son seguros en el embarazo. El uso de trimetoprim-sulfametoxa-

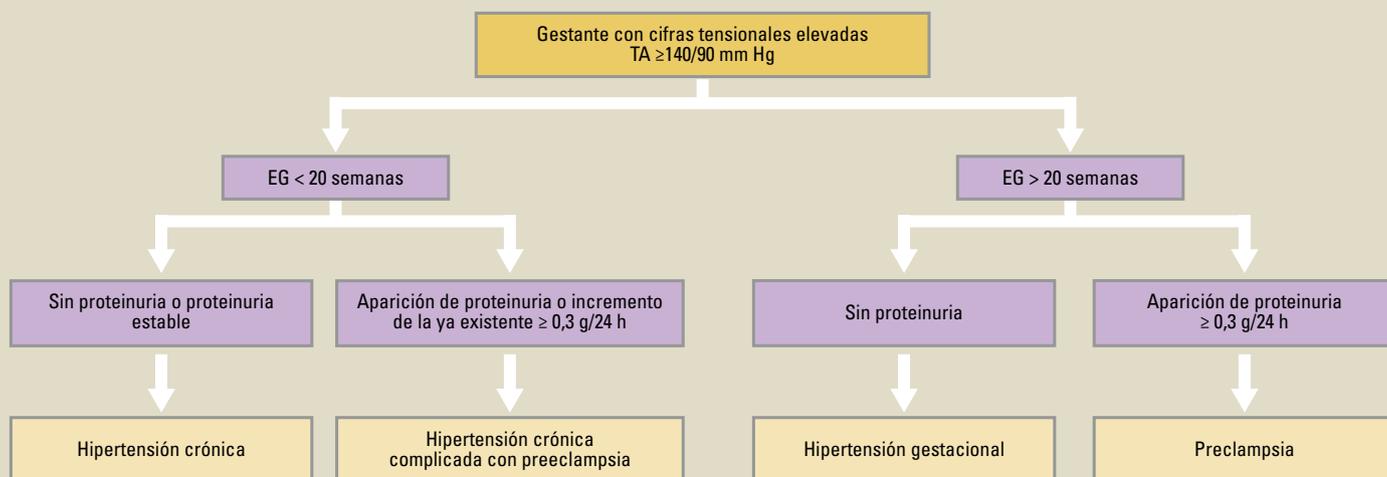


Fig. 1. Hipertensión arterial en el embarazo.

EG: edad gestacional; TA: tensión arterial.

zol se limita generalmente a la mitad del embarazo. Los aminoglucósidos deben evitarse por ototoxicidad fetal y las fluoroquinolonas y tetraciclinas están contraindicadas durante el embarazo.

Hipertensión arterial

La HTA es la enfermedad médica más común del embarazo, complicando una de cada 10 gestaciones, y asociándose a una elevada morbilidad materno-fetal y potencial mortalidad. De acuerdo con la *National Blood Pressure Education Working Group 2000* (fig. 1) se clasifica en^{1,2}: preeclampsia-eclampsia; HTA crónica; preeclampsia superpuesta a HTA crónica e HTA gestacional.

Preeclampsia-eclampsia

Definición

Presencia de HTA (tensión arterial sistólica –TAS– mayor de 140 mm Hg o tensión arterial diastólica –TAD– mayor de 90 mm Hg) y proteinuria (superior a 300 mg/24 horas) después de la semana 20 de gestación³.

Patogenia

La alteración básica es una disfunción endotelial, responsable del desbalance de factores angiogénicos que terminan produciendo alteraciones a nivel de la placenta e isquemia placentaria⁴. Subyace un factor genético que determina la anomalía en la implantación del trofoblasto placentario.

Factores de riesgo

Mujer mayor de 40 años, raza negra, antecedentes familiares de preeclampsia, primigrávidas, historia de preeclampsia en embarazos previos, embarazo múltiple, índice de masa cor-

poral (IMC) mayor de 35 kg/m², síndrome antifosfolípidos y diabetes mellitus insulino dependiente.

Clínica

Caracterizada por:

1. Síntomas generales: cefalea, alteraciones visuales, dolor epigástrico, náuseas, vómitos, edema de cara y manos, irritabilidad y estupor.

2. Síntomas orgánicos: disfunción hepática, plaquetopenia, hemólisis, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal, hiperreflexia tendinosa, convulsiones tónico-clónicas generalizadas, desprendimiento de placenta, edema agudo de pulmón y síndrome de HELLP (*hemolysis; elevated liver enzymes; low platelet count*).

Tratamiento

La medicación antihipertensiva reduce el riesgo de progresión a HTA grave, pero no reduce la incidencia de preeclampsia ni mejora los resultados perinatales. El objetivo es alcanzar cifras de TAS entre 130-150 mm Hg y TAD entre 80-100 mm Hg (fig. 2).

1. Medidas no farmacológicas: reposo en cama, reducción de peso y restricción del sodio en hipertensas crónicas.

2. Tratamiento de la HTA: alfametildopa, labetalol, nifedipino, hidralazina, urapidilo, furosemida y sulfato de magnesio intravenoso en la preeclampsia grave⁵.

3. Criterios de ingreso hospitalario: TAS mayor de 160 mm Hg y/o TAD mayor de 110 mm Hg, síntomas neurosensoriales, preeclampsia, HTA crónica más preeclampsia sobrepuesta, retraso del crecimiento intrauterino (RCI), HTA crónica con mal control ambulatorio, alteraciones de laboratorio e incumplimiento del tratamiento.

4. Finalización del embarazo: la inducción del parto es siempre la terapia más adecuada para la madre, pero no siempre lo es para un feto pretérmino, por lo que se debe valorar cada situación una vez alcanzada la semana 38 de gestación.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805470>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805470>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)