

Como será o seguimento e que implicações tem a gravidez no esquema de diálise?

Durante a gravidez será avaliada por médicos **Nefrologistas** e **Obstetras**, realizando análises frequentes para ajustar o tratamento dialítico e ecografias obstétricas para avaliar o crescimento e o bem-estar do bebé.

A **vigilância da pressão arterial** é fundamental ao longo de toda a gravidez. Pressão arterial alta aumenta o risco de complicações, pelo que a medicação será ajustada de acordo com os valores.

Estudos recentes revelam que o aumento do tempo de diálise durante a gravidez, reduz a frequência de complicações e aumenta o sucesso da gravidez de ~ 45% para 85%, reduzindo também a prematuridade.

Neste momento está recomendado mudar o esquema de diálise habitual para **6 sessões de diálise por semana de 6h** durante **toda a gestação**. O tempo de diálise deve ser aumentado no momento do diagnóstico de gravidez.

É importante saber que nas mulheres com DRC em diálise, as **irregularidades menstruais** podem **atrasar o diagnóstico** da gravidez, pelo que perante a mínima **suspeita** deve fazer teste de gravidez e discutir essa possibilidade com o seu médico.

Como será o parto? É possível amamentar?

O **parto** poderá ser **normal**, no entanto dada a maior probabilidade de complicações e de prematuridade, as mulheres com DRC em diálise têm maior incidência de cesariana.

A paciente com DRC em diálise **pode amamentar**. Em regra, a **medicação** efectuada durante a gravidez é **compatível** com a gestação, mas deve ser **discutida** com o **pediatra**.



2019

Rita Calça (Interna Complementar de Nefrologia, CHLO)
Estela Nogueira (Consulta de Nefro-Obstetria, CHULN)
Luisa Pinto (Consulta de Medicina Materno Fetal, CHULN)

Bibliografia

1. Nephspap 2016, ASN
2. Pregnancy across the spectrum of chronic kidney disease Michelle A. Hladunewich Kidney International (2016)
3. <https://www.everydayhealth.com/news/women-getting-kidney-disease-but-not-dialysis/>
4. <http://www.equalcan.com/health/the-inherent-benefits-of-the-pregnancy-contractions-timing.html>

Serviço de Obstetrícia

Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução

Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal

Consulta de Nefro-Obstetrícia

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria



Hemodiálise e Gravidez

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, EPE

Av. Prof. Egas Moniz—1649-035 Lisboa

Telefone 21780 50 00

contactcenter@hsm.min-saude.pt

Este folheto destina-se a mulheres com Doença Renal Crónica (DRC) em diálise.

A gravidez nas mulheres em diálise associa-se a maior risco de complicações maternas e fetais, mas o aumento do tempo de diálise semanal pode diminuir estes riscos de forma significativa.

Mulheres com DRC em diálise podem engravidar?

A **fertilidade** nas mulheres com DRC grave ou em diálise está significativamente **reduzida**, dadas as alterações hormonais associados à DRC.

A incidência de gravidez nestas condições ronda os **7 a 15%**, sendo maior nas mulheres que fazem **hemodiálise noturna** ou no **domicílio**, uma vez que o maior tempo de diálise parece melhorar as condições hormonais e consequentemente a fertilidade.

Embora a probabilidade de engravidar seja mais baixa, pode ocorrer, pelo que caso não queira engravidar deve usar **métodos anticoncepcionais** de acordo com o conselho do seu médico.

É aconselhável a uma grávida com DRC em diálise engravidar? Qual é o melhor momento?

A gravidez nas mulheres em diálise associa-se mais frequentemente a **complicações** do que após o transplante renal, sendo por isso geralmente aconselhado aguardar pela transplantação.

No entanto, para algumas mulheres, esta espera pode implicar a perda de oportunidade de engravidar dada a idade e o tempo até à transplantação.

A **intensificação** dos programas de **diálise** nas grávidas tem **melhorado** de forma significativa o **prognóstico** das gestações.

O **planeamento** de uma gravidez deve ser feito com os médicos **Nefrologista** e **Obstetra**, de forma a **discutir** os **riscos** envolvidos e a ajustar a **medicação** para que esta seja **compatível** com a gravidez.

Cuidar de um **bebé** estando em diálise é mais **difícil**, pois terá sempre que manter a diálise após o nascimento. Assim, é importante perceber e organizar o **apoio** necessário ao bebé quando estiver nos tratamentos.



Que complicações podem surgir na grávida em diálise?

• **Aparecimento ou agravamento da Hipertensão Arterial**

É frequente nas grávidas em diálise, a hipertensão arterial (HTA) agravar ou surgir pela 1ª vez, devendo a grávida fazer uma **vigilância diária** da sua pressão arterial. A medicação é ajustada de acordo com os valores durante toda a gestação. O controlo da HTA é **fundamental** pois reduz os riscos para a saúde materna e fetal.



• **Pré-eclâmpsia**

A pré-eclâmpsia é uma **complicação da gravidez** que se manifesta com **HTA** e alterações nas análises, surgindo após as **20 semanas** de gestação.

É uma situação frequente na grávida em diálise, no entanto, se o tempo de diálise aumentar para 36h semanalmente, poderá reduzir-se o risco de 50% para cerca de 20%.

Quando surge, a pré-eclâmpsia implica uma **vigilância apertada** e por vezes **internamento** para vigiar a saúde materna e fetal, levando à **antecipação do parto** caso se verifiquem sinais de alerta para o bem-estar da mãe ou do bebé.

De que forma a DRC pode afetar a saúde do bebé?

A grávida com DRC tem maior probabilidade de desenvolver complicações que vão ter implicações para a saúde do bebé.

• **Prematuridade**

Na grávida com DRC em diálise, existe uma elevada probabilidade do bebé nascer **antes do termo**, ou seja, **antes das 37 semanas**. Se o bebé for muito prematuro poderá precisar de ficar internado na **Neonatologia** (incubadora) depois de nascer. A **prematuridade severa** pode associar-se a **problemas** de saúde no **futuro** para o bebé.

• **Bebés com baixo peso ao nascer**

O bebé pode não crescer devidamente no seu útero, sendo muito frequente nascer com baixo peso.

