

Insuficiencia renal aguda en mujeres en edad fértil

E. J. Wainer, C. Campos, M. A. Fernández, D. Pisciotano y C. Vitale

Servicio de Nefrología. Hospital Nacional A. Posadas. Villa Sarmiento. Haedo. 1706 Argentina.

Introducción

Es conocido que la mortalidad por insuficiencia renal aguda (IRA) sigue siendo elevada pese a los avances en el cuidado de los pacientes y en los progresos en el campo de las terapias supletorias de la enfermedad renal.

La mortalidad persistentemente elevada ha sido atribuida al desarrollo de formas de insuficiencia renal aguda más prolongadas y complicadas¹ y/o a la presencia de mayor número de pacientes añosos². Para otros autores³ puede observarse disminución de la mortalidad previamente reportada en algunas poblaciones, como traumatizados o posquirúrgicos, pero la misma se mantiene en pacientes obstétricos o médicos. Pocos estudios se han referido a la IRA en mujeres fuera de aquellas que muestran una notable disminución de la incidencia de la misma en el contexto obstétrico⁴. El hecho de que en nuestro país persista el aborto séptico como causa importante de IRA nos motivó a comparar las características clínicas y el desenlace de la IRA grave de distintas causas en mujeres de un grupo etario similar (en edad fértil).

Pacientes y métodos

Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 106 mujeres de 15 a 45 años de edad que fueron hemodializadas en nuestro Servicio por insuficiencia renal aguda entre 1978 y 1991. El diagnóstico de insuficiencia renal aguda se basó en datos clínicos, de laboratorio y de imágenes. Las pacientes con IRA debidas a patología glomerular u obstructiva y la agudización de insuficiencia renal preexistente fueron excluidas del estudio.

Se analizaron las causas de la IRA de acuerdo con los diagnósticos de ingreso, estableciéndose tres grupos causales: *Grupo 1*: Insuficiencia renal aguda por aborto séptico cuando la IRA se instaló en el curso de un aborto provocado e infectado, en general durante el primer trimestre de embarazo. *Grupo 2*: IRA de causa obstétrica cuando la IRA se instaló en mujeres embarazadas por causas

obstétricas propias del tercer trimestre de gestación. *Grupo 3*: IRA intrahospitalaria cuando la IRA se instaló en mujeres no embarazadas en el curso de internación por causas clínicas o quirúrgicas.

Se registraron los datos sobre edad, enfermedad de base y complicaciones, cuantificación de la diuresis (o duración de anuria) y desenlace (mejoría de función renal o fallecimiento). Los datos de laboratorio analizados fueron: uremia (mg/dl), hematócrito (%) y potasemia (mEq/l). Las determinaciones fueron efectuadas por métodos habituales (autoanalizador, fotómetro de llama). Los resultados corresponden a los valores previos al comienzo de la hemodiálisis y se expresan en promedio \pm la desviación estándar (tabla I).

El análisis estadístico se realizó por medio del test de Fischer no apareado con análisis de varianza (ANOVA). La mortalidad entre los grupos fue comparada por test de chi cuadrado.

Resultados

Como puede verse en la tabla I, del total de 106 pacientes, 57 pertenecían al grupo 1 (aborto séptico), 14 al grupo 2 (causa obstétrica) y 35 al grupo 3 (intrahospitalario).

Algunas de las características clínicas de cada grupo eran las siguientes:

Grupo 1: 13 de las pacientes fueron histerectomizadas por perforación o gangrena uterina; cinco de ellas (38,5 %) fallecieron. Aproximadamente el 50 % de las pacientes tenían evidencia de hemólisis y/o ictericia, pero este dato no pareció afectar el pronóstico. Seis de las pacientes necesitaron asistencia respiratoria mecánica por insuficiencia respiratoria concomitante y sólo una sobrevivió.

Grupo 2: En cinco pacientes, la IRA fue causada por feto muerto y retenido, en tres asociada a eclampsia, en dos asociada a desprendimiento normoplacentario y cuatro pacientes presentaron otras causas (sepsis posparto, dos; hemorragia posparto, dos).

Grupo 3: 23 pacientes eran postoperatorio de cirugía (14 de ellas poscirugía biliar) y 12 de ellas presentaron IRA de causa médica solamente (todas septicemia). Un porcentaje alto de las pacientes (40 %) presentaron fallo respiratorio con necesidad de asistencia respiratoria mecánica.

Correspondencia: Dr. E. Wainer.
Palacios, 151.
Ciudadela (1702).
Provincia Buenos Aires (Argentina).

Tabla I. Características de las pacientes de acuerdo a las causas de insuficiencia renal aguda.

	Grupo I (n = 57)	Grupo II (n = 14)	Grupo III (n = 35)
Edad (años)	29,2 ± 5,8	34,2 ± 5,0	35,7 ± 8,3 *
Oliguria (días)	11,0 ± 9,7	11,5 ± 13,6	12,3 ± 11,1
Uremia (mg/dl)	182,9 ± 88,5	145,7 ± 52,5	243,4 ± 85,4 *
Potasemia (mEq/l)	4,04 ± 1,03	4,75 ± 0,96	4,64 ± 1,13 *
Fallecidas	12 (21 %)	5 (35,7 %)	22 (62,6 %) **

* Diferencia significativa, $p < 0,02$ (test de Student y ANOVA).** Diferencia significativa, $p < 0,001$ (chi cuadrado).

Grupo I: IRA por aborto séptico.

Grupo II: IRA de causa obstétrica.

Grupo III: IRA de origen intrahospitalario.

La edad de las pacientes era menor en el grupo 1 (29,2 ± 5,8 años) que en los otros dos grupos (grupo 2 34,2 ± 5,0, y grupo 3, 35,7 ± 8,3, $p < 0,02$).

La duración de la anuria expresada en días fue similar en los tres grupos (grupo 1, 11,0 ± 9,7; grupo 2, 11,5 ± 13,6, y grupo 3, 12,3 ± 11,1). Sólo nueve pacientes (cinco del grupo 1 y dos de cada uno de los restantes) presentaron formas no oligoanúricas.

Las cifras de uremia fueron significativamente más altas en el grupo 3 que en los dos restantes (grupo 3, 243,4 ± 85,4; grupo 1, 182,9 ± 88,5, y grupo 2, 145,7 ± 52,5, $p < 0,01$).

La potasemia fue menor en el grupo de aborto séptico que en los otros dos (grupo 1, 4,04 ± 1,03; grupo 2, 4,75 ± 0,96, y grupo 3, 4,64 ± 1,13, $p < 0,01$).

La mortalidad fue significativamente diferente entre los tres grupos: 21, 35,7 y 62,6 %, respectivamente, en los grupos 1, 2 y 3 (chi cuadrado: $p < 0,001$).

Discusión

Si bien la incidencia de insuficiencia renal aguda en las mujeres ha disminuido drásticamente en las últimas décadas como consecuencia de la legalización del aborto y del mejor cuidado perinatal⁴, de los datos aquí presentados surge que el aborto séptico es en nuestro país la causa más frecuente de IRA en mujeres en edad fértil, siendo responsable de más de la mitad de las mismas. Datos similares han sido reportados por Chugh y cols. en la India⁵ y habían sido referidos ya en nuestro país por Lanari y cols.⁶. Estos autores señalaban una mortalidad por esta patología del 34 % en los primeros años, que descendió al 15 % con la instalación de terapéutica más agresiva, incluyendo hemodiálisis en fases tempranas de la IRA. Cifras similares han sido reportadas con Zucchini y cols.⁷, del mismo grupo, en un período posterior (1977-1983).

En nuestro estudio, la mortalidad fue sensiblemente menor en este grupo de pacientes (21 %) que en los de insuficiencia renal de causa obstétrica del tercer trimestre (35,7 %) y que en la IRA intrahospitalaria (62,6 %).

Esta menor mortalidad no parece explicarse por la gravedad de la insuficiencia renal, ni por la duración del período de anuria (similar para los tres grupos), ni por la edad promedio de las pacientes, que, aunque menor que los otros dos grupos, muestra una diferencia de apenas cinco años. El rápido reconocimiento de la entidad, la eliminación por legrado evacuador de los restos sépticos y la falta de otros factores concurrentes, como la presencia de insuficiencia multiparenquimatosa, nefrotoxicidad por drogas, insulto quirúrgico, etc., que se encuentran con mayor frecuencia en los otros grupos, puede explicar la menor mortalidad. La presencia de severas lesiones uterinas, que obligaron a realizar la histerectomía, aumentó en forma importante la mortalidad en este grupo.

Un hallazgo llamativo de este estudio retrospectivo fue la presencia de cifras significativamente menores de potasemia en este grupo de pacientes con aborto séptico. Este hallazgo no se correlacionaba con depleción previa de potasio por alcalosis preexistente (en las pacientes en las que había datos suficientes como para valorarlo). Dado que el estudio fue retrospectivo, no pudieron analizarse otras variantes que pudieran explicar este hecho.

La insuficiencia renal aguda de causa obstétrica (pero no por aborto séptico) se presentó en 14 pacientes (13,2 %). Las causas fueron las habitualmente reportadas como complicaciones del tercer trimestre del embarazo (desprendimiento normoplacentario, feto muerto y retenido o posteclampsia). La alta mortalidad (35,7 %) probablemente revele derivación tardía al centro de alta complejidad. De hecho, la mayoría de estas pacientes no habían recibido atención previa durante su embarazo.

Tomadas en su conjunto, las causas relacionadas con el embarazo fueron causantes de más de dos tercios de las IRA en mujeres de este grupo etario. Chugh y cols.⁸ refieren una disminución de la incidencia de este tipo de patología aun en países en desarrollo. Sin embargo, la falta de estudios prospectivos y el subregistro, en especial de los casos de aborto séptico, hacen difícil cualquier comparación.

Las pacientes que presentaron insuficiencia renal aguda durante su internación, ya sea por causas clínicas o quirúrgicas, se presentó como el grupo de peor pronóstico, con una mortalidad del 62,6 %. Esta cifra es muy similar a la reportada por otros autores^{9,10}. Esta mortalidad persistentemente elevada, pese a los desarrollos operados en las técnicas de prevención y cuidado y al uso de las técnicas sustitutivas de la función renal, es explicada por algunos por la presencia de formas más graves de insuficiencia renal aguda¹, mientras otros postulan un aumento de la edad promedio de los pacientes como causa².

Las pacientes de este grupo presentaron con gran frecuencia fallo multisistémico y en ellas la insuficiencia renal fue multicausal (cirugía previa, sepsis, uso de antibióticos nefrotóxicos, etc.), lo que las hace similares a los pacientes descritos en otras series^{9,10}.

Tomados en conjunto, la mortalidad en los tres grupos de IRA fue del 36,8 %. Debe destacarse que en todos los

casos se trató de formas graves de insuficiencia renal que requirieron diálisis. En resumen, en esta población de mujeres de 15 a 45 años, el aborto séptico fue la causa más frecuente de insuficiencia renal aguda. Dada la alta incidencia y pese a la baja mortalidad relativa, fue causante del 30 % de los fallecimientos en este grupo. La posibilidad de prevenir esta patología con medidas sanitarias que, aunque discutidas¹¹, han mostrado su eficacia en la mayoría de los países industrializados, llevaría prácticamente a la desaparición del aborto séptico como causa de IRA y a una sensible disminución de la mortalidad por esta causa.

Bibliografía

1. Abreo K, Moorthy V y Osborne M: Changing patterns and outcome of acute renal failure requiring hemodialysis. *Arch Int Med*, 146:1338-1341, 1986.
2. Rosenfeld J, Shohat J, Grosskopf I y Boner G: Acute renal failure: A disease of the elderly? *Adv Nephrol*, 16:159-168, 1987.
3. Brezis M, Rosen S y Epstein F: Acute renal failure. En *The Kidney*. Editado por Brenner B y Rector F. WB Saunders Company. Philadelphia, 1991.
4. Pertuiset N, Ganeval D y Grünfeld JP: Acute renal failure in pregnancy: and update. *Semin Nephrol*, 4:232-239, 1984.
5. Chugh K, Singhal P, Kher V, Gupta V, Malik G, Narayan G y Datta B: Spectrum of acute cortical necrosis in Indian patients. *Am J Med Sci*, 286:10-20, 1983.
6. Lanari A, Firmat J, Paz R y Rodo J: El aborto séptico con insuficiencia renal aguda. Estudio sobre 150 casos. *Medicina (Bs. As.)*, 33:331-360, 1973.
7. Zucchini A, Aguirre C, Martín R y Firmat J: Estado actual de la insuficiencia renal aguda por aborto séptico. Actas del V Congreso Argentino de Nefrología. Córdoba, abril de 1984.
8. Chugh K, Sakhuja V, Malhotra H y Pereira B: Changing trends in acute renal failure in third world countries. Chandigarh study. *Q J Med*, 73:1117-1123, 1989.
9. Rasmussen H e Ibels L: Acute renal failure. Multivariate analysis of causes and risk factors. *Am J Med*, 73:211-218, 1982.
10. Shusterman N, Strom B, Murray T, Morrison G, West S y Maislin G: Risk factors and outcome of hospital-acquired acute renal failure. *Am J Med*, 83:65-71, 1987.
11. Annas J: The Supreme Court, privacy and abortion. *N Engl J Med*, 321:1200-1203, 1989.