

Número de inscrição do candidato requisitante:

002.256-1

**Questão 23)**

Resposta A:

Susan Hou demonstrou um aumento significativo na taxa de natalidade nas grávidas em hemodiálise crônica que receberam mais de 20 horas de diálise por semana durante a gestação (Hou S. Daily dialysis in pregnancy. Hemodialysis Int 2004; 8: 167–171.)

Hladunewich e cols demonstraram uma relação significativa entre o aumento da dose de diálise e a taxa de natalidade, melhorando de 48% na dose semanal de HD  $\leq$  20 horas, para 75% na dose de HD  $21 \leq 36$  horas e para 85% na dose de HD  $\geq 37$  horas. (Hladunewich MA, Schatell D. Intensive dialysis and pregnancy. Hemodialysis int 2016; 20: 339–348.)

Sachdeva e cols fizeram uma revisão dos resultados da gravidez nas pacientes em hemodiálise crônica nos USA e demonstraram que o aumento do tempo e do número de sessões de HD melhora significativa no resultado da gravidez (Sachdeva M, Barta B, Thakkar J et al. Pregnancy outcomes in women on hemodialysis: a national survey. Clin Kidney J 2017; 10: 276–282.). **Portanto, o aumento do tempo e do número de sessões de HD/semana é atualmente a prática padrão para as pacientes durante a gestação.**

A resposta A contempla apenas o aumento do número de sessões, sem aumentar significativamente o tempo de diálise e não proporciona melhora da taxa de natalidade.

Resposta B:

**A gravidez é uma causa fisiológica de Alcalose Metabólica.**

O valor normal do Bicarbonato no sangue: 22 a 26 mEq/L

**Se mantivermos a concentração do  $\text{HCO}_3$  de 30 mEq/L no dialisato, a alcalose metabólica será intensificada, podendo acarretar graves consequências materno fetal.**( Manisco G, Potì M, Maggiull G et al. Pregnancy in end-stage renal disease patients on dialysis: how to achieve a successful delivery. Clin Kidney J 2015; 8: 293–299, Hladunewich M, Hercz AE, Keunen J et al. Pregnancy in End Stage Renal Disease. Semin Dial 2011; 24: 634–639).