

GESTACIÓN CON ÉXITO EN PACIENTE CON HIPOTIROIDISMO EN PROGRAMA DE DIÁLISIS

Ana Isabel García González, Lourdes Marcos Ayala, Consuelo Carretero Sierra, Cristina Gómez Menor, Laura Hilara Rico, Mariana Lorite Godoy, María Medina Real, Olimpia Ortega Marcos

Hospital Severo Ochoa. Madrid

Resumen

El embarazo en pacientes con nefropatía supone un riesgo tanto para la madre como para el feto. La frecuencia de embarazo en diálisis es baja, entre el 0.3 y el 0.75% al año de las mujeres en edad fértil, debido a que la insuficiencia renal conlleva trastornos hormonales y la mayoría de los ciclos son anovulatorios. Cuando se produce el embarazo la incidencia de abortos espontáneos es elevada, así como la presencia de hipertensión materna, lo que, añadido a las dificultades en el manejo de la diálisis en estos pacientes, dificulta el desarrollo normal de la gestación.

En los últimos años la supervivencia infantil ha mejorado (actualmente se sitúa entre el 40-60%) debido al control y tratamiento dialítico más intensivo. No obstante, la tasa de prematuridad es superior al 80% con una edad gestacional media entre 32 y 33 semanas, y finalización de la gestación mediante cesárea en las dos terceras partes, generalmente por HTA y preeclampsia.

En cuanto al hipotiroidismo en la mujer adulta, produce cambios en el ciclo. El principal trastorno ginecológico del hipotiroidismo es la anovulación. Las mujeres con hipotiroidismo moderado o leve no tratado pueden embarazarse pero existe mayor riesgo fetal: aborto de primer trimestre, mortinato o parto prematuro. Las consecuencias del hipotiroidismo materno sobre el feto son variadas: se han descrito anomalías congénitas en el 10-20% y mortalidad perinatal hasta en un 20%. En la gestante hipotiroidea deben medirse frecuentemente los niveles sanguíneos de TSH para ajustar el tratamiento hormonal sustitutivo. En la actualidad se sabe que el 75% de las gestantes requieren aumentar hasta un 50% la dosis de su medicación basal para normalizar las cifras de TSH.

Presentamos aquí un caso de una paciente gestante con IRC en HD que concluyó con éxito y sin complicaciones graves para la madre y el feto. La singularidad de este caso radica en varios hechos: que se haya producido embarazo estando en programa de hemodiálisis, que la gestación se haya producido sin incidentes relevantes y que el bebé naciera a término por vía vaginal con un peso de 2440 kg y sin sufrimiento fetal de ningún tipo. Debemos añadir a este caso el problema añadido del hipotiroidismo en la madre.

Una gestación a término sin complicaciones, es factible en una paciente en diálisis. En nuestro caso, los factores que han influido para que se haya llevado a cabo con éxito han sido:

- Hemodiálisis diaria, con el principal objetivo de mejorar la tolerancia hemodinámica y evitar así cambios bruscos de TA y de volumen intravascular que afecten al flujo placentario. Con la particularidad en nuestro caso, por negativa de la paciente, de no poder realizar sesiones más largas (3-3.5 h.).
- Control estricto de cifras tensionales, con ajustes y reajustes del peso seco en cada sesión. Nuestra paciente no precisó medicación antihipertensiva en ningún momento de su evolución.
- Manejo adecuado de la anemia con ajustes de la dosis de hierro y EPO.
- Control y tratamiento precoz de las infecciones urinarias, aún asintomáticas dado que se trata de una paciente con reflujo vesicoureteral.
- Control estricto del hipotiroidismo, a través de medidas de las cifras de TSH y ajuste del tratamiento hormonal sustitutivo en este caso.
- Estrecha colaboración con el servicio de Obstetricia del Centro Hospitalario.

Podemos concluir, por último, que el manejo cuidadoso de la paciente haciendo hincapié en todos estos factores ha hecho posible que esta gestación de alto riesgo se haya podido llevar a cabo en un centro satélite durante la mayor parte del período gestacional, en nuestro caso hasta la semana 30.

Nota: Este trabajo será publicado íntegramente en la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.