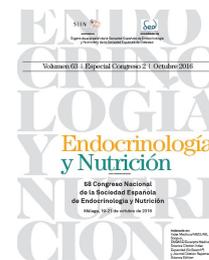




Endocrinología y Nutrición



15 - DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL HIPOTIROIDISMO GESTACIONAL EN POBLACIÓN ESPAÑOLA. ESTUDIO TIROGEST

S. Donnay Candil

Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Resumen

Introducción: La forma de diagnóstico (más adecuada, los valores de referencia (VR) de TSH según trimestre gestacional (TG) y el tratamiento del hipotiroidismo gestacional (HTG) continúan siendo objeto de controversia en nuestro país.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional longitudinal multicéntrico. Se recogieron diferentes variables [realización de cribado universal (CU), criterios de diagnóstico, edad gestacional (EG) al diagnóstico y durante tratamiento, porcentaje (%) con TSH en rango en cada TG, así como las diferencias en estas variables entre HTG diagnosticado en gestación actual (HT-GEST) o pregestacionalmente (HT-PREGEST)] de gestantes atendidas durante marzo 2012-noviembre 2014 en 14 centros asistenciales (CA) de nuestro país.

Resultados: Se incluyó un total de 257 gestantes (HT-PREGEST, 53,7% y HT-GEST, 46,3%), edad media de 32,8 años y EG de 11,1 semanas (s) en la 1ª visita (1V). En el 50% de los CA se realizaba CU para el diagnóstico de HTG, el 64% utilizaba los criterios diagnósticos de HT-GEST de la American Thyroid Association 2011 y el 14% disponía de sus propios VR de TSH para cada TG. La EG media de la 1ª determinación de TSH fue de 8,7 s, presentando valores de TSH $\geq 2,5$ mU/L el 83% y TSH ≥ 4 mU/L el 60%, respectivamente. El 75% de las HTG realizan 1V antes de la 12s, y el 50% de las HT-GEST recibió tratamiento con L-tiroxina antes de la 12s. Al comparar HT-GEST vs HT-PREGEST: las HT-GEST realizan más tarde la 1V ($p = 0,007$), presentan más frecuentemente valores de TSH superiores a los VR en el 1º TG ($p < 0,001$) y mayor frecuencia de complicaciones obstétricas (COB) ($p = 0,047$).

Conclusiones: Según nuestros resultados, el HT-GEST está infra o inadecuadamente diagnosticado y existe un retraso en el diagnóstico y tratamiento del HTG. Dado que la mayoría de HT-GEST no está adecuadamente sustituido en el 1º TG, con una mayor tasa de COB, sugerimos la necesidad de implementar el CU y medidas organizativas en cada CA para un diagnóstico e inicio de tratamiento más precoces en estas pacientes.