



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

210/106 - HIPOTIROIDISMO Y GESTACIÓN EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

I.B. González Riquelme^a, A. Santo González^b, F. Martínez García^b y J. García Sáez^c

^aMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Sangonera. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia.

Resumen

Objetivos: El hipotiroidismo subclínico muestra una gran prevalencia en nuestro medio y no tratado durante el embarazo se asocia a complicaciones materno-fetales importantes como aumento de la mortalidad perinatal y anomalías congénitas. Según guías de práctica clínica (GPC) los niveles recomendables de TSH son 0,1-2,5 U/ml para el primer trimestre de gestación, 0,1-3 U/ml para el segundo y 0,3-3 U/ml para el tercero. Aunque existe controversia entre GPC sobre si tratar el hipotiroidismo subclínico en gestantes cuando hay autoinmunidad o incluso cuando no la haya, disponemos de sumarios de evidencia que sugieren el tratamiento sustitutivo cuando el nivel de TSH sea superior al rango de referencia para cada trimestre. El objetivo es analizar el nivel de cumplimiento de lo recomendado por las GPC sobre diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo durante la gestación en nuestro CS.

Metodología: Estudio observacional/descriptivo de embarazos seguidos en nuestro CS entre febrero y diciembre de 2015. Se recogen datos de la embarazada (FUR, TSH previa y en la décima semana de gestación), y el tratamiento durante la gestación, analizando el cumplimiento de las recomendaciones de las GPC.

Resultados: Se realizó determinación de TSH en la décima semana de gestación a todas las embarazadas atendidas en el periodo (72 embarazadas). 25 fueron consideradas hipotiroideas (34,7%) siendo 17 (68%) nuevos diagnósticos y 8 (32%) enfermas ya conocidas. Todas las de nuevo diagnóstico iniciaron tratamiento con levotiroxina, once (64,7%) con dosis de 25 mg por presentar cifras de TSH superiores a 2,5- 4 U/ml y de las cinco que presentaron cifras superiores a 4 U/ml, cuatro (23,5%) recibieron 50 mg y solo dos (11,8%) cifras superiores. En cuanto a las embarazadas hipotiroideas conocidas en 4 casos (50%) no se modificó la pauta de tratamiento por encontrarse en rango terapéutico, en tres se incrementó la dosis un 25-50% respecto a la dosis previa y solo en un caso (12,5%) no se modificó a pesar de no alcanzar cifras de control.

Conclusiones: Cumplimos con las recomendaciones establecidas tanto en diagnóstico como en tratamiento del hipotiroidismo. Adaptar la práctica a las GPC y evaluar su cumplimiento propicia una correcta praxis clínica.