



42 - DISFUNCIÓN TIROIDEA Y GESTACIÓN. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

A. Durán^a, N. García de La Torre^a, C. Assaf^f, N. Gangotena^a, N. Izquierdo^b, M.Á. Herraiz^b y A. Luis Calle^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición; ^bServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Resumen

Introducción: La SEEN y la SEGO recomiendan la evaluación precoz de la función tiroidea a todas las gestantes y disponer de niveles de referencia para la correcta definición de hipotiroidismo.

Objetivos: Valorar función, autoinmunidad tiroidea y consumo de yodo (dieta, suplementos y sal) en gestantes no diabéticas antes de la semana 12.

Métodos: Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, unicéntrico con una muestra amplia (1.407 mujeres), utilizando la base de datos activa desde 2014.

Resultados: De las 1.686 gestantes disponemos de hormonemia en 1.407. La edad media fue de 32,7 con un IMC 23,2. La media de TSH fue de 1,97 μ UI/mL y de T4l 8,69 pg/dl. El consumo semanal de yodo fue de 251 mcg. Consumían suplementos el 9,9% y sal yodada el 41,2%. La cohorte se distribuyó en: 1. 8,3% ET pregestacional ya tratada, con TSH < 2,5 el 91,68%. 2. 5,3% ETA desconocida (Ac AntiTPO > 50). 3. 30,5% HT subclínico (TSH \geq 2,5). 4. 1,6% hipotiroxinemia absoluta (T4l \leq 6) y 5. 19,8% hipotiroxinemia relativa (T4l < 7,5). Los niveles de consumo de sal y suplementos fueron diferentes entre cada subgrupo.

Conclusiones: 1. El estudio avala el cribaje universal en gestantes por su elevada prevalencia. 2. El uso de suplementos yodados en población general es deficiente, aunque los datos mejoran de 2015 a 2016. 3. Los niveles de TSH confirman otros estudios de nuestro país. 4. Las pacientes con HT conocido deben ser monitorizadas para lograr niveles de TSH < 2,5 pregestación (TSH < 1,5 idealmente). 5. Las necesidades de tiroxina aumentan durante la gestación entre un 30-50% y las mujeres deben aumentar las dosis un 50% tras test de gestación positivo. 6. El HT subclínico gestacional (TSH > 2,5) debe ser tratado precozmente y monitorizado a las 4 semanas. 7. La hipotiroxinemia aislada debe ser valorada. 8. Se requieren actuaciones coordinadas para diagnóstico y seguimiento de las enfermedades tiroideas en población fértil de los diversos servicios implicados.