



## 15 - DISFUNCIÓN TIROIDEA CONOCIDA ANTES Y DURANTE LA GESTACIÓN. ESTUDIO DE VIDA REAL EN CATALUÑA

Ll. Vila<sup>a</sup>, G. Tena<sup>b</sup>, N. Perellada<sup>c</sup>, O. Cunillera<sup>d</sup>, J.J. Ferro<sup>e</sup>, M. Isidro<sup>f</sup>, M. Albareda<sup>a</sup> y G. Rodríguez<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. <sup>b</sup>Hospital de Viladecans. <sup>c</sup>ICS. Prat del Llobregat. <sup>d</sup>ICS. Hospitalet del Llobregat. <sup>e</sup>DAP Costa de Ponent (ICS). Cornellà del Llobregat. <sup>f</sup>DAP Costa de Ponent (ICS). Hospitalet del Llobregat.

### Resumen

**Introducción:** La disfunción tiroidea (DT) en la gestación se ha asociado a un aumento de la morbilidad obstétrica. Existe poca información en vida real sobre el manejo de la DT conocida justo antes de la gestación y durante. El objetivo ha sido conocer la prevalencia de la DT diagnosticada previo a la fecha última regla (FUR) y los niveles de TSH durante las gestaciones ocurridas entre 2014-16 en Cataluña.

**Métodos:** Se incluyeron todos los embarazos con una visita para control del embarazo en las consultas del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Atención Primaria. La información se obtuvo de la base de datos SIDIAP. En FUR se definió como hipotiroidismo (hipoT) los casos registrados con los códigos CIE-10: E02, E03, E89.0 o si existía registro con prescripción activa de hormonas tiroideas (código ATC H03AA). Para el hipertiroidismo (hiperT) el código E05 o si existía prescripción de preparados antitiroideos (código ATC H03B). Aprobado por Comité Ética Jordi Gol (P17/113).

**Resultados:** En este periodo se registraron 120.763 embarazos con mediana de edad de 31 años. En FUR la prevalencia de hipoT conocido fue 5,08% (2,36% con tiroxina) e hiperT 0,63%. De las gestaciones sin DT conocida (SDTC), al 28,54% se les analizó la TSH en FUR, de éstas el 2,64% la TSH > 4,75 mUI/l. En FUR el 29,71% de las hipoT presentó TSH > 4,75. En el primer trimestre (1T) el 6,58% de las SDTC, el 32,45% de las hipoT y el 8,32% de las hiperT tenían una TSH > 4. En el tercer trimestre el 8,27% de las SDTC y 15,97% de las hipoT se mantenían con la TSH > 4.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de DT en FUR conocida es similar por edad y sexo a la de otros estudios. 2. Una elevada proporción de mujeres con hipoT están mal controladas en FUR y en 1T. 3. Debería establecerse un control en las mujeres con hipoT y deseo gestacional para optimizar su tratamiento. 4. Es necesario que los/as profesionales que controlan la gestación incrementen la dosis de tiroxina precozmente.

Beca SIDIAP.