



Endocrinología y Nutrición



58 - Beneficios de establecer los niveles de referencia de la TSH en la gestación

F.J. Enciso Izquierdo^a, J.L. Bote Mohedano^b, J.M. Lavado García^c y M.J. Amaya García^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición; ^bServicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. España. ^cDepartamento de Enfermería. Universidad de Extremadura. España.

Resumen

Introducción y objetivos: Durante la gestación se producen profundos cambios en la fisiología tiroidea que originan que los valores de referencia de la hormona estimulante del tiroides (TSH) y tiroxina libre (T4L) sean diferentes de los de la población general. Por ello, las guías internacionales recomiendan establecer los intervalos de referencia específicos de TSH para cada trimestre y en cada centro, y en el caso de que dichos intervalos de referencia no estén establecidos recomienda usar estos parámetros de referencia: 0,1-2,5 $\mu\text{UI/mL}$ para el primer trimestre, 0,2-3,0 $\mu\text{UI/mL}$ para el segundo trimestre y 0,3-3,0 $\mu\text{UI/mL}$ para el tercer trimestre. En este estudio hemos querido objetivar el exceso de prevalencia que conllevaría no tener establecidos los niveles de referencia y cuantificar el coste que conlleva.

Métodos: Desde marzo a septiembre de 2015 hemos incorporado en el perfil de gestación del 1^o, 2^o y 3^{er} trimestre que se realiza en el área de salud de Cáceres la determinación de TSH, T4L, anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina con el objetivo de establecer los valores de referencia de TSH y T4L en gestación, ver la prevalencia del hipotiroidismo subclínico en la gestación y analizar los costes.

Resultados: Los valores de referencia obtenidos son: 0,47-4,03 $\mu\text{UI/mL}$ para el primer trimestre, 0,93-4,04 $\mu\text{UI/mL}$ para el segundo trimestre y 0,66-4,05 $\mu\text{UI/mL}$ para el tercer trimestre. El uso del punto de corte establecido por las guías internacionales en el primer trimestre en vez del establecido por el área (0,1-2,5 vs 0,47-4,03 $\mu\text{UI/mL}$) conllevaría un aumento de la prevalencia del 32,77% que en costes económicos originaría un gasto innecesario de 544,427,52 €.

Conclusiones: Es coste-efectivo calcular los valores de referencia de TSH en la población que atendemos. Si los intervalos de referencia no están disponibles, la adopción de valores de referencia de una población con características similares, posiblemente sea la mejor opción.