



¿QUIÉN DEBE VALORAR LA DISFUNCIÓN TIROIDEA EN LA GESTACIÓN? ¿CUÁNDO Y CÓMO? ¿ES COSTE-EFECTIVO?

Autores: Grupo de Trabajo en Disfunción Tiroidea de la SEMG:
 1. M.Carmen Millón Ramírez¹ (PhD) 2. José Antonio Muñoz Márquez² (PhD) 3. Griselda Portela Dacosta²
 1. Médico de Familia, AGS Este de Málaga-Axarquía, UGC Axarquía Norte;
 2. Médico de Familia, CAP Seo de Urgell, Lleida

INTRODUCCIÓN: en los últimos 6 años han aparecido varias guías de manejo de la disfunción tiroidea en la embarazada. Su mayor incidencia y prevalencia en presencia de autoinmunidad tiroidea y deficiencia de yodo en regiones de Europa (Moreno-Reyes, 2013) y las graves consecuencias materno-fetales (TABLA 1), justifican una revisión del tema.

- OBJETIVOS:**
- ❖ Revisar las Guías (ATA, SEEN y SAEN) de manejo de la Disfunción Tiroidea en la Gestación (DTG), en concreto:
 1. Quién, Cuándo y Cómo diagnostica/trata el
 - ❑ Hipotiroidismo Clínico (HC),
 - ❑ Subclínico (HSC) o
 - ❑ Tiroiditis autoinmune (AIT).
 2. Qué hacer en la gestante hipotiroidea.
 3. Cómo evitar la Tiroiditis posparto (TPP).
 4. Cómo afecta el déficit de yodo a la gestación.

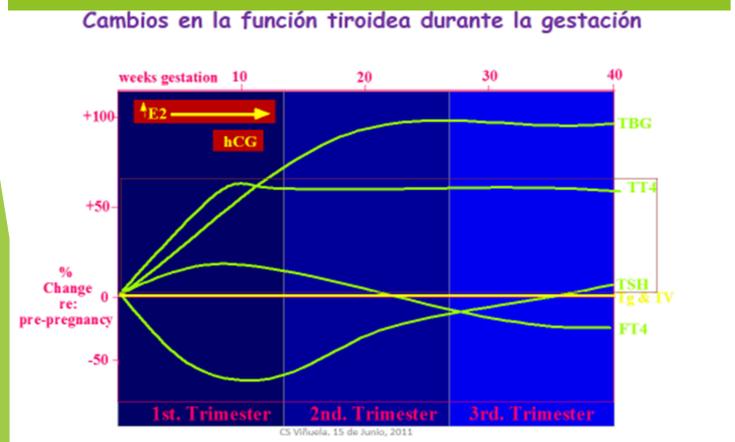
Tabla 1. Complicaciones obstétricas asociadas con el hipotiroidismo materno (en Vila L, et al. J Endocrinol 2014;170(1):R17-30)

- Fertilidad disminuida
- Endometriosis^a
- Fallo ovárico^a
- Aborto^{a,b}
- Muerte fetal
- Prematuridad^{a,b}
- Retraso del crecimiento intrauterino^a
- Hipertensión arterial
- Pre-eclampsia^{a,b}
- Placenta previa^a
- Hipertiroidismo fetal^a

Impacto de la disfunción tiroidea materna en la descendencia

- Mortalidad perinatal^{a,b}
- Menor desarrollo neuropsicológico
- Sepsis^a
- Distress respiratorio^a
- Cardiomiopatía^a
- Bajo peso al nacer^a
- Niños grandes para su edad gestacional^a
- Hipertiroidismo neonatal^a

^aasociados también con autoinmunidad tiroidea
^basociados también con hipertiroidismo materno



METODOLOGÍA:
 Búsqueda de guías nacionales-internacionales de manejo de DTG (buscador GERION: biblioteca virtual del sistema sanitario público de Andalucía, bvsspa). Recursos-e: Medline, Pubmed, Cochrane Library

- ❑ Guías internacionales: American Thyroid Association (ATA 2011¹), Endocrine Society 2011 y 2012), Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG 2013).
- ❑ Nacionales: SEEN 2012² (Detección de disfunción tiroidea en la población gestante).
- ❑ Andaluza: SAEN 2013³ (Cribado y abordaje de DTG) y anexo⁴ firmado por las Sociedades Andaluzas de Atención Primaria (SEMG, SEMERGEN, SEMFYC), Análisis Clínicos (SANAC), Ginecología y Obstetricia (SAGO) y Matronas (AAM).

❖ [Calidad de los estudios (A, B, C, I) y Grado de recomendación (1, 2, 3)]

- RESULTADOS: RECOMENDACIONES:**
1. Diagnosticar y tratar (< 10 SG) el hipotiroidismo clínico (HC) por los graves complicaciones materno-fetales (MF). El tratamiento con Levotiroxina (LT4) los reduce [A1].
 2. Valorar TSH (y T4L) con valores locales trimestre-específicos [B2]
 3. Valores de Referencia: percentiles 2,5-97,5 de gestantes sanas yodosuficientes. La ATA propone [$<2,5^a$ mUI/L (1TG) o $<3mUI/L$ (2-3TG)]^c.
 4. Si Hipotiroidismo Subclínico (TSH alterada/TPO+) más riesgo de resultados adversos MF. Los beneficios de tratar (LT4) superan los riesgos [B2].
 5. En hipotiroideas^c aumentar 25% + dosis de LT4 [C2], valorar TSH/4-6 sem hasta 20SG [A1] y al menos en 26SG (ATA). Tras el parto reducir LT4 a dosis previa [A1]
 6. En mujeres TPO+ (aunque eutiroides en 1TG) mayor riesgo de hipotiroidismo y tiroiditis posparto (TPP): valorar TSH/T4L trimestral [A1] y 3-6 meses posparto.
 7. Mejorar la nutrición preconcepcional en yodo (≥ 2 meses) y suplementar a la gestante, reduce la incidencia de DTG [1A]
 - ^a En España parece que los valores son más altos que los propuestos por la ATA
 - ^b Necesidad de contar con valores de referencia locales
 - ^c Antes de la gestación si ésta es programada o ante primera sospecha de gestación

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

1. Los Médicos de Familia, podemos y debemos ser los encargados de diagnosticar y tratar precozmente el Hipotiroidismo Clínico en la gestación. Utilizando valores de referencia locales.
2. La disfunción tiroidea en la gestación (DTG) afecta al curso del embarazo y al neurodesarrollo fetal.
3. El cribado tiroideo universal en la gestante es costo-efectivo.
4. La Deficiencia de Yodo (DY) y Autoinmunidad tiroidea (AIT) favorecen la Disfunción Tiroidea en la Gestación.
5. Diagnosticar y Tratar el hipotiroidismo en la gestación es sencillo, fácil, seguro, barato y efectivo: puede mejorar el curso del embarazo en la madre y neurodesarrollo en la descendencia, disminuir la dependencia y mejorar la calidad de vida en todas las edades.

BIBLIOGRAFIA

1. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*. 2011;21(10):1081-125.
2. Vila L. Detección de la disfunción tiroidea en la población gestante: esta justificado el cribado universal. *Medicina Clínica*. 2012;139(11):509-509.e11.
3. www.saenweb.com/media/system/pdf/DT.pdf
4. www.saenweb.com/media/system/pdf/AnexoDT.pdf