

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

VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN TIROIDEA EN LA GESTACIÓN: QUIÉN, CUÁNDO Y CÓMO. ¿ES COSTE-EFECTIVO?

OBJETIVOS:
Buscar actuaciones asumibles por el médico de familia, en el manejo de la disfunción tiroidea en la gestación (DTG), según las recomendaciones de la American Thyroid Association (ATA), Sociedades Españolas de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

METODOLOGIA:
Revisión de la recomendaciones de la ATA, SEEN y SEGO sobre el manejo de la DTG. Específicamente, diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo clínico, subclínico, manejo de embarazadas con hipotiroidismo previo y con tiroiditis autoinmune. Los documentos originales se han recuperado a través del buscador de la bvsspa (biblioteca virtual del sistema sanitario público de Andalucía). Recursos-e: Medline, Pubmed.

RESULTADOS:
Respecto al hipotiroidismo:

1. Debemos evitar el hipotiroidismo clínico en la gestante por los graves efectos adversos en la madre y el hijo. Diagnosticarlo: antes de la 10 SG valorando [TSH]. Tratamiento: Levotiroxina (LT4), no T3 ni combinaciones T4/T3.
2. Los niveles de TSH desciende en 1TG: debemos usar valores de referencia locales (p 2,5-97,5 de gestantes sanas sin patología tiroidea ni déficit de yodo) trimestre-específicos.
3. Las gestantes hipotiroideas necesitan un 25% más de LT4 desde el inicio de la gestación. Adecuar dosis con control de TSH/4-6 semanas hasta semana 20 y en 26 SG. Tras el parto, generalmente, debemos disminuir LT4 a la dosis previa.
4. En mujeres con anticuerpos TPO+ hay mayor riesgo de hipotiroidismo en la gestación (valorar TSH trimestral) y TPP (TSH/T4L a los 3 y 6 meses posparto).
5. Una adecuada nutrición en yodo previa y durante el embarazo, previene la disfunción tiroidea gestacional.
6. El cribado de hipotiroidismo y autoinmunidad se ha mostrado costo-efectivo.

Siglas	Factores de riesgo para disfunción tiroidea
DTG: Disfunción Tiroidea Gestacional;	1. Historia de disfunción y/o cirugía tiroidea
TSH: tiotropina;	2. Antecedentes familiares de patología tiroidea
T4L: tiroxina libre;	3. Presencia de Bocio y/o anticuerpos (TPO) +
LT4: levotiroxina;	4. Síntomas de hipofunción tiroidea
T3: triyodotiroxina	5. DM tipo 1 , u otras enfermedades autoinmunes
TPO: peroxidasa tiroidea;	6. Antecedentes de Infertilidad, abortos o partos pretérmino
TPP: tiroiditis posparto;	7. Radioterapia de cabeza o cuello o exposición a contrastes yodados
TG: trimestre gestacional;	8. Toma de Amiodarona o litio
SG: semana gestacional;	9. IMC > 40,
HC: hipotiroidismo clínico;	10. Edad > 30,
HSC: hipotiroidismo subclínico;	11. Residir en áreas yododeficientes
DM: diabetes mellitus;	
P: percentiles;	
IMC: índice de masa corporal.	

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

- ❖ El médico de Familia tiene a su alcance
 - Diagnosticar precozmente el hipotiroidismo, tratarlo y mantener bajo control la función tiroidea.
 - Informar a La mujer hipotiroidea en tratamiento, la necesidad --- de aumentar la dosis de LT4 tan pronto sospeche gestación.
 - Vigilar la función tiroidea en las gestantes con autoinmunidad tiroidea (e la gestación y posparto)
 - Asesorar sobre la importancia de una nutrición correcta, el consumo de sal yodada, lácteos y alimentos ricos en yodo, al tiempo que aumentar el consumo de verduras, frutas y pescado, para asegurar la ingesta de micronutrientes esenciales para el correcto desarrollo fetal.

BIBLIGRAFIA

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. octubre de 2011;21(10):1081-125.
2. Vila L, Velasco I, González S, Morales F, Sánchez E, Torrejón S, et al. Controversies in endocrinology: On the need for universal thyroid screening in pregnant women. Eur J Endocrinol. enero de 2014;170(1):R17-30.
3. Dosiou C. Cost-effectiveness of universal and risk-based screening for autoimmune thyroid disease in pregnant women. Barnes J, Schwartz A, Negro R, Crapo L, Stagnaro-Green A, editores. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97(5):1536.
4. Thung SF, Funai EF, Grobman WA. The cost-effectiveness of universal screening in pregnancy for subclinical hypothyroidism. American Journal of Obstetrics and Gynecology. marzo de 2009;200(3):267.e1-267.e7.