



## 42 - DISFUNDIÓN TIROIDEA Y GESTACIÓN. ESTUDIO DESCRIPTIVO del HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

A. Durán <sup>a</sup>, N. García de La Torre<sup>a</sup>, C. Assaf<sup>a</sup>, N. Gangotena<sup>a</sup>, N. Izquierdo<sup>b</sup>, M.Á. Herraiz<sup>b</sup> y A. Luis Calle<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición; <sup>b</sup>Servicio 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 ?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 > 2,5). 4. 1,6% hipotroxinemia absoluta (T4l < 6) y 5. 19,8% hipotroxinemia 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 hipotroxinemia 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.