

CUALES SON Y COMO SE DEFINEN LAS DISFUNCIONES TIROIDEAS DURANTE LA GESTACIÓN



	TSH		T4 y/o T3
HIPOTIROIDISMO	TSH > percentil 95 RR* TSH > 5mU/L	Clínico	↓
		Subclínico	Normal
HIPERTIROIDISMO	TSH < percentil 5 RR* TSH < 0,1 mU/L 0,0...	Clínico	↑
		Subclínico	Normal

Tabla 2.- Resumen de las posibles combinaciones que incluye la disfunción tiroidea

RR*= Rangos de referencia propios (ajustados para cada población y trimestre)

Además, se considera que, si la **TSH es superior a 10mU/L**, con independencia del valor de la T4, debe considerarse como un **Hipotiroidismo Clínico**.

NUESTRO LABORATORIO HA VALORADO LOS VALORES DE REFERENCIA DE NUESTRA POBLACION Y NUESTRO LIMITE DE NORMALIDAD EN EMBARAZO NO ES 4, ES 5



Manejo de Hipotiroidismo

TSH > 5

T LIBRES NORMALES; Sólo alteración de la TSH

TSH 5-10 AC negativos: Puedo tratar o no (tto si factores de riesgo TRA, APP, Abortos o muerte fetal).

Generalmente tratamos **inicio estándar 50 mcgr/d o 1,5 mcgr/Kg/dia.**

TSH > 5 AC + tratar siempre tratamiento estándar.

TSH > 2,5 AC + Puede considerarse tratamiento estándar si infertilidad o abortos previos

TSH > 10 tratar urgente dosis altas 2,5 mcgr/kg/d primera semana y derivación urgente endocrino

TSH ideal < 2,5 **CONTROLES DE TSH EN 3 SEMANAS** cuando inicio o cambio dosis de tto

T LIBRES bajas + TSH alta

TSH > 4 mU/l + T4L baja: tto (dosis altas 1º sem) y **enviar a endocrino preferente** 2



Manejo de Hipertiroidismo

TSH baja

TSH < 0,0...; DETERMINAR T libres y AC

Hipertiroidismo subclínico transicional del embarazo: No es una alteración tiroidea, es un estado NORMAL

Repetir TSH en 2 trim con T4L: control tiroideo con AC en **2-3 semanas** y si mejora cada 3-4 semanas hasta normalidad.

No quitar yodo (salvo alteración T libre o AC +)

No se asocia a complicaciones maternas ni fetales.

No están indicadas exploraciones complementarias de Diagnóstico prenatal, sólo seguimiento de TSH hasta normalidad

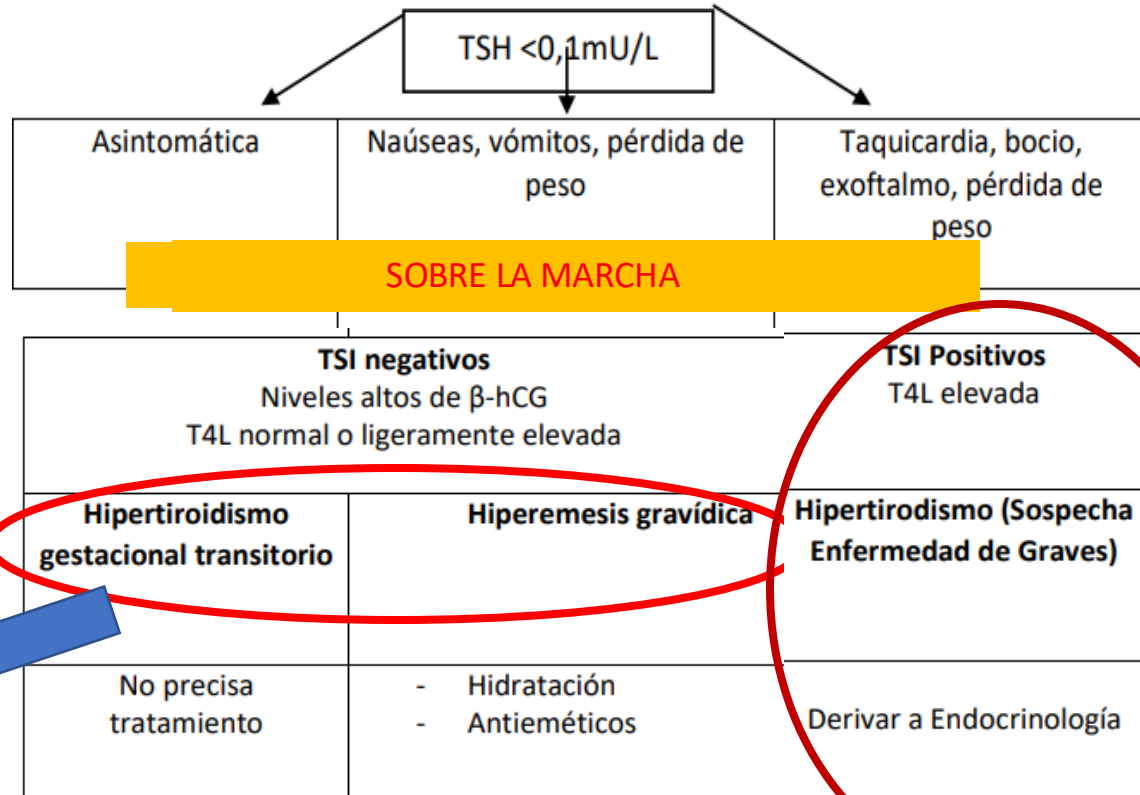


Figura 2.- Diagnóstico diferencial de hiperfunción tiroidea en el primer trimestre

Hipertiroidismo clínico: Derivación a ENDOCRINO preferente



Diagnóstico	Recomendación postparto	Control postparto
Hipotiroidismo clínico	*2/3 de la dosis final de LT4 alcanzada en el embarazo *En caso de Tiroiditis de Hashimoto, valorar mantener en un 20% más de LT4 respecto a la dosis pregestacional ⁸⁴	6 semanas
Hipotiroidismo subclínico Anticuerpos Positivos	*1/2 de la dosis final de LT4 alcanzada en el embarazo	6 semanas
Hipotiroidismo subclínico Anticuerpos Negativos	*Si la última dosis era: -- 25 µg/día: Suspender -- 50µg/día: reducir a 25µg/día -- 75-100µg/día: reducir a 50µg/día -- > 100 µg/día: reducir 25µg cada semanas hasta llegar a 50 µg/día como dosis final	6 semanas 6 semanas Cada 6 semanas hasta control.

Tabla 9.- Tratamiento del hipotiroidismo en el postparto