 <p><b>Sacyl</b> SALAMANCA DE CASTILLA Y LEÓN</p> <p>Gerencia de Atención Primaria de Salamanca</p>	<p><b>ANEXO 8 HIPOTIRIODISMO Y GESTACIÓN</b></p>	<p><b>COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA</b> Servicio Ginecología y Obstetricia/Servicio de Endocrinología y Nutrición</p>
<p>Fecha: 20/07/2020</p>	<p><b>REVISIÓN PROTOCOLO EMBARAZO BAJO RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</b></p>	<p>Página 1 de 5</p>

Se realizará screening universal de disfunción tiroidea en gestantes en el primer trimestre, orientado a la detección de hipotiroidismo clínico y subclínico. El screening consistirá en la determinación de TSH y si la TSH es **mayor que el límite superior de la normalidad dado por el laboratorio para primer trimestre (>4)** se realizará determinación de T4L y TPO.

### **1. SUPLEMENTACIÓN YODADA PRECONCEPCIONAL Y EN POBLACIÓN GESTANTE**

En nuestro medio no se puede asegurar una ingesta adecuada de yodo, por lo que además de las recomendaciones dietéticas de consumir sal yodada e ingerir una adecuada cantidad de lácteos (el consumo de 2 gr sal yodada y la toma de 3-4 raciones de leche y derivados lácteos al día), recomendamos la suplementación farmacológica de yoduro potásico, 150 ug/día.

Siempre que el embarazo sea planificado, la suplementación debe iniciarse 3 meses antes, junto con la de ácido fólico.

### **2. PRECONCEPCIONAL:**

- **Si hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina**, planificar la gestación realizando estudio de función tiroidea previo, para ajustar dosis y mantener nivel de TSH dentro de los límites de normalidad dados por el Laboratorio para primer trimestre de gestación.
- **Si hipotiroidismo subclínico (TSH > al valor superior de la normalidad del laboratorio) sin tratamiento previo y con Ac TPO positivos**, iniciar tratamiento con Levotiroxina a dosis de 50 ug/día y derivar a ENDOCRINOLOGÍA.
- **Si hipotiroidismo subclínico con TSH >10 confirmada en dos determinaciones, sin tratamiento previo, aunque los Ac TPO sean negativos:** iniciar tratamiento con Levotiroxina a dosis de 50 ug/día y derivar a ENDOCRINOLOGÍA
- ✘ - **Si hipotiroidismo subclínico con TSH < 10, sin tratamiento previo y con Ac TPO negativos.** No sería obligado tratar, salvo **presencia factores de riesgo reproductivos y de malos antecedentes obstétricos:**
  - Infertilidad previa
  - Abortos de repetición
  - Parto pretérmino
  - Técnicas de reproducción asistida

Fecha: 20/07/2020

**REVISIÓN PROTOCOLO EMBARAZO BAJO RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

Página 2 de 5

En estos casos está indicado el estudio y **valoración preconcepcional** de la función tiroidea para iniciar la gestación con TSH dentro de los límites de normalidad dados por el Laboratorio para primer trimestre de gestación (<2.5)

Seguimiento en ATENCIÓN PRIMARIA

- **Si eutiroidismo pero con Ac TPO (+)**: si abortos previos o técnicas de reproducción asistida, considerar tratamiento con 25-50 ug/día de L-Tiroxina. Seguimiento en ATENCIÓN PRIMARIA.

### **3. GESTACIÓN. HIPOTIROIDISMO NO CONOCIDO.**

\* Solicitar en todas las gestaciones TSH semana 9-10, (indicando que la paciente está embarazada). Si TSH mayor que el límite superior de la normalidad (>4) dado por el laboratorio para primer trimestre, el laboratorio haría automáticamente T4L y AcTPO. En caso de no hacerlo, sería necesario solicitarlo en una analítica posterior.


- **TSH mayor que el límite superior de la normalidad dado por el laboratorio para primer, segundo o tercer trimestre, pero < de 10 y con T4 L normal y AcTPO negativos:** seguimiento en ATENCIÓN PRIMARIA.

Valorar ingesta adecuada de yodo:

- Si la paciente NO está tomando correctamente el suplemento farmacológico, implementarlo y repetir analítica en 4 semanas
- Si la paciente asegura tomar adecuadamente el suplemento de yodo, se recomienda iniciar tratamiento con 50 ug/día de L-tiroxina y ajustar hasta alcanzar TSH ≤ al valor dado por el laboratorio para ese trimestre.

- **TSH mayor que el límite superior de la normalidad dado por el laboratorio para primer, segundo o tercer trimestre, pero < de 10, con T4 L normal y AcTPO positivos:** iniciar tratamiento con levotiroxina y derivar a OBSTETRICIA ALTO RIESGO Y ENDOCRINOLOGÍA.

TSH	4-8 mIU/ml	> 8 mIU/ml
LEVOTIROXINA	Dosis inicial 50- 75 mcg	Dosis inicial 75-100 mcg

 <p><b>Sacyl</b> SALAMANCA DE CASTILLA Y LEÓN Gerencia de Atención Primaria de Salamanca</p>	<p><b>ANEXO 8 HIPOTIRIODISMO Y GESTACIÓN</b></p>	<p><b>COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA</b> Servicio Ginecología y Obstetricia/Servicio de Endocrinología y Nutrición</p>
<p>Fecha: 20/07/2020</p>	<p><b>REVISIÓN PROTOCOLO EMBARAZO BAJO RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</b></p>	<p>Página 3 de 5</p>

- **Hipotiroidismo subclínico con TSH > 10 mUI/ml y T4L normal o Hipotiroidismo clínico (TSH > que el límite superior de la normalidad y T4L baja)** iniciar tratamiento lo más precozmente posible y se derivará a OBSTETRICIA ALTO RIESGO Y ENDOCRINOLOGIA. El tratamiento en este caso debe iniciarse con una dosis de 2 ug/Kg/día durante la primera semana de tratamiento y reducir a 1,6 ug/Kg/día a partir de la segunda semana.
- **Eutiroidismo con Ac positivos:** Seguimiento en ATENCIÓN PRIMARIA
  - Si no hay antecedentes obstétricos y el embarazo NO es por técnica de reproducción asistida, vigilancia con TSH mensual en las primeras 20 semanas de gestación.
  - Si hay antecedentes de abortos previos o el embarazo es por técnica de reproducción asistida, considerar tratamiento con 25-50 ug/día de L-Tiroxina.

#### **SEGUIMIENTO:**

- Se realizarán controles de función tiroidea (TSH y T4L) y ajuste de dosis si procede, cada 4-6 semanas durante las 20 primeras semanas de gestación, y una vez ajustada la dosis, se hará como mínimo una analítica entre la semana 26 y 32.
- La L- Tiroxina debe tomarse como mínimo 30 minutos antes del desayuno. Si hay clínica de vómitos matutinos, probar a tomarla 30 minutos antes del almuerzo o de la comida. Recordar que el hierro y el calcio pueden reducir la absorción de levotiroxina cuando se administra conjuntamente (recomendado intervalo mayor de 4 horas).
- ✘ -Tras el parto, retirar tratamiento, si la dosis requerida en el embarazo ha sido  $\leq$  a 50-75 mcg y reevaluar en 6-8 semanas. Si la dosis requerida ha sido  $>$  de 75 mcg día, reducirla un 25-50% y reevaluar en 6-8 semanas

#### **4. HIPOTIROIDISMO PREVIO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA**

Al confirmar la gestación se aumentará la dosis de tiroxina previa en un 25-30%. Como sugerencia, tomar 2 comprimidos más a la semana de la dosis que esté tomando diariamente (puede duplicar dosis dos días en semana o en mujeres con dosis altas, tomar 1/2 comp más x 4 días a la semana).

Se solicitará TSH y T4L entre 4 y 6 semanas del ajuste de dosis. Derivar a OBSTETRICIA ALTO RIESGO Y ENDOCRINOLOGÍA.

Fecha: 20/07/2020

**REVISIÓN PROTOCOLO EMBARAZO BAJO RIESGO EN  
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

Página 4 de 5

- Recordar que la Levotiroxina debe tomarse como mínimo 30 minutos antes del desayuno. Si hay clínica de vómitos matutinos, probar a tomarla 30 minutos antes del almuerzo o de la comida. Recordar que el hierro y el calcio pueden reducir la absorción de levotiroxina cuando se administran conjuntamente (recomendado intervalo mayor de 4 horas)
- Al finalizar el embarazo debe volverse a la dosis preconcepcional y solicitar control 6-8 semanas después

**BIBLIOGRAFÍA**

- Erik K., Elizabeth N., 2 Gregory A., Rosalind S., Herbert C, Chrysoula D, 6 William A. Grobman Pe John H, Susan J, Robin P, Scott S. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. THYROID Volume 27, Number 3, 2017. American Thyroid Association. Mary Ann Liebert, Inc.. DOI: 10.1089/thy.2016.045
- Guía 2017 de la ATA para *Diagnóstico y Manejo de la Enfermedad Tiroidea durante Embarazo y Postpartum,*
- Velasco I, Taylor P The role of levothyroxine in obstetric practice. Ann Med 2018 Feb;50(1):57-67.
- Treatment of Subclinical Hypothyroidism or Hypothyroxinemia in Pregnancy. N Engl J Med 2017; 376:815-825

Fecha: 20/07/2020

**REVISIÓN PROTOCOLO EMBARAZO BAJO RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

Página 5 de 5

**TABLA RESUMEN SEGÚN VALORES DE TSH**

<u>HIPOTIROIDISMO PRECONCEPCIONAL</u> tratado con levotiroxina	Ajustar dosis de Levotiroxina para mantener TSH en límites de normalidad del Laboratorio para 1er trimestre de gestación	Seguimiento en <b>Atención Primaria</b> hasta confirmar embarazo
<u>PRECONCEPCIONAL</u> con historia de abortos previos /reproducción asistida, <u>TSH normal</u> , pero <u>AcTPO POSITIVOS</u>	Considerar tratamiento con 25-50 mcg/día de Levotiroxina	Derivar a consulta <b>Esterilidad</b>
<u>PRECONCEPCIONAL</u> con factores previos de riesgo obstétrico /reproducción asistida, <u>TSH ≥</u> al valor superior de normalidad del laboratorio, <u>CONFIRMADO</u> , y <u>Ac TPO NEGATIVOS</u>	Iniciar tratamiento con 50 mcg/día de Levotiroxina	Derivar a consulta <b>Esterilidad</b>
<u>PRECONCEPCIONAL</u> con <u>TSH &gt;</u> al valor superior de normalidad del laboratorio, <u>CONFIRMADO</u> , y <u>Ac TPO POSITIVOS</u>	Iniciar tratamiento con 50 mcg/día de Levotiroxina	Derivar a <b>Endocrinología</b>
<u>PRECONCEPCIONAL</u> , con <u>TSH &gt;10</u> , no tratado y <u>Ac TPO NEGATIVOS</u>	Repetir TSH y si se confirma >10, iniciar tratamiento con 50 mcg/día de Levotiroxina	Derivar a <b>Endocrinología</b>
<u>GESTANTE</u> con <u>TSH &lt; 0.3</u>	Repetir TSH + T4L, T3L, Ac TPO y Ac anti Receptor TSH en 15 días	Si persiste, derivar <b>Obstetricia alto riesgo y Endocrinología</b>
<u>GESTANTE</u> con <u>TSH</u> en rango de <u>normalidad</u> del laboratorio para 1 <sup>er</sup> trimestre	No realizar más determinaciones	
<u>GESTANTE</u> con <u>TSH &gt;</u> al valor superior de normalidad del laboratorio pero <u>&lt; de 10</u> , T4L N y <u>Ac NEGATIVOS</u>	Asegurar aporte adecuado de yodo y repetir en 4 semanas. Si persiste, iniciar 50 mcg/día de Levotiroxina y ajustar hasta valores de TSH según trimestre de gestación	Seguimiento en <b>Atención Primaria</b>
<u>GESTANTE</u> con <u>TSH &gt;</u> al valor superior de normalidad del laboratorio pero <u>&lt; de 10</u> , T4L N y <u>Ac POSITIVOS</u>	Iniciar tratamiento levotiroxina	Derivar <b>Obstetricia alto riesgo y Endocrinología</b>
<u>GESTANTE</u> con <u>TSH &gt; 10</u> , T4L N y <u>Ac NEGATIVOS</u>	Iniciar tratamiento Levotiroxina	Derivar <b>Obstetricia alto riesgo y Endocrinología</b>
<u>GESTANTE</u> con <u>hipotiroidismo clínico</u> (TSH > al valor superior de normalidad del laboratorio y T4L BAJA)	Iniciar tratamiento con levotiroxina precozmente: 2 ug/Kg/día durante la 1ª semana de tratamiento y reducir a 1,6 ug/Kg/día a partir de la 2ª semana	Derivar <b>Obstetricia alto riesgo y Endocrinología</b>
<u>GESTANTE</u> con <u>Hipotiroidismo previo</u> en tratamiento con Levotiroxina	Al confirmar gestación aumentar dosis un 25-30%: duplicar la dosis dos días en semana. Si dosis altas, tomar ½ comp más de la dosis preembarazo x 4 días a la semana	Derivar <b>Obstetricia alto riesgo y Endocrinología</b>

