



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Intervalos de referencia de la tirotropina durante la gestación en la provincia de Huelva

A. Ortega Carpio^{a,*}, I. Vázquez Rico^b, M.A. Castaño López^b, L. Duarte González^a,
M. Montilla Álvaro^a y A. Ruiz Reina^a

^a Centro de Salud El Torrejón, Huelva, España

^b Laboratorio de Análisis Clínicos, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

Recibido el 17 de mayo de 2017; aceptado el 16 de agosto de 2017

PALABRAS CLAVE

Tirotropina;
Levotiroxina;
Embarazo;
Hipotiroidismo

Resumen

Objetivo: El diagnóstico correcto de hipotiroidismo gestacional requiere determinar los intervalos de referencia trimestrales locales de la TSH. En su ausencia las guías recomiendan utilizar como límites superiores 2,5-3,0-3,0 $\mu\text{U/ml}$ para el 1.º-2.º-3.º trimestre. Nuestro objetivo es calcular el rango de referencia para nuestra población.

Material y métodos: Estudio observacional de base poblacional realizado en gestantes sanas de 11 centros de salud de la provincia de Huelva incluidas consecutivamente durante el año 2016 en el proceso de embarazo. Excluimos las gestantes con antecedentes de enfermedad tiroidea o médica, malos antecedentes obstétricos, embarazo gemelar, autoinmunidad tiroidea y TSH en valores extremos ($<0,4 \mu\text{U/ml}$ o $>10 \mu\text{U/ml}$), así como las que durante el estudio iniciaron tratamiento con levotiroxina por disfunción tiroidea.

Resultados: Seleccionamos 186 gestantes de 30,7 años (IC 95%: 29,8-31,6) e IMC de 23,6 (IC 95%: 23,2-24,0) que mayoritariamente se hicieron la 1.ª analítica con anterioridad a la 11.ª semana de gestación. Fueron válidas para el análisis 145-105-67 gestantes en el 1.º-2.º-3.º trimestre, respectivamente, tras excluir sucesivamente abortos (18,9%), autoinmunidad (6,5%), hipo/hipertiroidismos (2,2%) y tratamientos con levotiroxina durante el 2.º/3.º trimestre (18,6%). El percentil 97,5 de la TSH para el 1.º-2.º-3.º trimestre, respectivamente, fue de 4,68-4,83-4,57 $\mu\text{U/ml}$. Durante el estudio se detectaron 80 gestantes con disfunción tiroidea

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: consulta13torrejon@gmail.com (A. Ortega Carpio).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.08.008>

1138-3593/© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Ortega Carpio A, et al. Intervalos de referencia de la tirotropina durante la gestación en la provincia de Huelva. Semergen. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.08.008>

(55,2%), recibiendo 33 de ellas tratamiento con levotiroxina (22,7%); con los nuevos criterios la prevalencia de disfunción tiroidea se reduciría al 6,2% y la necesidad de tratamiento al 4,1%.

Conclusión: El rango de normalidad de TSH de nuestra población difiere del propuesto en las guías. Un 18,6% de las gestantes fueron tratadas innecesariamente.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Thyrotropin;
Levothyroxine;
Pregnancy;
Hypothyroidism

Thyrotropin reference ranges during pregnancy in the province of Huelva, Spain

Abstract

Objective: The correct diagnosis of hypothyroidism during pregnancy requires knowledge of the local trimester-specific thyrotropin (TSH) reference ranges. When these are not available, the guidelines recommend upper limits of 2.5, 3.0, and 3.0 $\mu\text{U/ml}$ for the 1st, 2nd, and 3rd trimesters, respectively. The aim is to establish the reference range for our local population.

Material and methods: A population-based observational study was performed on healthy pregnant women from 11 healthcare centres in the province of Huelva. Women were recruited consecutively during 2016 through the pregnancy process. Women were excluded who had a history of thyroid or medical disease, a poor obstetric history, multiple pregnancy, thyroid autoimmunity, and extreme TSH values ($<0.4 \mu\text{U/ml}$ or $>10 \mu\text{U/ml}$), as well as women treated with levothyroxine for thyroid dysfunction.

Results: The study included a total of 186 pregnant women, with a mean age of 30.7 years (95% CI: 29.8-31.6) and a body mass index (BMI) of 23.6 (95% CI: 23.2-24.0). Most of them had the first laboratory tests performed before week 11 of pregnancy. Valid subjects for analysis were 145, 105, and 67 pregnant women in the 1st, 2nd, and 3rd trimesters, respectively, after excluding those due to abortion (18.9%), autoimmunity (6.5%), hypo/hyperthyroidism (2.2%), and levothyroxine treatment during the 2nd/3rd trimester (18.6%). The 97.5% TSH percentile for the 1st, 2nd, and 3rd trimester was 4.68, 4.83, and 4.57 $\mu\text{U/ml}$, respectively. Thyroid dysfunction was identified in 80 women (55.2%), 33 of whom received treatment with Levothyroxine (22.7%). With the new criteria, thyroid dysfunction prevalence would be reduced to 6.2%, and the need for treatment to 4.1%.

Conclusion: The reference range for TSH in our population differs from that proposed by the guidelines. Unnecessary treatment was being given to 18.6% of pregnant women.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Durante los últimos años, diferentes sociedades científicas han emitido recomendaciones para el *screening*, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la disfunción tiroidea durante el embarazo^{1,2} lo que ha repercutido significativamente en la evaluación habitual de las gestantes tanto en atención primaria como hospitalaria. Muchas de estas recomendaciones se han basado en datos observacionales que relacionan la disfunción tiroidea durante la primera fase de la gestación, con eventos adversos durante el embarazo³, el parto⁴, el periodo neonatal⁵ o el deterioro cognitivo durante la infancia^{6,7}. Sin embargo los ensayos clínicos con levotiroxina que han intentado prevenir los eventos adversos detectados en los estudios observacionales no han logrado de forma consistente disminuir estas complicaciones⁸⁻¹⁰. De hecho, aunque hay unanimidad en tratar el hipotiroidismo clínico gestacional (HCG), no hay el mismo consenso para el tratamiento de las gestantes eutiroideas con hipotiroidismo subclínico gestacional (HSG)¹¹. La diferente precisión

diagnóstica, la precocidad del tratamiento y la presencia de autoinmunidad asociada, son factores que se han implicado en la disparidad de resultados y en la heterogeneidad de las recomendaciones^{12,13}.

Para realizar el diagnóstico correcto de hipotiroidismo gestacional es necesario disponer de unos criterios claros sobre el límite superior de la normalidad de la tirotrópina (TSH), que difiere según el procedimiento técnico utilizado y características poblacionales tales como la etnicidad, el estado de yododeficiencia, el índice de masa corporal (IMC) o la presencia de autoinmunidad¹⁴. La interpretación de los biomarcadores de función tiroidea se dificulta además durante la gestación, dado que esta comporta una serie de cambios funcionales que repercuten en la fisiología de la glándula tiroidea, especialmente el incremento de la concentración sérica de la proteína transportadora de tiroxina (TBG), cuya síntesis es estimulada por los estrógenos, y la reducción de los niveles de TSH debido al estímulo ligero de los receptores tiroideos por la β -HCG^{15,16}. Hasta ahora las guías habían recomendado que en ausencia de intervalos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8964280>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8964280>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)