

TIROIDES

Disfunción tiroidea y gestación

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Inés Velasco López. Médico Adjunto. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

Berta Soldevila Madorell. Jefe de Sección. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

Las hormonas tiroideas son esenciales para el crecimiento y desarrollo. En el embarazo, la madre debe garantizar un aporte adecuado de estas hormonas para que el feto crezca con normalidad y, muy especialmente, para que el desarrollo del sistema nervioso del feto sea óptimo.

Durante la primera mitad del embarazo, la glándula tiroidea del feto es inmadura, por lo que no produce hormonas y depende enteramente de las hormonas que le proporciona su madre a través de la placenta. Por ello, desde el momento en que comienza el embarazo, se produce un aumento claro en la producción de hormonas por parte del tiroides materno.

Sin embargo, no todas las embarazadas consiguen alcanzar los niveles de hormonas tiroideas adecuados para hacer frente a este aumento de los requerimientos. Cualquier alteración de la función tiroidea de la mujer embarazada que comprometa el paso de estas hormonas a través de la placenta puede suponer una disminución de capacidades en funciones del feto en desarrollo tan importantes como la memoria o el aprendizaje.

Por todo ello, cada vez más médicos e investigadores, recomendamos que toda mujer embarazada debe ser estudiada en el primer trimestre de embarazo para identificar aquellas alteraciones de la función tiroidea que se benefician de un tratamiento y evitan secuelas permanentes en los hijos.

Para detectar alteraciones de la función tiroidea de la mujer embarazada se utiliza una muestra de sangre que es exactamente la misma que empleamos para detectar alteraciones en los cromosomas en el primer trimestre de gestación. De esta manera, garantizamos que todas las embarazadas se estudian al mismo tiempo para detectar o descartar dos tipos diferentes de problemas clínicos que pueden condicionar la evolución de un embarazo y comprometer su viabilidad.

El cuadro clínico más frecuente es el de mujeres con baja producción hormonal (hipotiroidismo). En estos casos debe aportarse hormona tiroidea en forma de comprimidos para garantizar que el feto recibe la cantidad necesaria para su crecimiento y desarrollo cerebral. Recientemente se ha elaborado una guía que permite la detección precoz y el tratamiento adecuado del hipotiroidismo de la embarazada por parte de diferentes profesionales de la salud (matronas, médicos de familia y ginecólogos), reduciendo así los retrasos en el tratamiento y facilitando la atención de las pacientes.

En otros casos, lo que falta, más que hormona, es yodo en la dieta. El yodo es un nutriente que se necesita para fabricar hormonas tiroideas. La mejor manera de obtenerlo de forma estable y mantenida a lo largo de la vida es consumir sal yodada de manera regular y sostenida en el tiempo. Los estudios demuestran que son necesarios al menos 2 años de consumo diario de sal yodada para conseguir una buena reserva de yodo en el organismo. De esta manera, los depósitos de yodo se mantienen siempre llenos y la producción de hormonas tiroideas está asegurada.

Sin embargo, el consumo de sal yodada no ocurre en todos los hogares, por lo que en las mujeres embarazadas, particularmente cuando se sospecha que el contenido de yodo en la dieta no será suficiente, recomendamos suplementos de yoduro potásico, con objeto de prevenir posibles deficiencias.

Por último, el cuadro menos frecuente pero con mayor cantidad de síntomas (taquicardia materna, pérdida de peso, ojos enrojecidos y/o saltones) es el hipertiroidismo o exceso de hormonas tiroideas en la madre. En estos casos, la recomendación es siempre el manejo por parte de un especialista (endocrinólogo) y la supervisión estricta del tratamiento, ya que los fármacos empleados en el tratamiento del hipertiroidismo implican un riesgo de anomalías en el feto que debe ser vigilado. Siempre que sea posible, se recomienda la colaboración estrecha entre endocrinólogo y obstetra, ya que el hipertiroidismo se considera una

condición de alto riesgo obstétrico.