



Sociedad Chilena  
de Endocrinología  
y Diabetes



THE HORMONE  
FOUNDATION

#### Referencia

"Patient Guide to the Management of Maternal Hypothyroidism Before, During and After Pregnancy" (2007) de la Hormone Foundation ([www.hormone.org](http://www.hormone.org)), la filial de enseñanza pública de la Endocrine Society de Estados Unidos.

## Hipotiroidismo materno. Guía de cuidados para antes y durante el embarazo y para después del parto

El embarazo de por sí produce cambios sustantivos en los niveles de las hormonas tiroideas en la mujer normal. El embarazo influye en el funcionamiento tiroideo, y a su vez, el funcionamiento tiroideo repercute en el curso y futuro del embarazo y el desarrollo del feto. Lo anterior hace necesario aclarar algunas consideraciones sobre el cuidado que la futura madre debe tener al respecto. Por último, es importante saber que aproximadamente el 7% de las madres presenta alteración de su función tiroidea pasado un año desde el parto.

Esta guía se refiere a la condición de hipotiroidismo, es decir el estado en que el tiroides produce menos hormonas tiroideas que las que el organismo requiere.

Durante el primer trimestre del embarazo, las hormonas tiroideas provenientes de la madre son las que suplen las necesidades del feto. Así, si la madre tiene una baja producción de hormonas tiroideas, el niño en gestación puede estar en condición de hipotiroidismo, lo cual ocurre en el tiempo crítico para el desarrollo de su cerebro produciendo un efecto negativo sobre su capacidad mental. También el estado de hipotiroidismo se asocia a mayor frecuencia de aborto o también de parto prematuro, cuando este sucede tres o más semanas antes de la fecha de término.

Esta guía resume, en un vocabulario no técnico, los principales puntos que contiene la guía elaborada por especialistas de gran experiencia en el tema.

### ¿Qué madre o futura madre está en riesgo de tener hipotiroidismo durante el embarazo?

1. La causa más importante en el mundo de hipotiroidismo es la deficiencia de yodo en la alimentación, situación que en Chile no es un problema dado que la sal de comer aporta el yodo necesario. Sin embargo, dado que la demanda de yodo aumenta notoriamente durante el embarazo y luego también durante la lactancia, es importante que la madre reciba suplemento con vitaminas que contengan además yodo.
2. Si consideramos sólo a las mujeres que tienen una adecuada ingesta de yodo, la causa más frecuente de hipotiroidismo es el daño autoinmune de la glándula tiroides conocido como enfermedad o tiroiditis de Hashimoto. Los anticuerpos generados por la propia mujer atacan y destruyen su tiroides e impiden su funcionamiento normal. Estos anticuerpos pueden ser detectados fácilmente en una muestra de sangre, lo cual certifica el diagnóstico.
3. Otras causas menos frecuentes son haber sido operada de la glándula por tumores benignos o malignos, o haber recibido I 131 como tratamiento de hipertiroidismo.  
Dados los efectos negativos del hipotiroidismo sobre el embarazo es recomendable conocer el estado de la función del tiroides materno antes de iniciar la gestación.

### ¿Cuáles son las condiciones que generan más riesgo de hipotiroidismo, y que por lo tanto hacen necesario que sean evaluadas?

1. Cuando existe una historia familiar importante de parientes con enfermedad tiroidea.
2. Cuando hay síntomas sugerentes de la enfermedad como sensación de frío, ganancia de peso, falta de energía, estado depresivo, piel seca, constipación, torpeza mental, etc.
3. Cuando existe el antecedente de haber tenido hipotiroidismo o hipertiroidismo, o haber sido tratada con hormona tiroidea o yodo radioactivo, o haber sido operada de la glándula tiroides.
4. Cuando se recibe tratamiento prolongado con medicamentos como carbonato de litio o la propia hormona tiroidea.

## Educación a Pacientes

5. Haber tenido, en embarazos anteriores, depresión o tiroiditis post parto (ver artículo Rev Endo Diab 2008; 1 (3): 203-204).
6. Tener bocio.
7. Tener o haber tenido anticuerpos anti tiroideos positivos, diabetes tipo 1 u otras enfermedades autoinmunes.
8. Tener historia de abortos o de partos prematuros en embarazos anteriores.
9. Haber sido operado de la hipófisis o haber recibido radioterapia de esa zona.

En cualquiera de las circunstancias anteriores debe sacarse una muestra de sangre para medir TSH y tiroxina con el ánimo de mantener los niveles normales propios del embarazo, que no son los mismos que los de la mujer no embarazada. Como el embarazo produce aumento de la demanda de hormona tiroidea, si la madre ya venía tomando tiroxina desde antes de embarazarse, la dosis debe ser ajustada a estos mayores requerimientos, que pueden ser del orden de 30 a 50% en las primeras 4 a 8 semanas del embarazo. Al contrario, después del parto la dosis deberá ser disminuida. Durante la lactancia es necesario que la ingesta de yodo no sea inferior a 250 ug en 24 horas.