ENDOCRINO EN RED · GUÍA GRATUITA

Qué revisar antes de buscar embarazo

Diez revisiones para los meses previos, con tu médico: tiroides, glucosa, ácido fólico, medicamentos, ciclos, peso y cuándo pedir ayuda.

Dr. Iván Quiroga — Endocrinología y Nutrición · endocrinoenred.com

Lo que más protege a un embarazo se hace antes de que empiece.

Si estás pensando en buscar un embarazo en los próximos meses, este es el momento más útil de todo el proceso, y el que menos gente aprovecha. Las semanas más delicadas son las primeras, y muchas pasan antes de la prueba positiva: el tubo neural, que dará lugar al cerebro y la médula del bebé, se cierra hacia la cuarta semana después de la concepción, cuando muchas mujeres aún no saben que están embarazadas. Por eso los ensayos que demostraron que el ácido fólico previene sus defectos lo daban desde antes de concebir[1, 2].

Con casi todo lo hormonal pasa lo mismo. Un ajuste de levotiroxina tarda semanas en verse en la TSH, la glicosilada refleja tres meses de glucosa y algunos fármacos hay que dejarlos con semanas o meses de margen. Por eso esta guía habla de prepararse entre tres y seis meses antes. No es una regla: es el tiempo que necesitan los ajustes.

Lo veo cada semana en consulta: mujeres que llegan con la prueba positiva y una lista de dudas que habría sido mucho más fácil resolver unos meses antes. Esta guía es esa lista, en diez puntos, para que llegues a tu médico con los deberes hechos.

Desde hoy
Ácido fólico, y fuera tabaco y alcohol.

De 3 a 6 meses antes
Analítica, medicamentos, vacunas y peso.

Cuando empieces a buscar
Tus ciclos y tu fecha para pedir ayuda.

1 Tu tiroides

En las primeras semanas el bebé todavía no fabrica hormona tiroidea: usa la de su madre, y la necesita para el desarrollo de su cerebro[3]. La guía americana de 2026 no recomienda medir la TSH a todas las mujeres antes de buscar embarazo, pero sí si hay infertilidad o abortos de repetición[3]; y conviene mirarla también si tienes hipotiroidismo, anticuerpos tiroideos o antecedentes de enfermedad de la tiroides. Si ya tomas levotiroxina, el manual de la Sociedad Española de Endocrinología propone llegar a la concepción con la TSH por debajo de 2,5, un objetivo que ajusta tu médico[4, 5]. En España, muchos servicios de salud miran la tiroides a todas las embarazadas en el primer trimestre y otros solo si hay factores de riesgo[5].

Si tomas levotiroxina, no la dejes nunca. Al confirmar el embarazo la dosis suele subir, y tu médico

puede dejarte el plan escrito de antemano.

> **Qué apuntar:** tu última TSH, con su fecha y el rango del laboratorio, y tu dosis de levotiroxina si la tomas.

2 Tu glucosa

La resistencia a la insulina es muy frecuente en el síndrome de ovario poliquístico[6] y se asocia a más diabetes en el embarazo[7]. Las pruebas que sirven son la glucosa en ayunas, la glicosilada y, si tienes ovario poliquístico, la curva de glucosa, que la guía internacional recomienda sobre todo antes de buscar embarazo porque detecta alteraciones que las otras no ven. La insulina en ayunas y el índice HOMA no se recomiendan en la práctica clínica[8]: dan un número, no un plan.

Si ya tienes diabetes, este punto es el más importante de toda la guía: la ADA propone llegar a la concepción, si se puede conseguir sin bajadas de azúcar, con la glicosilada por debajo de 6,5 %[9]. Se planifica con tu equipo.

> **Qué apuntar:** tus últimas cifras de glucosa y glicosilada. Si tienes ovario poliquístico y nunca te han hecho una curva, esa es tu pregunta.

3 Ácido fólico y yodo

El ácido fólico es el suplemento con más pruebas antes del embarazo, porque reduce los defectos del tubo neural. En un ensayo con mujeres que ya habían tenido un embarazo afectado, redujo que se repitieran en torno a un 72 %[1]; en otro, evitó que aparecieran por primera vez[2]. Se empieza como mínimo un mes antes de buscar embarazo. La dosis habitual es baja, de 0,4 mg al día, y algunas mujeres necesitan una más alta, por ejemplo si tienen diabetes o un antecedente de defecto del tubo neural en la familia: cuál te toca lo decide tu médico[10].

El yodo también importa desde antes de concebir: usa sal yodada y pregunta si te conviene un suplemento, porque las recomendaciones varían según el país y tus antecedentes[3, 5]. Las algas y el kelp aportan cantidades imprevisibles, a veces excesivas. Si tomas un complejo, comprueba en la etiqueta cuánto ácido fólico y cuánto yodo lleva, y no lo combines con otros sin revisarlo.

> **Qué apuntar:** qué tomas ya, y cuánto ácido fólico y cuánto yodo lleva.

4 Tus medicamentos

La regla: no dejes ni cambies nada por tu cuenta. Haz la lista completa, con anticonceptivos, suplementos y productos de herbolario, y revísala con tu médico. Hay cuatro grupos:

- **Fármacos que se dejan con margen.** Los medicamentos de la familia GLP-1, para la diabetes o la obesidad, no se usan en el embarazo: según cuál sea, se suspenden con semanas o meses de antelación, siempre con un plan acordado con tu médico[11].
- **Fármacos que se cambian o se suspenden antes de concebir,** como algunos medicamentos para la tensión arterial, que se sustituyen por otros, y las estatinas para el colesterol, que en general se suspenden[9, 12].
- **Tratamientos que no se usan en el embarazo,** como la espironolactona y otros antiandrógenos (finasterida, ciproterona) y la isotretinoína oral para el acné, que exige anticoncepción eficaz durante el tratamiento y hasta un mes después de terminarlo[13, 14].
- **Fármacos que nunca se dejan sin hablarlo,** como la levotiroxina o la insulina.

> **Qué apuntar:** la lista completa de lo que tomas, con la pregunta «¿se revisa?» al lado de cada cosa. Tienes la plantilla al final.

5 Tus ciclos

Un ciclo regular, de 21 a 35 días, casi siempre es ovulatorio. Los ciclos de más de 35 días, o menos de ocho reglas al año, sugieren que la ovulación es irregular y merecen una valoración[8]. La regla dice que el ciclo ha terminado, no que has ovulado. Cuando hace falta confirmarlo, tu médico puede pedir la progesterona una semana antes de la regla esperada; con ciclos regulares no suele ser necesario[15]. Las aplicaciones del móvil aciertan poco con ciclos irregulares, y con ovario poliquístico los test de ovulación en orina pueden dar positivos que no lo son[16].

> **Qué apuntar:** el primer día de tus tres últimas reglas y cuánto duró cada ciclo.

6 Tu peso

El exceso de peso se asocia a ovulación irregular, a tardar más en conseguir el embarazo y a más complicaciones durante el mismo[7, 8]. Cuando sobra peso, mejorar la alimentación, la actividad y la salud metabólica antes de concebir reduce algunos riesgos del embarazo, aunque no lo garantiza. Lo que no han demostrado los ensayos grandes es que retrasar el estudio de fertilidad «hasta perder diez kilos» consiga más nacimientos[17, 18]. Por eso el plan de peso va en paralelo al estudio, no en su lugar, y sin dietas extremas: un peso demasiado bajo también detiene la ovulación.

> **Qué apuntar:** tu peso, tu altura y tu cintura, y un solo cambio que puedas mantener los próximos tres meses.

7 Tus vacunas

Las vacunas de virus vivos, como las de la rubéola y la varicela, se ponen antes del embarazo, y el Ministerio de Sanidad indica evitar el embarazo durante las cuatro semanas siguientes a cada dosis[19]. Por eso conviene revisar tu cartilla de vacunas y si has pasado estas enfermedades, y valorar con tu médico si hacen falta pruebas o vacunas.

> **Qué apuntar:** si sabes que estás vacunada o que las has pasado. Si no lo sabes, es una pregunta para la consulta.

8 Tu hierro

Conviene saber si tienes anemia o poco hierro antes del embarazo: el hemograma y, cuando está indicada, la ferritina lo dicen. La anemia se corrige mejor antes del embarazo que durante, y en España el hierro se toma si falta, no de forma sistemática[10].

> **Qué apuntar:** tu última hemoglobina y tu ferritina, si las tienes.

9 Tabaco y alcohol

No se conoce ninguna cantidad de alcohol que sea segura en el embarazo, y el tabaco se asocia a más dificultad para conseguirlo y a más complicaciones[20]. Son las dos únicas cosas de esta lista que no necesitan cita: empiezan hoy. Si te cuesta dejar el tabaco, pide ayuda; funciona mejor que la fuerza de voluntad sola.

> **Qué apuntar:** la fecha en que lo dejas.

10 Cuándo pedir ayuda

La valoración de fertilidad se pide tras doce meses buscando sin éxito; tras seis si tienes 35 años o más, y desde el principio si tus ciclos son irregulares o faltan, tienes más de 40 años o hay un problema conocido de trompas, de útero, endometriosis o en tu pareja[15]. La parte masculina se estudia desde el principio, no «si todo lo demás está bien». Y para tu tranquilidad: en un estudio con parejas que buscaban embarazo atentas a sus días fértiles, el 81 % lo consiguió en seis ciclos y el 92 % en doce[21]. Es lo que pasó en ese grupo, no una predicción para ti.

> **Qué apuntar:** tu fecha para pedir estudio, según tu edad y tus ciclos.

Un caso resuelto: Laura, 33 años

Laura tiene ovario poliquístico desde los 24 años, ciclos de 40 a 60 días, pesa 78 kilos y mide 1,64 m. Su última TSH es de hace tres años. Toma un suplemento «para el pelo» con biotina y usa una crema para el acné que le recetaron hace tiempo. Acaba de dejar la píldora y quiere buscar embarazo «en primavera».

Punto de la guía	Qué lleva Laura a su consulta
1 · Tiroides	Pedir una TSH actualizada y avisar de la biotina, que puede falsear la analítica de la tiroides.
2 · Glucosa	Preguntar por una curva de glucosa: tiene ovario poliquístico y nunca se la han hecho.
3 · Ácido fólico y yodo	Empezar ya el ácido fólico y revisar cuánto yodo lleva el complejo que elija.
4 · Medicamentos	Añadir a la lista la crema del acné y el suplemento del pelo para revisarlos.
5 y 10 · Ciclos y ayuda	Con ciclos de 40 a 60 días probablemente no ovula con regularidad: el estudio no debe esperar un año.
6 · Peso	Un cambio sostenible en paralelo, no como condición para empezar.

Laura no sale de la consulta con un embarazo garantizado. Sale con un plan.

Es un caso inventado para practicar. No sirve para valorar tu situación ni la de nadie: para eso está tu médico.

Y ahora, ¿qué?

Con esta lista ya llegas a tu consulta sabiendo qué revisar y qué preguntar. Es más de lo que tiene la mayoría de las mujeres cuando empiezan a buscar, y la lista de la última página te sirve para no dejarte nada.

Hay preguntas que esta guía deja abiertas a propósito, porque cada una necesita su propio espacio: «¿Cómo sé si ovulo, sin volverme loca con las aplicaciones?», «¿El inositol y los demás suplementos del ovario poliquístico sirven de algo?», «¿Qué hago exactamente la semana del positivo si tomo levotiroxina o tengo el azúcar alto?». Son las que más oigo en consulta cuando una mujer decide buscar embarazo, y las tres tienen respuesta en el curso «Prepara tu embarazo: SOP, tiroides, peso y glucosa», que estamos preparando para la Academia de Endocrino en Red: cómo se diagnostica de verdad el ovario poliquístico, cómo leer tus análisis con casos simulados, qué dicen los estudios sobre el peso, qué hacer con cada medicamento y qué cambia si tienes diabetes.

En los próximos días te escribiré con lo que más me preguntan en consulta antes de buscar embarazo. Cuando vayas avanzando, vuelve a esta guía y actualiza tu lista. Lleva la lista rellena a tu consulta.

Fuentes

1. MRC Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. Lancet. 1991;338:131-7.
2. Czeizel AE, Dudás I. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. N Engl J Med. 1992;327:1832-5. doi:10.1056/NEJM199212243272602
3. Korevaar TIM, et al. American Thyroid Association 2026 guidelines for thyroid disease in preconception, pregnancy, and postpartum. Thyroid. 2026;36:481-544. doi:10.1177/10507256261445624
4. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Manual de Endocrinología y Nutrición, cap. 29 «Hipotiroidismo» (17/04/2026).
5. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Manual de Endocrinología y Nutrición, cap. 38 «Disfunción tiroidea y gestación» (25/07/2024).
6. Stepto NK, et al. Women with polycystic ovary syndrome have intrinsic insulin resistance on euglycaemic-hyperinsulaemic clamp. Hum Reprod. 2013;28:777-84.
7. Bahri Khomami M, et al. Increased maternal pregnancy complications in polycystic ovary syndrome appear to be independent of obesity. Obes Rev. 2019;20:659-74. doi:10.1111/obr.12829
8. Teede HJ, et al. Recommendations from the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab. 2023;108:2447-69. doi:10.1210/clinem/dgad463
9. American Diabetes Association. 15. Management of diabetes in pregnancy: Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S321-38. doi:10.2337/dc26-S015
10. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Manual de Endocrinología y Nutrición, cap. 104 «Nutrición en el ciclo fisiológico de la mujer» (10/12/2025).
11. AEMPS. Fichas técnicas de semaglutida y liraglutida para el control del peso y de tirzepatida, apartado 4.6. CIMA (consultadas el 27/10/2026).
12. Cooper WO, et al. Major congenital malformations after first-trimester exposure to ACE inhibitors. N Engl J Med. 2006;354:2443-51. doi:10.1056/NEJMoa055202
13. AEMPS. Fichas técnicas de espironolactona, finasterida 1 mg y acetato de ciproterona, apartado 4.6. CIMA (consultadas el 28/10/2026).
14. AEMPS. Ficha técnica de isotretinoína oral, apartados 4.4 y 4.6: programa de prevención del embarazo. CIMA (consultada el 28/10/2026).
15. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. Fertil Steril. 2015;103:e44-50.
16. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility evaluation of infertile women: a committee opinion. Fertil Steril. 2021;116:1255-65. doi:10.1016/j.fertnstert.2021.08.038
17. Mutsaerts MAQ, et al. Randomized trial of a lifestyle program in obese infertile women (LIFEstyle). N Engl J Med. 2016;374:1942-53. doi:10.1056/NEJMoa1505297
18. Legro RS, et al. Effects of preconception lifestyle intervention in infertile women with obesity: the FIT-PLESE randomized controlled trial. PLoS Med. 2022;19:e1003883. doi:10.1371/journal.pmed.1003883
19. Ministerio de Sanidad. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones, cap. 7 «Mujeres en edad fértil, embarazadas y puerperio».
20. ACOG Committee Opinion No. 762: Prepregnancy counseling. Obstet Gynecol. 2019;133:e78-89. doi:10.1097/AOG.0000000000003013
21. Gnoth C, et al. Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility. Hum Reprod. 2003;18:1959-66.

Información educativa elaborada por el Dr. Iván Quiroga, especialista en Endocrinología y Nutrición. No sustituye la valoración de tu médico, tu matrona o tu ginecólogo, ni sirve para iniciar, modificar o suspender ningún tratamiento. · endocrinoenred.com · drquiroga.es

Tu lista antes de buscar

Marca cada punto cuando lo hayas revisado con tu médico y apunta lo que te diga. Llévala a la consulta.

Revisión	Hecho	Fecha	Mis datos y lo que me ha dicho mi médico
1 · Tiroides			
2 · Glucosa			
3 · Ácido fólico y yodo			
4 · Medicamentos			
5 · Ciclos			
6 · Peso			
7 · Vacunas			
8 · Hierro			
9 · Tabaco y alcohol			
10 · Mi fecha para pedir ayuda			

Todo lo que tomo

Qué tomo (medicamentos, suplementos, herbolario)	Para qué	¿Se revisa?	Qué me ha dicho mi médico

Si ya estás embarazada

No dejes ningún tratamiento por tu cuenta y pide cita pronto con tu médico o tu matrona. Si tomas levotiroxina o tienes diabetes, avisa a tu equipo en cuanto tengas el positivo.