



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA “ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES”

Prevalencia de hipotiroidismo clínico y subclínico durante la gestación en una población de mujeres embarazadas en el Instituto Nacional de Perinatología: ¿Se justifica el tamizaje?

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA PRESENTA:

Edgar Alonso Cruz Cruz

DR TOMAS HERRERÍAS CANEDO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

DRA. AURORA RAMÍREZ TORRES

DIRECTORA DE TESIS

M.CS. DIANA PIMENTEL NIETO

ASESORA METODOLÓGICA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

TÍTULO DE TESIS:

***PREVALENCIA DE HIPOTIROIDISMO CLÍNICO Y SUBCLÍNICO DURANTE LA
GESTACIÓN EN UNA POBLACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA: ¿SE JUSTIFICA EL TAMIZAJE?***

Dr. Rodrigo Ayala Yáñez
Director de Enseñanza del Instituto Nacional de Perinatología

Dr. Tomás Herreras Canedo
Profesor titular del curso de especialización en Ginecología y Obstetricia

Dra. Aurora Ramírez Torres
Directora de Tesis

Mtra. Diana Pimentel Nieto
Asesora Metodológica

Prevalencia de hipotiroidismo clínico y subclínico durante la gestación en una población de mujeres embarazadas en el Instituto Nacional de Perinatología: ¿Se justifica el tamizaje?

Prevalence of clinical and subclinical hypothyroidism during pregnancy in a pregnant women population in the National Institute of Perinatology: screening is justified?

Autores:

Principal: Edgar Alonso Cruz Cruz

Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia. Instituto Nacional de Perinatología.

Dirección: Vicente Guerrero no. 1. Colonia Lomas de San Lorenzo. Delegación Iztapalapa. CP 09780. México DF. Tels. 5840 5022 // 55 4054 5871. Mail: ea2cc@hotmail.com

2.- Aurora Ramírez Torres. Médico Adscrito al servicio de Endocrinología. Instituto Nacional de Perinatología.

3.- Diana Pimentel Nieto. Jefatura de Psicología Clínica. Instituto Nacional de Perinatología.

Resumen

Objetivos

Conocer la prevalencia de hipotiroidismo clínico y subclínico durante la gestación en un grupo de pacientes embarazadas que acuden a control prenatal al Instituto Nacional de Perinatología y conocer los casos no detectados mediante el proceso del tamiz dirigido.

Material y Método

Se obtuvieron registros de pacientes de Octubre de 2012 a Marzo de 2013, se tomó en cuenta un grupo de pacientes embarazadas de primer ingreso al Instituto Nacional de Perinatología, se realizó toma de perfil tiroideo de acuerdo a las recomendaciones de la Asociación Americana de Tiroides. Pacientes con perfil alterado se enviaron a la consulta de endocrinología y se inició tratamiento respectivo. Se utilizaron medidas de tendencia central y no paramétricas para la descripción de la muestra.

Resultados

La prevalencia de enfermedad tiroidea en el embarazo fue de 33.9% (n=37), 12.8% (n=14) con hipotiroidismo clínico y 21.1% (n=23) hipotiroidismo subclínico. El 87.1% (n=95) de las pacientes refirió al menos un síntoma o antecedente como factor de riesgo para enfermedad tiroidea, solo el 12.8% (n=14), no presentaron ni síntomas ni antecedentes relacionados a esta entidad.. No hay relación entre los antecedentes o síntomas referidos y la presencia de enfermedad tiroidea.

Conclusiones

La prevalencia de enfermedad tiroidea tanto clínico como subclínica es mayor que la reportada en la literatura universal. No existe relación entre los factores de riesgo para enfermedad tiroidea y su resultado bioquímico. Realizar tamizaje universal detecta casi el doble de enfermedades tiroideas durante el embarazo.

Abstract

Objectives

To determine the prevalence of hypothyroidism during pregnancy in a group of pregnant patients attending antenatal care at the National Institute of Perinatology and to meet cases not detected by universal screening.

Materials and Methods

Was conducted from October 2012 to March 2013, in a group of pregnant patients attending to National Institute of Perinatology, thyroid profile was performed according to the recommendations of the American Thyroid Association. Patients were referred to endocrinology consultation and treatment was started in case of abnormal thyroid profile. We used central tendency and non-parametric measures for description of the sample.

Results

The prevalence of thyroid disease in pregnancy was 33.9% (n = 37), 12.8% (n = 14) with clinical hypothyroidism and 21.1% (n = 23) subclinical hypothyroidism. The 87.1% (n = 95) of patients reported at least one symptom or risk factor history for thyroid disease,

only 12.8% (n = 14), had no history or symptoms related to thyroid disease. There is no relationship between a history or symptoms reported and the presence of thyroid disease.

Conclusions

The prevalence of thyroid clinical and subclinical disease is greater than that reported in the literature. There is not relationship with each risk factor for thyroid disease. Perform universal screening detects almost twice thyroid disease during pregnancy.

Introducción

La prevalencia de enfermedad tiroidea durante el embarazo va del 0.3% al 0.5% para hipotiroidismo clínico y de 3 al 5% hipotiroidismo subclínico, la enfermedad tiroidea es la segunda endocrinopatía en frecuencia durante el embarazo¹. El hipotiroidismo es una endocrinopatía que se caracteriza por una acción inadecuada de las hormonas tiroideas en el organismo, donde la principal causa es la falta de producción de las mismas por la glándula tiroides. El origen autoinmune de esta enfermedad es la causa más frecuente en países sin deficiencia de yodo.²

A raíz de la participación de México en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia en 1990, la deficiencia de yodo adquirió nuevamente relevancia, sin embargo desde el año 1993 no se tiene información epidemiológica sobre la magnitud de la carencia de yodo y sus repercusiones.³ En México no existen estudios de prevalencia de enfermedad tiroidea durante el embarazo ni guías de práctica clínica en relación a tamizaje de enfermedad tiroidea durante el embarazo, los datos son controversiales. La deficiencia de hormonas tiroideas puede tener efectos adversos tanto en la madre como en su hijo dependiendo del grado de deficiencia y el momento de la misma⁴.

El hipotiroidismo subclínico se caracteriza la presencia de niveles elevados de tirotrópina (TSH) por arriba de los rangos de referencia en conjunto con la presencia de tiroxina libre (T4 libre) dentro de parámetros normales, esto se aplica solo en caso de estabilidad de la glándula tiroides en semanas previas, eje hipotálamo-hipófisis normal y no presencia de una enfermedad severa.⁵ De acuerdo con La Sociedad de

Endocrinología en los casos de hipotiroidismo diagnosticados durante el embarazo, se debe ofrecer un tratamiento adecuado a fin de mantener los niveles de TSH en rangos específicos de acuerdo al trimestre de la gestación; <2.5 mIU/litro en el primer trimestre y <3.0 mIU/litro en el segundo y tercer trimestre, se deberá repetir el perfil tiroideo en los primeros 30 a 40 días de iniciado el tratamiento y posteriormente cada 6 semanas.⁶

La sospecha clínica para este diagnóstico se basa en síntomas inespecíficos que en ocasiones están presentes durante el mismo embarazo, como son: fatiga, constipación, intolerancia al frío, calambres, insomnio, ganancia de peso, pérdida de cabello, cambios en la voz, piel seca, crecimiento de la glándula tiroidea⁷, La Asociación Americana de Tiroides, la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos y la Sociedad de Endocrinología recomiendan un tamizaje dirigido a casos de riesgo, sobre todo en pacientes embarazadas, incluyendo en este grupo a pacientes con historia familiar o personal de enfermedades tiroideas, historia personal de diabetes mellitus tipo 1, enfermedades autoinmunes o presencia de síntomas sugestivos de la enfermedad⁸.

Diversos estudios han asociado la deficiencia de hormonas tiroideas con múltiples efectos deletéreos en el embarazo, parto y puerperio. Las complicaciones incluyen infertilidad, aborto, preeclampsia e hipertensión gestacional, desprendimiento de placenta, parto pretérmino, bajo peso a la nacer, aumento en el número de cesáreas, hemorragia postparto y alteración en el desarrollo neuropsicosocial y cognitivo del recién nacido⁹.

No existen guías de práctica clínica en México que normen la conducta médica para realizar un perfil tiroideo en la paciente embarazada, distintas organizaciones a nivel

mundial emiten recomendaciones para el tamizaje de esta patología en la paciente embarazada. (Tabla 1).

En el Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México, durante el periodo comprendido de enero de 2007 a marzo de 2010 se registraron en el servicio de obstetricia 811 ingresos de pacientes con alguna patología tiroidea distribuyéndose de la siguiente manera; 2 pacientes con tiroiditis (0.24%), 165 pacientes con tirotoxicosis (20.3%), 24 otros bocios no tóxicos (2.95%), 612 pacientes con hipotiroidismo (75.4%), 6 con diagnóstico de hipotiroidismo subclínico (0.73%) y 2 trastornos tiroideos vinculados a deficiencia de yodo (0.24%), sin embargo, en nuestro país no se conocen los datos epidemiológicos sobre esta patología en nuestra población ni de sus repercusiones perinatales. El esclarecimiento de esta controversia podría llevar a la modificación de las políticas de atención de la mujer embarazada.

Objetivo

Conocer la prevalencia de hipotiroidismo clínico y subclínico durante la gestación en un grupo de pacientes embarazadas que acuden a control prenatal al Instituto Nacional de Perinatología y conocer los casos no detectados mediante el proceso del tamiz dirigido.

Materiales y Método

Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo que se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología durante el período comprendido entre Octubre de 2012 a Marzo de 2013, se incluyó a un grupo de pacientes embarazadas de primer ingreso al Instituto Nacional de Perinatología, con embarazo único, sin patología tiroidea preexistente y que fueron aceptadas como pacientes de la institución, se

incluyeron embarazos de todas las edades gestacionales; se obtuvo consentimiento informado firmado de todas las pacientes que aceptaron participar, en caso de aceptación se solicitó toma de perfil tiroideo completo (tirotropina, triyodotironina y tiroxina), se agrupó a las pacientes de acuerdo al riesgo alto o bajo para patología tiroidea de acuerdo a las recomendaciones de la Asociación Americana de Tiroides, mediante la aplicación de un cuestionario (anexo 1). Se excluyeron del estudio aquellas pacientes que no aceptaron participar en el mismo. La determinación de las pruebas de funcionamiento tiroideo se realizó por quimioluminiscencia amplificada a través del equipo Immulite 2000, (Siemens). Se recabaron los resultados de los perfiles tiroideos, se localizó inmediatamente a todas las pacientes con perfil tiroideo alterado, diagnóstico de hipotiroidismo o hipotiroidismo subclínico, se canalizaron a la consulta de endocrinología y se inició manejo con levotiroxina sódica hasta lograr niveles de tirotropina en parámetros ideales de acuerdo a la edad gestacional. Se utilizó el programa IBM SPSS 20 para almacenar y analizar la información. Se utilizaron medidas de tendencia central y no paramétricas para la descripción de la muestra y su comparación.

Resultados

Se obtuvo aceptación para participar en el estudio en 123 pacientes, de las cuales 14 de ellas (11.4%) no se realizaron el perfil tiroideo. Se incluyeron 109 pacientes finales, las características clínicas de las pacientes se presentan en la Tabla 1.

De nuestro grupo de pacientes, el 53.2% (n=58) fueron eutiroideas, la prevalencia de hipotiroidismo clínico e hipotiroidismo subclínico durante el embarazo en nuestro grupo

de estudio fue del 33.9% (n=37), 12.8% (n=14) con hipotiroidismo clínico y 21.1% (n=23) hipotiroidismo subclínico. El 12.8% (n=14) tuvieron diagnóstico de hipotiroxinemia aislada. Tabla 3. El 5.5% (n=6) de las pacientes se encontraban en el primer trimestre del embarazo, 60.6% (n=66) en segundo trimestre y el 33.9% (n=37) en el tercer trimestre. El diagnóstico bioquímico en cada trimestre se distribuyó de la siguiente manera; de las seis pacientes en el primer trimestre, el 83.3% (n=5) fueron eutiroides, la otra paciente 16.6% (n=1) se diagnosticó con hipotiroidismo subclínico. Durante el segundo trimestre, el 51.5% (n=34) fueron eutiroides, el 13.6% (n=9) tuvieron hipotiroidismo clínico, el 19.6% (n=13) se diagnosticaron con hipotiroidismo subclínico y el 15.1% (n=10) con hipotiroxinemia aislada. En el tercer trimestre del embarazo el 51.3% (n=19) fueron eutiroides, el 13.5% (n=5) con hipotiroidismo clínico, 24.3% (n=9) con diagnóstico de hipotiroidismo subclínico y el resto 10.8% (n=4) con hipotiroxinemia aislada.

En la Tabla 4, se muestra el porcentaje del total de pacientes que manifestaron un síntoma de hipotiroidismo en el interrogatorio dirigido. El 87.1% (n=95) de las pacientes refirió al menos un síntoma o antecedente como factor de riesgo para enfermedad tiroidea, solo el 12.8% (n=14), no presentaron ni síntomas ni antecedentes relacionados a enfermedad tiroidea.

De 58 pacientes eutiroides, el 89.6% (n=52) tenían al menos presencia de un síntoma o antecedente de riesgo para enfermedad tiroidea, solo el 10.3% (n=6) no tenían alguno de estos factores de riesgo. En relación al hipotiroidismo clínico, el 85.7% (n=12) tenían presencia de alguno de los factores de riesgo para enfermedad tiroidea, solo el 14.2% (n=2) negaba cualquier antecedente o síntoma relacionado a patología tiroidea. El

82.6% (n=19) de las pacientes con hipotiroidismo subclínico tenían al menos uno de los factores de riesgo presentes, el 17.3% (n=4) no refería alguno de los síntomas interrogados. De los casos reportados de hipotiroxinemia aislada, el 85.7% (n=12) tenían presencia de al menos un factor de riesgo para enfermedad tiroidea, el resto, 14.2% (n=2) no refería alguno de los síntomas anteriores.

En la tabla 5, se correlaciona el diagnóstico bioquímico con el número de síntomas referidos por las pacientes de acuerdo a cada diagnóstico. Se aplicó la prueba de χ^2 de Pearson para buscar la asociación entre el número de síntomas de hipotiroidismo manifestados por las pacientes y la presencia de una alteración en el perfil tiroideo con resultado de una $p=.859$, no significativo.

La tabla 6 muestra las pacientes que por tener un antecedente o síntoma en relación a enfermedad tiroidea tenían indicación de tamizaje dirigido, de igual forma se muestran aquellas que negaron todos los antecedentes y su relación con la alteración en el perfil tiroideo correspondiente. Así pues, se observa que solo el 12.8% (n=14) de las pacientes no tenían indicación alguna para tamizaje, de ellas el 57.1% (n=8) tuvieron alguna alteración en el perfil tiroideo. Por otro lado el 87.1% (n=95) de las pacientes refirieron algún antecedente o síntoma de riesgo para enfermedad tiroidea, de ellas, el 45.2% (n=43) tuvieron alteraciones en el perfil tiroideo, el resto 54.7% (n=52) tuvieron un resultado normal.

Discusión

En nuestro grupo de estudio la prevalencia de enfermedad tiroidea durante el embarazo es mayor a la reportada por Abalovich et al ¹⁰. Se observó que en nuestro grupo de estudio casi la mitad de las pacientes tuvieron algún tipo de alteración tiroidea.

Durante años ha sido motivo de controversia el realizar o no tamizaje universal con tirotropina durante el embarazo, existen diferentes posturas al respecto, en un estudio realizado por Negro et al ¹¹, se observó que no existen diferencias significativas en cuanto al resultado perinatal en pacientes con tamizaje universal comparadas con aquellas a las que se les realizó tamizaje dirigido por factores de riesgo. Actualmente se sabe que el hipotiroidismo clínico sin tratamiento durante el embarazo está relacionado de manera directa con resultados perinatales adversos entre los que se encuentra riesgo incrementado de aborto, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, anemia y hemorragia posparto ^{12,13}, recién nacidos pretérminos, bajo peso al nacimiento así como mayor incidencia de ingreso a las terapias intensivas neonatales ⁴ de la misma manera existe relación directa con el neurodesarrollo del recién nacido, esto de acuerdo a lo publicado por Haddow et al.¹⁴, por tal razón existe unanimidad en cuanto al tratamiento de esta patología durante el embarazo. Sin embargo, con respecto al hipotiroidismo subclínico en el embarazo no existe consenso en favor del tamizaje universal y tratamiento del mismo durante la gestación, en 2007 Vaidya et al ⁸ concluyeron que el tamizaje dirigido por factores de riesgo para enfermedad tiroidea durante el embarazo puede estar en relación a una falta en el diagnóstico de hasta un tercio de pacientes embarazadas con hipotiroidismo clínico o subclínico. Horacek et al ¹⁵ reportó hasta un 55% de

subdiagnóstico de enfermedad tiroidea en pacientes embarazadas si solo se realiza tamizaje con tirotropina a aquellas pacientes de alto riesgo de acuerdo a los factores para la enfermedad.

La mayoría de nuestras pacientes se encontraban en segundo o tercer trimestre del embarazo, no contando con determinaciones de tirotropina en el primer trimestre en la mayoría de los casos, de las pacientes en segundo y tercer trimestre casi la mitad de ellas tuvieron alguna alteración en las pruebas de funcionamiento tiroideo, correspondiendo nuestro estudio a lo reportado por Matuszek et al ¹⁶.

En nuestro estudio el 87.1% de las pacientes referían al menos algún síntoma o antecedente de riesgo para enfermedad tiroidea como indicación para realizar tamizaje dirigido, del grupo de pacientes eutiroideas el 89.6% (n=52) refirió algún antecedente o síntoma en relación a enfermedad tiroidea, este hallazgo es inespecífico dado que esto pudiese corresponde a la sintomatología propia del embarazo y más aún en las edades gestacionales de la mayoría de nuestras pacientes.

En nuestra población las indicaciones para la toma del perfil tiroideo son muy inespecíficas, dado que alrededor del 90% de las pacientes eutiroideas refirieron uno o más de los síntomas o antecedentes de riesgo para enfermedades tiroideas. Sin embargo como lo hemos visto en los resultados, no existe asociación entre el síntoma presentado ni el número de síntomas referidos y el diagnóstico de alguna patología tiroidea (p=.859).

De acuerdo a lo mostrado en la tabla 6, es importante señalar que del total de las pacientes que tenían indicación para toma de perfil tiroideo, la mitad 54.7% (n=52) no

mostraron alteración en el mismo, por otro lado el resto de pacientes 45.2% (n=43) de las pacientes de riesgo mostraron alguna alteración, finalmente al realizar tamiz dirigido a nuestras pacientes, el 57.1% (n=8), presento alguna alteración tiroidea, cuando no estaba indicado tomar este laboratorio.

Conclusiones

La prevalencia de enfermedad tiroidea tanto clínica como subclínica es mayor que la reportada en la literatura universal en nuestra población de estudio. Dentro de nuestra población no existe relación con cada uno de los factores de riesgo ni en el número de los mismos para presentar enfermedad tiroidea clínica o subclínica durante la gestación. Los síntomas sugestivos de enfermedad tiroidea en el embarazo son inespecíficos y dificultan el tamizaje dirigido por síntomas para enfermedades tiroideas en el embarazo. Al realizar tamizaje universal se detecta hasta casi el doble de enfermedades tiroideas tanto clínicas como subclínicas en el embarazo, con la posibilidad de evitar resultados perinatales adversos al instituir tratamiento inmediato.

Las limitantes de nuestro estudio incluyen el tamaño de la muestra, por lo que debe ser considerado como estudio piloto. La población estudiada pertenece a Institución de tercer nivel de atención médica, con otros factores de riesgo, no tiroideos, no considerados en nuestro análisis.

Declaro que no existe conflicto de intereses al realizar este estudio.

Bibliografía

1. Reid SM, Middleton P, Cossich MC, Crowther CA. Interventions for clinical and subclinical hypothyroidism in pregnancy. Cochrane database of systematic reviews 2010:CD007752.
2. Diagnóstico y Tratamiento de Hipotiroidismo Primario en Adultos. In: Salud Sd, ed. México2009.
3. Martínez H CR, Lechuga D, Ramos I, et al. Deficiencia de yodo y otros posibles bociógenos en la persistencia del bocio endémico en México. Gac Méd Méx 2002;138.
4. LaFranchi SH, Haddow JE, Hollowell JG. Is thyroid inadequacy during gestation a risk factor for adverse pregnancy and developmental outcomes? Thyroid : official journal of the American Thyroid Association 2005;15:60-71.
5. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Endocrine practice : official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists 2012;18:988-1028.
6. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 2012;97:2543-65.
7. Fitzpatrick DL, Russell MA. Diagnosis and management of thyroid disease in pregnancy. Obstetrics and gynecology clinics of North America 2010;37:173-93.
8. Vaidya B, Anthony S, Bilous M, et al. Detection of thyroid dysfunction in early pregnancy: Universal screening or targeted high-risk case finding? The Journal of clinical endocrinology and metabolism 2007;92:203-7.
9. Leung AS, Millar LK, Koonings PP, Montoro M, Mestman JH. Perinatal outcome in hypothyroid pregnancies. Obstetrics and gynecology 1993;81:349-53.
10. Abalovich M, Amino N, Barbour LA, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 2007;92:S1-47.
11. Negro R, Schwartz A, Gismondi R, Tinelli A, Mangieri T, Stagnaro-Green A. Universal screening versus case finding for detection and treatment of thyroid hormonal dysfunction during pregnancy. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 2010;95:1699-707.
12. Casey BM, Leveno KJ. Thyroid disease in pregnancy. Obstetrics and gynecology 2006;108:1283-92.
13. Harborne LR, Alexander CE, Thomson AJ, O'Reilly DS, Greer IA. Outcomes of pregnancy complicated by thyroid disease. The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology 2005;45:239-42.
14. Haddow JE, Palomaki GE, Allan WC, et al. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. The New England journal of medicine 1999;341:549-55.
15. Horacek J, Spitalnikova S, Dlabalova B, et al. Universal screening detects two-times more thyroid disorders in early pregnancy than targeted high-risk case finding. European journal of endocrinology / European Federation of Endocrine Societies 2010;163:645-50.
16. Matuszek B, Zakoscielna K, Baszak-Radomska E, Pyzik A, Nowakowski A. Universal screening as a recommendation for thyroid tests in pregnant women. Annals of agricultural and environmental medicine : AAEM 2011;18:375-9.

Tabla 3

Prevalencia de enfermedad tiroidea en el embarazo en un grupo de pacientes de primer ingreso al Instituto Nacional de Perinatología

	n=	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Eutiroideas	58	53.2%	53.2%
Hipotiroidismo clínico	14	12.8%	66.1%
Hipotiroidismo subclínico	23	21.1%	87.2%
Hipotiroxinemia aislada	14	12.8%	100%
Total	109	100%	

Tabla 4

Síntomas de hipotiroidismo referidos en nuestro estudio (n=109)		
<i>Síntoma</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>n=</i>
Cansancio	44%	48
Intolerancia al frío	45.9%	50
Estreñimiento	45.9%	50
Olvidos	29.4%	32
Razonamiento lento	16.5%	18
Aumento de peso	22%	24
Disnea	37.6%	41
Antecedentes familiares	13.8%	15
Antecedente de DM1	0.9%	1
Antecedente de prétermino	6.4%	7
Antecedente de abortos	25.7%	28
Antecedente de cirugía en cuello	0.9%	1
Antecedente de infertilidad	13.8%	15

Tabla 5

		Relación del total de síntomas referidos y el diagnóstico bioquímico										
		<i>Total de síntomas</i>										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
Diagnostico bioquímico	Eutiroides	5	12	8	10	6	8	7	2	0	0	58
	Hipotiroidismo Clínico	2	3	1	3	1	0	3	0	0	1	14
	Hipotiroidismo subclínico	2	8	3	4	1	3	2	0	0	0	23
	Hipotiroidismo aislada	2	2	2	1	1	3	1	1	0	1	14
TOTAL		11	25	14	18	9	14	13	3	0	2	109

Tabla 6

Aplicación de tamizaje versus diagnóstico de enfermedad tiroidea			
	Presencia o Ausencia de antecedente o síntoma para tamiz		Total
	Si	No	
Normal	52	6	58
%	89.6%	10.3%	100%
Hipotiroidismo clínico	12	2	14
%	85.7%	14.2%	100%
Hipotiroidismo subclínico	19	4	23
%	82.6%	17.3%	100%
Hipotiroidismo aislada	12	2	14
%	85.7%	14.2%	100%
Total	95	14	109
%	87.1%	12.8%	100%

FORMATO PARA LA RECOLECCION DE DATOS. (Anexo 1)

Nombre:				Edad:		Expediente:		Fecha:	
G	P	A	C	FUM:	Peso:	Talla:	IMC:		
Patología de ingreso al INPER:									
				SI	NO			SI	NO
¿Se siente cansada la mayor parte del tiempo?						¿Ha tenido usted o algún familiar enfermedad de la glándula tiroides?			
¿Es muy friolenta?						¿Tiene diagnóstico de Diabetes tipo 1?			
¿Tiene estreñimiento?						¿Ha tenido hijos prematuros, esto es, nacidos antes de las 37 semanas de gestación (o antes de los 8 meses de embarazo)?			
¿Se le olvidan fácilmente las cosas?						¿Ha tenido algún aborto? ¿Cuántos?			
¿Se tarda en razonar las cosas?						¿Ha recibido radioterapia en la cabeza o el cuello para el tratamiento de cáncer?			
¿Antes del embarazo notó que aumentaba de peso con facilidad (más del 5% de lo que pesaba)?						¿Ha tenido problemas para embarazarse?			
¿Siente que le falta el aire al caminar?									
TSH:		T3T:		T4L:		Anti TG:		Anti TPO:	
YU:									