

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE

97

**"HIPOTIROIDISMO Y EMBARAZO.
COMPLICACIONES ASOCIADAS."**

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTADA POR
DRA. MARIA ANGELICA MEJIA JIMENEZ

ASESOR: DR. EDGARDO RAFAEL PUELLO TAMARA

COLABORADORES: DRA. POLITA DEL ROCIO CRUZ CRUZ

DR. MANUEL VELASCO OLIVARES

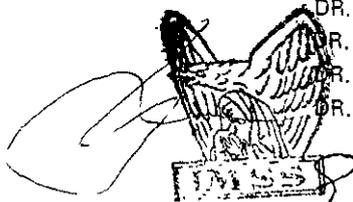
DR. ARMANDO CRUZ RODRIGUEZ

DR. ABEL ENARA ORRUTIA

DR. ISAAC ALFARO COHEN



IMSS



MEXICO, CENTRO MEDICO LA RAZA
Resp. de Gineco-Obstetricia
Jefe de Enseñanza e Investigacion



2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

*"Hipotiroidismo y Embarazo.
Complicaciones Asociadas"*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Instituto Mexicano del Seguro Social
Centro Médico Nacional la Raza
Hospital de Gineco Obstetricia No. 3
Hospital Amigo del Niño y de la Madre

**" HIPOTIROIDISMO Y EMBARAZO.
COMPLICACIONES ASOCIADAS."**

Tesis de Postgrado para obtener el título de la Especialidad en Ginecología y
Obstetricia.

PRESENTA

DRA. MARIA ANGELICA MEJIA JIMENEZ

ASESOR: Dr. Edgardo Rafael Puello Támara.

México, D.F.

FEBRERO 2000.

1.

**HIPOTIROIDISMO Y EMBARAZO
COMPLICACIONES ASOCIADAS**

2.

Dr. Edgardo Rafael Puello Támara

Adscripción: Servicio de Medicina Fetal del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional la Raza.

Dra. María Angélica Mejía Jiménez

Adscripción: Residente de tercer año del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3, Centro Médico Nacional la Raza.

Dra. Polita del Rocio Cruz Cruz.

Dr. Manuel Velasco Olivares.

Dr. Armando Cruz Rodríguez.

Dr. Abel Barra Urrutía.

Dr. Isaac Alfie Cohen.

Adscripción: Servicio de Medicina Fetal del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional la Raza.

3.

Servicio de Medicina Fetal del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional la Raza.

4.

Avenida Plan de San Luis No. 533, Colonia Nueva Santa María,

Delegación Azcapotzalco, C P. 02800

Teléfono: 5556 - 2341

A DIOS

Porque todo lo que tengo
Y lo que soy
Se lo debo a él.

A MIS PADRES

Por su apoyo incansable,
Por sus desvelos
Por su amor incondicional
Y porque gracias a todo
Su esfuerzo he logrado
Otra meta en mi vida.

A MI ESPOSO Y MI HIJO

Que ahora son la razón
y motivo de mi existir.

En especial a ti Armando, por estar
Conmigo, por tu apoyo
y porque te amo.

*A MIS HERMANOS Y
FAMILIA*

Porque gracias a su unión
Fortaleza y apoyo he seguido
adelante.

*A TODOS MIS PROFESORES
AMIGOS Y COMPAÑEROS*

A sus enseñanzas y a todos
Los momentos tan agradables
y lindos que se viven durante
la residencia.

INDICE

1. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.
2. JUSTIFICACION.
3. OBJETIVO.
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.
5. MATERIAL Y METODOS.
6. RESULTADOS.
7. CONCLUSIONES.
8. BIBLIOGRAFIA.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El embarazo complicado con patología de la glándula tiroides en general es poco frecuente, sin embargo en los hospitales de tercer nivel por su misma naturaleza de ser de concentración en donde se admiten gestantes complicadas de otras unidades hacen que esta patología se vea con mucha frecuencia. Esto aunado a que el hipertiroidismo como el hipotiroidismo, son 5 a 10 veces más comunes en las mujeres que en los hombres, y porque la mayoría de estos procesos son habituales en los adultos jóvenes. (1)

La prevalencia es de 1 a 2% para ambas afecciones. El embarazo puede alterar la evolución de la enfermedad tiroidea, a la inversa, las manifestaciones del exceso o la deficiencia de hormonas tiroideas y el tratamiento de estas afecciones, pueden tener efectos potencialmente adversos sobre la gestación. (1,2)

Existen ciertos procesos patológicos que pueden simular alteración de la glándula tiroidea y por ende se les debe reconocer para evitar diagnósticos erróneos de hipertiroidismo o hipotiroidismo.

La variedad de patologías que pueden inducir estas anomalías es amplia, desde el simple ayuno, las infecciones, el estrés quirúrgico, la diabetes, la enfermedad cardíaca, nefropatía y patología hepática hasta el shock. (1, 2, 3,)

Aquí tenemos que muchas mujeres afectadas por hiperemesis gravídica presentaron hipertiroidismo bioquímico. esta condición caracterizada por supresión de tirotrófina (hormona tiroestimulante, TSH sérica), e incremento de tiroxina, sin evidencia de enfermedad tiroidea previa o de enfermedad tiroidea autoinmune; y en general, con resolución espontánea entre la primera a la décima semana. (2, 3)

La enfermedad de graves, es la causa más frecuente de hipertiroidismo en mujeres embarazadas. (1,2,3)

La preeclampsia y la falla cardíaca han sido reportadas y observadas en 5 de 8 mujeres embarazadas hipertiroideas, en quienes el tratamiento fué iniciado después del parto. Esto es interesante, ya que en mujeres embarazadas hipertiroideas; a pesar de la normalización en la función tiroidea después del tratamiento, permanecen hiperdinámicas con aumento de la función cardíaca y disminución de la resistencia vascular; comparadas con mujeres embarazadas eutiroideas. (2,4)

El embarazo complicado con hipertiroidismo, es ampliamente reconocido como causa potencial del daño fetal. Momotani e Ito, en un gran número de mujeres embarazadas hipertiroideas; observaron complicaciones como aborto espontáneo en un 25.7% y productos prematuros en un 14.9%, en comparación con un 12.8% y 9.5% respectivamente en mujeres embarazadas eutiroideas. (2,3,4,5)

Los datos históricos indican que la enfermedad de Graves por más de 10 años de evolución, tirotoxicosis materna después de la semana 30 de gestación y diagnóstico de la enfermedad de Graves antes de los 20 años de edad, se asocian significativamente con incremento en el riesgo de recién nacido con peso bajo para edad gestacional. (2)

Sin embargo, el hipertiroidismo bioquímico que ocurre solamente en el primer trimestre, no se complica con recién nacidos de peso bajo para edad gestacional, ni anomalías fetales. (2)

Las malformaciones congénitas como la anencefalia, el ano imperforado y el labio hendido, han sido reportadas con una incidencia del 6%, en recién nacidos de mujeres embarazadas hipertiroides no tratadas; mientras que, en neonatos en quienes sus madres fueron eutiroides después del tratamiento con propiltiouracilo o metimazol, no se observaron malformaciones congénitas.

Otros autores no han reportado un incremento en la incidencia de malformaciones congénitas en recién nacidos en quienes sus madres cursan hipertiroides durante el tiempo de la embriogénesis y que fueron posteriormente tratadas con medicamentos antitiroideos. (2,3,5,6)

En general, se ha recomendado que las dosis bajas que son efectivas controlando el hipertiroidismo materno pueden ser usadas para evitar el hipotiroidismo y bocio fetales. (2, 7, 8)

Las dosis de propiltiouracilo y el metimazol, son igualmente efectivos en restaurar el hipertiroidismo materno. El tiempo promedio para la normalización de la tiroxina es de 7 y 8 semanas respectivamente. El propiltiouracilo cruza la barrera placentaria con mayor dificultad que el metimazol, por lo que ha sido recomendado por otros autores como el tratamiento ideal en mujeres embarazadas hipertiroides. Sin embargo las dosis de 250 a 450 mgs, de propiltiouracilo y de 5 a 20 mgs, de metimazol, causan efectos similares en la función tiroidea materna y fetal. Así mismo no se recomienda la asociación de medicamentos antitiroideos y de levotiroxina durante el embarazo, ya que puede incrementar la necesidad de dosis mayores de antitiroideos y con esto el riesgo de hipotiroidismo fetal. (2, 8)

Los bloqueadores beta adrenérgicos, son utilizados como coadyuvantes de la terapia antitiroidea cuando existe sintomatología simpática como taquicardia materna, temblor, etc., sin embargo, tienen efectos secundarios como bradicardia fetal e hipoglucemia perinatal.

Las causas más comunes de hipotiroidismo, son la tiroiditis auto inmune y el tratamiento quirúrgico o con Iodo para el hipertiroidismo. (2, 9)

En mujeres hipotiroides no tratadas, se incrementa el riesgo de complicaciones maternas y fetales.

Los estudios han reportado un incremento en la prevalencia de anomalías congénitas (10 a 20%), mortalidad perinatal (20%) y retraso mental, así como retraso en el desarrollo psicossomático en un 50 a 60% de los recién nacidos de madres hipotiroides no tratadas. (2, 4,9)

Probablemente estas complicaciones tan serias han sido observadas en mujeres embarazadas no monitorizadas adecuadamente.

Mendel y colaboradores observaron normalización de hormona tiroestimulante sérica al incrementar la dosis de tiroxina por arriba de 148 mcg \pm 15 mcg diariamente, con reducción en el puerperio. Evaluando la función tiroidea de mujeres embarazadas hipotiroides desde las 8 semanas y 6 meses de gestación, se observa que el 50 a 75% de las mujeres requieren incrementos de levotiroxina.

En conclusión, la mayoría de las embarazadas hipotiroides manifiestan un resultado exitoso del embarazo, pero el tratamiento del hipotiroidismo mejorará aún más las probabilidades de éxito y en consecuencia siempre se le debe administrar cuando el caso así lo amerite.

JUSTIFICACION

El presente estudio surgió de la necesidad de conocer la evolución integral de la paciente con hipotiroidismo y embarazo, realizada en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional la Raza, ya que debido a que se trata de un hospital de concentración, el número de pacientes es muy alto y por ende, ésta Patología muy frecuente.

OBJETIVOS

Conocer la frecuencia de las complicaciones maternas y fetales en embarazadas, asociadas con Hipotiroidismo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe mayor número de complicaciones maternas y/o fetales en las pacientes con embarazo e hipotiroidismo

PROGRAMA DE TRABAJO MATERIAL Y METODO

CRITERIOS DE INCLUSION

- a) Mujeres embarazadas con hipotiroidismo cuyo control prenatal y resolución del embarazo se llevó a cabo en el -Servicio de Medicina fetal del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3, Centro Médico Nacional la Raza.
- b) Mujeres embarazadas de cualquier edad o semanas de gestación, portadoras de hipotiroidismo.
- c) Mujeres embarazadas hipotiroideas que han recibido tratamiento para regular su función tiroidea durante el embarazo.
- d) Mujeres embarazadas hipotiroideas de cualquier etiología y de cualquier tiempo de evolución.
- e) Pacientes embarazadas con hipotiroidismo ya diagnosticado.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- a) Mujeres embarazadas hipotiroideas que no hayan llevado control prenatal o resolución del embarazo en el Servicio de Medicina Fetal del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3, Centro Médico Nacional la Raza.
- b) Mujeres embarazadas hipotiroideas con otra enfermedad sistémica asociada y con diagnóstico previo a la gestación, ya sea controlada o no.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- a) Pacientes embarazadas hipotiroideas que no hayan resuelto su embarazo en el Servicio de Medicina Fetal del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3, Centro Médico Nacional la Raza.
- b) Pacientes con expediente incompleto.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todas las pacientes embarazadas con hipotiroidismo que hayan recibido control prenatal y su resolución del embarazo, en el Servicio de Medicina Fetal, del hospital de Ginecología y Obstetricia No.3, Centro Médico Nacional la Raza, entre el período comprendido entre el 1° de Enero de 1997 al 31 de Diciembre de 1997.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: mujeres embarazadas con hipotiroidismo.

VARIABLES DEPENDIENTES: maternas y fetales.

Variables maternas;

1. aborto espontáneo
2. hiperemesis gravica
3. anemia
4. preeclampsia
5. amenaza de parto pretermino
6. desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
7. hemorragia postparto

Variables fetales:

8. sufrimiento fetal crónico
9. muerte fetal
10. malformaciones congenitas (anencefalia, ano imperforado, labio y paladar hendido, microcefalia, etc.)
11. recién nacidos prematuros
12. recién nacido de peso bajo para edad gestacional
13. hipotiroidismo congénito
14. bocio congénito
15. muerte perinatal

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

1. ABORTO ESPONTANEO.- expulsión de producto de la gestación, por causas naturales y sin ayuda de agentes medicinales o mecánicas, durante las primeras 20 semanas de embarazo, o con peso de 499 grs o menos.

ESCALA DE MEDICION SI o NO.

2. HIPEREMESIS GRAVIDICA.- estado caracterizado por intolerancia para la vía oral, lo cual provoca deshidratación, desnutrición en grado variable y desequilibrio hidroelectrolítico manifestada por oliguria, hipovolemia y signos de alcalosis metabólica.
3. ANEMIA.- se denomina esta en las mujeres embarazadas, cuando la hemoglobina es inferior de 10 grs/dl durante el embarazo o el puerperio.
ESCALA DE MEDICION SI o NO.
4. PREECLAMPSIA.- definida como la hipertensión arterial, junto con proteinuria y/o edema después de la semana 20 de gestación, durante el parto y puerperio inmediato. ECLAMPSIA.- desarrollo de convulsiones y/o coma, en pacientes con signos y síntomas de, preeclampsia, en ausencia de otras causas de convulsiones.
ESCALA DE MEDICION SI o NO.
5. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO.- presencia de actividad uterina, aumentada en frecuencia, intensidad y duración, acompañada de modificaciones cervicales, que pueden presentarse entre las 21 a las 37 semanas de gestación.
ESCALA DE MEDICION SI o NO.
6. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA. sinónimo de abrupto placentario. Es la separación total o parcial de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina, cuando el feto aún se encuentra en utero, siempre que ocurra después de la semana 20 de gestación y antes del tercer período de trabajo de parto.
ESCALA DE MEDICION SI o NO
7. HEMORRAGIA POSTPARTO.- pérdida de una cantidad de sangre superior a 500 ml, durante las 24 hrs. que siguen al alumbramiento. ESCALA DE MEDICION SI o NO
8. SUPRIMIENTO FETAL CRONICO.- estado crítico del feto, debido a una alteración en el intercambio metabólico entre éste y la madre, que produce modificaciones bioquímicas, hemodinámicas y endocrinas, manifestadas por hipoxia, desequilibrio ácido-base, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, y en ocasiones meconio en líquido amniótico.
ESCALA DE MEDICION SI o NO.
9. MUERTE FETAL (OBITO FETAL).- es la muerte en utero de un feto que al nacer pesa 501 grs ó más independientemente de la edad gestacional.
ESCALA DE MEDICION SI O NO.
10. MALFORMACIONES CONGENITAS.-
 - *Anencefalia*.- malformaciones que se caracterizan por la ausencia completa o parcial del cerebro y craneo suprayacente.
 - *Ano imperforado*.- anomalía congénita en la que el recto termina en un saco ciego, a causa de la atresia del ano.

- *Labio hendido*.- malformación congénita en la que se presenta hendidura del labio superior, ya sea unilateral o bilateral, pudiendo o no estar acompañado de hendidura en el arco alveolar en el paladar .
ESCALA DE MEDICION SI o NO.

11. *RECIEN NACIDO PREMATURO*.- Producto de la concepción que comprende de la 28 a la 37 semanas de gestación, lo que equivale a un peso desde 1000 grs, hasta menos de 2500 grs.
ESCALA DE MEDICION SI o NO
12. *RECIEN NACIDO DE PESO BAJO PARA LA EDAD GESTACIONAL*.- Producto de la concepción, en el que el primer peso obtenido después del nacimiento resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.
ESCALA DE MEDICION SI o NO
13. *HIPOTOROIDISMO CONGENITO*.- Es la consecuencia de una producción insuficiente de hormona tiroidea, que puede ponerse de manifiesto en una fase muy precoz de la vida.
14. *BOCIO CONGENITO*.- Aumento del tamaño de la glandula tiroides, con frecuencia como resultado de un aumento de la secreción hipofisaria de hormona tirotrópica, en respuesta a una cantidad reducida de hormonas tiroideas circulantes
ESCALA DE MEDICION SI O NO
15. *MUERTE PERINATAL*.- Muerte del producto que ocurre desde que el embarazo cumple 21 semanas, hasta los 28 días de nacido.

EXPRESADO EN TASA;

No. de nacidos con peso de 1000 grs ó más

No. de muertos neonatales con 1000 grs o más x 1000

No. total de nacimientos con 1000 grs ó más

ESCALA DE MEDICION SI o NO

RECOLECCION DE DATOS

Se efectuará en dos sabanas, las cuales contienen datos de mujeres embarazadas con hipotiroidismo registrandose lo siguiente:

Nombre de la paciente

Cédula

No. de gestas, para, abortos y cesareas

Etiología del hipotiroidismo

Tiempo de evolución

Semanas de gestación de inicio de control en tercer nivel

Tratamiento: levotiroxina, así como dosis inicial y dosis final

Semana de gestación de resolución del embarazo, y vía de resolución

Indicación de la cesarea

Peso del recién nacido

APGAR al minuto y a los 5 minutos

Complicaciones fetales; (sufrimiento fetal crónico, malformaciones congénitas, productos prematuros, recién nacido con peso bajo para edad gestacional, hipotiroidismo congénito, bocio congénito, muerte fetal, muerte perinatal, etc)

Complicaciones maternas: aborto espontáneo, anemia, preeclampsia, amenaza de parto pretermino, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, hemorragia postparto, etc),

No. de estudios tococardiograficos (prueba de condición fetal sin estres) realizados y hallazgos.

No. de estudios ultrasonograficos realizados y hallazgos, de acuerdo a reporte de grado de maduración placentaria, polihidramnios y oligoamnios, así como retardo en el crecimiento intrauterino, etc.

METODO ESTADISTICO

Estadística Descriptiva

RESULTADOS

Se recabaron 42 de 239 expedientes de pacientes con hipotiroidismo manejadas durante el período de Enero de 1997 al 31 de Diciembre del mismo año; esto, debido a expedientes depurados, incompletos o con resolución del embarazo fuera de la unidad por lo que se excluyeron del estudio.

El promedio de edad fue de 28.1 años con un rango mínimo de 16 y máximo de 40 años. Con una desviación standard = 5.2 (*Tabla No. 1*).

El número de gestaciones en promedio fue de 2.2 con un rango mínimo de 1 y máximo de 5, con una D.E.= 1.1 (*Tabla No. 2*). Con rango de para, abortos y cesareas de 1-3, 1-2 y 1-3 respectivamente.

El tiempo de evolución del hipotiroidismo desde su diagnóstico fue de 60.2 meses (5 años) con un rango mínimo de 4 meses y máximo de 228 (19 años), con una DE= 59.9 (*Tabla No. 3*).

La semanas de gestación (SDG), en que se inicio la vigilancia prenatal en esta unidad fue en promedio de 16 semanas con un rango mínimo de 6 y máximo de 32, con una DE=7.0 (*Tablas No. 4 y 5*).

El promedio en semanas de gestación en que se interrumpió el embarazo fue de 38 semanas con un rango mínimo de 36 y máximo de 40 semanas con DE=0.9. (*Tabla No. 6*).

El número de embarazos interrumpidos por vía cesaria fue 32, es decir un 76% (*Tabla No. 7*). De estos el promedio de peso en los Recién nacidos fue de 2999 grs, con un rango mínimo de 2200grs, y máximo de 3825 grs, con DE=387.7 grs. (*Tabla No. 8*).

Así mismo se obtuvo una media en cuanto a la calificación de APGAR al minuto y a los 5 minutos de 7.9 y 8.8 respectivamente, con rangos mínimos de 4 y 7 y máximo de 9 y 9 (*Tabla No.9*).

Las indicaciones para la cesarea fueron las siguientes: DCP (14 pacientes), B.R.F. (3 pacientes), preeclampsia severa (2), presentación pélvica (3), SFA (2), RCIU (2), iterativa (3), macrosomía fetal (1), bradicardia fetal (1), madre adolescente = 16 años (1).(*Tabla No. 10*).

El número de pacientes con resolución del embarazo por vía vaginal fue de 10, es decir 24%.

Con un promedio de peso al nacer del RN de 294 grs, con un rango mínimo de 1875 grs, y máximo de 4075 grs. Con APGAR en promedio al minuto y a los 5 minutos de 7.4 y 8.7 respectivamente. Con un rango mínimo de 2 y 6 y máximo de 9 y 9. (*Tabla No. 8 y 9*).

En cuanto al tratamiento, el promedio de dosis de levotiroxina al inicio de la vigilancia prenatal fue de 94 mcg, y al termino del embarazo con una media de 114.9 mcgs, con una dosis máxima de 300 mcgs/día, utilizada en dos pacientes, con $P=0.008$, existiendo una diferencia significativa entre estos valores, lo que traduce que en el embarazo es necesario ajustar las dosis levotiroxina ya que existen cambios fisiológicos en el mismo. (*Tabla No.11*).

Con respecto a las complicaciones fetales observadas encontramos SFA en una paciente y datos de sufrimiento fetal crónico en dos de ellas. (*Tabla No. 12*).

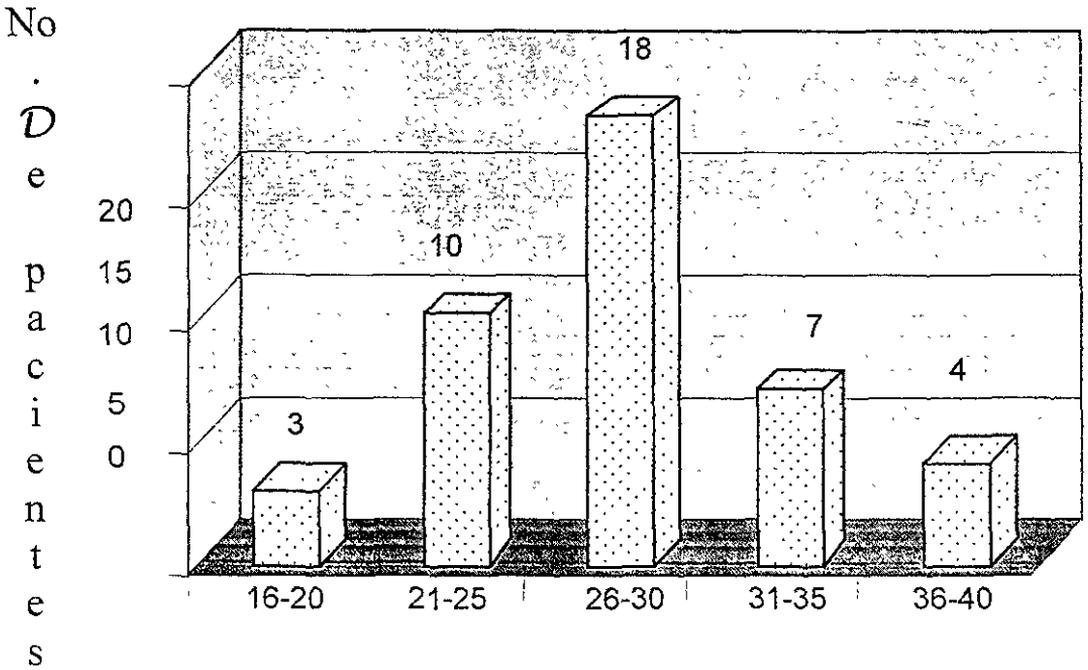
Las complicaciones maternas observadas fueron: hiperemesis gravidica (una paciente), preeclampsia severa (2), y amenaza de parto pretermino en (6 pacientes, la cual remitió al tratamiento intrahospitalario.

En relación a los estudios realizados de USG, estos corresponden a la edad gestacional por FUM, sin más alteraciones.

La PCESS, sólo en una paciente demostró un trazo silente 38 sdg por lo que se interrumpió el embarazo. En otras dos pacientes se observó taquicardia fetal persistente.

TABLA # 1

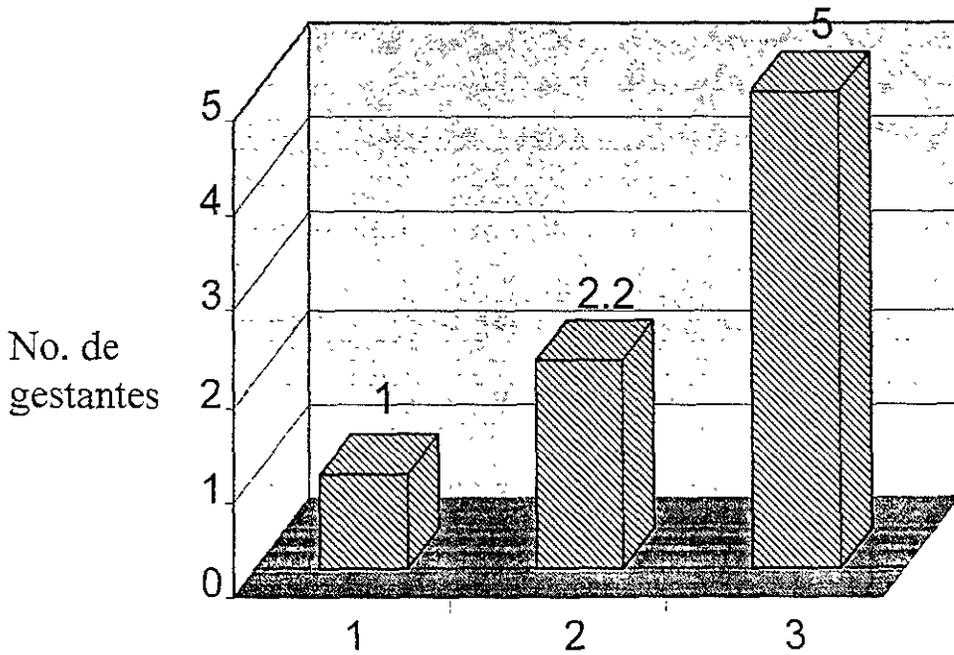
Edad de las pacientes con Hipotiroidismo



Edad Años

☐ No. pacientes = 42
X edad = 28.1 años
Rango mínimo = 16 años
Rango máximo = 40 años
DS = 5.2

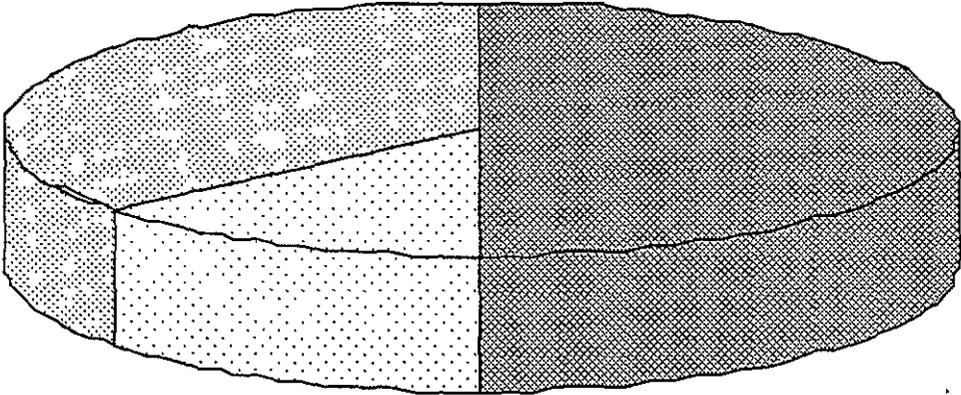
TABLA # 2
Número de Gestaciones



\bar{x} $X = 2.2$
Rango mínimo = 1
Rango máximo = 5

TABLA # 3

Tiempo de evolución del Hipotiroidismo desde su diagnóstico



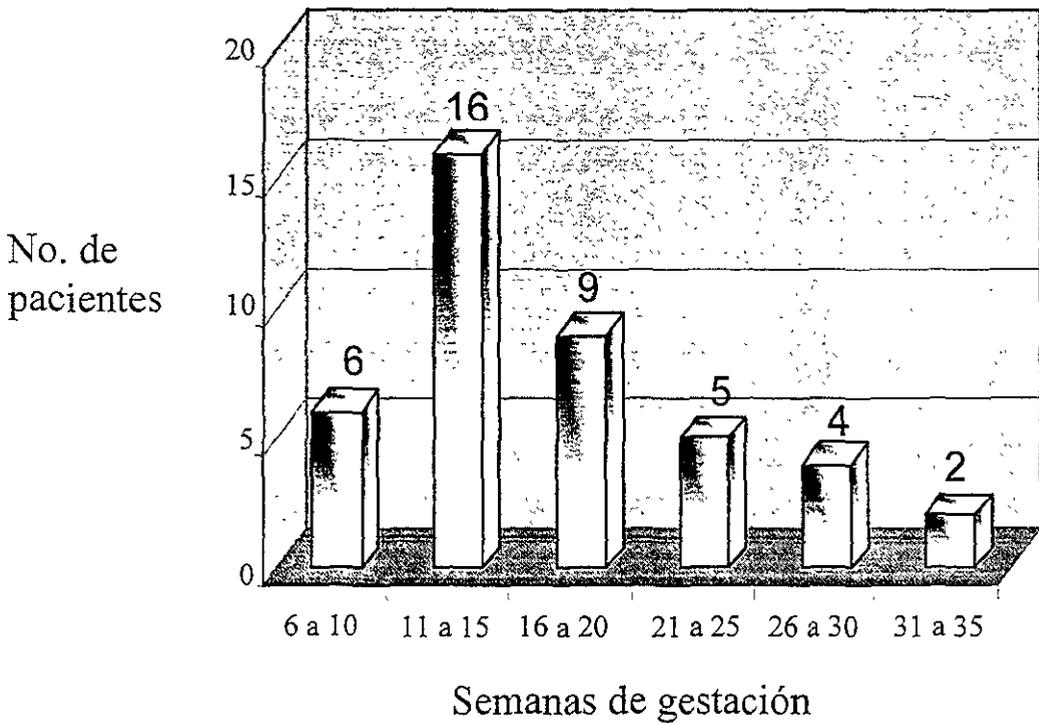
■ Promedio 60.2 meses = 36 pacientes

■ Rango mínimo 4 meses = 5 pacientes

■ Rango máximo 228 meses = 1 pacientes

TABLA # 4

Semana de gestación en que se inicio la vigilancia prenatal



X = 16 semanas

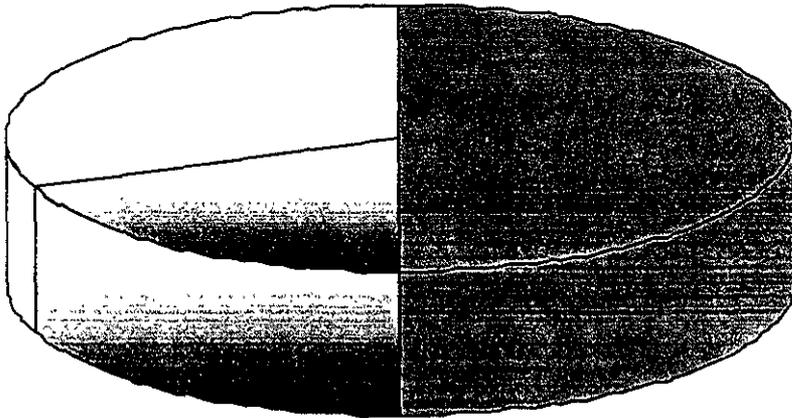
Rango mínimo = 6 semanas

Rango máximo = 32 semanas

D S = 7.0

TABLA # 5

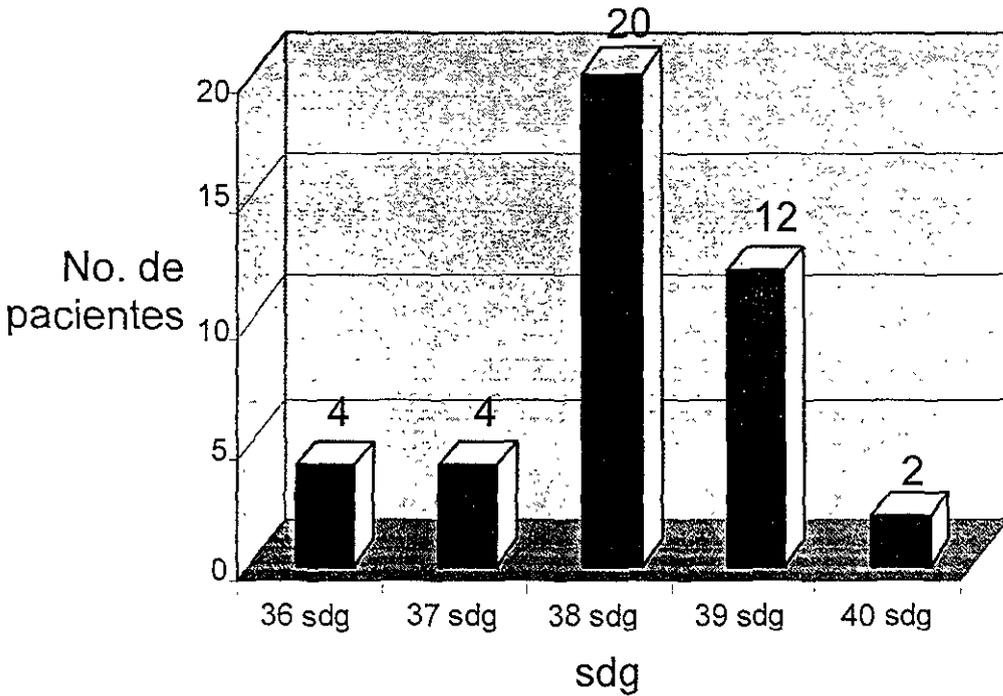
Trimestre de gestación en que se inicio la vigilancia prenatal



- Segundo Trimestre = 20 pacientes
- Primer Trimestre = 15 pacientes
- Tercer Trimestre = 7 pacientes

TABLA # 6

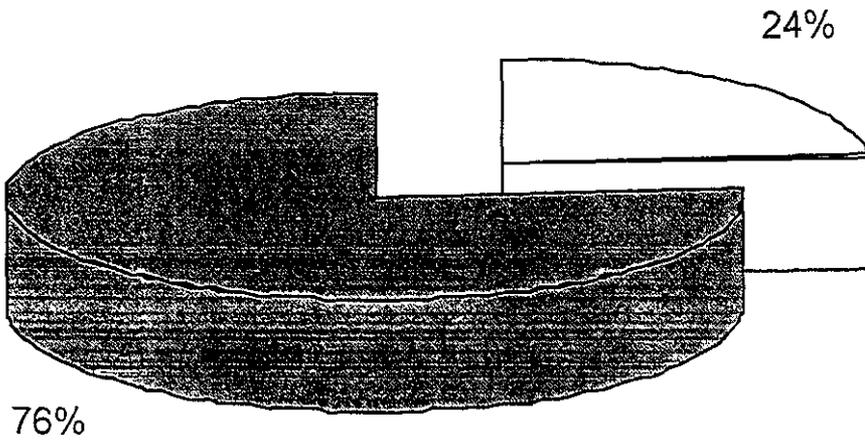
Semanas de Gestación de Interrupción del Embarazo



■ $X = 38$ sdg
Rango mínimo = 36 sdg
Rango máximo = 40 sdg
D S = 0.9

TABLA # 7

Vía de Interrupción del embarazo

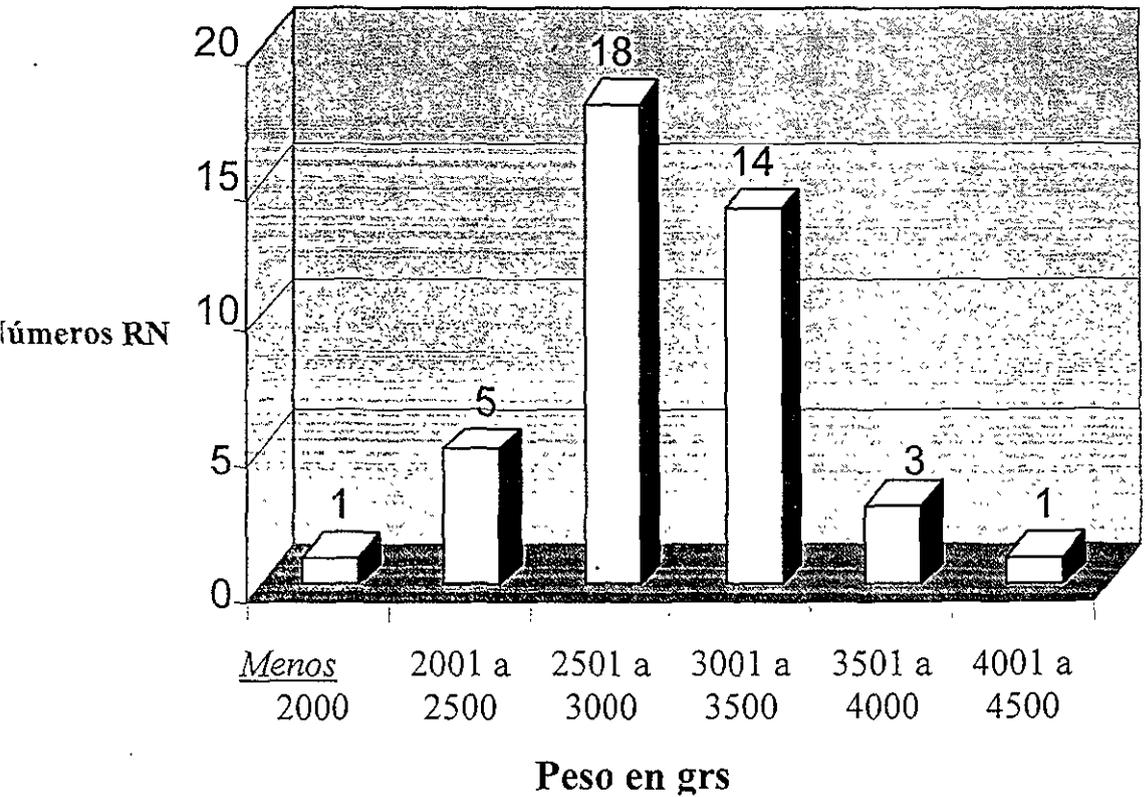


■ Cesarea = 32 = 76.1%

□ Parto = 10 = 24%

TABLA # 8

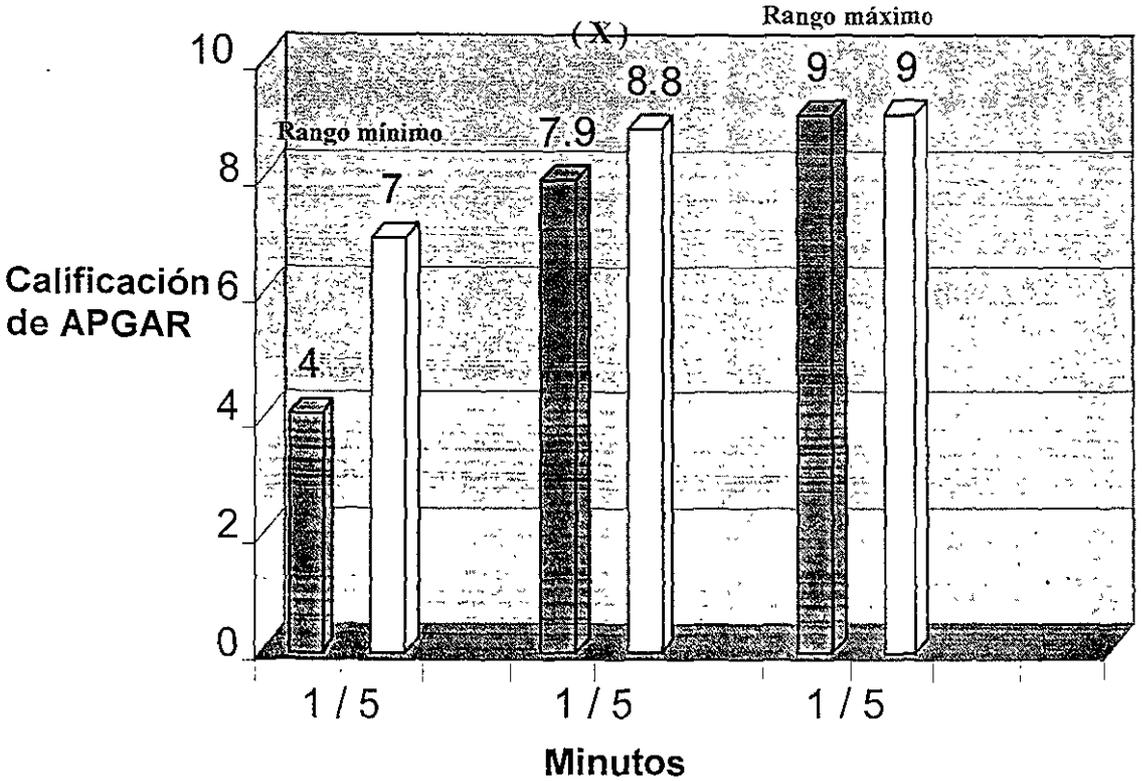
Peso en grs de RN



- No. pacientes = 42
- X peso RN = 2999 grs
- Rango mínimo = 2200 grs
- Rango máximo = 3825 grs
- D S = 387.7 grs

TABLA # 9

Calificación de APGAR para RN al minuto y 5 minutos



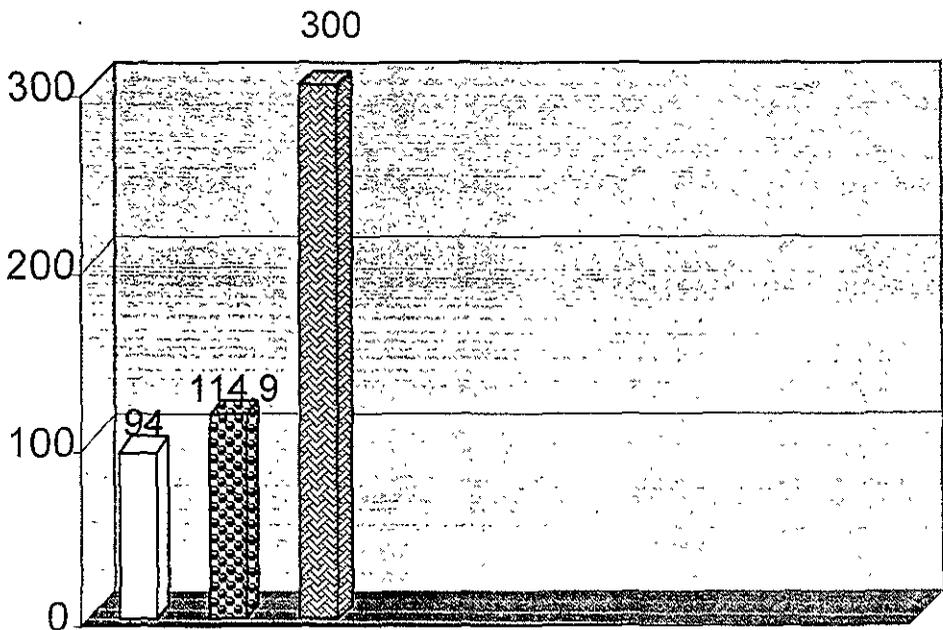
- APGAR al minuto
- APGAR a los cinco minutos

X = 7.9 - 8.8 (27 y 4 RN)
Rango mínimo = 4 - 7 (9 y 2 RN)
Rango máximo = 9 - 9 (7 y 36 RN)

TABLA #10
INDICACIONES DE CESAREA
Total de pacientes = 32

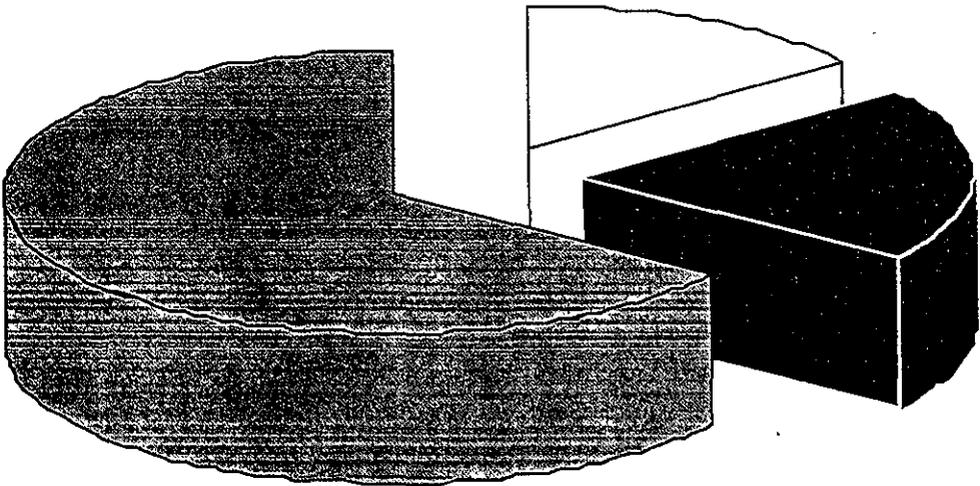
DCP	14 Pacientes
BRF	03 Pacientes
Preclampsia severa	02 Pacientes
Presentación Pélvico	03 Pacientes
S.F.A.	02 Pacientes
R.C.I.U.	02 Pacientes
Iterativa	03 pacientes
Macrosomia Fetal	01 Pacientes
Bradicardia Fetal	01 Pacientes
Madre adolescente	01 Pacientes

TABLA # 11
Dosis de Levotiroxina



- \bar{X} al inicio de la vigilancia prenatal = 94 mcg
- ▤ \bar{X} al termino del embarazo = 114.9 mcg
- ▨ Dosis máxima utilizada = 300 mcg

TABLA # 13
Complicaciones Maternas



- Hiperemesis gravidica = 1 Paciente
- Preedampsia Severa = 2 Pacientes
- ▣ Amenaza Parto Protermino = 6 Pacientes

CONCLUSIONES

Por lo anterior podemos concluir:

Que las pacientes con hipotiroidismo y embarazo que llevan un buen control prenatal, cursan con mínimas o nulas complicaciones y por lo tanto se observa buen pronóstico para el binomio.

Por otro lado hay que señalar, la importancia en el ajuste o modificación de las dosis de levotiroxina para un mejor control, esto debido a los cambios fisiológicos mismos del embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

NORBERT GLEICHER. Principles of medical therapy in pregnancy. Plenum Publishing corporation, New York. 1986:243-260.

ELIO ROTI, ROBERTA MINELLI AND MARIO SALVI. Management of hiperthyroidism in the pregnant woman. Journal of clinical Endocrinology and Metabolism. Mayo, 1996; 81: 1679-82.

JONH H. LAZARUS. .Hiperthyroidism. Lancet, February 1997; 349: 339-43 .

ANNAS S. LEUNG, MD, LYNNAEK. MILLAR, MD, PAUL P. KOONINGS, MD AND ETAL. Perinatal outcome in hypothyroid pregnancies obstet and Ginecol. March, 1993; 81: 349-53.

A. KRIPLANT, KBUCKSHEE, V, L. BHARGAVA, D. TAKKAR, A.C. AMMINI. Maternal and perinatal outcome in thyrotoxicosis complicating pregnancy. European Journal of Obstetrics and Ginecology and reproductive Biology. January, 1994; 54: 159-63.

CHRISTOS G. HATJIS, MD, FACOG. Diagnosis and successful treatment of fetal goitrous hyperthyroidism caused by maternal Graves disease Obstet and Ginecology. May, 1993; 81: 837-39.

ROSALIND S. BROWND, RONAL L. BELLISARIO, DIEGO BOTERO AND ETAL. Incidence of transient congenital hypothyroidism due to maternal thyrotropin receptor-blocking antibodies in over one million babies. Journal of clinical Endocrinology and Metabolism. September, 1996; 81: 1147-51.

DEBORAHA WING, MD, LYNNAE K. MILLAR, MD, PAUL P . KOONINGS AND ETAL. Acomparision of propylthiouracil versus methimazole in the treatment of hyperthyroidism in pregnancy. American Journal Obstet andGinecol 1994; 170:90-95

ROBERT S. LINDSAY, ANTHONY D TOFT. Hypothyroidism. The Lancet. February, 1997; 349: 413-17.

MANUAL DE NORMAS y PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA. IMSS

WALDO E. NELSON, MD. Tratado de Pediatría. Décimo tercera edición, volumen II, editorial; Interamericana 1989: 1290-97.