

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**



INFORME FINAL DE LA TESIS DE GRADUACIÓN

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y PERINATAL DE PACIENTES CON
HIPOTIROIDISMO Y EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE
LA MUJER EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO-DICIEMBRE DEL
2019.

Presentado por

Dra. Ivania Velliny Carrillo Lovos

Para optar al título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Asesor de tesis:

Dra. Claudia Lorena Rodríguez de Gutiérrez

San salvador, noviembre 2020

Contenido

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. OBJETIVOS.....	5
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	6
5. RESULTADOS.....	9
6. DISCUSIÓN.....	23
7. CONCLUSIONES.....	24
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
9. ANEXOS.....	28

1. RESUMEN

El curso de la gestación, parto y puerperio pueden ser alterados por las enfermedades tiroideas, es por ello que toda mujer con patología tiroidea debe consultar antes y al momento de la gestación, para llevar un control multidisciplinario estricto.

Las hormonas tiroideas tienen repercusiones en la gestación y el feto; es por eso por lo que la identificación temprana y tratamiento oportuno de la patología tiroidea, modifica los resultados perinatales.

Para realizar el perfil clínico y perinatal de pacientes hipotiroideas atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer, se incluyeron 52 pacientes en un período comprendido de enero a diciembre de 2019, se realizó un estudio tipo descriptivo de corte transversal por medio de una revisión de expedientes clínicos, dichos resultados fueron vertidos en una base de datos y analizados a través del programa Excel, lo que generó discusión de resultados y posteriormente presentarlos en los gráficos.

Los resultados obtenidos nos muestran que el mayor porcentaje de pacientes hipotiroideas pertenece a edades comprendidas entre 26-40 años, primíparas, obesas, con estudios hasta nivel secundaria, estado civil acompañadas, las cuales presentan como complicación obstétrica más frecuente el oligohidramnios, bocio, y los neonatos en mayor porcentaje nacieron a término, arriba de las 37 semanas de gestación, y presentan como complicación más frecuente el síndrome de distrés respiratorio e ictericia neonatal.

2. INTRODUCCION

Las hormonas tiroideas son de gran necesidad en el desarrollo del ser humano desde etapas tan tempranas como 9 y 12 semanas, que contribuye a nivel cerebral, coclear, visual, en estas primeras semanas de gestación, la hormona tiroidea fetal proviene principalmente de la madre, por lo que el desarrollo del feto se puede ver afectado si los niveles de esta hormona a nivel de la madre son bajos. (3)

La disfunción tiroidea durante la gestación conlleva múltiples complicaciones en el buen curso de esta. El hipotiroidismo está asociado a: infertilidad, abortos de repetición, preeclampsia, retardo del crecimiento intrauterino, abrupcio placenta y prematuridad; así como con secuelas en los neonatos: alteraciones en el desarrollo neurológico y motor, siendo su máxima expresión el cretinismo.

Esta es la razón de la importancia de establecer el diagnóstico en edades gestacionales tempranas, para lograr que el embarazo trascorra libre de riesgos. (5)

Las complicaciones perinatales a causa del hipotiroidismo podrían a aumentar el riesgo de morbimortalidad materna y neonatal.

El hipotiroidismo no tratado, o tratado de forma inadecuada se ha asociado con anemia materna (recuento bajo de glóbulos rojos), miopatía (dolor muscular, debilidad), insuficiencia cardíaca congestiva, preeclampsia, anomalías de la placenta, niños de bajo peso al nacer, y hemorragia (sangrado) del postparto. Estas complicaciones pueden ocurrir con mayor frecuencia en mujeres con hipotiroidismo severo. La mayoría de las mujeres con hipotiroidismo leve pueden no tener ningún síntoma o atribuir los síntomas que tengan al embarazo. (8)

El objetivo de este estudio fue establecer perfil epidemiológico y factores de riesgo de la paciente hipotiroidea atendida en el Hospital Nacional de la Mujer, a su vez

describir el perfil obstétrico y complicaciones materno y neonatal en el periodo comprendido de enero-diciembre del 2019.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil clínico y perinatal de pacientes con hipotiroidismo y embarazo manejadas en el Hospital Nacional de la Mujer de enero-diciembre 2019

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer el perfil epidemiológico y factores de riesgo materno en las pacientes en estudio.
2. Establecer el perfil y complicaciones obstétricos en pacientes estudiadas.
3. Determinar el perfil clínico en pacientes estudiadas.
4. Establecer el perfil neonatal de pacientes en el estudio.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

- **METODOLOGÍA**

- Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal, retrospectivo

- Universo de estudio

Todas las pacientes con embarazo e hipotiroidismo que llevan control de embarazo completo y verifican parto en Hospital Nacional de la Mujer

- Periodo de investigación

De enero a diciembre de 2019

- ✓ Selección y tamaño de muestra

Para la selección de la muestra se indago el promedio de pacientes egresadas por año con diagnóstico de hipotiroidismo y embarazo, obteniendo un promedio 60-70 pacientes anuales en los últimos tres años. Para el año 2019 la totalidad de pacientes egresadas registradas en el SIMMOW fueron 71 y se seleccionaron 52 pacientes ya que cumplían con criterios de inclusión.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

INCLUSIÓN

1. Embarazo más hipotiroidismo, diagnosticado previo al embarazo o en el embarazo
2. Pacientes que llevaron control completo en el Hospital Nacional de la Mujer.
3. Todas las edades

4. Incluyen pacientes en el año 2019
5. Pacientes que verifiquen parto en el Hospital Nacional de la Mujer “María Isabel Rodríguez”

EXCLUSIÓN

1. Paciente con duda diagnóstica
2. Pacientes que no verifiquen parto en el establecimiento
3. Pacientes de otros países

• PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo con los objetivos propuestos y con base al tipo de variables, se realizó un instrumento donde se recolectaron características clínicas y perinatales asociadas con el problema en estudio. Se realizó una revisión de expedientes de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación, posteriormente los datos fueron vaciados en un instrumento de recolección de datos, previamente elaborada en base a los indicadores y variables ya establecidas. Se realizó la tabulación de la información recolectada y se utilizó el programa estadístico Excel. para su posterior tabulación en tablas de frecuencia y siendo plasmadas en graficas de barra o pastel. Posteriormente se realizó un análisis y discusión de estos, y se dieron conclusiones.

MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS

Este estudio fue sometido a evaluación por el Comité de Ética del Hospital Nacional de la Mujer y aprobado en noviembre del 2019.

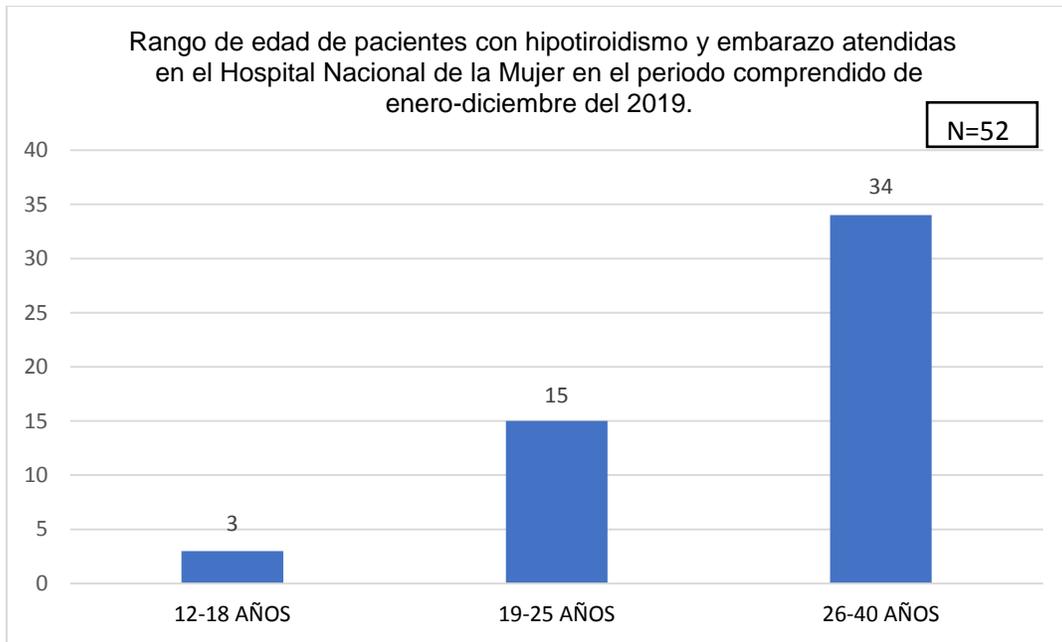
No se publicaron los nombres de los pacientes sujetos a estudio, ya que los datos obtenidos se utilizaron únicamente como objeto de estudio en el presente trabajo

de investigación, se guardarán los datos de manera digital por un periodo de 5 años y posteriormente serán borrados.

4. RESULTADOS

1.OBJETIVO

Establecer el perfil epidemiológico y factores de riesgo materno de pacientes con hipotiroidismo y embarazo atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer en el periodo comprendido de enero-diciembre del 2019.



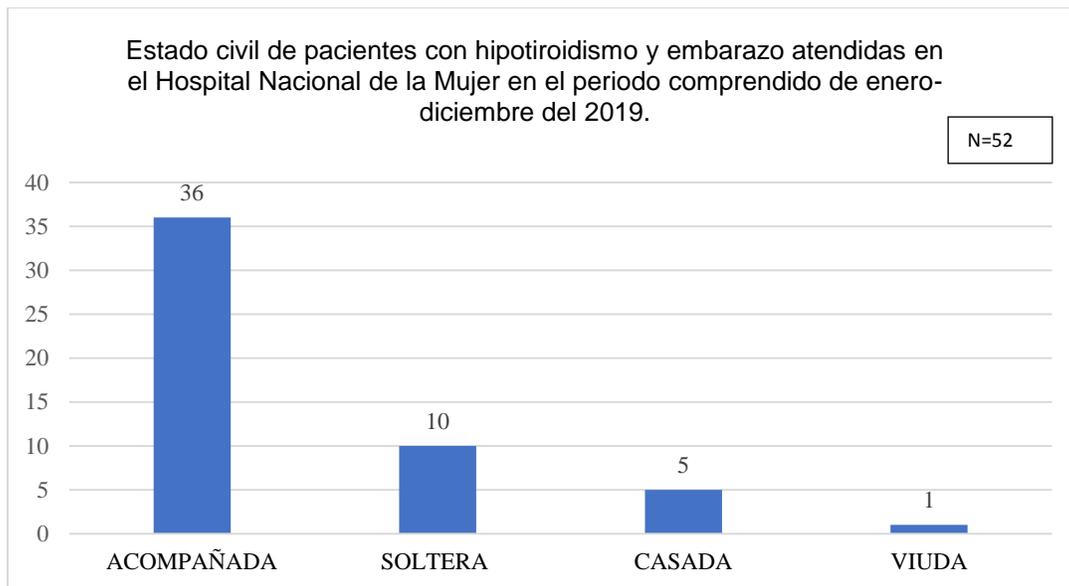
Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 1. Las pacientes en estudio que llevaron control prenatal el 65% pertenecía a edades entre los 26-40 años, y el 29% a edades entre 19 a 25 años.

Procedencia de pacientes con hipotiroidismo y embarazo atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer en el periodo comprendido de enero-diciembre del 2019.	
Procedencia	Pacientes
Urbano	36
Rural	16
Total	52

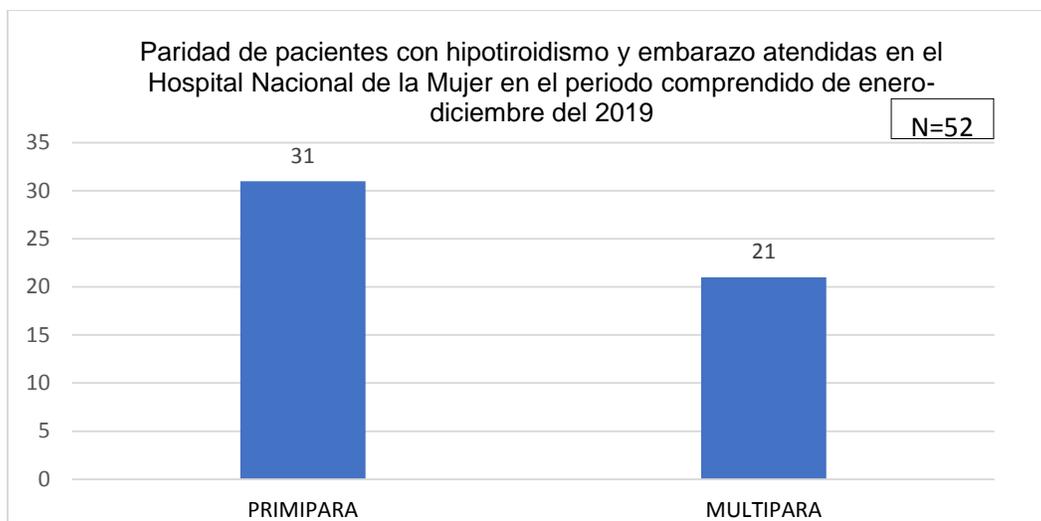
Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Tabla 1. El mayor porcentaje de pacientes que fueron estudiadas pertenece al área urbana esto corresponde a 70%.



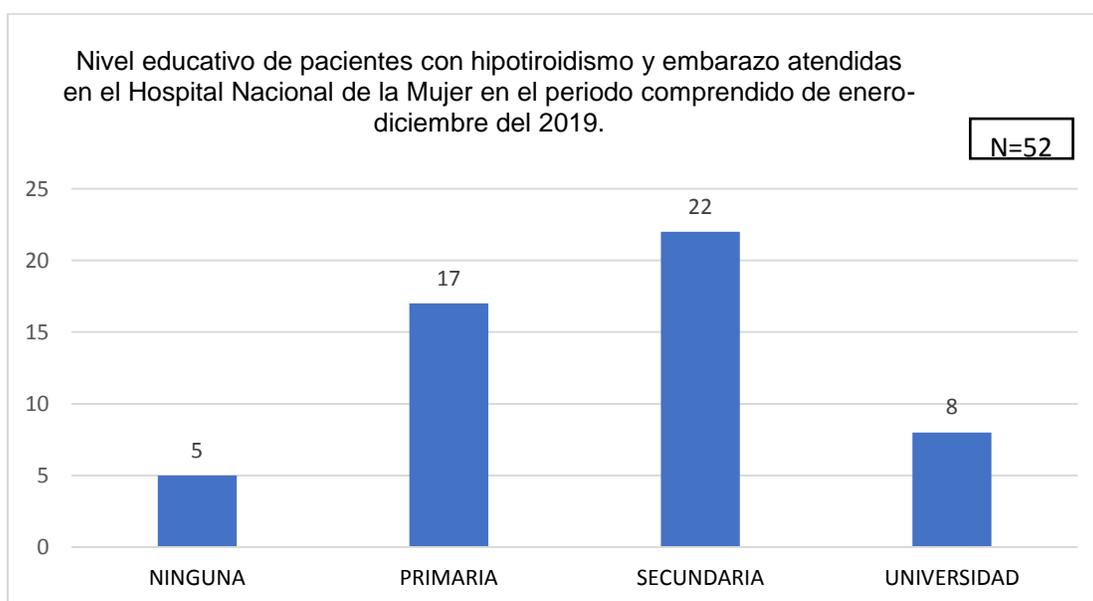
Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 2. Las pacientes que pertenecieron al estudio el mayor porcentaje 70 % tiene un estado civil acompañada y solamente 2% viuda.



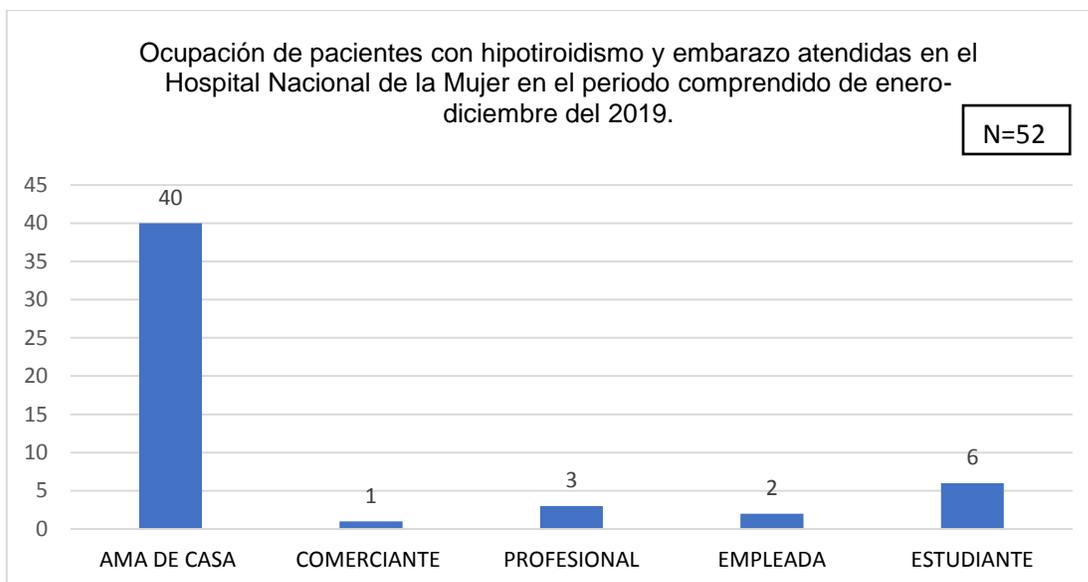
Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 3. El 60% de paciente atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer en el año 2019 con hipotiroidismo fueron primíparas y el 40% múltíparas. No se encontraron pacientes gran múltíparas.



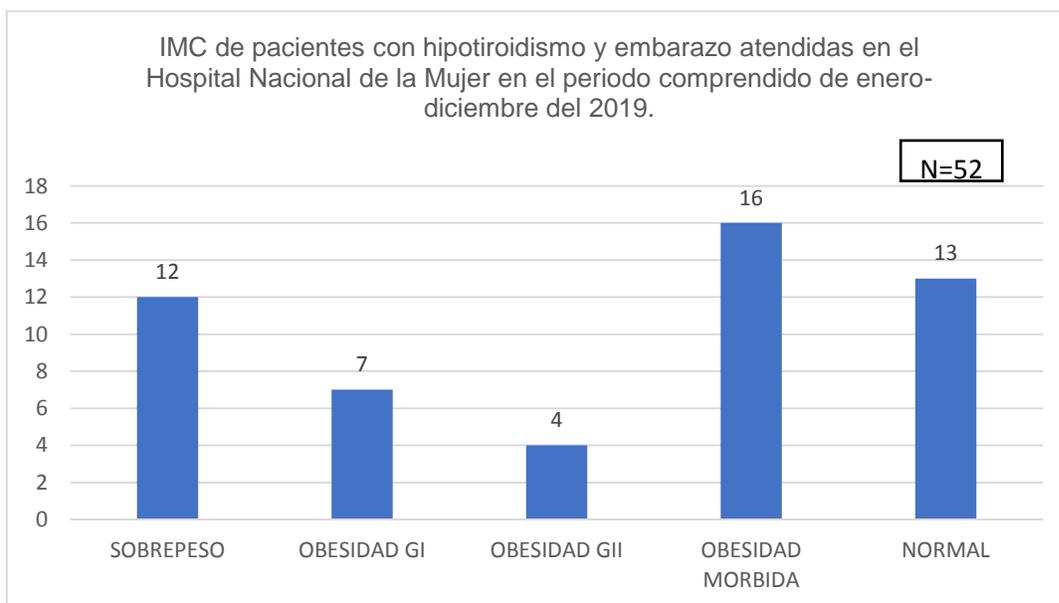
Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 4. E mayor porcentaje de pacientes tienen un grado académico que representa el 93% y el 10% no tenía ningún estudio.



Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 5. El total de pacientes estudiadas el 77% tiene como ocupación ama de casa, 12 % estudiante, 6% son profesionales y 5 % empleada.



Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 6. IMC de las pacientes en estudio la mayoría tiene problemas de sobrepeso (IMC 25 a 30 kg/ m²) y obesidad representando (IMC >30 Kg / m²) el 75% del total de estas y solo 25% poseen un peso normal (IMC <25 kg/ m²).

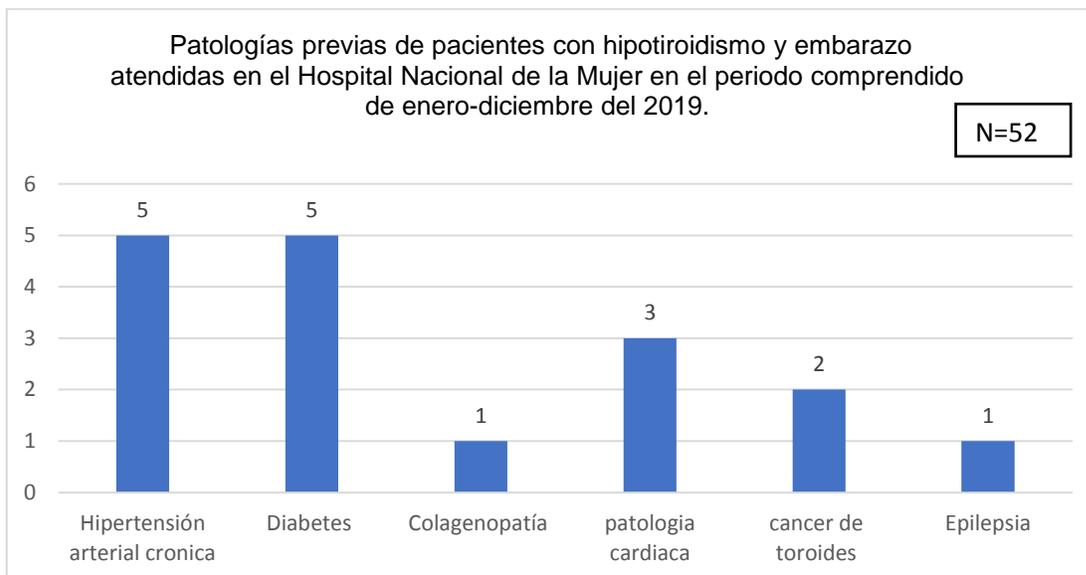
Enfermedad autoinmunes y antecedentes familiares de pacientes con

hipotiroidismo y embarazo atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer en el periodo comprendido de enero-diciembre del 2019.

Antecedentes autoinmunes: -Artritis reumatoidea	1
Antecedente familiar: -Hipertensión arterial crónica -Diabetes mellitus	2

Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Tabla 2. En las pacientes en estudio se encontraron datos de antecedentes de artritis reumatoidea como enfermedades autoinmunes consignado en el expediente. Como antecedentes familiar 2 pacientes se encontró documentado, una con diabetes y 1 paciente con antecedente familiar con hipertensión arterial crónica.



Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 7. Del total de pacientes que ingresaron al estudio el 34% tiene patologías previas de las cuales, 10% presentaron hipertensión arterial crónica, 10% antecedentes de diabetes mellitus, 2% colagenopatía, 6% enfermedad cardiaca (en las cuales se encontraba taquicardia y un prolapso de válvula mitral), 4% cáncer de tiroides y 2% epilepsia.

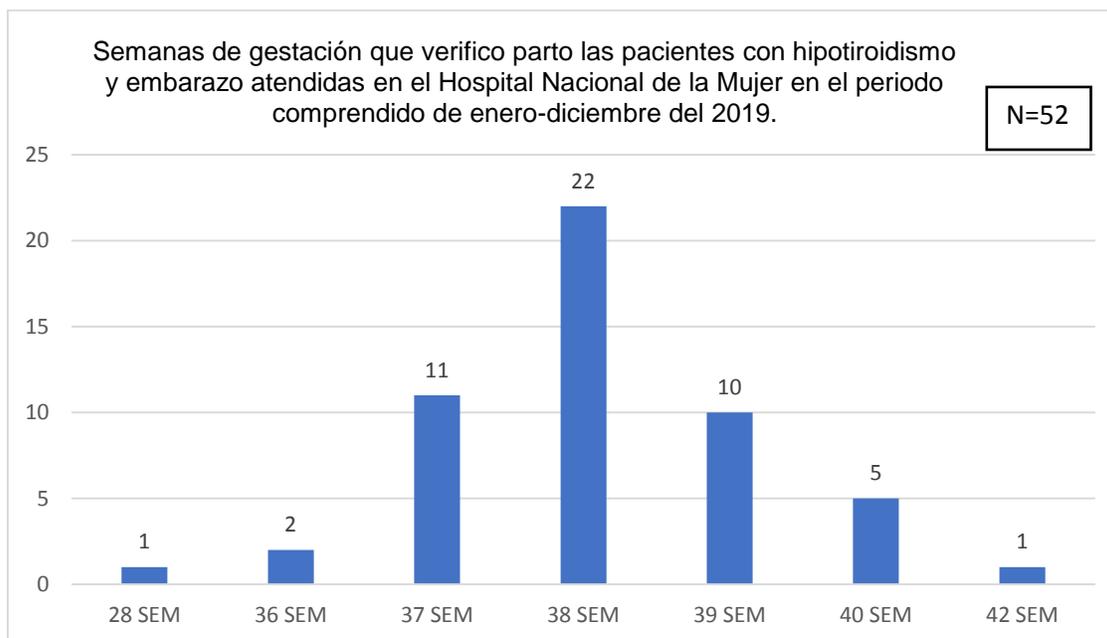
2. OBJETIVO

Establecer el perfil y complicaciones obstétricas en pacientes con hipotiroidismo y embarazo atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer en el periodo comprendido de enero-diciembre del 2019.

Parto pretérmino de pacientes con hipotiroidismo y embarazo atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer en el periodo comprendido de enero-diciembre del 2019.	
Parto a término (mayor 37 semanas de gestación)	49
Parto pretérmino (menor de 36 6/7 semanas de gestación)	3
Total	52

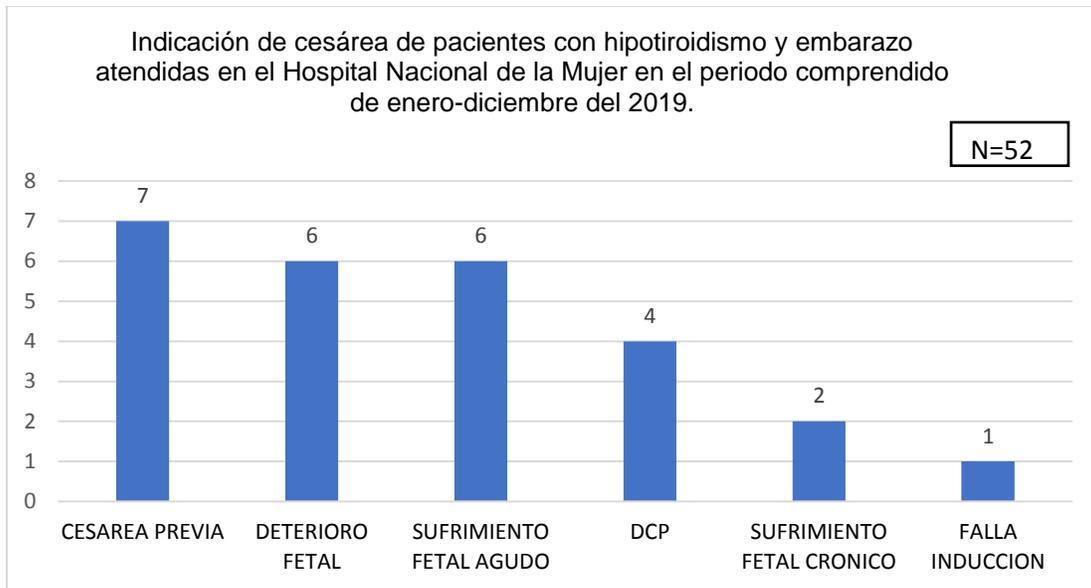
Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Tabla 3. Del total de pacientes el 94% presento un parto de termino.



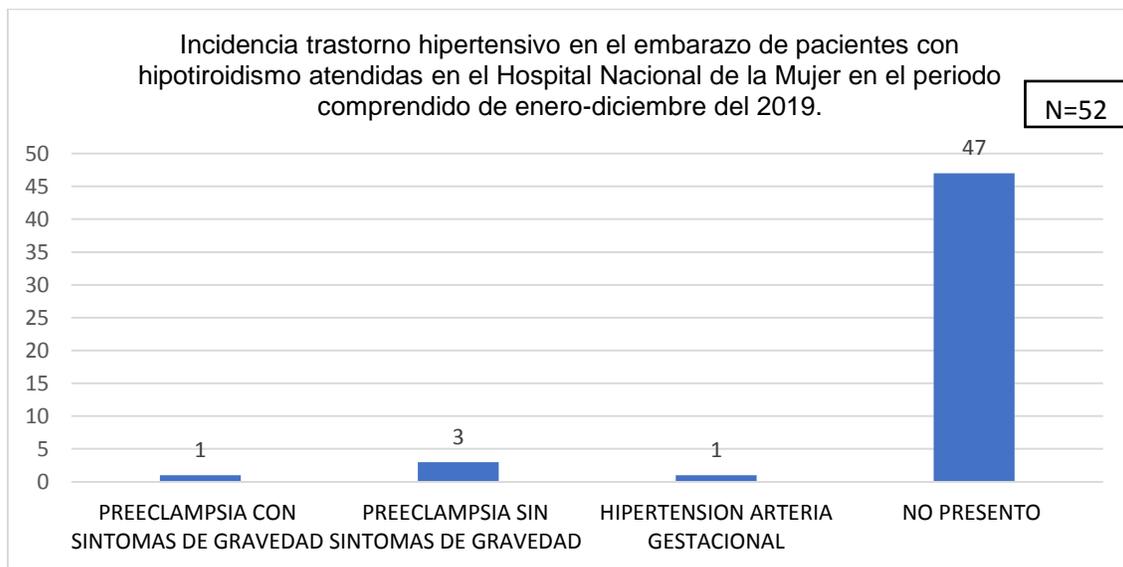
Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 8. De los partos pretérmino, de estas se incluyen 2 a las 36 semanas y 1 a las 28 semanas, representando la prematuridad solo el 6% de los casos estudiados.



Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 9. De las pacientes en estudio 50% verificaron parto vía vaginal y 50% vía abdominal, como indicaciones de la cesárea se incluyen 13% cesárea previa, 12% debido a deterioro fetal, 12% debido a sufrimiento fetal agudo.



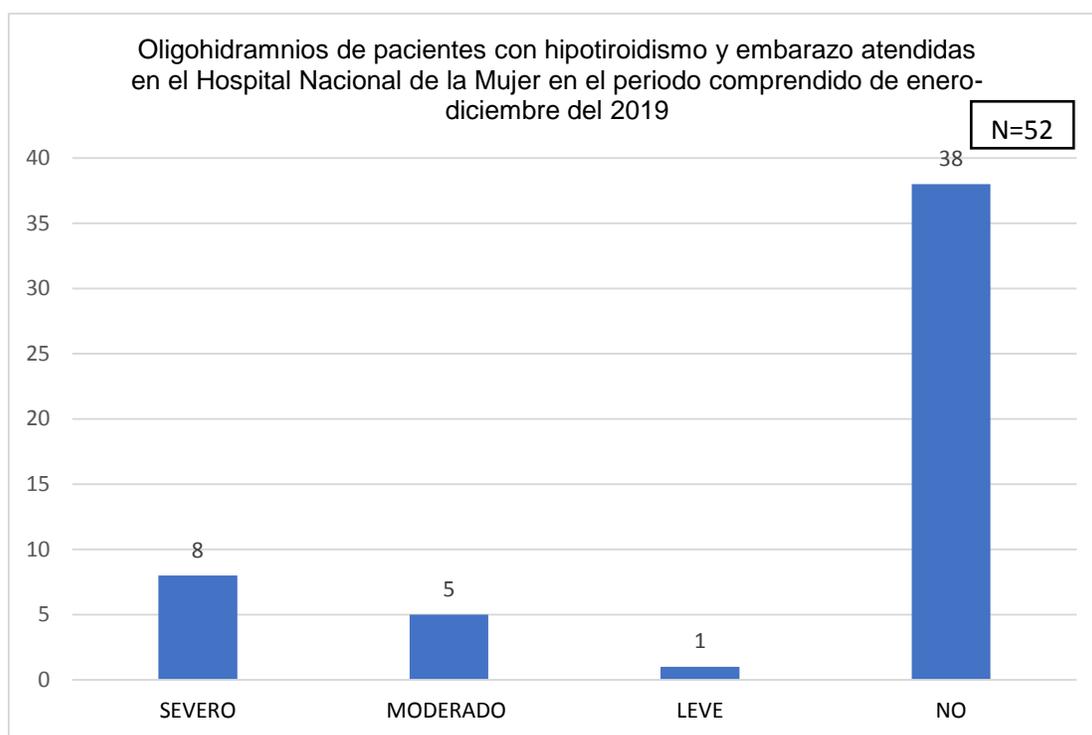
Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 10. El 90% no presento trastorno hipertensivo en el embarazo, solo un 6% presento preeclampsia sin signos de gravedad.

Ruptura de membranas ante parto de pacientes con hipotiroidismo y embarazo atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer en el periodo comprendido de enero-diciembre del 2019.	
Ruptura de membrana	Pacientes
SI	3
NO	49
Total	52

Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Tabla 5. Del total de pacientes, 6% presentaron ruptura de membranas ante parto, pero ningún se asoció a corioamnionitis.

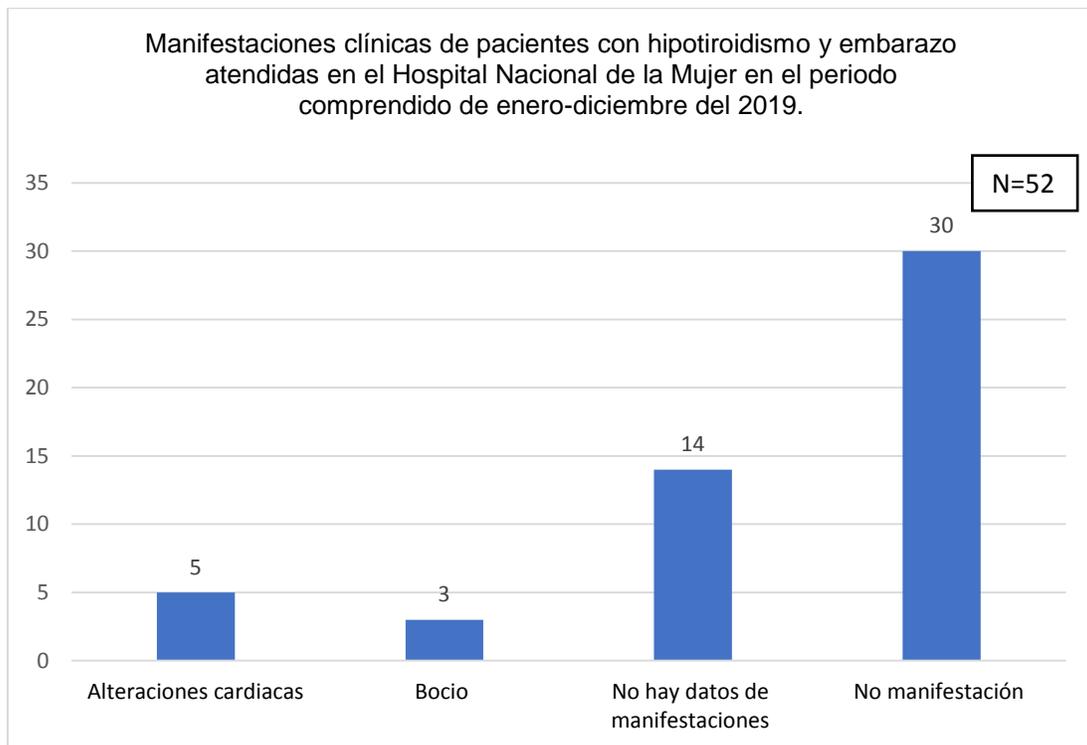


Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 11. El 27 % de las pacientes presento oligohidramnios, predominantemente presento oligohidramnios severo (ILA <5) en un 15% y, solamente 10% oligohidramnios moderado (ILA 5 <7) y 2% oligohidramnios leve (ILA >8 Y <10).

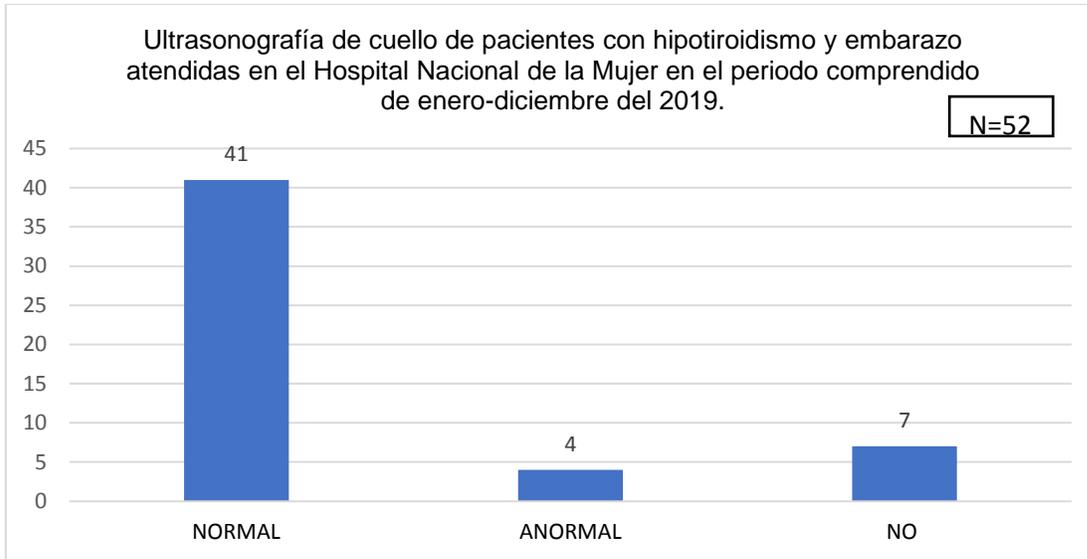
3 OBJETIVO

Determinar el perfil clínico de pacientes con hipotiroidismo y embarazo atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer en el periodo comprendido de enero-diciembre del 2019.



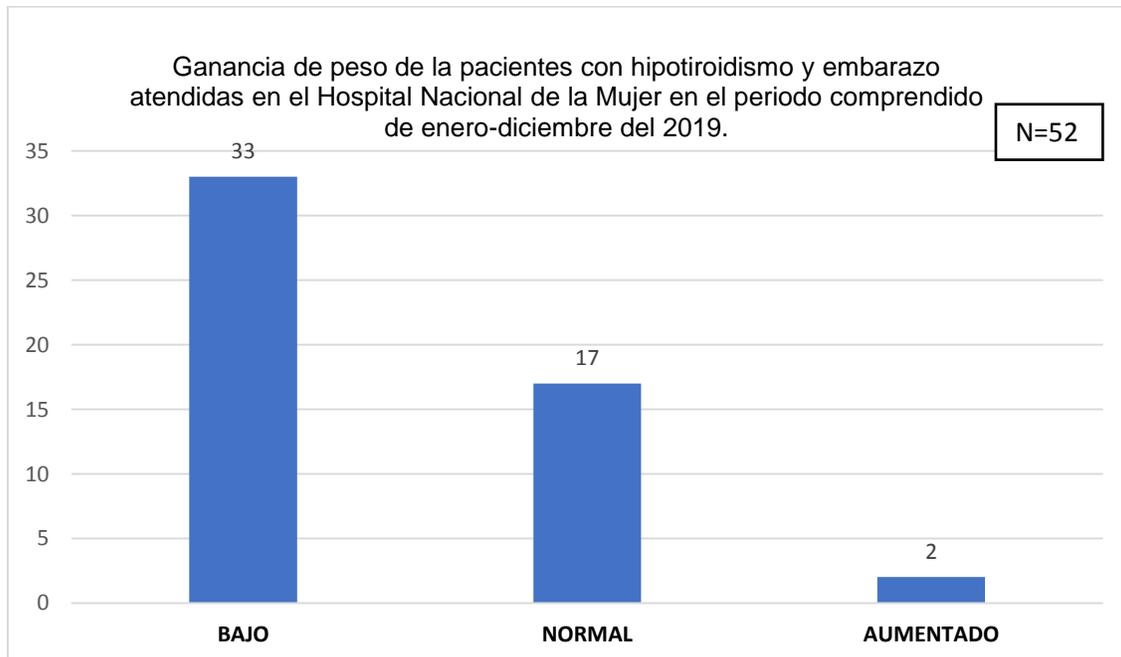
Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 12. El 15% de pacientes presento alteraciones en el que se incluye alteraciones cardíacas y bocio. En cuanto al tratamiento farmacológico el 100% de las pacientes estudiadas recibió tratamiento con levotiroxina.



Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 13. El 86% de las pacientes en estudio se realizó ultrasonografía de cuello, y solamente el 8 % reportaron una ultrasonografía anormal y/o ausencia de glándula tiroidea.

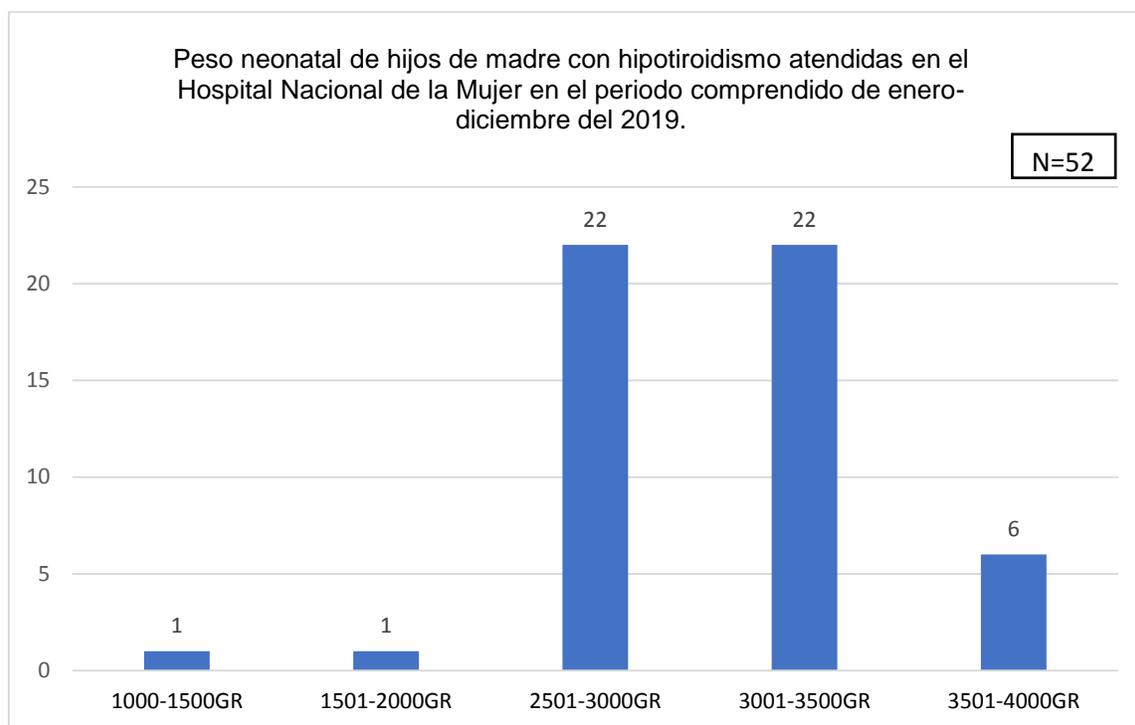


Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico14. El 64% de las pacientes tuvo una ganancia de peso abajo de lo normal (11.5 a 16 kg) y solamente 4% de estas tuvo una ganancia aumentada mayor a 16kg en todo su control prenatal.

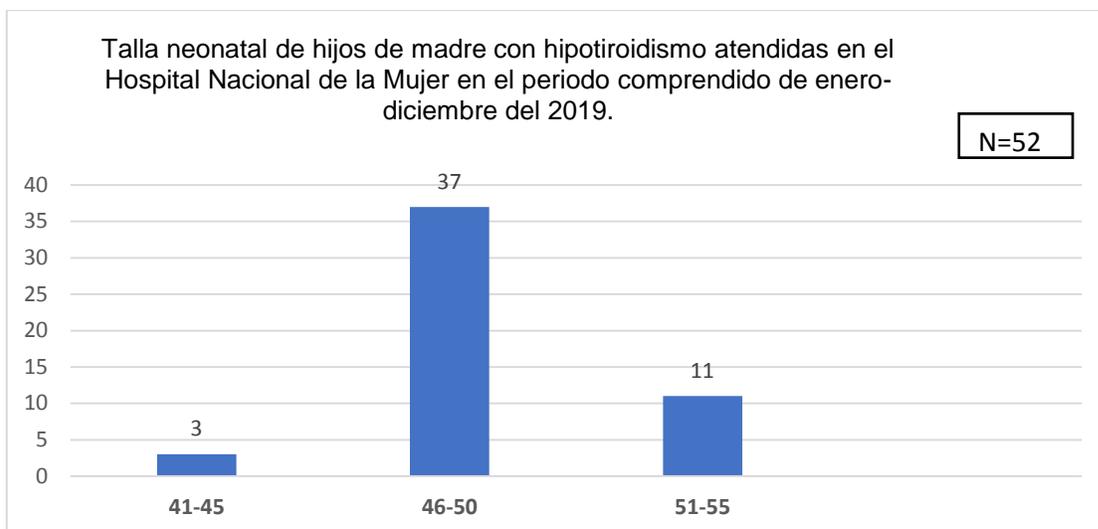
4 OBJETIVO

Establecer el perfil neonatal de pacientes con hipotiroidismo y embarazo atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer en el periodo comprendido de enero-diciembre del 2019.



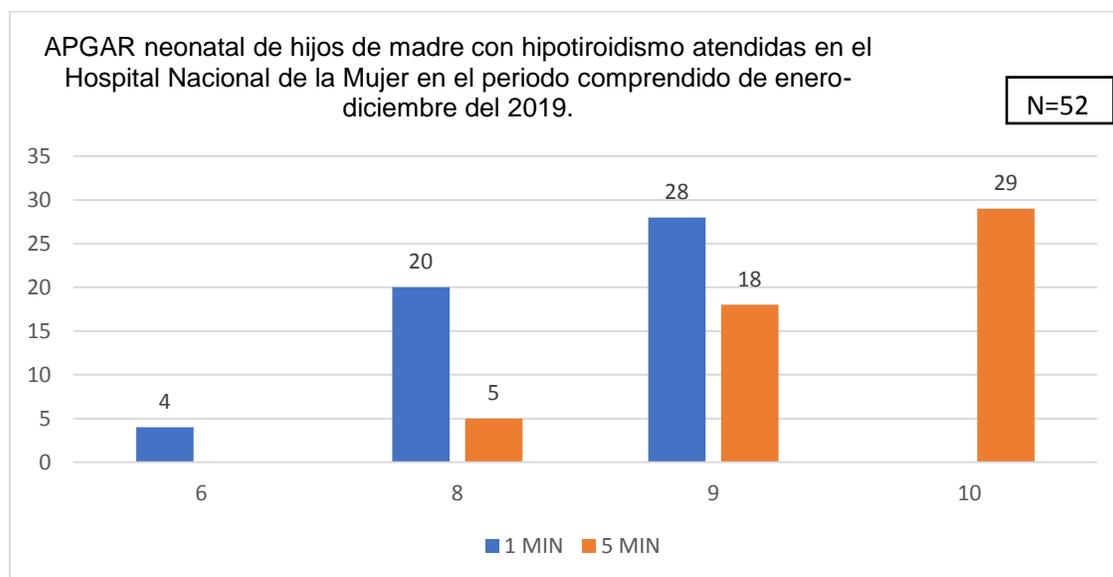
Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 15. El 88 % de las pacientes tuvo recién nacido con peso entre 2501y 3500gr, y 3% de pacientes obtuvieron recién nacidos con peso bajo los 2000 gr.



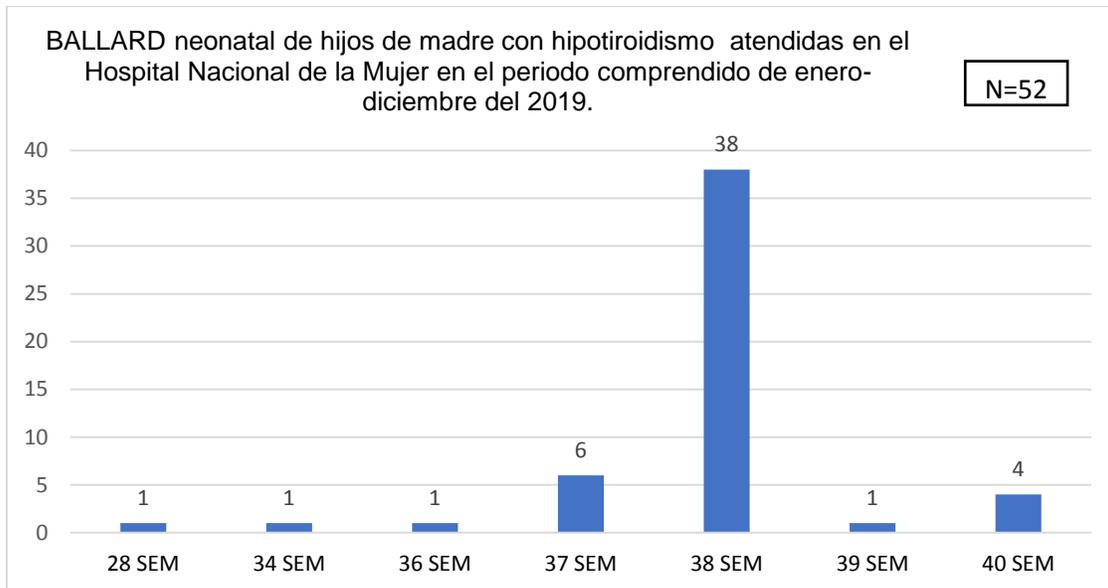
Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 16. El 71% de neonatos su talla fue de 46-50cm que corresponde a una adecuada talla para edad gestacional.



Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 17. De las pacientes en estudio el APGAR al primer minuto el 44% fue de 9 y solamente el 8% presento APGAR bajo (<7). El APGAR AL 5 minuto, el 56 % de neonatos tuvo APGAR 10, y no hay datos de APGAR bajo.



Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 18. El 73 % de neonatos presentaron BALLARD de 38 semanas que es congruente a la edad gestacional estimada en la ultrasonografía prenatal.



Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Gráfico 19. De las complicaciones neonatales el 62% de recién nacidos presentaron una alteración. El 42% de neonatos presentaron síndrome de distrés respiratorio e ictericia neonatal como las complicaciones más frecuentes.

Tamizaje neonatal de pacientes con hipotiroidismo y embarazo atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer en el periodo comprendido de enero-diciembre del 2019.	
Si	2
No	50
Total	52

Fuente: ESDOMED 2019, Hospital Nacional de La Mujer.

Tabla 6. El total de pacientes en estudio solamente 4% fueron tamizadas en este centro, los resultados de estas son negativos.

5. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se describe perfil epidemiológico y sus factores de riesgo la mayoría de las pacientes según este estudio son obesas, sin estudios universitarios, amas de casa con su primer embarazo entre los 26 y 40 años, la revista Médica clínica LAS CONDE publicada en el 2013, presenta como principales riesgos edad mayor 30 años, IMC mayor de 40, estos datos coinciden con las pacientes en estudio. (3)

Estudios norteamericanos revelan que las alteraciones tiroideas se presentan de 5 a 10% de los embarazos, cifra que puede ascender a 25% en mujeres con antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo I. El cual no coincide con nuestro estudio realizado porque el mayor antecedente patológico familiar que se presentó fue la hipertensión arterial en un 4% aunque este dato puede presentar sesgo ya que más del 90% no presentaba dato en el expediente clínico (3).

En el estudio realizado se describen pocas consecuencias de estas pacientes ya que solamente un bajo porcentaje presento trastornos hipertensivos, no hay descripción de hemorragia postparto ni muerte materna, si se describe el 27 % relacionado a oligohidramnios. En estudios realizados el hipotiroidismo bien controlado generalmente no plantea problemas importantes durante el embarazo y puede haber pruebas convincentes de que los beneficios de las intervenciones apropiadas superan en gran parte los riesgos potenciales asociados con el tratamiento. (8)

Según Guías de la sociedad América para la Práctica Clínica de la Sociedad Endocrina (6) establecen la que existe un beneficio probable del tratamiento y una incidencia baja de resultados adversos a partir de la intervención, lo que corresponde a los resultados del estudio ya que de estas solo 6% presentaron manifestaciones clínicas.

6. CONCLUSIONES

1. En el perfil epidemiológico de las pacientes estudiadas, la mayoría pertenece a edades entre 26 y 40 años. y provenientes del área urbana, estado civil acompañadas, y que se dedican a oficios domésticos, y el mayor porcentaje con su primer embarazo.
2. El 75% de las pacientes hipotiroideas iniciaron el embarazo con sobrepeso y obesidad.
3. En el perfil obstétrico de estas pacientes el 94% tuvo un parto a término, 50% verifico parto vía vaginal y 50% vía abdominal, las complicaciones más asociadas fueron oligohidramnios; 6% ruptura de membranas ante parto y 10% alteraciones de hipertensión.
4. En el perfil clínico, la mayoría de las pacientes no está documentada la sintomatología que podría estar asociada a hipotiroidismo, sin embargo, contaron con examen físico y de imágenes dirigido, el 86% se le realizo ultrasonografía de cuello, de las cuales el 8 % reporto bocio.
5. El 100% de las pacientes recibieron tratamiento con levotiroxina, sin embargo, no hay dato de si cumplieron este medicamento.
6. En el perfil neonatal, el 78% fueron recién nacidos de 38 semanas según BALLARD, con APGAR de 9-10 primer y quinto minuto, talla de 46-50cm, cuyo resultado es adecuado para la edad gestacional.
7. Las complicaciones neonatales que se presentaron con mayor frecuencia en hijos de madre con hipotiroidismo fueron 15% síndrome distrés respiratorios, 13% ictericia neonatal.
8. El tamizaje neonatal no se les realizo en el Hospital Nacional de La Mujer de forma rutinaria a todos los hijos de madre hipotiroideas, fueron tamizados los recién nacidos que cuentan con mayor número de días de ingreso hospitalario, el 96 % fueron derivados a primer nivel de atención para realizar las pruebas.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ortega Aguilar E, Pozo Morillo ML. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL HIPOTIROIDISMO EN LOS USURIOS DEL HOSPITAL REGIONAL (IESS) DE LA CIUDAD DE IBARRA. 2010. Tesis Doctoral.
2. Reid S, Middleton P, Cossich , Crowther C. Cochrane database of Systematic Reviews. [Online].; 2010 [cited 2015 septiembre 3. Available from:<http://www.bibliotecacochrane.com/BCPMainFrame.asp?DocumentID=CD007752&SessionID=%201878219>.
3. Dra. Hidalgo S. TRASTORNOS TIROIDEOS EN EL EMBARAZO. Revista Médica Clínica Las Condes. 2013 Marzo 25; 24(5): p. 762.
4. Cueva Ponte K, Huiracocha Piedra JF. DETERMINACIÓN SÉRICA DE LA HORMONA TIROTROPINA (TSH) Y TETRAYODOTIRONINA LIBRE (T4L) EN MUJERES EMBARAZAS QUE CURSAN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN. 2013. Tesis Doctoral.
5. Cano Montesdeoca MV. FACTORES DE RIESGOS MATERNOS Y FETALES EN GESTANTES CON ENFERMEDAD TIROIDEA. 2013. Tesis Doctoral.
6. Abalovich M, Nobuyuki A, Barbour L, Cobin R, De Groot L, Glinoeer D, et al. Tratamiento de la disfunción tiroidea durante el embarazo y después del parto: una Guía de Práctica Clínica de la Endocrine Society. Revista de Endocrinología Clínica y Metabolismo. 2007 Agosto; 92(8).
7. Casey B, Dasha J, Spong C, Mc Intire D, Leveno K, Cunningham G. importancia de la hipotiroxinemia materna perinatal aislado identificado en la primera mitad del embarazo. Ginecología y Obstetricia. 2007

Mayo; 109(5).

8. Gharib H, Tuttle R, Baskin H, Fish L, Singer P, Mc Dermott M. La disfunción tiroidea subclínica: una declaración conjunta sobre la gestión de la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos, la Asociación Americana de la Tiroides, y de la Sociedad de Endocrinología. *El Diario de Endocrinología*
9. Haddow J, Palomaki G, Allen W, Williams J, Knight G, Gagnon J. La deficiencia tiroidea de la madre durante el embarazo y el desarrollo neuropsicológico posterior del niño. *New England Journal of Medicine*. 1999 Agosto; 341(8).
10. Franco Vega R. HIPOTIROIDISMO Y EMBARAZO. 2005. Capítulo 10.
11. Franco Cacique JJ. Hipotiroidismo y embarazo: actualización clínica. *Medicina Universitaria*. 2005 Junio; 7(27).
12. Avalovich J, Beck P, Jarzab B, Laurberg P, Orgiazzi J, Szabolcs I. Hipotiroidismo Clínico vs Subclínico, Complicaciones en el Embarazo. 2002. Revision Final.
13. Springer D, Zima T, Limanova Z. Intervalos de referencia en la evaluación de la función tiroidea materna durante el primer trimestre. *Sociedad Europea de Endocrinología*. 2009 Febrero; 45(8).
14. Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J, Orrego A. *Endocrinología*. 6th ed. Medellín: Quebecor Word Bogotá SA; 2007.
15. Diéguez González C, Pavía Sesma C, Yturruaga Matarranz R. *Tiroides* Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1999.

16. Langman S. Embriología Médica con orientación clínica. 10th ed. Madrid: Medica Panamericana; 2007.
17. Keith L, Persaud T. Embriología Clínica. 8th ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
18. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. PROTOCOLO: *TIROIDES Y EMBARAZO*
19. Capítulo 7: HORMONAS TIROIDEAS DURANTE EL DESARROLLO FETAL: COMIENZO DE LA FUNCIÓN TIROIDEA Y TRANSFERENCIA MATERNO FETAL Gabriela Morreale De Escobar; Susana Ares Segura; Francisco Escobar Del Rey
20. Hipotiroidismo subclínico asociado a hipertestosteronemia en el desarrollo de preeclampsia Víctor Manuel Flores-Méndez,* Perla Dennice Aguilar-Roa*
21. ARTICULOS: The European journal of psychiatry (edición en español)
Depresión en pacientes con alteraciones del tiroides



8. ANEXOS
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICA
HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EXPEDIENTE _____

Indicaciones: seleccione con una x según corresponda

1.OBJETIVO

Establecer el perfil epidemiológico y factores de riesgo materno en las pacientes en el estudio.

✓ **PERFIL EPIDEMIOLOGICO**

EDAD _____

PROCEDENCIA

Urbana

Rural

Nulípara

Primigesta

Múltipara

Gran múltipara

ESTADO CIVIL

Soltera

Acompañada

Casada

viuda

Divorciada

ESCOLARIDAD

Ninguna

Primaria

Secundaria

Universidad

PARIDAD

OCUPACIÓN /OFICIO

✓ **FACTORES DE RIESGO**

IMC _____

Desnutrición <18.4

Normal 18.5- 24.9

Sobrepeso 25- 29.9

Obesidad GI 30-34

Obesidad GII 35- 39

Obesidad GIII > 40

ENFERMEDAD AUTOINMUNE

Si

No

ANTECEDENTE FAMILIAR

Si

No

2. OBJETIVO

Establecer el perfil y complicaciones obstétricas en pacientes estudiadas.

✓ **PERFIL OBSTETRICO**

PARIDAD

PARTO PRETÉRMINO

Si

No

PATOLOGÍAS PREVIAS

SI

NO

	SI	NO	ND
Hipertensión			
Diabetes			
Enfermedad Renal			
Colagenopatía			
Epilepsia			
Otros			

SEMANAS DE GESTACIÓN

VÍA DEL PARTO

Cesárea

Vaginal

✓ **COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS**

PRESENTO TRASTORNO HIPERTENSIVO

Si

No

	SI	NO	ND
Preeclampsia con síntomas de gravedad			
Preeclampsia sin síntomas de gravedad			
Hipertensión arterial gestacional			
Eclampsia			
Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada			

HEMORRAGIA POSPARTO

Si

No

RUPTURA PREMATURA

MEMBRANA

Si

No

Edad gestacional	
20-28	
28-37	
Mas de 37	

Se asocio a corioamnionitis

Si

No

ABRUPTIO

Si

No

OLIGOHIDRAMNIOS

Si

No

Leve	
Moderado	
severo	

MUERTE MATERNA

Si

No

3 OBJETIVO

Determinar el perfil clínico en pacientes estudiadas.

✓ MANIFESTACIONES CLINICAS

SÍNTOMAS PRESENTES

	SI	NO
Taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolerancia al frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MANEJO

Tratamiento medico

Si

No

Cual

✓ COMPLICACIONES CLINICAS

BOCIO

Si

No

GANANCIA DE PESO

Bajo

Normal

Aumentado

4OBJETIVO

Establecer el perfil neonatal de pacientes en el estudio.

✓ PERFIL NEONATAL

Datos

PESO _____

TALLA _____

APGAR

1 _____ 5 _____

BALLARD _____

No

PREMATUROS

Si

No

Edad gestacional	
20-28	
28-37	

✓ COMPLICACIONES NEONATALES

BAJO PESO AL NACER

Si

no

MENOR DE 1500 gramos	
1500-2000 gramos	
2000-2500 gramos	

RCIU

Si

ASFIXIA NEONATAL

Si

No

MUERTE NEONATAL

Si

No

✓ TAMIZAJE NEONATAL REALIZADO

Si

No

RESULTADO
