



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS
MATERNOS**

TRABAJO ACADÉMICO

COMPLICACIONES MATERNO-FETALES POR HIPOTIROIDISMO

EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

HOSPITAL NACIONAL - ENERO 2018

PRESENTADO POR:

OBST. VILMA AGUILAR GUIDO

ASESORA:

DRA. HILDA ELIZABETH GUEVARA GÓMEZ

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO
RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2020

ÍNDICE

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO	<i>i</i>
DEDICATORIA	<i>ii</i>
AGRADECIMIENTO	<i>iii</i>
ÍNDICE	<i>iv</i>
RESUMEN	<i>v</i>
SUMMARY	<i>vi</i>
CAPÍTULO I	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	2
1.3 MARCO TEÒRICO	4
CAPÍTULO II	12
COMPLICACIONES MATERNO-FETALES POR HIPOTIROIDISMO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO HOSPITAL NACIONAL, ENERO 2018	12
2. CASO CLÍNICO	12
2.1 OBJETIVOS	12
2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO	13
2.3. DISCUSIÓN	20
2.4 CONCLUSIONES	21
2.5 RECOMENDACIONES	22
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXOS	25

RESUMEN

La glándula tiroidea cumple un papel importante en la mujer embarazada; depende de ello para mantener el nivel hormonal normal y un buen desarrollo de la gestación o el peligro de sufrir pérdidas reproductivas por alteración de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) sobre todo en el primer trimestre de embarazo (1).

Estas hormonas tiroideas son tan cruciales sobre todo en el desarrollo del sistema nervioso central del feto, ya que el producto de la concepción recién va secretar estas hormonas iodotironinas después de la semana 10 de gestación (1).

La Asociación Americana de Tiroides (AAT) define al hipotiroidismo subclínico como la elevación de la TSH entre 2,5 y 10 mIU/L con valores normales de T4L (Tiroxina 4 libre). Esta asociación además recomienda mantener los siguientes valores normales de TSH durante el embarazo como es: en el primer trimestre: 0,1 a 2,5 mIU/L; en el segundo: 0,2 a 3,0 mIU/L y en el tercero T: 0,3 a 3,0-3,5 mIU/L considerados dentro de la normalidad (9).

El hipotiroidismo en el embarazo es responsable de complicaciones, como abortos, parto prematuro, pre eclampsia y muerte fetal, así mismo puede propiciar el desarrollo de diabetes mellitus gestacional, parto prematuro y desprendimiento de placenta (8).

PALABRAS CLAVES: Gestación, aborto, hipotiroidismo, hormonas tiroideas, TSH.

SUMMARY

The thyroid gland plays an important role in the pregnant woman; It depends on it to maintain the normal hormonal level and a good development of the gestation or the danger of suffering reproductive losses due to alteration of the thyroid stimulating hormone (TSH), especially in the first trimester of pregnancy (1).

These thyroid hormones are so crucial especially in the development of the central nervous system of the fetus, since the product of conception will only secrete these iodothyronine hormones after the 10th week of gestation (1).

The American Thyroid Association (AAT) defines subclinical hypothyroidism as elevation of TSH between 2,5 and 10 mIU/L with normal FT4 (free thyroxine 4) values. This association also recommends maintaining the following normal TSH values during pregnancy, such as: in the first trimester: 0.1 to 2,5 mIU / L; in the second: 0,2 to 3,0 mIU / L and in the third T: 0,3 to 3,0-3,5 mIU / L considered within normality (9).

Hypothyroidism in pregnancy is responsible for complications, such as miscarriage, premature delivery, pre-eclampsia, and fetal death; it can also lead to the development of gestational diabetes mellitus, preterm birth, and placental abruption (8).

KEY WORDS: Pregnancy, abortion, hypothyroidism, thyroid hormones, TSH.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El problema de esta enfermedad tiroidea no es considerado rara en las embarazadas. La alteración tiroidea acarrea problemas en el bienestar del binomio en especial en el desarrollo físico y neurológico del neonato (13).

Esta enfermedad acontece en un 2-3 % de las embarazadas, sin embargo, existen otros países con altos indicadores relacionados a esta enfermedad como el caso de Chile con 35% (13).

Se considera hipotiroidismo a los valores de TSH entre 2,5 y 10,0 mUI/l, con T4 libre normal, estos valores se asocian a elevados casos de abortos (13).

Entonces diríamos que el hipotiroidismo materno es valorado por elevaciones de TSH y bajas de T4L que pueden acarrear problemas en el embarazo como son las pérdidas gestacionales sobre todo en los primeros meses de gestación (13).

Se debe mencionar también que una de las complicaciones por el hipotiroidismo son los problemas que se presentaran en el futuro, en el área intelectual del recién nacido sobre todo por la convivencia de carencia de yodo (13).

El embarazo es una etapa donde ocurren cambios fisiológicos de mayor importancia sobre todo en el primer trimestre.

Esta glándula de la tiroides va a sufrir un aumento en la elaboración de TSH con el único objetivo de compensar las peticiones convenientes del embarazo.

Esta enfermedad de mal funcionamiento de la tiroides se considera como la 2da endocrinopatía que aqueja a las gestantes como es de: hipotiroidismo clínico (0,3 a 0,5%), hipotiroidismo subclínico (3 a 5%). Pero este porcentaje puede variar como la estirpe, el país, la comunidad etc. (9).

(AAT) define esta alteración como la elevación de la TSH entre 2.5 y 10 mU/L con valores normales de T4 libre además recomienda mantener niveles de TSH en el primer trimestre: 0,1 a 2,5 mU/L; en el segundo: 0,2 a 3,0 mU/L y el tercero: 0,3 a 3,0-3,5 mU/L (9).

El único objetivo de esta asociación (ATA) es establecer las pautas necesarias en lo que se relaciona a hipotiroidismo en gestantes, donde se estudian los valores de tirotrópina (TSH), tiroxina libre (T4L), comprobando la periodicidad de gestantes diagnosticadas de hipotiroidismo y aplicando los valores de TSH tanto para el tratamiento e informe sugeridos por la ATA (4).

1.2 JUSTIFICACIÓN

El hipotiroidismo se considera cuando hay un desorden en el funcionamiento de la tiroides y se eleva la TSH y una tiroxina (T4) estándar.

Se estima que la prevalencia es de 0,5 a 2,5 % en gestantes de países donde no existe deficiencia de yodo; pero esta prevalencia puede aumentar si es una población de riesgo Por lo que es significativo el descubrimiento temprano de esta

enfermedad y el procedimiento acertado durante la gestación debido a su relación con las complicaciones durante la gestación (1).

Los estudios indican que esta enfermedad compromete en la salud reproductiva alterando la función del ovario y el hipotálamo con consecuencias fatales como abortos espontáneos y pérdida gestacional sobre todo en las primeras semanas de embarazo (2).

Igualmente se difunden en otros países (Hungría) embarazadas entre 8 a 9 semanas de gestación y sin historiales de alteración tiroidea, se encuentra abortos en gestantes con resultados inferiores a 2.5 $\mu\text{UI/mL}$ con de 3.6% mientras que el 6.1% en mujeres con valores entre 2.5 y 5.0 $\mu\text{UI/mL}$ por lo que estos estudios consideran importantes estos valores ya que el peligro de aborto creció en un 15% por cada $\mu\text{UI/mL}$ que se elevó la TSH. Por lo que recomiendan que estos valores de TSH deben estar por debajo de lo que normalmente se tiene como parámetro; además tener presente que los exámenes se llevaron a cabo antes de 10 semanas de gestación. Entonces se puede pensar que los valores de TSH podrían ser más elevados en gestaciones de menos semanas (2).

Así mismo en un nosocomio en Isidro Espinoza de los reyes México mencionan que esta enfermedad tiene un predominio de 21.1% (4).

En el Hospital Nacional Loayza Lima Perú en el año 2013 encontrándose en el consulta externa un 13.76 % de esta enfermedad lo que indica un valor considerable y prestar mayor atención (14).

Como es el caso del presente trabajo, donde la gestante no acudió a sus controles prenatales sobre todo en los primeros meses a pesar del antecedente de hipotiroidismo, diagnosticado en el primer embarazo; la paciente no tuvo la

responsabilidad de acudir al especialista endocrinólogo para su debido tratamiento oportuno.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES

MOSSO L, MARTÍNEZ A, et al. (3) 2012 indican que de 1565 embarazada de las cuales solo 510 cumplían con los requisitos para entrar al estudio, encontrando un alto predominio de hipotiroidismo que comprueba con informes mundiales, un porcentaje de 1 a 2% de hipotiroidismo y 4-8% de hipotiroidismo subclínico en pacientes que acuden de sitios con cantidades normales de yodo.

Se debe tener en consideración que hay anuncios elaborados incluso, ahora que preexiste cierta inestabilidad significativa de valores de TSH para precisar la regularidad en las embarazadas; ya que estaría alterado por variadas causas como: edad de las embarazadas, etnia de origen, disímiles técnicas de exámenes, el estado de yodo y muchos otros factores para la elección.

MARTA P, MANUEL P, et, al. (4) 2013 estudian en un nosocomio de Vigo España los valores de concentración sérica de TSH con el propósito de comparar los valores mencionados por la (AAT) y ver cuál es el impacto en el diagnóstico; de esta enfermedad tiroidea usando los criterios del laboratorio de ellos y los criterios de AAT. En este estudio se encontró que dichos criterios involucran en un 29% de aumento de gestantes con hipotiroidismo mientras que ellos al haber utilizado los criterios de acuerdo a su población se encontró el 11,2% de esta enfermedad; entonces lo que proponen es tomar los valores en relación al tipo de grupo y población donde se realizan los análisis de laboratorio.

HIDALGO S. (5) España Condes 2013 menciona que la disfunción tiroidea que ocurre durante la gestación es común y presenta consecuencias negativas en la madre y el feto. Por lo tanto si son diagnosticadas como hipotiroideas comenzar prontamente con la medicación con Levotiroxina hasta que los niveles de TSH se consideren normales en todos los trimestres del embarazo.

TEMBOURY C. (6) 2013 España se demuestra que la alteración tiroidea no solo es una enfermedad más usual, sino también se relaciona a obstáculos materno fetales y del recién nacido. Hoy en día hay certeza que esta alteración tiroidea inclusive subclínica, está relacionado a perjuicio en el progreso del cerebro fetal. Últimamente se han difundido diferentes escritos para la poder guiarse donde se determina los rangos de valores de las TSH en todo el periodo de la gestación. Entonces se aconseja hacer un tamizaje completo en los primeros días de la gestación para el descubrimiento y medicación temprana con levotiroxina del hipotiroidismo subclínico o clínico y sus controles repetidos para tener en observación los niveles de TSH. Asimismo se sugieren administrar yodo a las gestantes y las que dan amamantamiento así evitar el déficit de yodo.

SANTIAGO P, GONZÁLEZ S, et al. (7) España 2015 en este estudio mencionan que en nombre de la sociedad de endocrinología, elaboran un protocolo para diagnosticar y tratar esta enfermedad apoyándose con bibliografías actualizadas sobre trastornos tiroideos como clínico y subclínico, la hipotiroxinemia y la realización de Screening de alteración hormonal tiroidea durante la gestación, facilitando a los especialistas que atienden gestantes y siendo un instrumento ideal de decisiones lógicas. Por lo tanto es un instrumento importante para la definición y tratamiento del trastorno Tiroideo en la embarazada.

NÚÑEZ N. (8) Costa Rica 2016 indica que la prevalencia del hipotiroidismo en el embarazo es de 1 a 1.5% y del hipotiroidismo subclínico en el embarazo es de 5 a 8 %. En la tiroiditis postparto, la prevalencia es de 1.1 a 9% y de estos pacientes, el 25% quedan permanentemente hipotiroideas. Considerándose entonces que es un padecimiento de la tiroides más habitual; esta se muestra con la alteración de TSH y con la baja de T4 libre mencionándola hipotiroidismo clínico, y denominándose hipotiroidismo subclínico al aumento de TSH y de T4 libre normal.

BARRAGÁN O, MORALES F, et al. (9) 2016 estudiaron a 2 grupos de gestantes una con disfunción tiroidea y otro grupo de mujeres sanas y cuando se compara los resultados se ve que las que tenían la enfermedad estaban más propensas de sufrir pérdidas gestacionales, peligro de parto pretérmino con 26,9 frente a 7,16% de las que no tenían la enfermedad.

En dicha enfermedad la incidencia y prevalencia puede variar dependiendo a la población, clase, estirpe, linaje y otros factores.

JARA J, PRETELL E, et al. (10) 2016 estudian a 200 embarazadas en un hospital en las edades de 15 a 37 años, con promedio de 26, a ellas se les realizó exámenes de laboratorio de: valores de glucosa, yodo y TSH, Este estudio fue realizado por primera vez con el objetivo de conocer el predominio de diabetes gestacional, hipotiroidismo clínico, subclínico y la asociación con el contenido de yodo ocurrido en los 10 últimos años. Demostrándose en el que el 50% de gestantes presentaron esta enfermedad (40,5% subclínico; 9,5% pleno hipotiroidismo).

Cualquiera de las gestantes demostró elevadas cantidades de estas hormonas fue asistida con Levotiroxina sódica. Antes del desayuno 75 - 125 mcg/día por vía oral.

CAMPOS S, GARCÍA J, et al. (11) México 2016 en el laboratorio del Hospital Universitario de Saltillo estudiaron los eventos de hipotiroidismo subclínico donde la población estudiada presentó un 26,7% de esta enfermedad, donde las gestantes en estudio presentaban la presión arterial elevadas más la alteración tiroidea presentando entonces mayor peligro a tener pérdidas gestacionales con 42,3 frente a 22,8%, de las mujeres sanas respectivamente.

Cabe mencionar que los resultados fueron mayores que las reportadas por la Asociación Americana de Tiroides en la población estadounidense con tasas aproximadas de 2-2,5 frente a 26,7%.

RIVERA J, VIVERO S, et al. (12) Quito 2016 estudiaron a 210 embarazadas encontrándose a una sola gestante que cursaba el segundo trimestre de gestación, presento hipotiroidismo clínico dando como resultado una prevalencia del 0,5% (IC: 0,01-2,6%), mientras que la prevalencia de hipotiroidismo subclínico tuvo de un 40%. Encontrándose entonces que el predominio por trimestre tuvo de 40%, 32,9% y 47,1%, en el 1er, 2do y 3er trimestre de gestación. En este resultado no hay diferencia estadística significativa en la prevalencia de hipotiroidismo subclínico por trimestres. Estos niveles plasmáticos de TSH en 1er trimestre se encontraron próximo a 2,5mUI/L que es medida de corte para hipotiroidismo (2,36 mUI/L), en tanto que los niveles T4 permanecieron normales en todos los casos.

De las 84 embarazadas con hipotiroidismo subclínico, 8,6% estaban entre 12 a 19 años, 18,1% entre 20 a 29 años, 10,5% entre 30 a 39 años y 2,9% tenían más de 40 años. Entonces estudiando la prevalencia de hipotiroidismo subclínico por grupos de edad se observa una diferencia estadísticamente significativa en el grupo de embarazadas de 20 a 29 años.

IBÁÑEZ L Y MARCOS M. (13) España 2017 en este artículo mencionan que la falta de yodo es el origen de la alteración tiroidea gestacional representado en 11% en los Estados Unidos y el 50% en China y Europa. Esta carencia de yodo en el periodo de gestación se relaciona al incremento de la mortalidad perinatal, abortos, y alteraciones del desarrollo físico y neurológico y teniendo en cuenta que el yodo es básico para la mielinización neuronal tanto intraútero como en el periodo neonatal, también una insuficiencia ligera de este compuesto en el embarazo se relaciona con alteraciones cognitivas en los niños.

Asimismo en este artículo publican que existe alteraciones genéticas: entre el 11% y el 29% de niños que presentan mutaciones que codifica el receptor de TSH. Hasta actualidad se han descrito más de 60 mutaciones distintas y se relacionan a diferentes categorías de hipotiroidismo.

GUERRERO DE LUNA P Y MENDOZA R. (14) Perú 2019 presentan un estudio descriptivo transversal 155 gestantes, que acudieron al servicio de obstetricia del Hospital Cayetano Heredia en donde fueron consideradas las gestantes del 1er trimestre hasta, 2er trimestre y 3er trimestre de gestación. El tamaño de la muestra se tomó como referencia el realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) en el 2013 donde se halló una periodicidad de 13.76 % de esta enfermedad de la tiroides. Además, se solicitó al área de estadística del HCH la totalidad de gestantes que asistieron al servicio de obstetricia durante el mes de Febrero del 2018. Después de los estudios realizados finalmente se encuentra la frecuencia de 8 (5.16%), encontrándose la mayoría de ellas que cursaban los últimos meses de embarazo.

1.3.2 CONCEPTOS BÁSICOS

PRUEBA DE TSH

La Agrupación Americana de Tiroides (AAT) señala que sería excelente evaluar primeramente la función tiroidea en una muestra de sangre para luego interpretarlo que la TSH está aumentado; por ende, la función de la tiroides no está funcionando normalmente. Existe también la otra alteración tiroidea llamada hipertiroidismo esta se considera cuando sus valores de TSH se encuentra bajos, mostrando una glándula hiperactiva, secretando desmedida producción de la hormona tiroidea. Generalmente en casi todas las personas sanas, tienen los niveles de TSH normal mostrando el buen funcionamiento de esta glándula (9).

HIPOTIROIDISMO

Significa que la tiroides se encuentra en mal funcionamiento secretando pocas cantidades TSH para conservar el funcionamiento del organismo regularmente. Esta alteración tiroidea en las gestantes puede comprometer el bienestar de la gestante y en el proceso neuro-físico del recién nacido (13).

El causal de esta enfermedad resulta ser la tiroiditis de Hashimoto también se dice que coexisten otras orígenes, como la abscisión médica, la extirpación radioactiva y los tumores (2).

HIPOTIROIDISMO Y GESTACIÓN

En el periodo de gestación suceden acentuados alteraciones consideradas normales fisiológicas que establecen una etapa de demanda incrementada de la

tiroidea, producidos por la unidad feto- placenta haciendo que aumente la T4 y la T3 para conservar los valores de la hormona libre estándar.

Según (AAT) define al hipotiroidismo subclínico como la elevación de la TSH entre 2,5 y 10 mIU/L con valores normales de T4 libre y recomienda mantener los valores de TSH durante el embarazo: en el 1er trimestre: 0,1 a 2,5 mU/L; 2do trimestre: 0,2 a 3,0 mU/L, 3er trimestre: 0,3 a 3,0-3,5 mU/L (9).

ETIOLOGÍA

Tiroiditis de Hashimoto, Alteraciones congénitas, tratamiento de radiación, supresión quirúrgica y Tumores (2).

DIAGNÓSTICO

Existen expresiones clínicas en esta enfermedad que frecuentemente no son concretas y que pueden Manifestarse con: agotamiento, exageración de peso, la paciente siente demasiado frío, caída de cabello, cutis seca, pueden presentar o no bocio, desgano, debilidad y otros (2).

En los exámenes de laboratorio los valores de TSH se encuentran aumentadas entre 2,5 y 10 mU/L con valores estándar de T4 libre.

Y tener presente los valores de TSH durante el embarazo considerados normales los siguientes; en el 1er trimestre 0,1 a 2,5 mU/L; 2do trimestre: 0,2 a 3,0 mU/L, y 3er trimestre: 0,3 a 3,0-3,5 mU/L y mantenerlos en esos valores y si salen de estos rangos considerar hipotiroidismo en el embarazo (9).

TRATAMIENTO

- Primero: si la madre ya estaba diagnosticada de hipotiroidismo antes del embarazo, a ellas se le recomienda una nivelación preconcepcional de la TSH manteniéndose con menos de 2,5 mU/L. y al embarazarse la cantidad de tiroxina debe aumentar en un 30 % -50 % previamente antes de la 4 a 6 semanas de gestación con 75 a 125mcg/día por vía oral./kg/día de Levotiroxina, antes del desayuno.

El tratamiento idealmente debe ser en el primer trimestre con la finalidad de regularizar la TSH sérica dentro del nivel específico y así prevenir complicaciones maternas y fetales.

- Segundo: si se diagnostica durante el embarazo, empezar el tratamiento sin demora con tiroxina y así regular velozmente la función tiroidea y luego realizar controles cada 4 a 6 semanas.
- Tercero: todas las mujeres en etapa productiva deben tener una ingesta media de iodo de 150 mcg/día, utilizando la sal yodada (6).

EVOLUCIÓN

La evolución de la enfermedad es favorable

PRONÓSTICO

El pronóstico es óptimo.

CAPÍTULO II

COMPLICACIONES MATERNO-FETALES POR HIPOTIROIDISMO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO HOSPITAL NACIONAL, ENERO 2018

2. CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Describir el hipotiroidismo como causa de complicaciones materno-fetales durante el primer trimestre de embarazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las principales complicaciones maternas fetales en el primer trimestre del embarazo generados por el hipotiroidismo materno.
- Identificar los valores de TSH que causan hipotiroidismo en el embarazo para derivar oportunamente al especialista.

- Identificar las causas que conllevan a la enfermedad de hipotiroidismo en gestantes.
- Describir el manejo y tratamiento del hipotiroidismo.

2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO

El 21 de enero del 2018 la gestante hace su ingreso al Hospital Nacional por emergencia por presentar sangrado vaginal y dolor abdominal, refiere que se encuentra embarazada.

Fecha 21/ 01/18.

11: am

ANAMNESIS

Clase del establecimiento: Hospital Nacional

Fecha: 21 enero del 2018

Apellidos y nombres

Lugar de nacimiento: Huancayo. Junín.

Edad: 25 años.

Religión: Católica.

Grado de instrucción: 5to secundaria.

Ocupación: Ama de casa.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre con hipotiroidismo con tratamiento actualmente.

Niega otras enfermedades.

ANTECEDENTES PERSONALES

La gestante indica tener hipotiroidismo pero que en la actualidad no toma ningún medicamento, los dejo de tomar por miedo que pueda sufrir complicación en el embarazo no recuerda el nombre del medicamento.

En la tarjeta se muestra solo un control prenatal con resultados de laboratorio

ANTECEDENTES GINECOOBSTÈTRICOS

Menarquia: 13 años.

R/C: Irregular.

G2 P1001

Ultimo parto: cesárea 23/03/2015

Peso de RN: 4,430 kg.

Datos actuales

TALLA: 1,52 cm

PESO: 70 kg.

FUM: 20/10/17

FPP: 27/07/18

ENFERMEDAD ACTUAL

Refiere que tuvo malestar general, cansancio, fatiga, aumento de peso a pesar de su alimentación normal recuerda haber estado tomando medicamentos para hipotiroidismo pero dejo de tomarlos por temor al embarazo no recuerda el nombre del medicamento. En la posta donde le hicieron el control prenatal la transfirieron al hospital de mayor complejidad; pero ella no acudió.

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 140/85mmhg.

Pulso: 75 por minuto

T°: 36,5 °C.

Apetito: normal.

Piel: áspera

Mucosas: hidratada

Glándulas mamarias: turgentes con escasa secreción láctea.

Útero grávido: altura uterina: 12 cm.

Especuloscopía: se encuentra sangrado vaginal en regular cantidad, cérvix entreabierto dolor al examen pélvico.

Extremidades inferiores: edema 2 cruces.

EVOLUCIÓN

Diagnóstico de ingreso:

1.-Gestacion de 13 semanas.

2.- D/C aborto incompleto

2.- D/C hipotiroidismo

.3.-D/C preeclampsia

Indicaciones

1. Cloruro de Sodio
2. Control de funciones vitales
3. Exámenes de laboratorio
4. Ecografía transvaginal

13:00 pm

Gestante es reevaluada por especialista Gineco-obstetricia con resultados de ecografía donde menciona aborto incompleto.

Al examen ginecobstetricia se encuentra sangrado vaginal, útero ocupado de más o menos 10 cm. Paciente hemodinámicamente estable.

Indicaciones

1. Cloruro de sodio más oxitocina con catéter numero 18
2. Control de funciones vitales
3. Preparación para Legrado Uterino
4. Análisis de laboratorio.

15:30 pm

Pasa a sala para procedimiento de legrado uterino por ginecoobstetra.

Durante el procedimiento la paciente se encuentra estable sin ninguna complicación. Terminando procedimiento satisfactoriamente.

20: pm

Es trasladada a sala de reposo con vía permeable más oxitócicos, paciente estable con PA 90/ 60mmhg P: 80 por minuto T° 36,5 °C R: 16 por minuto

Útero contraído, sangrado vaginal normal.

Durante la noche la paciente se encuentra estable según reporte de obstetra de turno.

NOTAS DE OBSTETRA

22:00 pm

Profesional obstetra del turno noche realiza control obstétrico.

Paciente no refiere molestias, se encuentra favorablemente, estable con funciones vitales normales, en compañía de familiar.

PA 110/70 mmh. P. 90 por minuto

Loquios normales, Útero contraído.

Se recoge resultados de laboratorio.

23: pm

HEMATOLOGÍA

HEMATOCRITO	31,5 %
HB	10,6 g/dl
GLUCOSA	70 mg/dl
HEMATÍES	4,800/ml
LEUCOCITOS	7,200/ml
SEGMENTADOS	63%
LINFOCITOS	64%
PLAQUETAS	300,000mm
VIH	Negativo
VDRL	Negativo
CREATININA	6,8
TSH	6,4 mU/L
T4 TOTAL	5,3ng/dL

EXAMEN COMPLETO DE ORINA

COLOR	Amarillo claro
PROTEÍNAS	Negativo
GLUCOSA	Negativo
CELULAS EPITELIALES	3 por campo
LEUCOCITOS	10 a 16 por campo
HEMATÍES	Negativo
PIOCITOS	Negativo

No se evidencian otros análisis en la historia clínica.

Control de funciones vitales cada 2 horas.

FECHA 22/01/18

7:00 am

Los medicamentos indicados por el especialista se administran y se controla las funciones vitales Hallándose estables.

En todo el día la paciente evoluciona sin ninguna molestia, injiere dieta completa, paciente aparentemente regular estado general lucida en tiempo y espacio.

Sangrado vaginal en escasa cantidad y sonda Foley permeable.

Indicaciones post Legrado Uterino.

1. Higiene perineal.
2. Masajes uterinos.
3. Movilización precoz.
4. Control de funciones vitales cada 6 horas
5. Interconsulta al servicio de endocrinología y planificación familiar.

FECHA 23/01/18

La evoluciona de la paciente obstéticamente es favorable.

El especialista en endocrinología evalúa a la paciente donde le indican iniciar tratamiento de: Eutirox de 50 mg. una vez al día, Cefalexina de 500 mg cada 8 horas por 7 días e interconsulta para planificación familiar.

La paciente es dada de alta sin otras complicaciones y con indicaciones del endocrinólogo con cita por consultorio externo.

2.3. DISCUSIÓN

El presente trabajo se realiza con la finalidad de conocer la enfermedad del hipotiroidismo y gestación y tener mayor conocimiento sobre las complicaciones que traen, sobre todo durante el primer trimestre de embarazo más aún si no recibe un tratamiento oportuno, como es el caso del presente caso clínico donde la paciente no recibió una adecuada consejería en salud sexual y reproductiva y aun conociendo su enfermedad no tomo importancia.

Se observa en la historia clínica que no se realizó el seguimiento a la gestante como actividad preventiva promocional ya que se trata de una gestante de alto riesgo.

La paciente no paso por una interconsulta a los servicios de endocrinología y nutrición ya que es básico la alimentación balanceada en esta enfermedad, de igual forma a los demás servicios como es psicología, dental, vacunas etc.

Sería importante saber si el embarazo fue planificado o no. Esta respuesta se hallaría a través de unos formatos que llena la gestante en la consulta cotidiana

en los establecimientos del ministerio de salud y que no se evidencian en la historia clínica.

A pesar que existe la tecnología avanzada como es el internet y otros aparatos para poder informarse, todavía se encuentran con casos como este con total desinformación y desinterés por conocer su salud.

2.4 CONCLUSIONES

1. Esta enfermedad significa que la glándula no está preparado para producir TSH adecuadamente y conservar el organismo funcionando de forma uniforme. Esta alteración tiroidea en las gestantes puede comprometer el bienestar de la gestante, en el progreso de todo el periodo de embarazo y el desarrollo neuro-físico del recién nacido (13).
2. Las complicaciones generadas por esta enfermedad antes de la concepción es la infertilidad, y durante el embarazo puede producir abortos, partos pre términos por lo tanto las obstetras debemos conocer los valores de las hormonas de TSH antes y durante el embarazo, e interpretar los resultados de laboratorio para derivar al médico especialista e iniciar inmediatamente el tratamiento (9).
3. Tener conocimiento que la Agrupación (AAT) define a esta enfermedad sobre todo al subclínico a la elevación de la TSH entre 2,5 y 10 mIU/L con valores normales de T4 libre y recomienda mantener los valores de TSH en el primer trimestre: 0,1 a 2,5 mU/L, segundo: 0,2 a 3,0 mU/L y tercer: 0,3 a 3,0-3,5 mU/L (9).

4. La paciente después de recibir el tratamiento y los exámenes de TSH se encuentran normales ellas evolucionan obstétricamente favorable, la cual es evaluada por servicio de endocrinología.
5. El tratamiento recibido en la gestante del presente caso clínico fue con Eutirox de 50 mg. una vez al día, Cefalexina de 500 mg cada 8 horas por 7 donde la evolución y pronóstico son óptimas.

2.5 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar que el control prenatal sea en forma completo.
2. Realizar como parte de las estrategias un ambiente específico para consejerías como para estos casos de alto riesgo obstétrico.
3. Llevar a cabo constantemente supervisiones en cuanto al llenado de historias Clínicas.
4. El profesional de salud debe tener mayor compromiso con las gestantes.
5. La dirección del nosocomio debería realizar discusiones de casos clínicos ocurridos en su establecimiento, en este caso el de ginecoobstetricia y así contribuir en la disminución de la morbilidad materno perinatal.
6. Llevar a cabo capacitaciones de calidad y calidez en atención al paciente para para que de esa manera los profesionales se sensibilicen y brinden una mejor atención.
7. Se debe recomendar un tamizaje para hipotiroidismo a todas las mujeres antes del embarazo y en especial en el primer trimestre de embarazo.
8. Se debe incluir dentro del perfil gestante los valores de TSH.
9. Mejorar el sistema de referencia y contra referencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Macchia C, Sánchez J. Hipotiroidismo en el embarazo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2007; 58(4):316-321.
2. Mateo H, Hernández L, Mateo D. Hipotiroidismo e infertilidad femenina. Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción. 2012; 5(1):3-6.
3. Mosso L, Martínez A, Rojas M, et al. Elevada frecuencia de enfermedad tiroidea funcional en embarazadas chilenas sin antecedentes de patología tiroidea utilizando el estándar de TSH internacional. Revista Médica de Chile. 2012; 140:1401-1408.
4. Pombar M, Penín M, Vélez M, Trigo C, Álvarez E, Rodríguez R. Impacto de la aplicación de los criterios de la Asociación Americana de Tiroides en el diagnóstico de hipotiroidismo en gestantes de Vigo, España. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2013; 30(3):428-31.
5. Hidalgo M. Trastornos tiroideos en el embarazo. Revista Médica de Clínica Las Condes. 2013; 24(5):761-767.
6. Temboursy C. El hipotiroidismo en la gestante: guía clínica para prevenir alteraciones en el desarrollo cerebral del hijo. Revista Española de Endocrinología Pediátrica. 2013; 5:29-34.
7. Santiago P, González S, Martín T, Navarro E, Velasco I, Millón M. Abordaje del manejo de la disfunción tiroidea en la gestación. Documento de consenso de la Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición (SAEN). Revista Medicina de Familia SEMERGEN. 2015; 41(6):315-323.
8. Núñez N. Hipotiroidismo en el embarazo. Revista Médica Rev. Med. Cos Cen 2016; 73 (620) 637-640.

9. Barragán C, Morales I, Astorga A, Garay M, Sánchez F. Asociación entre hipotiroidismo subclínico y complicaciones materno-fetales. *Revista de sanidad militar México*. 2016; 70:446-452.
10. Jara J, Pretell E, Ovelar E, et al. *Revista chilena de nutrición*. 2016;1 (43):5461.
11. Campos S, García J, Garza L. Asociación entre hipotiroidismo subclínico y enfermedad hipertensiva del embarazo. *Revista Ginecología y Obstetricia de México*. 2016; 84(7):413-419.
12. Rivera J, Vivero S, Rivera C, Patajalo S, Merecí W, Zanini L. *Revista de la Alta prevalencia de hipotiroidismo subclínico en embarazadas del sur de Quito. Facultad de Ciencias Médica*. 2016; 41(1): 39-48.
13. Ibáñez L, Marcos M. Actualización en patología tiroidea. En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 161-74.
14. Guerrero de Luna p, Mendoza R. Frecuencia de hipotiroidismo en gestantes en un Hospital Nacional de Lima, Perú (Trabajo de Investigación) HCH Lima Perú 2018.