

**DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS DE TIROIDITIS DE HASHIMOTO
DIAGNOSTICADOS POR CLÍNICA Y PRUEBAS DE LABORATORIO EN EL
PERÍODO ENTRE 1 DE ENERO DE 1994 AL 30 DE ABRIL DEL 2007 EN NEIVA**

ADRIANA DEL PILAR CONDE MARTÍN

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA-HUILA
2007**

**DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS DE TIROIDITIS DE HASHIMOTO
DIAGNOSTICADOS POR CLÍNICA Y PRUEBAS DE LABORATORIO EN EL
PERÍODO ENTRE 1 DE ENERO DE 1994 AL 30 DE ABRIL DEL 2007 EN NEIVA**

ADRIANA DEL PILAR CONDE MARTÍN

**Trabajo de grado presentado como requisito
para optar al título de médico y cirujano**

**Asesor Metodológico
Dolly Castro Betancourt
Enfermera Mg. salud pública y epidemiología**

**Asesor científico
Dr. Luís Fernando Duran
MD. Especialista en medicina interna**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA-HUILA
2007**

NOTA DE ACEPTACIÓN

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

Neiva, 28 de Mayo de 2007

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a todos los pacientes, que inspiran mi labor formativa en mi ejercicio profesional, sin ellos no hubiera sido posible realizar este proyecto.

Lo dedico a mis maestros por sus enseñanzas y colaboración, son ellos quienes me han guiado durante todos estos años de aprendizaje y formación.

A mi familia y amigos por su gran apoyo y colaboración, a todas aquellas personas que hicieron posible que hoy este donde estoy.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento a los maestros Dolly Castro y Dr. Luís Fernando Duran quienes me asesoraron a lo largo de la realización de este proyecto, al Dr. Diego Salinas por su colaboración en la investigación, a todos mis profesores quienes se encargaron de formarme en todos estos años de pregrado, a mi familia y amigos por su apoyo incondicional y a todos aquellos que siempre me han colaborado.

RESUMEN

La Tiroiditis de Hashimoto es una de las causas de hipotiroidismo, de todos los casos de hipotiroidismo 70-80% son causados por tiroiditis autoinmune. Con este informe queremos dar a conocer los casos de tiroiditis de Hashimoto que se presentan en el Huila, su frecuencia, las manifestaciones clínicas al momento de la consulta y los métodos diagnósticos que se utilizan actualmente, las características sociodemográficas que rodean a esta enfermedad y patologías que se asocian a esta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio descriptivo de casos, la población incluida son todas las personas que acudan al servicio de medicina interna de un consultorio particular. Todos ellos provenientes del departamento del Huila. La muestra será no probabilística, por criterios y en cuanto a su tamaño será a partir de 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007.

Se tomaran los datos de las historias clínicas con un diagnostico de Tiroiditis de Hashimoto de personas que consultaron con algún tipo de sintomatología y a las cuales se les realizo un estudio para establecer este diagnostico. Posteriormente se tabulará electrónicamente por medio del programa estadístico Epi-Info 2004 y Microsoft Excel.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 3.033 historias clínicas de un consultorio privado de Medicina Interna de las cuales se obtuvieron 52 casos, 6 de ellas fueron retiradas del estudio ya que traían un diagnostico ya establecido, solo se documentaron 46 casos a quienes se les realizo el seguimiento correspondiente que se comenta en este trabajo.

Se encontró que generalmente las personas que consultan provienen de la ciudad de Neiva, en su mayoría del género femenino y de un nivel socioeconómico moderado, se presenta mas en personas con una edad entre los 41 y 50 años notándose una disminución en los extremos de la vida.

En cuanto a las características clínicas la mas frecuente fue el bocio y el aumento de peso, no hubo una alta frecuencia en las enfermedades asociadas, y los métodos mas utilizados para el diagnostico fueron la TSH y los Ac. TPO.

CONCLUSIÓN

Las características clínicas como el bocio es una causa frecuente de motivo de consulta en Medicina Interna, al igual que el aumento de peso y la xerodermia con excepción de algunas que no se presentan como la intolerancia frío, la depresión, la bradipsiquia, la disminución del apetito, el edema palpebral, y la bradicardia. El sexo femenino es el más afectado por este tipo de patología, siendo menor en el caso del sexo masculino. Otras enfermedades autoinmunes también pueden asociarse a esta patología, así sea con una baja frecuencia.

Palabras claves: Tiroiditis de Hashimoto, hipotiroidismo, tiroiditis autoinmune, bocio, Anticuerpos TPO.

ABSTRACT

Hashimoto's thyroiditis is one of the causes of hypothyroidism, from all the cases of hypothyroidism, autoimmune thyroiditis cause the 80 to 90 % of these cases. with this review we want to make know many cases of hashimoto's thyroiditis that has been reported in Huila, Colombia.

His frequency, his clinical manifestations in the first admission, and the diagnostic methods that made the diagnosis. As well as the social demographic characteristics that rounds this pathology and his comorbidities. Has been documented.

METHODS AND MATERIALS

This is a case description study, the population that has been included are all patients that had evaluated by a specialist in internal medicine; they are all from the Department of Huila. These cases will not be probabilistic, by criteria of his size that has been collected form January of 1994 to april 30 of 2007.

We will take all data from clinical histories with a diagnosis of hashimoto's thyroiditis, patients consulted for symptoms of hypothyroidism that has been studied for this diagnosis. Later this data will be tabulated in statistic software as Epi-info and Microsoft Excel.

RESULTS

We have revised 3.033 clinical stories from a specialist physician in internal medicine, from these stories we have obtained 52 cases, 6 from those were retired from the study because they had a previous diagnosis. We only have documented 46 cases whose have been followed and reported in this study.

We found that most of the patients were born in Neiva, most of these cases are female patients and from a average socioeconomic status. These cases have been documented from people between 41 and 50 years old, from a diminishing incidence in childhood and elderly. The most common clinical characteristics are goiter and overweighth the diagnostic methods most commonly used were TSH and Tc TPO.

CONCLUSION

The clinical characteristics like the goiter it is a frequent reason of consultation in Internal Medicine, as the increase of weight and the xerodermia,were the main

clinical features, with exception of some that they do not present cold intolerance(annoyed), depression, bradipsiquia, decrease of the appetite, edema palpebral, and bradycardia. The feminine sex is most affected by this type of pathology, being a minor in case of the masculine sex. Other autoimmune diseases also can associate to this pathology, this way be with a low frequency.

Key words: Hashimoto's tiroiditis, hypotiroidism, autoimmune thyroiditis, goiter, Tc TPO.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. ANTECEDENTES	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
3. JUSTIFICACIÓN	19
4. OBJETIVOS	20
4.1 OBJETIVO GENERAL	20
5. MARCO TEÓRICO	21
5.1 CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE HIPOTIROIDISMO	21
5.2 DEFINICIÓN DE TIROIDITIS DE HASHIMOTO	21
5.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	22
5.4 CARACTERÍSTICAS PARACLÍNICAS	23
5.5 DIAGNOSTICO	24
5.5.1 Anticuerpos peroxidasa tiroidea	24
5.5.2 Biopsia aspirativa con aguja fina	25
5.5.3 Gammagrafía Tiroidea	25
6. DISEÑO METODOLÓGICO	27
6.1 TIPO DE ESTUDIO	27
6.2 LUGAR DEL ESTUDIO	27
6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	27

	pág.
6.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	27
6.5 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSIÓN	29
6.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	30
6.7 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	30
6.8 PRUEBA PILOTO	31
6.9 CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN	31
6.10 FUENTE DE INFORMACIÓN	31
6.11 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS	31
6.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
6.13 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS O TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	32
7. RESULTADOS	33
8. DISCUSIÓN	38
9. CONCLUSIONES	41
10. RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	45

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Clasificación semiológica de los bocios de la Organización Panamericana de la salud.	23
Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con Tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio del 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva	51
Tabla 3. Distribución por grupo etáreo de los pacientes con Tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio del 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva	51
Tabla 4. Distribución de los métodos diagnósticos utilizados en los pacientes con Tiroiditis de Hashimoto	52
Tabla 5. Distribución por estratos socioeconómicos de los pacientes con Tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio del 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva	52
Tabla 6. Distribución por seguridad social de los pacientes con Tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio del 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva	52
Tabla 7. Enfermedades acompañantes de los casos de Tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio del 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva	53
Tabla 8. Distribución por género de los casos de Tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio del 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva	53

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Seguridad social de los pacientes con tiroiditis de Hashimoto diagnosticada por clínica y pruebas de laboratorio de 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva	33
Figura 2. Distribución por Sexo de pacientes con tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio de 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva	34
Figura 3. Distribución por grupo etáreo de pacientes con tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio de 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva	34
Figura 4. Características clínicas presentes al momento de la consulta de pacientes con tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio de 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva	35
Figura 5. Enfermedades asociadas de pacientes con tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio de 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva	36
Figura 6. Métodos Diagnósticos de pacientes con tiroiditis de Hashimoto de 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva	37

LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO A DESCRIPCIÓN DE CASOS DE TIROIDITIS DE HASHIMOTO DIAGNOSTICADOS POR CLÍNICA Y PRUEBAS DE LABORATORIO SENSIBLES Y ESPECÍFICAS EN EL PERIODO ENTRE EL 1 DE ENERO DE 1994 AL 30 DE ABRIL DEL 2007	46
ANEXO B MODELO ADMINISTRATIVO	48
ANEXO C CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	50
ANEXO D DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS CASOS DE TIROIDITIS DE HASHIMOTO DIAGNOSTICADOS POR CLÍNICA Y PRUEBAS DE LABORATORIO DE 1 DE ENERO DE 1994 AL 30 DE ABRIL DEL 2007 EN NEIVA	51

INTRODUCCIÓN

El hipotiroidismo es una patología muy frecuente en nuestro medio la cual tiene diversas causas, una de ellas es la autoinmunitaria. En este caso la Tiroiditis de Hashimoto la cual al inicio no presenta un alto impacto en sus características clínicas, razón por la cual su diagnóstico es llevado a cabo luego de un largo proceso en el que involucra varios de los sistemas del organismo.

Afectando a la persona en muchas esferas como el físico, socio-afectivo, cognoscitivo y clínico. Consultando con un cuadro clínico insidioso, el cual será diagnosticado con una prueba de laboratorio que no especifica el tipo y que solo indica comenzar o no un tratamiento que mediará con la sintomatología presente y que no solucionará en realidad la patología.

El hipotiroidismo es una entidad frecuente, con una incidencia superior en el sexo femenino, 19% en las mujeres y menos del 1% en los varones la incidencia anual de nuevos casos de hipotiroidismo clínico en la población general es de 1-2. %. Y una prevalencia de 0,1% en hombres y de 1,5% en mujeres. Aumentando con la edad y disparándose en mujeres mayores de 60 años. De todos los casos de hipotiroidismo 70-80% son causados por tiroiditis autoinmune.

Con este trabajo queremos dar a conocer los casos de tiroiditis de Hashimoto que se presentan en el Huila, por su alta frecuencia en la consulta y por falta de datos exactos sobre su prevalencia, incidencia y presentación.

Básicamente lo que se presenta en este informe es la frecuencia de la patología en esta región, las manifestaciones clínicas más frecuentes al momento de la consulta y el diagnóstico mediante los métodos que actualmente son utilizados mundialmente, las características sociodemográficas que rodean a esta enfermedad y patologías que se asocian a esta.

Este estudio se llevará a cabo en un consultorio particular de Medicina Interna en el cual se tomarán los datos de las historias clínicas con un diagnóstico de Tiroiditis de Hashimoto de personas que consultaron con algún tipo de sintomatología y a las cuales se les realizó un estudio para establecer este diagnóstico.

Con este trabajo esperamos inquietar un poco al personal de salud en este caso los médicos para que estudien mejor el hipotiroidismo reporten los casos y más adelante con una base de datos más extensa logremos extrapolarlo a nuestra área.

Si diagnosticamos a estos pacientes de una forma correcta podremos estar preparados para la instauración de algún tipo de enfermedad autoinmune que tienden asociarse a esta patología y de esta forma diagnosticarla y manejarla oportunamente.

1. ANTECEDENTES

El hipotiroidismo es una entidad frecuente, con una incidencia muy superior en el sexo femenino, en sus formas leves a veces no se diagnostica durante un largo período de tiempo. Entre los diversos estudios epidemiológicos cabe citar el realizado en Whickham, una población del nordeste de Inglaterra, en el que se comprobó que el número de casos de hipotiroidismo previamente diagnosticados era del 19% en las mujeres y menos del 1% en los varones. Diversos estudios demuestran que la incidencia anual de nuevos casos de hipotiroidismo clínico en la población general es de 1-2. %.¹

Mundialmente la Tiroiditis de Hashimoto cuenta con una prevalencia de 4 a 25% y una incidencia de 4 al 6 % en la población general. En Latinoamérica La prevalencia es muy variable según los estudios 0,6 a 7%. Como cifras más aceptadas se habla de una prevalencia de 0,1% en hombres y de 1,5% en mujeres. En cuanto al hipotiroidismo subclínico, la prevalencia oscila entre el 2 y el 8% de la población general. En el estudio Whickham el 8% de mujeres y el 3% de hombres tenían hipotiroidismo subclínico. Si incluimos ambas entidades (clínica y subclínica) podríamos llegar a una afectación del 5,4% de la población general. Además, un hecho sobradamente conocido y aceptado en la bibliografía, es que la frecuencia de ambas entidades aumenta con la edad y este aumento es más acusado en mujeres mayores de 60 años (hasta el 16% pueden presentar un hipotiroidismo subclínico).¹

La prevalencia mundial de hipotiroidismo clínico no sospechado es de 18 por 1000, de hipotiroidismo subclínico o bioquímico de 25 -104 por 1000. De todos los casos de hipotiroidismo 70-80% son causados por tiroiditis autoinmune.²

¹ Roman, Luis et al Hipotiroidismo: Implicaciones Clínicas Y Economicas En Un Area De Salud, Revista Cubana De Medicina Interna 2003, Vol20, No.3.

² Santamaria Cogollos Adriana, Disfuncion Tiroidea, Revista Medico-legal, 2004

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El hipotiroidismo es una patología con una alta incidencia en el sexo femenino con relación al sexo masculino. Al ser esta una enfermedad que al inicio no presenta un alto impacto en sus características clínicas, diagnóstico que es llevado a cabo luego de un largo proceso en el que involucra varios de los sistemas del organismo, afectando a la persona en muchos ámbitos como el físico, socio-afectivo, cognoscitivo y clínico.

Por esta razón los pacientes consultan con un cuadro clínico de larga data, el cual luego de ser diagnosticado con una prueba de laboratorio que no especifica el tipo y que solo da vía libre para comenzar un tratamiento que mediera con la sintomatología presente pero que no solucionara en realidad la patología.

En la mayoría de los casos se presenta en el momento del diagnóstico o mas adelante con una enfermedad asociada la cual va a complicar aun mas al paciente siendo mas difícil el control del hipotiroidismo y fuera de esto las patologías inmunitarias traen un manejo mucho mas complejo, complicando aun mas el pronóstico del paciente y su calidad de vida.

Además hemos visto que por nuestra región a pesar de la alta consulta por esta enfermedad, no esta siendo documentado, dejando perder valiosísima información acerca de la relación que esta puede tener con nuestras características sociodemográficas.

Para esto seria bueno optar por aclarar el impacto que esta puede traer a nuestra región, que como ya mencione no afecta una sola esfera si no a varias. Además recopilar toda la información posible y adaptarla a nuestra región y de esta forma incentivar a otras personas del gremio a investigar sobre esto para que mas adelante con una base de datos con mayor contenido se logre extrapolar estos datos a todo el País.

Por esta razón queremos recopilar la información que hay en un consultorio particular de Medicina Interna, tomando la información de las historias clínicas para establecer las características clínicas al momento de la consulta, las características sociodemográficas, métodos diagnósticos utilizados y que enfermedades se asocian a esta patología.

¿Cuál es la frecuencia de la Tiroiditis de Hashimoto, las manifestaciones clínicas, y los métodos diagnósticos utilizados en el momento de la consulta?

3. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo lo realizamos con el propósito de dar a conocer los casos de tiroiditis de Hashimoto que se presentan en el Huila, Por su alta frecuencia en la consulta y por falta de datos exactos sobre su prevalencia, incidencia y presentación.

El diagnostico se queda en hipotiroidismo sin establecer la etiología y por tanto que tipo es. Por esta razón queremos entrar a describir las características clínicas frecuentes y por las cuales hacen al paciente acudir a una consulta, al igual las enfermedades asociadas en ellos.

Dada la poca claridad que hay en su etiología, a pesar de los diversos estudios realizados a lo largo del tiempo, no se ha especificado lo que en realidad sucede con esta patología autoinmunitaria y muchas veces se queda en un diagnostico muy amplio como es el hipotiroidismo.

Los reportes sobre la Tiroiditis de Hashimoto que encontramos en la actualidad son sobre estadísticas internacionales, las cuales han sido extrapoladas a nuestro medio para dar una aproximación acerca de la frecuencia de esta en nuestro País.

Además de esto esta patología al solo ser clasificada como hipotiroidismo, nos va a dar la idea de como tratarla, lo que no sabemos es que si la diagnosticamos como una enfermedad autoinmunitaria podemos llegar a prevenir una patología asociada a esta las cuales son muy frecuentes y muy relacionadas a la inexplorada etiología de esta. Quedándonos atrás del verdadero diagnostico y por lo tanto haciendo una mala practica médica

Por estas razones hemos visto la importancia de recolectar la información pertinente acerca de la Tiroiditis de Hashimoto diagnosticada clínica y paraclínicamente y de esta forma lograr ofrecer una pequeña información sobre la presentación de esta patología en un consultorio particular de la ciudad de Neiva.

Básicamente lo que vamos a mostrar con este proyecto es la frecuencia de la patología en esta región, las manifestaciones clínicas mas frecuentes al momento de la consulta y el diagnostico mediante métodos aprobados por importantes centros investigativos de enfermedades endocrinas.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los casos de Tiroiditis de Hashimoto diagnosticadas por clínica y pruebas de laboratorio sensibles y específicas que se presentan en un consultorio particular de la ciudad de Neiva, en el periodo comprendido del 1 de Enero del 1994 al 30 de Abril del 2007.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar las características clínicas que se presentan con mayor frecuencia en la consulta de los pacientes con Tiroiditis de Hashimoto.

- ❖ Identificar las pruebas diagnosticas mas útiles en el diagnostico de Tiroiditis de Hashimoto.

- ❖ Identificar las características sociodemográficas de mayor relevancia en los pacientes con Tiroiditis de Hashimoto.

- ❖ Identificar los diferentes tipos de patologías que puedan asociarse.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE HIPOTIROIDISMO

Se denomina hipotiroidismo a la situación clínica caracterizada por un déficit de secreción de hormonas tiroideas producida por una alteración orgánica o funcional de la misma glándula o por un déficit de estimulación de la TSH. Las causas de hipotiroidismo son congénito, iatrogénico, autoinmunitario, farmacológico, déficit de yodo. El hipotiroidismo originado por alteraciones primitivamente tiroideas se designa *primario*, mientras que al que depende de una insuficiente secreción de TSH se lo denomina *secundario*, si el fallo es adenohipofisario, o terciario, si la alteración procede del hipotálamo. El término *hipotiroidismo subclínico*, que amplía considerablemente el concepto de la entidad, incluye las situaciones asintomáticas en las que la reducción de la función tiroidea ha sido compensada por un aumento en la secreción de TSH³.

5.2 DEFINICIÓN DE TIROIDITIS DE HASHIMOTO

La tiroiditis linfocitaria crónica (También llamada TIROIDITIS DE HASHIMOTO) es una inflamación de las glándulas tiroideas en las que se reconoce una etiología autoinmune, de carácter hereditario dominante, cursa con periodos de remisiones y reagudizaciones sucesivas, espontáneas y libradas a su evolución natural. Esta enfermedad fue descrita por Hashimoto en el año 1912, cuando se presenta con bocio se denomina tiroiditis de Hashimoto (TH). La TH consiste en una reducida actividad de la glándula tiroidea, las hormonas tiroideas tiroxina (T4) y triyodotironina (T3), cuya síntesis es regulada por la hormona estimulante de tiroideas (TSH) secretada en la hipófisis, tiene como misión fundamental regular las reacciones metabólicas del organismo. Cuando las hormonas tiroideas disminuyen, como ocurre en el hipotiroidismo, la secreción de TSH aumenta en un intento de conseguir que la tiroidea trabaje al máximo para recuperar el nivel normal de hormonas tiroideas (ver tabla 2)⁴.

3. Farreras Rozman Endocrinología, Hipotiroidismo, Medicina Interna 2000.

4 Pearce, Elizabeth N. Et al Current Concepts Thyroiditis., New England Journal Of Medicine 2003: 348:2646

El concurso de las hormonas tiroideas es fundamental para que se lleven a cabo la mayoría de funciones del organismo, en consecuencia el hipotiroidismo se caracteriza por una disminución global de la actividad orgánica que afecta a funciones metabólicas, neuronales, cardiocirculatorias, digestivas. Esta condición es especialmente frecuente en el sexo femenino a partir de los cuarenta años, aunque puede darse en otras edades⁵.

5.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La TH es habitualmente lenta y progresiva. Los síntomas se relacionan con una disminución en la actividad funcional de todos los sistemas del organismo, los más clásicos son: cansancio, intolerancia al frío, apatía e indiferencia, depresión, disminución de memoria y la capacidad de concentración mental, piel seca, cabello seco y quebradizo, fragilidad de uñas, aumento de peso, estreñimiento, somnolencia excesiva. En situaciones extremas puede evolucionar hacia la insuficiencia cardíaca, hiperlipidemias, mixedema e insuficiencia respiratoria⁶.

El tiempo en que este comienza a manifestarse la TH es indeterminado, puede ser de instauración rápida o puede ser lenta, y hay un tipo de sintomatología más frecuente que puede ser el que conduce al diagnóstico entre ellas están la depresión (La prevalencia de el desorden depresivo tiene un rango de 6 a 17%), las hiperlipidemias y lo que estas pueden desencadenar como aterosclerosis y obesidad⁷.

Se define como bocio a cualquier aumento de tamaño de la glándula tiroidea. Según sus características anatómicas se clasifican en:

- Difusos, cuando se palpa una glándula relativamente lisa y con crecimiento bilateral, aunque no necesariamente simétrico.
- Nodulares, cuando existe ya sea un nódulo palpable con el resto del tiroides de tamaño normal o pequeño (bocio uninodular) o dos o más nódulos palpables en una glándula crecida (bocio multinodular).

Según sus características funcionales, los bocios se dividen en eutiroideos, hipotiroideos e hipertiroideos o tóxicos. La conjunción de ambos criterios crea características mixtas, anatómicas y funcionales.

El diagnóstico es anatómico y por lo tanto se realiza mediante observación y palpación. La Tabla 1 muestra la clasificación de los bocios de la OMS en grados de acuerdo a su tamaño. En la práctica, lo habitual es describir el peso estimativo de la glándula, lo que requiere cierto grado de destreza y experiencia por parte del

⁵Ibid, 2003: 348:2646

⁶Pearce, Elizabeth N. Et al op.cit, 2003: 348:2646

⁷ Carta, Mauro Giovanni et al. The Link Between Thyroid Autoimmunity (Antithyroid Peroxidase Autoantibodies) With Anxiety And Mood Disorders In The Community: A Field Of Interest For Public Health In The Future. . Biomed Central Psychiatry ,2004; 4: 25

examinador. La glándula normal pesa de 15 a 25 g. Un modo práctico consiste en comparar el volumen de cada lóbulo con el pulpejo del pulgar de la persona examinada, ya que son similares. Debe tenerse presente que la tiroides habitualmente es palpable, sobre todo en personas delgadas, por lo que el diagnóstico de bocio casi siempre es producto del examen clínico.⁸

Tabla 1. Clasificación semiológica de los bocios de la Organización Panamericana de la salud.

CLASIFICACIÓN SEMIOLÓGICA DE LOS BOCIOS (OMS)	
Grado	Características
0 a*	Tiroides no palpable o palpable con dificultad
0 b*	Tiroides se palpa con facilidad, pero no se ve al hiperextender el cuello.
1	Tiroides fácilmente palpable y visible con el cuello en hiperextensión. Un nódulo único con tiroides normal se incluye en este grado.
2	Tiroides palpable y visible con el cuello en posición normal.
3	Tiroides visible a distancia
4	Bocio gigante
* implica ausencia de bocio	

FUENTE: Campusano Claudia, bocio Difuso. Boletín De Escuela Medica, Universidad Católica de Chile, 2000 Vol. 29 No 3.

5.4 CARACTERÍSTICAS PARACLINICAS

Las hiperlipidemia, en pacientes con niveles séricos de TSH 20 mU/L., pueden tener un incremento de las lipoproteínas de baja densidad LDL, colesterol total, y triglicéridos (valores normales de colesterol total <200mg/dl, HDL <130mg/dl, triglicéridos <130mg/dl) En mujeres con hipotiroidismo subclínico, la relación entre la TSH y el colesterol total o el colesterol LDL es inconsistente, ya que muchas veces los niveles del colesterol LDL y total son bajos con relación a los altos niveles de TSH, comparados con mujeres eutiroideas. TSH entre 10 mU/L que tuvieron un incremento no significativo en colesterol LDL 3.7mmol/L [143 mg/dL] vs. 3.3 mmol/L [128 mg/dL] en una mujer eutiroidea, P = 0.08.⁹

⁸ Campusano Claudia, Bocio Difuso. Boletín De Escuela Medica, Universidad Católica De Chile, 2000 Vol 29 No 3.

⁹ Helfand, Mark, evidence based practice center : screening for subclinical thyroid dysfunction in non-pregnant, oregon health y science university, 2004, 140(2): 125-7.

La relación entre hipotiroidismo subclínico y el desarrollo de aterosclerosis no es clara. Un estudio transversal de 1499 mujeres sobre Los 50 años, fueron tomados parámetros como la presión sanguínea, niveles de colesterol, tabaquismo, niveles de TSH de 4.0 mU/L fue asociado a isquemia cardiaca, y aterosclerosis de aorta abdominal, la cual fue diagnosticada por radiografía lateral de espina lumbar.¹⁰

5.5 DIAGNOSTICO

Las pruebas con mayor sensibilidad y especificidad para el diagnostico de TH, son la medición de TSH, FT3, FT4, anticuerpos peroxidada tiroidea positiva (TPO+), ya que la clínica no siempre se hace presente hablaremos de hipotiroidismo subclínica el cual los niveles de TSH se encuentran elevados pero los niveles de FT3 y FT4 están normales y con anticuerpos TPO+.

Otra prueba es la citología espirativa de tiroides, gammagrafía de tiroides y otros que ayudan establecer tratamiento en hipotiroidismo subclínico que son perfil lipídico, cuadro hemático, pruebas de función renal.

Tabla 2. Valores normales de hormonas tiroideas

HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES (TSH)	0,35-6,20 u/ml
TIROXINA TOTAL (T4)	4,5-12,0 microgramos/dl
TRİYODOTIRONINA(T3)	59-174 ng/dl
TIROXINA LIBRE (FT4)	0,8-2,7 ng/dl

FUENTE: Helfand, Mark, evidence based practice center : screening for subclinical thyroid dysfunction in non-pregnant, oregon health y science university, 2004, 140(2): 125-7.

5.5.1 Anticuerpos peroxidasa tiroidea En un estudio descriptivos que del total de pacientes estudiados, el 94,7% eran mujeres y el 5,3% hombres, con una edad media de 52,07 ± 16,58 años. La patología responsable del hipotiroidismo más frecuente fue la autoinmune, incluyendo la tiroiditis de Hashimoto (48,0%) y la tiroiditis autoinmune atrófica (46,6%). El valor medio de la TSH (mUI/ml) fue de 17,57 ± 4,14, y el de los anticuerpos antitiroideos (UI/ml) fue de 629,30 ± 1.049,14 para los ACTPO y de 532,11 ± 1.028,34 para los ACTG. El estudio arrojó que ambos se encontraban por encima del rango de referencia, más acusado en el caso de los ACTPO, y ello enlazaría con la mayor prevalencia de la etiología autoinmune y confirma la importancia de la autoinmunidad en el hipotiroidismo.¹¹

¹⁰ Helfand, Mark, Op Cit.

¹¹ Roman, Luis et al Op.cit.

5.5.2 Biopsia aspirativa con aguja fina Al estudiar los métodos diagnósticos en relación con el bocio encontrado al examen físico independiente del grado, la biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF) mostró 90,9 % de sensibilidad y 99,1 % de especificidad y una eficacia de 98,4 %. Las afecciones tiroideas tienen una incidencia del 4 al 6 % en la población general; dentro de las malignas ocupan el 2 % de todas las neoplasias. Ha existido una explosión en décadas pasadas en el número de los estudios en la evaluación de la función tiroidea; pero lo importante es determinar si estos nódulos son benignos o malignos, y para esto la biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF), ofrece los beneficios de una alta eficacia y en extremo segura, con un índice predictivo positivo del 90 al 95 %, de ahí que este importante estudio haya revolucionado la terapéutica que se seguiría ante un nódulo tiroideo.

En relación con el sexo es de mayor incidencia la enfermedad tiroidea en la mujer relación 9-12:1 Plantean una relación de 6 a 1 en relación con la benigna y de 3 a 1 en la maligna. Las entidades más frecuentes en Latino América son el bocio y el adenoma folicular 42.15, 30.4 %. La asociación de bocio y de tiroiditis de Hashimoto es de 4.4 %. También se han hallado caso de linfoma que como sabemos es infrecuente 2 % y tenía asociado una tiroiditis de Hashimoto; esta asociación se recoge en el 15 % de los casos.¹²

Al utilizar la BAAF en todos los casos que se estudian este es el medio diagnóstico más útil en el manejo ya que posee 90,9 % de sensibilidad, 99,1 % de especificidad y una eficacia de 98,4 %. Los estudios de Goldman y Mesonero arrojan del 90 al 95 % de sensibilidad. Se utiliza en el 99 % de los casos de la Asociación Europea del Tiroides.¹³

5.5.3 Gammagrafía Tiroidea La gammagrafía tiroidea proporciona información sobre la situación, el tamaño y la morfología de la glándula o del tejido tiroideo residual o ectópico.

Las imágenes gammagráficas del tiroides se obtienen mediante gamma-cámara, después de administrar al paciente un radiofármaco. Los dos isótopos más utilizados, en la actualidad, son el I 131 y, especialmente, el 99mTc (pertenetato).

La imagen habitual de una gammagrafía tiroidea presenta forma de mariposa, con las dos alas que corresponden a ambos lóbulos, más o menos simétricos, unidas en su tercio inferior por el istmo. En el estudio de los trastornos nodulares del

¹² González Fernández, et al., Resultados Del Diagnostico De La Patología Nodular Tiroidea, Rev. Cubana Cir. , 2004, Vol.43. No.1

¹³ González Fernández, et al., Op Cit

tiroides, la gammagrafía permite conocer la intensidad de captación del isótopo por el nódulo, que puede ser “frío” o hipocaptante, isocaptante y “caliente” o hipercaptante según que su fijación sea, respectivamente, inferior, igual o superior a la del tejido normal. Estas pruebas son de gran ayuda para dar vía libre al realización de un BAAF, prueba que como antes se menciono es muy sensible y específica para el diagnostico de tiroiditis crónica.¹⁴

Las complicaciones mas frecuentes en esta patología son el coma mixedematoso, esta complicación se da sobre todo en pacientes ancianos, abandonados, y predomina en invierno. En otros casos, el coma mixedematoso.

Representa una complicación de la enfermedad ya diagnosticada, aunque no siempre bien tratada. Unas veces su aparición es espontánea, pero otras es desencadenada por una serie de causas, entre las que cabe citar la exposición al frío, la infección, la insuficiencia respiratoria, la intoxicación acuosa, la hipoglucemia, y el consumo de analgésicos, mal metabolizados por el individuo hipotiroideo.

El enfermo en coma mixedematoso presenta, además de un coma más o menos profundo, los signos y síntomas correspondientes a un hipotiroidismo de larga evolución no tratado o insuficientemente tratado. La hipotermia es común, a veces muy intensa; se considera que una temperatura rectal inferior a 32 °C constituye un índice de mal pronóstico; Se ha encontrado asociación entre anticuerpos antitiroideos y encefalopatía con un cuadro clínico caracterizado por episodios de mioclonus y confusión.¹⁵

¹⁴ Arancibia Z, German, et al, Rev. Chil. Radiol, Ultrasonografia De Tiroides, 2002, Vol8, No3.

¹⁵ S. Jacob, Y. Arajabally, J. Neurol. Hashimotos Encephalopathy, Neurosurg. Psiquiatry, 2005 76, 455-456.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se decidió realizar un estudio descriptivo de casos, dado el gran número de personas que acuden a la consulta de medicina interna por presentar sintomatología compatible con enfermedad tiroidea se ha decidido recolectar todos los datos y con esto desarrollar una idea sobre la frecuencia de esta patología en la ciudad de Neiva Huila

En este proyecto vamos a analizar a todo paciente que asiste a consulta externa y que presentan ciertas características las cuales estudiaremos, en un consultorio particular de medicina interna, de esta manera esclarecer las causas, el comportamiento de esta y lo más importante obtener un informe estadístico sobre la población afectada.

6.2 LUGAR DEL ESTUDIO

Se realizará en un consultorio particular ubicado en el centro de la ciudad de Neiva Huila, las personas que acuden a la consulta son de un nivel socioeconómico moderado y alto particulares o del régimen contributivo. El consultorio cuenta con unas instalaciones acogedoras, consta de buen espacio y un tiempo adecuado para la consulta.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población incluida son todas las personas que acudan al servicio de medicina interna del consultorio sean parte de alguna EPS o asistan a consulta particular. Todos ellos provenientes del departamento del Huila o la ciudad de Neiva. La muestra será no probabilística, por criterios y en cuanto a su tamaño será a partir de 1 de enero al 30 de abril del 2007.

6.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	SUBVARIABLE	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN	ÍNDICE
Características sociodemográficas	Características presentes en el medio que rodean a los pacientes que intervienen en el desarrollo de la enfermedad	Edad	Años	Razón	Frecuencia y porcentaje
		Genero	Femenino y masculino	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Procedencia	Municipio Urbano Rural	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Nivel socioeconómico	Estrato 1,2,3,4,5,6	Ordinal	Frecuencia y porcentaje
		Seguridad social	Vinculado, subsidiado, contributivo, Particular	Nominal	Frecuencia y porcentaje
Características clínicas	Características presentes en los pacientes en el momento de la consulta que lo asocia a la patología	Somnolencia	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Intolerancia al frío	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Depresión	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Bradipsiquia	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Xerodermia	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Aumento del peso	IMC	Intervalo	Frecuencia y porcentaje
		Disminución del apetito	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Estreñimiento	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Bocio	Centímetros Grados (0-5)	Razón Ordinal	Frecuencia y porcentaje
		Edema palpebral	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Bradicardia	Frecuencia cardiaca	Intervalo	Frecuencia y porcentaje
		Dismenorrea	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Fatiga muscular	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Adinamia	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje

		Hipoacusia	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Vertigo	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Periférico	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Odinofagia	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
Métodos diagnósticos	Pruebas utilizadas en los pacientes que presentan una sintomatología para con este dar el diagnostico exacto	TSH	mUI	Razón	Frecuencia y porcentaje
		FT3	Ngr	Razón	Frecuencia y porcentaje
		FT4	Ngr	Razón	Frecuencia y porcentaje
		ACTPO	+/-	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Tiroglobulina	Ngr	Razón	Frecuencia y porcentaje
		BAAF	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Gammagrafía tiroidea	Centímetros Captación(hipo, normo, hiper)	Razón ordinal	Frecuencia y porcentaje
Enfermedades asociadas	Patologías relacionadas fisiopatológicamente las cuales suelen empeorar la sintomatología ya establecida	Artritis reumatoide	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Lupus eritematoso sistémico	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Fibromialgia	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Osteoporosis	Si o no	Nominal	Frecuencia y porcentaje
		Síndrome de Sjogren	Si o no	nominal	Frecuencia y porcentaje

6.5 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSIÓN

En la caracterización sociodemográfica se planteo la variable de seguridad social clasificada según la normatividad que rige actualmente en el país, a pesar de ser este un consultorio particular el cual la consulta va a ser por demanda espontánea y de personas que cuentan con un nivel económico moderado. Sin embargo se estableció ya que el número de personas incluidas en el sistema general de

seguridad social es mayor que las personas con un sistema de salud prepagada o particular.

La Tiroiditis de Hashimoto se encuentra asociada a otras patologías autoinmunes. Al recolectar la información se encontró que en nuestro medio este tipo de patologías no son un antecedente común con la excepción de algunos pocos casos. De todas formas se revisó y se tuvo en cuenta al momento de recolectar la información.

6.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El instrumento fue elaborado por la estudiante a cargo del proyecto con la colaboración del asesor del trabajo, teniendo en cuenta las variables que se analizarán.

El formulario consta de cuatro puntos, de los cuales el primero requiere de los datos que tiene que ver con las características sociodemográficas, el segundo trata de las características clínicas, seguido por las enfermedades asociadas y por último los métodos diagnósticos. (Ver anexo A)

6.7 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El método de colecta de datos que se llevara a cabo será uno estructurado que se realizara de la siguiente manera:

- La persona delegada de recolectar la información será la estudiante encargada del proyecto, razón por la cual el formulario no necesita ningún tipo de especificación para el diligenciamiento.
- Será recolectada la información en el consultorio particular del Dr. Luís Fernando Duran Asesor del proyecto. En horas de la tarde (en el cual lo encontraremos a él) a las 17:00 horas una vez por semana a lo largo del semestre.
- A partir de la información consignada en las Historias Clínicas las cuales serán la fuente de información.
- Los datos requeridos serán consignados en los formularios, en caso de no encontrarse algún dato se continuara llenando el formulario.

El instrumento fue realizado por la estudiante a cargo del proyecto y ayudado por el asesor del trabajo, se realizo teniendo en cuenta las variables que se analizaran.

6.8 PRUEBA PILOTO

Ya que aproximadamente el número de historias clínicas no supera las 60 se tomaron 5 historias clínicas para evaluar el instrumento, obteniendo buenos resultados:

- La información que se desea obtener acerca de la caracterización demográfica es correcta ya que son puntos claros y no se presentan obstáculos para la interpretación.
- En cuanto a los métodos diagnósticos al tratar de unificar información se dificultaría pero ya que es un estudio de pocos casos simplemente la información puede ser organizada por medio de pequeños grupos y compararlos.
- Se organizara de manera ascendente según el número de sintomatología que presente y de esta manera determinar la frecuencia de cada una.

6.9 CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN

La tabulación es la clasificación, organización y codificación de la información cuantitativa recogida, que implica determinar la manera en que se presentarán los datos obtenidos para las diferentes variables incluidas en el estudio.

La información obtenida se recopilará en formularios y posteriormente se tabulará electrónicamente para ser realizada por medio del programa estadístico Epi-Info 2004 y Microsoft Excel de acuerdo a las variables mencionadas en el cuadro de operacionalización de variables presentadas.

6.10 FUENTE DE INFORMACIÓN

El tipo de fuente es indirecta en este caso la historia clínica en la cual encontraremos todos los datos ya establecidos.

6.11 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizo mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de frecuencia y porcentajes.

Para su representación gráfica se procesó la información obtenida del programa de Epi-Info mediante el programa Excel donde se realizaron tablas, tortas y barras de frecuencia, facilitando de esta manera la representación y análisis de resultados.

6.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo, se realizará exclusivamente con fines investigativos, sin irrumpir en lo más mínimo la privacidad de los pacientes, que hacen parte de la población a estudio. La información obtenida será confidencial y no se aplicará a los pacientes por lo tanto no serán informados.

Las hojas de instrumento de recolección de datos, quedará bajo custodia exclusiva de los investigadores, bajo absoluta confidencialidad y reserva del secreto profesional.

Igualmente se tendrán en cuenta los principios básicos que guían la conducta investigativa biomédica y se tratará de aplicar al máximo todos los conocimientos en el tema con el fin de obtener los mejores resultados posibles.

6.13 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS O TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Una vez sea recolectada y tabulada la información, se realizará un análisis completo por medio del Programa Estadístico Epi-Info 2004, creado por el Center Disease Control (CDC) de Atlanta con el objetivo de que sea usado por los profesionales del área de la Salud, para la creación y manejo de base de datos y aplicaciones estadísticas. Dicho software permite y facilita la elaboración de tablas, gráficos de frecuencia y análisis estadístico de los datos introducidos en formularios prediseñados por el investigador.

De igual forma utilizaremos el programa Microsoft Excel el cual tomará la información analizada por Epi-Info 2004 para graficar y tabular la información de los datos recolectados y de esta forma darle un tratamiento completo.

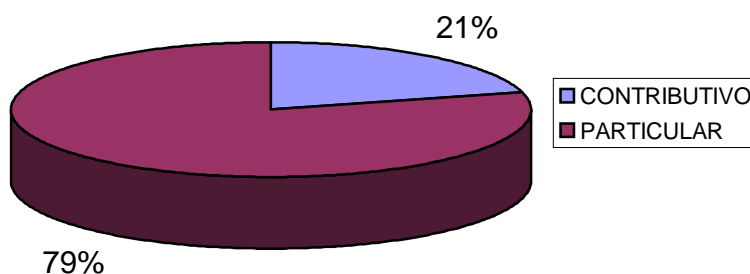
7. RESULTADOS

Para este estudio se contó con la revisión de 52 historias clínicas pertenecientes a la central de historias de el consultorio privado de el doctor Luís Fernando Duran G. Las cuales correspondían a la especialidad de Medicina Interna de la ciudad de Neiva del departamento del Huila, cuyo diagnostico fueron de Tiroiditis de Hashimoto.

De las 52 historias clínicas recolectadas 6 de ellas fueron retiradas del estudio ya que traían un diagnostico ya establecido, por lo tanto no se le hacia el seguimiento inicial el cual consta de pruebas de función tiroidea y exámenes de alta sensibilidad para esclarecer la causa del hipotiroidismo en este caso la TH. Se revisaron un total de 3.033 historias clínicas del periodo comprendido del 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 de las cuales solo se documentaron 46 casos a quienes se les realizo el seguimiento correspondiente que se comento en este trabajo.

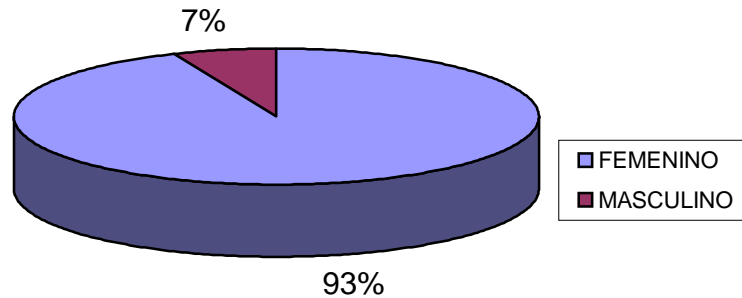
Al recolectar la información acerca de la variable sociodemográfica, encontramos que 42 de las personas que consultaron y que se les diagnostico TH procedían de la ciudad de Neiva y las restantes de municipios del departamento. En cuanto al nivel socioeconómico se halló que todos provenían del estrato tres en adelante.

Figura 1. Seguridad social de los pacientes con tiroiditis de Hashimoto diagnosticada por clínica y pruebas de laboratorio de 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva



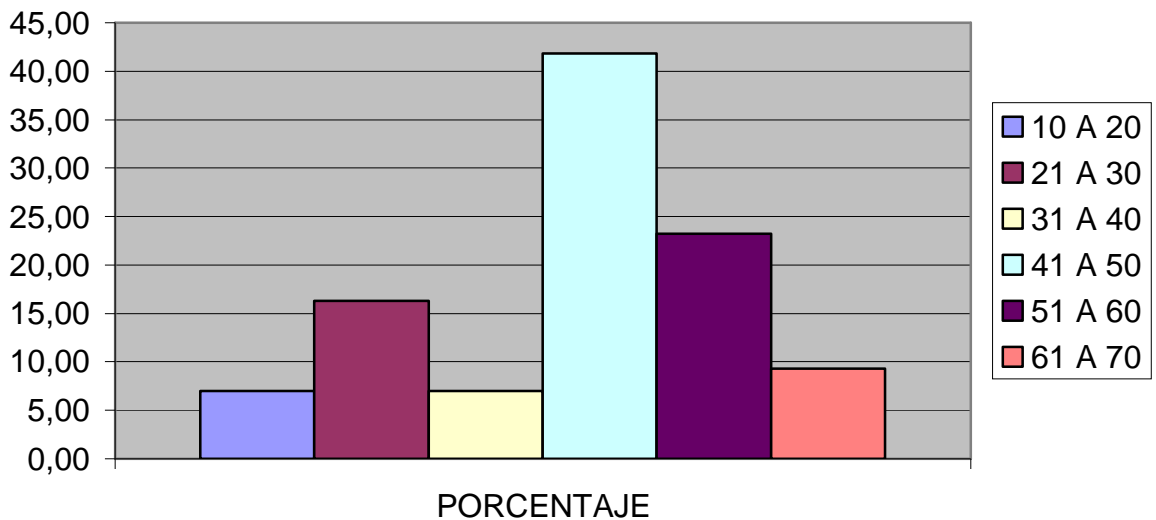
Se observo que el régimen de seguridad al cual pertenecían los pacientes en su gran mayoría era de particular y el restante contributivo. (Ver figura1). Su distribución por sexo encontramos que en su mayoría pertenece al género femenino ver figura 2.

Figura 2. Distribución por Sexo de pacientes con tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio de 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva



En la distribución por grupo etáreo observamos que de 41 a 50 años ocurre la mayor consulta por presentar la sintomatología referente a un hipotiroidismo, ocurriendo completamente diferente en los extremos de la vida. (Ver figura 3)

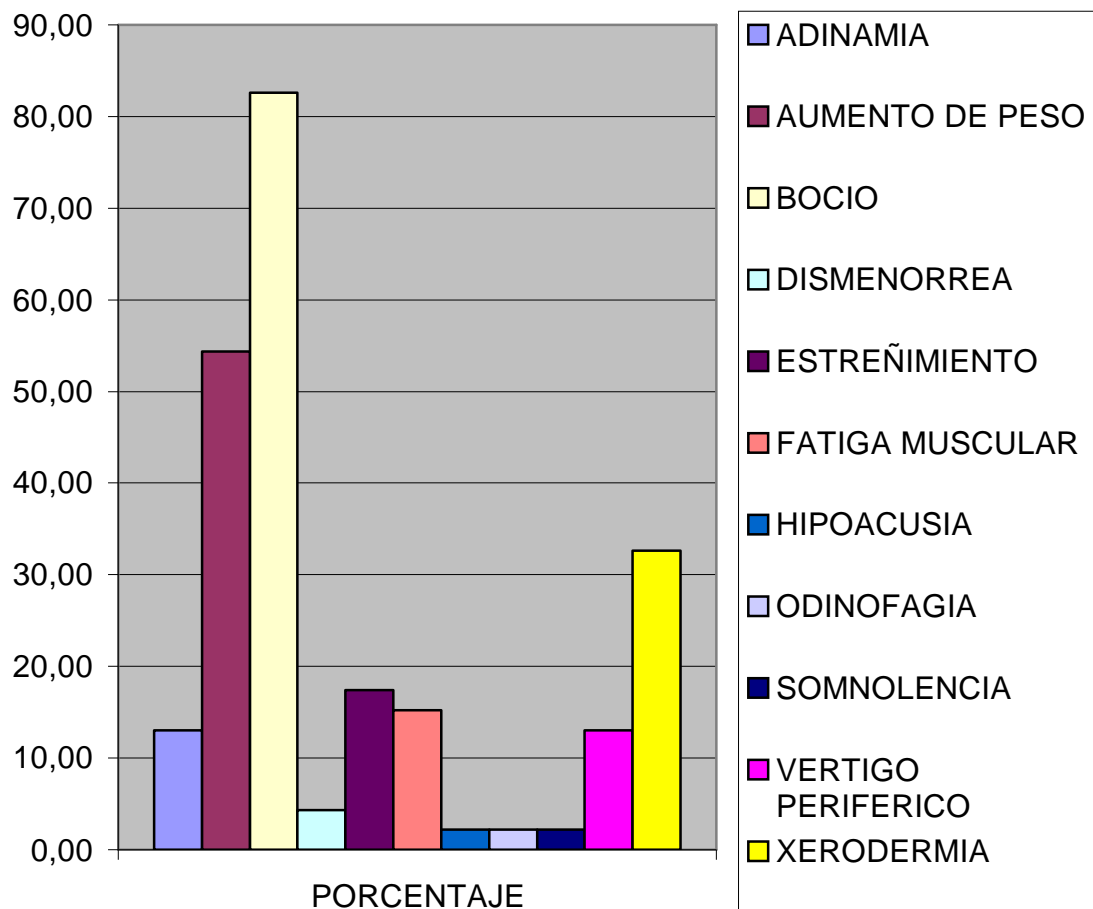
Figura 3. Distribución por grupo etáreo de pacientes con tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio de 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva



Al analizar las características clínicas al momento de la consulta encontramos que muchas de ellas que han sido reportadas en diferentes estudios en nuestro medio

no fueron las más comunes. Entre ellas esta intolerancia al frío, disminución del apetito, edema palpebral, bradipsiquia, depresión y bradicardia; los demás vemos su frecuencia en la figura 4.¹⁶

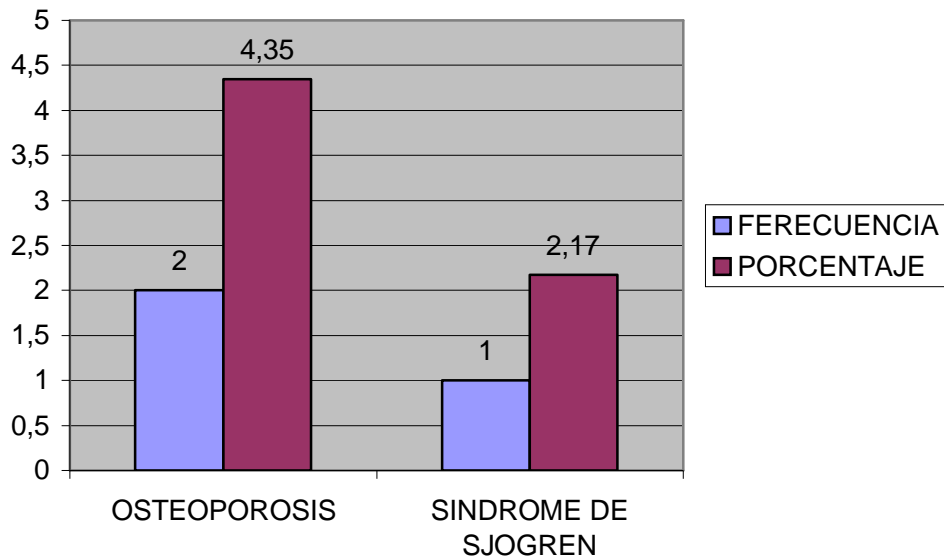
Figura 4. Características clínicas presentes al momento de la consulta de pacientes con tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio de 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva



Entre las enfermedades asociadas que han sido reportadas como las más comunes, encontramos una baja frecuencia en nuestros pacientes, y unas de ellas no se reportaron como asociadas, (ver figura 5.)

¹⁶ Pearce, Elizabeth N. Et al op.cit, 2003: 348:2646

Figura 5. Enfermedades asociadas de pacientes con tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio de 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva



Los métodos de diagnósticos utilizados con mayor frecuencia fueron los anticuerpos antiperoxidasa ya que es una prueba muy sencilla para realizar y tiene una alta especificidad y sensibilidad como fue mencionado anteriormente. Otra prueba muy sensible y específica es la biopsia espirativa con aguja fina BAAF, pero esta resulta un poco molesta para el paciente por el método utilizado al realizarla y otro punto muy importante es que esta es muy utilizada para descartar un cáncer Tiroideo el cual puede cursar con la sintomatología de un hipotiroidismo.¹⁷

Otra prueba la cual es muy utilizada para este tipo de diagnostico son los anticuerpos tiroglobulina la cual es muy especifica pero poco sensible por esta razón la utilizamos si estamos pensando en otro diagnostico que no sea TH pero si a nivel tiroideo.

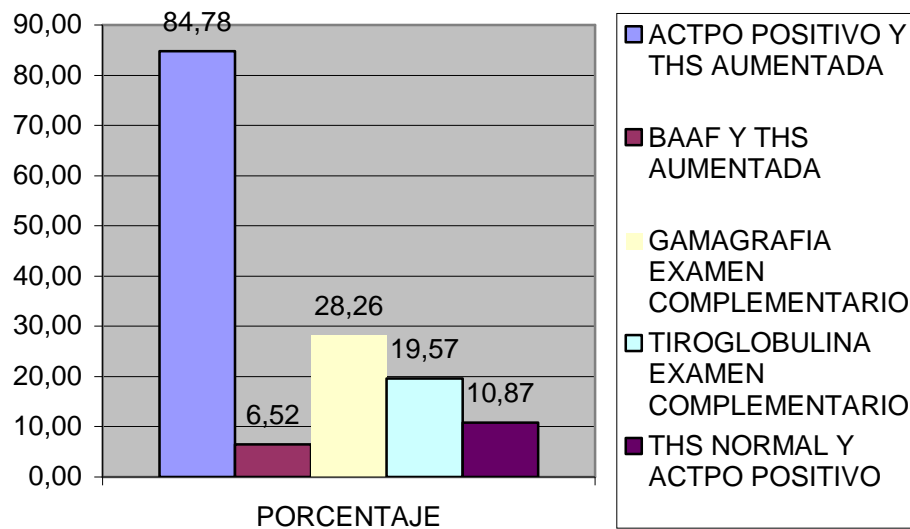
Por ultimo el perfil tiroideo que nos indica si hay enfermedad tiroidea y de que tipo, la mas importante será la prueba de TSH ya que confirma la duda que se tenia al examen clínico del paciente, a diferencia de las hormonas tiroideas en este caso la T3 y T4 libre las cuales indican la gravedad del cuadro clínico en caso de estar

¹⁷ Gonzales Fernandez, et al., Resultados Del Diagnostico De La Patologia Nodular Tiroidea, Rev Cubana Cir ,2004, Vol.43. No.1

alteradas pero si al contrario de esto están normales solo indican que estamos tratando con un hipotiroidismo subclínico y esto no quiere decir que no halla enfermedad, solo que dependiendo de la gravedad de la sintomatología y del criterio medico se dará tratamiento o no.¹⁸

La gammagrafía tiroidea se utilizo como examen complementario para valorar el tamaño del bocio y observar algún tipo de anomalía en la captación, y de esta forma descartar otra patología diferente a la Tiroiditis de Hashimoto. En la figura 6 se puede observar la utilización y la complementariedad de las pruebas diagnostica con mayor uso y exactitud en el diagnostico de la Tiroiditis de Hashimoto.

Figura 6. Métodos Diagnósticos de pacientes con tiroiditis de Hashimoto de 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva



¹⁸Farreras Rozman Endocrinología, Hipotiroidismo , Opcit. Medicina Interna 2000.

8. DISCUSIÓN

Al finalizar el estudio corroboramos en cuanto a las características sociodemográficas que en verdad esta patología es mas frecuente en mujeres que en hombres con una gran diferencia en cuanto a su frecuencia, al igual que el grupo etáreo donde se ve que se establece de una gran forma en los adultos mayor.¹⁹⁻²⁰

No se puede establecer con este estudio que la patología sea mas frecuente en pacientes con un nivel socioeconómico moderado ya que como ya lo mencione es una consulta particular en la cual el valor monetario de esta, mas el costo de los exámenes de laboratorio y el tratamiento no puede ser pagado por todo tipo de pacientes.

En cuanto a la procedencia de los pacientes observamos que en casi su totalidad proviene de la ciudad de Neiva y muy pocos de los municipios del departamento esto se refleja por la falta de orientación por parte de los médicos generales los cuales se encargan de la consulta inicial.

Se han documentado una serie de sintomatología como la más común en el momento de la consulta, la cual observamos que no fue tan común en la consulta de nuestros pacientes ya que estos casos son reportados cuando el hipotiroidismo esta descompensado y presenta un cuadro muy florido, en nuestra consulta una de la mas alta fue el aumento de peso, bocio y xerodermia los cuales en los estudios revisados se observo que era alta su frecuencia.²¹²²

Otros síntomas que son muy pocos documentados en los estudios internacionales, en nuestro medio son más comunes y uno de ellos es el vértigo periférico.

Síntomas como depresión, perdida del apetito, bradipsiquia, bradicardia, Edema palpebral, intolerancia al frío no se presentaron en nuestra consulta a pesar de que los reportes muestran una alta presentación.²³

¹⁹ Roman, Luis et al Opcit.

²⁰ Santamaria Cogollos Adriana, Opcit

²¹ Pearce, Elizabeth N. Et al op.cit,

²² Campusano Claudia, Opcit

²³ Carta, Mauro Giovanni et al. Opcit.

Las enfermedades autoinmunitarias como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, la fibromialgia, el Síndrome de Sjogren y la osteoporosis las cuales tienden a asociarse a la Tiroiditis de Hashimoto. Hubo una baja frecuencia en ellas, solo se reportaron unos pocos casos de osteoporosis y Síndrome de Sjogren. Talvez esto se deba a la muestra ya que esta fue muy pequeña y por esta razón su presentación halla sido poca, no por esto se debe descartar la asociación. Es indispensable seguir estudiándolo y tratar de recopilar toda la información de las historias clínicas de otros consultorios para hacer un mejor reporte.

Los métodos diagnósticos que utilizamos son los acordados por todos los estudios revisados²⁴, al comenzar el estudio del paciente que consulta por un tipo de sintomatología primero debemos comprobar que en verdad cursa con un hipotiroidismo para esto solicitamos un perfil tiroideo, donde el mas importante será la TSH, el cual no puede hacer falta ni en el diagnostico inicial ni mucho menos en el seguimiento y control de este, diferente a las hormonas tiroideas las cuales nos guía sobre el estado de gravedad de la patología y nos asesora sobre en que momento debo comenzar un tratamiento.²⁵

El BAAF es por lo general solicitado al encontrar algún tipo de nódulo en el examen físico de la glándula tiroides y se deba descartar que este cursando con un enfermedad neoplásica, este examen al permitir estudiar las células se observara la presencia de algún tipo de cambio y proceso que este cursando, por esta razón es excelente para el diagnostico de Tiroiditis de Hashimoto, el problema radica en el tipo de método al realizarla el cual puede ser molesto para el paciente por esta razón se prefiere los anticuerpos antiperoxidasa.²⁶

Los Ac TPO. Nos da el diagnostico de la TH y puede ir acompañada de los anticuerpos Tiroglobulinas que no son sensibles pero si altamente específicos, Estos pueden acompañarse al igual con una gammagrafía de la glándula tiroides ya que sus características imagenologicas nos permite diferenciar el tipo de funcionalidad con el que cursa la glándula además el tamaño y otras anomalías que traiga, pero esto debe ser al inicio cuando se diagnostica el hipotiroidismo.²⁷

En este estudio fue difícil abarcar con todos los niveles socioeconómicos, analizando un solo grupo de población, esto hace que no lo podamos extrapolar. Además no se pudo establecer la asociación con enfermedades autoinmune ya

²⁴ Helfand, Mark, Op Cit.

²⁵ Helfand, Mark, Op Cit.

²⁶ Gonzales Fernandez, et al., Opcit.

²⁷ Roman, Luis et al Op.cit.

que la muestra fue pequeña. Hay que continuar con el seguimiento de estos casos, recopilar mucho mas información y datos acerca de la presentación de esta patología en nuestro medio y tratar de abarcar todos los estratos y los diferentes centros clínicos de la ciudad y de esta forma obtener una mejor información para hallar la incidencia y prevalencia de esta en nuestra región.

9. CONCLUSIONES

- Las características clínicas reportadas en la literatura también son frecuentes en nuestro medio con excepción de alguna que no se presentan como la intolerancia frío, la depresión, bradipsiquia, disminución del apetito, edema palpebral, y bradicardia
- El bocio es una causa frecuente de motivo de consulta en Medicina Interna, al igual que el aumento de peso y la xerodermia.
- El sexo femenino es el más afectado por este tipo de patología, siendo menor en el caso del sexo masculino.
- El grupo etáreo mas afectado por la Tiroiditis de Hashimoto esta entre los 41 a 50 años, siendo menor en el grupo de los 10 a los 20 años y 31 a 40 años.
- Todos los casos reportados tienen un estudio claro y preciso acorde con los mejores métodos diagnósticos.
- Otras enfermedades autoinmunes también pueden asociarse a esta patología, así sea con una baja frecuencia.

10. RECOMENDACIONES

- Sería importante tomar la información de las historias clínicas de otros consultorios de medicina interna y fusionarla para hacer una aproximación mas cercana sobre que tipo de población se ve afectada por esta patología.
- Tener en cuenta mas adelante que tipo de patologías no autoinmunitaria se encuentran en los pacientes con tiroiditis de Hashimoto.
- Realizarle siempre a todo paciente con hipotiroidismo que no se le establece la causa, todo el seguimiento de la Tiroiditis de Hashimoto.
- Todos los pacientes con sintomatología compatible con enfermedades endocrinas deben ser manejados por los médicos internista para que no halla un mal diagnostico y por tanto un mal manejo.
- Siempre en la primera consulta realizar un interrogatorio completo sobre toda la sintomatología y buscar todos los signos semejantes con esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. PEARCE, Elizabeth N, FARWELL, alan, And BRAVERMAN, Lewis E, current concepts thyroiditis., new england journal of medicine 2003: 348:2646.
2. CARTA, Mauro Giovanni, LOVISELL, Andrea, HARDOY Maria Carolina, MASSA Sergio, CADEDDU Mariangela, SARDU Claudia, CARPINIELLO Bernardo, DELL'OSSO, Liliana, And MARIOTTI, Stefano, The Link Between Thyroid Autoimmunity (Antithyroid Peroxidase Autoantibodies) With Anxiety And Mood Disorders In The Community: A Field Of Interest For Public Health In The Future. . Biomed Central Psychiatry ,2004; 4: 25
3. GONZALES FERNANDEZ, Ramon De Dios Vidal, INFANTE AMOROS, Jose M. , Resultados Del Diagnostico De La Patologia Nodular Tiroidea, Rev Cubana Cir ,2004, Vol.43. No.1
4. GONZALEZ PELAEZ, Luis Roman, D. J. L. Aller, An., Hipotiroidismo: Implicaciones Clínicas Y Económicas En Un Área De Salud, Revista Cubana De Medicina Interna 2003, Vol20, No.3.
5. OCHOA Torres, Francisco Y HERNANDEZ, Luis, Valor De La Determinación De Anticuerpos Antitiroideos Plasmáticos Para El Diagnostico De Tiroiditis Crónica Autoinmune, Rev. Cubana Endocrinología, 2001, 12(2):71-5.
6. ARANCIBIA Z, German, NIEDMANN E, Juan Pablo Y Ortega, Rev. Chil. Radiol, Ultrasonografia De Tiroides, 2002, Vol8, No3.
7. HELFAND, Mark, Evidence Based Practice Center : Screening For Subclinical Thyroid Dysfunction In Non-Pregnant, Oregon Health Y Science University, 2004, 140(2): 125-7.
8. ARAJABALLY, S. Jacob, Y J. Neurol. Hashimotos Encephalopathy, Neurosurg. Psiquiatry, 2005 76, 455-456.
9. SITTING, G.Aust, BECHERER, D L.,ANDERERGG, Skhutz, LAMESCH, P And Shmucking, E. , Autoimmune Thyroid Diseases European Journal Of Endocrinology, 2004 150, 225-234.
10. CAMPUSANO Claudia,Bocio Difuso.Boletin De Escuela Medica, Universidad Catolica De Chile, 2000 Vol 29 No 3

11. SALAS M. Foz Endocrinología, Hipotiroidismo , Medicina Interna Farreras Rozman 2000.

12. SANTAMARIA COGOLLOS Adriana, Disfunción Tiroidea, Revista Medico-legal, 2004

ANEXOS

**ANEXO A DESCRIPCIÓN DE CASOS DE TIROIDITIS DE HASHIMOTO
DIAGNOSTICADOS POR CLÍNICA Y PRUEBAS DE LABORATORIO
SENSIBLES Y ESPECÍFICAS EN EL PERIODO ENTRE EL 1 DE ENERO DE
1994 AL 30 DE ABRIL DEL 2007**

Dada la falta de información epidemiológica acerca de los casos que se presentan con Tiroiditis De Hashimoto en Neiva se ha querido recolectar la información sobre esta patología y saber cuantos casos diagnosticados por clínica y paraclínicos se presentan en la consulta externa de un consultorio particular.

IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Identificación: _____

Sexo: F__ M__

Procedencia: Departamento _____ Municipio _____

Zona urbana __ Zona rural __

Estrato Socioeconómico: _____

Seguridad social: Vinculado __ Subsidiado __
Contributivo __ Particular __

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Intolerancia al Frío:	Si__ No__	Odinofagia:	Si__ No__
Disminución Del Apetito:	Si__ No__	Estreñimiento:	Si__ No__
Edema Palpebral:	Si__ No__	Xerodermia:	Si__ No__
Dismenorrea:	Si__ No__	Somnolencia:	Si__ No__
Fatiga Muscular:	Si__ No__	Depresión:	Si__ No__
Bradipsiquia:	Si__ No__	Bradicardia: FC:	__ lpm
Adinamia:	Si__ No__	Vértigo Periférico:	Si__ No__
Hipoacusia:	Si__ No__	Aumento Del Peso:	Si__ No__
Bocio:	Si__ No__	Centímetros:	_____
	GRADO:	1__ 2__ 3__ 4__ 5__	

ENFERMEDADES ASOCIADAS

- Artritis Reumatoide: Si__ No__
- Lupus Eritematoso Sistémico: Si__ No__
- Fibromialgia: Si__ No__
- Osteoporosis: Si__ No__
- Síndrome de Sjogren Si__ No__

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

- TSH: _____ Mui Normal (.27-4.2)
- FT3: _____ ngr Normal (.80-2.00)
- FT4: _____ ngr Normal (.80-2.00)
- ACTPO: _____ positivo _____ negativo
- Tiroglobulina: _____ ngr Normal (1.4 a 78)
- BAAF: SI__ NO__
- Gammagrafía tiroidea: _____centímetros
Normocaptante_____ Hipocaptante_____ Hipercaptante_____

ANEXO B MODELO ADMINISTRATIVO

Presupuesto global de la Propuesta por fuentes de financiación

RUBROS	TOTAL
PERSONAL	1.500.000
EQUIPOS	2.500.000
SOFTWARE	0
MATERIALES	200.000
SALIDAS DE CAMPO	0
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	100.000
PUBLICACIONES Y PATENTES	0
SERVICIOS TÉCNICOS	0
VIAJES	0
CONSTRUCCIONES	0
MANTENIMIENTO	200.000
ADMINISTRACIÓN	0
TOTAL	4.500.000

Descripción de los gastos de personal

INVESTIGADOR	FORMACIÓN ACADÉMICA	FUNCIÓN EN EL PROYECTO	DEDICACIÓN	RECURSOS
DOLLY CASTRO	Enfermera Mg Salud Pública y Epidemiología	ASESOR	2 HORAS SEMANALES	2.500.000
L. FERNANDO DURAN	Medico Internista	ASESOR	1 HORA SEMANAL	2.500.000
ADRIANA CONDE	Estudiante Medicina	ENCARGADA	5 HORAS SEMANAL	500.000

Descripción de los equipos que se planean adquirir

EQUIPO	JUSTIFICACIÓN	RECURSOS
NINGUNO		0

Descripción y cuantificación de los equipos de uso propios

EQUIPO	VALOR
COMPUTADOR	2.500.000
TOTAL	2.500.000

Descripción de software que se planea adquirir

EQUIPO	JUSTIFICACIÓN	RECURSOS
NINGUNO		0

Descripción y justificación de los viajes

LUGAR Y NO VIAJES	JUSTIFICACIÓN	PASAJES	ESTADÍA	TOTAL DÍAS	RECURSOS
Ninguno					0

Valoración salida de campo

ÍTEM	COSTO UNITARIO	NUMERO	TOTAL
NINGUNO			0

Materiales y suministros

MATERIALES	JUSTIFICACIÓN	VALOR
Impresión de documentos	Presentar informes	200.000
Fotocopias de instrumento	Realizar recolección de información	50.000
Materiales varios	Lápiz, lapicero, hojas	50.000
TOTAL		300.000

Bibliografía

ÍTEM	JUSTIFICACIÓN	VALOR
INTERNET BIBLIOTECA UNIVERSIDAD	Gastos por cuenta de universidad	0
REVISTAS GRATUITAS		0

Servicios Técnicos

EQUIPO	JUSTIFICACIÓN	VALOR
NINGUNO		0

ANEXO C CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TIEMPO ACTIVIDADES	VII SEMESTRE					VIII SEMESTRE					IX SEMESTRE					X SEMESTRE				
	1M	2M	3M	4M	5M	1M	2M	3M	4M	5M	1M	2M	3M	4M	5M	1M	2M	3M	4M	5M
ANTEPROYECTO	X	X	X	X	X															
REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
FORMULACIÓN MARCO TEÓRICO						X	X	X	X	X										
DISEÑO DE FORMULACIÓN											X	X	X	X	X					
PRUEBA PILOTO														X	X					
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN																X	X	X	X	
PROCESAMIENTO DE DATOS																			X	
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN																			X	
INFORME FINAL																				X

**ANEXO D DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS CASOS DE TIROIDITIS DE
HASHIMOTO DIAGNOSTICADOS POR CLÍNICA Y PRUEBAS DE
LABORATORIO DE 1 DE ENERO DE 1994 AL 30 DE ABRIL DEL 2007 EN
NEIVA**

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con Tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio del 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	FRECUENCIA
ADINAMIA	6
AUMENTO DE PESO	25
BOCIO	38
DISMENORREA	2
ESTREÑIMIENTO	8
FATIGA MUSCULAR	7
HIPOACUSIA	1
ODINOFAGIA	1
SOMNOLENCIA	1
VÉRTIGO PERIFÉRICO	6
XERODERMIA	15
TOTAL	46

Tabla 3. Distribución por grupo etáreo de los pacientes con Tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio del 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva

GRUPO ETÁREO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	3	6,70%
2	7	15,60%
3	3	6,70%
4	18	40,00%
5	10	22,20%
6	4	8,90%
Total	45	100,00%

Tabla 4. Distribución de los métodos diagnósticos utilizados en los pacientes con Tiroiditis de Hashimoto

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA
ACTPO POSITIVO Y TSH AUMENTADA	39
BAAF Y TSH AUMENTADA	3
GAMMAGRAFÍA EXAMEN COMPLEMENTARIO	13
TIRO GLOBULINA EXAMEN COMPLEMENTARIO	9
TSH NORMAL Y ACTPO POSITIVO	5

Tabla 5. Distribución por estratos socioeconómicos de los pacientes con Tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio del 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva

ESTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3	14	32,60%
4	22	51,20%
5	7	16,30%
Total	43	100,00%

Tabla 6. Distribución por seguridad social de los pacientes con Tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio del 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva

SEGURIDAD SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONTRIBUTIVO	9	20,90%
PARTICULAR	34	79,10%
Total	43	100,00%

Tabla 7. Enfermedades acompañantes de los casos de Tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio del 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva

ENFERMEDADES RELACIONADAS	
OSTEOPOROSIS	2
SÍNDROME DE SJOGREN	1

Tabla 8. Distribución por género de los casos de Tiroiditis de Hashimoto diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio del 1 de enero de 1994 al 30 de abril del 2007 en Neiva

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	43	93,50%
MASCULINO	3	6,50%
Total	46	100,00%