

BARRERAS PSICOLÓGICAS PERCIBIDAS HACIA LOS CONTRACEPTIVOS HORMONALES EN MUJERES JÓVENES CON TENDENCIA AL ABORTO

VALDÉS SALGADO R

INSTITUTO NACIONAL DE ENDOCRINOLOGÍA

. C U B A .

Se estudiaron 2 grupos de mujeres (n=719) que diferían en su comportamiento contraceptivo. Un grupo estaba formado por mujeres que solicitaban voluntariamente un aborto por tercera ocasión o más (n=376) y otro por las que solicitaban voluntariamente usar contraceptivos hormonales (n=343). A ambos grupos se les aplicó un cuestionario elaborado y validado para esta investigación que exploraba 4 áreas de barreras psicológicas: socioculturales, percepción de acceso y disponibilidad de los servicios; forma de uso y cumplimiento del método y percepción de efectos secundarios adversos. Al comparar ambos grupos se encontró que las mujeres con tendencia al aborto perciben más barreras psicológicas en las 4 áreas exploradas y en el puntaje total ($p < 0,01$). Al hacer una regresión logística encontramos que los principales factores que explican la pertenencia a la categorías CONTRACEPTORA/ABORTADORA son, en primer lugar, la escolaridad como factor protector que reduce el riesgo 0,6 veces. Las barreras del tipo sociocultural aumentan el riesgo 1,07 veces y las barreras percibidas en la forma de uso y cumplimiento aumentan el riesgo 1,37 veces.

TIROIDES

BOCIO DIFUSO EUTIROIDEO Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON LAS HORMONAS TIROIDEAS DURANTE 15 AÑOS

GUZMÁN M, NAVARRO D

INSTITUTO NACIONAL DE ENDOCRINOLOGÍA

. C U B A .

El BDE es una de las afecciones más frecuentes en la consulta endocrinológica. Desde hace más de 4 décadas se emplean, para su tratamiento, las hormonas tiroideas (HT), conducta que está en discusión por sus posibles efectos secundarios y dudosa utilidad. Nos propusimos conocer, a largo plazo, el efecto de las HT sobre el tamaño del tiroides y costo de dicho tratamiento. Se realizó estudio retrospectivo de 38 pacientes con BDE atendidos en el Instituto Nacional de Endocrinología entre 1970 y 1995. Se precisaron los síntomas y el tamaño del bocio al inicio y a los 1, 5, 10 y 15 años; total de consultas y exámenes complementarios realizados durante el período de observación y dosis de HT recibidas. El grupo estuvo formado por 37 mujeres con edad promedio de 31 años y tamaño inicial del bocio entre 40 y 60 g. El 42 % de las pacientes presentó reducción y/o desaparición del bocio durante el primer año en

bocios < 40 g y en sujetos menores de 60 años, en el grupo de mayor edad (> 60 años) este tipo de respuesta ocurrió después de este tiempo. La dosis de HT recibida estuvo entre 120 y 180 mg/día. En quienes se suspendió este tratamiento, se mantuvo la reducción glandular. Cada paciente acudió (x) a 29,18 consultas y gastó en exámenes complementarios, \$199,86 (USD). En conclusión, consideramos que no es necesario mantener el tratamiento con HT una vez que se reduce el tamaño de la glándula ni cuando no existe respuesta después de un año de tratamiento; como factores asociados con buena respuesta están la edad al inicio (< 60 años) y el tamaño del bocio (< 40 g). El costo económico de este tratamiento no parecería excesivo, pero si se considerara según su eficacia relativa sí lo sería, pues se utilizaría innecesariamente en un determinado número de pacientes.

BIODISPONIBILIDAD ALTERADA POR CAMBIOS EN LA FORMULACIÓN DE UN PREPARADO COMERCIAL DE LEVOTIROXINA EN PACIENTES CON CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES

OLVEIRA FUSTER G, ALMARAZ ALMARAZ MC, SORIGUER ESCOFET F

HOSPITAL REGIONAL CARLOS HAYA, MÁLAGA

. E S P A Ñ A .

Desde septiembre de 1995 comenzamos a observar una frecuencia inusualmente alta de TSH elevadas en pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides tratados con levotiroxina de la marca comercial Levotheroid®. Esto nos llevó a realizar un estudio prospectivo para evaluar la intercambiabilidad de esta marca con otro preparado comercial (Dexnon®). Estudiamos 58 pacientes diagnosticados de carcinoma diferenciado de tiroides (50 mujeres y 8 hombres, rangos de edad de 22 a 75 años) que recibían tratamiento con una dosis supresiva comprobada de levotiroxina. Se les cambiaron los comprimidos de levotiroxina de la marca Levotheroid® por otros similares de la marca Dexnon® con igual dosificación a la recibida. Se evaluó la respuesta clínica y analítica (TSH, FT4, FT3) a los 2 meses tras el cambio. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos según TSH basal: grupo 1: 42 pacientes con TSH > 0,2 mU/mL (no suprimida) y grupo 2: 16 pacientes con TSH ≤ 0,2 mU/mL (suprimida). Se observaron los siguientes resultados, basalmente y tras Dexnon®: En el grupo 1, TSH: 6,46 ± 7,07 mU/mL vs. 1 ± 1,5 mU/mL (p < 0,0001); T4L 15,1 ± 1,9 pmol/L vs. 20,9 ± 3,6 pmol/L (p < 0,0001) y T3L 3,9 ± 0,69 pmol/L (p < 0,0001). En el grupo 2, TSH 0,07 ± 0,06 mU/mL vs. 0,03 ± 0,04 mU/mL (p < 0,09); T4L 17,8 ± 2,2 pmol/L vs. 23,5 ± 2,8 pmol/L (p < 0,0001) y T3L 4,6 ± 0,7 pmol/L vs. 5,4 ± 0,8 pmol/L (p < 0,02). Tras el cambio a Dexnon®, 17 pacientes (40 %) del grupo 1 suprimieron la TSH. Mientras los del grupo 2 la mantuvieron inhibida. Los lotes de Levotheroid® recogidos a todos los pacientes, fueron retirados posteriormente, por ser defectuosos debido al uso de materia prima no micronizada. En conclusión: simples cambios en la elaboración de los comprimidos de levotiroxina pueden provocar importantes variaciones en su biodisponibilidad lo cual afecta negativamente el control clínico de los pacientes y el gasto del sistema sanitario por la multiplicación de consultas y *test* de función tiroidea.

EVALUACIÓN DEL CONTROL DE HIPOTIROIDISMO: REPERCUSIÓN SOBRE LA GESTACIÓN Y EL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN

ALAVEZ F, PÉREZ F, RAMÍREZ R, SANTURIO MA

HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO "RAMÓN GONZÁLEZ CORO";
INSTITUTO NACIONAL DE ENDOCRINOLOGÍA

. C U B A .

Se estudiaron 87 gestaciones en hipotiroideas y 25 gestaciones en mujeres con bocio difuso eutiroideo (BDE) a fin de valorar la repercusión del estado funcional de tiroides sobre la gestación-producto de la concepción (PC). Ninguna presentó otra enfermedad que pudiera afectar la gestación o el PC. Las hipotiroideas, al inicio de la gestación, tomaban hormona tiroidea (HT) en dosis sustitutiva (120 mg de tiroides desecado o 100 µg de 1 - 4 ó 1 tableta de liolebo B 100 µg 1T4+25 µg I-T3) o supresiva (180 mg de tiroides ó 150 µg de 1-T4 o 1½ tableta de liolebo B) según la causa del hipotiroidismo. No recibieron HT aquellas con bocio tóxico difuso. El endocrinólogo y el obstetra conjuntamente, realizaron el seguimiento de la gestación tal como está establecido para las gestantes y se determinó TSH (RIA) sérica en cada trimestre o siempre que fuese necesario. El recién nacido fue valorado por un neonatólogo desde el punto de vista clínico y se determinó edad ósea y concentración sérica de TSH. Hubo necesidad de interrumpir la gestación en 1 hipotiroidea por muerte intraútero y en las otras se observaron las siguientes complicaciones del embarazo: anemia, 4; amenaza de aborto, 3; amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino, 3 y polihidramnio, 1. En aquéllas con BDE no se observaron complicaciones. No se constataron diferencias entre la edad de las gestantes, tiempo de gestación y peso del recién nacido, entre ambos grupos. Las complicaciones del PC en las hipotiroideas fueron: anomalías congénitas, 7; muerte intraútero de causa no precisada, 1; edad ósea retardada, 2; sufrimiento fetal, 2; crecimiento intrauterino retardado (CIUR) 1; TSH sérica elevada, 1 y macrofeto, 1. En aquéllas con BDE sólo se observó sufrimiento fetal en 1. En las hipotiroideas que presentaron TSH > 5 mUd/L (n=46) en el primer trimestre, observamos: interrupción terapéutica, 3; amenaza de aborto, 2 y anemia, 4 y en el PC se constataron: 4 anomalías congénitas (hipospadia, criptorquídea, hernia escrotal, labio leporino) y 1 muerte intraútero. Mientras que en aquéllas con TSH < 5 mUd/L (n=43) en el mismo período, se presentó amenaza de aborto, 1 y en el PC se detectaron hidrocele, polidactilia y criptorquídea. En las hipotiroideas que presentaron TSH > 5 mU/L (n=21) en el tercer trimestre observamos: amenaza de parto pretérmino, 2 y parto pretérmino, 2 y en el PC: el CIUR y sufrimiento fetal, 2 y en aquéllas con TSH < 5 mU/L (n=47), en el mismo período: polihidramnio, 1; amenaza de parto pretérmino, 1 y parto pretérmino, 1 y en el PC: macrofeto, 1; edad ósea retardada, 2 y TSH elevada, 1. En conclusión, hay mayor repercusión en aquéllas sin control del hipotiroidismo y un número elevado de hipotiroideas, no cumplen cabalmente el tratamiento, lo que conduce a iniciar y proseguir la gestación hipotiroideas. Es necesario establecer el control preconcepcional y lograr correcta educación de estas pacientes en cuanto a su enfermedad.

BIOPSIA CITOLÓGICA POR PUNCIÓN *VERSUS* GAMMAGRAFÍA CON ¹³¹I PARA DIFERENCIAR BENIGNIDAD DE MALIGNIDAD EN EL NÓDULO ÚNICO DEL TIROIDES

OCHOA F, GIL R, DEL RISCO F, ALAVEZ E

INSTITUTO NACIONAL DE ENDOCRINOLOGÍA; HOSPITAL "COMANDANTE MANUEL FARJARDO"

. C U B A .

Se estudiaron 2 grupos de pacientes para validar la utilidad de los métodos: biopsia por punción con aguja fina-BAF-del tiroides y gammagrafía tiroidea con ¹³¹I, para diferenciar benignidad de malignidad en el nódulo único del tiroides, Grupo 1: constituido por 100 pacientes que, previo a la operación se les realizó BAF y se clasificó la muestra en maligna y benigna, según los criterios establecidos. Grupo 2: constituido por 290 pacientes que tenían realizada gammagrafía tiroidea con ¹³¹I en un período menor de 12 meses antes de la operación. Se consideraron benignos los nódulos captantes (tibios y calientes) y malignos los hipocaptantes (fríos y frescos). Los resultados de la BAF y de la gammagrafía fueron comparados con los obtenidos del estudio de la pieza operatoria para calcular los indicadores VP, EP, VN, FN en cada proceder. En cada grupo se obtuvieron los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo, para casos positivos y negativos, así como el índice de eficacia general del método. Los resultados fueron los siguientes: sensibilidad (78,6 % vs. 76,4 %); especificidad (29 % vs. 85 %); valor predictivo para casos positivos (27,2 % vs. 57 %); valor predictivo para casos negativos (81,3 % vs. 93 %) y el índice de eficacia (41,9 % vs. 85 %). Estos indicadores fueron significativamente mejores para la BAF. Según los resultados consideramos que la BAF, por ser más sencilla, menos sofisticada, más económica y brindar mejores resultados diagnóstico, debe sustituir a la gammagrafía con ¹³¹I en el diagnóstico prequirúrgico del nódulo único del tiroides.

CÁNCER DIFERENCIADO DEL TIROIDES Y GESTACIÓN: REPERCUSIÓN DEL TRATAMIENTO SOBRE LA GESTACIÓN Y DE ÉSTA SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL CÁNCER

ALAVEZ E

INSTITUTO NACIONAL ENDOCRINOLOGÍA

. C U B A .

Se revisaron 21 historias clínicas -29 gestaciones- de mujeres con CDT atendidas en la Consulta de Tiroides del Instituto para valorar la repercusión que pudiera tener la administración de ¹³¹I en mujeres con cáncer diferenciado, no medular-tiroideo (CDT), sobre futuras gestaciones en cuanto al producto de la concepción (PC) y de la gestación sobre la evolución del CDT. Se les practicó tiroidectomía total a 18 y a 3, hemitiroidectomía con istmectomía. A todas se les administró hormona tiroidea en dosis supresiva. Se tuvieron en cuenta los si-

güentes parámetros: edad al diagnóstico del CDT, edad de administración del ^{131}I , si fue necesario, así como dosis, tiempo transcurrido hasta la gestación, número de gestaciones, presencia de complicaciones del PC así como tiempo de seguimiento y evolución del CDT después de la gestación. Las pacientes fueron divididas en 2 grupos: Grupo 1: constituido por 13 gestantes -9 embarazos- que no recibieron ^{131}I , cuyas edades al diagnóstico fueron de 16-32, \bar{x} : 21,7 años la edad al embarazo, de 20-36 \bar{x} :26 años y tiempo de seguimiento posterior ala gestación, 1-28 \bar{x} :7,7 años. En el PC se constataron: TSH elevada transitoria, sufrimiento fetal, labio leporino+paladar hendido en 3 pacientes diferentes. Una paciente mantuvo TSH elevada al final y otra al inicio de la gestación . Grupo 2 : constituido por 8 gestantes -10 embarazos- que recibieron dosis ablativa de ^{131}I \bar{x} : 3,5 Gbq 3,7-2,9);edad al momento del diagnóstico, 11-32 \bar{x} : 24 años; edad a la gestación 17-40) \bar{x} : 30,4 años ; tiempo entre la ingestión de ^{131}I y gestación, 3-10 \bar{x} : 6,8 años y tiempo de seguimiento del CDT posterior a la gestación, 2-21 \bar{x} : 6,8 años. En el PC constatamos: bajo peso al nacer, 2 y acráneo y micronefrosis en el feto de una paciente con toxoplasmosis que posteriormente a su curación tuvo un niño normal. No se observaron complicaciones del CDT después de las gestaciones en ninguno de los grupos. No se constató repercusión del tratamiento seguido sobre el PC ni del embarazo sobre el CET. Deben tenerse en cuenta estos resultados al valorar la posibilidad de gestación en estas pacientes.

CÁNCER TIROIDEO, FRECUENCIA, UTILIDAD DE LA TIROGLOBULINA COMO MARCADOR DE METÁSTASIS

MONTOYA C, ALAVEZ E, MARTÍ G

INSTITUTO NACIONAL DE ENDOCRINOLOGÍA

. C U B A .

Revisamos 155 historias clínicas de pacientes con cáncer epitelial de tiroides para precisar: a) características; b) factores que determinaron mayor o menor agresividad en cuanto a recurrencia y c) utilidad de la tiroglobulina sérica como marcador de metástasis. El carcinoma papilar fue el más frecuente (114), el promedio de edad fue de 37 ± 13 años para el total y similar para los tipos histológicos, predominó la presentación como nódulo de 1-2 cm, el nódulo se mostró como frío en 120 pacientes, 43 tuvieron metástasis: 25 intratiroides y 18 extratiroides; de ellas, 14 en ganglios linfáticos, vecinos en 11 y distantes en 3. Se realizó tiroidectomía total a 144 pacientes y a 11, hemitiroidectomía; para completar la tiroidectomía se administró a 117 pacientes, ^{131}I y a 16 por metástasis; todos recibieron hormonas tiroideas en dosis supresiva. No hubo muertes atribuidas al cáncer. Se observó recurrencia en 12 pacientes que predominó en ganglios locales y en carcinoma folicular. El tiempo de evolución fue similar en pacientes con recurrencia y sin ella, sólo la presencia de metástasis al inicio influyó en la aparición de recurrencia. La concentración de Tg no fue de gran ayuda para detectar metástasis.

COMPORTAMIENTO DEL CÁNCER DE TIROIDES EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DE CAMAGÜEY DURANTE 10 AÑOS

PERALTA VENTURA R, CUTIÑO PÉREZ A, CÓRDOVA DALACIO D

HOSPITAL PROVINCIAL ONCOLÓGICO DOCENTE "MARÍA CURIE"

. C U B A .

Se revisaron las historias clínicas de 80 pacientes inscriptos en el Hospital Oncológico "María Curie" de Camagüey, durante los años 1986-1995 con el diagnóstico de carcinoma del tiroides para determinar su incidencia en nuestro medio. Se escogieron diferentes variables clínicas, los datos se procesaron estadísticamente. Se concluye que el cáncer de tiroides es más frecuente en pacientes entre 15 y 30 años (37,50 %), con predominio del sexo femenino (80 %), el lóbulo izquierdo resultó más afectado (45 %) en relación con el resto de la glándula; al 21,35 % de los pacientes se les presentó con afectación extraglandular, más frecuentes en ganglios cervicales. En la biopsia por congelación predominaron los resultados positivos (53,25 %), con 100 % de positividad en la biopsia por parafina. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma papilar (53,25 %). Se diagnosticó el 60 % de los pacientes en estadio I de la enfermedad, el 86,25 % de los casos tuvo buena respuesta después del primer tratamiento (quirúrgico más I¹³¹, seguido de hormonas tiroideas). En algunos casos, se encontró asociación a otras patologías neoplásicas como carcinoma de la mama y linfoma y con enfermedades no malignas como la tiroiditis crónica de Hashimoto y el bocio multinodular.

USO DEL PROPRANOLOL EN PACIENTES HIPERTIROIDEAS EMBARAZADAS

TAMAYO ALFONSO E, BASULTO BARRETO B, CONDE RAMÍREZ A

HOSPITAL GENERAL DOCENTE "MARTÍN CHANG PUGA", NUEVITAS, CAMAGÜEY

. C U B A .

Se ha utilizado con regularidad, el propranolol en pacientes embarazadas con hipertiroidismo para su control, a pesar de las complicaciones que puede causar en el feto, como: bajo peso al nacer y prematuridad. En nuestro centro fueron estudiadas 3 pacientes que llevaron tratamiento con dosis bajas de este fármaco, entre ellas una con hipertiroidismo por T3 e infertilidad de 6 años de evolución. Durante la gestación se realizó valoración clínica y ultrasonográfica por no contar con otros recursos. Se lograron recién nacidos sanos y con buen peso y se les permitió a las madres lactar, se obtuvieron resultados satisfactorios.

TRATAMIENTO DEL BOCIO TÓXICO DIFUSO CON ^{131}I E INTENSIDAD RADIATIVA DE 60 GRAY

OCHOA F, ALAVEZ E

INSTITUTO NACIONAL DE ENDOCRINOLOGÍA

. C U B A .

Se estudió un grupo de 107 pacientes con bocio tóxico difuso (BTD) para conocer la influencia de diferentes dosis de ^{131}I en los resultados del tratamiento. Se aplicó una dosis de ^{131}I correspondiente a intensidad radiativa de 60 gray (6 000 rad) por gramo de tejido tiroideo calculada mediante la fórmula de E. Quimby. Se reevaluaron los pacientes desde el punto de vista clínico (índice de tirotoxicosis) y humoral (T4t, T3t, TSH y CT3) a los 6 meses de la aplicación del ^{131}I . En caso de necesidad (persistencia del hipertiroidismo), se repitió la dosis -calculada de igual forma- con intervalo de 6 meses hasta alcanzar el control del hipertiroidismo. Se consideró como hipotiroidismo la aparición del cuadro clínico y/o TSH mayor de 10 mU/L. Para analizar los datos se tomaron en cuenta la proporción de pacientes que logró el control definitivo del hipertiroidismo con la primera aplicación y la frecuencia de hipotiroidismo para el período correspondiente a los primeros 5 años posteriores a su control. Se compararon estos resultados con los obtenidos previamente en un grupo de 80 pacientes con BTD tratados de igual forma por los mismos especialistas, pero con dosis tal que la glándula recibiera una intensidad radiativa de 30 gray (3 000 rad) por gramo de tejido tiroideo. Con 30 gray, el 32,5 % de los pacientes logró control estable del hipertiroidismo con la primera aplicación y el 40 % precisó de 3 o más dosis para su control mientras que en el grupo que recibió 60 gray el 60,7 % de los pacientes logró el control con sólo 1 dosis y el 11,3 % requirió 3 o más. Se observó hipotiroidismo en el 10 % de los pacientes tratados con 30 gray y en el 20,5 % de los que recibieron 60 gray. Consideramos que la dosis de 60 gray produjo mejores resultados pues, el número de pacientes que logró el control del hipertiroidismo con sólo una dosis fue mayor, lo cual redujo el tiempo de duración de la enfermedad y resultó menos costosa para los pacientes.

REPERCUSIÓN LABORAL DEL TRATAMIENTO DEL BOCIO TÓXICO DIFUSO TRATADO CON ^{131}I

GONZÁLEZ GONZÁLEZ F, ABA D RODRÍGUEZ E, PERALTA VENTURA R, GUTIÉRREZ MACÍAS A, TAMAYO ALFONSO E

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "MANUEL ASCUNCE DOMENECH", CAMAGÜEY

. C U B A .

Se estudiaron 47 trabajadores que padecían de bocio tóxico difuso y fueron tratados con ^{131}I , sus edades estaban comprendidas entre 22 y 44 años, durante el período comprendido entre enero 1993-enero 1996. Se determinó su afectación laboral promedio y se comparó con un grupo de 45 pacientes afectados por igual enfermedad pero que recibieron tratamiento quirúrgico. Se encontró que en los pacientes tratados con ^{131}I la afectación laboral fue significativamente menor que en los tratados quirúrgicamente. Se exponen resultados en tablas y gráficos.

DETERMINACIÓN DE HORMONA TIROIDEA (T₄ T-T₃T) EN LECHE MATERNA

ALAVEZ E, RODRÍGUEZ ME, RAMÍREZ R

INSITUTO NACIONAL DE ENDOCRINOLOGÍA ; HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO
"RAMÓN GONZÁLEZ CORO"

. C U B A .

En Cuba está prohibido que las madres que ingieren hormona tiroidea (HT) lacten a sus hijos por su posible repercusión sobre el recién nacido (RN). Observaciones recientes han puesto en duda la necesidad de tal restricción. Por ello estudiamos 20 mujeres normales en los primeros 10 días del posparto (grupo 1); 15 entre los 15 y 60 días (grupo 3); 20 que ingerían HT en dosis sustitutiva-120 mg tiroides desecado, 100 µg de IT₄ o 1 tableta de liolevo B- en los primeros 10 días del posparto (grupo 2) y 15, entre los 15 y 60 días (grupo 4). La leche se obtuvo por medio manual o mecánico. Se determinaron T₄t y T₃t por RIA, previa separación de la grasa. Se calculó la ingestión diaria de leche del RN, sobre la base de 400-1 000 mL/día para los grupos 1 y 2 de 700 a 1 200 mL/día para los grupos 3 y 4. Se tomaron como valores de referencia inferiores, los límites de sensibilidad del método: 0,5 µg/dL para T₄t y 0,01µg/dL para T₃t (cv: 10 % y 8 %, respectivamente). La dosis sustitutiva, necesaria para revertir el hipotiroidismo neonatal, es de 10 µg/kg/d de T₄ y de 5µg/kg/d de T₃. El análisis estadístico realizado fue la prueba t de Student para 2 muestras independientes. Grupo 1. Concentración de T₄: $x < 0,5 \mu\text{g/dL}$ y de T₃: $x 0,015 \pm 0,004 \mu\text{g/dL}$ (0,013-0,032). El RN ingeriría: T₄ de 2 a 5 µg/d y T₃ de 0,052 a 0,32 µg/d. Grupo 2. Concentración de T₄: $x < 0,5 \mu\text{g/dL}$ y de T₃: $x 0,04 \pm 0,021 \mu\text{g/dL}$ (0,013-0,097). Estos RN ingerirían igual T₄ y T₃ de 0,052-0,97 µg/d. No se constataron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre ambos grupos. Grupo 3. Concentración de T₄: $x 0,52 \pm 0,04 \mu\text{g/dL}$ (0,5-0,64) y de T₃: $x 0,093 \pm 0,04 \mu\text{g/dL}$ (0,013-0,16). Los niños tomarían: T₄ de 3,5 a 7,7 µg/d y T₃: 0,091 a 3,5 µg/d. Grupo 4. Concentración de T₄: $x 0,64 \pm 0,17 \mu\text{g/dL}$ (0,5-1,05) y de T₃: $x 0,082 \pm 0,058 \mu\text{g/dL}$ (0,013-0,17). La ingestión en estos RN sería de T₄: 3,5 a 12,8 µg/d y de T₃: 0,091 a 2,88 µg/d. No se constataron diferencias significativas entre estos 2 últimos grupos así como tampoco con los grupos 1 y 2 ($p < 0,05$). Se concluye que las madres que toman HT en la dosis señalada sustitutiva pueden lactar y, por lo tanto, se puede quitar la prohibición existente hasta el presente.

METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA

DESARROLLO DE RADIOINMUNOENSAYOS PARA CUANTIFICAR TESTOSTERONA, PROGESTERONA Y CORTISOL PLASMÁTICOS CON TRAZADORES RADIATIVOS YODADOS

NISEMBAUM ALAS AT, MACHADO CURBELO AJ, SANTANDER LÓPEZ AM, CHAPÉ PUERTA SA,
CABRERA OLIVA V

INSTITUTO NACIONAL DE ENDOCRINOLOGÍA

. C U B A .

El objetivo del presente trabajo fue desarrollar RIAs para la cuantificación plasmática de testosterona (T), progesterona (P) y cortisol (C) utilizando trazadores radiactivos yodados.