

Réplica de los autores

Sr. Editor:

En relación con la carta enviada a su revista por los Dres. J. Arena Ansotegui y J.I. Emparanza Knör referente a nuestro artículo¹, deseamos agradecer el interés que han demostrado por nuestro trabajo, pues ello siempre es gratificante aunque suscite algunas críticas, que pasamos a analizar.

Los autores de la carta ponen en entredicho los resultados por nosotros obtenidos porque opinan que “los antisépticos yodados no son inocuos”. Hacen a continuación una extensa introducción sobre la deficiencia en yodo, abordando desde el diagnóstico de bocio a la elevación de la TSH en los escolares con deficiencia en yodo, para centrarse en los dos últimos párrafos en nuestro trabajo, porque en su opinión, y basándose en una “encuesta personal en las siete maternidades públicas existentes”, no hemos tenido en cuenta la utilización habitual de antisépticos yodados tanto en los partos vaginales como en las cesáreas y frecuentemente para la cura de episiotomías y de la herida quirúrgica en todas las maternidades de las Islas.

Suponemos que la encuesta personal la habrían realizado con anterioridad a la publicación de su trabajo sobre “los antisépticos yodados no son inocuos”², pues al contactar con los responsables de las unidades asistenciales de los hospitales universitarios (68% de los recién nacidos en Canarias) Materno-Infantil de Las Palmas (7.800 partos al año), Nuestra Señora de Candelaria (Te-

nerife, 3.200 partos al año) y Universitario de Canarias (Tenerife, 2.400 partos al año), los datos proporcionados son los siguientes: en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Las Palmas durante el período en el que se efectuó nuestro estudio no se utilizaron soluciones antisépticas yodadas ni en los recién nacidos ni en las madres durante su hospitalización en las plantas; en Tenerife, en el Hospital Universitario de Canarias no se utilizan habitualmente antisépticos yodados en los recién nacidos desde hace 10 años y respecto a su uso en las madres ni en parturios ni en la cura de las episiotomías y heridas quirúrgicas en la planta de hospitalización tampoco se utilizan los antisépticos yodados desde el año 2000 y tan sólo en aquellas cesáreas realizadas en los quirófanos centrales se puede haber utilizado el antiséptico yodado, respecto al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria tampoco se utilizan antisépticos yodados en los recién nacidos, respecto a las madres, de las dos unidades de hospitalización que existen sólo se utiliza en una de ellas los antisépticos yodados para las curas de episiotomías y heridas quirúrgicas. Estos mismos autores², en su artículo, señalan que “son exclusivamente los recién nacidos que lactan, y a cuyas madres se les sigue curando la episiotomía con povidona yodada, los que sufren una sobrecarga de yodo suficientemente importante y mantenida como para presentar un bloqueo tiroideo”. Dado que en nuestro estudio las muestras para la medición de la TSH neonatal fueron recogidas entre mayo de 2001 y abril de 2002, no sería de aplicación la consideración de los Dres. Arena y Emparanza, pues los antisépticos no son de aplicación habitual en Canarias.

También afirman los Dres. Arena y Emparanza que, como no hemos determinado la prevalencia de bocio ni la yoduria en la población escolar, ello “invalida absolutamente la utilización de la TSH neonatal elevada como indicador de la deficiencia de yodo”. A este respecto reiteramos que según la propia OMS³, basándose en los datos disponibles en la literatura respecto a la existencia de una relación inversa en los recién nacidos entre la media de eliminación urinaria de yodo, usado como índice de su ingesta de yodo, y la frecuencia de una elevación de la TSH sérica en el cribado neonatal^{4,6}, la OMS propuso utilizar los programas de cribado neonatal que emplean la determinación de la TSH, como una herramienta para evaluar los grados de deficiencia en yodo y la efectividad de los programas de suplementación con yodo³, de forma que la frecuencia de TSH > 5 mU/l debería ser inferior al 3% en poblaciones con adecuada ingesta de yodo; una frecuencia entre 3 y 19,9% indicaría una ligera deficiencia en yodo; una frecuencia entre 20 y 39,9% indicaría una moderada deficiencia en yodo y una frecuencia > 40% sugeriría una grave deficiencia en yodo^{3,4}. Con arreglo a dichas recomendaciones, nosotros estudiamos el porcentaje de recién nacidos en Canarias con una TSH > de 5 mU/l y la influencia que pudiera ejercer los días de vida del recién nacido cuando se efectuó la toma, y encontramos que globalmente el porcentaje fue del 9,08%, pero si sólo consideramos las muestras extraídas después de las primeras 48 h de vida el porcentaje disminuía al 7,9%, por lo que concluíamos que el déficit de yodo en Canarias fue ligero y que la validez del valor de la TSH neonatal como indicador de la prevalencia del déficit de yodo está mediado por los días de vida en los que se realiza la toma y en el último párrafo de nuestro artículo decimos “siendo recomendable la realización de estudios de la eliminación urinaria del yodo para la valoración individualizada”¹.

Por todo ello, consideramos que si bien es interesante el tener en cuenta como factor de corrección conocer si se han utilizado antisépticos yodados en los recién nacidos o en las curas de la episiotomía o heridas quirúrgicas de las madres de niños alimentados al pecho, por la posibilidad de ocasionar una sobrecarga yodada al recién nacido con bloqueo transitorio por el efecto de Wolf-Chaikoff y la elevación secundaria de la TSH, ello no invalida, por las razones expuestas, nuestros resultados de que la deficiencia de yodo en Canarias es ligera y que la TSH neonatal se ve influida por los días de vida a los que se realiza la toma, debiéndose utilizar para tal fin las muestras extraídas después de las primeras 48 h de vida, eliminando con ello la interferencia que supone la elevación de la TSH con el parto, que es máxima durante las primeras 4 h de vida y sus niveles no se estabilizan antes del tercer día de vida⁷.

Agradecimientos

A los Dres. José Luis Santísimo, Santiago López Mendoza y Fermín García Muñoz, por los datos proporcionados sobre la utilización de los antisépticos yodados en sus hospitales.

E. Doménech Martínez y F. Barroso Guerrero

Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina.
Universidad de La Laguna.
Centro Regional para la Detección y Prevención
de la Subnormalidad de Origen Metabólico
en Canarias. España.

Correspondencia: Dr. E. Doménech Martínez.

Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Campus de Ofra.
Ctra. La Cuesta-Taco. 38071 La Laguna. España.
Correo electrónico: edomenech@redkbs.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Doménech Martínez E, Barroso Guerrero F. Utilidad de un programa de cribado neonatal del hipotiroidismo congénito para la valoración de la deficiencia de yodo en Canarias. *An Pediatr (Barc)* 2003;58:357-63.
2. Arena Ansotegui J, Emparanza Knör JI. Los antisépticos yodados no son inocuos. *An Esp Pediatr* 2000;53:25-9.
3. WHO/UNICEF/ICCIDD/. Indicators for assessing iodine disorders and their control through salt iodization. Document WHO/NUT/94.6. Genève: WHO,1994.
4. Delange F. Neonatal thyroid screening as a monitoring tool for the control of iodine deficiency. *Acta Paediatr* 1999;(Suppl 432):21-4.
5. Delange F, Heidermann P, Bourdoux P, Larsson A, Vigneri R, Klett M, et al. Regional variations of iodine nutrition and thyroid function during the neonatal period in Europe. *Biol Neonate* 1986;49:322-30.
6. Sullivan KM, May W, Nordenberg D, Houston R, Maberly GF. Use of thyroid stimulating hormone testing in newborns to identify iodine deficiency. *J Nutr* 1997;127:55-8.
7. Dussault JH. Relation of basic and clinical research on foetal and neonatal thyroid pathology to neonatal thyroid screening. *Acta Paediatr* 1999;Suppl 432:15-7.