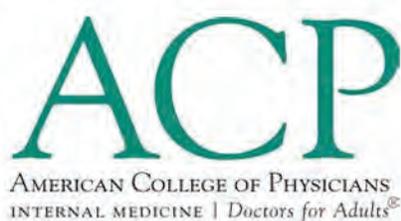


Suplemento Especial

American College of Physicians Puerto Rico Chapter



Puerto Rico Chapter Scientific Meeting
March 7–9, 2013
Caribe Hilton Hotel, San Juan, Puerto Rico

Puerto Rico Chapter Scientific Meeting

March 7-9, 2013, Caribe Hilton Hotel, San Juan, Puerto Rico

Program Highlights**Hot Topics in Medicine: Creating Connections; Building Bridges****Thursday, March 7, 2013,***Afternoon***Preventive Medicine: The Internist's Approach**

María López, MD

Update on Dengue and Leptospirosis

Harold Margolis, MD

Friday, March 8, 2013,*Morning***Sleep Apnea: What the Practitioner Needs To Know**

Atul Malhotra, MD

Practical Considerations in Stroke Risk Reduction in Nonvalvular Atrial Fibrillation

Hilton Franqui-Rivera, MD

Cardiovascular Complications of Sleep Apnea

Atul Malhotra, MD

Subclinical Thyroid Disease:

Clinical Significance & Therapy David S. Cooper, MD, FACP

Noon Update on Women's Health

Josefina Romaguera, MD, MPH

Thyroid Nodules: Current Evaluation and Management*Afternoon*

David S. Cooper, MD, FACP

Saturday, March 9, 2013,*Morning***Introduction to Dementia**

Ivonne Z. Jiménez, MD, FACP

Vascular Cognitive Impairment

José Alejandro Luchsinger, MD, MPH

Ethics of Palliative Care

Jesús Marín, MD

Diabetes, Obesity, Insulin Resistance, and Dementia

José Alejandro Luchsinger, MD, MPH

Management Options in Osteoarthritis of the Knee

Ramón L. Ortega, MD

Quality Issues in Chronic Care

Steven J. Bernstein, MD, MPH

**Developing a Patient Registry:
The Internist's Approach***Afternoon*

Steven J. Bernstein, MD, MPH

History of Medicine

Norman I. Maldonado, MD, MACP

Visiting Faculty**Steven J. Bernstein, MD, MPH,**Professor of Medicine,
University of Michigan Health System,
Ann Arbor, Michigan**David S. Cooper, MD, FACP,**Professor of Medicine,
Johns Hopkins University,
Baltimore, Maryland**José Alejandro Luchsinger, MD, MPH,**Center Director,
Northern Manhattan Center of Excellence in
Minority Health and Health Disparities,
Columbia University Medical Center,
New York, New York**Atul Malhotra, MD,**Associate Professor of Medicine,
Brigham and Women's Hospital,
Boston, Massachusetts**Harold Margolis, MD,**

Chief, CDC Dengue Branch

Information: AMEC 787-289-8989 or amec@amec-pr.comComplete program and registration form:
www.acponline.org/meetings/chapter/2012-2013/pr-2013.pdf

Invitación a los médicos de Puerto Rico a participar en la Convención Anual del American College of Physicians

Estimado colega y amigo:

La convención anual del Capítulo de Puerto Rico del American College of Physicians (ACP) se llevará a cabo este año del 7 al 9 de marzo. El comité científico a cargo de organizar esta actividad, presidido por el Dr. Francisco M. Joglar, llevó a cabo un excelente trabajo. Como puede verse en el programa, los conferenciantes invitados, locales y nacionales son especialistas distinguidos en sus temas, escogidos por su erudición. Los tópicos fueron seleccionados por su relevancia a las necesidades de nuestra práctica médica.

Al asistir a esta convención, al mismo tiempo que repasemos y nos pongamos al día en estas importantes materias, ayudaremos a la excelencia del cuidado médico y a la educación médica en nuestro país. Sobre todo, apoyaremos a los estudiantes y residentes de Medicina de toda la isla, quienes se benefician de múltiples maneras de la realización de estas actividades y de que estas sean exitosas. Al reunirnos con nuestros colegas, podemos compartir e intercambiar ideas, en un momento en que es tan necesario que la clase médica esté unida y hable con una voz común.

Debe estar claro que esta convención no es solo para internistas y subespecialistas en Medicina Interna. Fue diseñada para también ser útil y provechosa para todo aquel profesional de la medicina interesado en estos temas, incluyendo médicos hospitalistas, especialistas en Medicina de Familia y médicos generalistas con una práctica médica extensa.

El ACP, constituido por más de ochenta capítulos en todo el mundo, en dos años cumplirá 100 años de edad pero manteniéndose moderno y al día en sus objetivos, conocimiento, tecnología y comunicaciones. Nuestra misión es clara, aglutinadora y compasiva:

*Mejorar la calidad y la efectividad del cuidado al paciente (Health care)
promoviendo la excelencia y el profesionalismo de la práctica médica.*

El ACP trabaja, para llevar a cabo su misión, educando a estudiantes, residentes y médicos, fomentando el profesionalismo y el humanismo, sirviendo de mentor a los nuevos líderes de la medicina y apoyando a los líderes comprometidos y responsables, defendiendo los intereses de la profesión, publicando los *Annals of Internal Medicine* y otras tres revistas, desarrollando cursos de destrezas clínicas, los *Boards* de Medicina Interna y múltiples actividades de Educación Médica Continuada y reconociendo y premiando a aquellos médicos que se distinguen por su aportación al cuidado del paciente y al desarrollo de la medicina en el país y los postulados del ACP.

Esperamos saludarlo el 7 de marzo y participar juntos de esta misión.

Francisco Muñiz, MD, MACP

Gobernador del Capítulo de Puerto Rico, American College of Physicians

Desfibriladores implantables



Hilton Franqui Rivera, MD

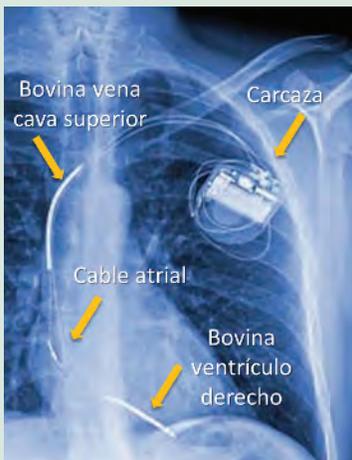
Electrofisiólogo Cardíaco

Los pacientes con una cardiomiopatía dilatada, tanto isquémica como no isquémica con disfunción del ventrículo izquierdo, se encuentran en riesgo de muerte súbita por taquiarritmias ventriculares. Este riesgo es particularmente alto en pacientes en quienes la fracción de expulsión (EF) del ventrículo izquierdo es igual o menor de 35% y está presente en pacientes asintomáticos (clase funcional I, de la Asociación del Corazón de Nueva York o NYHA).

Desfibriladores implantables

Los desfibriladores implantables (ICDs) han demostrado ser efectivos en disminuir el riesgo de muerte súbita en estos pacientes en hasta un 30%. Estos dispositivos consisten de una carcasa de metal similar a la de un marcapasos y por lo menos un cable, el cual contiene los electrodos y bovinas de desfibrilación, las cuales permiten diferenciar este tipo de aparato de un marcapasos regular en una radiografía del pecho. El tamaño de un ICD es mayor al de un marcapasos debido la presencia de una batería de mayor tamaño y capacitores que permiten generar y almacenar un voltaje mucho mayor al de un marcapasos.

Todos los ICDs pueden funcionar como marcapasos, pero los estudios han demostrado que la estimulación ventricular frecuente no es deseable en pacientes con disfunción del ventrículo izquierdo, ya que puede ser detrimental para la función cardíaca. En pacientes que requieran estimulación ventricular frecuente (por ejemplo, pacientes con bloqueo atrio-ventricular), es preferible utilizar un desfibrilador biventricular, el cual provee estimulación simultánea del ventrículo izquierdo a través del seno coronario.



Indicaciones clínicas

De acuerdo a la guías del Colegio Americano de Cardiología (ACC), la Asociación Americana del Corazón (AHA) y la Sociedad del Ritmo Cardíaco (HRS), la terapia de ICD para prevención primaria de muerte súbita está indicada en pacientes con:

1. Cardiomiopatía isquémica con EF igual o menor a 35% con clase funcional NYHA II-III;
2. Cardiomiopatía isquémica con EF igual o menor a 30% y clase funcional NYHA I;
3. Cardiomiopatía no isquémica con EF igual o menor a 35% con clase funcional NYHA II-III; y
4. Cardiomiopatía isquémica con EF igual o menor a 30% y clase funcional NYHA I.

Para poder calificar para recibir esta terapia, el paciente debe tener una expectativa de vida igual o mayor de un año con buena funcionalidad. Estos aparatos no se recomiendan en pacientes con clase funcional NYHA IV, refractarios a tratamiento, debido a que estos pacientes tienen una mortalidad alta secundaria a la progresión del fallo cardíaco.

Comentario

Es importante poder identificar a estos pacientes y referirlos a los especialistas correspondientes, de modo que puedan beneficiarse con esta terapia. **G**

Literatura

1. Bardy GH, Lee KL, Mark DB, Poole JE, et al for the Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial (SCD-HeFT) Investigators. Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. *N Engl J Med.* 2005; 352:2151-8.
2. Epstein AE, Dimarco JP, Ellenbogen KA, Estes NAM III, et al. ACC/AHA/HRS 2008 guidelines for device-based therapy of cardiac rhythm abnormalities: executive summary: Report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the ACC/AHA/NASPE 2002 Guideline Update for Implantation of Cardiac Pace-makers and Antiarrhythmia Devices). *Circulation.* 2008; 117:2820-40.
3. Greenberg H, Case RB, Moss AJ, Brown MW, et al for the Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial II Investigators. Analysis of mortality events in the Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial (MADIT-II). *J Am Coll Cardiol.* 2004; 43:1459-65.

¿Cuándo preocuparse por un nódulo tiroideo?



Myriam Z. Allende Vigo, MD, MBA, FACP, FACE

Endocrinóloga

Ex Presidenta Sociedad Puertorriqueña de Endocrinología y Diabetología
Catedrática y Directora de Endocrinología, Dpto. de Medicina, Universidad de Puerto Rico

En esta era tecnológica es muy frecuente toparnos con el hallazgo incidental de una masa o nódulo en la glándula tiroidea en estudios radiográficos de imagen del cuello. Rápidamente la mente puede vagar a alertarnos de la posibilidad de un cáncer de tiroides. ¿Cuándo realmente el hallazgo incidental de un nódulo tiroideo debe preocuparnos y qué debemos hacer?

Magnitud del problema

Los nódulos en la glándula tiroides son un hallazgo frecuente, que puede variar desde un 5% a la palpación del cuello hasta un 66% en estudios de sonografía. La mayoría de estos nódulos son benignos y su etiología es variada. Los nódulos tiroideos pueden ocurrir por causas infecciosas, autoinmunes, crecimientos benignos o malignos. Suelen ocurrir con mayor frecuencia en mujeres. Pueden ser sencillos o múltiples, y tener variados tamaño y consistencia.

Las características clínicas que nos hacen sospechar la posibilidad de malignidad son: aparición en los extremos de edad, género masculino, crecimiento rápido, dificultad para tragar, ronquera, consistencia dura o la presencia de nódulos linfáticos en el cuello. Si hay antecedentes familiares de cáncer de tiroides, la sospecha de malignidad aumenta. Lo mismo ocurre si la persona ha recibido radiación al cuello o a la cara previamente.

Las características sonográficas de los nódulos tiroideos también nos ayudan en relación con el grado de sospecha de malignidad. Algunas características sospechosas incluyen bordes irregulares, aumento en vascularidad central, ausencia de halo, presencia de microcalcificaciones y una forma más alta que ancha.

Evaluación y manejo

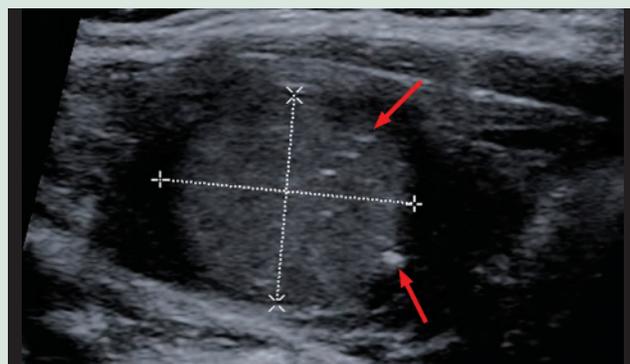
Encontrar un nódulo tiroideo por palpación amerita una evaluación para determinar la etiología y el tratamiento. Los nódulos hallados incidentalmente muchas

veces son evaluados exhaustivamente. Sea el nódulo palpable o no, el historial y el examen físico nos guían hacia el próximo paso, que es pedir una prueba de TSH.

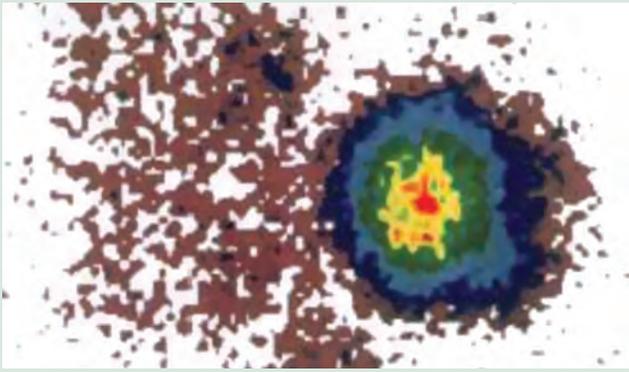
La presencia de un nódulo tiroideo con niveles suprimidos de TSH nos obliga a pedir un scintigrama tiroideo. Si se diagnostica un nódulo “caliente” o adenoma tóxico, la probabilidad de malignidad es muy baja y se procede a tratar el hipertiroidismo, de ser necesario.

En su inmensa mayoría, los pacientes con nódulos tiroideos están eutiroideos y tienen niveles normales de TSH. En estos casos, procedemos a ordenar una aspiración del nódulo con aguja fina. Los resultados de la citopatología van a conducirnos al próximo paso.

En la mayoría de los nódulos, los resultados son de características benignas y, en este caso, pueden observarse. No es necesario un tratamiento quirúrgico ni de supresión. En el caso de crecimiento significativo del nódulo en el periodo de observación, se podría ordenar una nueva aspiración diagnóstica. Los casos de neoplasia folicular o adenoma de células Hurthle conllevan un manejo especial determinado por el endocrinólogo y el paciente.



Sonograma: Carcinoma tiroideo medular con calcificaciones.
(Foto: Hellerhof, cc 3.0).



Nódulo tiroideo "caliente" (scintigrama)

Cuando la aspiración del nódulo da resultados indeterminados o no diagnósticos, puede repetirse la aspiración o proceder a una biopsia. Cuando el resultado en la aspiración es compatible con un cáncer diferenciado, se procede a cirugía.

La aspiración de aguja fina del nódulo tiroideo es el estudio primordial para determinar la acción a seguir. La mayor preocupación al detectar un nódulo tiroideo es descartar una malignidad. La evaluación clínica está dirigida a diagnosticar los nódulos malignos y así tratarlos adecuadamente.

Comentario

Debemos preocuparnos por un nódulo en la glándula tiroidea cuando sus características clínicas y estudios diagnósticos apuntan hacia una lesión maligna. Si bien en Puerto Rico se ha documentado un aumento en la prevalencia, el cáncer diferenciado de tiroides es una malignidad que, tratada adecuadamente, continua teniendo una mortalidad baja.

Referencias

1. American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules, 2010.
2. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, November 2009. The American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer.
3. Gharib, M, Gharib, H Guidelines for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules Thyroid International 2011; 1: 3-11.
4. Ramirez, M, Nieves, M, Lugaro, A et al. Increasing Incidence of Thyroid Cancer in PR., 1985-2004 PRHSJ 2011; 30, 3:109-115.

Dengue:

Algunos aspectos sobre su clasificación y manejo clínico



Héctor F. Gorbea, MD, FACP

Enfermedades Infecciosas
Escuela de Medicina
Universidad de Puerto Rico

En las últimas décadas ha aumentado mucho la incidencia de dengue en el mundo. Según la OMS, más del 40% de la población mundial está en riesgo de contraer el dengue. Antes de 1970, solo nueve países habían sufrido epidemias de dengue grave; hoy en día la enfermedad es endémica en más de 100 países. En Puerto Rico es un problema de salud pública importante que requiere la participación de las autoridades, de la población en general y de la clase médica en particular.

El dengue es una infección causada por un flavivirus y transmitida por mosquito, siendo el *Aedes aegypti* el más común. Epidemias de dengue ocurren mundialmente en áreas tropicales y subtropicales. Hay cuatro serotipos de dengue, que se clasifican del uno al cuatro (Denv-1, -2, -3 y -4), todos causan el espectro completo de la enfermedad. Estadísticas de 2012 en Puerto Rico muestran al tipo 1 como el

más frecuente —80%—, seguido por el 4 con cerca de 20%. Luego de la infección con un serotipo de virus, la persona desarrolla inmunidad, probablemente por vida, contra ese serotipo. La protección cruzada contra los otros serotipos es de corta duración, en general por solo menos de tres meses. El mosquito *Aedes* se reproduce en colecciones de agua.

Clasificación

La Organización Mundial de la Salud propuso una nueva clasificación de dengue basada en la severidad de la infección: dengue sin signos de aviso, dengue con signos de aviso y dengue severo. Los síntomas comienzan en general a los 4 a 7 días (pudiendo iniciarse desde los 3 a los 14 días) después de la picadura del mosquito.

Para la nueva clasificación se usan los síntomas de fiebre, náusea, vómitos, erupción en la piel, dolores (de cabeza, retroorbitario, mialgias y artralgias), prueba de torniquete positiva y leucopenia.

Los signos de aviso son dolor severo de abdomen, vómitos persistentes, acumulación de líquido (ascitis, efusión pleural), sangrado por la mucosa, letargo, agitación y hepatomegalia. Estos signos de aviso indican que el paciente está en riesgo de desarrollar dengue severo. El dengue severo se define por tres criterios: la pérdida severa de plasma con hipotensión arterial, la acumulación de líquido con dificultad respiratoria, sangrado severo y compromiso severo de órganos (hígado, sistema nervioso central, corazón y otros órganos).

Aspectos clínicos

Se identifican tres fases clínicas de dengue. La primera fase es la febril con los síntomas arriba mencionados y tiene una duración de dos a siete días. Al final de esta fase la fiebre desaparece. Los pacientes sin signos de aviso mejoran, pero los que tienen los signos de aviso pueden deteriorarse y progresar a la fase crítica con pérdida significativa de plasma por un lapso de 24 a 48 horas de duración. En esta fase se puede observar una elevación en el hematocrito, lo que es importante para guiar el tratamiento de hidratación con soluciones isotónicas (solución salina normal) y en ocasiones coloides (solución con albumina).

La tercera fase es la de recuperación, en la cual por 48 a 72 horas se reabsorbe el líquido extravascular y el estado general y hemodinámico del paciente mejora. En esta fase el hematocrito se estabiliza. Los leucocitos –que suelen disminuir en la fase febril– usualmente suben cuando la fiebre desaparece. Las plaquetas en general disminuyen en número al final de la fase febril y suben después de la elevación de los leucocitos.

El diagnóstico de dengue se confirma con pruebas de laboratorio. En los primeros cinco días de síntomas, cuando hay viremia, se puede detectar el virus en la sangre con la prueba *Polymerase Chain Reaction (PCR)*. Después de cinco días de síntomas, se pueden detectar anticuerpos en la sangre.

Terapia

El tratamiento se orienta a controlar los síntomas, con descanso, medicinas para la fiebre y el dolor y una hidratación adecuada.

Recomendaciones de la OMS en dengue:

- Indicar descanso e hidratación oral abundante;
- Indicar antipiréticos para controlar fiebre. (Dar especial atención a los niños para evitar convulsiones en fase febril). Alertar a evitar aspirinas y medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, pues aumentan riesgo de hemorragia;
- Monitoreo del estado de hidratación en la fase febril. Educar al paciente y sus familiares sobre los signos de deshidratación e indicarles monitoreo urinario;
- Si el paciente no tolera líquidos orales, puede requerir administración endovenosa. Se deben verificar el estado hemodinámico regularmente determinando la frecuencia cardíaca, el pulso, la presión arterial y la eliminación de orina;
- Determinar hematocrito y plaquetas; y
- Monitoreo durante la defervescencia: la etapa crítica de dengue se inicia acá y dura 24 a 48 horas.

Comentario

Considerando los aspectos diagnósticos, clínicos y las opciones de terapia, se podrá brindar una mejor atención a los afectados por esta enfermedad endémica. Sin embargo, lo principal es trabajar en la prevención del dengue. **G**

Literatura

1. Halstead S.B., Dengue, Vol. 5, Imperial College Press, 2008.
2. <http://www.cdc.gov/dengue>.
3. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/index.html>.
4. Hanley, K; Weaver, SC. *Frontiers in Dengue Virus Research*, Caister Academic Press, 2010.

El Dr. Francisco M. Joglar: Distinguido miembro y Master del ACP, nominado a Secretario de Salud de Puerto Rico



José L. Cangiano, MD, FACP, FAHA

Presidente Sociedad de Nefrología de Puerto Rico

En el año 2005 el Dr. Francisco M. Joglar Pesquera fue seleccionado con el galardón de Nefrólogo Distinguido de la Sociedad de Nefrología de Puerto Rico. Un reconocimiento a su capacidad intelectual, por demostrar un alto grado de excelencia en la academia, por su liderazgo con pensamientos e ideas originales, por ser un visionario renacentista y además por ser un digno embajador representando a Puerto Rico en otros países y foros. Ahora que ha sido nominado para ocupar la posición de Secretario de Salud, es pertinente reconocer su trayectoria en esta profesión.

Sus comienzos

El Dr. Joglar Pesquera nació en San Juan en 1948. Era el mayor de los cuatro hijos de Francisco Joglar Herretero y Elsa Pesquera Umpierre. En la escuela fue aplicado; lo describen como muy activo y algo reservado. Cursó estudios en el Colegio Santa Rosa de Bayamón, Academia San José de Villa Caparra y, más tarde, en el Colegio San Antonio Abad en Humacao. Obtuvo un bachillerato en Ciencias de Mount Saint Mary College, Maryland, en 1969 y se graduó en la Escuela de Medicina de la UPR en 1973. Se distinguió por ser un estudiante serio, inquisitivo, muy analista y sobre todo por su sensibilidad humana. Durante esos años fue seleccionado Alpha Omega Alpha por su excelencia académica. Realizó su entrenamiento posgraduado en Puerto Rico en el Hospital Universitario, donde terminó su entrenamiento en Nefrología en 1978.



Su familia

El Dr. Joglar se unió en matrimonio a la Dra. Olga Billoch, graduada en la Escuela de Medicina de Puerto Rico y una destacada cardióloga del Hospital Pediátrico, lo cual refleja el grado de excelencia de este matrimonio. Sus cuatro hijos les han dado siete nietos. Es una familia musical pues ellos, con sus hijos, forman un grupo interpretando varios instrumentos.

Actividad asistencial

Tuvimos la oportunidad de conocerlo desde estudiante y establecer una afectuosa amistad que ha perdurado todos estos años. Ingresó a nuestro grupo de Nefrología al terminar su entrenamiento y fortaleció nuestra práctica con sus ideas y contribuciones originales. Fue Director de la Unidad de Diálisis en San Juan en Clínica Las Américas. Como compañero, siempre demostró un gran respeto y dedicación al trabajo. Luego de más de 20 años en la práctica de la nefrología, decidió pasar a la academia como Decano de la Escuela de Medicina.

Contribuciones académicas

El Dr. Joglar se ha distinguido por ser un gran clínico con un alto grado de acumen diagnóstico, por su interés en la medicina preventiva y la investigación en procesos de diálisis; esto ha generado varias publicaciones en reconocidas revistas médicas. Es miembro de 16 Sociedades Nacionales e Internacionales de su especialidad y ha dictado múltiples conferencias y participado en diferentes eventos de educación médica. En 1994 fue seleccionado como *Fellow* del *American College of Physicians* (ACP) y recientemente se le otorgó el mayor reconocimiento, de *Master* del ACP. Sus contribuciones al *College*

han sido trascendentales y además de ser Ex-Gobernador ha tenido un rol decisivo al presidir el Comité Científico para la Convención Anual, que destacamos en esta edición de *Galenus*.

Entre sus logros académicos, ha sido Profesor de Medicina, Director de la Unidad de Diálisis Peritoneal, Senador Académico y Coordinador del curso de Patofisiología Renal. Ejerció como Decano de la Escuela de Medicina de la UPR de 2000 a 2005. Durante su incumbencia, logró renovar la acreditación, organizó la sección de Educación Médica Graduada, fortaleció el plan de práctica intramural, aumento la facultad a tiempo completo y mejoró las relaciones con el Hospital de Veteranos. Además, logró obtener 18 millones de dólares para investigación y desarrollo en alianzas con la Clínica Mayo y el MD Anderson Hospital.

Experiencia en los Seguros de Salud

El Dr. Joglar ha tenido el privilegio de conocer no solamente los asuntos académicos de la medicina y de

la práctica privada, sino que también ha tenido participación activa en el campo de seguros de salud, donde pudo desarrollar centros de excelencia con médicos primarios para fomentar la prevención y el tratamiento racional de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión. Con esta iniciativa se logró promover una alta calidad de cuidado para este grupo de enfermos.

Nominación para Secretario de Salud

El Dr. Francisco Joglar ha sido nominado para el puesto de Secretario de Salud por el nuevo Gobernador. Una selección muy acertada por su experiencia tanto en el campo académico como en la práctica privada de la medicina y en el campo de los seguros de salud. Sabemos que el trabajo de este distinguido galeno en este importante cargo será muy exitoso debido al compromiso que siempre ha demostrado así como a su vasta y diversificada experiencia, y que de este modo contribuirá a mejorar la salud de nuestro pueblo puertorriqueño. ¡Así sea! 

Reduced energy Fatigue Trouble awakening in the morning Need for more sleep Falling asleep during the day Feeling cold Less sweating Drier, itchier skin Yellow or orange skin Drier, coarser, more brittle hair Hair loss Loss of appetite Weight gain Memory problems Slower thinking Snoring Muscle cramps and joint aches Paresthesia Constipation Puffiness in face, hands, ankles, feet Carpal tunnel syndrome Heavier menstrual periods Irritability Depression or sadness Hoarse voice Hearing loss Goiter Shrinking thyroid Slowing of heart rate Higher blood pressure Higher cholesterol levels

Think Thyroid

The American Thyroid Association recommends that adults be screened for thyroid dysfunction with a TSH test beginning at age 35 years and every 5 years thereafter. Individuals with clinical manifestations potentially attributable to thyroid dysfunction and those with risk factors for its development may require more frequent serum TSH testing.

Think **TSH**, **free T4** and **free T4 index**