



**Encuesta
Nacional de
Salud
2016 -2017**



**INFORME ENCUESTA NACIONAL DE SALUD
2016-2017**

Trastornos de la función tiroidea

Subsecretaría de Salud Pública
División de Planificación Sanitaria
Departamento de Epidemiología

Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
División de Planificación Sanitaria
Departamento de Epidemiología
Maclver 541, Santiago

Coordinación técnica Encuesta Nacional de Salud

Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

Ejecutor de terreno Encuesta Nacional de Salud

Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile

Autor Informe

Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

Octubre, 2018

Cómo citar este documento

Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Trastornos de la función tiroidea. Santiago de Chile; 2018, 19p. Disponible en: <https://goo.gl/oe2iVt>

Índice

1. Antecedentes	4
2. Aspectos metodológicos	5
3. Resultados	6
3.1 Análisis descriptivo de TSH.....	7
3.2 Análisis descriptivo de Tiroxina Libre (T4 L)	8
Tabla 2: Estadísticos descriptivos niveles de T4 L (ng/dL), total país. Chile, ENS 2016-17.	8
3.3 Sospecha de hipotiroidismo.....	9
Figura 1: Sospecha de hipotiroidismo, total país y según sexo (*). Chile, ENS 2009-10 y ENS 2016-17.	10
Tabla 3: Sospecha de hipotiroidismo según grupos de edad, años de estudio cursados y zona. Chile, ENS 2009-10 y ENS 2016-17.....	11
3.4 Sospecha de hipertiroidismo.....	12
Figura 2: Sospecha de hipertiroidismo, total país y según sexo (*). Chile, ENS 2016-17.....	12
3.5 Hipotiroidismo clínico	13
Figura 3: Hipotiroidismo clínico, total país y según sexo. Chile, ENS 2016-17.....	13
Tabla 4: Hipotiroidismo clínico, según grupos de edad, años de estudio cursados y zona urbana o rural. Chile, ENS 2016-17.....	14
3.6 Hipertiroidismo clínico	15
Figura 4: Hipertiroidismo clínico, total país y según sexo. Chile, ENS 2016-17.	15
4. Aspectos relevantes	16
5. Referencias.....	17
Anexos.....	18

1. Antecedentes

La tiroides es una glándula endocrina ubicada en la parte frontal del cuello, cuya función es secretar hormonas tiroideas para su distribución a través del torrente sanguíneo. Estas hormonas participan en el control del metabolismo, utilización de energía, regulación de la temperatura corporal y permitir el adecuado funcionamiento de distintos órganos y sistemas (1). Los trastornos de la función tiroidea se producen al aumentar o disminuir los niveles de las hormonas tiroideas, alteración que se puede producir en cualquiera de los distintos niveles del eje: tiroides, hipófisis o hipotálamo.

Tal como lo reconoce la Fundación Tiroidea de Canadá, alrededor de 200 millones de personas en el mundo presentan alguna forma de enfermedad tiroidea (2). En la gran mayoría de los casos se cuenta con un tratamiento efectivo de estas patologías, donde el diagnóstico y tratamiento oportuno es esencial para evitar las consecuencias del déficit o exceso de hormonas tiroideas.

En Chile, la primera medida de salud pública en relación a la prevención de los trastornos de la función tiroidea, fue la resolución de obligatoriedad de incorporación de yodo en la sal (sal yodada) en el año 1979. Esta determinación se realizó considerando el déficit de yodo en la población de nuestro país, lo cual significaba un aumento de riesgo de bocio endémico y cretinismo (3). Así también, en el año 1992 el Ministerio de Salud implementó el programa nacional de búsqueda masiva de hipotiroidismo congénito, el cual ha contribuido a reducir la discapacidad asociada al retraso en el diagnóstico del déficit de hormonas tiroideas en el periodo neonatal (4).

La prevalencia de trastornos de la función tiroidea, se comenzó a medir en nuestro país en la segunda Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010 (2009-10), con la determinación de niveles de TSH (hormona estimulante de la tiroides), siendo incorporada la medición de Tiroxina Libre o T4 Libre (T4 L) en la presente medición 2016-2017 (2016-17).

2. Aspectos metodológicos

El módulo de trastornos de la función tiroidea cuenta con seguimiento desde la ENS 2009-10 con la medición de Hormona Estimulante de la Tiroides (TSH), ya que una alteración en su concentración orienta a un posible trastorno tiroideo. Luego, en la ENS 2016-2017 (2016-17), sumado a la TSH se incorporó la medición de Tiroxina Libre (T4 L), con el objetivo de obtener mayor precisión en la determinación de patología tiroidea.

Para este módulo, se aplicó el cuestionario 2 a una sub-muestra de F2 de la ENS (n=1335), por lo que la representatividad de los resultados es a nivel nacional, urbano y rural.

En el análisis de los datos, se utilizó el factor de expansión para formulario F1, F2 y la sub-muestra de exámenes 3.

Los análisis de la ENS 2016-17 se ajustaron por: a) sexo y edad, y b) sexo, edad y años totales de estudio cursados para todas las prevalencias analizadas, incluyendo el cálculo de *Odds Ratio* (OR) con sus respectivos intervalos de confianza (95%).

Por otro lado, los análisis comparativos con la medición ENS 2009-10 son mostrados sin ajuste y sólo se realizan mediante la comparación de los intervalos de confianza.

Todos los resultados de la ENS 2009-10 utilizados en el presente informe fueron recalculados a partir de las bases de datos disponibles en <http://epi.minsal.cl/>

3. Resultados

3.1 Análisis descriptivo de TSH

La TSH es la hormona estimulante de la tiroides, la cual se genera en la hipófisis y permite a la glándula tiroides producir y secretar las hormonas Tiroxina (T4) y Triyodotironina (T3). Considerando el mecanismo de retroalimentación positiva y negativa del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides, la disminución de la TSH nos indica un probable aumento de hormonas tiroideas, así como su aumento, nos orienta a un posible déficit. Sin embargo, también es importante descartar otras posibles condiciones que producen alteración de la TSH, como lo son el consumo de determinados medicamentos, alcohol, obesidad, entre otros factores.

En la ENS 2009-10, se midió por primera vez el nivel de TSH en la población chilena, alcanzando una muestra de 2.735 casos válidos. En la ENS 2016-17, esta muestra alcanzó 1.335 casos (Tabla 1).

En el análisis descriptivo de la medición de TSH, tanto para la medición de ENS 2009-10 como ENS 2016-17, se realizaron pruebas de normalidad (*Shapiro-Wilk*), estableciendo que ambas distribuciones no se comportan de forma normal ($p=0,001$).

La medición de TSH 2016-17 registra una media de 4,0 uUI/mL y una mediana de 2,7 uUI/mL, sin mostrar grandes diferencias respecto a la medición 2009-10. En cuanto a los valores mínimo y máximo, se observa una reducción del valor máximo en la ENS 2016-17 en relación a la medición ENS 2009-10 (Tabla1). El análisis de dispersión por medio de percentiles, se encuentra disponible en los anexos de este informe.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos niveles de TSH (uUI/mL), total país. Chile, ENS 2009-10 y ENS 2016-17.

Variable	ENS	n muestral	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Concentración de TSH	2009-10	2731	3,9	2,6	10,0	0,01	267,0
	2016-17	1335	4,0	2,7	8,3	0,01	139,4

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

3.2 Análisis descriptivo de Tiroxina Libre (T4 L)

La T4 L es una de las principales hormonas producida por la glándula tiroides (1). En la ENS 2016-17, se realizó por primera vez el examen de T4 L a una muestra de 1.335, es decir, a todos aquellos individuos a los que se les realizó examen de TSH, también se les midió T4 L.

En el análisis descriptivo de T4 L, se realizaron pruebas de normalidad (*Shapiro-Wilk*), estableciendo que los niveles de T4 L no se distribuyen de forma normal ($p=0,001$). Tanto la media como la mediana alcanzaron un valor de 1,2 ng/dL. El análisis de dispersión por medio de percentiles, se encuentra disponible en los anexos de este informe.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos niveles de T4 L (ng/dL), total país. Chile, ENS 2016-17.

Variable	ENS	n muestral	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Concentración de T4 L	2016-17	1335	1,2	1,2	0,3	0,2	7,5

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

3.3 Sospecha de hipotiroidismo

Como se mencionó anteriormente, la ENS 2009-10 fue la primera encuesta poblacional que realizó la medición de TSH como una forma de acercamiento a los trastornos tiroideos. De esta forma, la “sospecha de hipotiroidismo” se definió como la detección de niveles plasmáticos de TSH sobre el valor de referencia, donde los puntos de corte de TSH se diferencian según edad. Así, en individuos con 20 años o menos, se considera “sospecha de hipotiroidismo” frente a valores mayores de 5,7 uUI/mL y en los mayores de 20 años, el punto de corte es de 4,2 uUI/mL (7).

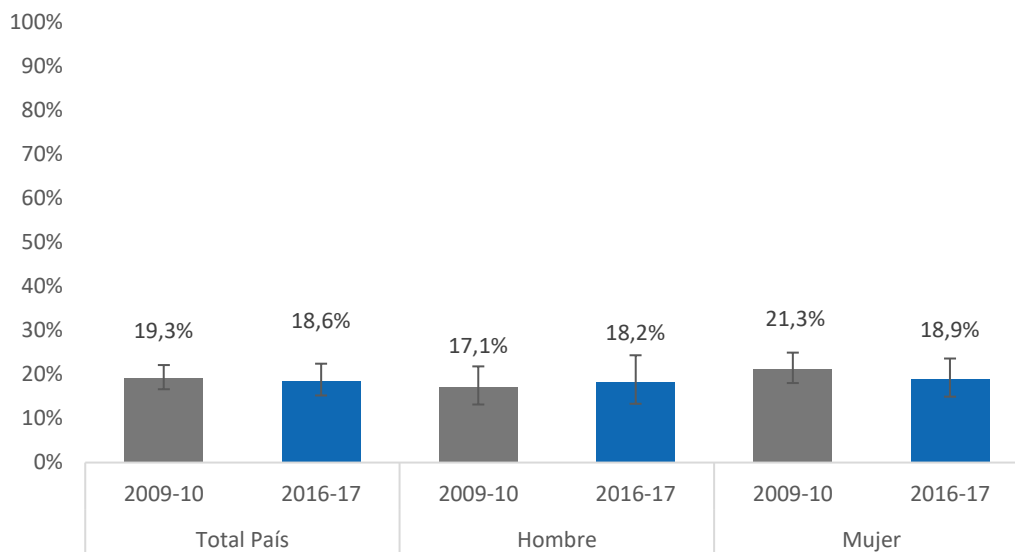
Es importante recordar que la medición aislada de TSH, es un componente de otras definiciones de trastornos tiroideos, como es el caso del “hipotiroidismo subclínico” que se entiende por TSH elevada y T4 L normal, y el “hipotiroidismo clínico” que se define como TSH elevada con T4 L baja. Por tanto, con la incorporación de T4 L en la ENS 2016-17, se logró diferenciar estas prevalencias en la población(7).

El hipotiroidismo subclínico se caracteriza por ser una condición que presenta escasos síntomas y signos, por lo que su detección requiere el apoyo con exámenes de laboratorio para su diagnóstico. Así también, esta condición se considera un predictor de progresión hacia hipotiroidismo clínico (7,8). En la ENS 2016-17, la prevalencia de hipotiroidismo subclínico fue de 16,4% (13,2% – 20,2%).

La sospecha de hipotiroidismo, según la ENS 2016-17 alcanzó una prevalencia de 18,6%, siendo un 18,2% en hombres y un 18,9% en mujeres. Comparado con la medición ENS 2009-10, no se observan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las categorías evaluadas (Figura 1).

Respecto a la medición ENS 2016-17, en base a un modelo de regresión logística para muestras complejas, no se observan diferencias estadísticamente significativas según sexo ($p=0,925$), ajustado por edad para sospecha de hipotiroidismo.

Figura 1: Sospecha de hipotiroidismo, total país y según sexo (*). Chile, ENS 2009-10 y ENS 2016-17.



(*) Las barras de error representan los intervalos de confianza (IC 95%).

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

Cuando los datos de la ENS 2016-17 son evaluados según edad, se aprecia que la prevalencia de “sospecha de hipotiroidismo” es más baja en el grupo de menor edad (15-24 años) alcanzando un 9,3%. Por otro lado, el grupo de mayor edad (65 o más años) registra la mayor prevalencia tanto en el año 2009-10 como 2016-17, alcanzado un 29,2% en la última versión. En ambas mediciones, se observa que la prevalencia de esta condición aumenta al avanzar la edad. No obstante, en los distintos grupos de edad no se observan diferencias estadísticamente significativas respecto a la medición 2009-10 (Tabla 3).

En la ENS 2016-17, se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de edad ($p=0,001$) ajustado por sexo, utilizando un modelo de regresión logística para muestras complejas. El riesgo de presentar “sospecha de hipotiroidismo” del grupo de 65 años y más es 4,00 (1,54 - 10,38) veces el riesgo del grupo de 15 a 24 años.

En cuanto a los años totales de estudio cursados, se observa que la mayor prevalencia de sospecha de hipotiroidismo se encuentra en el grupo de menos de 8 años de estudio, alcanzando un 24,5%. No obstante, en ninguno de los tramos medidos se observan diferencias estadísticamente significativas respecto a la medición ENS 2009-10 (Tabla 3).

En la ENS 2016-17, y para los años totales de estudio cursados, no se observan diferencias estadísticamente significativas ($p=0,977$) ajustando por sexo y edad, utilizando un modelo de regresión logística para muestras complejas.

Por último, se observa que la prevalencia de sospecha de hipotiroidismo es mayor en las zonas rurales, tanto para medición 2009-10 como 2016-17 (Tabla 3).

Tabla 3: Sospecha de hipotiroidismo según grupos de edad, años de estudio cursados y zona. Chile, ENS 2009-10 y ENS 2016-17.

Variable	Años de medición		
	Prevalencia (%) (IC 95%)		
	Población expandida (n muestral)		
	2009-10	2016-17	
Edad	15-24 años	7 (4,4-11) 114.764 (34)	9,3 (4,3-19) 240.042 (15)
	25-44 años	18,4 (14,1-23,7) 548.692 (165)	12,4 (8,2-18,2) 657.231 (65)
	45-64 años	25,4 (20-31,6) 530.782 (225)	27,2 (20,9-34,5) 1.164.929 (128)
	65+	29,5 (22,9-37,1) 279.559 (163)	29,2 (20,5-39,8) 540.118 (92)
Años de estudio cursados	< 8 años	26,5 (21,7-32) 352.448 (191)	25,4 (17,4-35,3) 598.607 (88)
	8-12 años	19,9 (16,1-24,3) 844.093 (299)	17,6 (13,1-23,1) 1.344.576 (156)
	> 12 años	13,2 (9,6-17,9) 274.356 (93)	16 (10,2-24,2) 628.763 (53)
Área	Urbano	19,2 (16,4-22,4) 1.325.853 (505)	17,7 (14,1-22) 2.191.121 (237)
	Rural	19,5 (14,7-25,4) 147.943 (82)	25,3 (18,2-34) 411.199 (63)

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

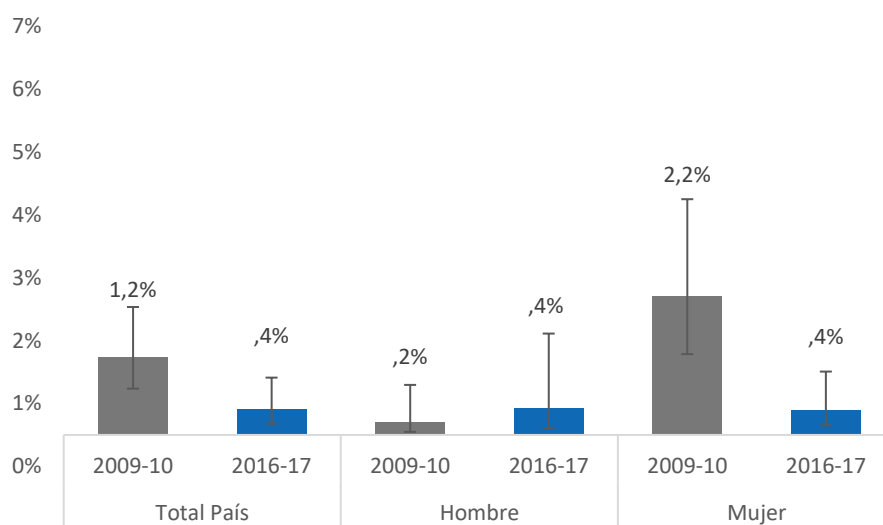
3.4 Sospecha de hipertiroidismo

La sospecha de hipertiroidismo se define como la presencia de niveles plasmáticos de hormona TSH bajo el nivel de referencia. En la ENS 2016-17, se consideraron los siguientes puntos de corte: en individuos de 20 años o menos TSH bajo los 0,7 uUI/mL y en mayores de 20 años TSH bajo 0,3 uUI/mL (7).

Los resultados de la ENS 2016-17 muestran una prevalencia de 0,4% de sospecha de hipertiroidismo para el total de la población, siendo 0,4% tanto para hombres como para mujeres. Respecto a la medición 2009-10, se observa una disminución estadísticamente significativa en las mujeres (Figura 2).

Por otro lado, el bajo número de casos reportados de sospecha de hipertiroidismo, no permite realizar mayores descripciones, incluyendo grupos de edad, años de estudio cursados o zona, ni análisis inferenciales como regresiones logísticas para muestras complejas.

Figura 2: Sospecha de hipertiroidismo, total país y según sexo (*). Chile, ENS 2016-17.



(*) Las barras de error representan los intervalos de confianza (IC 95%).

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

3.5 Hipotiroidismo clínico

El hipotiroidismo es una patología que se genera por el déficit en la producción o acción de las hormonas tiroideas (T3 y T4), lo cual reduce su función en los distintos tejidos del organismo, enlenteciendo los procesos metabólicos (1).

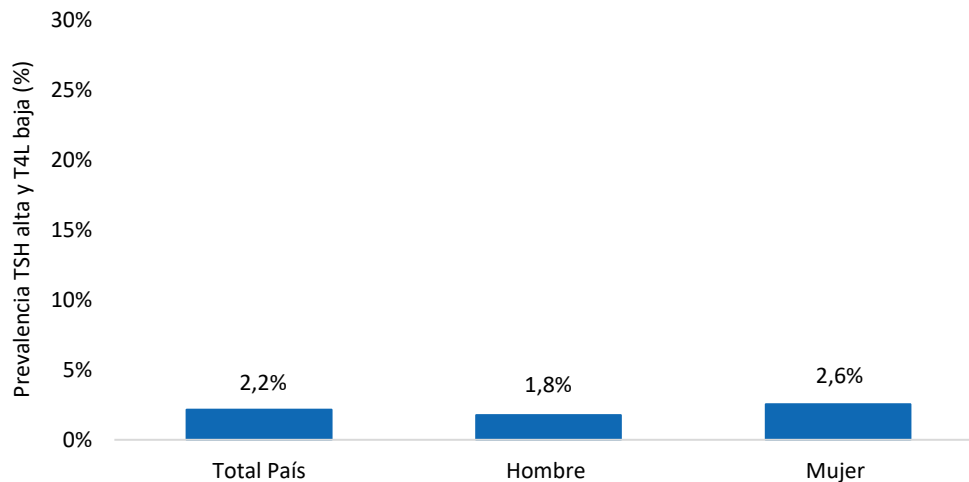
El hipotiroidismo se reconoce como una enfermedad con síntomas inespecíficos (1), entre los que se describe la intolerancia al frío, astenia, somnolencia, bradipsiquia, mialgias, constipación, hipermenorrea, aumento de peso y depresión, entre otros (2).

Según la guía clínica de hipotiroidismo del Ministerio de Salud (7), para realizar el diagnóstico de hipotiroidismo clínico, se requieren dos condiciones: presentar niveles de TSH sobre el nivel de referencia y al mismo tiempo tener niveles de T4 L bajo la referencia. Es importante indicar, que existen diferentes puntos de corte de T4 L según edad. Así, en la ENS 2016-17 para individuos de 15 a 20 años se consideró un nivel bajo si presentaban T4 L menor a 0,80 ng/dL, mientras que para los mayores de 20 a 99 años se consideró un nivel bajo cuando la medición de T4 L fue menor a 0,93 ng/dL.

Los resultados de la ENS 2016-17, muestran que la prevalencia de hipotiroidismo clínico es de un 2,2% a nivel país, siendo de 1,8% en hombres y 2,6% en mujeres (Figura 3, Anexo 5).

En base a un modelo de regresión logística para muestras complejas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,499$) entre hombres y mujeres, ajustado por edad.

Figura 3: Hipotiroidismo clínico, total país y según sexo. Chile, ENS 2016-17



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

La prevalencia de hipotiroidismo clínico es más baja en el grupo de menor edad (15-24 años) alcanzando un 0,6%. Por otro lado, el grupo de mayor edad (65 o más años) presenta la mayor prevalencia con un 5,2%. Al igual que en la sospecha de hipotiroidismo, a medida que aumenta la edad aumenta la prevalencia de hipotiroidismo clínico (Tabla 4). Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de edad ($p=0,102$) ajustado por sexo, utilizando un modelo de regresión logística para muestras complejas.

Las mayores prevalencias de hipotiroidismo clínico se presentan en el grupo de menos de 8 años de estudio, alcanzando un 4,4%. Al aumentar los años de estudio, se observa una disminución en las prevalencias de esta condición (Tabla 4). No obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas entre las distintas categorías ($p=0,188$) ajustado por sexo y edad, utilizando un modelo de regresión logística para muestras complejas.

Por último, se observa una mayor prevalencia de hipotiroidismo clínico en zonas rurales (Tabla 4).

Tabla 4: Hipotiroidismo clínico, según grupos de edad, años de estudio cursados y zona urbana o rural. Chile, ENS 2016-17.

Variable	Año de medición	
	Prevalencia (%)	
	Población expandida (n muestral)	
2016-17		
Edad	15-24 años	0,6 (0,1-4,4) 16.117 (1)
	25-44 años	1,6 (0,7-3,7) 84.119 (10)
	45-64 años	2,5 (1,1-5,5) 105.106 (17)
	65+	5,2 (2,4-11,3) 97.018 (17)
Años de estudio cursados	< 8 años	4,4 (2-9,1) 102.942 (18)
	8-12 años	2,2 (1,1-4,2) 167.397 (21)
	> 12 años	0,8 (0,3-2) 32.021 (6)
Área	Urbano	1,9 (1,1-3,2) 231.576 (33)
	Rural	4,4 (1,8-10,2) 70.783 (12)

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

3.6 Hipertiroidismo clínico

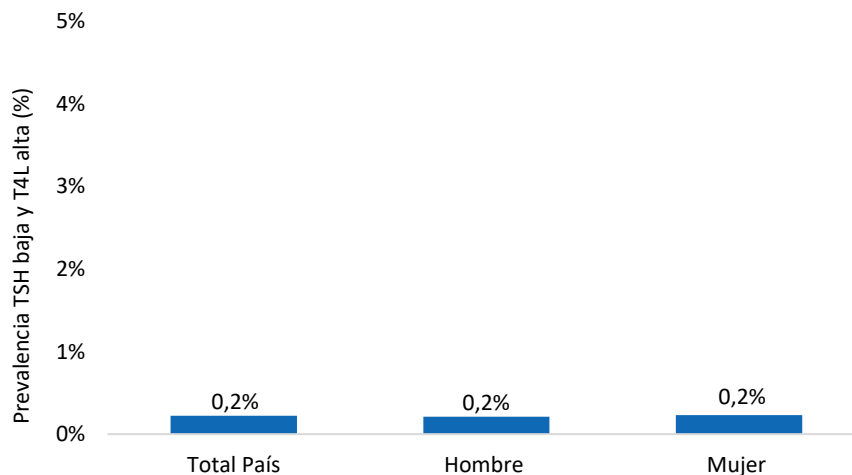
A diferencia del hipotiroidismo, el hipertiroidismo clínico presenta una sintomatología más evidente, asociada al aumento del metabolismo en el organismo. El hipertiroidismo se expresa con síntomas como nerviosismo, irritabilidad, aumento de la sudoración, palpitaciones, temblor de las manos, ansiedad, insomnio, adelgazamiento de la piel, cabello fino y quebradizo y debilidad muscular, entre otros (9).

La definición de hipertiroidismo clínico requiere cumplir dos requisitos, por un lado, tener un nivel de TSH bajo la referencia (ver punto 3.4 “sospecha de hipertiroidismo”) y nivel de T4 L sobre la referencia. Adicionalmente, existen niveles diferentes de T4 L según edad. Para los individuos de menores de 20 años, se consideró elevado sobre los 2,00 ng/dL, mientras que para los mayores de 20 a 99 años se consideró un valor mayor a 1,70 ng/dl.

Los resultados de la ENS 2016-17, muestran un 0,2% de prevalencia de hipertiroidismo clínico para el país, siendo 0,2% tanto para hombres como para mujeres (Figura 4).

Por otro lado, el bajo número de casos reportados de hipertiroidismo clínico no permite realizar mayores descripciones por grupos de edad, años de estudio cursados o zona, ni análisis inferenciales como regresiones logísticas para muestras complejas.

Figura 4: Hipertiroidismo clínico, total país y según sexo. Chile, ENS 2016-17.



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

4. Aspectos relevantes

- Los trastornos de la función tiroidea, tal como han sido definidos, requieren de una alta sospecha clínica y apoyo de exámenes de laboratorio para ser diagnosticados, especialmente en el caso de la sospecha de hipotiroidismo e hipertiroidismo.
- Considerando lo anterior, la presente ENS 2016-17 incorporó la medición de T4 L, permitiendo no sólo identificar casos de sospecha de patología tiroidea con TSH, sino que también afinar la detección a casos de hipotiroidismo e hipertiroidismo clínico (7).
- Asimismo, es importante destacar que la gran diferencia porcentual entre la prevalencia de sospecha de hipotiroidismo (18,6%) e hipotiroidismo clínico (2,2%) registrado en la última ENS, pone en evidencia la necesidad de considerar la medición de T4 L en la decisión diagnóstica y terapéutica de los pacientes.
- Junto con esto, la información epidemiológica aquí presentada supone un insumo para la comunidad científica y clínica en la discusión del enfrentamiento de los trastornos de la función tiroidea, considerando que la “Guía Clínica Auge: Hipotiroidismo en personas de 15 años y más. Santiago de Chile”, publicada el año 2013, ya cumple 5 años en vigencia (7).

5. Referencias

1. Association TAT. Hypothyroidism. 2018. Disponible en: <https://goo.gl/pqMkWz>
2. Canada TF of. Health Guides on Thyroid Disease. 2018. Disponible en: <https://goo.gl/VZFuKC>
3. Diabetes SC de endocrinología y. 25 de Mayo Día Internacional de la Tiroide. 2017. Disponible en: <https://goo.gl/4NzJC7>
4. Becerra C. Hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria en el niño . Vol. 79, Revista chilena de pediatría; 2008. p. 96–102. Disponible en: <https://goo.gl/roGw4k>
5. Valdivieso S, Kripper C, Ivelic J, Fardella C, Gloger S, Quiroz D. Alta prevalencia de disfunción tiroidea en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Vol. 134, Revista médica de Chile 2006. p. 623–8. Disponible en: <https://goo.gl/qf3Jek>
6. Álvarez-Castro P, Sangiao-Alvarellos S, Brandón-Sandá I, Cordido F. Función endocrina en la obesidad. Endocrinol y Nutrición. 2011;58(8):422-32. Disponible en: <https://goo.gl/VfbfyG>
7. Ministerio de Salud. Guía Clínica Auge: Hipotiroidismo en personas de 15 años y más. Santiago de Chile; 2013. 1-23 p. Disponible en: <https://goo.gl/tNgpxc>
8. Col N, Surks M, Daniels G. Subclinical thyroid disease: Clinical applications. JAMA. 2004 Jan 14;291(2):239–43. Disponible en: <https://goo.gl/3VHbkm>
9. Association TAT. Hyperthyroidism. 2018. Disponible en: <https://goo.gl/wbaetk>

Anexos

Percentiles niveles de TSH (uUI/mL), total país. Chile, ENS 2009-10 y ENS 2016-17.

Variable	Versión ENS	10	25	50	75	90	RIQ (p25-p75) *
TSH	2009-10	1,17	1,71	2,55	3,98	6,114	2,27
	2016-17	1,196	1,78	2,7	4,06	6,364	2,28

(*) RIQ: Rango intercuartílico percentil 25 – 75.

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

Percentiles niveles de T4 L (ng/dL), total país

Variable	Versión ENS	10	25	50	75	90	RIQ (p25-p75) *
T4 L	2016-17	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4	0,3

(*) RIQ: Rango intercuartílico percentil 25 – 75.

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

Sospecha de hipotiroidismo, total país y según sexo. Chile, ENS 2009-10 y ENS 2016-17.

Variable	Años de medición	
	Prevalencia (%) (IC 95%)	
	Población expandida (n muestral)	
	2009-10	2016-17
Hombre	17,1 (13,2-21,8)	18,2 (13,4-24,4)
	637.302 (194)	1.252.968 (97)
Mujer	21,3 (18,1-25)	18,9 (15-23,6)
	836.494 (393)	1.349.352 (203)
Total País	19,3 (16,7-22,1)	18,6 (15,2-22,5)
	1.473.796 (587)	2.602.320 (300)

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

Tabla n: Sospecha de hipertiroidismo, total país y según sexo. Chile, ENS 2009-10 y ENS 2016-17.

Variable	Años de medición	
	Prevalencia (%) (IC 95%)	
	Población expandida (n muestral)	
	2009-10	2016-17
Hombre	0,2 (0-0,8) 7.417 (5)	0,4 (0,1-1,6) 28.682 (3)
Mujer	2,2 (1,3-3,7) 86.431 (30)	0,4 (0,2-1) 28.141 (10)
Total País	1,2 (0,7-2) 93.847 (35)	0,4 (0,2-0,9) 56.823 (13)

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

Hipotiroidismo clínico, total país y según sexo

Variable	Año de medición	
	Prevalencia (%)	
	Población expandida (n muestral)	
	2016-17	
Hombre	1,8 (0,8-3,9) 120.520 (14)	
Mujer	2,6 (1,5-4,4) 181.839 (31)	
Total País	2,2 (1,4-3,4) 302.359 (45)	

Hipertiroidismo clínico, total país y según sexo

Variable	Año de medición	
	Prevalencia (%)	
	Población expandida (n muestral)	
	2016-17	
Hombre	0,2 (0-1,5) 14.463 (1)	
Mujer	0,2 (0,1-0,9) 16.474 (5)	
Total País	0,2 (0,1-0,7) 30.938 (6)	

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile