

● disfunción tiroidea

Definición funcional:

Proceso de atención al paciente con síntomas funcionales de hipo o hipertiroidismo y/o alteraciones morfológicas del tiroides que incluye valoración inicial, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Normas de calidad

Atención Primaria

- Realizar determinación de los niveles de S-TSH a la población de riesgo:
 - Mujeres de más de 50 años.
 - Ancianos.
 - Antecedentes personales o familiares en primer grado de enfermedad tiroidea.
 - Antecedentes personales de enfermedad autoinmune, sobre todo DM tipo 1.
 - Pacientes con síndrome de Down.
 - Primera visita postconcepcional.
 - Mujer a las 4-8 semanas del postparto.
- Ante la sospecha de disfunción tiroidea, la historia clínica realizada incluirá en todos los casos:
 - Anamnesis de antecedentes de riesgo e ingesta de fármacos, y anamnesis de síntomas guía (Anexos 1 y 2).
 - Exploración del tiroides y cadenas ganglionares del cuello (Anexo 3)
- Ante sospecha de disfunción tiroidea, solicitar en todos los casos:
 - Analítica básica que incluya al menos: hemograma, VSG, glucemia, creatinina, colesterol y triglicéridos.
 - S-TSH (si los niveles de S-TSH son anormales sobre el rango de referencia, el laboratorio receptor deberá determinar sistemáticamente la FT4).
- La valoración diagnóstica debe establecer las siguientes situaciones:
 - Discordancia TSH y hormonas tiroideas.
 - Hipertiroidismo.
 - Hipotiroidismo.
 - Bocio simple.
 - Bocio nodular / multinodular.
 - Tiroiditis/otros.
- Serán remitidos a la Consulta del Endocrinólogo:
 - Pacientes con bocio y /o pacientes que, sin presentar bocio, tengan S-TSH < 0,01 o superior >10.
 - Pacientes con S-TSH entre 4 y 10.
 - Si la FT4 es normal y el paciente no presenta síntomas y/o signos o bioquímica sugerente de disfunción tiroidea debe reevaluarse al año.

[disfunción tiroidea]

- Remitir al Endocrinólogo para valorar tratamiento con T4:
- Si es una mujer gestante.
- Si presenta síntomas sugerentes de hipofunción tiroidea, alteración del perfil lipídico o síntomas neuropsiquiátricos.

Atención Especializada

- La historia clínica debe incluir datos de sospecha de carcinoma tiroideo* (Anexo 5) e información que oriente hacia una posible iatrogenia (Anexos 1 y 6)
 - Bocio nodular
 - Síntomas sugerentes de enfermedad benigna:
 - (No excluyen la presencia de cáncer)
 - Historia familiar de tiroiditis de Hashimoto o de enfermedad tiroidea autoinmune.
 - Historia familiar de bocio o de nódulo tiroideo benigno.
 - Síntomas de hipo o hipertiroidismo.
 - Dolor o inflamación asociado con el nódulo.
 - Nódulo blando, liso, desplazable.
 - Bocio multinodular sin nódulo dominante.
 - Signos y síntomas que incrementan la sospecha de malignidad:
 - Edad: menores de veinte años o mayores de 70 años tienen la mayor incidencia de cáncer en un nódulo palpable.
 - Género masculino: la proporción de nódulos malignos en varones es el doble que en mujeres.
 - Nódulo más disfagia o ronquera, disnea.
 - Tamaño > 4 cm.
 - Crecimiento rápido.
 - Historia de irradiación externa en cuello durante la infancia o adolescencia.
 - Nódulo firme, duro, irregular, fijado a estructuras vecinas.
 - Presencia de linfadenopatía cervical.
 - Historia previa de cáncer de tiroides.
 - Presencia de parálisis de cuerdas vocales.
 - Calcitonina elevada.
- En la primera consulta de Atención Especializada se realizará ecografía y punción aspiración con aguja fina (PAAF) (Anexo 7) para citología en pacientes con nódulo de tiroides. De no ser así, se procurará que las mencionadas exploraciones sean hechas el mismo día.
- Realización de PAAF (Anexo 7) en lesiones nodulares o difusas, siempre que sean palpables y mayores de 1,5 cm. de diámetro, y en adenopatías cervicales palpables.
- En caso de indicación de gammagrafía, priorizar ésta frente a cualquier estudio radiológico (Rx, TC) con contraste, para evitar el bloqueo de la captación tiroidea de yodo.
- Si en la primera valoración se llega a un diagnóstico: realizar un informe y prescribir el tratamiento correspondiente estableciendo contenidos básicos del manejo compartido entre AP y AE.
- Si no se llega a un diagnóstico se iniciarán diferentes exploraciones complementarias, en función del algoritmo diagnóstico correspondiente.



[disfunción tiroidea]

- En la realización del PAAF considerar:
 - Consentimiento informado previo a la realización de PAAF.
 - Adoptar criterios de calidad para obtener una muestra adecuada (Anexo 7).
 - Cuando las lesiones sean menores de 1 cm o aún siendo mayores no sean palpables, si existen factores de riesgo realizar PAAF guiada mediante ecografía.
 - Se emitirá el correspondiente diagnóstico citológico en un plazo inferior a 72 horas.
- Los procedimientos de Medicina Nuclear en patología tiroidea, diagnósticos y/o terapéuticos, se abordan en los algoritmos correspondientes a los diferentes subprocesos.
 - Valoración de la adecuación del procedimiento solicitado por el Médico Nuclear (Anexo 10).
 - Programación según criterios de urgencia y oportunidad.
 - Información al paciente sobre el procedimiento que se va a realizar y consentimiento informado cuando se necesite utilizar contrastes.
 - No usar contrastes yodados en pacientes con hipertiroidismo clínico o subclínico.
 - Seguir criterios de justificación y optimización del uso de radiaciones ionizantes.
 - En mujeres en edad fértil, antes de realizar un estudio con radioisótopos, descartar previamente la posibilidad de embarazo e informar a la paciente.
- De existir indicación quirúrgica:
 - Se realizará según guía clínica al uso.
 - El posible tumor será clasificado de acuerdo con los criterios de estadificación de AJCC (Anexo 11).
- El paciente recibirá informe/s al alta, que incluirán cuidados de enfermería, recomendaciones terapéuticas y fecha prevista de revisión en su caso.
- De ser necesario tratamiento con I-131:
 - Las dosis que se precisan en el tratamiento de cáncer diferenciado de tiroides requieren ingreso hospitalario, la disponibilidad de instalaciones adecuadas (habitaciones blindadas) y establecer las oportunas medidas de radioprotección y radiohigiene.
 - El paciente podrá ser dado de alta radiológica cuando las mediciones efectuadas sean inferiores a 30 uSv/h-1 a un metro (similar a la máxima dosis permitida con carácter ambulatorio).
 - Al alta se debe instaurar hormonoterapia tiroidea según protocolo conjunto con el Endocrinólogo, emitir el correspondiente informe clínico y facilitar una cita en consultas de Endocrinología para su seguimiento.
 - El Endocrinólogo realizará el diagnóstico, indicará un tratamiento médico, quirúrgico, isotópico o una combinación de ellos, emitirá el correspondiente informe clínico y fijará un plan de seguimiento. Mantendrá informado durante todo el proceso al paciente y al médico de familia.
 - Revisiones y seguimiento de pacientes en el proceso.
- Monitorización del tratamiento de sustitución con levotiroxina en hipotiroidismo primario.
 - Hacer una determinación de S-TSH.
 - Una vez se ha establecido la dosis de sustitución apropiada, es suficiente con hacer un control de S-TSH anual y sólo cuando se sospecha que es preciso reajustar el tratamiento.
 - Los pacientes con el diagnóstico de hipotiroidismo subclínico que no están tratados deben ser revisados en un periodo no superior a un año.

[disfunción tiroidea]

Los pacientes con un control adecuado serán seguidos en Atención Primaria mientras no aparezcan criterios de derivación a Atención Especializada dentro de un entorno de cuidados compartidos.

Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería/SAS 2003

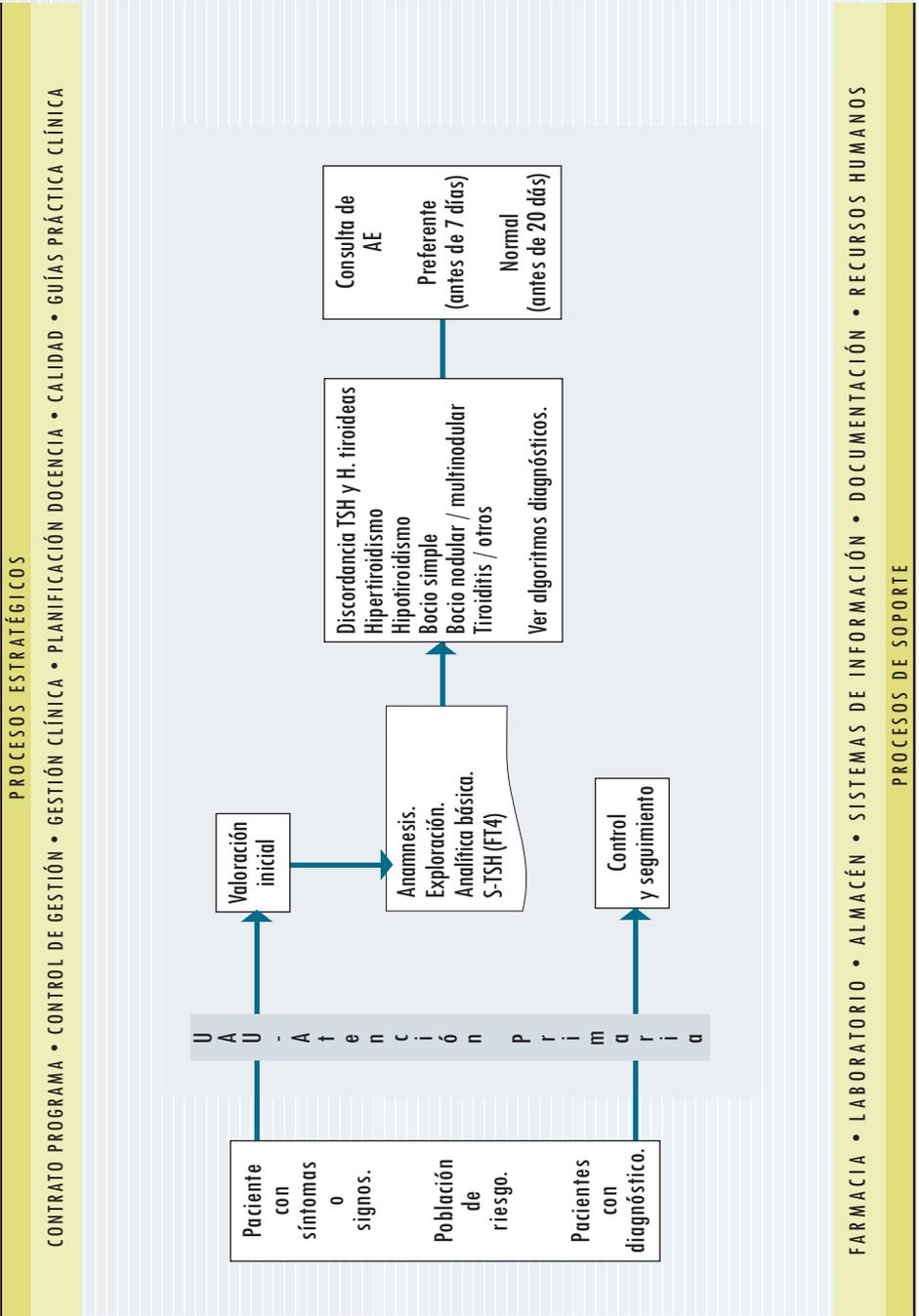
- Realizar en Atención Primaria una determinación de los niveles de S-TSH a la población de riesgo (mujeres de más de 50 años, ancianos; antecedentes personales o familiares en primer grado de enfermedad tiroidea; antecedentes personales de enfermedad autoinmune - diabetes mellitus tipo 1-, y personas afectadas de síndrome de Down), ante sospecha de disfunción tiroidea.
- El laboratorio realizará de forma rutinaria la determinación de FT4 cuando los niveles de S-TSH sean anormales para el rango de referencia.
- En caso de indicación de gammagrafía, debe priorizarse su realización frente a cualquier estudio radiológico con contraste (Rx, TC), debido a que puede provocar un bloqueo de la captación, limitando o anulando las posibilidades diagnósticas y el tratamiento con radioisótopos.



[disfunción tiroidea]

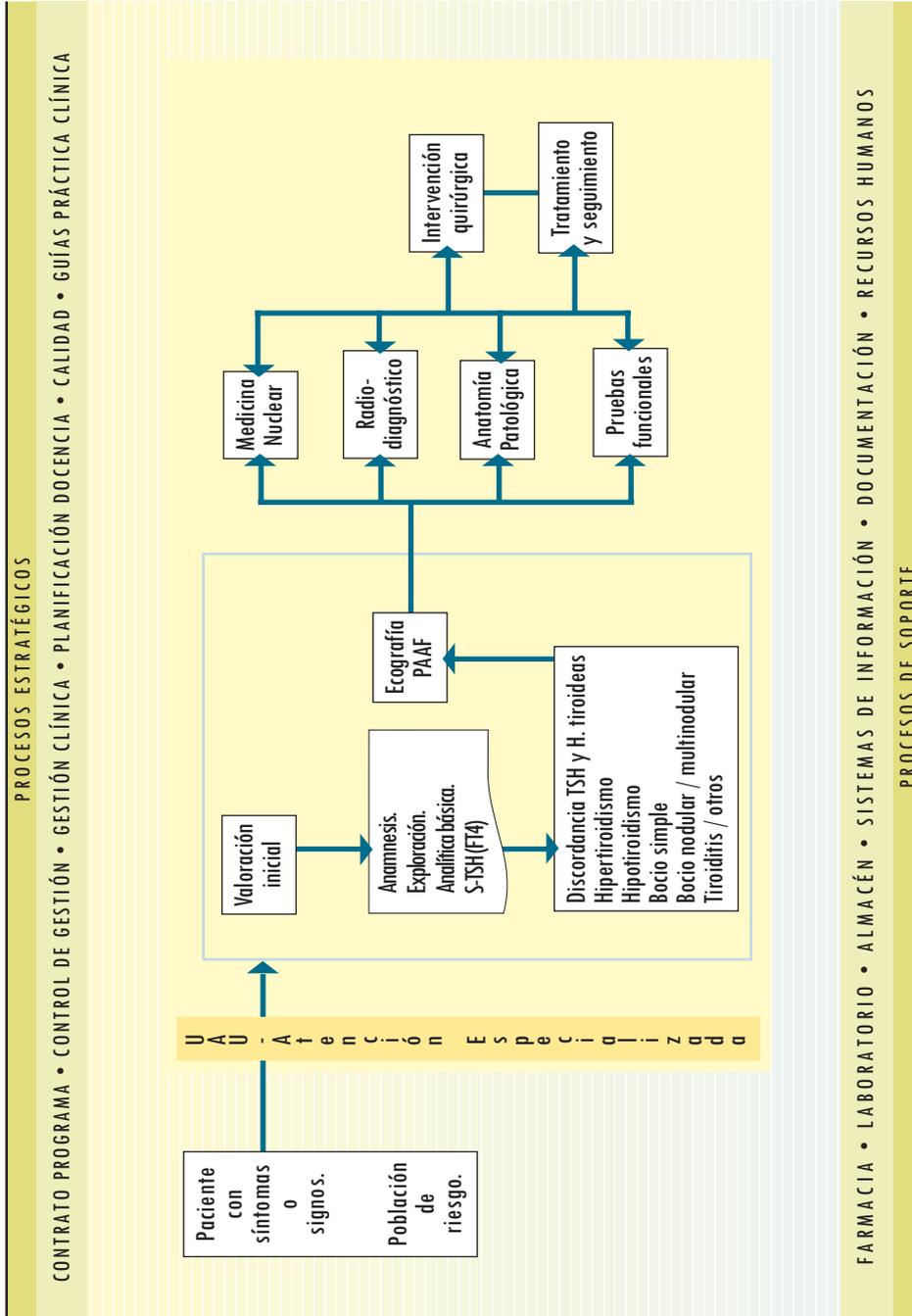
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: AP

Disfunción Tiroidea / Bocio



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: AE

Disfunción Tiroidea / Bocio



[disfunción tiroidea]

Algoritmo Diagnóstico - Discordancia TSH y T4 libre

