

# El médico de atención primaria ante la patología tiroidea

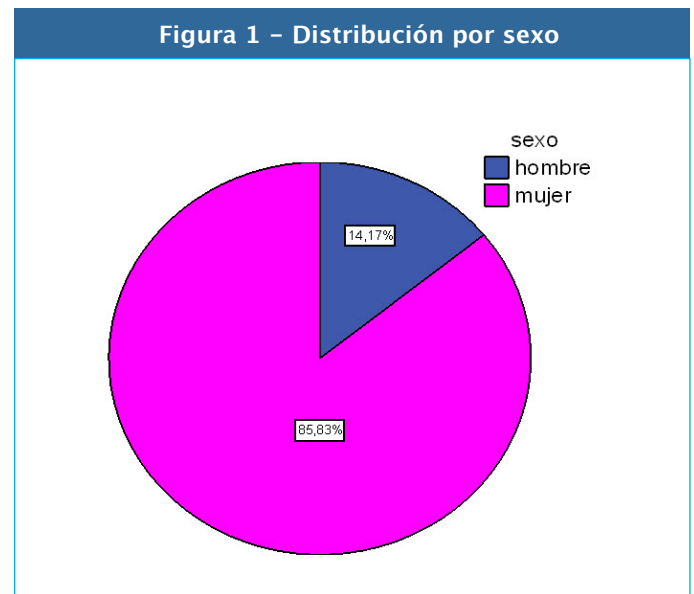
Ras Vidal E, Marqués Casasola E, Isach Subirana AM, Tapia Barranco E, Segura Cañada B, Preixens Vallinoto P

Centro de Salud Reus 2. Reus (Tarragona)

La patología de la glándula tiroidea representa, después de la diabetes mellitus tipo 2, el motivo de consulta endocrinológica más frecuentemente atendido por el médico de familia<sup>1</sup>. Dentro de la misma se incluyen diversos tipos de alteraciones; las más frecuentes son las relacionadas con las diferentes formas de enfermedad funcional tiroidea (ETF)<sup>2</sup>.

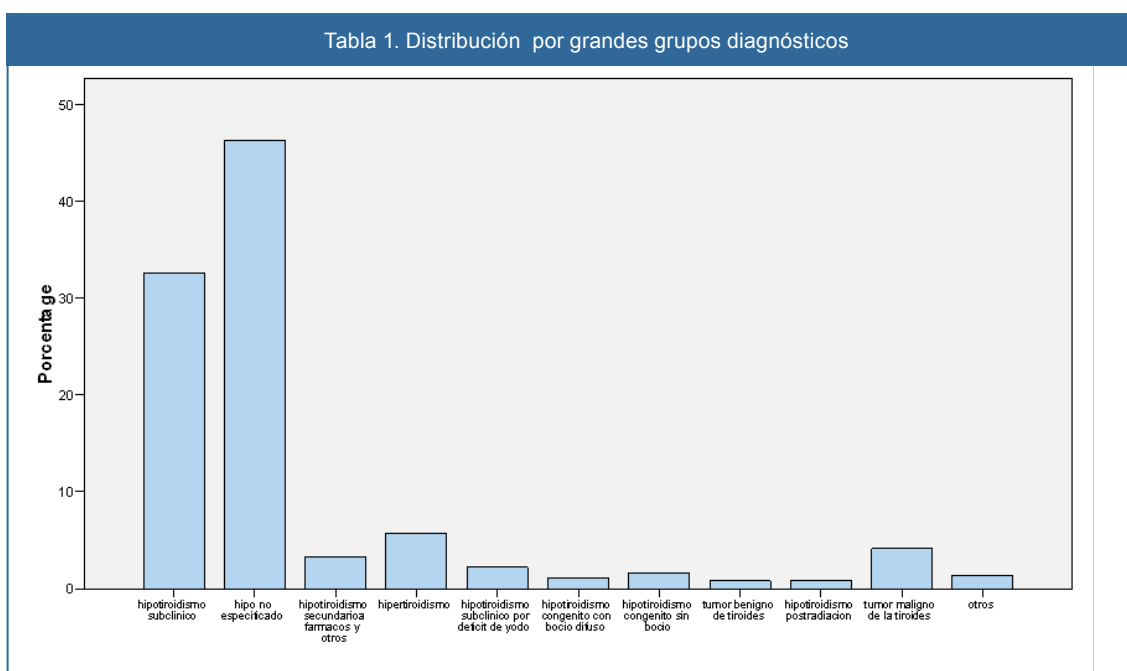
La prevalencia de EFT puede oscilar desde una cifra inferior a 0,5 % para el hipertiroidismo a 16 % para el hipotiroidismo subclínico en población de más de 60 años<sup>3,4</sup>. En el ámbito de la atención primaria de salud el médico de familia debe asumir un papel importante en la orientación diagnóstica inicial y el seguimiento posterior de sus pacientes.

Con el presente estudio pretendemos determinar la participación del médico de atención primaria en el diagnóstico y seguimiento de la patología tiroidea en la población adscrita al Centro de Salud Reus 2 de Reus (Tarragona); como objetivos secundarios nos planteamos conocer la frecuencia de las distintas entidades.



## PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal y retrospectivo. La población diana está constituida por todos los pacientes diagnosticados de enfermedad tiroidea asignados al equipo de atención primaria del



Centro de Salud Reus 2 hasta enero de 2013. Se trata de un centro con acreditación docente para residentes de medicina de familia, en el que trabajan 23 médicos (5 de ellos pediatras). La población atendida en el centro es 30.042 pacientes. La captación de pacientes se llevó a cabo a partir de todos los pacientes diagnosticados de alguna enfermedad tiroidea, mayores de 15 años y adscritos al centro de salud.

La muestra se obtuvo de las historias clínicas informatizadas, calculada con un error alfa de 5 % y un nivel de confianza de 98 %.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes patológicos (diabetes, hipertensión, dislipemia, cardiopatía, depresión, demencia, síndrome de túnel carpiano), toma de fármacos que pueden producir alteración tiroidea (litio y amiodarona), otros procesos de interés y diagnóstico de la alteración tiroidea que presentaban.

Recogimos si se habían realizado derivaciones al especialista y si actualmente siguen controles por este (considerando que el último control no se haya producido mucho antes de un año atrás).

Se registraron las pruebas complementarias realizadas: valores en los análisis de sangre más antiguos de TSH, T4 y anticuerpos antitiroideos, y los valores de los análisis más recientes; práctica y resultados de ecografía, TAC, gammagrafía y punción-aspiración con aguja fina (PAAF); tratamiento que realiza el paciente y en caso de fármacos registramos la dosis; y por último registramos la evolución del proceso o algún comentario de relevancia para el estudio.

El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS 15.0.

## RESULTADOS

Del total de 24.792 pacientes constaba registro de algún proceso de enfermedad tiroidea en 1.415, lo que supuso una prevalencia de EFT de 5,7 %.

De los 367 pacientes analizados, se obtuvo que 85,8 % eran mujeres (figura 1), con una edad media de 56,9 (DE 17,5) años.

Como antecedentes patológicos constaba diabetes en 13,4 %, hipertensión arterial en 35,7 %, dislipemia en 35,7 %, cardiopatía en 10,4 %, depresión en 15,5 % y síndrome de túnel carpiano en 1,9 %.

La distribución por grupos diagnósticos (tabla 1) fue: hipotiroidismo subclínico o no especificado 78,9 %, hipertiroidismo 5,8 %, hipotiroidismo secundario a fármacos 3,3 %, hipotiroidismo por déficit de yodo 2,2 %, tumor maligno 4,1 %.

Las pruebas complementarias realizadas fueron: analítica (91,3 %), ecografía (27 %), TAC (4,4 %), gammagrafía (3,3 %) y PAAF 3,5 %.

Fue necesaria la derivación al especialista en 33,2 % de los casos. El seguimiento de los pacientes fue exclusivo del especialista en 8,7 %, por parte de atención primaria y especialista 6,8 % y exclusivo de atención primaria en 72,5 % (tabla 2).

Recibieron tratamiento farmacológico 41,7 % de los pacientes. La levotiroxina fue el más usado (49 %), a dosis habitual de 50-100 mcg/día.

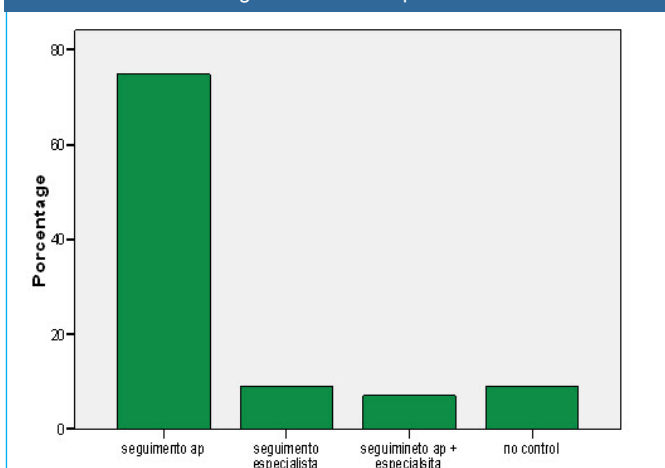
En 98,9 % constaba el diagnóstico del proceso, en 95,6 % el diagnóstico figuraba como activo y en 1,9 % como pasivo.

## COMENTARIO

La frecuencia de EFT encontrada en nuestra población es de 5,7%, aunque se puede ver incrementada si tenemos en cuenta la alta prevalencia de alteraciones tiroideas no diagnosticadas, sobre todo en población anciana y mujeres mayores de 40 años, las distintas técnicas de detección empleadas y probablemente el subregistro de morbilidad que puede existir en nuestro centro de salud.

En 66,8 % de los casos el diagnóstico y seguimiento se realizó exclusivamente en atención primaria; precisaron valoración especializada sólo 33,2 % de los casos. En general se trata de casos de hipotiroidismo, hipertiroidismo y bocio normofuncional,

TABLA 2. Seguimiento de los pacientes



para cuyo diagnóstico son suficientes las pruebas accesibles al médico de atención primaria (exploración general, palpación cervical y estudio funcional tiroideo), todas ellas sensibles y específicas y con una excelente relación coste/eficacia<sup>5,6</sup>. En numerosas ocasiones se debe recurrir a otras exploraciones complementarias, como determinación de anticuerpos antitiroideos, gammagrafía, ecografía y PAAF, que pueden suponer una menor demora en el diagnóstico final<sup>7,8</sup>.

En nuestro estudio la mayoría de los tumores fueron diagnosticados por el especialista.

La inmensa mayoría de los seguimientos fueron realizados exclusivamente desde atención primaria; solo 8,7 % de los pacientes fueron seguidos de manera exclusiva en la consulta especializada y el resto de forma conjunta (6,8 %).

La progresiva mejora de la asistencia primaria en nuestro país y la aplicación de criterios de salud estandarizados hacen posible un control coordinado con la consiguiente reducción de derivaciones.

## BIBLIOGRAFIA

1. Fuertes Goñi C, Loassysa Lara JR, Pérez Etxarri JM Derivación a endocrinología por patología tiroidea. Calidad y justificación. *Aten primaria* 2001;27:489-96.
2. Álvarez Nido R, Pérez Calpena C, Alonso Roca, Monereo Mejías S. Papel del médico de atención primaria en el diagnóstico y seguimiento de la patología tiroidea. *Aten Primaria* 1994;14:877-9.
3. Serra, Méndez MA, Davins J, Borrell M, Baxarias J, Ríos L. Patología tiroidea en un centro de salud. *Aten Primaria* 1995;15:457-60.
4. Torroba Arlegui I, Puigdevall Gallego V, Laudo Pardos C, San Martín Barrio L. Disfunción tiroidea subclínica en atención primaria. *Aten Primaria* 1998;21:245-50.
5. Arribas L, Muñoz de Benito RM, Alguacil P, Berjano P, López B. Pruebas de función tiroidea y su utilización por el médico general. *Aten Primaria* 1993;11:11-7.
6. De los Santos ET, Starich GH, Mazzaferri EL. Sensitivity, specificity, and cost-effectiveness of the sensitive thyrotropin assay in the diagnosis of thyroid disease in ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1989;149:526-32.
7. Buitrago F, Sáez de Santamaría J, Moreno J. Diagnóstico citológico del nódulo tiroideo mediante punción aspiración con aguja fina (PAAF). Estudio de 385 casos procedentes del nivel de atención primaria. *Aten Primaria* 1989;6:714-8.
8. Isanta C, Izquierdo C, Fuentes F, Muñoz JR. El médico generalista ante la patología nodular del tiroides. *Aten Primaria* 1988;5:110-2.