

10

Guías Técnicas do Plan de
Atención Integral á Saúde da Muller

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN AOS TRASTORNOS DE TIROIDE

Versión 1. Marzo 2009

XUNTA DE GALICIA

10

Guías Técnicas do Plan de
Atención Integral á Saúde da Muller

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN AOS TRASTORNOS DA TIROIDE

Versión 1. Marzo 2009



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN AOS TRASTORNOS DA TIROIDE

ÍNDICE

1. Definición do proceso asistencial
2. Proceso de elaboración da guía técnica
3. Metodoloxía utilizada na guía técnica
4. Obxectivos da guía
5. Características de calidade do proceso
6. Proceso xeral, fluxograma
7. Guía de actuación clínica (definición dos subprocesos)
8. Sistema de avaliación e mellora do servizo
9. Bibliografía
10. Anexos
 1. Información á usuaria

1.- DEFINIÇÃO DO PROCESO ASISTENCIAL

- Proceso asistencial:

Diagnóstico e seguimento dos trastornos da tiroide.

- Alcance:

Todo o persoal do Servizo Galego de Saúde.

- Usuarios:

Muller con sintomatoloxía de trastornos da tiroide.

- Propietario do proceso:

División de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde.

2.- PROCESO DE ELABORACIÓN DA GUÍA TÉCNICA

2.1 Participación social

Esta guía técnica forma parte do proxecto de mellora da atención aos trastornos endócrinos do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. A alteración da función da tiroide e o aumento do tamaño desta glándula é máis frecuente nas mulleres e a súa incidencia aumenta coa idade. No hipotiroidismo subclínico a prevalencia en mulleres é do 7,5-8% e do 2,8-4,4% en homes. O hipotiroidismo é 5 a 8 veces máis común en mulleres que en homes. As enfermidades autoinmunes de tiroide (enfermidade de Graves Basedow e tiroidite de Hashimoto) tamén mostran unha marcada diferenza de xénero na súa prevalencia, que nas mulleres é 5 a 10 veces superior que nos homes.

Os requirimentos para a elaboración do proxecto foron identificados nunha mesa de traballo na que participaron representantes do Complexo Hospitalario Universitario de Vigo, Casa de Acolida da Muller da Coruña, Casa da Muller do Concello de Lugo, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Complexo Hospitalario Juan Canalejo – OZA, Asociación Alecrín, Centro Municipal Asociativo de Enfermos Crónicos “Domingo García Sabell” e especialistas en endocrinoloxía, psiquiatría, xinecoloxía, reumatoloxía, psicoloxía, cardioloxía, alergoloxía e varios xestores do sistema sanitario. Posteriormente o proxecto foi asignado a un experto no tema que definiu as tarefas necesarias para acadar os obxectivos definidos no plan. Estas tarefas e obxectivos foron aprobados no Comité do plan formado pola conselleira de Sanidade, os dous secretarios xerais, o director xeral de Asistencia Sanitaria e o de Recursos Humanos, a asesora técnica e tres expertos/as na materia. A primeira tarefa identificada dentro do proxecto foi a elaboración dunha guía de actuación clínica dirixida aos/ás profesionais sanitarios/as para a atención aos trastornos da tiroide.

2.2 Participación dos/as profesionais

Para a elaboración desta guía, e despois de definirse o fluxograma de procesos, creouse un grupo de traballo composto por profesionais sanitarios expertos no tema que, seguindo a metodoloxía descrita a continuación, definiron e identificaron os criterios e as accións sanitarias que facilitan as tomas de decisión dos profesionais sanitarios que atenden a estas mulleres.

O grupo de traballo tivo que identificar os subprocesos que forman parte do proceso global de atención á muller con patoloxía de tiroide. Para cada subproceso detallaron as actuacións sanitarias (anamnese, probas complementarias, exploración...) que se incluían. Igualmente

para cada unha destas actuacións sanitarias os compoñentes do grupo tiveron que definir os seus requisitos ou características técnicas. Tamén tiveron que definir a información que se lle debe dar á usuaria no subproceso. Para a realización deste traballo contouse coa Fundación Fisterrae que participou cunha busca bibliográfica do tema, e Avalia-t para consultas específicas. Con toda esta información elaborouse un documento que lles foi de novo enviado aos membros do grupo de traballo para a súa revisión.

2.3 Decisión da organización

O documento presentóuselle á División Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde para a súa revisión e aprobación. Tamén se lles enviou á Fundación Fisterrae para que realizasen unha revisión externa das actuacións incluídas na guía e ao grupo de coordinación do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. O documento final foi presentado ao Comité Técnico do plan para a súa aprobación final e inicio da súa implantación nas áreas piloto definidas no propio plan.

3.- METODOLOXÍA UTILIZADA NA GUÍA TÉCNICA

A presente guía técnica non é unha guía de práctica clínica, aínda que estas foron a base para a súa elaboración e inclúense na bibliografía. Esta guía quere servir de axuda á toma de decisións dos profesionais que atenden un determinado proceso asistencial, homoxeneizando as actuacións sanitarias en todo o Sistema Sanitario Público de Galicia.

A unidade básica dentro da guía son os chamados “subprocesos” e estes teñen definidos un determinado obxectivo, cando e a quen debe aplicalo e as actuacións sanitarias incluídas nel. Tamén están incluídas nesta guía algunhas características de calidade en canto á cualificación ou titulación do profesional e as instalacións e materiais necesarios. Esta guía irá acompañada de información específica da área sanitaria, na que o profesional desenvolve o seu traballo especificando os fluxos de derivación e a forma de acceso aos especialistas consultores.

En cada subproceso asistencial veñen identificadas as actuacións sanitarias que hai que realizar, como poden ser unha anamnese, a solicitude de probas ou a prescrición farmacéutica. De cada unha destas actuacións sanitarias definíronse os seus criterios ou características a modo de guía de práctica clínica.

O sistema de codificación utilizado para os subprocesos é un código composto polo número de orde de publicación da guía máis un número consecutivo dentro do propio proceso.

Ademais con esta sistemática identificáronse as necesidades materiais e de formación que os xerentes das áreas sanitarias deberán dispoñer para aplicar un determinado proceso asistencial.

4.- OBXECTIVOS DA GUÍA

O obxectivos que espera acadar esta guía unha vez implantada son:

- Mellorar a calidade de vida das mulleres afectadas por patoloxía da tiroide.
- Aumentar o grao de satisfacción e de información das mulleres con respecto ao trato recibido e potenciar a súa participación na toma de decisións.
- Diminuír a variabilidade na prestación do servizo e mellorar a súa calidade.

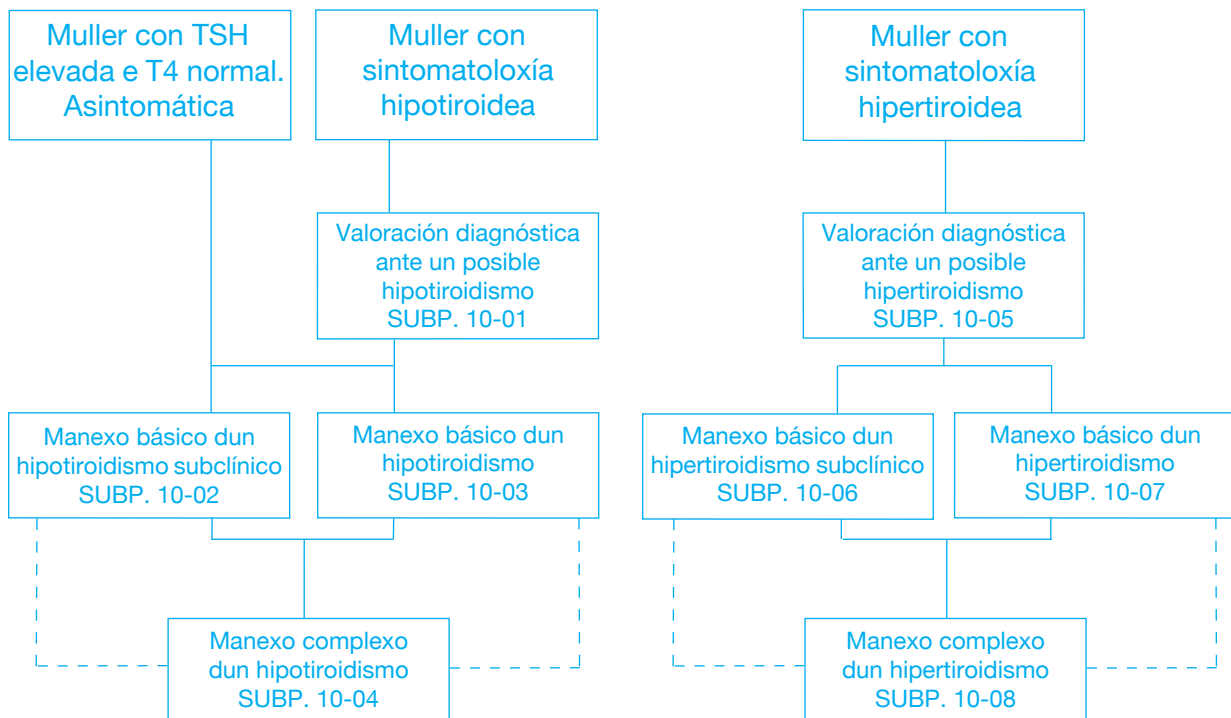
5.- CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE DO PROCESO

Os seguintes apartados definen as características de calidade do proceso:

- Instalacións:
 - Para a realización de todos os subprocesos incluídos necesítase unha consulta estándar que garanta a privacidade da usuaria.
- Recursos materiais:
 - Comúns:
 - Material divulgativo educativo sobre a enfermidade.
 - Dotacións estándares de consultas de atencións primaria ou especializada.
- Profesionais:
 - Para a aplicación dos subprocesos 10-04 e 10-08 o/a profesional deberá ter a titulación de especialista en endocrinoloxía.

6.- PROCESO XERAL

Fluxograma:



Subprocesos:

- 10-01- Valoración diagnóstica de posible hipotiroidismo.
- 10-02- Manexo básico de hipotiroidismo subclínico.
- 10-03- Manexo básico de hipotiroidismo.
- 10-04- Manexo complexo de hipotiroidismo.
- 10-05- Valoración diagnóstica de posible hipertiroidismo.
- 10-06- Manexo básico de hipertiroidismo subclínico.
- 10-07- Manexo básico de hipertiroidismo.
- 10-08- Manexo complexo de hipertiroidismo.

7.- GUÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA: DESCRICIÓN DOS SUBPROCESOS ASISTENCIAIS

SUBPROCESO 10-01: VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE POSIBLE HIPOTIROIDISMO.

Obxectivo do subproceso:

Realizar a valoración diagnóstica dun posible hipotiroidismo ou hipotiroidismo subclínico.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller con:

- Sintomatoloxía hipotiroidea: intolerancia ao frío, astenia, estrinximento, aumento de peso, diminución do apetito, trastornos menstruais, diminución da velocidade de procesamento das funcións intelectuais, parestesias en mans (túnel carpiano), artralxias.
- Achados anormais de laboratorio: anemia, hipercolesterolemia, elevación de transaminases, elevación de CPK, hiponatremia.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar anamnese (ou revisión Historia Clínica):

- Antecedentes familiares de patoloxía da tiroide.
- Antecedentes persoais:
 - Patoloxía da tiroide:
 - Tiroidite autoinmune.
 - Tratamento antitiroideo.
 - Tratamento iodo radioactivo.
 - Tratamento cirúrxico.
 - Uso de fármacos:
 - Litio.
 - Amiodarona.
 - Interferón.
 - Sustancias iodadas.
 - Carbamecepina.
 - Fenitoína.
- Irradiación no colo.
- Enfermidades autoinmunes.
- Infertilidade.
- Embarazo nos últimos 12 meses.
- Dor en cara anterior do colo e síndrome pseudogripal.

- Realizar exploración física:

- Xeral (TA, ACR...).
- Palpación da tiroide.
- Buscar vitilixe, psoríase e urticaria crónica.

10-01

- Solicitar probas complementarias:

- Determinación de TSH (se non a ten feita), o laboratorio xerará automaticamente a determinación de T4 libre se resulta alterada a TSH.
- Electrocardiograma.

- Xestionar citas para probas e para seguinte consulta.

- Informar a usuaria:

- Explicar as probas que se solicitan e que se está a diagnosticar.

- Na seguinte consulta:

- Realizar diagnóstico:
 - Hipotiroidismo subclínico:
 - Sintomatoloxía hipotiroidea ou asintomática.
 - TSH elevada e T4 normal.
 - Hipotiroidismo:
 - Sintomatoloxía hipotiroidea.
 - Na exploración pódese atopar:
 - Bocio.
 - Bradicardia.
 - Pel seca e fría.
 - Edema periorbitario, mans e pés.
 - Bradipsiquia.
 - Enlentecemento de reflexos osteomusculares.
 - TSH elevada e T4 libre baixa.
 - No caso de TSH normal e T4 normal non ten hipotiroidismo (facer diagnóstico diferencial coa sintomatoloxía que presenta).
- Conduta que hai que seguir:
 - No caso de hipotiroidismo subclínico aplicar o subproceso 10-02 (Manexo do hipotiroidismo subclínico), agás no caso de que se presenten as seguintes circunstancias que deberá aplicarse o subproceso 10-04 (Manexo complexo do hipotiroidismo, que se realizará por endocrinoloxía):
 - Bocio.
 - Embarazo (consulta preferente con nova TSH).
 - Tiroidite posparto.
 - Pacientes menores de 16-18 anos.
 - Sospeita doutra patoloxía endocrinolóxica autoinmune (consulta preferente).
 - No caso de hipotiroidismo aplicar o subproceso 10-03 (Manexo do hipotiroidismo) agás no caso de que se presenten as seguintes circunstancias que deberá aplicarse o subproceso 10-04 (Manexo complexo do hipotiroidismo):
 - Bocio.
 - Hipotiroidismo central: T4 libre baixa con TSH non aumentada (normal ou baixa).
 - Embarazo (consulta preferente).
 - Tiroidite posparto.
 - Menos de 16 anos.

SUBPROCESO 10-02: MANEXO BÁSICO DO HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO SEN CIRCUNSTANCIAS ESPECIAIS.

10-02

Obxectivo do subproceso:

Realizar as actuacións de manexo no caso dun hipotiroidismo subclínico sen circunstancias especiais.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller que foi diagnosticada de hipotiroidismo subclínico e que non presente:

- Bocio.
- Embarazo.
- Tiroidite posparto.
- Pacientes menores de 16 anos.
- Sospeita doutra patoloxía endocrinolóxica autoinmune (consulta preferente).

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Informar a usuaria sobre a patoloxía e o seu manexo.

- Solicitar nova TSH e anticorpos antiperoxidasa en 3-6 meses.

- Valorar o inicio de tratamento:

- Criterios para iniciar tratamento:
 - AP de cirurxía de tiroide ou de tratamento, con Iodo 131.
 - Paciente asintomático con anticorpos antiperoxidasa (++)
 - Presenza de bocio.
 - TSH >10.
 - Infertilidade.
 - Muller en idade fértil que prevexa embarazo.
- Pauta:
 - Pódese comezar directamente coa dose substitutiva ou con doses baixas. Comezar 25-50 microgramos/día de L-tiroxina e aumentar progresivamente cada 4-6 semanas ata normalizar a TSH.
 - En pacientes >65 anos ou con enfermidade cardíaca coñecida ou sospeitada iniciar dose máis baixa (12,5-25 microgramos/día de L-tiroxina).

- Informar a usuaria:

- Explicar o tratamento que se lle dá.
- Tomar a tiroxina preferentemente en xaxún (sen ter comido).
- Tomar a tiroxina separada de medicación que interfira coa súa absorción (colestipol, ferro, colestiramina, sucralfato, hidróxido de aluminio, sales de calcio).
- Excepto que se indique o contrario considérase un tratamento de por vida.
- Non suspender o tratamento durante o embarazo e contactar co seu médico de cabeceira para que a remita ao/á especialista en endocrinoloxía.

- Xestionar citas para probas e para consulta de seguimento cada 6-12 meses:

- Non facer controis hormonais ata pasadas polo menos 8 semanas dunha modificación de doses· Fomentar que estea acompañada pola persoa da súa confianza.
- Solicitar previamente controis hormonais.
- Valorar tolerancia ao tratamento.
- Valorar sintomatoloxía.
- Valorar derivación no caso de:
 - Ausencia de melloría de parámetros do laboratorio (TSH, lípidos) tras descartar incumprimento terapéutico ou medicación concorrente que interfira.
 - Intolerancia ao tratamento.
 - Aparición de complicacións:
 - Hipertiroidismo.
 - Patoloxía cardíaca: isquemia.

SUBPROCESO 10-03: MANEXO BÁSICO DO HIPOTIROIDISMO.

Obxectivos do subproceso:

Realizar o manexo básico dun hipotiroidismo.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller diagnosticada de hipotiroidismo que non presente:

- Bocio.
- Hipotiroidismo central: T4 libre baixa con TSH non aumentada (normal ou baixa).
- Tiroidite posparto.
- Menos de 16 anos.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Informar a usuaria sobre a patoloxía e o seu manexo.

- Prescribir tratamento substitutivo:

- < 60 anos e sen enfermidade cardíaca: comezar con dose substitutiva (50-100 µg/día de L-tiroxina en mulleres e 100-150 µg/día en homes).
- > 60 anos ou enf. cardíaca coñecida ou sospeitada: comezar por 12,5-25 µg/día de L-tiroxina e aumentar a dose en 25 µg/día cada 4-6 semanas. Os anciáns precisan un 30% menos que un adulto novo do mesmo peso.

- Informar a usuaria:

- Explicar o tratamento que se lle dá.
- Tomar a tiroxina preferentemente en xaxún (sen ter comido).
- Tomar a tiroxina separada de medicación que interfira coa súa absorción (colestipol, ferro, coelstiramina, sucralfato, hidróxido de aluminio, sales de calcio).
- Excepto que se indique o contrario considérase un tratamento de por vida.
- Non suspender o tratamento durante o embarazo e contactar co seu médico de cabeceira para que a remita ao/á especialista en endocrinoloxía.

- Xestionar citas para probas e para consulta de seguimento:

- Non facer control hormonal ata pasadas 8 semanas dunha modificación da dose.
- Se se consegue unha normalización da función da tiroide: controis periódicos cada 6-12 meses.
- Valorar estudo e tratamento de anemia e dislipemia, despois da normalización da función da tiroide.
- Solicitar previamente controis hormonais.
- Valorar tolerancia ao tratamento.
- Valorar sintomatoloxía.
- Valorar derivación no caso de:
 - Ausencia de melloría de parámetros do laboratorio (TSH), tras descartar incumprimento terapéutico ou medicación concorrente que interfira.
 - Intolerancia ao tratamento.

10-03

- Aparición de complicacións:
 - Hipertiroidismo.
 - Patoloxía cardíaca: isquemia.

10-03

SUBPROCESO 10-04: MANEXO COMPLEXO DO HIPOTIROIDISMO.

Obxectivos do subproceso:

Realizar o manexo complexo dun hipotiroidismo por endocrinoloxía.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller diagnosticada de hipotiroidismo subclínico ou hipotiroidismo que presente:

- Bocio.
- Hipotiroidismo central: T4 libre baixa con TSH non aumentada (normal ou baixa).
- Embarazo.
- Tiroidite posparto.
- Menos de 16 anos.
- Falta de éxito no tratamento:
 - Ausencia de melloría de síntomas.
 - Ausencia de melloría de parámetros de laboratorio (T4 e TSH).
- Intolerancia ao tratamento básico.
- Aparición de complicacións.

10-04

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Informar a usuaria sobre a patoloxía e o seu manexo.

- Revisar anamnese en Historia Clínica.

- Solicitar probas complementarias para diagnóstico etiolóxico:

- Hipotiroidismo secundario: basais de función hipofisaria e RMN hipofisaria.
- Enfermidade nodular de tiroide: ecografía e valorar PAAF.

- Realizar o tratamento segundo patoloxía.

- Valorar derivación para seguimento en Atención Primaria con pauta de atención.

SUBPROCESO 10-05: VALORACIÓN E DIAGNÓSTICO DE POSIBLE HIPERTIROIDISMO.

Obxectivo do subproceso:

Realizar a valoración dun posible hipertiroidismo ou hipertiroidismo subclínico.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller con:

- Sintomatoloxía de hipertiroidismo: nerviosismo, palpitacións, taquiarritmia ou perda de peso, aumento de apetito, tremor, sudoración, intolerancia á calor, alteracións menstruais, intolerancia ao exercicio.
- Nos pacientes anciáns síndrome constitucional e pseudodemencia.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar anamnese (ou revisión Historia Clínica):

- Antecedentes familiares de patoloxía de tiroide e enfermidades autoinmunes.
- Antecedentes persoais de:
 - Natural de zona endémica de bocio.
 - Uso de fármacos (amiodarona, contrastes iodados, interferón, tiroxina).
 - Consumo de sal iodado.
 - Embarazo recente.
 - Dor na cara anterior de colo e síntomas pseudogripais.

- Realizar exploración física:

- Exploración xeral.
- Palpación da tiroide.
- Exploración ocular.
- Frecuencia cardíaca.

- Solicitar probas complementarias:

- Determinación de TSH (se non a ten feita), o laboratorio xerará automaticamente a determinación de T4 se resulta alterada a TSH.
- Hemograma con VSG no caso de dor en cara anterior de colo e síndrome pseudogripal.
- ECG.

- Xestionar citas para probas e para seguinte consulta.

- Informar a usuaria:

- Explicar as probas que se solicitan e que se está a diagnosticar.

- Na seguinte consulta:

- Realizar diagnóstico:
 - Hipertiroidismo subclínico:
 - Posible sintomatoloxía tiroidea.

- Bocio, exoftalmos, taquicardia sinusal.
- TSH < 0,1mU/ml.
- T4 libre e T3 libre normais.
- Hipertiroidismo:
 - Sintomatoloxía hipertiroidea.
 - Bocio (difuso ou nodular).
 - Pel húmida e quente.
 - Taquicardia ou taquiarritmia.
 - Tremor fino e hiperreflexia.
 - Debilidade muscular proximal.
 - Retracción palpebral.
 - Oftalmopatía de Graves: exoftalmos con limitación dos movementos oculares, edema palpebral, inflamación conxuntival e periorbitaria.
 - TSH <0,1mu/ml, T4 libre e/ou T3 libre ↑.
 - Se VSG elevada: tiroidite subaguda.
- Conduta que hai que seguir:
 - No caso de hipertiroidismo subclínico aplicar o subproceso 10-06 (Manexo hipertiroidismo subclínico) agás no caso de que se presenten as seguintes circunstancias, que deberá aplicarse o subproceso 10-08 (Manexo complexo do hipertiroidismo):
 - Bocio.
 - Sospeita de tiroidite subaguda.
 - Xestación.
 - Sospeita de tiroidite posparto.
 - Tratamentos con amiodarona ou interferón.
 - Ancián con patoloxía cardíaca.
 - No caso de hipertiroidismo aplicar o subproceso 10-07 (manexo básico de hipertiroidismo) e 10-08 (manexo complexo de hipertiroidismo) agás no caso de que o hipertiroidismo sexa iatroxénico por tiroxina.

SUBPROCESO 10-06: MANEXO BÁSICO DO HIPERTIROIDISMO SUBCLÍNICO SEN CIRCUNSTANCIAS ESPECIAIS.

Obxectivos do subproceso:

Realizar as actuacións de manexo no caso dun hipertiroidismo subclínico sen circunstancias especiais.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller que foi diagnosticada de hipertiroidismo subclínico e que non presente:

- Bocio.
- Sospeita de tiroidite subaguda.
- Xestación.
- Sospeita de tiroidite posparto.
- Tratamentos con amiodarona ou interferón.
- Ancián con patoloxía cardíaca.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Informar a usuaria sobre a patoloxía e o seu manexo.

- Prescribir tratamento:

- En caso de hipertiroidismo subclínico por tiroxina: reducir a dose e repetir a analítica en 8 semanas, EXCEPTO en pacientes con cancro de tiroide.

- Xestionar citas para probas e para consulta de seguimento cada 6-12 meses:

- Evitar o consumo de compostos iodados, incluído o sal iodado.
- Aplicar subproceso 10-07 (Manexo básico de hipertiroidismo) no caso de:
 - Aparición de hipertiroidismo franco.
 - Persistencia do hipertiroidismo subclínico polo menos 6 meses despois do diagnóstico.
- No caso de normalización da función de tiroide, control periódico de función tiroidea de por vida.

SUBPROCESO 10-07: MANEXO BÁSICO DO HIPERTIROIDISMO.

Obxectivo do subproceso:

Realizar o manexo básico dun hipertiroidismo ata valoración por endocrinoloxía.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller diagnosticada de hipertiroidismo.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Informar a usuaria sobre a patoloxía e o seu manexo.

- Prescribir tratamento sintomático ata consulta por endócrino: se non está contraindicado:

- B-Bloqueantes:
 - Propanolol 10-40 mg/8 hora.
 - Atenolol 25-50mg/24 horas.

- Prescribir tratamento da dor nas tiroidites subagudas:

- Aspirina ata 2,5 gr. repartidas en 3 ou 4 tomas.
- Se dor severa ou non responde a pauta previa en 2-3 días, pautar corticoides: prednisona ata 40 mg/día.

- Se hipertiroidismo iatroxénico: reducir doses de tiroxina e repetir analítica en 8 semanas.

10-07

SUBPROCESO 10-08: MANEXO COMPLEXO DO HIPERTIROIDISMO.

Obxectivo do subproceso:

Realizar o manexo complexo dun hipertiroidismo.

Motivo de aplicación deste subproceso:

- Todos os tipos de hipertiroidismo, excepto os hipertiroidismos iatroxénicos por tiroxina.
- En caso de oftalmopatía derivar a oftalmoloxía.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar diagnóstico etiolóxico: estudo de autoinmunidade de tiroide, ganmagrafía tiroidea etc.
- Realizar diagnóstico morfolóxico: se enfermidade nodular de tiroide valorar ECO e PAAF (A PAAF unha vez que a paciente estea eutiroidea).
- Prescribir tratamento correspondente segundo o diagnóstico.
- Realizar control dos posibles efectos secundarios do tratamento en atención primaria: reaccións cutáneas, agranulocitoses, hepatite, febre, artralxias.
- Valorar derivación para seguimento en Atención Primaria en caso de remisión ou curación: control anual da función de tiroide de por vida.

10-08

8.- SISTEMA DE AVALIACIÓN E MELLORA DO PROCESO ASISTENCIAL

O/a responsable do proceso na comunidade autónoma deberá presentar anualmente un informe cos seguintes indicadores e unha proposta de melloras.

- Indicadores de resultados:
 - % de complicacións previbles nas mulleres con sintomatoloxía tiroidea.
 - Calidade de vida das mulleres con patoloxía tiroidea tratada.
- Indicadores de accesibilidade:
 - Tempo de acceso ás consultas de endocrinoloxía para aplicar subprocesos 10-04 e 10-08.
- Indicadores de calidade:
 - % de mulleres diagnosticadas de hipotiroidismo ás que se realiza TSH con periodicidade anual.
 - % de mulleres diagnosticadas de trastornos de tiroide que teñen pautado o tratamento segundo esta guía.
 - % de derivación correcta a consulta de endocrinoloxía segundo os criterios establecidos nesta guía.
 - % de mulleres diagnosticadas de hipertiroidismo (Graves Basedow): que presentan complicacións de oftalmopatía.
- Indicadores de produción / rendemento:
 - Número de derivacións a especialista.

Deseñaranse medicións do grao de satisfacción da atención prestada (calidade asistencial, información recibida, apoio emocional etc.).

9.- BIBLIOGRAFÍA

- AACE Clinical Practice Guidelines. Evaluation and treatment of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Endocr. Pract.* 2002; 8: 457-469.
- Abalovich M, Amino N, Barbour LA, Cobin RH, De Groot LJ, Glinoe D et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin. Endocrinol. Metab.* 2007; 92 (8 Suppl): S1-47.
- Boix P. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades tiroideas. *Aten Primaria.* 2000; 1:123-5.
- Cooper DS. Hyperthyroidism. *Lancet* 2003; 9: 459-468.
- De Santiago M. Hipotiroidismo. *Medicine.* 2004; 9:846-55.
- Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia “Guía de prevención dos trastornos causados polo déficit de iodo na Comunidade Autónoma de Galicia”. Santiago de Compostela. 2007.
- Forga L., Astorga R., Albero R., Barceló B., Gatzambide S., Jociles J., Marín M. et al. Criterios de derivación desde Atención Primaria a Atención Especializada de pacientes adultos con enfermedad tiroidea. *Endocrinología y Nutrición* 2005; 52: 32.
- Fuertes C., Loayssa J.R., et al. Derivación a endocrinología por patología tiroidea. Calidad y justificación. *Aten. Primaria.* 2001; 7:489-96.
- García González B., Casado Vicente V. Hipertiroidismo. *AMF* 2007; 3(5):267-275.
- Lucas Martín A.M. Hipotiroidismo subclínico: tratar o no tratar. *Méd. Clin. (Barc).* 2004; 122: 182-3.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la prevención de defectos congénitos. Madrid: MSC ; 2006.
- Ochoa Prieto J., Areso Nieva N., Olloqui Mundet J. Orientación inicial del paciente con sospecha de patología tiroidea. *FMC.*1996; 3:17-31.
- Ochoa Prieto J., Godía López S., Olloqui Mundet J., Fernández Suárez F. Protocolos 3/2004. Patología tiroidea del adulto. *FMC.* 2004; 11 (supl 4):1-33.
- Ochoa Prieto J., González Gutiérrez P. J., Olloqui Mundet J. Hipotiroidismo del adulto. *AMF* 2005; 1(1):7-20.
- Olloqui Mundet J., Ochoa Prieto J., De Castro Pelegrín J. Tratamiento de las alteraciones de la función tiroidea en Atención Primaria (I): hipotiroidismo. *FMC* 1996; 3:325-30.
- Olloqui J., Ochoa J. Medicina de Familia en el seguimiento del hipotiroidismo. *Aten. Primaria* 2002; 29:36-8.
- Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE. Thyroiditis. *N Engl J Med.* 2003; 348: 2646-55.
- Real J.T., Ascaso J.F. Hipertiroidismo en el anciano. *Méd. Clin (Barc.)* 2002; 118(20):784-7.
- Rehman HU, Bajwa TA. “Newly diagnosed hypothyroidism”. *Br Med J.* 2004; 27: 329:1271-2.
- Surks MI, Ortiz E, Daniel GH. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. *JAMA* 2004; 291: 228-38.
- Surks MI, Sievert R. Drugs and thyroid function. *N Engl J Med.* 1995; 25: 1688-963.
- Villar HC, Saconato H, Valente O et al. Thyroid hormone replacement for subclinical hypothyroidism. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18; (3):CD003419.

10.- ANEXO 1: INFORMACIÓN Á USUARIA

- Recomendacións á poboación en xeral:

- Recomendación xeral do SERGAS de que se consuma sal iodado, EXCEPTO nos pacientes con hipertiroidismo clínico ou subclínico, nos que está contraindicado.
- Suplementos de ioduro potásico en mulleres que desexen xestación. Iniciar preferentemente antes de xestación e manter ata o final da lactación.

- Mulleres en idade fértil:

- Se planea embarazo ou está embarazada e ten ou tivo calquera tipo de enfermidade de tiroide, contacte precozmente co seu médico de cabeceira.
- Recoméndase solicitar TSH precozmente no caso de:
 - Antecedentes persoais de hipotiroidismo, hipertiroidismo, tiroidite posparto ou cirurxía de tiroide.
 - Bocio.
 - Anticorpos antitiroideos positivos (xa coñecidos).
 - Signos ou síntomas de disfunción de tiroide.
 - Diabetes tipo 1.
 - Enfermidades autoinmunes.
 - Antecedentes de radioterapia cervical.
 - Antecedentes familiares de patoloxía de tiroide.

- Se se lle pauta tratamento con tiroxina (levothroid, dexnon ou eutirox):

- Tomar a tiroxina preferentemente en xaxún (sen ter comido).
- Tomar a tiroxina separada de medicación que interfira coa súa absorción (colestipol, ferro, colestiramina, sucralfato, hidróxido de aluminio).
- Excepto que se lle indique o contrario, é un tratamento “de por vida”.
- Se hai xestación continuar tomando o tratamento e contactar inmediatamente co seu médico de familia.

- Se lle diagnosticaron un hipertiroidismo (subclínico ou clínico):

- Evite o consumo de compostos iodados, incluído o sal iodado.
- Controle de forma periódica, de por vida, a súa función de tiroide.

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

