



# Evaluación de protocolo de actuación de hipotiroidismo subclínico en Atención Primaria

25 de Abril de 2019

CS TEIS

MIR-4 MFyC Eloy Pérez Álvarez

MIR-3 MFyC Blanca Montero Rodríguez

MIR-2 MFyC Jorge Nogueira Cobas



# JUSTIFICACIÓN

- Hipotiroidismo Subclínico
- Tiene alta prevalencia: 4-9%
- Más frecuente en ancianos y mujeres
- Puede evolucionar en un hipotiroidismo franco
- Asintomáticos
- Hallazgo casual analítico. T4 normal y TSH 4-10 (NHANES III)
- Situaciones especiales: menores 16 años, embarazadas, tercera edad



# OBJETIVOS

- Objetivo Principal

Cuantificar la adecuación del manejo de HS en un centro de salud del área de Vigo

- Objetivos Secundarios

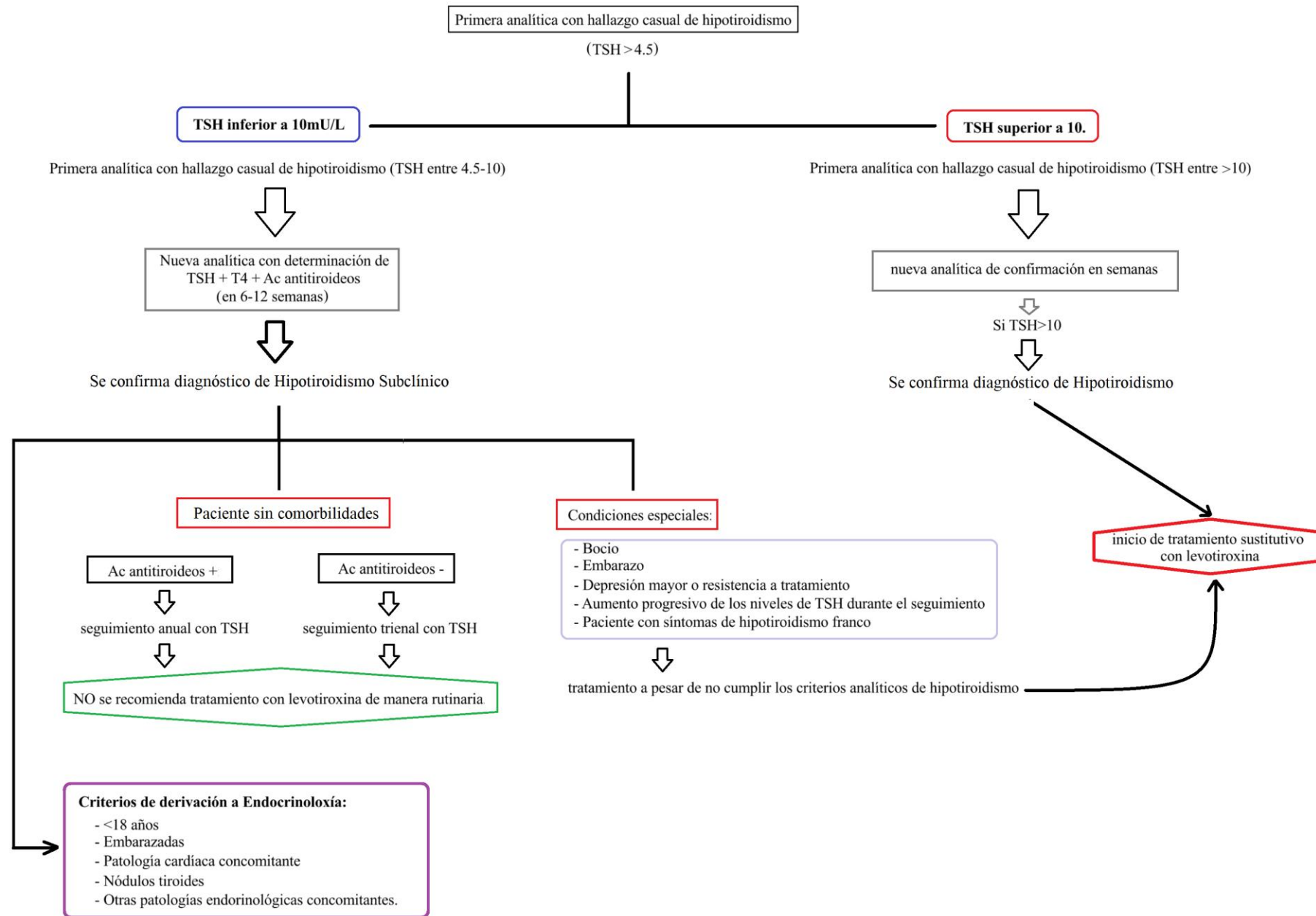
Cuantificar la adecuación del diagnóstico

Cuantificar la adecuación del seguimiento

Cuantificar la adecuación del tratamiento



### Guía para el manejo del hipotiroidismo subclínico



# MATERIAL Y MÉTODO

- Diseño: estudio retrospectivo transversal por auditoria de historias clínicas
- Ámbito: Atención Primaria de Vigo
- Participantes – Centro de Salud de Teis. Tamaño muestral: 379 pacientes.
- Variables

<b>Sexo: hombre/mujer</b> <b>Edad (años)</b> <b>TSH: ng/dl</b> <b>T4: ng/dl</b> <b>Fecha control analítico</b>	<b>Segunda analítica a las 6-12 semanas para realizar confirmación diagnóstica (SI/NO)</b> <b>Cumplimiento de criterios de seguimiento</b> <b>Anticuerpos Antitiroideos (positivos/negativos)</b> <b>Tratamiento activo (SI/NO)</b> <b>Indicación de tratamiento (SI/NO)</b>
--	--

# MATERIAL Y MÉTODO

- Análisis estadístico:

Estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio con cálculo de intervalo de confianza al 95% para las variables categóricas y descripción de las cuantitativas con mediana/rango intercuartílico.

- Aspectos éticos:

Aprobado por CEIC con fecha 18/09/2018

Código CEIC: 2018/418



# RESULTADOS

Cualitativas

	Total			
	N	Mediana	P25	P75
Edad	164	63	47	75
T4	164	1,11	1,03	1,21
TSH	164	5,58	4,88	6,64
Fecha TSH	164	0	0	0
Dif fecha	164	0,83	0,32	1,38

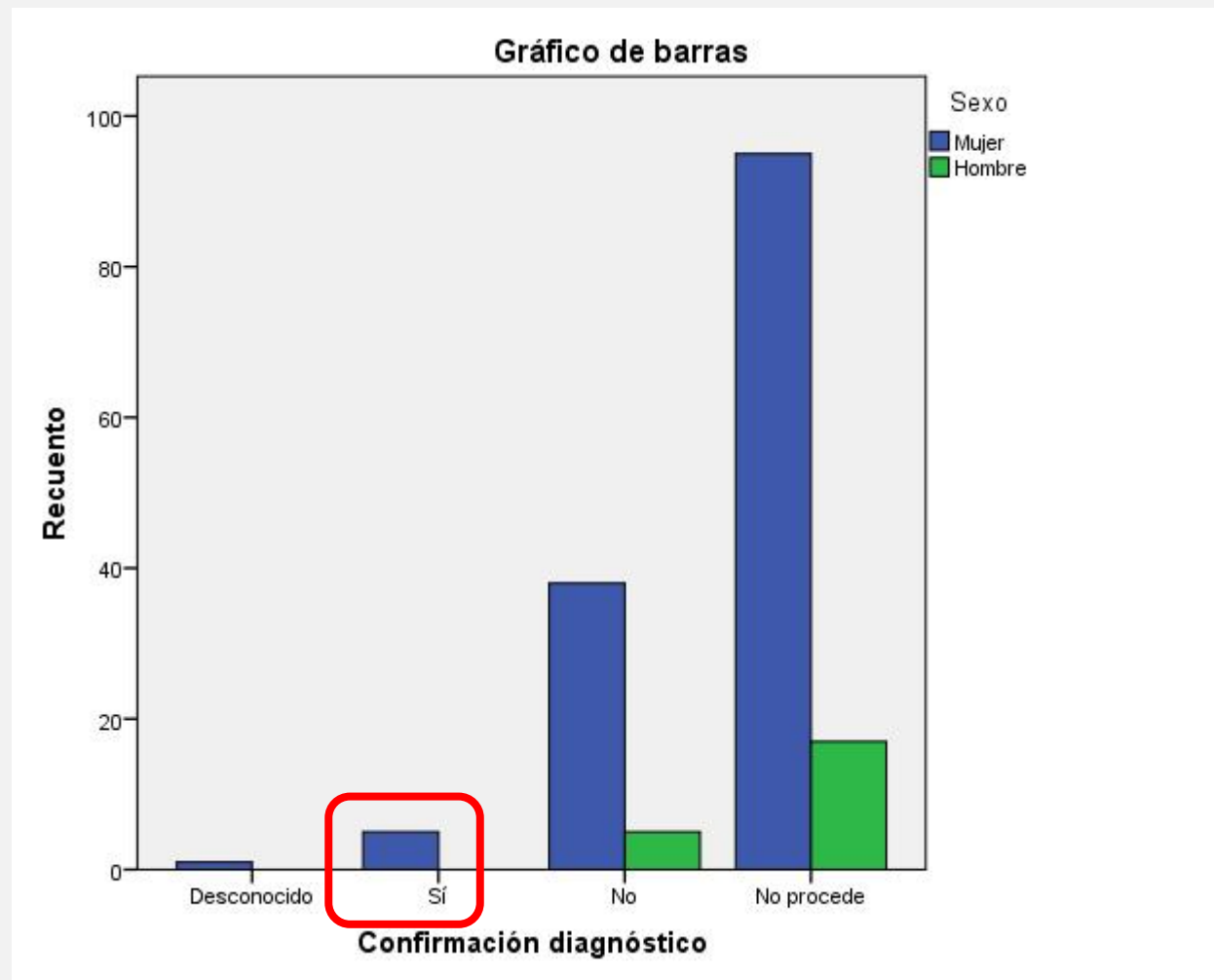
Cuantitativas

		N	%	IC95%
Confirmación diagnóstico	Desconocido	1	0,62%	0,01-2,97
	Sí	5	3,11%	1,14-7,26
	No	43	26,71%	20,45-34,05
	No procede	112	69,57%	62,06-76,16
Cumple criterio	Desconocido	52	33,99%	26,95-41,81
	Bien	19	12,42%	8,02-18,66
	Mal	82	53,59%	45,70-61,31
Evolución	Se mantiene	115	70,12%	62,71-76,62
	Normaliza	17	10,37%	6,49-16,06
	Hipotiroidismo franco	12	7,32%	4,12-12,47
	Se deriva	0	0,00%	0
	Pérdida	4	2,44%	0,74-6,32
	Ausencia nuevos controles	16	9,76%	6,01-15,35
Tto. activo	No	143	88,82%	82,94-92,89
	Sí	18	11,18%	7,11-17,06
Indicación tto.	No	153	93,29%	88,27-96,33
	Sí	11	6,71%	3,67-11,73

# RESULTADOS

## CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

3,11% analítica confirmación  
(IC95% 8,02-18,66)



Confirmación diagnóstico  
Recuento: 5

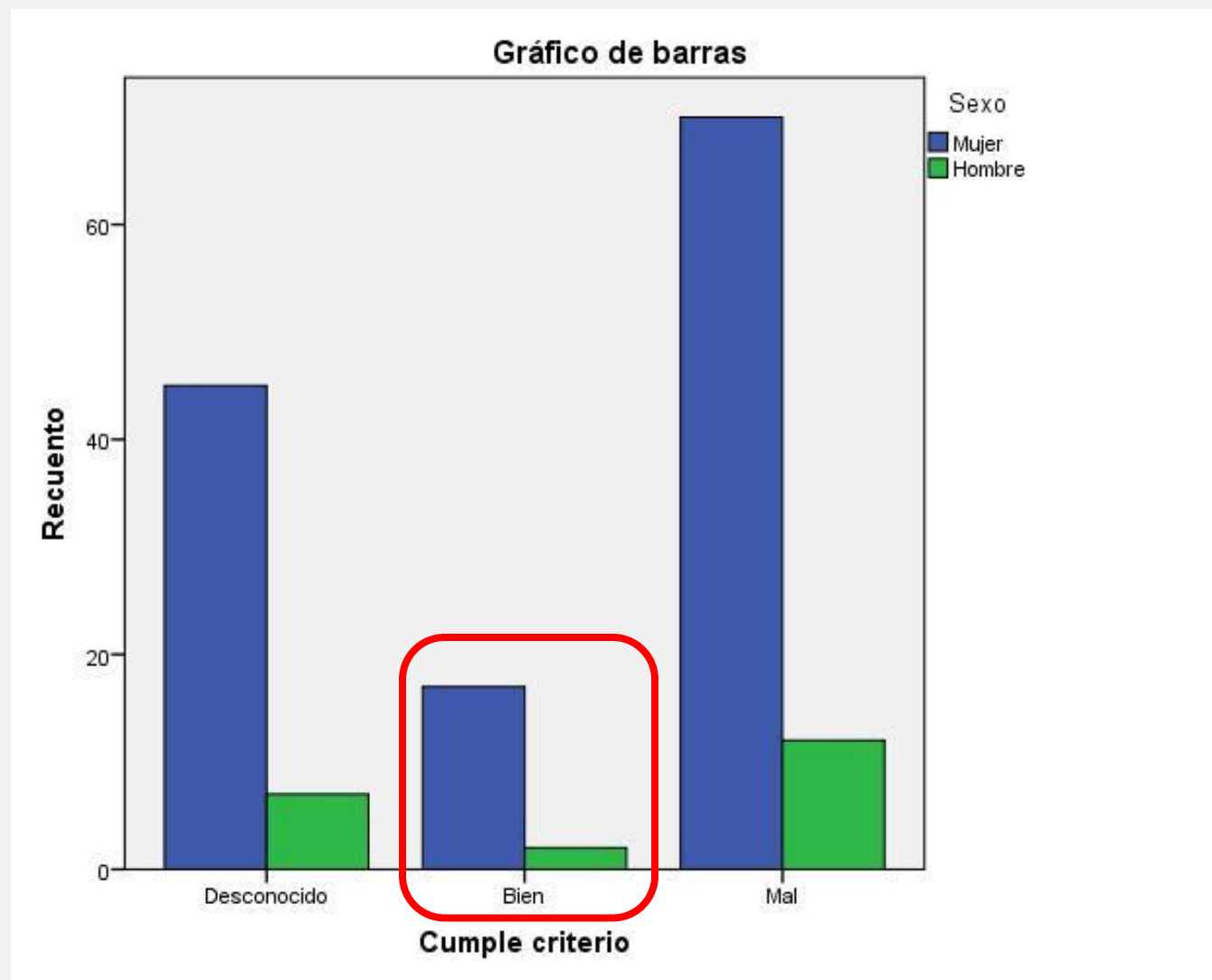


# RESULTADOS

## CUMPLIMIENTO DE CRITERIO DE CONTROL ANALÍTICO

12,42% bien solicitadas (IC95% 8,02-18,66)

53,59% mal solicitadas (IC95% 45,70-61,31)



# RESULTADOS

## EVOLUCIÓN DEL HIPOTIRODISMO SUBCLÍNICO

Se mantiene 70,12% (IC95% 62,71-76,62)

Se normaliza 10,37% (IC95% 6,49-16,06)

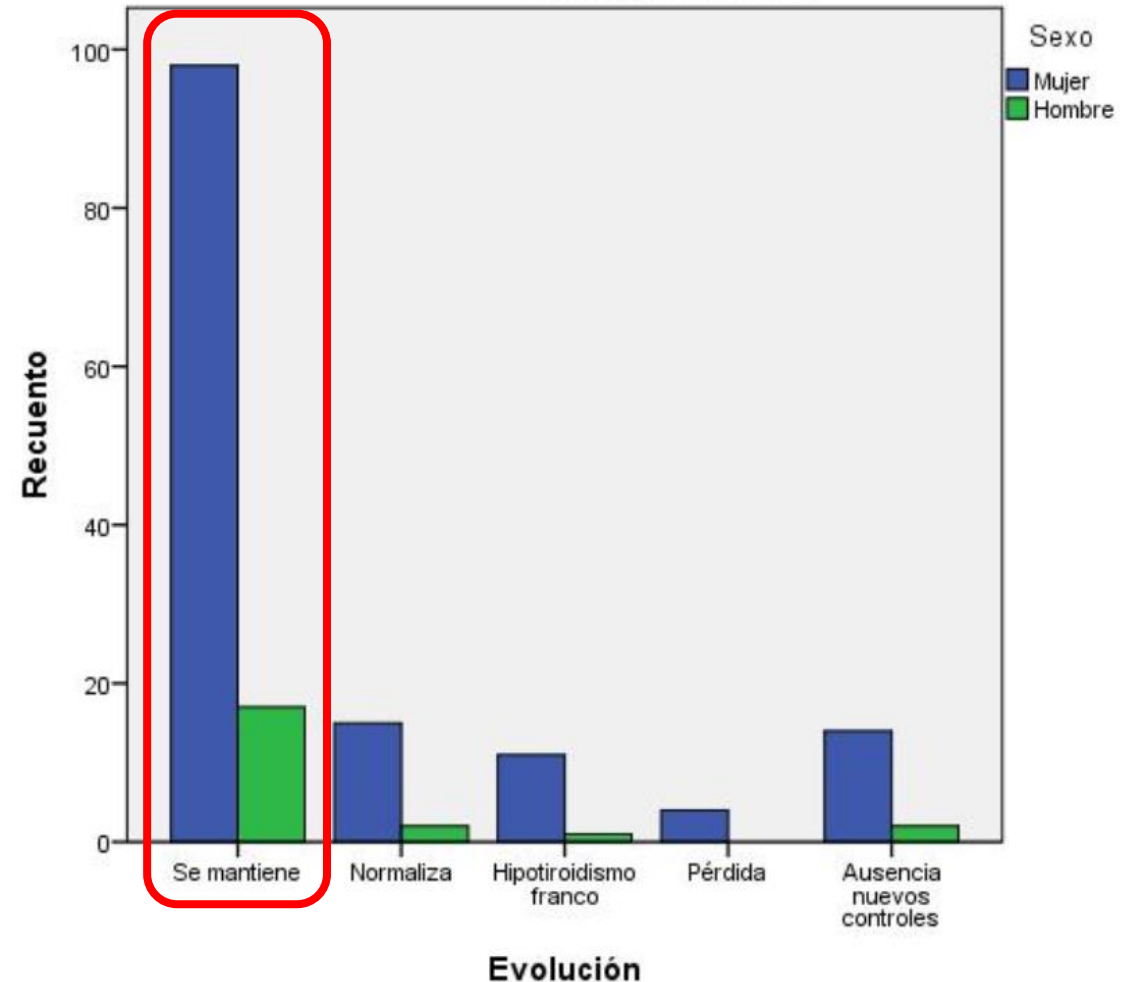
Hipotiroidismo franco 7,32% (IC95% 4,12-12,47)

Pérdidas 2,44% (IC95% 0,74-6,32)

Ausencia nuevos controles 9,76% (IC95% 6,01-15,35)

### Evolución \* Sexo

Gráfico de barras



# RESULTADOS

## TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO

Sin tratamiento 88,82% (IC95% 82,94-92,89)

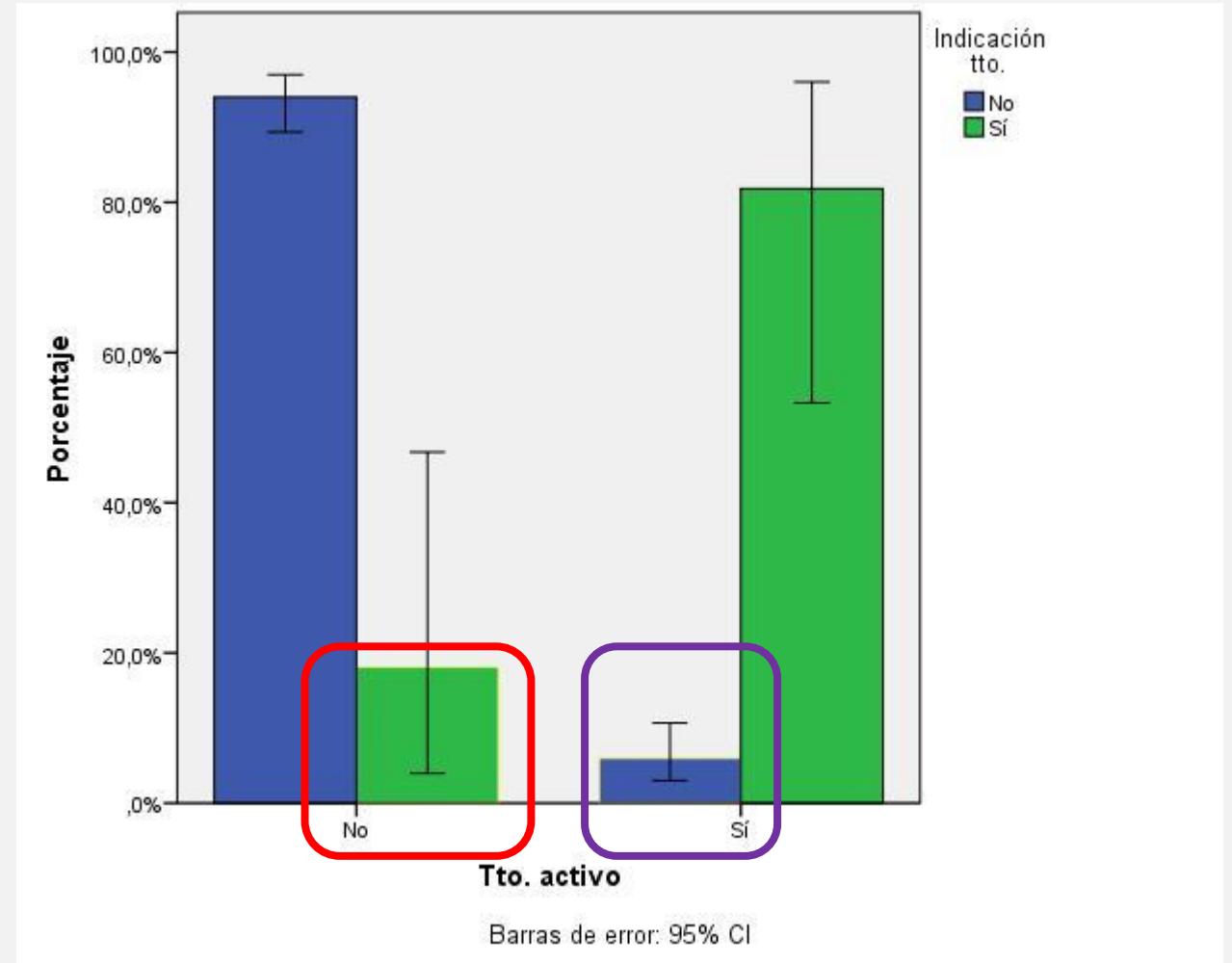
Con tratamiento 11,18% (IC95% 7,11-17,06)

No indicado tratamiento 93,29% (IC95% 88,27-96,33)

Indicado tratamiento 6,71% (IC95% 3,67-11,73)

**INDICACIÓN DE TRATAMIENTO, NO TRATADOS**

**NO INDICACIÓN DE TRATAMIENTO, PERO TRATADOS**



# LIMITACIONES

- A. Complejo acceso a la base de datos de laboratorio.
- B. No existe episodio CIAP en IANUS de Hipotiroidismo Subclínico.
- C. Hemos estudiado analítica de AP, descartadas analíticas de Especializada.
- D. Escasa evidencia en la literatura, pocos estudios comparables.



# CONCLUSIONES

## Consecuencias Clínicas:

- Diagnóstico y seguimiento **INADECUADOS**.
- Seguimiento de varias enfermedades, **EXCESO DE CONTROLES**.
- **ERRORES EN EL SEGUIMIENTO** por parte del paciente, olvidos, no deseo de realizar analíticas,...
- Escasa repercusión sobre el paciente de los errores cometidos.

## Consecuencias Organizativas:

- Unificación de controles analíticas entre AP y ESPECIALIZADA.
- Dificultades con el Xestor de Peticions



# OPORTUNIDADES DE MEJORA

## Consecuencias Clínicas:

- **CONOCIMIENTO** del protocolo de Hipotiroidismo subclínico y otras patologías tiroideas.
- **OPTIMIZACIÓN** del seguimiento.
- **EMPODERAR** al paciente, corresponsabilizarlo.
- **TOMAR CONCIENCIA** de los riesgos de un mal control de su patología.

## Consecuencias Organizativas:

- **COORDINACIÓN** entre AP y especializada hospitalaria.
- Capacidad de **MEJORA** en el Xestor de Peticions



# AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Ana Clavería el apoyo, asesoramiento y comprensión en la realización de esta investigación.

Profundo agradecimiento a nuestros compañeros de laboratorio, a los que esperamos haber aportado con este estudio.

Agradecemos a nuestro tutor, José Luis López Vilar, por la colaboración durante estos meses de trabajo.



# BIBLIOGRAFÍA

1. Surks MI, Ortiz E, Daniels GH et al. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. *JAMA*. 2004; 291 (2): 228-238
2. Diez JJ et al. Hipotiroidismo subclínico. *Endocrinol Nutr* 2005; 52(5): 251-9
3. Ochoa Prieto J, Godia López S, Olloqui Mundet J et al. Patología tiroidea del adulto. *Formación Médica Continuada*. 2004; 11 (Suppl. 4): 9-33
4. Hollowell, J. G., Staehling, N. W., Flanders, W. D., Hannon, W. H., Gunter, E. W., Spencer, C. A., & Braverman, L. E. (2002). Serum TSH, T4, and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(2), 489-499.
5. Gussekloo, J., van Exel, E., de Craen, A. J., Meinders, A. E., Frölich, M., & Westendorp, R. G. (2004). Thyroid status, disability and cognitive function, and survival in old age. *Jama*, 292(21), 2591-2599.
6. Roberts, L. M., Pattison, H., Roalfe, A., Franklyn, J., Wilson, S., Hobbs, F. R., & Parle, J. V. (2006). Is subclinical thyroid dysfunction in the elderly associated with depression or cognitive dysfunction?. *Annals of internal medicine*, 145(8), 573-581
7. Rivolta, G., Cerutti, R., Colombo, R., Miano, G., Dionisio, P., & Grossi, E. (1999). Prevalence of subclinical hypothyroidism in a population living in the Milan metropolitan area. *Journal of endocrinological investigation*, 22(9), 693-697
8. Mariscal Hidalgo AI, Lozano Alonso J et al. Hipotiroidismo subclínico en una muestra oportunistica de la población de Castilla y León. *Gac. Sanit.* 2015; 29 (2): 105-111
9. Tunbridge, W. M. G., Evered, D. C., Hall, R., Appleton, D., Brewis, M., Clark, F., ... & Smith, P. A. (1977). The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickham survey. *Clinical endocrinology*, 7(6), 481-493.
10. Canaris, G. J., Manowitz, N. R., Mayor, G., & Ridgway, E. C. (2000). The Colorado thyroid disease prevalence study. *Archives of internal medicine*, 160(4), 526-534
11. Sawin, C. T., Chopra, D., Azizi, F., Mannix, J. E., & Bacharach, P. (1979). The aging thyroid: increased prevalence of elevated serum thyrotropin levels in the elderly. *Jama*, 242(3), 247-250



GRACIAS POR LA ATENCIÓN



# PREGUNTAS



GRACIAS, DE NUEVO, POR LA ATENCIÓN

