

PATOLOGIA TIROIDEA EN CONTINGENCIA COMUN

Julene Monasterio Asteinza

Médico asistencial en Mutua Asepeyo en Vitoria

Araceli Benavides Alonso

Médico asistencial en Mutua Asepeyo en Llodio

LLODIO: Plaza Alberto Acero, 6. C.P. 01400. Tel: 946 72 09 66.

MASTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA EVALUADORA - Edición 2006-2007

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer la situación actual de la patología tiroidea en el ámbito de la Contingencia Común, los días de incapacidad temporal que genera y su comparación con los estándares establecidos en el Manual de Gestión de la Incapacidad Temporal.

DISEÑO: Estudio descriptivo transversal.

MATERIAL Y METODOS: *Ambito de estudio:* departamento de Contingencias Comunes de la Mutua Asepeyo, en el ámbito nacional, en el año 2006. *Método:* revisión de 380 historias clínico-laborales introducidas en Chaman, obtenidas mediante el sistema "q-info", que cursan con incapacidad temporal por contingencia común durante el año 2006 y, en las que figura alguno de los diagnósticos (según CIE-9) relacionados con la patología tiroidea. *Variables:* demográficas: edad y sexo; clínicas: grupo de diagnóstico (CIE-9), duración de la IT, recaídas y motivo de Incapacidad Permanente; otras: profesión y nº de visitas registradas en el departamento de CC de Asepeyo.

RESULTADOS: *Edad y sexo:* historias analizadas: 380, 302 mujeres(79%) y 78 hombres(21%). <25a:14 casos(4%), 26-35a:91casos(24%), 36-45a:122casos(32%), 46-55a:108casos(28%), >56a:45casos(12%).

Patología tiroidea e IT: bocio no tóxico: 108 días de media de IT(24% de los casos estudiados); bocio tóxico: 117 d.m.IT (6%); enfermedad de Graves: 240 d.m.IT (6%); hipotiroidismo: 162 d.m.IT (15%); Neoplasia de tiroides: 122 d.m.IT (24%); tiroiditis: 104 d.m.IT (3%); tirotoxicosis: 178 d.m.IT (20%); otros: 90 d.m.IT (2%). *Recaídas:* Si:18%, No:82%. *Incapacidad*

Permanente: SI:2%. NO:95%. Pendiente o desconocido:3%. *Profesión:* sector servicios:54%; sector industrial: 7%; sector agrícola: 1%; oficinas/comercial:18%; otros:21%. *Contingencia Común:* Primera visita: 87%. Visita sucesiva: 0:45%. De 1 a 5:44%. >de 5: 11%.

CONCLUSIONES: ♦ Los resultados obtenidos con relación a la edad y sexo de los sujetos estudiados son similares a la población general, siendo más frecuente en mujeres en la edad media de la vida. ♦ La tirotoxicosis-hipertiroidismo, por la dificultad de controlar sus síntomas, suponen las IT más prolongadas.

♦ La duración de IT media de la patología tiroidea global, así como, la media por grupo diagnóstico es muy superior a los estándares mencionados en el Manual de Gestión de la Incapacidad Temporal que determina una duración de 30 días. ♦ La patología tiroidea por si sola no es causante de Incapacidades Permanentes.

DISCUSIÓN: La patología tiroidea es un motivo de consulta frecuente, pero muchos de los casos no requieren de periodo de IT. Sin embargo, los que son motivo de IT se prolongan en el tiempo en un % elevado. En nuestro estudio, la duración de las incapacidades temporales supera con creces los estándares indicados en el Manual de Gestión, siendo más manifiesto en los casos que no precisaban procedimiento quirúrgico alguno, solamente tratamiento conservador. El promedio supera los 4 meses. Llama la atención que, en muchas ocasiones, cuando se realizaba el tratamiento quirúrgico la situación de IT era más breve.

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN:	3
Valoración del paciente con patología de tiroides	
Exploración del tiroides	
Determinaciones de laboratorio	
Epidemiología	
Enfermedades del tiroides	
Hipotiroidismo	
Tirotoxicosis	
Neoplasias de tiroides	
2.- OBJETIVO	16
3.- DISEÑO	16
4.- MATERIAL Y METODOS	16
5.- RESULTADOS	17
6.- CONCLUSIONES	25
7.- DISCUSIÓN	26

INTRODUCCIÓN

El tiroides es una glándula endocrina situada en la parte frontal del cuello a la altura de las vértebras C5 y T1, justo debajo de la nuez y junto al cartílago tiroides y sobre la traquea. Pesa entre 15 y 30 gramos en el adulto, y esta formada por dos lóbulos en forma de mariposa a ambos lados de la traquea unidos por el istmo.

Las alteraciones anatómicas y funcionales de la glándula tiroidea tienen una elevada prevalencia en todas las edades y especialmente en el **sexo femenino**.

Estas alteraciones son muy variadas, generalmente, de instauración lenta e insidiosa por lo que en muchas ocasiones el diagnóstico es casual y a veces tardío.

La coexistencia de otras patologías asociadas y sus respectivos tratamientos enmascaran los síntomas de enfermedad tiroidea y alteran la interpretación de las pruebas biológicas.

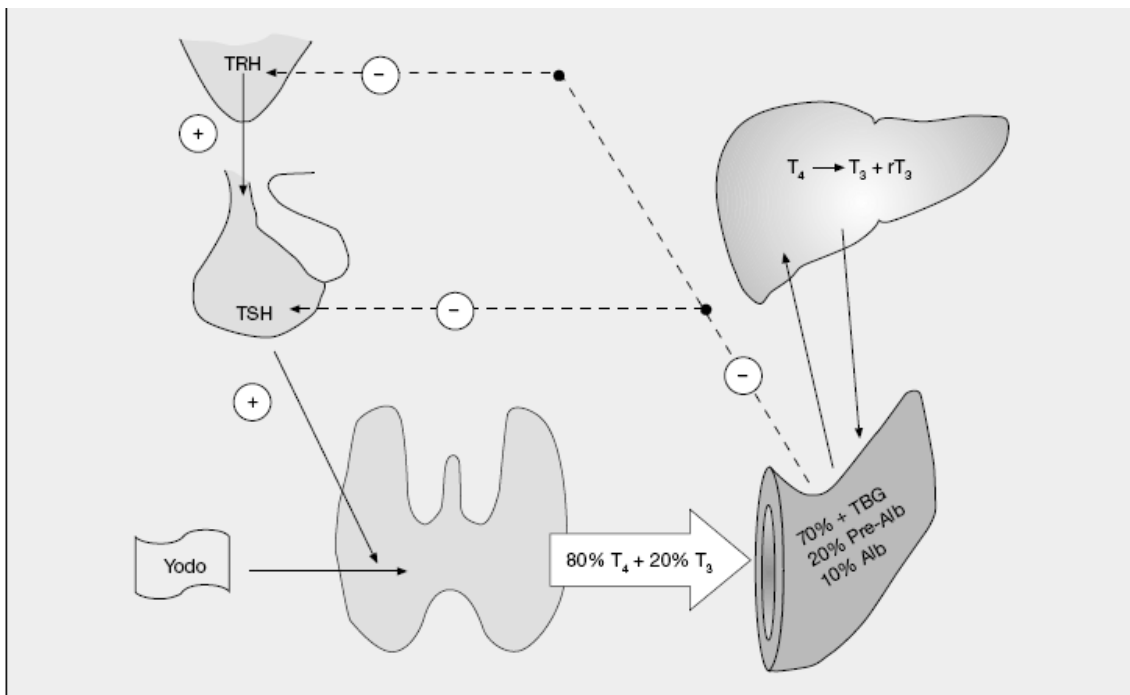
El tiroides se encarga de producir las hormonas tiroideas: T3 (triyodotironina) y T4 (Tiroxina).

El estímulo para la secreción de hormona tiroidea proviene de la TSH (Hormona estimulante del tiroides) hipofisaria, que a su vez viene regulada por la TRH hipotalámica (hormona liberadora de tirotrópina).

Las cantidades de T3 y T4 circulantes van a ejercer inhibición tanto de la secreción de TSH como su estimulación por la TRH a través de un mecanismo de feed-back negativo.

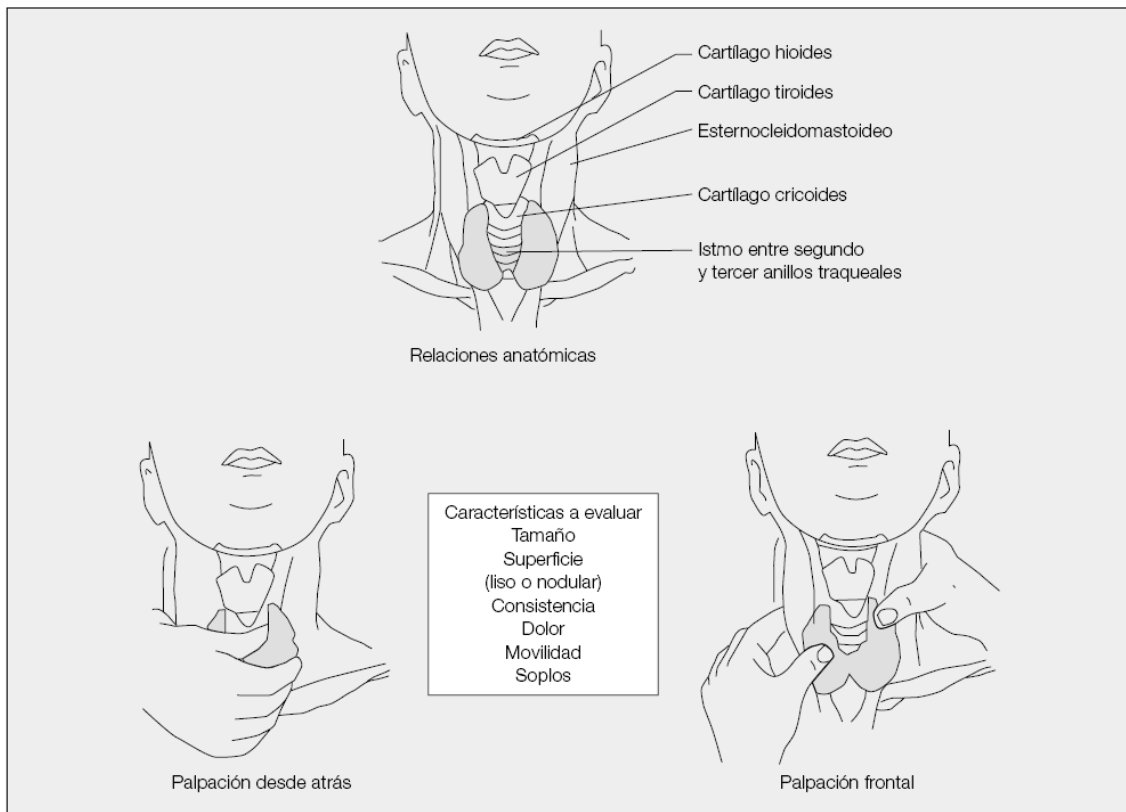
La T3 es producida en un 20-25% en la glándula tiroidea, el resto proviene de la desiodación de la T4 en los tejidos periféricos.

En sangre las hormonas tiroideas se encuentran ligadas a proteínas transportadoras, siendo la TGB (globulina transportadora de Tiroxina) la más importante.



Regulación de la función tiroidea. Tomada del Martín Zurro, Cano Pérez. Atención Primaria 5ª edición

El estudio de la función tiroidea vendrá determinado por una anamnesis y exploración física previas adecuadas que nos van a orientar en la sospecha diagnóstica y en el tipo de estudios funcionales a realizar.



Relaciones anatómicas del tiroides. Formas de palpación y características a definir.
Tomada del Martín Zurro, Cano Pérez. Atención Primaria 5º edición

La palpación tiroidea es una exploración diagnóstica de varias entidades y constituye la técnica de cribado del cáncer de tiroides

¿Qué determinaciones son útiles?

TSH: Es el test inicial y la determinación más útil para el diagnóstico de alteraciones funcionales tiroideas. La medida de la TSH con las nuevas técnicas hace de ella la prueba con mayor sensibilidad y especificidad. Los valores normales de referencia son: 0,15-6 MU/l con variaciones dependientes del laboratorio.

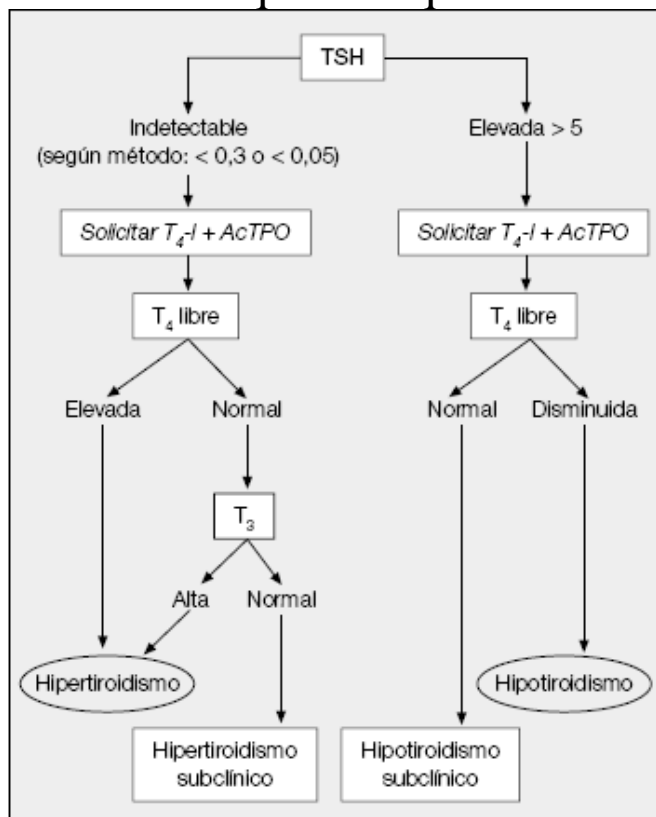
Esta aseveración puede no ser aplicable a pacientes con enfermedad sistémica aguda y severa, en niños y en casos de enfermedad de origen hipofisario.

T4 libre: Puede ser el mejor test inicial ante la sospecha franca de hipertiroidismo. Está menos influida que la T4 total por las proteínas transportadoras y sus variaciones.

T3: útil en determinadas entidades poco usuales.

Anticuerpos antitiroideos: Son útiles para el estudio de las tiroiditis autoinmunes, de Hashimoto y en la evolución de la enfermedad de Graves-Basedow. Deben hacerse sistemáticamente en los casos de hipotiroidismo.

La analítica inicial para descartar disfunción tiroidea debe incluir únicamente la determinación de TSH. Con ese dato, unido a la clínica lograremos etiquetar a la mayoría de nuestros pacientes y ampliar los estudios solo en los casos que lo requieran.



Aproximación diagnóstica a la disfunción tiroidea. Tomada del Martín Zurro, Cano Pérez. Atención Primaria 5º edición

Para el diagnóstico de disfunción tiroidea basta con la determinación de TSH. La T₄ libre permite valorar la severidad de la alteración y su seguimiento. La T₃ es de utilidad limitada

¿Cuándo practicar pruebas tiroideas?

Pacientes con elevado riesgo de padecer alteraciones hormonales en los que está indicado hacer pruebas tiroideas:

1. Sospecha clínica de disfunción tiroidea.
2. Bocio
3. Hipercolesterolemia (> 300 mgr/dl)
4. Anemia refractaria
5. Taquiarritmia refractaria
6. Uso de fármacos: Amiodarona, Litio

PUNTOS CLAVE

- Las alteraciones del tiroides tienen una elevada prevalencia en todas las edades y en especial en el sexo femenino. El bocio endémico afecta a un 7% de la población mundial.
- La palpación del área tiroidea es clave en el diagnóstico de la patología tiroidea y para el estudio inicial de la función tiroidea sólo se precisa la determinación de TSH.
- La prevalencia del hipertiroidismo es de 2,8% en mujeres, con una tasa de casos no conocidos del 0,6-1%. El hipotiroidismo clínico afecta al 1,4-2% de los adultos y hasta un 1,3% de los casos no están diagnosticados.
- No existen evidencias que apoyen el cribado y el tratamiento del hipotiroidismo subclínico. Se acepta por consenso tratar a las personas con TSH > 10.
- Un nódulo tiroideo se considera solitario o único, cuando la palpación minuciosa no pone de manifiesto la existencia de otros nódulos. La PAAF es el primer paso en su estudio.
- La incidencia de hiperparatiroidismo primario es 2-2,5 casos/1.000 adultos de más de 45 años y la mayoría son asintomáticos, descubriéndose por una analítica de rutina.

Tomada del Martín Zurro, Cano Pérez. Atención Primaria 5º edición

EPIDEMIOLOGIA

Los estudios epidemiológicos internacionales estiman que la prevalencia de las alteraciones de la función tiroidea en adultos es de 1 al 4%, siendo superior en mujeres y personas con síndrome de Down y aumentando con la edad.

Se estima una incidencia anual en adultos de 0,05 al 0,1% para el hipertiroidismo y del 0.08 al 0.2% para el hipotiroidismo, siendo mayor en mujeres de edad avanzada.

La prevalencia de *hipertiroidismo clínico* en el estudio de Whickham (Inglaterra) fue del 2,8% en mujeres y del 0,2% en varones, siendo la tasa de casos no conocidos del 0,6% (Vanderpump, 1995).

Estudios poblacionales cifran la prevalencia de *hipotiroidismo sintomático o clínico* en el 1,4-2% de las mujeres adultas y el 0,1-0,3% de los varones. El porcentaje de casos no conocidos va del 0,3-0,6%, pero alcanza el 1,3% en las mujeres de más de 60 años (Wang 1997).

ENFERMEDADES DEL TIROIDES

La patología de la glándula tiroides representa después de la diabetes mellitas tipo II, el motivo de consulta endocrinológica más frecuente.

Las enfermedades del tiroides pueden causar alteraciones en la secreción hormonal, aumento de tamaño de la glándula, o ambas.

HIPOTIROIDISMO

En el hipotiroidismo, el déficit de secreción de hormona tiroidea es debida a una alteración orgánica o funcional de la misma glándula tiroidea (hipotiroidismo primario) o a enfermedades de la hipófisis o del hipotálamo (hipotiroidismo secundario) por un déficit de estimulación de la hormona estimulante del tiroides o TSH.

TABLA 55.9. Clasificación de las causas de hipotiroidismo

1. *Hipotiroidismo primario*
 - Sin bocio*
 - Hipotiroidismo poscirugía o ¹³¹I
 - Radioterapia del cuello
 - Idiopático
 - Aplasia tiroidea congénita
 - Con bocio*
 - Autoinmune (tiroiditis de Hashimoto)
 - Bocio endémico
 - Exceso de yodo
 - Inducido por fármacos:
 - Frecuente: amiodarona, litio, tioureas
 - Raro: sulfamidas, fenilbutazona, hidantoínas
 - Defectos hereditarios de la síntesis hormonal
2. *Hipotiroidismo secundario (hipotálamo-hipofisario)*
 - Adenomas
 - Panhipopituitarismo (síndrome de Sheehan, idiopático)
 - Poscirugía o postirradiación
 - Granuloma eosinófilo
3. *Resistencia hística a las hormonas tiroideas*

Tomada del Martín Zurro, Cano Pérez. Atención Primaria 4º edición

Aunque en la mayoría de los casos el hipotiroidismo es una situación crónica e irreversible, existen algunas

entidades que pueden causar con una hipofunción tiroidea transitoria.

TABLA 55.12. Causas de hipotiroidismo transitorio

Yodo y otros bociógenos
 Fármacos (amiodarona, litio, tioureas, etc.)
 Tiroiditis granulomatosa (De Quervain)
 Tiroiditis posparto
 Posradioyodo
 Postiroidectomía parcial
 Enfermedad de Addison no tratada
 Hipotiroidismo neonatal transitorio
 Algunos casos de hipotiroidismo primario

Tomada del Martín Zurro, Cano Pérez. Atención Primaria 4º edición

La instauración del cuadro clínico es gradual y los síntomas iniciales son inespecíficos, estando presentes de forma variable en los pacientes.

TABLA 55.10. Signos y síntomas de hipotiroidismo

	<i>Síntomas</i>	<i>Signos</i>
<i>Generales</i>	Debilidad, letargia, fatiga Intolerancia al frío Anorexia Ganancia modesta de peso	Voz áspera o ronquera Edemas periféricos
<i>Cutáneos</i>	Piel seca Sudación disminuida Hinchazón de la cara y las piernas Caída del cabello y el vello	Pelo seco y quebradizo Piel seca y engrosada Tinte amarillento (palmas, ca Facies abotargada Edema palpebral Depilación «cola» de la ceja
<i>Neuropsiquiátricos</i>	Pérdida de memoria Somnolencia Hipoacusia Alteraciones de la personalidad	Hablar lento Bradipsiquia Depresión, agitación Psicosis Relajación tardía ROTS

<i>Neuromusculares</i>	Artralgias Parestesias Calambres musculares	Síndrome de Sjögren Neuropatía periférica Túnel carpiano Miopatía (↑CK, aldolasa)
<i>Cardiovasculares</i>	Disnea	Bradicardia HTA diastólica Derrame pleural Derrame pericárdico
<i>Gastrointestinales</i>	Estreñimiento	Macroglosia Ascitis
<i>Gonadales</i>	Impotencia Menorragia	↓ Testosterona

Tomada del Martín Zurro, Cano Pérez. Atención Primaria 4º edición

El *tratamiento* de elección es la levotiroxina. Por ser un fármaco de vida media larga (6-7 días) da lugar a unos valores estables de T4 plasmática, lo que resta importancia al olvido ocasional de una toma.

El objetivo del tratamiento es mantener la TSH dentro de los valores de la normalidad pero no suprimida (podría tener consecuencias en algunos órganos como el hueso y corazón).

Antes de iniciar el tratamiento hormonal y cuando se sospeche un hipotiroidismo secundario hay que descartar la existencia de una insuficiencia suprarrenal y, si existe, tratarla en primer lugar (para no desencadenar una crisis adrenal aguda).

TIROTOXICOSIS-HIPERTIROIDISMO

La *tirotoxicosis* engloba un conjunto de manifestaciones clínicas y biológicas debidas al exceso de hormonas tiroideas, causado por un grupo de enfermedades tiroideas y extratiroideas.

El *hipertiroidismo* es un termino que se reserva para cuando la hiperproducción es de origen tiroideo, la causa más habitual.

Podemos distinguir dos grandes grupos de tirotoxicosis en función de la presencia o no de hipertiroidismo asociado:

Trastornos asociados a hiperfunción tiroidea

- Enfermedad de Graves
- Bocio multinodular tóxico
- Adenoma tóxico
- Hipertiroidismo yodo inducido (Jodbasedow)
- Tumor trofoblástico
- Aumento de la producción de TSH

Trastornos no asociados a hiperfunción tiroidea

- Tirotoxicosis facticia
- Tiroiditis subaguda
- Tiroiditis indolora con tirotoxicosis
- Tejido tiroideo ectópico

Las *manifestaciones clínicas* varían en función de la etiología y la gravedad de la tirotoxicosis.

TABLA 55.5. Frecuencia de síntomas y signos en el hipertiroidismo

Síntomas frecuentes	(%)	Otros síntomas	(%)
Nerviosismo/intranquilidad	99	Polifagia	65
Hiperhidrosis	91	Síntomas oculares	64
Hipersensibilidad al calor	89	Caída del cabello	50
Palpitaciones	89	Edema de las piernas	35
Astenia	88	Hiperdefecación (sin diarrea)	33
Pérdida de peso	85	Diarrea	23
Polidipsia	82	Anorexia	9
Disnea	75	Constipación	4
Debilidad muscular	70	Aumento de peso	2
Signos	(%)	Otros signos	(%)
Taquicardia	98	Oftalmopatía infiltrativa	71
Bocio	96	Fibrilación auricular	10
Piel fina, caliente y roja	95	Esplenomegalia	10
Signos oculares (vegetativos)	91	Ginecomastia	10
Temblor	90	Eritema palmar	8
Soplo tiroideo	77		

Tomada del Martín Zurro, Cano Pérez. Atención Primaria 4º edición

El *tratamiento* de la tirotoxicosis es diferente según cual sea la causa. El hipertiroidismo de la enfermedad de Graves se caracteriza por fases cíclicas de exacerbación y remisión de inicio y duración variables e imprevisibles.

El objetivo del tratamiento es una mejoría rápida de la clínica y una disminución en la producción hormonal.

Los beta-bloqueantes, como el propanolol, mejoran los síntomas que son debidos a un exceso de actividad adrenérgica.

Los antiitiroideos interponen un bloqueo químico en la síntesis hormonal. También tienen cierta acción inmunosupresora, lo que es muy útil en el Graves.

Una vez alcanzado el estado eutiroideo se puede optar por un tratamiento definitivo con I-131 ó cirugía o bien mantener el tratamiento antitiroideo de forma prolongada con objeto de alcanzar una remisión permanente.

La duración del tratamiento es difícil de valorar y depende de la evolución espontánea de la enfermedad, cuanto mayor sea el tiempo de tratamiento, mayores las posibilidades de que el paciente permanezca en remisión tras la supresión del mismo.

En los casos de *tirotoxicosis sin hipertiroidismo*, los tratamientos anteriores no serán útiles. El tratamiento irá dirigido contra la causa desencadenante del trastorno (tumor trofoblástico, adenoma hipofisario, ...) y sintomático: beta-bloqueantes para control de los síntomas adrenérgicos, control del dolor en las tiroiditis ...

NEOPLASIAS TIROIDEAS

Los *adenomas tiroideos* se clasifican en tres tipos: papilares, foliculares y de las células de Hurthle. Los adenomas foliculares son los más frecuentes y los que tienen más probabilidad de funcionar de forma autónoma o causar hipertiroidismo.

La cirugía o la administración de I-131 son curativas.

Los nódulos hiperfuncionantes rara vez son malignos.

Los *carcinomas tiroideos del epitelio folicular* pueden ser anaplásicos, foliculares o papilares. El anaplásico es

raro, muy maligno y rápidamente mortal. El folicular puede diseminarse por vía hematológica y es más frecuente en grupos de edad avanzada.

El *carcinoma medular del tiroides* procede de las células parafoliculares y puede aparecer en asociación con la neoplasia endocrina múltiple de tipo 2A.

El tratamiento recomendado es la tiroidectomía subtotal con exploración de ganglios linfáticos regionales.

OBJETIVO

Conocer la situación actual de la patología tiroidea funcional en el ámbito de la Contingencia Común, los días de incapacidad temporal que genera y su comparación con los estándares establecidos en el *Manual de Gestión de la Incapacidad Temporal*.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito de estudio: Departamento de Contingencias Comunes de la Mutua Asepeyo, a nivel nacional, en el año 2006.

Método: Revisión de 380 historias clínico-laborales introducidas en Chaman, obtenidas mediante el sistema “*q-info*”, que cursan con incapacidad temporal por contingencia común durante el año 2006 y, en las que figura alguno de los diagnósticos (según CIE-9) relacionados con la *patología tiroidea*.

Variables principales:

- Demográficas: Edad y sexo.
- Clínicas: Grupo de diagnóstico dentro de la patología tiroidea (CIE-9), Duración de la incapacidad temporal, Recaídas y Motivo de incapacidad permanente.
- Otras: Profesión y nº de visitas registradas en departamento de CC de Asepeyo.

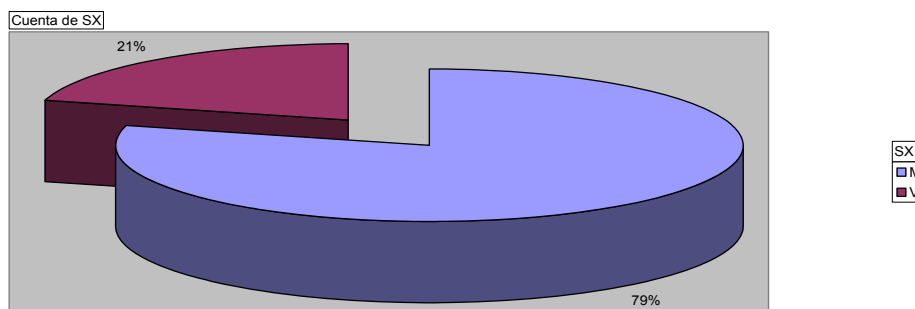
RESULTADOS

EDAD Y SEXO

Se analizan 380 historias clínico-laborales, 302 mujeres (79%) y 78 hombres (21%) cuya distribución por grupos de edad y sexo se muestran en las siguientes tablas y gráficos.

SEXO	Total
MUJER	79,27%
VARON	20,73%
Total general	100,00%

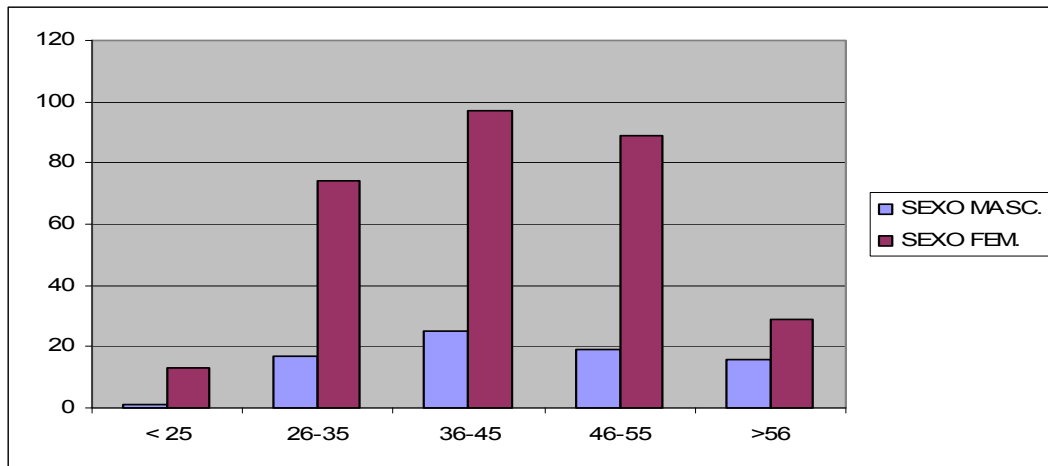
Total



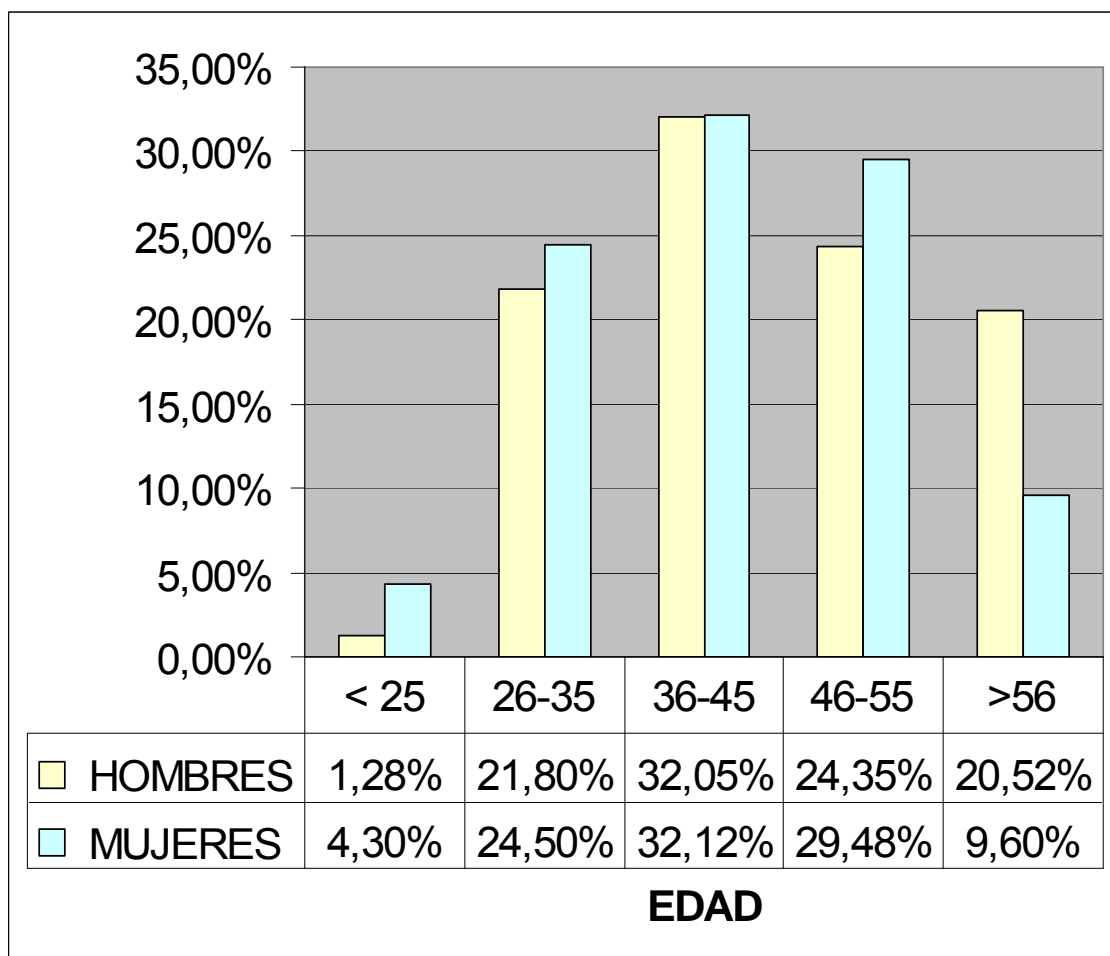
EDAD	CASOS	%
≤25	14	4,00%
26-35	91	24,00%
36-45	122	32,00%
46-55	108	28,00%
≥56	45	12,00%
Total	380	100,00%

Los resultados obtenidos muestran una mayor proporción de casos en mujeres y en la edad media

de la vida, tal y como cabría esperar según los estudios epidemiológicos existentes.

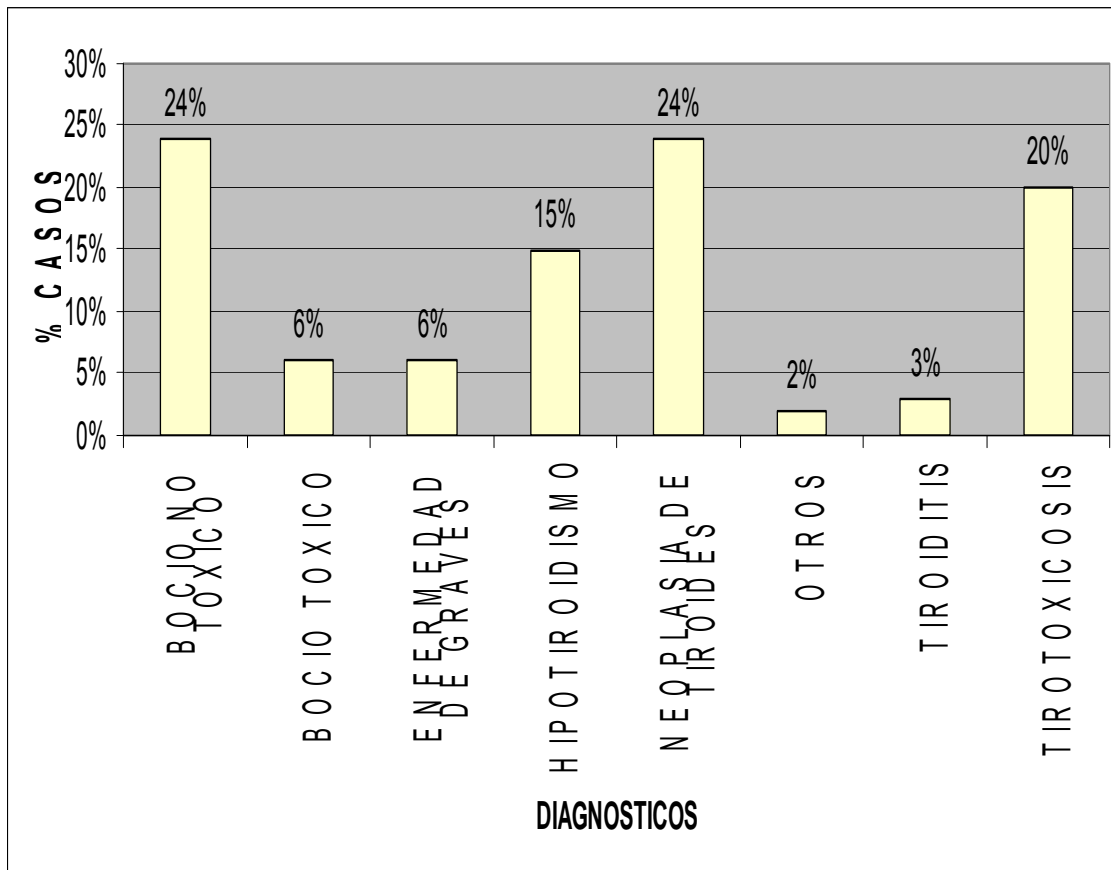


Analizando los resultados por separado en ambos sexos, vemos que mientras en las mujeres predomina en la edad media de la vida (36-45 años), en los hombres el porcentaje de casos es directamente proporcional a la edad.

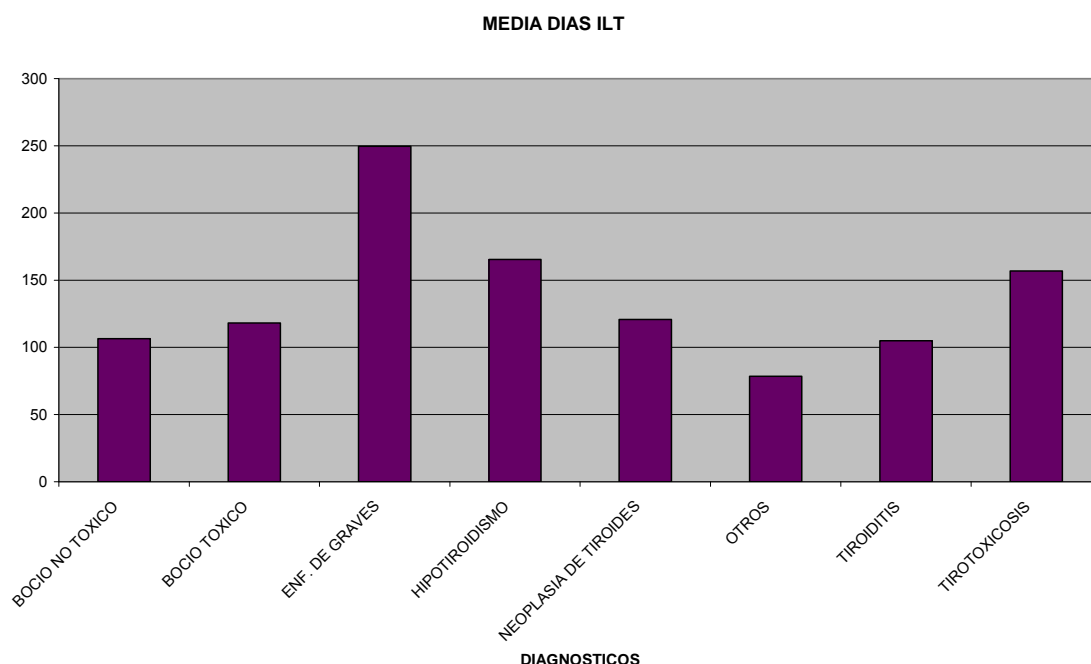


PATOLOGIA DE TIROIDES E INCAPACIDAD LABORAL

Dentro de la patología tiroidea que causó incapacidad temporal, vemos que las etiologías más frecuentes (sumando más de 2/3 de los casos) son: el bocio no tóxico, la tirotoxicosis y la neoplasia de tiroides (contemplando dentro de la misma, el nódulo benigno de tiroides).



Para estudiar la duración de los procesos de IT, hemos valorado la media de días de incapacidad que causaron los pacientes por grupos de diagnósticos.



Analizando los resultados son los procesos de tirotoxicosis con o sin hipertiroidismo (enfermedad de Graves) los que causan una IT más larga.

DIAGNOSTICO	MEDIA DE IT
BOCIO NO TOXICO	108
BOCIO TOXICO	117
ENFERMEDAD DE GRAVES	240
HIPOTIROIDISMO	162
NEOPLASIA DE TIROIDES	122
TIROIDITIS	104
TIROTOXICOSIS	178
OTROS	90

La duración media de los diferentes diagnósticos analizados en nuestro estudio, superan los 100 días y, en alguno de ellos los 200 días (Enfermedad de Graves).

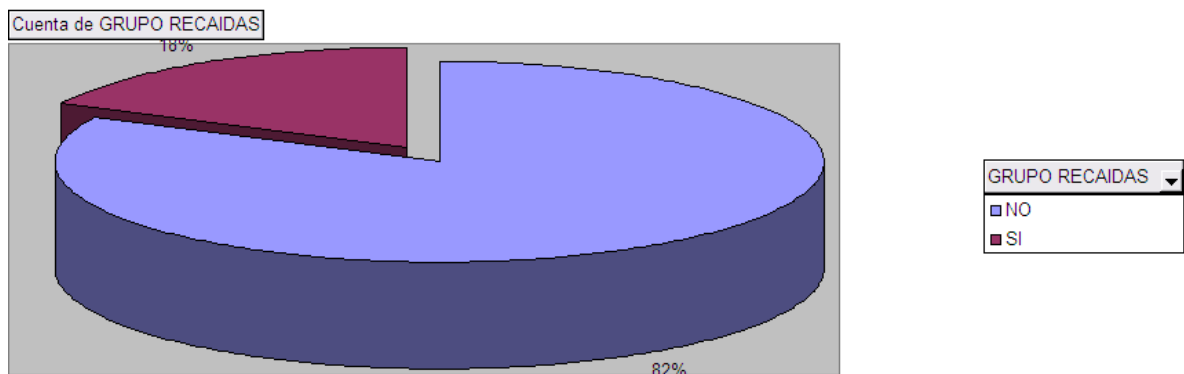
En general, están por encima de la duración estipulada en el Manual de Gestión de la Incapacidad Temporal que no supera en la totalidad de los diagnósticos los 30 días, salvo en la neoplasia de tiroides que alcanza los 90 días.

(Anexo I)

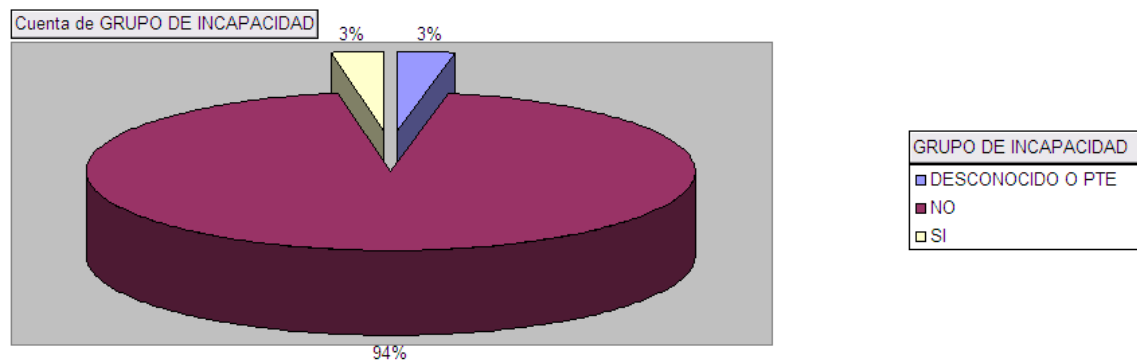
RECAIDAS. INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE

El 18% de los pacientes sufre recaída, durante el período de estudio. Del total de casos estudiados el 2% le lleva a una incapacidad (patología tiroidea y complicaciones multisistémicas), un 3% están pendientes o se desconoce en los registros que tenemos y el 95% restante resulta apto para su actividad sociolaboral al alta.

RECAIDAS	Total
NO	82,26%
SI	17,74%
Total general	100,00%



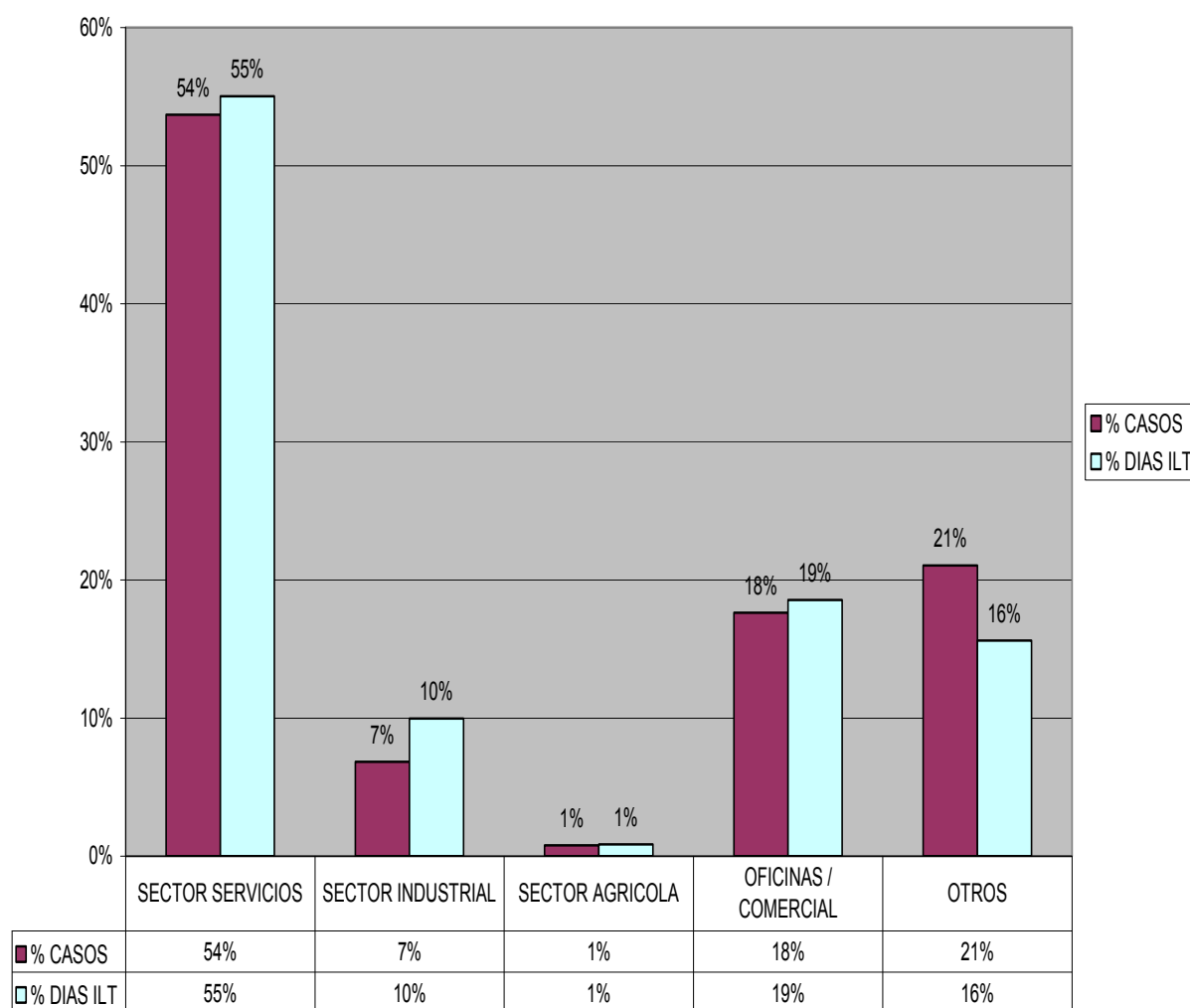
INCAPACIDAD PERMANENTE	Total
DESCONOCIDO O PTE	2,93%
NO	94,40%
SI	2,67%
Total general	100,00%



PATOLOGIA DE TIROIDES Y PROFESIÓN

La profesión no influye en el nº de días de baja, vemos que hay un equilibrio entre el nº de casos y los días de incapacidad de los distintos sectores.

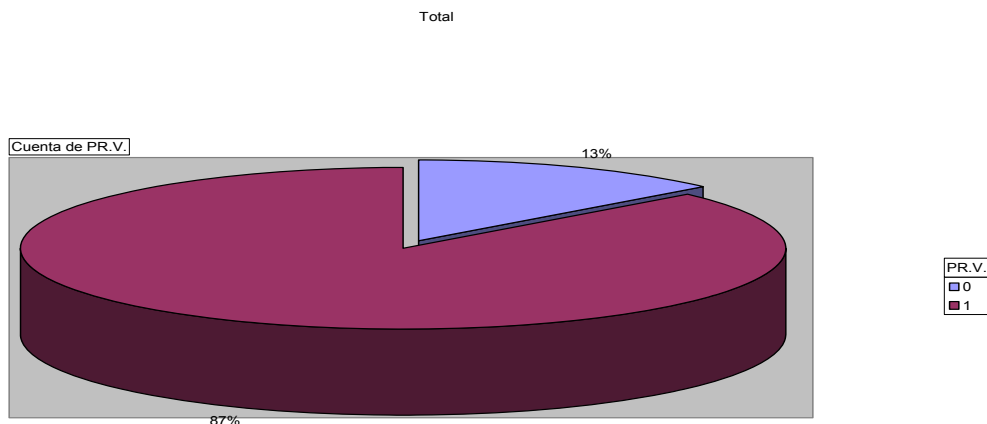
CASOS - DÍAS ILT



CONTROL DE LA CONTINGENCIA COMUN

En lo que respecta a las visitas realizadas en nuestros Centros Asistenciales, se observa que el 87% de los pacientes son citados al menos una vez y el 13% restante no llega a ser citado, bien porque causa alta entre ese 16° día (fecha a partir de la cual puede ser valorado por los servicios médicos de la Mutua) y el 30/45° día desde el inicio de su baja laboral, y no llega a realizarse dicha visita.

PRIMERA VISITA	Total
0	13,44%
1	86,56%
Total general	100,00%

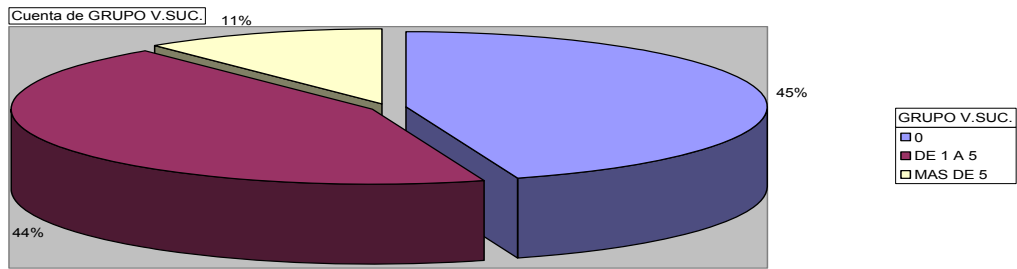


De ese 87% que acuden a la primera visita:

- El 45% recibe el alta médica, por lo que no acude a visitas sucesivas.
- Un 44% acude al seguimiento médico por parte de la Mutua, recibiendo el alta laboral por parte de su médico de atención primaria, antes de la 6ª visita con nosotros, generalmente tras visita especializada al servicio de endocrinología.
- El 11% restante se prolongan en el tiempo, lo que motiva más visitas sucesivas.

VISITAS SUCESIVAS	Total
0	45,01%
DE 1 A 5	44,20%
MAS DE 5	10,78%
Total general	100,00%

Total



CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos en relación a la edad y sexo de los sujetos estudiados son similares a la población general, siendo más frecuente en mujeres en la edad media de la vida.
- La tirotoxicosis-hipertiroidismo por la dificultad de controlar sus síntomas suponen las IT más prolongadas.
- En general la duración de IT media de la patología tiroidea global, así como, la media por grupo – diagnóstico es muy superior a los estándares mencionados en el Manual de Gestión de la Incapacidad Temporal, lo cual conlleva un importante incremento en el coste económico debido al exceso de duración de los casos.
- La profesión no influye en el número de días de IT no encontrando diferencias en los distintos sectores laborales estudiados.
- La patología tiroidea por si sola no es causante de Incapacidades Permanentes.

DISCUSIÓN

La patología tiroidea es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria, pero muchos de los casos no requieren de período de incapacidad temporal (IT). Sin embargo, los que son motivo de IT se prolongan en el tiempo en un % elevado. El conocimiento de la situación de la patología tiroidea en su entorno facilita en gran medida su manejo.

En nuestro estudio, la duración de las incapacidades temporales supera con creces los estándares indicados en el Manual de Gestión, siendo más manifiesto en los casos que no precisaban procedimiento quirúrgico alguno, solamente tratamiento conservador. El promedio supera los 4 meses. Llama la atención que, en muchas ocasiones, cuando se realizaba el tratamiento quirúrgico la situación de incapacidad temporal era más breve.

¿A qué puede deberse?

La incapacidad temporal (IT) se define por primera vez en nuestro Ordenamiento Jurídico con la Ley 42/94 de 30 de diciembre de Acompañamiento a los Presupuestos. Sustituye al anterior concepto de Incapacidad Laboral Transitoria y queda definida como “aquella situación en la que se encuentran los trabajadores impedidos temporalmente para trabajar debido a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras reciban asistencia sanitaria de la seguridad social, así como los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos”.

Su duración máxima es de 12 meses prorrogables por otros seis cuando se presume que durante ellos pueda el trabajador ser dado de alta médica por curación.

Las medidas de inspección y control de las prestaciones del subsistema de la Seguridad Social , posibilitadas por los cambios normativos de la Ley 42/1994 promulgando, la participación de los Servicios Médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de las Mutuas de Accidente de Trabajo, se traducen en un aumento de los reconocimientos médicos a pacientes en IT.

ABORDAJE DE CONTROL DE LA PATOLOGIA TIROIDEA EN CONTINGENCIA COMUN

Pero la patología tiroidea se escapa a estas medidas de control, no alcanza en términos generales los 12 meses, por lo que puede ofrecerse a mayor picaresca. Esta estrategia de control no es capaz de mantener su eficacia produciéndose un importante repunte de los indicadores estándar.

Creemos que son muchos los factores que influyen en la obtención y/o prolongación indebida de la IT:

- insatisfacción laboral
- problemática sociofamiliar
- prolongación de desempleo
- despidos pactados
- cuidado de hijos
- regímenes sin prestación de desempleo
- dificultad de acceso a Nivel Especializado
- escasa relación entre Atención Primaria y la Mutua
- masificación de consultas de Medicina General

- escasa respuesta de la Inspección de los Servicios Sanitarios
- falta de concienciación de la repercusión real de la prescripción de una baja laboral.

Todos estos factores tienen que ser amortiguados en la Atención Primaria, en un contexto de organización que podemos definir como turbulento.

El facultativo de Atención Primaria es el responsable de las bajas laborales, pero no obtiene ningún beneficio directo ni indirecto de dicha gestión, lo que origina una clara desmotivación en aras de la actividad puramente asistencial. Además, otra circunstancia que se añade es, que dicho facultativo no ha recibido formación en materia de valoración de la incapacidad.

Repasando los programas de las distintas especialidades y tratados de medicina se pone de manifiesto que la IT no es sistemáticamente contemplada como parte del tratamiento de las patologías que generan y perpetúan la IT. No obstante, no se le puede considerar el responsable último ni único de la IT.

En este momento se debe tener en cuenta, la aportación que puede suponer para el facultativo de Primaria el *Manual de Gestión de la Incapacidad* editado por el *Instituto Nacional de la Salud* en colaboración y participación de las Sociedades Científicas y de los distintos profesionales implicados, lo que garantiza el consenso y enfoque multidisciplinar de su contenido, respondiendo a la pregunta de sobre *cuándo* procede y *cuánto* debe durar una prescripción de reposo. Es decir, consideramos la IT como parte del

tratamiento que recibe el trabajador de su médico de Atención Primaria. Definiendo la IT, como la situación de aquel paciente que, como consecuencia de su enfermedad o accidente, presenta limitaciones funcionales, presumiblemente reversibles, que le impiden ejecutar las tareas propias de su profesión y/o el desempeño de tales tareas repercutirían negativamente en la evolución favorable de su patología. Desde este punto de vista, la indicación de IT tiene la misma consideración que la prescripción de cualquier procedimiento diagnóstico, terapéutico, rehabilitador o preventivo. Por lo que las medidas de control de las situaciones que ocasionan las bajas laborales implican al Sistema de Salud y a sus recursos humanos y materiales.

La *historia clínica* debe ser considerada como un instrumento de calidad de la asistencia sanitaria, y nos permitiría afirmar que la mejora de la calidad de los Servicios Sanitarios Públicos nos conduciría al plan estratégico clave en el control de la IT.

Podemos considerar la IT como la consecuencia de un acto médico y por tanto como una prescripción médica, que conlleva una serie de repercusiones económicas. Entendiendo *la incapacidad laboral* como “la discapacidad que sufre un empleado para trabajar en su puesto ocasionada por un problema de salud y certificado por un médico del sistema público”.

Según el Dr Angel Plans, vicepresidente de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball , este concepto representa el 80% de las ausencias laborales registradas, correspondiendo el 20% restante a otras causas como permisos legales, ausencias ligadas a

situaciones imponderables y causas médicas de corta duración (visitas, exploraciones, etc.,.....).

La incapacidad laboral no es sólo un problema económico de la Seguridad Social, sino que también es uno de los principales problemas de la gestión empresarial, puesto que supone una *importante carga económica y un decremento de la productividad*. Por tanto, la implicación de la empresa debe jugar un papel fundamental en el intento de encontrar una solución al problema.

En las medidas de control de las bajas laborales se deberían incluir e involucrar a todos los *recursos humanos del Sistema*: pacientes, facultativos, inspección médica, equipos de valoración de incapacidades (EVI), mutuas y gerentes. Añadiendo a estas medidas una mejora constante del acceso a la Atención Especializada y, considerando imprescindible un programa de formación de los facultativos en materia de valoración de la Incapacidad Temporal para lograr una participación activa.

ANEXO I

02.NEOPLASIAS

CODIGO CIE-9MC	DIAGNOSTICO	TIEMPO ESTANDAR IT EN DIAS
193.0	NEOPLASIA DE TIROIDES	90
229.9	NEOPLASIA BENIGNA DE SITIO NO ESPECIFICADO	14

03. E. ENDOCRINAS, DE LA NUTRICIÓN, METABOLICAS

CODIGO CIE-9MC	DIAGNOSTICO	TIEMPO ESTANDAR IT EN DIAS
240.9	BOCIO (EN ESTUDIO, SIN FILIAR)	30
241.0	NODULO TIROIDEO	30
241.1	BOCIO MULTINODULAR	30
241.9	BOCIO NODULAR NO TOXICO	30
242.0	ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW	30
242.9	HIPERTIROIDISMO	30
244.9	HIPOTIROIDISMO	30
245.1	TIROIDITIS SUBAGUDA DE DE QUERVAIN	30
245.0	TIROIDITIS AGUDA	30
245.2	TIROIDITIS DE HASIMOTO	30
245.9	TIROIDITIS NO ESPECIFICADA	30

PROCEDIMIENTOS

CODIGO CIE-9MC	DIAGNOSTICO	TIEMPO ESTANDAR IT EN DIAS
P 06.11	BIOPSIA PERCUTANEA DE GLANDULA TIROIDES	4
P 06.2	LOBECTOMIA PARCIAL DE TIROIDES	45
P 06.39	TIROIDECTOMIA PARCIAL DE TIROIDES	45
P 06.4	TIROIDECTOMIA TOTAL DE TIROIDES	45
	02.NEOPLASIAS	

BIBLIOGRAFIA

1. Martín Zurro, A. y Cano Pérez, J.F. Atención Primaria. Concepto, organización y práctica clínica. 3ª Edición. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1994. Pags. 858-879.
2. Farreras Rozman. Medicina Interna. 13ª Edición, Vol. II. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995. Pags. 2053-2097.
3. Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª Edición, Vol. II. Madrid: McGrawhill-Interamericana; 1998. Pags. 2286-2312.
4. Alvarez Vicente, J.C. Pruebas funcionales tiroideas. Guías clínicas 2001. On line: www.fisterra.com/guias2/tiroideas.htm
5. Wang C, Crapo LM. The epidemiology of thyroid disease and implications for screening. Endocrinol Metab Clin North Am 1997; 26: 189-218.
6. Serra, Méndez MA, Davins J, Borrel M, Baxarias J, Ríos L. Patología tiroidea en un centro de salud. Atención Primaria. 1995; 15:457-60 [Medline]
7. Alvarez 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. Atención Primaria. 1994; 14:877-9.
8. Sender Palación MJ, Vernet Vernet M, Franco Murillo A, Ortega Tallon MA, Pérez Pérez S, Faro Colomes M. Estudio de Patología funcional tiroidea en la población adulta de un centro de Atención Primaria. Madrid: Medifam 2002; 3:184-190.
9. Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. BOE de 31 de diciembre de 1994.

10. Ruiz Téllez A. El problema de la Incapacidad temporal y la Atención Primaria. La Gran Oportunidad. La Gran Amenaza. Propuesta de un cambio. En: Grupo de trabajo semFYC. Incapacidad Temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión. Barcelona: Documento semFYC 12, 1999. Pags. 16-57.
11. Navarro Arribas C, Chicano Díaz S. La incapacidad temporal: hacia un modelo de gestión. Madrid: Medifam 2003; 13:29-34.
12. Ruiz Téllez A. La incapacidad temporal, termómetro de la Sanidad Pública. ¿Un problema de costo o de ingresos? Madrid: Medifam, 1998; 8:349-354.
13. Insalud. Manual de Gestión de la Incapacidad Temporal. Madrid: Insalud, Servicio de Documentación y Publicaciones, 2001.