

ORIGINALES BREVES

Derivación a endocrinología por patología tiroidea. Calidad y justificación

C. Fuertes Goñi^a, J.R. Loayssa Lara^a, J.M. Pérez Etxarri^a, J. Urrutia Sanzberro^a, A. Artetxe Andrés^b y E. Menéndez Torre^c

Centros de Salud de Navarra.

Objetivo. Describir el contenido del volante de derivación a endocrinología por patología tiroidea, compararlo con el informe de especializada y analizar la justificación de la remisión y su asociación con su procedencia.

Diseño. Descriptivo.

Emplazamiento. Atención primaria/especializada.

Participantes. Todos los pacientes (412) derivados a 4 consultas de endocrinología por patología tiroidea no conocida.

Resultados. Un 81% de los 273 casos que no presentan antecedentes en el volante los tiene en el informe. Los síntomas son recogidos en más ocasiones en el informe que en el volante, excepto la compresión local (23 casos, de los que el endocrinólogo confirma 5). Un 59,3% de los volantes incluía la analítica y el 31% la exploración física tiroidea. La consistencia, tamaño y nodularidad del bocio sólo es señalada en una minoría de volantes.

La concordancia diagnóstica es baja ($\kappa = 31\%$). Un 15,2% de los casos corresponde a bocio simple. Los casos cuya derivación según un protocolo establecido está justificada son el 51% considerando el motivo y un 39% considerando el diagnóstico. Estos porcentajes no se asocian a la zona o centro de procedencia. La mayoría de los pacientes, incluyendo aquellos cuya derivación no era procedente, son sometidos a pruebas complementarias (PAAF, ecografía, gammagrafía).

Conclusiones. La cumplimentación del volante es insuficiente, aunque es difícil determinar si implica un manejo inadecuado del paciente. La exploración física del tiroides debe mejorarse.

La derivación de muchos pacientes no está justificada, aunque predomina la patología que puede plantear dificultad sin acceso a exploraciones específicas que, de hecho, son solicitadas en la consulta especializada.

Palabras clave: Derivación. Patología tiroidea. Relación atención especializada/atención primaria.

REFERRAL TO ENDOCRINOLOGY BECAUSE OF THYROID PATHOLOGY. QUALITY AND JUSTIFICATION

Objectives. To describe the content of the form for referring patients to endocrinology because of thyroid pathology, to compare this form with the specialist report and to analyse the justification for the referral and its association with its origin.

Design. Descriptive.

Setting. Primary/specialist care.

Participants. All the patients (412) referred to 4 endocrinology clinics for undefined thyroid pathology.

Results. 81% of the 273 cases without history on the form had this history in the report. The symptoms were recorded more often in the report than on the form except for local compression (23 cases, of which the endocrinologist confirmed 5). 59.3% of the forms included the analysis results, and 31% the physical examination of the thyroid. Consistency, size and nodularity of the goitre were only indicated in a minority of forms. Diagnostic concordance was low ($\kappa = 31\%$). 15.2% were cases of simple goitre. Cases whose referral according to an established protocol was justified amounted to 51% when the reason was taken into account, and 39% when the diagnosis was taken into account. These figures bore no relation to the zone or centre originating the referral. Most patients, including those whose referral was not necessary, had further tests (PAAF, echography, gammagraphy).

Conclusions. Compliance with the form is insufficient, although it is difficult to decide if this implies incorrect handling of the patient. Physical examination of the thyroid needs to be improved. The referral of many patients is not justifiable, although the pathology that predominates is one that may pose diagnostic difficulties without the specific examinations that are in fact requested in the specialist clinics.

Key words: Referral. Thyroid pathology. Specialist care/primary care relationship.

^aMédicos de Familia. Centros de Salud de Navarra. ^bResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. ^cMédico especialista en Endocrinología. Servicio de Endocrinología. Hospital de Navarra.

Correspondencia: José Ramón Loayssa Lara.
Unidad de Docencia e Investigación. Edificio Conde Oliveto. Plaza de La Paz, s/n, 6.^a planta. 31002 Pamplona.

Correo electrónico: jloayssal@papps.org

Manuscrito aceptado para su publicación el 17-I-2001.

Introducción

Los procesos tiroideos constituyen, después de la diabetes, la patología endocrinológica más frecuente en la consulta del médico de familia, y éste se enfrenta a menudo con la necesidad de asumir la orientación diagnóstica inicial y el manejo de muchos de ellos¹.

En nuestro medio se han realizado estudios dirigidos a la descripción de la prevalencia de patología tiroidea en las consultas de atención primaria, así como de los porcentajes de diferentes cuadros que son diagnosticados y tratados en el nivel primario o por el contrario son diagnosticados y tratados en los servicios especializados². Otros estudios se han centrado sobre la utilización de pruebas complementarias dirigidas al diagnóstico y valoración de la patología tiroidea³, pero no hemos encontrado trabajos de análisis de la procedencia y calidad de la derivación a endocrinología de patología tiroidea.

La buena coordinación entre el médico de familia y el especialista es un reto del sistema sanitario de salud en España. El abordaje de la patología tiroidea desde atención primaria tiene gran interés y su correcto manejo podría evitar muchas derivaciones al endocrinólogo. Conocer la realidad existente, saber qué y cómo se deriva al especialista, cuál es la información que éste remite y el grado de concordancia entre ambas contribuiría a alcanzar dicha meta. En 1994 en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se publicó y

difundió en los centros de salud una «Guía de actuación ante el bocio y nódulos tiroideos»⁴, en 1995 el grupo firmante de este trabajo se propuso analizar la información de los volantes de derivación e informes de endocrinología de los pacientes derivados por patología tiroidea no conocida a 4 consultas especializadas, de las 5 con que cuenta el servicio de endocrinología que atendió a la población de Pamplona y su comarca durante ese año.

Los objetivos del estudio son los siguientes:

- Describir los motivos de derivación, el diagnóstico de endocrinología, los síntomas, antecedentes personales y familiares, analítica y exploración contenida en los impresos clínicos (volantes) de los pacientes derivados a 4 consultas de endocrinología por patología tiroidea.
- Analizar si la derivación es procedente según la «Guía de actuación ante el bocio y nódulos tiroideos».
- Valorar la concordancia entre los diagnósticos del médico derivante y del especialista.
- Comparar la justificación de la derivación según las siguientes características del profesional derivante: especialidad, tipo de centro y zona geográfica de procedencia del paciente.
- Valorar las pruebas complementarias, tratamiento y tipos de seguimiento del paciente indicados en la consulta de endocrinología, a partir del informe del especialista.

Material y métodos

A partir de los registros de pacientes vistos en el Servicio de Endocrinología del Hospital de Navarra, se obtuvieron los informes de la primera consulta de los 412 pacientes que en 1995 habían acudido a las 4 consultas existentes por patología tiroidea. En la quinta consulta no constaba ningún caso nuevo derivado por patología tiroidea.

Se revisaron las historias de estos pacientes y se recogieron los datos del volante de derivación. Se analizaron los informes de consulta y los volantes de

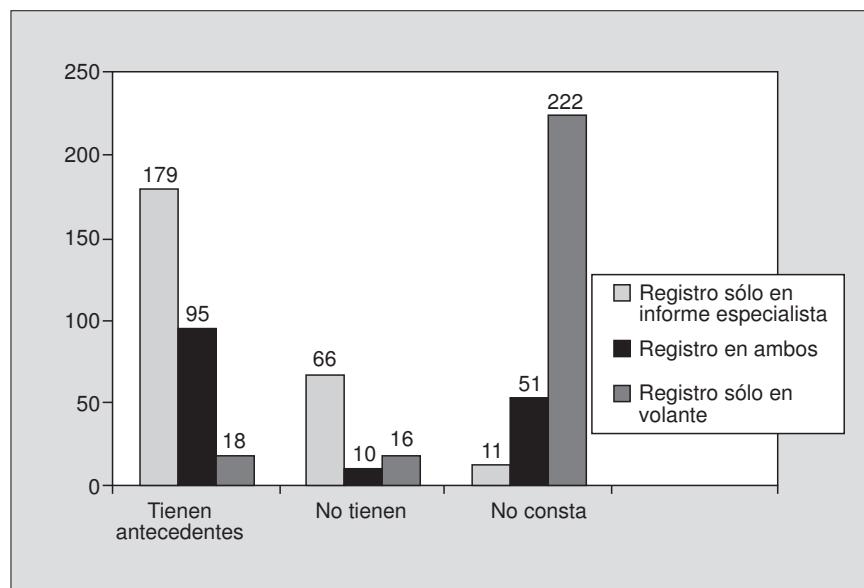


Figura 1. Registro de antecedentes personales y familiares de patología tiroidea.

derivación, tomando como criterios de derivación los de la «Guía de actuación ante el bocio y nódulos tiroideos»⁴. De los registros de admisión de pacientes nuevos del servicio de endocrinología por patología tiroidea se obtuvieron los siguientes datos: número de historia, fecha de visita, fecha de petición de consulta, procedencia del consultante y código diagnóstico.

Del informe de endocrinología se obtuvieron: antecedentes personales o familiares registrados, síntomas del paciente, exploración tiroidea, motivo de consulta, pruebas complementarias solicitadas, tratamiento y seguimiento prescrito.

De las historias se fotocopiaron los volantes de derivación y se anotó si estaban registradas las siguientes variables: tipo de derivación (normal, preferente, urgente, petición propia), tipo de derivante (médico de familia, otros especialistas, otra persona), antecedentes personales y familiares (tratamiento con fármacos de acción sobre el tiroides, enfermedades tiroideas y autoinmunes del paciente y/o de la familia y otros antecedentes), síntomas del paciente, exploración tiroidea, analítica y motivo de derivación.

Los motivos de derivación recogidos del volante de derivación a endocrinología se agruparon en 7 grandes grupos y en dos grandes apartados según la «Guía de actuación ante el bocio y nódulos tiroideos»:

1. Motivos considerados procedentes y que correspondían a los de: hipertiroidismo, tiroiditis y bocio con sospecha de malignidad o quirúrgico.

2. Los improcedentes que correspondían a: valoración en general, bocio sin especificar, alteración analítica e hipotiroidismo.

Los diagnósticos del informe de endocrinología estaban realizados según la clasificación CIE 9 y finalmente se agruparon en dos apartados:

1. Los que correspondían a diagnósticos cuya derivación estaba justificada: nódulo único, bocio multinodular quirúrgico, tumores, hipertiroidismo y tiroiditis.
2. Aquellos cuya patología no justificaba su derivación: bocio simple, bocio multinodular no quirúrgico, hipotiroidismo y tiroiditis de Hashimoto y otros.

Los datos de ambos impresos clínicos se recogieron en la base de datos Acces® y posteriormente para el análisis estadístico se utilizó el programa informático SPSS®.

Resultados

Características de pacientes y profesionales derivantes

Los informes de derivación a las 4 consultas de endocrinología, por patología tiroidea no conocida, durante 1995 fueron 412. En un 88% de los casos se trataba de

TABLA 1. Registro de antecedentes personales y familiares relacionados con la enfermedad tiroidea en volante de derivación e informe de especializada

	Vol. sí	End. sí	Vol. sí/End. sí	Vol. no/End. no	Vol. ?/End. sí	Vol no/End. sí
Ant. fam. y per.	113	274	95	10	134 o 164	15 o 16
Ant. per. de tir.	40	55	30	34	23	2
Fármacos	18	38	17	36	20	1
Ant. fam. de tir.	12	137	12	18	112	13

Vol.: volante; end: informe de endocrinología; ant. fam. y per.: antecedentes familiares y personales relacionados con la enfermedad tiroidea en general; ant. per. de tir.: antecedentes personales de enfermedad tiroidea; ant. fam. de tir.: antecedentes familiares de enfermedad tiroidea, y fármacos: antecedentes de toma de fármacos con efecto potencial sobre el tiroides.

TABLA 2. Registro de síntomas y signos en volante de derivación e informe de endocrinología

	Vol. sí	End. sí	Vol. sí/End. no	Vol. no/End. sí
Exoftalmos	4	5	2	3
Alteraciones de la menstruación	3	14	0	11
Astenia	28	39	15	26
Mialgia	1	2	1	2
Alteraciones del pelo	5	6	3	4
Intolerancia al calor	11	44	3	36
Tremor	12	29	6	23
Pérdida de peso	23	50	9	36
Diarrea	5	8	4	7
Nerviosismo	26	79	13	66
Palpitación	26	53	12	40
Polifagia	3	4	2	1
Síntomas de hiperfunción	5	1	5	1
Intolerancia al frío	5	29	2	26
Aumento de peso	12	33	7	28
Hipersomnia	3	11	2	10
Estreñimiento	7	26	4	23
Síntomas de hipofunción	1	2	1	2
Disfagia	11	19	7	15
Dislipemia	2	4	1	3
Tos	5	3	4	2
Alteración de la voz	5	7	5	7
Molestias faríngeas	17	22	10	15
Disnea	8	15	4	11
Ronquera	1	2	0	1
Compresión local	23	19	18	17

mujeres. De estos 412 pacientes, 244 eran de la comarca de Pamplona (67,2%) y el resto de diversas zonas rurales (7,4% de Estella, 9% de Tafalla y comarca y 16,2% del resto de Navarra). Un 75,8% fue derivado por médicos de familia y el 16,8% por especialistas. El 24,3% de forma preferente y un 2,2% de forma urgente.

El 25,5% de los derivados por el médico de familia era desde centros de salud acreditados como docentes. Un 42,5% se derivó de centros de salud rurales, el 22,7% de urbanos y el 9,3% de ambulatorios. El porcentaje de derivación justificada no se asocia a ninguna de estas características.

Registro de antecedentes, síntomas y signos

En los volantes de derivación constan antecedentes familiares y personales en 113 (27%) y se señalan específicamente que no existen en 26 (6,7%), mientras que en 273 (66,3%) no constan estos antecedentes.

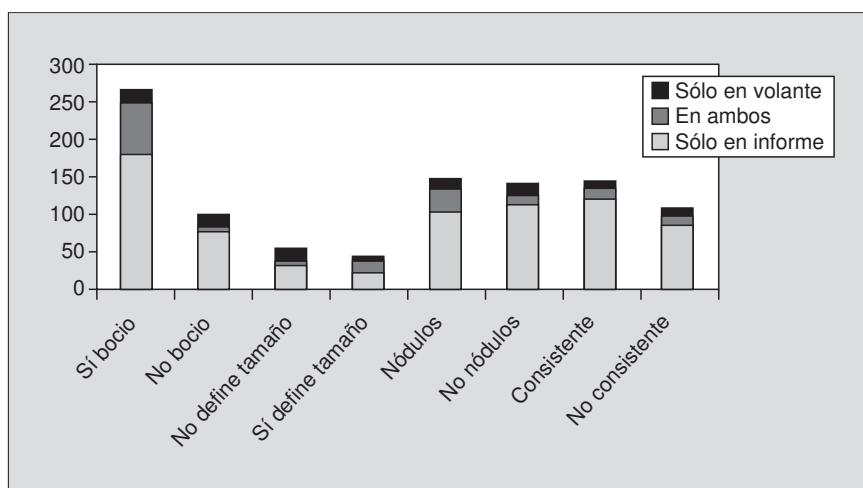


Figura 2. Descripción de la exploración.

El registro de los antecedentes en el volante y la comparación con los incluidos en el informe del endocrinólogo puede verse en la figura 1. De los 273 casos que carecen de antecedentes en el volante de derivación, dichos antecedentes están registrados en el informe del endocrinólogo en un 81% de los casos, y de los 26 que se señala en el volante que no existen antecedentes significativos en el endocrinólogo indica que sí existen. En 95 casos el volante y el informe coinciden en la existencia de antecedentes.

La cumplimentación de antecedentes familiares y personales relacionados con la enfermedad tiroidea en general y de sus principales componentes: antecedentes

personales de enfermedad tiroidea, antecedentes de toma de fármacos con efecto potencial sobre el tiroides y antecedentes familiares de enfermedad tiroidea, se detalla en la tabla 1.

Los síntomas y signos más señalados en el volante de derivación eran: astenia (28), nerviosismo (26), palpitaciones (26) y pérdida de peso (23). El conjunto de los síntomas registrados, tanto en el volante de derivación como en el informe del endocrinólogo, y la coincidencia o no en ambos, puede apreciarse en la tabla 2. Algunos síntomas orientativos de hipertiroidismo (nerviosismo, palpitaciones, intolerancia al calor, temblor, pérdida de peso) o de hipotiroidismo (astenia, aumento

de peso, estreñimiento, hipersomnia) son los más registrados tanto por el derivante como por el endocrinólogo, pero en mucha menor medida en el volante de derivación que en el informe del especialista. Solo el síntoma de compresión local es más registrado en el volante, pero en un 70% de los casos no se corroboraba este dato también en el informe y, sin embargo, en otros 17 casos sí estaba anotado en el informe del endocrinólogo y no se anotó en el volante.

Registro de exploración física de tiroides y pruebas de función tiroidea

Un 31% de los volantes incluía la exploración tiroidea. La exploración registrada en el volante y su relación con la recogida en el informe del especialista para cada uno de los aspectos explorados puede verse en la figura 2.

Los resultados analíticos de las pruebas de función tiroidea es resumida en un 59,3% de los volantes de derivación.

Motivos de derivación y diagnósticos

La distribución según motivo de derivación especificado en el volante se puede apreciar en la tabla 3. Se pueden considerar derivaciones procedentes el 45,5%. Es decir, si atendemos a los criterios

TABLA 3. Motivos de derivación y diagnósticos de endocrinología (Navarra, 1995)

Motivos derivación en volante	Diagnósticos de endocrinología									
	Bocio simple, 64 pacientes	Nódulo único, 53 pacientes	Bocio multinodular, 62 pacientes	Hipertiroidismo, 88 pacientes	Hipotiroidismo, 91 pacientes	Tiroiditis subaguda, 18 pacientes	Tiroiditis de Hashimoto, 23 pacientes	Bocio complicado, 20 pacientes	Neoplasia, 6 pacientes	Otros, 17 pacientes
Valoración (40)	7	3	2	7	14	1	2			
Bocio sin especificar (59)	27	4	15	8	1			2		2
Alteración de analítica (36)	1	1	1	9	19	2	3			
Hipotiroidismo (48)	4		1	1	34	2	3			3
Hipertiroidismo (48)	1	1	4	36	2	4	1			1
Tiroiditis (12)				3	3					6
Bocio con sospecha (93)	10	36	29	5	1		1	4		5
No consta en volante (106)	14	8	10	19	19	9	13	14	6	

En cursiva los motivos de derivación que son procedentes según la guía utilizada para este trabajo⁴.

TABLA 4. Pruebas complementarias en la consulta de endocrinología e indicación de seguimiento especializado por diagnóstico (Navarra, 1995)

	Bocio simple, 64 pacientes	Hipoti- roidismo, 91 pacientes	Tiroiditis de Hashimoto, 23 pacientes	Bocio multinodular no complicado, 62 pacientes	Nódulo único, 53 pacientes	Hiperti- roidismo, 88 pacientes	Tiroiditis subaguda, 18 pacientes	Bocio complicado, 20 pacientes	Neoplasia, 6 pacientes	Total
PAAF	6	5		36	39	3	1	4	3	97
Gammagrafía	30	11	5	35	38	59	9	7	2	196
Ecografía	14	1		16	10	3		1	1	44
Seguimiento en consulta de endocrinología	23	49	7	47	39	65	7	1	5	243

En cursiva los diagnósticos que según la guía⁴ son de indicación de seguimiento del especialista.

de la «Guía de actuación ante el bocio y nódulos tiroideos», serían las derivaciones por hipertiroidismo (48), tiroiditis subaguda (12) y bocio con sospecha (93), un total de 153 de las 336 derivaciones en que se especifica el motivo.

Si consideramos los diagnósticos de endocrinología, las derivaciones justificadas serían las de las patologías ya comentadas y las neoplasias, o sea 153 pacientes, que suponen el 39,2% de las derivaciones.

Estos porcentajes de derivación procedente o justificada no se asocian a ninguna de las características estudiadas (zona, derivante médico de familia o especialista, centro de trabajo, etc.).

La coincidencia de los motivos por los que se ha derivado y los diagnósticos de endocrinología puede verse en la tabla 3. La concordancia, medida mediante el índice de kappa, es alta para los hipertiroidismos (κ , 54%), los hipotiroidismos (κ , 43%) y menor para el bocio complicado (κ , 30%).

Pruebas complementarias en la consulta de endocrinología, tratamiento y seguimiento del paciente

En la tabla 4 se pueden apreciar las pruebas complementarias que solicita el endocrinólogo. Es de destacar que la solicitud de ecografía se hace en 14 pacientes en los que, después del estudio, fueron diagnosticados de bocio simple y en otros 16 con bocio multinodular normofuncionante.

La gammagrafía se solicita en 196 casos y de ellos 30 son diagnosticados de bocio simple y 35 de bocio multinodular normofuncionante.

El PAAF se lleva a cabo en 97 pacientes y de ellos 6 tenían diagnóstico de bocio simple y en 36 de bocio multinodular normofuncionante.

En la tabla 4 también puede apreciarse que en 243 pacientes el endocrinólogo indica seguimiento en sus consultas. Entre ellos hay 126 pacientes que, según la guía elaborada conjuntamente por los especialistas y los médicos de atención primaria⁴, tienen un diagnóstico que no requiere seguimiento especializado (bocio simple, multinodular no complicado, hipotiroidismo, tiroiditis Hashimoto).

En relación con las pautas de actuación por parte del especialista: en 179 pacientes (46%) no se adopta ningún tratamiento ni farmacológico ni quirúrgico, en 145 (37,3%) el tratamiento es médico, mientras que en 16 es quirúrgico. En 75 casos se indica que el seguimiento sea a cargo del médico de familia y en 10 casos no necesita ningún seguimiento.

Discusión

La cumplimentación de datos en el volante es baja en general. Respecto a antecedentes personales y familiares en el volante de derivación, parece existir una tendencia a cumplimentar únicamente los antecedentes personales de enfermedad tiroidea y no el resto

de antecedentes familiares y personales, ya que en una gran parte de los volantes de derivación no constaban. Esta falta de cumplimentación es especialmente llamativa en el caso de los antecedentes familiares de enfermedad tiroidea, ya que sólo se constató en 25 volantes.

La cumplimentación de los síntomas por patología tiroidea es también baja en el volante de derivación en relación con los registrados en el informe del endocrinólogo, sobre todo en los referentes a hipo e hipertiroidismo.

Es difícil determinar la repercusión de esta baja cumplimentación en términos del manejo del paciente. Así, por ejemplo, el derivante puede no considerar necesario el detallar los síntomas de disfunción tiroidea al adjuntar la analítica y el diagnóstico de sospecha. Es asimismo explicable que se tienda a no poner datos negativos como es la inexistencia de determinados síntomas o antecedentes, ya que el médico derivante puede suponer que el hecho de que no figuren indica que no están presentes. Sin embargo, la omisión de los datos que sí estaban presentes en el paciente, como son los correspondientes a los antecedentes, aunque en la mayoría de los pacientes no desempeñan un papel decisivo en la orientación diagnóstica, no por ello carecen de trascendencia práctica. También parece preocupante que en bastantes casos en que se reseñan determinados datos en el volante, luego no los corrobora el in-

forme del especialista. Todo ello puede hacer pensar que la historia que realizan los médicos de familia en muchas ocasiones no es todo lo completa y fiable que sería de desear.

Sólo hay una excepción en la que el dato parece registrado más frecuentemente en el volante que en el informe del especialista: el síntoma de «compresión local». No obstante, hay que recordar el carácter impreciso de las quejas del paciente: sensación de obstáculo en faringe, tos y carraspera, etc., que a menudo corresponden a otros procesos y no son producidos por el aumento de tamaño del tiroides.

Pero, por importante que resulte una buena recogida de los síntomas del paciente, la sintomatología tiroidea tiene un carácter inespecífico que hace necesaria de forma casi sistemática la solicitud de pruebas de función tiroidea. Resulta por lo tanto difícil de entender que se puedan producir todavía derivaciones en las que no consten éstas como sucede en el caso de un número no despreciable de pacientes de nuestro estudio.

También existen indicios de que la exploración física del tiroides es insuficiente. En un 56,7% de los casos que no constaba la exploración del bocio en el volante, el especialista indicó que sí lo había y también se observa una baja cumplimentación de datos importantes, como son la consistencia y nodularidad del bocio. La actitud recomendada ante el paciente está decisivamente condicionada por el hecho de que se trate o no de un bocio uninodular, y éstos sólo se indicaban en el 28% de los volantes de derivación de pacientes en los que el informe del endocrinólogo indicaba la existencia de nódulos únicos o predominantes.

Las deficiencias en la exploración física pueden estar relacionadas con otro de los resultados de nuestro estudio: la existencia

de un elevado porcentaje (más de la mitad) de pacientes que son derivados sin que esta derivación esté justificada según los criterios de la guía del bocio. Una de las razones que pueden llevar a derivar al paciente son las dificultades que plantea la exploración física del tiroides, sobre todo en personas mayores o con abundante grasa en el cuello. Las dificultades de la exploración física y la subjetividad de ésta se unen a la incertidumbre que puede plantearse para excluir nódulos que puedan, en realidad, representar neoplasias tiroideas. Además hay que recordar que los signos y síntomas de malignidad son bastante tardíos y no suficientemente específicos, y que no está claro que la palpación de un bocio multinodular excluya neoplasia, sobre todo si hay un nódulo predominante⁵. El miedo a no detectar un cáncer podría condicionar la derivación a atención especializada. Por todo ello, creemos que sería interesante realizar acciones de formación encaminadas a mejorar esta habilidad entre los médicos de atención primaria.

Pero existen otros factores a considerar cuando se contempla el alto porcentaje de pacientes cuya derivación no está justificada, sobre todo si se tiene en cuenta que entre ellos predomina la patología que puede plantear dificultad sin acceso a exploraciones específicas que no son accesibles hoy día para los médicos de familia de nuestra región.

Cuando se examina la actitud del médico de familia ante la patología de la glándula tiroides, debemos partir de que, aunque no sea suficiente en todos los casos, el acceso generalizado a las pruebas de función tiroidea, junto con la exploración clínica, proporciona unos instrumentos cruciales para diagnosticar y controlar la mayoría de la patología tiroidea³. La «guía», como otras muchas, no preconiza realizar ninguna otra prueba complementaria (salvo

pruebas de función tiroidea) en los pacientes con bocio difuso o multinodular asintomático⁶. De hecho, la concordancia entre el motivo por el que se ha derivado y los diagnósticos de endocrinología es alta para los hipertiroidismos e hipotiroidismos cuyo diagnóstico es esencialmente analítico, y disponible y menor para el bocio complicado, cuya evaluación precisa otras exploraciones complementarias.

Esto puede hacer plantearnos que el médico de familia tenga acceso a pruebas complementarias para consolidar e incrementar el porcentaje de tareas clínicas que lleva a cabo en relación con la patología tiroidea. Hace años que se reivindicaba la necesidad de permitir que el médico de familia solicitara PAAF y gammagrafía tiroidea⁷. Los propios especialistas en nuestro estudio recurren habitualmente a pruebas complementarias que, si nos atenemos estrictamente a las recomendaciones de las guías de práctica clínica de la dirección de atención primaria de Navarra, no están indicadas. Aunque este dato no se puede analizar tan simplemente, ya que, como ocurre con la derivación, esto pueda ser condicionado por otros factores que los estrictamente clínicos, entre éstos la actitud y preferencias del paciente. También que el indicar pruebas complementarias forme parte de la tentación de hiperactuar que asalta a los médicos, ya que también en el caso del seguimiento parece que hay una tendencia a citar a pacientes que deberían ser remitidos a su médico de familia. Por último, la falta de homogeneidad de la atención primaria puede hacer que los especialistas no confíen en la capacitación de muchos médicos de familia. Por otra parte, el papel creciente del médico de familia en el diagnóstico y manejo de la patología tiroidea genera, no obstante, algunas reticencias, sobre todo en el caso de los nódulos tiroideos, opinando al-

gunos autores que su manejo corresponde a endocrinólogos clínicos experimentados, familiarizados con la evaluación de los nódulos tiroideos y que pueden utilizar cada técnica de forma apropiada en el diagnóstico y seguimiento de esta patología^{8,9}. Un capítulo que no podemos explorar, dado el tipo de estudio que hemos realizado, es la ausencia de derivación de patología que necesita atención especializada producto de una detección insuficiente de determinados procesos. Hay que tener en cuenta que existen presentaciones atípicas que hacen más probable esta insuficiente detección¹⁰. Otros estudios anteriores tampoco han podido valorar esta no derivación de patología susceptible de beneficiarse de atención especializada¹¹, aspecto que queda como un área que requiere nuevos estudios. Indirectamente, este estudio, aunque por su naturaleza no pueda justificarlo cuantitativamente, sugiere que los médicos realizan una labor de control de una gran parte de la patología tiroidea. Esto se deduce de la frecuencia relativa en los pacientes de nuestro estudio de cuadros como el hipertiroidismo y el nódulo único, cuya prevalencia en la población es con toda seguridad mucho menor. Al contrario ocurre con el bocio simple o el hipotiroidismo.

Nuestro trabajo está limitado por el hecho de que se basa solamente en la revisión de los documentos de interconsultas que no tienen por qué reflejar el proceso que tiene lugar en la consulta. No obstante, no hay que olvidar que los documentos de interconsulta, junto con el informe del especialista, representan en la inmensa mayoría de los casos la única forma de comunicación entre el médico de atención primaria y el profesional del servicio especializado¹². Pero debemos reconocer las limitaciones de este tipo de estudios para entender el proceso de derivación,

y sin olvidar sus aportaciones, hay que reclamar un enfoque cualitativo que sea capaz de contribuir a entender las razones del comportamiento de los profesionales en esta área¹³.

Quizás también podría achacarse al trabajo un sesgo de selección, puesto que se han recogido los datos de 4 consultas de endocrinología y no de las 5 existentes. Esto ha sido debido a las características de esta quinta consulta, ya que en sus registros no se había especificado ningún caso visto de primera consulta por patología tiroidea. Ello podría suponer que no tenemos la seguridad de haber recogido todas las primeras derivaciones realizadas por patología tiroidea. No obstante, el objetivo del estudio no era calcular incidencia ni prevalencia de esta patología, sino analizar la calidad y justificación de las derivaciones.

Podemos afirmar que este trabajo sugiere que hay un margen importante de mejora en la atención a la patología tiroidea y que los criterios definidos en la guía están lejos de haber sido asumidos por completo. Queda por determinar si realmente los criterios de esta guía son aplicables en nuestro contexto y el impacto real que la guía ha tenido en la práctica de los profesionales de atención primaria de nuestra región, aunque hemos constatado que, de hecho, el porcentaje de derivación sobre el total de procesos de algunos cuadros que no requieren atención especializada, si se compara con el existente en los previamente a la elaboración y difusión de la guía clínica¹⁴, han descendido. Se han expresado dudas sobre la capacidad de las guías y recomendaciones para disminuir el número de derivaciones¹⁵, y en todo caso son necesarias intervenciones para reforzar su impacto y, sobre todo, garantizar que los profesionales tengan la formación y los recursos necesarios para aplicar sus criterios.

Bibliografía

1. Álvarez Nido R, Pérez Calpena C, Alonso Roca R, Monereo Mejías S. Papel del médico de atención primaria en el diagnóstico y seguimiento de la patología tiroidea. Aten Primaria 1994; 14: 877-879.
2. Serra M, Méndez MA, Davins J, Borrell M, Baxarias J, Ríos L. Patología tiroidea en un centro de salud. Aten Primaria 1995; 15: 457-460.
3. Rodríguez Carrillo C, Minue Lorenzo C, Bru Amatégui S, Calvo Corbella C. Estudio descriptivo del uso de pruebas de función tiroidea en un centro de salud. Aten Primaria 1995; 16: 57-58.
4. Agreda Peiró J, Loayssa Lara JR, Menéndez Torre E. Bocio y nódulos tiroideos. Guía de actuación en la consulta médica de atención primaria. Pamplona: Dirección de Atención Primaria-Servicio Navarro de Salud 1994.
5. Díez JJ. Nodulo tiroideo solitario: valoración clínica, diagnóstico y tratamiento. Aten Primaria 1994; 13: 499-506.
6. Thomas WEG. Thyroid swelling a protocol for management. J R Soc Med 1998; 91 (Supl 33): 21-27.
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 de atención primaria. Aten Primaria 1989; 6: 714-718.
8. Singer PA, Cooper DS, Daniels GH, Ladenson PW, Greenspan FS, Levy EG et al. Treatment guidelines for patients with thyroid nodules and well-differentiated thyroid cancer. Arch Intern Med 1996; 156: 2165-2172.
9. Feld S. FACE. Chairman: Thyroid Nodule Task Force. AACE clinical practice guidelines for the diagnosis and management of thyroid nodules. Endocrine Pract 1999; 1: 78-84.
10. Rubio Ruiz JM, Pérez Mena MA, Cirujano Pite F, Nieto Clemente IM, Martín Blázquez MF, Salcedo Joven V. Formas atípicas de presentación del hipotiroidismo primario en atención primaria. Aten Primaria 1992; 10: 617-619.
11. Arribas Mir L, Muñoz de Benito RM, Alguacil Cubero P, Berjano Coquillat P, López Hernández B. Pruebas de función tiroidea y su utilización por el médico general. Aten Primaria 1993; 11: 11-17.

12. Westerman RF, Hull FM, Bezwemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 445-449.
13. King M, Bailey S, Newton P. Analyzing general practitioners' referral decisions. I Developing a analytical framework. *Fam Pract* 1994; 11: 3-8.
14. Loayssa Lara JR, Extramiana Cameno E, Olmedo Cruz O, Garde Garde C, García Pérez L. Análisis de la derivación a endocrinología por patología tiroidea desde atención primaria. Comunicación presentada al XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Playa de Aro-Costa Brava. 15-18 de noviembre de 1995.
15. Fertig A, Boland M, King H, Moore I. Understanding variation in rates of referral among general practitioners: are inappropriate referrals important and would guidelines help to reduce rates? *BMJ* 1993; 307: 1967-1970.