



**Universidad de Valladolid**  
**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso académico 2013/14**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**ENFERMERÍA COMUNITARIA.**

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA  
EN EL PACIENTE CON DISFUNCIÓN TIROIDEA**

**Autor/a: ESTHER CALLEJA GALINDO**

**Tutor/a: ESTHER TORRES ANDRÉS**



## RESUMEN

Actualmente en Castilla y León el tratamiento y seguimiento de los enfermos tiroideos desde la consulta médica en Atención Primaria es muy escaso, reduciéndose a una única determinación de los niveles sanguíneos de TSH, T3 Libre, T4Libre y anticuerpos antitiroideos una vez al año, en lo mejor de los casos. Respecto a lo que acontece a la consulta de enfermería su papel es prácticamente nulo.

Este trabajo ha sido elaborado para remarcar la relevancia del tratamiento, control y seguimiento de las enfermedades tiroideas desde Atención Primaria, tanto desde el punto de vista médico como enfermero, éste último con un mayor ahínco. Dado que dichas patologías poseen una alta prevalencia y constituyen una gran cantidad del número de consultas en el Centro de Salud. Para ello, se ha realizado un protocolo de actuación para el tratamiento y seguimiento de estos enfermos desde Atención Primaria e introducirlos dentro de la Cartera de Servicios de Castilla y León, ya que aún cumpliendo todos los requisitos para ser un enfermo crónico, no están contemplados en ella. Además para proporcionar un mayor peso al papel de la enfermería, se ha elaborado un plan de cuidados para orientar el seguimiento y los cuidados que debe proporcionar el personal de enfermería a las personas que padecen hipotiroidismo y nódulos tiroideos; y así mejorar las condiciones de vida de estos pacientes.

Palabras clave: **Disfunciones tiroideas, paciente crónico, consulta de enfermería, Cartera de Servicios**



## **INDICE**

1. <u>Justificación</u>	3
2. <u>Objetivos</u>	4
3. <u>Desarrollo del tema</u>	5
3.1. <u>Introducción</u>	5
3.2. <u>Atención de pacientes con disfunción tiroidea</u>	8
3.3. <u>Cartera de Servicios disfunción tiroidea</u>	11
3.4. <u>Plan de cuidados de la disfunción tiroidea</u>	16
4. <u>Conclusiones</u>	23
5. <u>Bibliografía</u>	24
6. <u>Anexos</u>	26



## 1. JUSTIFICACIÓN

Las alteraciones en el funcionamiento de la glándula tiroidea son una serie de patologías que presentan una alta incidencia en las consultas de Atención Primaria dentro del área de salud en Castilla y León. Estas enfermedades tiroideas tienen una elevada prevalencia en todas las edades y especialmente en el sexo femenino. Por ello, el Hospital Clínico Universitario de Valladolid el pasado mes de enero ha puesto en marcha la *primera unidad de alta resolución de Castilla y León para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades tiroideas*. Dicha unidad forma parte de un plan integral de atención de la patología tiroidea, coordinando la atención especializada y la atención primaria.

Las enfermedades tiroideas más comunes, hipotiroidismo, hipertiroidismo y nódulos tiroideos, son enfermedades crónicas. Una vez diagnosticada la patología tiroidea oportuna y pautado el tratamiento que debe mantener el paciente, el seguimiento se debe realizar desde la consulta de Atención Primaria, tanto por parte de la consulta médica como de enfermería. Por ello, se debería llevar un correcto control y seguimiento desde la consulta de enfermería en Atención Primaria, como ocurre en otras enfermedades crónicas: obesidad, diabetes mellitus, EPOC e hipertensión arterial. Sin embargo, actualmente desde dicha consulta existe un nulo seguimiento de los enfermos con disfunción tiroidea. Debido a lo expuesto anteriormente se ha realizado una comparativa de las disfunciones tiroideas con otras patologías crónicas, intentando hacer un protocolo de control y seguimiento basado en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León.



## 2. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- Elaborar un protocolo de atención al paciente con disfunción tiroidea basado en el programa establecido por el SACYL en el paciente crónico.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar un plan de actuación práctico para el manejo de las disfunciones tiroideas desde la consulta de enfermería de Atención Primaria.
- Lograr un correcto seguimiento y control de los enfermos tiroideos.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con hipotiroidismo y nódulos tiroideos.
- Establecer un plan de cuidados de enfermería estandar para las disfunciones tiroideas.
- Remarcar la importancia de las disfunciones tiroideas.



### 3.1 INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista embrionario el tiroides es la primera glándula en desarrollarse procedente del endodermo, apareciendo alrededor de los días 16-17 y alcanza su localización definitiva durante los días 40-50 desde la concepción.

El tiroides es una glándula impar y media, localizada en la cara anterior del cuello. Está formado por dos lóbulos situados a ambos lados de la parte superior de la traquea unidos mediante un istmo. Se encuentra muy bien irrigado, derivado de las arterias tiroideas superiores (ramas de las arterias carótidas) y las inferiores (ramas de las arterias subclavias).

La glándula tiroidea es la encargada de la producción de las hormonas tiroideas, triyodotironina T3 y la tiroxina T4. La síntesis de dichas hormonas es regulada por la adenohipófisis mediante la liberación de tirotropina (TSH), que a su vez es regulada por el hipotálamo a través de liberación de la hormona liberadora de tirotropina (TRH). Los niveles de T3 y T4 producen una retroalimentación negativa sobre la adenohipófisis y el hipotálamo, de tal forma que niveles elevados de estas hormonas produce disminución de TSH y el descenso de éstas provoca el aumento de la misma.

Las disfunciones tiroideas comprenden al hipotiroidismo, hipertiroidismo y los nódulos tiroideos. Es importante conocer que los nódulos tiroideos suelen cursar con hipotiroidismo. Por ello, desde Atención Primaria el seguimiento y control se realiza de forma similar que el hipotiroidismo. Sin embargo, el paciente hipertiroides es llevado desde Atención Especializada.

#### HIPOTIROIDISMO

El **hipotiroidismo** es la situación clínica producida por un déficit de hormonas tiroideas en los tejidos diana de dichas hormonas, lo cual provoca una lentificación generalizada de los procesos metabólicos.

Según la etiología que produce el déficit de hormona tiroidea, se puede clasificar en:

- **Hipotiroidismo primario:** fallo en la glándula tiroidea; se produce un aumento de TSH, sin embargo, se presenta una T4 disminuida (**hipotiroidismo franco**) o una T4 normal (**hipotiroidismo subclínico**).

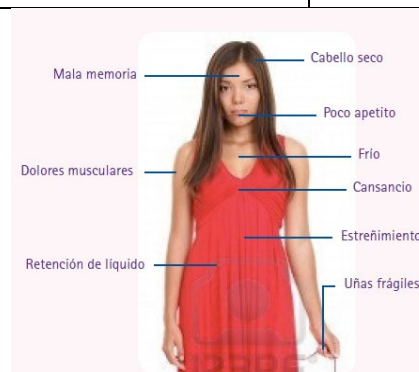
- **Hipotiroidismo secundario:** fallo la glándula hipófisis, es debido a una disminución de la secreción de TSH y, por lo tanto, una T4 también disminuida.
- **Hipotiroidismo terciario:** fallo en el hipotálamo; fallo en la liberación de TRH, por lo que presenta tanto una TSH disminuida como una T4 disminuida.
- Resistencia periférica de las hormonas tiroideas.

Las manifestaciones clínicas son muy diversas, debido a que las hormonas tiroideas actúan en diferentes partes del organismo. Los signos y síntomas son independientes de la causa que produzca dicha patología. Sin embargo, dichos signos y síntomas si son dependientes de la severidad del déficit hormonal, del tiempo de evolución y la repercusión en los diferentes tejidos.

ENDOCRINO	DIGESTIVO	OSTEOMUSCULAR	REPRODUCTIVOS
Bocio	Estreñimiento	Rigidez muscular Astenia Fatiga	Menorragia Infertilidad Disminución de libido
RESPIRATORIO	TEGUMENTOS	CARDIOVASCULAR	METABÓLICO
Derrame pleural	Caída de cabello Uñas quebradizas. Piel seca y áspera Edema sin fovea	Hipotensión Bradicardias Arritmias Cardiomegalia Anemia	Hipotermia Anorexia Aumento de peso

**NEUROLÓGICO**

- Parestesias en manos y pies
- Letargo, confusión y somnolencia
- Disminución de los reflejos
- Deterioro de la memoria



Fuente: [www.merkformaciontiroides.com](http://www.merkformaciontiroides.com)<sup>19</sup>

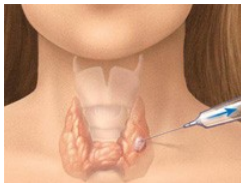
## NÓDULOS TIROIDEOS

Un **nódulo tiroideo** es una lesión ubicada en la glándula tiroides que puede ser palpable o demostrable ecográficamente. Esta lesión localizada en la tiroides puede ser única (nódulo solitario) o encontrarse varias lesiones, siendo una de estas la más importante (nódulo dominante). La mayoría de los nódulos son benignos aunque hay un riesgo del 5-7% de que estos se malignicen. La incidencia es mayor en el sexo femenino y aumenta con la edad.

En la exploración de los nódulos debemos fijarnos en la firmeza, movilidad y tamaño de dicho nódulo, si posee o no adhesión a estructuras circundantes, si se presenta más de un nódulo tiroideo y si se han desarrollado adenopatías.

Ante la aparición de un nódulo tiroideo se debe realizar el seguimiento dependiendo de las características del mismo:

- Nódulo inferior a 1 cm → Seguimiento desde Atención Primaria.
- Nódulo de 1.0 a 1.5 cm o ecografía sospechosa → PAAF (Punción-aspiración con aguja fina).
  - Nódulo maligno → Intervención quirúrgica.
  - Nódulo benigno → Seguimiento desde Atención Primaria y reevaluación en 6-12 meses del tamaño, mediante examen físico o ecografía del tiroides.



Fuente: Instituto quirúrgico de Andalucía<sup>18</sup>

Si el nódulo cree se debe repetir la PAAF y el examen citológico para verificar diagnóstico.





### **3.2 ATENCIÓN DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN TIROIDEA**

En España los últimos años se está observando un gran envejecimiento de la población debidofundamentalmente a dos factores el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad. Este cambio demográfico ha tenido una importante influencia sobre el Sistema de Salud, ya que con ello se ha observado un aumento de la demanda de la atención sanitaria de las enfermedades crónicas. Según la OMS entendemos como enfermedad crónica “aquella enfermedad cuya duración es larga (al menos 6 meses) y de progresión generalmente lenta. Además, suelen poseer una alta prevalencia en la población y son irreversibles”.<sup>17</sup>

Actualmente, en el territorio español se está experimentando un incremento de la prevalencia de estas patologías crónicas. Diversos estudios demuestran que la atención a las enfermedades crónicas supone el 70% de los recursos sanitarios y, al menos, el 50% del gasto sanitario.<sup>20</sup> Esto se debe a que los enfermos crónicos generan más de la mitad de los ingresos hospitalarios y la mayor parte de las consultas de Atención Primaria.

Debido a lo anterior, los enfermos con patologías crónicas van a necesitar una serie de atenciones y cuidados desde Atención Especializada. Además de esto, también va a ser muy impotante el seguimiento, control y cuidados específicos proporcionados desde la Atención Primaria. El sistema de salud de Castilla y León (SACYL) ha elaborado la **Estrategia de Atención al Paciente Crónico**(ANEXO II), con el fin de proporcionar a estos pacientes una atención integral de calidad ajustada al nivel de cuidados que estos necesitan y en coordinación con el ámbito social, todo ello dentro de un entorno de sostenibilidad.

Mediante esta estrategia de atención al paciente crónicose intenta alcanzar los siguientes objetivos:

- Asegurar la continuidad asistencial durante el proceso de enfermedad.
- Potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente en su propia enfermedad.
- Innovación y gestión del conocimiento.



Estos objetivos, en los que se basa ésta estrategia de atención, se llevan a cabo gracias a 7 líneas de atención:

1. Integración social.
2. Continuidad con la atención sociosanitaria.
3. Adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico.
4. Autocuidado, corresponsabilidad y participación.
5. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
6. Tecnologías facilitadoras del cambio.
7. Formación e investigación.

Las enfermedades tiroideas son patologías bastante frecuentes en la población española y concretamente en Castilla y León. Esto se da sobre todo en el caso del hipotiroidismo y los nódulos tiroideos. Según diferentes estudios la prevalencia del hipotiroidismo en la población occidental alcanza aproximadamente el 1%, aunque debemos conocer que una parte de la población afectada por esta patología no está diagnosticada. Esto se debe a que su clínica se instaura de forma lenta y sus síntomas los podemos adjudicar a otras muchas patologías y por tanto, su frecuencia es mayor a ese 1%.<sup>7</sup>

Un estudio llevado a cabo entre los años 1992 y 2000 en Castilla y León, realizado a través del consumo de hormona tiroidea (dicha hormona constituye el tratamiento médico específico del hipotiroidismo), estima la prevalencia de la enfermedad en ésta población alcanzando al finalizar el estudio los 489 casos por cada 100.000 habitantes.<sup>5</sup> Diversos estudios demuestran que la población femenina adulta presenta una incidencia aproximada de 2,-3,5% de la población, más elevada que la de los varones que constituye escasamente un 0,2-0,6%. Con respecto a la población infantil esta patología tiene una gran importancia, ya que el hipotiroidismo congénito en el niño o lactante da como resultado la lentificación evidente del crecimiento y desarrollo, con consecuencia graves para toda la vida. El hipotiroidismo congénico se determina a través de la realización de un screening neonatal a todos los recién nacidos a las 48-72 tras el nacimiento, gracias al *Programa de detección precoz de enfermedades congénitas*, como son más comunmente conocida, prueba del talón.



La impotancia de dichas enfermedades recae en las alteraciones que causa la utilización y producción deficitaria de las hormonas tiroideas, afectando a los principales sistemas del organismo humano, tales como el sistema digestivo, cardiovascular, respiratorio, reproductor y neuromuscular.

La Cartera de Servicio de Atención Primaria del SACYL del año 2011 (actualmente en rigor) es un instrumento de trabajo para los profesionales. Se basa en proporcionar aquellas prestaciones susceptibles de realizar desde este nivel asistencial, respondiendo a la demanda de la población. En sus últimas publicaciones proponen como novedad la atención a problemas de alta prevalencia en Atención Primaria, haciendo incapié en la atención integral de las enfermedades crónicas mediante la *Estrategia de Atención al Paciente crónico*. Las disfunciones tiroideas son enfermedades crónicas, como se ha dicho anteriormente, en Castilla y León poseen una alta prevalencia y constituyen una gran cantidad de las consultas en Atención Primaria. A pesar de todo el paciente tiroideo no está incluido, pese a cumplir todos los requisitos para llevar a cabo su atención.

Aprovechando la nueva *Guía de Integración Asistencial sobre la Patología Tiroidea* (ANEXO I) que ha elaborado el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, en la cual indica que el tratamiento y seguimiento de ciertas disfunciones tiroideas, tales como: nódulos menores de 1 cm con palpación o ecografía no sospechosa, hipotiroidismo subclínico con niveles de entre 4,2 y 10 de TSH; e hipotiroidismo primario sin riesgo, se debe realizar desde la consulta de Atención Primaria. Debido lo expuesto anteriormente se ha confeccionado un protocolo de Cartera de Servicios para el paciente con disfunción tiroidea similar al de otros pacientes crónicos, como puede ser el paciente hipertenso (ANEXO III), para llevarse a cabo desde el Centro de Salud. Este nuevo protocolo se presenta a continuación.

Se debe tener en cuenta que este protocolo de actuación está centrado en el adulto, por lo que el paciente infantil y la mujer embarazada no han sido valorados. Debido a que su control y seguimiento es llevado por parte de Atención Especializada. Al igual que el paciente con hipertiroidismo que también será llevado desde este nivel de atención.



### **3.3 CARTERA DE SERVICIOS DISFUNCIÓN TIROIDEA**

#### **POBLACIÓN DIANA**

Personas de 15 o más años de edad que cumpla criterios diagnósticos de Hipotiroidismo y/o nódulos tiroideos.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Personas de 15 o más años de edad que cumplan los siguientes criterios diagnósticos:

- Registro en la Historia Clínica de niveles de TSH elevada y T4 Libre elevada.
- Presencia de hiperplasias de la glándula tiroides o nódulos tiroideos.

\*Población de riesgo de padecer hipofunción tiroidea:

- Mujeres mayores de 50 años.
- Ancianos.
- Antecedentes personales y/o familiares de primer nivel con enfermedad tiroidea.
- Antecedentes personales de enfermedad autoinmune.
- Pacientes con Síndrome de Down.
- Mujeres a las 4-8 semanas del postparto.
- Bocio.
- Depresión.
- Tratamiento con Litio o Amiodarona.



## INDICADOR DE RESULTADOS

- Porcentaje de pacientes diagnosticados de Hipotiroidismo con cifras de TSH dentro de la normalidad.
- Porcentaje de pacientes diagnosticados de Nódulos tiroideos, con seguimiento anual de los mismos y los derivados a Atención Especializada “Consulta de alta resolución de patología tiroidea”.

## INDICADOR DE COBERTURA

Nº de personas de 15 o más años de edad que cumplan criterios de inclusión.

---

Nº de personas de 15 o más años de edad.

**En la Historia Clínica de toda aquella persona incluida en el servicio, quedará registrado:**

## DIAGNÓSTICO

Según criterio de inclusión.

## CLASIFICACIÓN

- Todo paciente con hipotiroidismo deberá clasificarse según su clínica (subclínico/ Primario) y su riesgo (ancianos, cardiópatas, niños y embarazadas).
- Todo paciente con nódulo/ nódulos o Bocio multinodular se clasifican según el tamaño de los mismos, mayores o menores de 1 cm y sospecha de malignidad.



## ANAMNESIS

- Antecedentes familiares de patología tiroidea.
- Antecedentes personales de enfermedad autoinmune, depresión.
- Ingesta de fármacos: Litio o Amiodarona.
- Síntomas guía:
  - Astenia y/o somnolencia.
  - Piel seca, áspera y fría.
  - Descenso de la sudoración.
  - Estreñimiento.
  - Hipoacusia, ronquera.
  - Edema periorbitario.
  - Enlentecimiento.
  - Reflejos retardados.
  - Aumento de peso.

## EXPLORACIÓN

La exploración se debe realizar de forma anual.

- Peso con talla de referencia.
- Auscultación cardiopulmonar.
- Pulso perifericos
- Reflejo aquileo
- Edemas.

## ANALÍTICA

Desde el diagnóstico y una vez al año:

TSH, T4 Libre, Hemograma, glucosa, creatinina, colesterol, triglicéridos, V.S.G.

\* En las mujeres en edad fértil o embarazadas, debe disponer de una analítica previa de hormonas tiroideas.



## ECCG

- ~ Desde el diagnóstico.
- ~ 1 al año.

**Excepción:** pacientes inmovilizados en el domicilio los dos últimos años.

## ECOGRAFÍA

Si existe crecimiento de la glándula tiroidea o presencia de uno o varios nódulos tiroideos.\*

\* Bocio multinodular/ nódulo único > 1 cm ó sospechoso, enviar a biopsia.

- Ecografía anual si nódulos o bocio.
- Ecografía cada 4/ 5 años si PAAF (punción aspiración con aguja fina) negativo.

\*En pacientes ancianos con patologías graves no será necesaria la realización de la ecografía tiroidea.

## CONSEJO

Consulta de Enfermería → Al menos 1 vez al año:

- Dieta.
- Ejercicio físico.
- Hábitos saludables.

(Plan de cuidados en el paciente con disfunción tiroidea).



## SEGUIMIENTO

Al menos un control anual.

- Cada 6/ 8 semanas hasta alcanzar dosis terapéutica.
- Una vez alcanzado la dosis estable primer control a los 6 meses y después anualmente.

Se realiza a pacientes que presenten:

- Nódulos menores de 1cm con palpación/ ecografía no sospechosa.
- Hipotiroidismo Subclínico entre 4,2 y 10 de TSH.
- Hipotiroidismo Subclínico >10 de TSH.
- Hipotiroidismo Primario sin riesgo.

\* En los casos de Hipotiroidismo Primario con riesgo (ancianos, cardiopatas, embarazadas y niños), Hipotiroidismo Subclínico TSH entre 4,2-10, en caso de duda, terapia o embarazo, en el bocio multinodular/nódulo único > 1cm o sospechoso, el seguimiento en Atención Primaria se realizará tras resolución del proceso y alta por parte de Atención Especializada.

## TRATAMIENTO

El tratamiento farmacológico inicial de los pacientes con Hipotiroidismo será Levotiroxina sódica para conseguir unos niveles de TSH dentro de los límites de referencia.





### **3.4 PLAN DE CUIDADOS DE LA DISFUNCIÓN TIROIDEA**

A continuación se presenta el plan de cuidados para el seguimiento y tratamiento de la disfunción tiroidea: hipotiroidismo y nódulos tiroideos, desde la consulta de enfermería de Atención Primaria. Debido a que la gran mayoría de los nódulos tiroideos cursan con hipotiroidismo presentando disminución de las hormonas tiroideas o son eutiroideos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en algunos pacientes estos nódulos tiroideos cursan con síntomas de hipertiroidismo como son dificultad para concentrarse, aumento de las deposiciones, aumento de apetito, aumento de la sudoración y pérdida de peso, entre otros. Estos pacientes son derivados a Atención Especializada para su seguimiento, por lo que no los han sido valorados.

### **PATRÓN DE PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD**

**Valoración enfermera:** Alteración de la calidad de vida y las causas que la conllevan. Desconocimiento de la enfermedad, medicación y pauta de tratamiento.

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INTEVENCIONES/ACTIVIDADES
(00078) Manejo inefectivo del régimen terapéutico.	(1803) Conocimiento: proceso de enfermedad.  (1813) Conocimiento: régimen terapéutico.  (1824) Conocimiento: cuidados de la enfermedad.	<b>(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.</li> <li>- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.</li> <li>- Describir los síntomas y signos comunes de la enfermedad.</li> <li>- Identificar cambios en el estado físico del paciente.</li> <li>- Describir las posibles complicaciones crónicas.</li> <li>- Enseñar al paciente medidas para controlar y minimizar sus síntomas.</li> </ul> <b>(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento.</li> <li>- Informar al paciente acerca del propósito y acción de</li> </ul>



		<p>cada medicamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y hora de administración del medicamento.</li> <li>- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.</li> <li>- Proporcionar información escrita al paciente acerca de la acción, propósito y efectos secundarios de los medicamentos.</li> </ul> <p><b>(2380) Manejo de la medicación.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse.</li> <li>- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.</li> <li>- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del regimen de medicación prescrito</li> </ul>
--	--	---

### VALORACIÓN DEL PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

**Valoración enfermera:** Alteración nutricional desencadenada por los cambios metabólicos. En algunos procesos también se ve afectado por odinofagia.

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS	INTEVENCIONES/ACTIVIDADES
(00163) Disposición para mejorar la nutrición.	(1004 ) Estado nutricional.  (1628) Conducta de mantenimiento del peso.  (1802) Conocimiento: dieta.	<b>(5246) Asesoramiento nutricional.</b>  - Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.  - Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.  - Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cammbio del estado nutricional
(00103) Deterioro de la deglución.	(1010) Estado de la deglución.	<b>(1860) Terapia de deglución.</b>  - Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada.  - Controlar el peso corporal.  - Vigilar la hidratación corporal.



### VALORACIÓN PATRÓN ELIMINACIÓN

**Valoración enfermera:** Alteración en el patrón de eliminación ocasionado por el descenso de la motilidad intestinal, debido a la disminución del metabolismo del organismo y posterior eliminación fecal.

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INTERVENCIONES/ACTIVIDADES
(00011) Estreñimiento.	(0501) Eliminación intestinal.	<b>(0440) Entrenamiento intestinal.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personas relacionadas.</li><li>- Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.</li><li>- Asegurar al paciente una ingesta adecuada de líquidos.</li><li>- Enseñar al paciente y/o familia los principios de la educación intestinal.</li><li>- Enseñar al paciente la dilatación rectal digital.</li></ul>

### VALORACIÓN DEL PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

**Valoración enfermera:** Presencia de astenia y fatiga relacionado con la disminución de hormonas tiroideas. Reducción del gasto cardiaco.

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INTERVENCIONES/ACTIVIDADES
(00092) Intolerancia a la actividad	(2004) Forma física.  (0007) Nivel de fatiga.	<b>(0200) Fomento del ejercicio.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Animar al individuo a empezar o continuar con la actividad.</li><li>- Ayudar al individuo a establecer un programa de ejercicios adecuado a las necesidades.</li><li>- Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.</li><li>- Asociar la realización de ejercicio con una mejora del bienestar.</li><li>- Controlar el programa de actividades por el paciente.</li></ul>



		<p><b>(0108) Manejo de la energía.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad.</li> <li>- Facilitar la alternancia de periodos de descanso y actividad.</li> <li>- Planificar las actividades para los periodos en los que el paciente tenga más energía.</li> <li>- Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía.</li> </ul> <p><b>(3390) Ayuda a la ventilación.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener la vía aérea permeable.</li> <li>- Fomentar una respiración lenta y profunda.</li> <li>- Deambular de 3 a 4 veces al día.</li> <li>- Enseñar técnicas de respiración.</li> <li>- Observar si hay fatiga muscular respiratoria.</li> </ul>
(00029) Disminución del gasto cardíaco.	(1914) Control del riesgo cardiovascular.	<p><b>(4040) Cuidados cardiacos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer la presencia de la presión sanguínea.</li> <li>- Establecer ejercicios y periodos de descanso para prevenir la fatiga.</li> <li>- Promover la disminución del estrés.</li> </ul>

### DOMINIO SUEÑO- DESCANSO

**Valoración enfermera:** Dificultad para tener un buen descanso nocturno ocasionado por la somnolencia diurna.

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INTERVENCIONES/ACTIVIDADES
(00165) Disposición para mejorar el sueño.	(0003) Descanso.  (0004) Sueño.	<p><b>(1850) Mejorar el sueño.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño.</li> <li>- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición sueño-vigilia.</li> <li>- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.</li> <li>- Enseñar al paciente a realizar relajación muscular.</li> </ul>



## DOMINIO COGNITIVO-CONCEPTUAL

**Valoración enfermera:** Pérdida de memoria y reducción de las relaciones sociales.

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INTERVENCIONES/ACTIVIDADES
(00122) Trastorno de la percepción sensitiva.	(0902) Comunicación.	<b>(5100) Potenciación de la socialización.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fomentar compartir problemas comunes con los demás.</li><li>- Solicitar y esperar comunicaciones verbales.</li><li>- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.</li><li>- Animar al paciente a desarrollar relaciones.</li><li>- Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.</li></ul>
(00131) Deterioro de la memoria.	(0908) Memoria.	<b>(4760) Entrenamiento de la memoria.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Llevará cabo técnicas de memoria adecuadas.</li><li>- Recordar experiencias pasadas con el paciente.</li><li>- Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes.</li><li>- Controlar cambios en la memoria.</li></ul>
(00132) Dolor crónico.	(1605) Control del dolor.  (2102) Nivel del dolor.  (1843) Conocimiento: manejo del dolor.	<b>(1400) Manejo del dolor.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluye la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad e intensidad.</li><li>- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</li><li>- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida.</li><li>- Explorar con el paciente los factores que alivian o desencadenan el dolor.</li><li>- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas.</li><li>- Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.</li></ul>



### **DOMINIO AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO**

**Valoración enfermera:** Desagrado de su imagen corporal producido por los cambios causados por la enfermedad.

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INTERVENCIONES/ACTIVIDADES
(00118) Trastorno de la imagen corporal.	(1205) Autoestima.	<b>(5220) Potenciación de la imagen corporal.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía.</li><li>- Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo.</li><li>- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.</li><li>- Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.</li><li>- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.</li></ul>

### **DOMINIO ROL-RELACIONES**

**Valoración de enfermería:** Enlentecimiento de los procesos del pensamiento.

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES
(00052) Deterioro de la interacción social.	(5100) Modificación psicosocial: cambio de vida.	<b>(1305) Potenciación de la sociabilización.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas.</li><li>- Animar al paciente a desarrollar relaciones.</li><li>- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.</li><li>- Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.</li></ul>



### **DOMINIO: SEXUALIDAD/ REPRODUCCIÓN**

**Valoración enfermera:** Disminución de la apetencia sexual debido a la infertilidad, al cambio de la imagen corporal y a la presencia de astenia y somnolencia.

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES
(00059) Disfunción sexual.	(0119) Funcionamiento sexual.	<b>(5248) Asesoramiento sexual.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Discutir el efecto de la situación de enfermedad sobre la sexualidad.</li><li>- Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y hacer preguntas.</li><li>- Discutir la necesidad de modificaciones de la actividad sexual.</li><li>- Discutir el efecto de la medicación sobre la sexualidad.</li><li>- Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y hacer preguntas.</li><li>- Incluir al compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible.</li></ul>

### **DOMINIO: ADAPTACIÓN/ TOLERANCIA AL ESTRÉS**

**Valoración enfermera:** Sentimiento de preocupación debido al proceso de enfermedad, pronóstico y tratamiento.

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES
(00148) Temor.	(1302) Afrontamiento de problemas.  (1404) Autocontrol del miedo.	<b>(5230) Aumentar el afrontamiento.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento.</li><li>- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.</li><li>- Animar la implicación familiar.</li></ul> <b>(5270) Apoyo emocional.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.</li><li>- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li></ul>



#### **4. CONCLUSIONES**

Las patologías tiroideas, como son el caso del hipotiroidismo y los nódulos tiroideos son enfermedades de carácter crónico, que suelen mantenerse durante un largo periodo de tiempo o durante toda la vida. Por ello, las personas que padecen dichas patologías deben ser consideradas paciente crónico. Sin embargo, la *Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León* no contempla a los pacientes que padecen dichas patologías tiroideas a pesar de tratarse de pacientes crónicos, aún cumpliendo éstos todos los requisitos para poder formar parte de la estrategia mencionada.

Debido a lo anterior, se ha llevado a cabo este protocolo de actuación en el paciente con disfunción tiroidea, para que desde Atención Primaria se pueda desarrollar su seguimiento y control, y además poder proporcionar los cuidados oportunos a este tipo de pacientes. Además se debe tener en cuenta la poca información que disponen estos enfermos, por lo que es conveniente proporcionar una correcta educación para la salud y así evitar los errores más frecuentes, resolver las dudas y desipar los miedos. El personal de enfermería, debido a que es el primer contacto con el paciente, es el más indicado para proporcionar la educación para la salud y los cuidados oportunos desde la consulta de enfermería en Atención Primaria.





## 5. BIBLIOGRAFIA

1. Sociedad Española de endocrinología pediátrica. Sección de la Asociación Española de pediatría. 3º curso de formación de postgrado Sevilla 1997. Barcelona 1998.
2. Gardner DC, Shoback D. Greenspan. Endocrinología básica y clínica. 9ª ed. Mc Graw Hill; 2011.
3. Amarilla Gundín M, Arena Ansótegui J, Arrizabalaga Abásolo JJ, Díaz-Cadornica FJ, Donnay Candil, Escobar del Rey F, et al. Yodo y sal en el Siglo XXI. Madrid: European Pharmaceutical Law Group.
4. LeMone P, Burke K. Enfermería medicoquirúrgica: Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Vol. 1. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2009.
5. Díaz madero A, López Ferreras A. Estimación de la prevalencia del hipotiroidismo en Castilla y León y su evolución desde 1992 al 2000 a través del consumo de hormonas tiroideas. Rev Esp Salud Pública. 2001; 4 Julio-Agosto: 345-52.
6. Marí Silva MC, Toderescu P, Alonso Gordo JM, Pérez Rodríguez MI, Sánchez González MC, Dumbraveanu A. Hipotiroidismo en tratamiento en el Área de Salud de Guadalajara (España): características y prevalencia estimadas a partir del consumo de hormona tiroidea. Rev Clin Med Fam. 2012; 5 (2): 89-96.
7. Pérez Unanua MP, Mateo Pascual C, Muñoz González Y, Ruíz Begué M, Ortega Inclán. Manejo de la patología tiroidea en Atención Primaria I. Cribado de patología tiroidea. Hipotiroidismo. Semergen. 2008; 34(9): 450-4.
8. Roa Llamazares C, Martínez Amor O, Muñoz Cabello E, Urraca González E, Guillén Rubio F, Díaz Ávila I, et al. Alteraciones funcionales y/o morfológicas del tiroides. Ruta asistencial de coordinación primaria especializada. Dirección de procesos asistenciales Gerencia de Área de Puertollano.
9. De Luis Román D, González Peláez JL, Aller R, González Sagredo M, Cuellar L, Terroba MC. Hipotiroidismo: implicaciones clínicas y económicas en un área de salud. An Med Interna. Madrid 2003; 20: 127-33.
10. Niño Martín V. Cuidados enfermeros al paciente crónico II-Serie Cuidados Avanzados-. Ediciones Difusión Avances Enfermería. 2011.



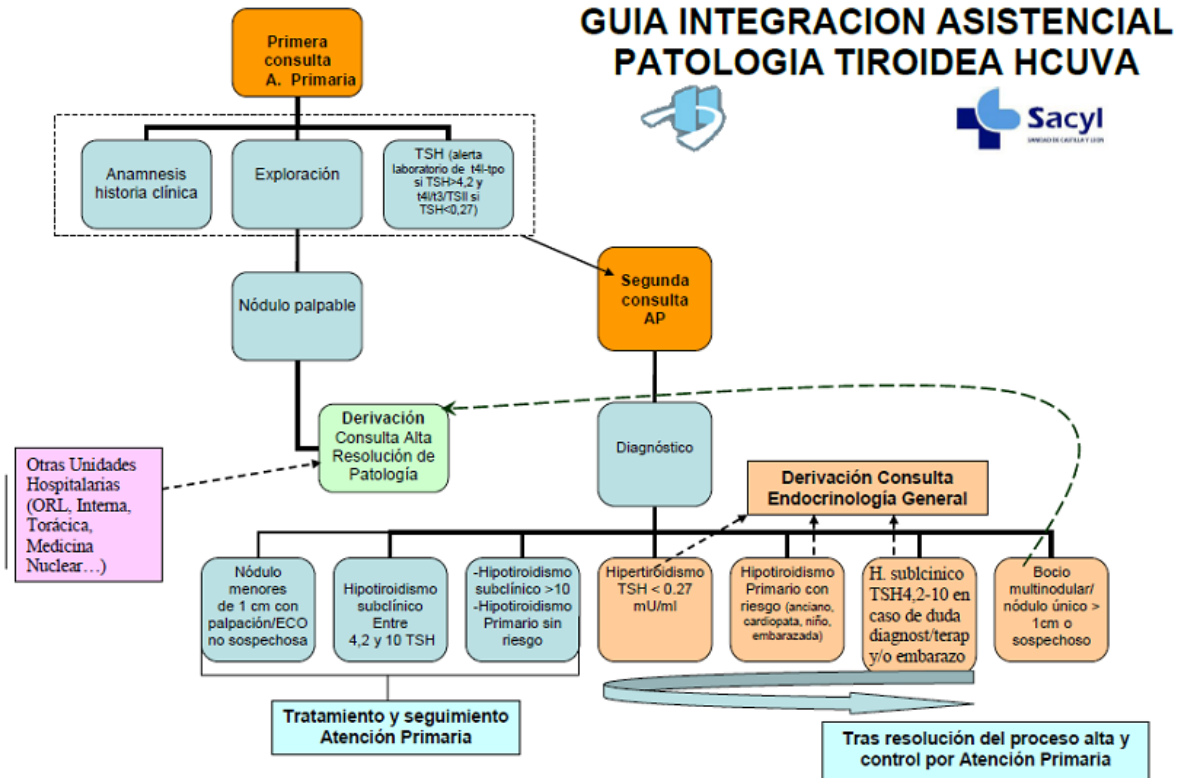
11. Díaz Soto G, De Luis A, Romero E, Torres B, López JJ, Villar A. Manejo tratamiento y seguimiento del nódulo tiroideo/ bocio multinodular 2013. Actualización en patología tiroidea. Valladolid. 2013.
12. De Luis DA, Romero E, Díaz Soto G, Torres B, López JJ, VillarA, et al. Guía de integración asistencial primaria-especializada de patología tiroidea y creación de una consulta de alta resolución de nódulo tiroideo en el área Este de Valladolid (Servicio de endocrinología y nutrición del H.U.C.V Gerencia Atención Primaria área Este). 2013.
13. Trincado P. Tiroides y climaterio. Rev Med Clin Condes. 2009; 20 (1): 55-60.
14. Heather herdman T. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación (2012-2014). 9ª ed. Barcelona: Elsevier;2012
15. Moorhead S., Johnson M., Swason E., Maas M., Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009
16. Jonhson M., Bulechek G., Butcher H, Mc Closkey Dochterman J., Maas M., Moorhead S., Swason E. Intervenciones NANDA, NIC y NOC. 2ªed. Barcelona: Elsevier; 2007.
17. Temas de salud: enfermedades crónicas. [Sede web]. Organización Mundial de la Salud. [Acceso 5 de junio de 2014]. Disponible en:  
[http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
18. Cirugía endocrina. [Sede web]. Instituto Quirúrgico de Andalucía. [Acceso 2 de junio 2014]. Disponible en: <http://iqaquiron.com/portal/cirugia-endocrina/>
19. Donnay Candil S, Lucas Martin AM. Curso práctico online sobre tiroides y manejo de los trastornos tiroideos. [Sede web]. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Disponible en: <http://www.merckformaciontiroides.com/curso-practico-tiroides/modulo-2.php>
20. López Lozano J, Cordero Guevara J, Palomo García JL, Fuentes Estallo J, Santamaría Gabadón F, Borrás Montaner E, et al. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Gerencia Regional de salud. 2011.
21. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Junta de Castilla y León.



# **ANEXOS**

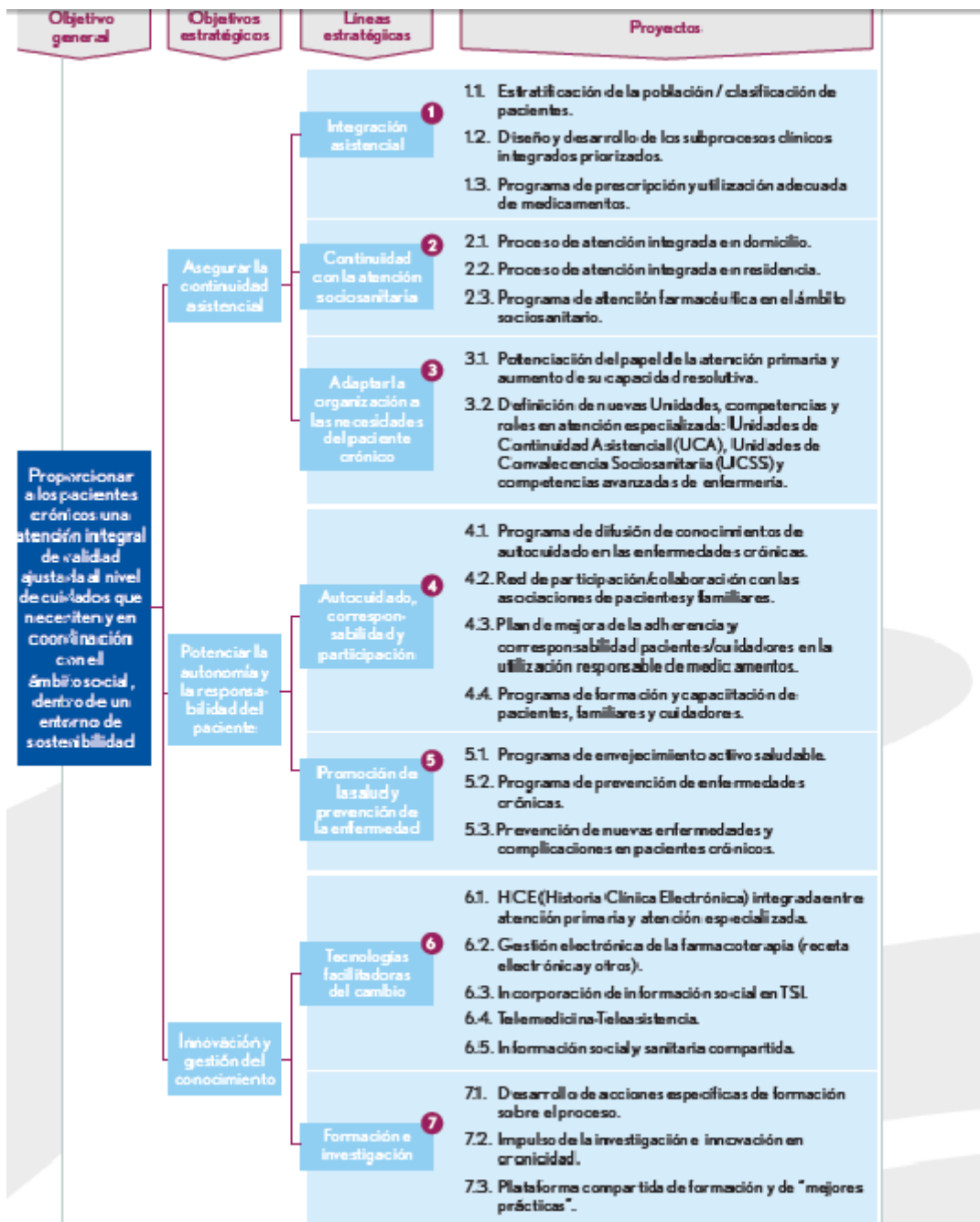


## ANEXO I: GUIA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL PATOLOGÍA TIROIDEA





## ANEXO II: ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PACIENTE CRÓNICO EN CASTILLA Y LEÓN





## ANEXO III: CARTERA DE SERVICIOS

### Índice de servicios

	Fecha de publicación
<b>Servicios del niño y joven</b>	
101 Servicio vacunaciones infantiles de 0 a 14 años	.nov. 08
102 Servicio revisión del niño sano de 0-23 meses	.nov. 04
103 Servicio revisión del niño sano de 2 a 5 años	.nov. 04
104 Servicio revisión del niño sano de 6 a 14 años	.nov. 04
106 Servicio prevención de la caries infantil	.nov. 04
107 Servicio de asma infantil	.nov. 04
110 Servicio atención y educación al joven	.nov. 04
<b>Servicios de la mujer</b>	
200 Servicio atención a la mujer embarazada	.nov. 03
202 Servicio educación maternal	.nov. 03
203 Servicio visita en el primer mes posparto	.nov. 03
204 Servicio de seguimiento de métodos anticonceptivos	.nov. 04
206 Servicio diagnóstico precoz de cáncer de cérvix	.nov. 08
208 Servicio diagnóstico precoz de cáncer de mama	.nov. 04
209 Servicio atención a la mujer en el climaterio	.nov. 03
210 a Servicio detección precoz de mujeres víctimas de violencia de género	.nov. 08
210 b Servicio atención a la mujeres víctimas de violencia de género	.nov. 08
<b>Servicios del adulto</b>	
301 Servicio vacunación triple vírica	.nov. 03
303 Servicio vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo	.nov. 03
304 Servicio actividades preventivas en el adulto	.nov. 07
305 Servicio atención a pacientes crónicos: hipertensión arterial	.nov. 08
306 Servicio atención a pacientes crónicos: diabetes	.nov. 08
307 Servicio atención a pacientes crónicos: EPOC	.nov. 03
308 Servicio atención a pacientes crónicos: obesidad	.nov. 03
309 Serv. atención a pacientes crónicos: hipercolesterolemia	.nov. 04
311 Serv. educación a grupos de pacientes crónicos: diabetes	.nov. 03
313 Servicio atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	.nov. 04
314 Servicio de cuidados paliativos	.nov. 08
315 Servicio atención al bebedor de riesgo	.nov. 06
316a Actividades preventivas en mayores de 75 años	.nov. 05
316b Servicio de atención al anciano de riesgo	.nov. 05
317 a Servicio atención al cuidador familiar	.nov. 03
317 b Servicio educación para la salud a grupos de cuidadores	.nov. 03
318 a y b Servicio vacunación antigripal	.nov. 06
319 a y b Servicio vacunación antineumocócica	.nov. 04
320 Servicio de deshabitación tabáquica	.nov. 04
321 Servicio atención al paciente con demencia	.nov. 07
<b>Servicio a la población general</b>	
400 Servicio aplicación de técnicas de fisioterapia en procesos protocolizados	.nov. 03
401 Servicio drugia menor en Atención Primaria	.nov. 04