

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
DEPARTAMENTO DE ASESORIA JURIDICA/
SPF./DRA.IBU./CGB./MCM./FLM./mlm.
N°366: 29-09-2020.

2304

RESOLUCION EXENTA N° _____/

SAN FELIPE,

06 OCT 2020

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El Memorandum N°78 de 28-09-2020, de la Directora de Atención Primaria, quien solicita se apruebe el **Protocolo Hipotiroidismo en el embarazo, referencia y contrarreferencia en la red asistencial del Servicio de Salud Aconcagua**, documento elaborado y revisado por profesionales dependientes de la Subdirección de Gestión Asistencial y del Hospital San Juan de Dios de Los Andes; la Resolución N°6 de 2019 de la Contraloría General de la República, y teniendo presente el D.F.L. N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N°2.763 de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469, en el D.S.N°140 de 2004, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y Decreto Supremo N°16 de 2019 de esta Dirección de Salud, vengo en dictar la siguiente:

RESOLUCION

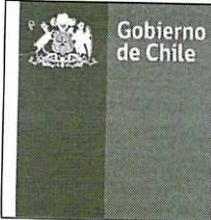
APRUEBASE el siguiente Protocolo del Servicio de Salud Aconcagua:

"Protocolo Hipotiroidismo en el embarazo, referencia y contrarreferencia en la red asistencial del Servicio de Salud Aconcagua." Edición1. Vigencia 2020-2025.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.



SUSAN PORRAS FERNANDEZ
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA



Gobierno de Chile

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

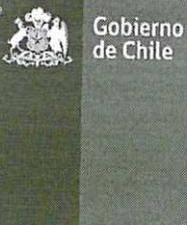
PROTOCOLO

Código : SDGADSSA139
Edición : 01
Fecha : Septiembre 2020
Página : 1 de 13
Vigencia : 2020- 2025

HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN LA RED ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

<p>Elaborado por</p> <p>Dr. Juan Quezada Cortes, Asesor Programa Salud de la Mujer Servicio de Salud Aconcagua.</p> <p>Miriam Cabezas Montealegre Carrizosa Programa Salud de la Mujer, Sub. Dirección Gestión Asistencial, Dirección Servicio de Salud Aconcagua.</p>	<p>Revisado por</p> <p>Dra. Jatdielys Méndez Vidal Endocrinóloga Hospital San Juan de Dios de Los Andes.</p> <p>BQ. Alfredo Bravo Sáez Profesional de Apoyo a Calidad y Redes Departamento de Gestión en Red Subdirección ASesoría Gestión Asistencial CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE Servicio de Salud Aconcagua</p>	<p>Aprobado por</p> <p>Dra. Iris Boisier Utz Sub Directora de Gestión Asistencial, Dirección Servicio de Salud Aconcagua.</p>
<p>Fecha: Mayo 2020</p>	<p>Fecha: Septiembre 2020</p>	<p>Fecha: Septiembre 2020</p>





HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

CONTENIDO:

1. Objetivo general 3

2. Alcance:..... 3

3. Asignación de responsabilidades 3

4. Desarrollo:..... 3

 4.1 Definiciones- Glosario de términos: 3

 4.3 Hipotiroidismo gestacional..... 5

 4.4 Contrareferencia..... 7

 4.5 Flujograma 8

5. Indicador..... 9

6. Registro de Información..... 9

7. Normas y Referencias: Bibliografía utilizada..... 10

8. Declaración de Conflictos de Intereses..... 10

9. Mapa de la Red 10

10. Anexos 11

11. Distribución: 12

12. Revisión 13



HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

1. Objetivo general

El objetivo del presente documento es definir los criterios de evaluación clínica con el fin de priorizar la atención en el tratamiento, referencia y contrareferencia de gestantes con patología tiroidea entre la Atención Primaria de Salud (APS) y los Hospitales de Mayor Complejidad del Servicio de Salud Aconcagua.

2. Alcance:

El protocolo descrito aplica a embarazadas con diagnóstico de patología tiroidea que se presenten en establecimientos de APS (Centros de Salud Familiar, CECOSF y Postas de Salud Rural) y en Consultorios de Especialidades, Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico de Hospitales de Mayor Complejidad/Hospital San Francisco de Llay Llay y Policlínico de Endocrinología de Hospital San Juan de Dios de Los Andes.

3. Asignación de responsabilidades

- Sub. Directores Médicos de establecimientos de la Red: Velar por la difusión y monitorear el cumplimiento y aplicación del presente protocolo, por los profesionales designados.
- Profesionales Médicos, Matrones y Matronas de APS de la Red, serán responsables de la aplicación del presente protocolo.
- Matron/Matrona Encargado/a del Programa Salud de la Mujer del CESFAM será responsable de la medición del indicador.
- Hospitales de la Familia y Comunidad: Médicos, Matrones y Matronas serán responsables de la aplicación del presente protocolo, en el ámbito que corresponda.
- Médicos Especialistas Ginecólogos y Endocrinólogo de Hospitales de mayor complejidad, serán responsables de la aplicación del protocolo en relación a la medición de pertinencia en las derivaciones y contra referir a las pacientes de acuerdo a procedimiento definido.
- Sub. Dirección de Gestión Asistencial, Dirección Servicio de Salud Aconcagua, a través del Médico asesor, será responsable de la actualización y monitoreo del presente protocolo.

4. Desarrollo:

4.1 Definiciones- Glosario de términos:

Hipotiroidismo: Es un estado clínico determinado por el déficit en la producción y/o acción de las hormonas tiroideas (T3 – T4), con la consiguiente disminución del efecto de éstas en los tejidos y el enlentecimiento de todos los procesos metabólicos en el organismo. Se define como



HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

TSH mayor a 10 U/L o según rango de laboratorio, con T3 y/o T4 disminuido. En embarazadas los valores de corte son TSH $\geq 2,5$ U/L (1° Trimestre) y ≥ 3 (2° y 3° Trimestre) y T4 Libre bajo rango de referencia.

Hipotiroidismo Subclínico: Habitualmente asintomático, se expresa con el hallazgo de TSH mayor a 5 U/L con T3 y/o T4 libre normal.

TSH: Hormona tiroestimulante producida por la adenohipófisis.

T4 Libre: Hormona producida por la glándula tiroidea. T4 libre se refiere a la fracción de T4 que se encuentra no unida a la proteína transportadora. Siendo éste el mejor indicador para el embarazo. Rango de referencia: 1 – 1,8 ng/dl (RIA).

LT4: Levotiroxina

ARO: Alto Riesgo Obstétrico

VR: Valor de Referencia

IMC: Índice de Masa Corporal

4.2 Introducción:

Durante la gestación la glándula tiroidea incrementa la producción de hormonas en un 40-100% para cubrir las necesidades maternas y fetales. Este hecho se traduce, por una parte, en la necesidad de incrementar el aporte de yodo (aproximadamente un 50%) y, por otra, en una hiperplasia glandular y un aumento de vascularización de la glándula. No obstante, dicho crecimiento del tiroides no es significativo por lo que ante la aparición de cualquier bocio durante la gestación es obligatorio su estudio.

La tiroxina materna es importante para el desarrollo cerebral fetal, sobretodo antes del inicio del funcionamiento de la glándula tiroidea fetal (empieza a concentrar yodo y a sintetizar hormona tiroidea a partir de la semana 12, alcanzando control hipofisario mediante la TSH en la semana 20). Posteriormente continuará siendo relevante, pues la tiroxina materna contribuye a un 30% de tiroxina en suero fetal a término.

La patología tiroidea es frecuente en el embarazo, con cifras de prevalencia que dependen de los valores hormonales normales utilizados como referencia y de las poblaciones estudiadas. Es importante su detección y tratamiento precoz ya que su omisión puede tener consecuencias negativas tanto para la madre como el feto, aumentando la morbimortalidad perinatal: Pérdida fetal (20%), Alteraciones estructurales (20%), Preeclampsia (44%), Anemia (33%), Desprendimiento Placenta (20%), Hemorragia Postparto (20%), Bajo Peso Fetal al nacimiento (30%).

Factores de Riesgo de Enfermedad Tiroidea:

- > Clínica de Hipertiroidismo o Hipotiroidismo
- > Antecedentes de disfunción tiroidea, bocio, cirugía

**HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

- Anticuerpos anti tiroideos positivos o presencia de otras enfermedades autoinmunes
- Diabetes Mellitus tipo 1
- Radioterapia previa de cabeza y cuello
- Mujeres en tratamiento con amiodarona, litio o expuesto a contraste radiológico
- Gestantes en zonas con deficiencia de yodo
- Infertilidad, antecedentes de aborto o parto pre término
- IMC más de 40
- Antecedentes Personales de patologías tiroideas
- Edad mayor a 35 años

4.3 Hipotiroidismo gestacional**4.3.1 Screening en APS**

- La Screening en APS se realizará en el primer Control Prenatal, se solicitará TSH y T4 libre en sangre a todas las gestantes que ingresan a control.

4.3.2 Evaluación y Conducta según resultado examen:

TSH	T4 Libre	Conducta
Normal	Normal	Continuar Control Prenatal en APS.
2.5 - 4.0	Normal	No se trata, se realiza seguimiento con TSH y T4 Libre trimestral en APS.
2.5 - 4.0	Baja VR: <1	Se trata y realiza seguimiento en APS: Tratar con LT4 50 ug/día, repetir TSH en 4 semanas Control sin compensación: aumentar dosis de LT4 a 75 ug/día y repetir en 4 semanas, si no se logra objetivo terapéutico* derivar a Endocrinología y ARO. <i>*Objetivo Terapéutico: TSH <3,0 U/l en II y III Trimestre</i>
4.0 - 10	Normal	<i>Con Factores de Riesgo:</i> se trata con LT4 100 ug/día y deriva a Nivel Secundario: ARO y Endocrinología.
		<i>Sin Factores de Riesgo:</i> se trata con 50 ug/día y se deriva a Nivel Secundario: ARO y Endocrinología
4.0 - 10	Baja VR:<1	Se trata con LT4 100 ug/día y deriva a Nivel Secundario: ARO y Endocrinología
> 10		Se trata con LT4 100 ug/día y deriva a Nivel Secundario: ARO y Endocrinología

4.3.3 Consideraciones de tratamiento:

- Ingesta en ayunas
- Posterior a la toma de LT4, esperar 30 minutos para ingesta de alimentos.
- Separar la toma de LT4 unas 4-6 horas de la toma del sulfato ferroso, carbonato de calcio o hidróxido de aluminio.
- Si la gestante presenta hiperémesis gravídica, administrar dosis en horario nocturno, 2 horas después de la cena y esperar 2 horas más sin ingesta de alimentos, esto hasta que ceda sintomatología.



HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

4.3.4 Nivel Secundario:

- Gestantes con TSH >10, se mantiene en control en ARO hasta termino embarazo.
- Gestantes con TSH 4 – 10: con 2 controles de seguimiento con objetivo terapéutico alcanzado y crecimiento fetal adecuado, se da alta y continúa seguimiento en APS.

4.3.5 Hipotiroidismo en Tratamiento previo al embarazo:

- Paciente con diagnostico anterior de hipotiroidismo, idealmente en el primer control TSH entre 1 – 1,5 mUI/ml, sobre estos valores incrementar LT4 en 25 ug, repetir TSH en 6 semanas para mantener valores durante el embarazo por debajo 2,5 mUI/ml.
- Si TSH por debajo de 2,5 mUI/ml, mantener tratamiento y control con TSH mensual en primer trimestre, luego cada 8 semanas, hasta termino de embarazo.
- Si TSH entre 2,5 – 5 mUI/ml, aumentar dosis de LT4 en 25 ug y control en 4 semanas, si no se logra alcanzar objetivo terapéutico, derivar a Endocrinología y ARO.
- Si TSH >5 mUI/ml, aumentar dosis de LT4 en 50ug y derivar a Endocrinología y ARO.

4.3.6 Post Parto:

- Retomar controles con dosis previas al embarazo en caso de Hipotiroidismo Pregestacional.
- En caso de Hipotiroidismo Gestacional:
 - Suspender dosis en aquellas pacientes si el diagnostico se hizo con TSH <10 y reevaluación a las 6 semanas post parto con TSH-T4 libre y APS.
 - En pacientes en que el diagnostico de hipotiroidismo se realizó con TSH >10, disminuir en 25% la dosis y derivar a ingreso programa hipotiroidismo en APS.

4.3.7 Documentación Clínica Requerida

- Interconsulta: Que incorpore todos los antecedentes clínicos, exámenes u otra información de importancia.

HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**4.4 Contrareferencia**

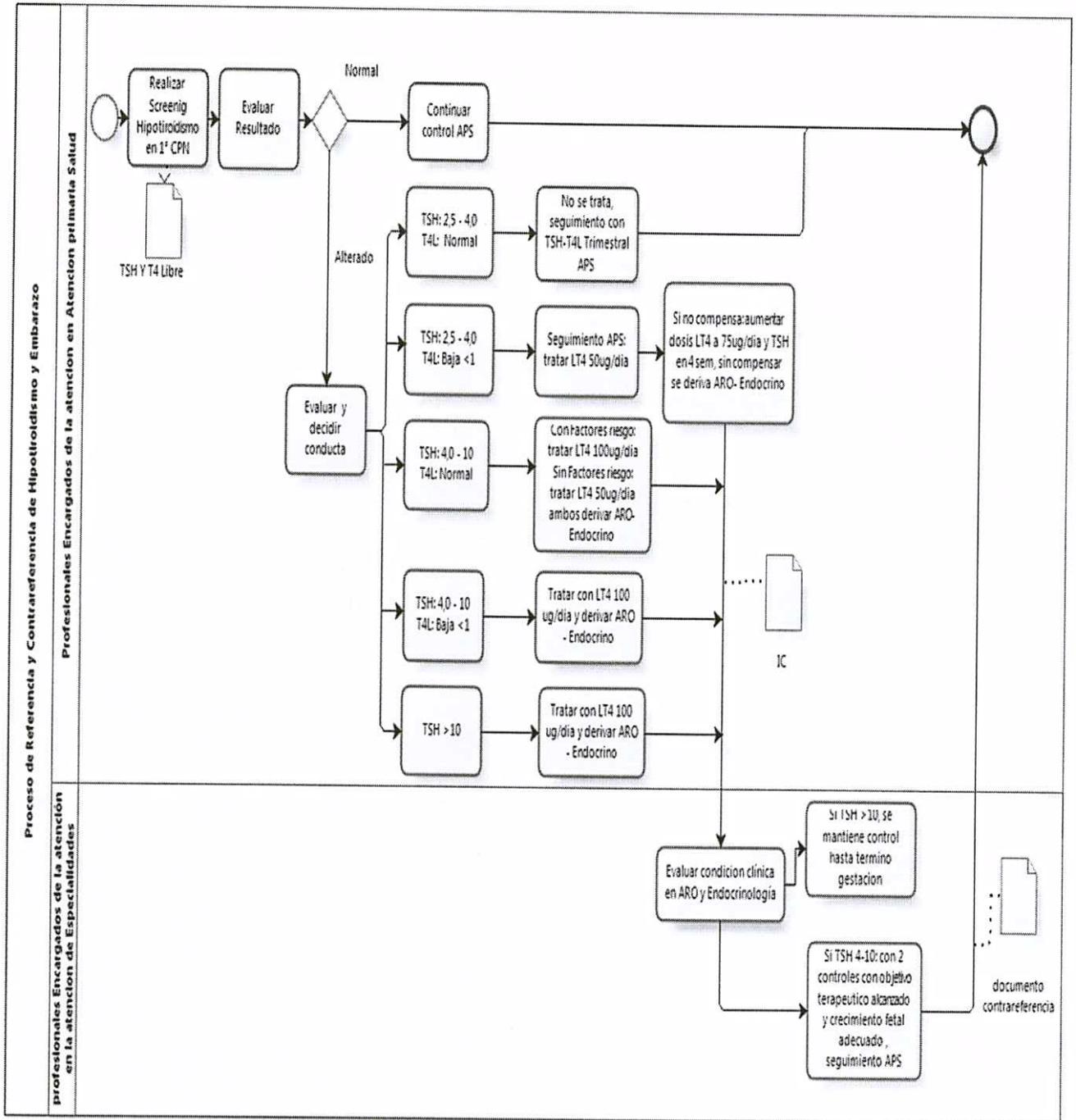
- Una vez resuelto el caso, el paciente será devuelto a APS con las siguientes opciones:
 - Alta Médica de atención ambulatoria a través de documento de Contrareferencia: Si existe indicación de continuar con tratamiento Farmacológico (si este se encuentra disponible en arsenal farmacológico de APS), Debiendo ser derivado nuevamente en caso de complicaciones o exacerbación sintomática.
 - El documento de Contrareferencia (Anexo 1) validado por el Servicio de Salud, debe contener la siguiente Información:
 - Diagnósticos
 - Resultados de exámenes (Si procede)
 - Indicaciones: Medidas generales y terapia farmacológica.
 - Frecuencia de control en especialidades si es necesario

La indicación de Contrareferencia desde Consultorio de Especialidades deberá ser evaluada por Médico general en Atención Primaria Salud por Morbilidad para dejar registro clínico en Ficha Clínica Electrónica de los antecedentes enviados.

PROTOCOLO

HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

4.5 Flujoograma





HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

5. Indicador

Título	Porcentaje de Pertinencia de derivación a ARO/Endocrinología por diagnóstico de Hipotiroidismo en el Embarazo
Descripción y Racionalidad	Supervisar la pertinencia de la derivación por diagnóstico de Hipotiroidismo en el Embarazo de usuarias del Servicio de Salud Aconcagua.
Dominio	Proceso
Numerador	Número de usuarias derivadas a través de interconsultas por diagnóstico de Hipotiroidismo en el Embarazo, en el periodo que cumplen el 100% de la pauta de cotejo. X 100
Denominador	Total de usuarias derivadas a través de interconsultas por diagnóstico de Hipotiroidismo en el Embarazo con pautas de cotejo aplicadas, en el periodo.
Fuente de datos	Numerador: Sistema de registro electrónico de interconsulta o registros manuales, pautas de cotejo que cumplen al 100%. Denominador: Sistema de registro electrónico de interconsulta, registros manuales con totalidad de pautas de cotejo aplicadas.
Muestreo recomendado	Muestra aleatoria del total de derivaciones por Hipotiroidismo en el Embarazo, realizadas en el semestre, por centros de atención primaria, considerando $\pm 10\%$ de rango de error y un 50% de porcentaje de cumplimiento esperado.
Periodicidad	Semestral
Umbral de cumplimiento	$\geq 80\%$
Áreas de aplicación	CESFAM que realizan derivaciones a ARO/Endocrinología por Hipotiroidismo en el Embarazo
Responsable de Medición	Matrona/Matrón Encargado Programa Programa de la Mujer de CESFAM
Responsable de Evaluación	Sub. Dirección Médica CESFAM
Anexos	Pauta de Cotejo (Anexo 2)
Referencias bibliográficas	N/A

6. Registro de Información

- > Formulario de registro de Interconsultas
- > Formulario de Contrareferencia (Anexo 1)
- > Fichas Clínica Rayen de APS
- > Ficha clínica, Hospitales de Mayor Complejidad y Hospitales de la Familia y la Comunidad



HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

7. Normas y Referencias: Bibliografía utilizada

- Protocolo de Manejo de Patología Tiroidea, Servicio de Salud Aconcagua 2015
- Protocolo de tiroides y embarazo. Unidad Materno-Fetal. Hospital San Joan de Deu. Universidad de Barcelona. 2018.
- Tiroides y embarazo. Asociación europea de tiroides. Guías Españolas. 2019
- Enfermedad Tiroidea y embarazo. Centro de referencia perinatal oriente. Universidad de Chile.2018

8. Declaración de Conflictos de Intereses.

Los profesionales participantes como autores y/o revisores de este protocolo declaran no presentar conflictos de interés con el tema a revisar.

9. Mapa de la Red

Atención Primaria de Salud	Atención de Especialidades	Atención Hospitalaria
CESFAM Llay- Llay	Consultorio Especialidades del Hospital San Camilo de San Felipe Alto Riesgo Obstétrico del Hospital San Francisco de Llay Llay	Hospital San Camilo
CESFAM Dr. Eduardo Raggio		
CESFAM Panquehue		
CESFAM Valle Los Libertadores		
CESFAM Dr. Segismundo Iturra		
CESFAM Curimon		
CESFAM San Felipe el Real		
CESFAM Dr. Jorge Ahumada		
CESFAM Rinconada	Consultorio Especialidades del Hospital San Juan de Dios de Los Andes	Hospital San Juan de Dios de Los Andes
CESFAM San Esteban		
CESFAM Cordillera Andina		
CESFAM Centenario		
CESFAM JJ Aguirre		

HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

10. Anexos

ANEXO 1

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

DOCUMENTO DE CONTRARREFERENCIA

(COMPLETAR TODOS LOS DATOS CON LETRA LEGIBLE)

HOSPITAL: _____

FECHA: _____

ESPECIALIDAD: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ RUT : _____

ESTABLECIMIENTO DE DESTINO: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

1. _____
2. _____
3. _____

TRATAMIENTO Y EXÁMENES EFECTUADOS

INDICACIONES A LA ATENCIÓN PRIMARIA (Incluye Fármacos)

DERIVAR AL NIVEL DE ESPECIALIDAD EN CASO DE:

FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO QUE CONTRARREFIERE

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
PROTOCOLO

Código : SDGADSSA139
Edición : 01
Fecha : Septiembre 2020
Página : 12 de 13
Vigencia : 2020-2025

HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ANEXO 2

Pauta de Cotejo		
Nombre de la Paciente:		
Rut. Paciente:		
Fecha:		
Establecimiento Salud:		
Profesional derivador:		
Nombre y Cargo Profesional Revisor:		
	Si	No
Cumple con la evaluación clínica para la derivación.		
Cumple con medidas Farmacológicas si corresponde de acuerdo a protocolo.		
Cumple con registro de Antecedentes clínicos		
Cumple con registro de exámenes según protocolo		
Cumple uno o más criterios de referencia a especialidad de acuerdo a protocolo.		
Derivación a especialidad		

11. Dist

Subdirección de Salud.

Hosp

Camilo de San Felipe, Hospital San Juan de Dios,

Hosp

cisco de Llay Llay

- Subdirección médica
- Matrona Jefa – Alto Riesgo Obstétrico Hospital San Francisco de Llay Llay

CESFAM

- Directora CESFAM San Felipe El Real.
- Directora CESFAM Dr. Segismundo Iturra T.
- Directora CESFAM Cordillera Andina.
- Director CESFAM Llay Llay.
- Directora CESFAM Jorge Ahumada Lemus.
- Directora CESFAM Curimon.
- Directora CESFAM Valle Los Libertadores.

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
DEPARTAMENTO DE ASESORIA JURIDICA/
SPF./DRA.IBU./CGB./MCM./FLM./mlm.
N°366: 29-09-2020.

RESOLUCION EXENTA N° 2304 /

SAN FELIPE,

06 OCT 2020

Con esta fecha la Directora ha resuelto lo que sigue:

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El Memorandum N°78 de 28-09-2020, de la Directora de Atención Primaria, quien solicita se apruebe el **Protocolo Hipotiroidismo en el embarazo, referencia y contrarreferencia en la red asistencial del Servicio de Salud Aconcagua**, documento elaborado y revisado por profesionales dependientes de la Subdirección de Gestión Asistencial y del Hospital San Juan de Dios de Los Andes; la Resolución N°6 de 2019 de la Contraloría General de la República, y teniendo presente el D.F.L. N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N°2.763 de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469, en el D.S.N°140 de 2004, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y Decreto Supremo N°16 de 2019 de esta Dirección de Salud, vengo en dictar la siguiente:

RESOLUCION

APRUEBASE el siguiente Protocolo del Servicio de Salud Aconcagua:

“Protocolo Hipotiroidismo en el embarazo, referencia y contrarreferencia en la red asistencial del Servicio de Salud Aconcagua.” Edición1. Vigencia 2020-2025.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.



(FDO.) **SUSAN PORRAS FERNANDEZ**
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA