

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HOSPITALARIA
OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE /
DRA.VOG/DR.LFC/EL.CCS/MAT.CMG/MAT.PSG/cllp
Nº 85 05.05.2015

896

ORDINARIO N°

ANT.: No Hay.

MAT.: Envía "Protocolo Manejo de Patología Tiroidea".

SAN FELIPE, 18 MAY 2015

DE : DRA. VILMA OLAVE GARRIDO
DIRECTORA (T.P) SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN

A través del presente, adjunto envío a Ud., "**Protocolo Manejo de Patología Tiroidea**". Con el objetivo de ser aplicada por el equipo médico del establecimiento. En este contexto agradeceré dar amplia difusión y velar por su cumplimiento.

Agradeciendo gestiones, saluda atentamente.



Por Orden de la Directora (T.P) del Servicio de Salud"

SUBDIRECTOR
GESTION
ASISTENCIAL

DR. LUIS FONCEA CALDERON
SUBDIRECTOR DE GESTION ASISTENCIAL
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

DISTRIBUCIÓN:

- Directora Hospital San Camilo
- Subdirector Médico Hospital San Camilo
- Director Hospital San Juan de Dios de Los Andes
- Subdirector Médico Hospital San Juan de Dios de Los Andes
- Consultorio de Especialidad, Endocrinología, Hospital San Juan de Dios de Los Andes
- Directora CESFAM San Felipe EL Real
- Directora CESFAM Dr. Segismundo Iturra T.
- Directora CESFAM Cordillera Andina
- Director CESFAM Llay Llay
- Directora CESFAM Dr. Jorge Ahumada L.
- Directora CESFAM Curimón
- Directora CESFAM Valle Los Libertadores
- Directora CESFAM Panquehue
- Directora CESFAM Dr. Eduardo Raggio L.
- Directora CESFAM Centenario
- Director CESFAM Rinconada
- Directora CESFAM Pedro Aguirre Cerda
- Director CESFAM San Esteban
- Subdirección de Gestión Asistencial
- Jefe Departamento de Gestión Hospitalaria
- Jefe Departamento de Gestión de Atención Primaria en Salud
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente – Mat. Paola Sazo
- Oficina de Partes



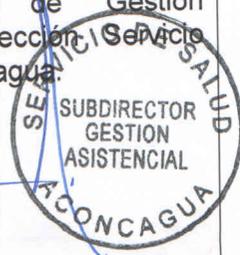
Gobierno de Chile

PROTOCOLO SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código : GCDSSA044
Edición : 01
Fecha : 24 Marzo 2015
Página 1 de 8
Vigencia: 2015 - 2018

PROTOCOLO MANEJO DE PATOLOGÍA TIROIDEA

Elaborado	Revisado	Aprobado
<p>Dra. Mariela Quiróz O. Asesor Sub. Dirección Gestión Asistencial, Dirección Servicio de Salud Aconcagua.</p> <p>Participan en la elaboración: Dra. Jimena Esteffan. Dra. Ninfa Neira. Dra. Aylin Acevedo. Dr. Juan Werlinger Dr. Ángelo Rodríguez</p>	<p>Dra. Andrea Zapata S. Médico Endocrinóloga Hospital San Juan de Dios, Los Andes. 13.020.679-4</p> <p>Mat. Paola Sazo G. Encargada Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, Dirección Servicio de Salud Aconcagua.</p>	<p>Dr. Luis Foncea C. Médico Cardiólogo Sub Director de Gestión Asistencial, Dirección Servicio de Salud Aconcagua.</p>
<p>Fecha: 16 de Diciembre 2014</p>	<p>Fecha: 23 de Marzo 2015</p>	<p>Fecha: 24 de Marzo 2015</p>





SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

Código: GCDSSA044

Edición: 01

Fecha: 24 Marzo 2015

Página 2 de 11

Vigencia: 2015-2018

PROTOCOLO MANEJO DE PATOLOGÍA TIROIDEA

1. Objetivo

Definir el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y derivación oportuna de la patología tiroidea más frecuente en Atención Primaria.

2. Alcance

El presente protocolo es de aplicación para los Centros de Salud Familiar, Consultorios de especialidades, policlínico de Endocrinología y Unidad de Emergencia Hospitalaria de la Red Asistencial del Servicio de Salud Aconcagua.

Este protocolo se enmarca en pacientes de 15 o más años, con la sospecha diagnóstica de: Hipotiroidismo, Hipotiroidismo subclínico, Hipertiroidismo, Hipertiroidismo subclínico, Bocio difuso, Bocio uninodular, Bocio multinodular con y sin nódulo predominante, Nódulo tiroideo.

3. Asignación de responsabilidades

Sub. Directores Médicos de Establecimientos de la Red Asistencial: Velar por la difusión y monitorear el cumplimiento del presente protocolo.

Médicos de Atención primaria de la Red Asistencial del Servicio de Salud Aconcagua, serán responsables de la aplicación del presente protocolo.

Médicos Especialistas Internistas y Endocrinólogos (de acuerdo al caso), de Hospitales de mayor complejidad, serán responsables de la aplicación del protocolo en relación a la medición de pertinencia en las derivaciones y contrarreferir a los 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:

Hipotiroidismo: Es un síndrome que expresa un menor efecto de las hormonas tiroideas en las células. Se define como TSH mayor a 10 U/L o según rango de laboratorio, con T3 y/o T4 libre disminuida. En embarazadas, los valores de corte son TSH \geq 2,5 U/L (1° trimestre), \geq 3 (2° y 3° trimestre).

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

 Gobierno de Chile	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO	Código: GCDSSA044
		Edición: 01
		Fecha: 24 Marzo 2015
		Página 3 de 11
		Vigencia: 2015-2018
PROTOCOLO MANEJO DE PATOLOGÍA TIROIDEA		

Hipertiroidismo: Es un síndrome que expresa el efecto del exceso de hormonas tiroideas. Para esta nota técnica, se define como TSH menor a 0.2 U/L con T3 y/o T4 libre aumentadas, según rango de laboratorio.

Hipertiroidismo Subclínico: Habitualmente asintomático, se expresa con el hallazgo de TSH menor a 0.2 U/L, con T3 y/o T4 libre normal, según rango de laboratorio.

Bocio Difuso: Aumento de volumen tiroideo; habitualmente la glándula tiroidea no debería observarse o palparse más grande que el tamaño de los pulpejos de los pulgares de la persona examinada.

Bocio Uninodular o Nódulo tiroideo: Se refiere a la presencia de un nódulo palpable en la glándula tiroidea, sin aumento difuso asociado, se diagnostica mediante la palpación o ecografía.

Bocio Multinodular: Término similar al anterior en su manejo clínico, se refiere a la presencia de uno o más nódulos palpables o un nódulo, más aumento difuso de la glándula tiroidea con aumento difuso asociado (Bocio multinodular con nódulo predominante), o a la presencia de más de un nódulo. Se diagnostica mediante la palpación o ecografía.

TSH: Hormona tiroestimulante, producida por la hipófisis. (Anexo 1)

T4 libre (t4L): Hormona producida por la glándula tiroidea. T4 libre se refiere a la fracción de T4 que se encuentra no unida a la proteína transportadora.

Anticuerpos Antitiroideos:

- **Anticuerpos antiperoxidasa:** Los anticuerpos antitiroperoxidasa son citotóxicos y así responsables del daño tiroideo en la tiroiditis crónica o tiroiditis de Hashimoto; por ello, su mayor utilidad radica en el apoyo diagnóstico de la patología tiroidea autoinmune.
- **Anticuerpos antitiroglobulina:** Los anticuerpos antitiroglobulina se utilizan para el seguimiento de Cáncer de Tiroides.

Oftalmopatía Distiroidea: Es una enfermedad inflamatoria, de etiología autoinmune, que se caracteriza por exoftalmos y retracción palpebral bilateral. Puede acompañarse de edema, diplopia, úlceras corneales, hipertensión ocular y neuropatía óptica.

Tormenta Tiroidea: Se define como una manifestación extrema de hipertiroidismo que, aunque poco frecuente, conlleva un riesgo vital. Aparece en un 1-2 % de los casos de hipertiroidismo y su mortalidad se estima entre el 20-30%. Puede estar producida por un incremento súbito de las hormonas tiroideas circulantes o por incremento de su biodisponibilidad celular. Se caracteriza por compromiso de conciencia y alteraciones de la termorregulación.

4.2 Descripción

La patología tiroidea es muy prevalente, describiéndose una incidencia de hipotiroidismo en mujeres de 350/100.000 y en hombres de 80/100.000 por año, y de hipertiroidismo de 80/100.000 en mujeres

 Gobierno de Chile	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO	Código: GCDSSA044
		Edición: 01
		Fecha: 24 Marzo 2015
		Página 4 de 11
		Vigencia: 2015-2018
PROTOCOLO MANEJO DE PATOLOGÍA TIROIDEA		

y en hombres de 8/100.000 por año.

El Hipotiroidismo puede ser:

- Primario: Tiroiditis de Hashimoto, tiroidectomía o ablación de Tiroides por radioyodo o radioterapia, fase hipotiroidea de la tiroiditis subaguda, drogas: Amiodarona, Propiltiuracilo, Litio.
- Secundario: Patología de la Hipófisis.
- Terciario: Patología Hipotalámica.

4.3 Diagnóstico y Manejo en Atención Primaria (APS)

Ante la Sospecha diagnóstica de alguna patología tiroidea, el estudio debe iniciarse sólo con TSH. En relación a este examen, se plantean los siguientes escenarios:

Escenario N° 1, TSH Disminuida: Sospecha De Hipertiroidismo

- Derivación a especialidad.
- Consignar en la Hoja de Interconsulta:
- Características de la tiroides; bocio difuso, nódulos tiroideos o tiroides normal.
- Presencia de oftalmopatía tiroidea.
- Características personales del paciente: Fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca, Cardiopatía (riesgo de descompensación); mujer post menopausia (riesgo de osteoporosis).

Si el paciente está sintomático, y no hay contraindicación, iniciar tratamiento con Propanolol, en espera de la Atención por especialidad.

La Tormenta Tiroidea debe ser derivada a Servicio de Urgencia de Hospitales de Mayor Complejidad.

Escenario N° 2, Hallazgo de Nódulo Tiroideo al Examen Físico

1. Derivación a especialidad.
2. Consignar en la Hoja de Interconsulta:
 - Valor de TSH
 - Signos clínicos
 - Incorporar valoración TIRADS si tiene ecografía

Escenario N° 3, TSH aumentada: Sospecha de Hipotiroidismo

Manejo en Atención Primaria

- Si TSH mayor a 10 U/L en 1 examen, iniciar tratamiento siempre.
- Si TSH está entre 5 y 10 U/L, tratar en presencia de: Bocio, tratamiento por infertilidad, TSH en



SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

Código: GCDSSA044

Edición: 01

Fecha: 24 Marzo 2015

Página 5 de 11

Vigencia: 2015-2018

PROTOCOLO MANEJO DE PATOLOGÍA TIROIDEA

ascenso (exámenes con al menos 3 meses de diferencia), depresión confirmada (en este caso agregar t4L), factores de Riesgo Cardiovascular, Obesidad Mórbida, anticuerpos antitiroideos positivos (si están disponibles), mujer con deseo de embarazo y embarazadas. Si no presenta estos factores, controlar nueva TSH en 6 meses.

- En caso de Embarazo: TSH $\geq 2,5$ U/L (1° trimestre), ≥ 3 U/L (2° y 3° trimestre), iniciar tratamiento con Levotiroxina y derivar a Policlínico de Medicina Interna, junto con derivación a Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico. Nunca suspender levotiroxina en embarazo y lactancia.

4.4 Tratamiento Farmacológico

El tratamiento es con Levotiroxina, 1,5 - 2ug/kg de peso ideal, iniciar 50 ug/día y aumentar el 20% de la dosis semanal, cada 6 semanas, hasta alcanzar el objetivo terapéutico. En adultos mayores iniciar con dosis menores. Administrar en ayunas sólo con agua.

Objetivo terapéutico en hipotiroidismo: TSH entre 1 y 3 U/L, paciente joven.
Al ajustar la dosis, controlar TSH a las 6 semanas para ver efecto, una vez logrado el objetivo terapéutico el control médico puede ser cada 6 meses, con examen de TSH.
Los pacientes deben ingresar al Programa de Crónicos del establecimiento.

Excepciones:

- TSH elevada, asociada a bocio, en este caso, el objetivo terapéutico es TSH entre 0.5-1 U/L.
- En personas con cardiopatía coronaria, TSH entre 1 y 3 U/L.
- En caso de embarazo con hipotiroidismo previo, aumentar dosis en un 25% y derivar.
- En mayores de 70 años: El objetivo terapéutico es TSH entre 3 y 6 U/L.

Escenario N° 4, Coma Mixedematoso:

Resultante de hipotiroidismo, severo, no tratado, se caracteriza por compromiso de conciencia, hipotermia, bradicardia, hipoventilación, facie y piel mixedematoso. Frecuentemente hay un factor intercurrente desencadenante (infecciones). Debe derivarse a la Unidad de Emergencia de Hospitales de Mayor Complejidad.

4.5 Criterios de derivación a especialidad

Derivar a Medicina Interna de Hospital de Referencia en caso de:

- TSH disminuida, sospecha de Hipertiroidismo.
- Presencia de nódulo tiroideo al examen físico o Ecografía con nódulo de las siguientes características: Componente sólido, hipoecogenicidad marcada, márgenes microlobulados o

irregulares, microcalcificaciones, forma más alto que ancho, incremento vascularización intranodular, ausencia de halo, margen espiculado. (Anexo 2)

- Embarazo.
- Presencia de cardiopatía coronaria.
- Si no se logran valores terapéuticos en 2 controles (por 6 meses)
- Sospecha de Hipotiroidismo secundario o terciario.
- Hallazgo de bocio difuso al examen físico, si TSH disminuida, derivar para manejo del hipertiroidismo.
- Hallazgo de bocio difuso al examen físico, si TSH normal, derivar a especialidad si el paciente presenta síntomas compresivos, tiroides de tamaño muy grande (mayor 60 gr o grado 2) (Anexo 3) o duda de la presencia de nódulos.

Además deben ser derivadas las personas que presentan:

- Tiroiditis post parto
- Tiroiditis subaguda

“En caso de no presentar las situaciones antes descritas, control con TSH anual en APS, si aparecen síntomas y los niveles de TSH se encuentran elevados, tratar como hipotiroidismo”.

Para la derivación, se debe emitir una Solicitud de Interconsulta con los datos solicitados en cada escenario, informe completo de tratamientos indicados y su tiempo de utilización.

4.6 Contrarreferencia:

El paciente permanecerá en especialidad hasta que se haya tratado y compensado la patología, la contrarreferencia a Atención Primaria será una vez que la persona se encuentre en tratamiento con medicamentos disponibles en la atención primaria. Según los requisitos establecidos por el protocolo de Contrarreferencia del Servicio de Salud Aconcagua.

5. Registro de Información

No Aplica

6. Indicadores

Título	Pertinencia en la derivación a Medicina Interna por diagnóstico de patología tiroidea.
Descripción y Racionalidad	Supervisar el cumplimiento del protocolo de derivación por diagnóstico de patología tiroidea del Servicio de Salud Aconcagua.
Dominio	Proceso
Numerador	Total de interconsultas por patología tiroidea revisadas, que cumplen el 100% de la pauta de cotejo. X 100



SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

Código: GCDSSA044

Edición: 01

Fecha: 24 Marzo 2015

Página 7 de 11

Vigencia: 2015-2018

PROTOCOLO MANEJO DE PATOLOGÍA TIROIDEA

Denominador	Total de interconsultas por patología tiroidea con pauta de cotejo aplicada, revisadas 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 pautas de cotejo aplicada.
Muestreo recomendado	Muestra aleatoria del total de derivaciones por patología tiroidea 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
Umbrales/Criterios de interpretación de resultados	$\geq 90\%$
Áreas de aplicación	CESFAM que realizan derivaciones a Medicina Interna por patología tiroidea.
Responsables	Sub. Dirección Médica CESFAM.
Anexos	Pauta de Cotejo (Anexo 4)
Referencias bibliográficas	N/A

7. Normas y Referencias

- Guía Clínica GES Hipotiroidismo 2013, en www.minsal.cl.
- Dra. Andrea Zapata, Presentación Patología Tiroidea para la APS. Programa Anual de Capacitación continua para médicos de APS. Servicio de Salud Aconcagua.2012.
- Won-Jin Moon, et al Benign and Malignant Thyroid Nodules: US Differentiation— Multicenter Retrospective Study. Radiology: Volume 247: Number 3—June 2008.
- David S. Cooper et al. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. ATA, THYROID Volume 19, Number 11, 2009.
- Jin Young et al. Thyroid Imaging Reporting and Data System for US Features of Nodules: A Step in Establishing Better Stratification of Cancer Risk. Radiology, 260, 892-899. September 2011.
- An Ultrasonogram Reporting System for Thyroid Nodules Stratifying Cancer Risk for Clinical Management. Horvath E, Majlis S. et al. JCEM 2009;94:1748-1751



SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

PROTOCOLO MANEJO DE PATOLOGÍA TIROIDEA

8. Anexos

Anexo 1

Recomendación de pesquisa de TSH en Adultos

Recomendaciones MINSAL 2009

- Antecedente de cirugía tiroidea, I131 o radioterapia cervical.
- Toda embarazada.
- Infertilidad femenina.
- Hallazgo de bocio a la palpación.
- Uso de Amiodarona o Litio.
- Depresión confirmada.
- Patologías asociadas genéticas (Turner, Down), autoinmunes (DM I, Sjögren, Esclerosis sistémica progresiva, AR, Addison, E, celíaca, Vitiligo, anemia perniciosa).

Otras recomendaciones

- Trastornos menstruales.
- Hipercolesterolemia aislada.
- Marcado antecedente familiar de disfunción tiroidea.
- Toda mujer > 50 años.
- Obesidad.

Anexo 2

CLASIFICACIÓN TIRADS	
TIRADS 1	Glándula tiroidea normal.
TIRADS 2	Condiciones benignas (0% malignidad).
TIRADS 3	Nódulos probablemente benignos (tumor maligno <5%).
TIRADS 4	Nódulos sospechosos (5-80% tasa de malignidad). - 4a (malignidad entre 5 y 10%) - 4b (malignidad 10 y 80%)
TIRADS 5	Nódulos probablemente malignos (cáncer > 80%).
TIRADS 6	Nódulos malignos respaldados con biopsia.



Gobierno de Chile

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

Código: GCDSSA044

Edición: 01

Fecha: 24 Marzo 2015

Página 9 de 11

Vigencia: 2015-2018

PROTOCOLO MANEJO DE PATOLOGÍA TIROIDEA

Anexo 3: Clasificación de Bocio, OMS

TABLA 2. Clasificación del tamaño del bocio (OMS)

- 0.- Ausencia de bocio. Tiroides no palpable o palpable pero de tamaño normal.
- 1.-A Bocio detectable por palpación y no visible incluso con el cuello en extensión
- 1.-B Bocio palpable y visible sólo en extensión. Se incluyen los nódulos tiroideos.
- 2.- Bocio visible con el cuello en posición normal.
- 3.- Bocio voluminoso, identificable a distancia.

Anexo N° 4: Pauta de Cotejo, Evaluación Pertinencia.

Pauta de Cotejo	Si	No
Describe examen físico con evaluación tiroidea.		
Exámenes de laboratorio: TSH, T4L		
Describe tratamiento realizados en APS.		
Cumple uno o más criterios de derivación.		
Deriva a medicina interna.		

 Gobierno de Chile	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO	Código: GCDSSA044
		Edición: 01
		Fecha: 24 Marzo 2015
		Página 10 de 11
		Vigencia: 2015-2018
PROTOCOLO MANEJO DE PATOLOGÍA TIROIDEA		

9. Distribución

Subdirección de Gestión Asistencial, Dirección Servicio de Salud.

- Depto. Gestión Hospitalaria.
- Calidad y Seguridad del Paciente
- Depto. Gestión Atención Primaria en Salud.

Hospitales de Mayor Complejidad

- Dirección.
- Subdirección Médica.
- Consultorio de Especialidad, Medicina Interna, Endocrinología.

CESFAM

- Directora CESFAM San Felipe El Real.
- Director CESFAM Dr. Segismundo Iturra T.
- Directora CESFAM Cordillera Andina.
- Directora CESFAM Llay Llay.
- Director CESFAM Jorge Ahumada Lemus.
- Directora CESFAM Curimón.
- Directora CESFAM Valle Los Libertadores.
- Directora CESFAM Panquehue.
- Directora CESFAM Eduardo Raggio Lannata.
- Directora CESFAM Centenario.
- Director CESFAM Rinconada.
- Director CESFAM Pedro Aguirre Cerda.
- Director CESFAM San Esteban.



Gobierno de Chile

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

Código: GCDSSA044

Edición: 01

Fecha: 24 Marzo 2015

Página 11 de 11

Vigencia: 2015-2018

PROTOCOLO MANEJO DE PATOLOGÍA TIROIDEA

10 Revisión

Registro de Modificaciones

Revisión	Registro de Modificaciones	Memorando que dispone (si corresponde)	
		Nº	Fecha
Nº	Detalle	Nº	Fecha
01	Aprobación de Protocolo		24 Marzo 2015