



Gobierno
de Chile

**PROTOCOLO
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
HIPOTIROIDISMO
EN MAYORES DE 15 AÑOS y MÁS
2014 - 2017**

<u>ACTUALIZACIÓN</u>	<u>REVISION</u>	<u>APROBACION</u>
<p><i>Valeria Suazo</i> Dra. Valeria Suazo Dr. Pedro Villavicencio Endocrinólogos Hospital Dr. Ernesto Torres G</p> <p><i>Álvaro Campos Oliva</i> Dr. Álvaro Campos Oliva. Médico EDF CGU Héctor Reyno, Alto Hospicio</p> <p><i>Rodrigo Gurrea M.</i> Dr. Rodrigo Gurrea M. Médico EDF CGR Pozo Almonte</p>	<p><i>Paloma Gómez M.</i> Dra. Paloma Gómez M. Unidad de Planificación Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>Javiera Sánchez Alfaro.</i> Dra. Javiera Sánchez Alfaro. Encargada de U. Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>Nelson Castillo Barriga</i> Dr. Nelson Castillo Barriga Jefe Dpto. de Planificación y Control Servicio de Salud Iquique</p>	<p><i>Adriana Tapia Cifuentes.</i> Dra. Adriana Tapia Cifuentes. Directora Servicio de Salud Iquique</p>
Fecha: Noviembre 2013	Fecha: Diciembre 2013	Fecha: Enero 2014



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
DPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR – END - 003

Edición: Segunda

Fecha: Enero 2014

Páginas: 2 de 7

Vigencia: 3 años

HIPOTIROIDISMO EN MAYORES DE 15 AÑOS Y MAS

1. OBJETIVO GENERAL

- Establecer criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de pacientes con patologías endocrinológicas, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario y secundario de la red asistencial de la Región de Tarapacá dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Mejorar los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria en patologías endocrinológicas.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Entregar criterios de manejo y derivación a aquellos pacientes que presenten hipotiroidismo (Patología GES N° 76 desde 01.07.2013).
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a dicha entidad patológica.
- Integrar otras estrategias preventivas de salud.

3. ALCANCE O CAMPO DE APLICACIÓN.

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), Servicios de urgencia rural (SUR), Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Centro de salud (CES), Centros de salud familiar (CESFAM), Consultorio adosado de especialidades (CAE-HETG) del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.

4. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- **Guía Clínica Hipotiroidismo 2013** (www.minsal.cl)
- **Guía Clínica Examen Preventivo del Adulto 2009** (www.minsal.cl)
- **Manual Endocrinología Clínica**, Editorial Mediterráneo 2012, Dr. E Arteaga, Dr. R Baudrand
- **Guías embarazo y tiroides 2011 y 2012**
- Protocolo Consultorías Endocrinología APS 2013
- *Arancibia P, Araya V. Guía de estudio "Endocrinología Clínica". Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 2002. Santiago.*
- *Boletín de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/tiroidea/nodulostiroideos.html>*

5. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

a. Responsable ejecución.

- Médico APS es responsable de pesquisar, iniciar tratamiento según complejidad y derivar a los pacientes que cumplen con las características de este documento.
- Médico Especialista es responsable de efectuar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, así como realizar la contrarreferencia a APS.



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
DPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR – END – 003

Edición: Segunda

Fecha: Enero 2014

Páginas: 3 de 7

Vigencia: 3 años

HIPOTIROIDISMO EN MAYORES DE 15 AÑOS Y MAS

b. Responsable del seguimiento y evaluación:

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación desde APS al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia y prioridad de las derivaciones al Jefe CAE y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando al Jefe CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.

6. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

a) Definiciones operativas:

- Paciente con Hipotiroidismo primario: TSH \geq 10
- Paciente con Hipotiroidismo subclínico: TSH sobre el límite superior de lo normal y $<$ 10

b) Criterios de sospecha clínica de hipotiroidismo, ante los cuales el médico APS debe realizar punto 6.1:

- Sintomatología clásica
- Paciente con bocio
- Paciente con infertilidad primaria o secundaria
- Paciente embarazada con antecedentes de patología tiroidea previa
- Paciente con antecedente de radioyodo o cirugía tiroidea por hipertiroidismo
- Pacientes usuarios de litio
- Pacientes usuarios de amiodarona
- Pacientes con síndrome de Down
- Trastorno del ánimo
- Dislipidemia refractaria a tratamiento (dietario-farmacológico 6 meses)
- Obesidad mórbida.
- Síndrome metabólico
- Hiperprolactinemia

c) Proceso Clínico asistencial Médico APS

- Solicitar pruebas tiroideas (TSH, T4 libre).
- Solicitar ecotomografía de tiroides en caso nódulo o masa palpable (NO es requisito para interconsulta a nivel secundario para el caso de hipotiroidismo).
- Seguir protocolo Guía GES. (Anexo 1)
- Evaluación clínica completa/Integrar otras estrategias preventivas
 - EMPA \rightarrow 15-64 años,
 - Papanicolau \rightarrow 25-64 años
 - Colectomía preventiva \rightarrow 35 a 49 años
 - Mamografía \rightarrow 50-54 años
 - Artrosis \rightarrow \geq 55 años
 - Salud oral integral \rightarrow 60 años, Obesidad,
 - Dislipidemia \rightarrow Evaluación y educación nutricional en Consultorio
 - DM \rightarrow FO, Microalbuminuria, Hb glicosilada A1c).



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
DPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR – END - 003

Edición: Segunda

Fecha: Noviembre 2013

Páginas: 4 de 7

Vigencia: 3 años

HIPOTIROIDISMO EN MAYORES DE 15 AÑOS Y MAS

d. Derivación de pacientes desde APS al Policlínico Endocrinología del Consultorio de Adosado de Especialidades en el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Mayor a 75 años
- Cardiopatía coronaria
- Sospecha de hipotiroidismo secundario
- Sospecha clínica o de laboratorio de hipotiroidismo severo
- Bocio persistente
- Embarazo (con o sin tratamiento previo)
- Antecedentes de cáncer de tiroides
- Insuficiencia cardíaca
- Mantención de TSH elevada pese a terapia adecuada, en 2 controles
- Nódulo palpable
- Uso de amiodarona o litio.

e. Exámenes solicitados por médico de APS previo a la derivación y que debe presentar el paciente en el Hospital y sus resultados.

- TSH, T4 libre reciente (T4 total en embarazo)
- Ecotomografía tiroidea si está disponible
- Historia clínica y Examen Físico completos, exámenes realizados en el último año (resultados de exámenes)

f. Tiempo de respuesta en nivel secundario

Se le dará hora para consulta con médico especialista en un **plazo <30 días** desde la fecha de derivación.

g. Criterios de priorización para atención en Policlínico de Endocrinología:

- Embarazo
- Hipotiroidismo severo
- Nódulos palpables y/o sospechosos de cáncer

h. Derivación a Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), en caso de:

Coma mixedematoso

i. Documentos emitidos por profesional tratante de APS

El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) que contenga:

- Datos del paciente (nombre, rut, edad). El resto de los datos es responsabilidad de la sala SIC de cada centro de APS.
- Anamnesis específica.
- Hallazgos que destaquen en examen físico.
- Exámenes y sus resultados
- Motivo de derivación explícito y prioridad (según disponibilidad, prioritaria, urgente).
- Tratamientos indicados.
- Nombre, RUT, firma, timbre del profesional.

j. Conducta a seguir por médico especialista en Policlínico de Endocrinología:

Manejo en atención secundaria y contrarreferencia a atención primaria cuando sea pertinente.



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
DPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR – END - 003

Edición: Segunda

Fecha: Noviembre 2013

Páginas: 5 de 7

Vigencia: 3 años

HIPOTIROIDISMO EN MAYORES DE 15 AÑOS Y MAS

7. CONTRARREFERENCIA Y DOCUMENTOS EMITIDOS POR EL MÉDICO ESPECIALISTA DE ATENCIÓN SECUNDARIA.

- El médico especialista remitirá el formulario de Contrarreferencia señalando: diagnóstico definitivo, indicaciones de tratamiento y período del próximo control en nivel primario y/o secundario según corresponda.
- Debe señalar siempre nombre, RUT, firma y timbre.

8. INDICADORES

- **Numerador:** N° de pacientes evaluados en el Policlínico de Endocrinología con diagnóstico de hipotiroidismo que cumplen con criterios de referencia establecidos en este protocolo.
- **Denominador:** N° total de pacientes referidos por médico desde centro de atención primaria a Policlínico de endocrinología con diagnóstico de hipotiroidismo

N° de pacientes evaluados en el Policlínico de Endocrinología con diagnóstico de hipotiroidismo que cumplen con criterios de referencia establecidos en este protocolo

N° total de pacientes referidos por médico desde centro de atención primaria a Policlínico de endocrinología con diagnóstico de hipotiroidismo en estudio.

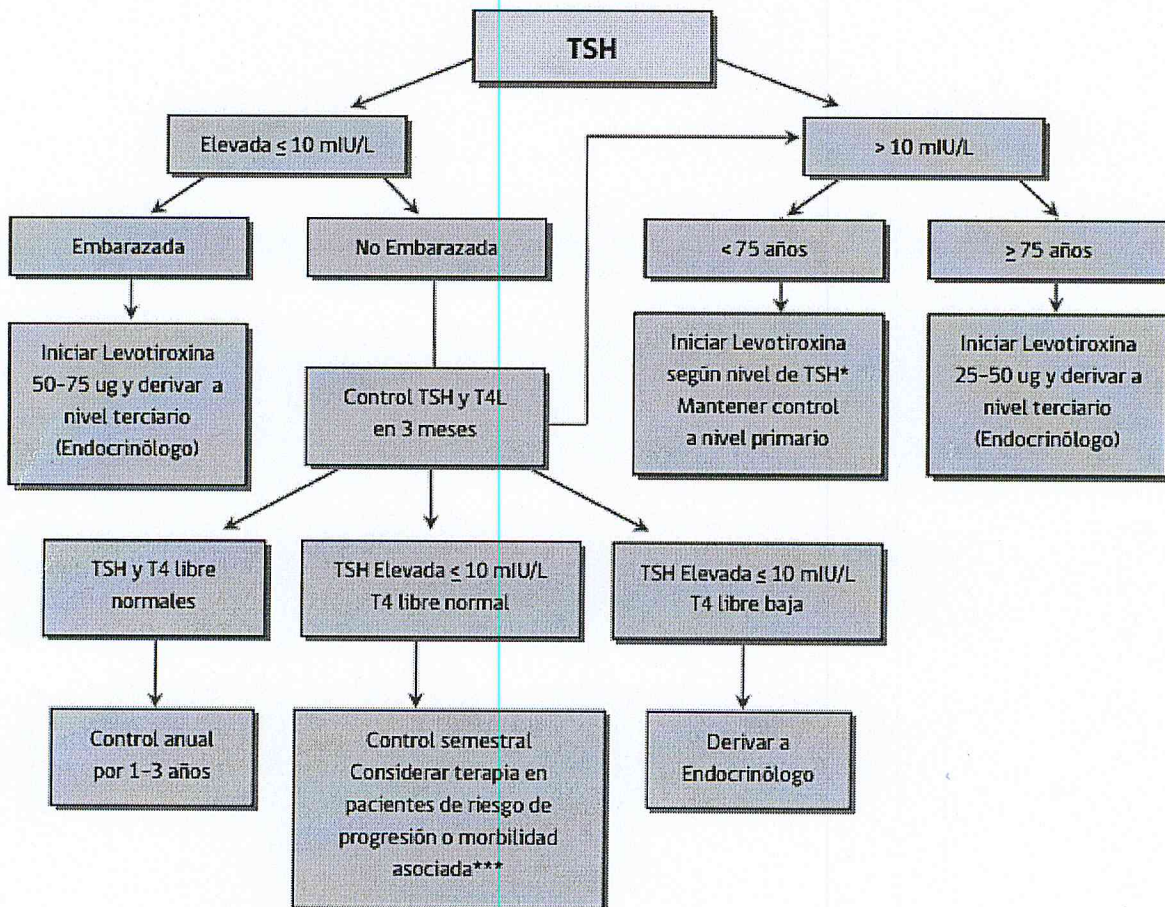
9. DISTRIBUCIÓN

- Dirección SSI
- Dirección, HETG.
- Subdirección Médica, HETG.
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, HETG
- Consultorio Adosado a Especialidades (CAE), HETG
- CR Medicina, CAE.
- Policlínico Endocrinología, CAE.
- Subdirección de Gestión Asistencial, SSI.
- Oficina de Calidad, SSI.
- Red de atención Primaria Salud de la Región de Tarapacá.

HIPOTIROIDISMO EN MAYORES DE 15 AÑOS Y MAS

ANEXO N°1: NORMAS DE MANEJO DE HIPOTIROIDISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA.

Algoritmo de Manejo del Hipotiroidismo Primario del Adulto



* Dosis levotiroxina según TSH (excepto ≥ 75 años)

4,5 – 10 (uIU/ml)	25 – 50 ug
10 – 20	50 – 100 g
> 20	1,0 – 1,6 ug/kg

Control TSH a las 6- 8 semanas para ajustar dosis y lograr 3 mIU/L

** Derivación a Endocrinólogo

- Adulto > 75 años
- Cardiopatía coronaria
- Sospecha hipotiroidismo secundario
- Sospecha clínica o de laboratorio de hipotiroidismo severo
- Bocio persistente

- Embarazo (con o sin tratamiento previo)
- Antecedentes cáncer tiroideo
- Insuficiencia cardíaca
- Mantención TSH elevada pese a terapia adecuada, en 2 controles
- Nódulo palpable
- Uso de amiodarona o litio

*** Pacientes en riesgo de progresión o morbilidad asociada:

- Anticuerpos Anti TPO (+)
- Mujer con deseo embarazo
- Depresión
- Trastornos cognitivos no demenciantes
- Bocio
- Infertilidad
- LDL elevado

Durante embarazo se considera TSH objetivo los siguientes valores según trimestre:

<2,5 mUI/L en 1er Trimestre

<3 en 2do y 3er Trimestre.

HIPOTIROIDISMO EN MAYORES DE 15 AÑOS Y MAS

Recomendaciones Clave

- El tamizaje y tratamiento básico del hipotiroidismo primario del adulto debe ser realizado a nivel primario de salud. Por médico general. RECOMENDACIÓN D.
- El tratamiento del hipotiroidismo secundario debe ser realizado por especialista. RECOMENDACIÓN D.
- Debe hacerse tamizaje de población en riesgo de desarrollar hipotiroidismo primario. RECOMENDACIÓN D.
- La sospecha clínica del hipotiroidismo primario del adulto debe incluir manifestaciones clínicas típicas y atípicas de la enfermedad. RECOMENDACIÓN D.
- La herramienta de laboratorio esencial para el diagnóstico es la medición de los niveles plasmáticos de TSH. RECOMENDACIÓN D.
- El hipotiroidismo primario subclínico se define como la alteración de la función tiroidea, asociada a niveles normales de hormonas tiroideas con elevación de los niveles de TSH. RECOMENDACIÓN D.
- El tratamiento del hipotiroidismo primario, debe realizarse utilizando levotiroxina, con el objetivo de normalizar los niveles de hormonas tiroideas y TSH. RECOMENDACIÓN A.
- El tratamiento del hipotiroidismo subclínico es importante en el primer trimestre del embarazo, y controversial en el adulto y adulto mayor. RECOMENDACIÓN D.
- La dosis de sustitución del adulto mayor es más baja y debe instaurarse gradualmente. RECOMENDACIÓN D.
- La ingesta de levotiroxina deber ser en ayunas, distanciado de medicamentos que interfieren en su absorción (calcio, hierro, omeprazol). RECOMENDACIÓN D.
- El monitoreo del tratamiento debe realizarse no antes de 6 a 8 semanas, después de iniciar o modificar la dosis de levotiroxina. RECOMENDACIÓN A.
- Existen criterios claros de derivación en cuadros complejos, que requieren manejo por endocrinólogo. RECOMENDACIÓN D.