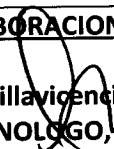

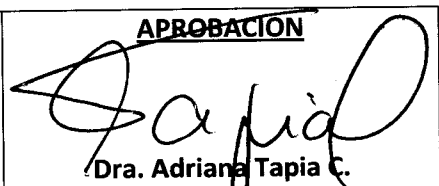




G O B I E R N O D E
CHILE

**PROTOCOLO
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
HIPERTIROIDISMO
2011 - 2014**

<u>ELABORACION</u>	<u>REVISION</u>	<u>APROBACION</u>
 Dr. Villavicencio. ENDOCRINOLOGO, HETG. Dra. Andrea Vivero D. Médico EDF 8º Servicio de Salud Iquique	 Dra. Javiera Sánchez A. Encargada Calidad, SSI.	 Dra. Adriana Tapia C. Directora Servicio de Salud Iquique
Fecha: Noviembre 2011	Fecha: 2011	Fecha: 2011



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE UNIDAD DE PLANIFICACION

Código: RCR – END - 002

Edición: Primera

Fecha: 7 de Noviembre 2011

Páginas: 2 de 5

Vigencia: 3 años

HIPERTIROIDISMO

1. OBJETIVO GENERAL

- Establecer un proceso de derivación de patologías de endocrinología con integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional, fortaleciendo la continuidad de la atención al interior de la red asistencial.
- Definir criterios estandarizados de derivación y priorización de pacientes hipertiroides, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario (APS), secundario y terciario de la red asistencial de la Región de Tarapacá.
- Mejorar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Efectuar un adecuado y oportuno diagnóstico y tratamiento de pacientes portadores de hipertiroidismo en nuestra región.

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

- *El síndrome hipertiroides: diagnóstico y orientaciones terapéuticas. Vol. 29, nº 3, 2000. Boletín tiroideo, PUC.*
- *Función tiroidea y ciclo sexual femenino, fertilidad y embarazo. Vol. 29, nº 3, 2000. Boletín tiroideo, PUC.*
- *Michaud P. y Rodríguez JA. Tirotoxicosis. En: Endocrinología Clínica. Pp. 136-145. Editor: J. A. Rodríguez P. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2000*
- *Cooper DS. Approach to the patient with subclinical hyperthyroidism. J Clin Endocrinol Metab 2007; 92: 3-9. PubMed PMID: 17209221*
- *Pearce EN. Diagnosis and management of thyrotoxicosis. BMJ 2006; 332: 1369-73. PubMed PMID: 16763249*

5. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

5.1. Responsable ejecución.

- Médico APS es responsable de pesquisar y derivar 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.

5.2. Responsable del seguimiento y evaluación:

- Médico de interfaz de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación el nivel secundario y terciario.
- Médico de interfaz del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia 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.



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE UNIDAD DE PLANIFICACION

Código: RCR – END - 002

Edición: Primera

Fecha: 7 de Noviembre 2011

Páginas: 3 de 5

Vigencia: 3 años

HIPERTIROIDISMO

6. DEFINICIONES

- **Tirotoxicosis:** Síndrome clínico de hipermetabolismo que resulta cuando las concentraciones séricas de tiroxina libre (T4L), triiodotironina libre (T3L), o ambas, están elevadas.
- **Hipertiroidismo:** Se produce cuando existe un aumento mantenido de síntesis y secreción de hormonas tiroideas en la glándula tiroidea. Su causa más común es la enfermedad de Graves-Basedow.
- Por tanto ambos términos no son sinónimos. Aunque muchos pacientes con tirotoxicosis presentan, de hecho, hipertiroidismo, otros no (por ejemplo, aquellos en que la tirotoxicosis es debida a tiroiditis o a la administración exógena de hormona tiroidea en dosis superiores a las necesarias).

7. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

7.1. Conducta a seguir por médico en APS:

- El médico APS realizará una evaluación clínica completa.
- Solicitará pruebas tiroideas (TSH, T4 libre) según el caso clínico y en los siguientes casos siempre:
 - Paciente de cualquier sexo, con síntomas sospechosos
 - Paciente de cualquier sexo, con hallazgos sospechosos al examen físico.
 - Paciente con infertilidad primaria o secundaria
 - Paciente embarazada con antecedente de patología tiroidea previa
 - Paciente con depresión, trastorno bipolar o crisis de pánico de difícil manejo
 - Paciente con Fibrilación auricular

7.2 Exámenes solicitados por médico APS previo a la derivación:

- TSH y T4 libre al momento del diagnóstico
- Hemograma y VHS
- Pruebas hepáticas
- ECG con ritmo irregular
- Ecotomografía tiroidea, según disponibilidad y siempre que su solicitud no demore la derivación.

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

- Se derivará a atención con médico endocrinólogo a todo paciente que tenga TSH suprimida (bajo el rango inferior de lo normal) con hormonas tiroideas normales o elevadas.

7.2. Derivar a UEH (Unidad de Emergencia Hospitalaria)

- Pacientes con síntomas y signos al examen físico de tormenta tirotóxica.

7.3. Criterios de priorización de atención en Policlínico de Endocrinología:

- Paciente embarazada.
- Paciente con cardiopatía coronaria o portador de una arritmia.

7.4 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.
 - Examen físico:
 - Exámenes y sus resultados.
 - Hipótesis diagnóstica.
 - Tratamientos indicados.
 - Nombre, rut, firma, timbre del profesional.



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE UNIDAD DE PLANIFICACION

Código: RCR – END - 002

Edición: Primera

Fecha: 7 de Noviembre 2011

Páginas: 4 de 5

Vigencia: 3 años

HIPERTIROIDISMO

7.5 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.
 - Examen físico:
 - Exámenes y sus resultados.
 - Hipótesis diagnóstica.
 - Tratamientos indicados.
 - Nombre, rut, firma, timbre del profesional.

7.6 Criterios de priorización para atención en Policlínico de Endocrinología:

- Cáncer
- Bocio
- Embarazo
- Tormenta tiroídea
- Nódulos

7.7 Conducta a seguir por médico especialista en Policlínico de Endocrinología:

- El médico especialista realizará, según el caso clínico:
 - Medición de TSH, T4 libre y T3. En el caso de embarazadas, se medirá sólo TSH y T4 libre.
 - Solicitud de Ecografía en el caso de que el especialista estime conveniente: sospecha de bocio multinodular o adenoma tóxico.
 - Solicitud de Captación de Yodo en el caso de que el especialista estime conveniente: sospecha de Tiroiditis subaguda o dudas de una Enfermedad de Basedow-Graves.
 - Tratamiento con Propiltiouracilo o Tiamazol en dosis indicada para cada paciente.
 - Tratamiento definitivo con radioyodo 131 o Cirugía

8 CONTRARREFERENCIA y documentos emitidos por el médico especialista de atención secundaria.

- El paciente es manejo exclusivo de atención secundaria.
- El médico especialista remitirá el formulario de Contrarreferencia señalando: diagnóstico definitivo, indicaciones de tratamiento y fechas de controles en nivel secundario, para conocimiento de equipo médico de APS.
- Siempre señalando nombre, rut, firma y timbre.

9 INDICADORES

- **Numerador:** Nº de pacientes evaluados en el Policlínico de Endocrinología con diagnóstico de hipertiroidismo que cumplen con criterios de referencia establecidos en este protocolo de RYCR.
- **Denominador:** Nº total de pacientes referidos por médico desde centro de atención primaria a Policlínico de endocrinología con diagnóstico de hipertiroidismo en estudio.

Nº de pacientes evaluados en el Policlínico de Endocrinología con diagnóstico de hipertiroidismo que cumplen con criterios de referencia establecidos en este protocolo de RYCR.

Nº total de pacientes referidos por médico desde centro de atención primaria a Policlínico de endocrinología con diagnóstico de hipertiroidismo en estudio.



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
UNIDAD DE PLANIFICACION**

Código: RCR – END - 002

Edición: Primera

Fecha: 7 de Noviembre 2011

Páginas: 5 de 5

Vigencia: 3 años

HIPERTIROIDISMO

10 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.