

Resumen Ejecutivo
Guía de Práctica Clínica de
Cáncer de Tiroides Diferenciado y Medular
en personas de 15 años y más

Aprobada por Resolución Exenta N°262 de fecha 15 febrero 2024

Año 2024



VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Tiroides Diferenciado y Medular en personas de 15 años y más:
<https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENCIADO Y MEDULAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: 2024

ÍNDICE

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA	4
EPIDEMIOLOGÍA	6
Factores de riesgo:.....	7
Presentación clínica	7
ETIOPATOGENIA	7
OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO	7
OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	8
OBJETIVO GENERAL:	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	8
USUARIOS DE LA GUÍA:	8
MÉTODOS	8
PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS	9
ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES	10
CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES	11
EQUIPO ELABORADOR	13
PANEL DE EXPERTOS	13
DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB	15
REFERENCIAS	16

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
En personas con diagnóstico de cáncer de tiroides el Ministerio de Salud, sugiere realizar una ecografía preoperatoria para estadificación en adición a la evaluación clínica.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En personas con diagnóstico de cáncer de tiroides diferenciado no medular con adenopatías laterales cervicales sospechosas a la ultrasonografía, el Ministerio de Salud sugiere una punción aspirativa con aguja fina y lavado de tiroglobulina preoperatoria por sobre una biopsia rápida.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En personas con cáncer diferenciado de tiroides de alto riesgo que recibe radioyodo, el Ministerio de Salud sugiere usar una dosis radioyodo 100mCi por sobre usar una dosis mayor (150mCi).	CONDICIONAL	BAJA ⊕⊕○○
En personas con cáncer diferenciado de tiroides que requieren tratamiento con radioyodo, el Ministerio de Salud sugiere usar preparación con TSH-rh (hormona estimulante de la tiroides recombinante humana) por sobre suspensión de hormona tiroidea.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En personas con cáncer diferenciado de tiroides refractario a radioyodo, en progresión estructural, con metástasis a distancia o enfermedad locorregional irresecable, el Ministerio de Salud sugiere usar lenvatinib por sobre usar sorafenib.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En personas con cáncer de tiroides medular con mutación RET y diferenciado con traslocación RET/PTC, metastásicos, localmente avanzado o en progresión, el	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○

Ministerio de Salud **sugiere** usar pralsetinib en comparación a no usar.

En personas con cáncer de tiroides anaplásico con mutación somática BRAF, el Ministerio de Salud **sugiere** usar combinación de inhibidores específicos BRAF V600E más inhibidores MEK (dabrafenib + trametinib) por sobre no usar.

CONDICIONAL

MUY BAJA



En personas con cáncer de tiroides de bajo riesgo, el Ministerio de Salud **sugiere** realizar tiroidectomía total o lobectomía tiroidea.

CONDICIONAL

MUY BAJA



En personas con cáncer diferenciado de tiroides de bajo riesgo, el Ministerio de Salud **sugiere** no usar radioyodo como parte del tratamiento estándar.

CONDICIONAL

BAJA



Para los grupos seleccionados de personas en que se decida administrar radioyodo, el Ministerio de Salud **recomienda** usar una dosis 30 mCi por sobre dosis de 100 mCi.

MODERADA



En personas con cáncer diferenciado de tiroides de riesgo intermedio con buena respuesta al tratamiento quirúrgico en los cuales se decida administrar radioyodo, el Ministerio de Salud **sugiere** administrar dosis baja (30-50 mCi) o dosis 100 mCi.

CONDICIONAL

MUY BAJA



En personas con microcarcinoma papilar de tiroides, intratiroides de histología no agresiva, sin adenopatías y bajo riesgo de invasión traqueal y de nervio laríngeo recurrente, el Ministerio de Salud **sugiere** realizar vigilancia activa o cirugía.

CONDICIONAL

MUY BAJA



En personas con cáncer diferenciado de tiroides de bajo riesgo de recurrencia y buena respuesta al tratamiento, el Ministerio de Salud **sugiere** suplementar levotiroxina para mantener niveles de TSH entre 0,5 y 2,0 mUI/L por sobre suplementar levotiroxina para mantener niveles de TSH < 0,1 mUI/L.

CONDICIONAL

MUY BAJA



RECOMENDACIONES DE BUENA PRÁCTICA

El Ministerio de Salud recomienda que las personas con cáncer de tiroides sean atendidas en centros acreditados que cuenten con las capacidades, la experiencia y el equipamiento necesario para implementar las recomendaciones de esta guía de práctica clínica.

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2022 utilizando metodología GRADE

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) constituyen una herramienta esencial en el ámbito de la atención en salud al ofrecer recomendaciones fundamentadas en una minuciosa revisión sistemática de la evidencia científica disponible, por lo que se encuentran respaldadas por una evaluación ponderada de los riesgos y beneficios de las intervenciones sanitarias alternativas, jugando un papel crucial para proporcionar una base sólida para la toma de decisiones clínicamente informadas.

Sin perjuicio de lo anterior, las GPC no se encuentran ligadas intrínsecamente a un régimen de garantías específicas ni a los mecanismos de coberturas financieras determinadas en las leyes y reglamentos de nuestro país, por lo que únicamente se centran en optimizar la atención de salud a nivel individual y colectivo según corresponda.

DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrinológica más frecuente y representa entre 3,0 y 4,0% de todos los cánceres diagnosticados anualmente (1). Cerca de 90-95% de los casos corresponde a cáncer diferenciado de tiroides (CDT); subtipos histológicos: papilar 85% y folicular 10%, originado en las células foliculares de la tiroides y 2-3% corresponde a cáncer medular de tiroides (CMT). El restante corresponde a tumores de alto grado, que representan <3% del total; pobremente diferenciado, anaplásico, linfoma o metástasis de otros cánceres (2).

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia del CDT ha aumentado, tanto a nivel mundial como regional, durante las últimas 3 décadas, especialmente en el grupo de tumores menores a 2 cm de diámetro. La principal causa de este aumento de incidencia se debe al uso masivo de estudios imagenológicos (como la ecografía), lo que redundo en mayor diagnóstico, aunque no pueden descartarse otros factores patogénicos (1,3). En Chile, la tasa de incidencia ajustada de cáncer de tiroides es de 2,3 y 7,0 por 100.000 habitantes, para hombres y mujeres, respectivamente, en el periodo 2003-2010 (4).

Datos de Estados Unidos indican que la supervivencia global a 5 años es de 98,1%. En casos de enfermedad localizada alcanza el 99,9%, mientras que para pacientes con metástasis a distancia esta disminuye a 55,5% (1). A nivel nacional, la supervivencia global a 5 años y la supervivencia libre de enfermedad reportadas son 86,6% y 91,4%, respectivamente (5).

Factores de riesgo:

Entre los factores de riesgo para desarrollar cáncer de tiroides, el más importante es la exposición a radiación ionizante, en el área de cabeza y cuello. Se ha asociado también a formas familiares, pero en cerca de 95% de los casos no se logra identificar ningún factor predisponente (1).

El sexo femenino aumenta la probabilidad de tener cáncer de tiroides (3:1 respecto a sexo masculino). El cáncer de tiroides se ha asociado a alto índice de masa corporal (1).

Presentación clínica

Actualmente la mayoría de los casos son asintomáticos y el cáncer de tiroides se diagnostica como un hallazgo en estudios de imágenes solicitados por otra causa. Sin embargo, existen algunos síntomas y signos que aumentan la sospecha (6):

- Aumento de volumen cervical, especialmente en casos de rápido crecimiento
- Disfonía u otros cambios persistentes en la voz
- Disfagia
- Dificultad para respirar
- Tos irritativa persistente
- Dolor cervical anterior, irradiado a los oídos

ETIOPATOGENIA

Con respecto a las alteraciones moleculares más prevalentes en el cáncer de tiroides, la mayoría de los cánceres papilares presenta desregulación de la vía de las MAPK y de PI3K/AKT: se han detectado mutaciones principalmente en los genes BRAF y RAS, entre otros, y fusiones en genes RET/PTC y NTRK. En relación al cáncer folicular, las alteraciones moleculares se concentran en el gen RAS (2). Los cánceres de tiroides de alto grado, pobremente diferenciado y anaplásico adquieren alteraciones genéticas adicionales en el promotor de TERT y p53, entre otros. En el cáncer medular de tiroides, las mutaciones en el proto-oncogen RET, además del impacto en etiopatogénico, tienen relevancia pronóstica y terapéutica (2).

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento del CDT son aumentar la supervivencia, reducir el riesgo de persistencia/recurrencia y su morbilidad asociada, así como lograr una mínima morbilidad asociada a la terapia. Para conseguir este objetivo se requiere un manejo multidisciplinario coordinado, adecuado al riesgo inicial de cada paciente y ajustado a la respuesta a la terapia durante el seguimiento (7).

OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

OBJETIVO GENERAL:

Generar recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, para el manejo clínico de personas con diagnóstico de cáncer de tiroides.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Entregar recomendaciones para el tratamiento clínico de personas con diagnóstico de cáncer de tiroides.

USUARIOS DE LA GUÍA:

Equipos clínicos del sistema público y privado que estén capacitados para el abordaje de este problema de salud.

MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: responsables temáticos, metodólogos, responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, representantes de asociaciones de pacientes, representantes de la Comisión Nacional de Cáncer, referentes del Ministerio de Salud, del Fondo Nacional de Salud (FONASA), del Instituto de Salud Pública (ISP) y Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST), quienes realizaron su declaración de conflictos de interés y confidencialidad. Las reuniones se desarrollaron de manera telemática en modalidad sincrónica y fueron guiadas por los coordinadores metodológicos en el desarrollo de los juicios respecto de los dominios de la tabla de la Evidencia a la Decisión (EtD). Se discutió cada juicio de manera abierta y se llegó a conclusión mediante consenso, y cuando esto no fue logrado en una primera instancia, se realizó votación a través de herramienta de la plataforma utilizada para la reunión telemática.

- Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses](#)

Para cada una de las preguntas de la guía se realizó una búsqueda electrónica amplia de revisiones sistemáticas y estudios aleatorizados en las bases de datos Cochrane database of systematic reviews (CDSR); PubMed; EMBASE desde su fecha de inicio hasta el año 2022 o 2023. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un tercer miembro del equipo resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. Adicionalmente se realizó una búsqueda de estudios de valores de las personas.

PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Inicialmente se redactaron 35 preguntas en el software GRADEpro GDT, luego de una revisión y eliminación de duplicados, se realizó la priorización de preguntas por parte del panel. Finalmente quedaron las siguientes 15 preguntas a desarrollar en la versión 2021-2022 de la GPC:

1. ¿Debería usarse radioyodo versus no usar en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides de riesgo bajo (Estratificar según pT1a; pT1b; pT2)?
2. ¿Debería usarse una dosis de 30 mCi de radioyodo versus dosis 100 mCi en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides de riesgo bajo en los cuales se decida administrar radioyodo?
3. ¿Debería usarse preparación con rhTSH versus suspensión de hormona tiroidea en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides que requieren tratamiento con radioyodo y en quienes exista contraindicación para la suspensión de hormona tiroidea (estratificar en 3 grupos, riesgo bajo, riesgo intermedio y riesgo alto)?
4. En pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides (cualquier tipo histológico) ¿Se debe realizar ecografía preoperatoria de estadificación en comparación a no realizar?
5. ¿En pacientes con cáncer de tiroides que requieran cirugía, esta debe ser realizada en centros de alto volumen en comparación a centros de bajo volumen?
6. ¿Debería realizarse evaluación con ecografía cervical, más niveles de tiroglobulina no estimulada más anticuerpos anti tiroglobulina 3-6 meses post cirugía para definir la indicación de radioyodo versus no hacerlo para pacientes con cáncer diferenciado de tiroides?
7. ¿Debería usarse inhibidores de tirosin kinasa (Lenvatinib o Sorafenib) versus no usar en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides refractario a radioyodo con metástasis a distancia o enfermedad locorregional irreseccable en progresión?
8. En personas con cáncer de tiroides con mutación RET o translocación RET/PTC metastásicos, localmente avanzados y en progresión, se debe usar inhibidores específicos de RET (Selpercatinib o Pralsetinib) en comparación a no usar?
9. ¿Debería usarse inhibidores de la tirosin kinasa como Cabozantinib o Vandetanib versus no usar en personas con cáncer medular de tiroides con metástasis a distancia, en progresión o enfermedad locorregional irreseccable?
10. Debería realizarse lobectomía tiroidea versus tiroidectomía total en pacientes con cáncer de tiroides de bajo riesgo (pT1a; pT1b; pT2)?
11. En pacientes con microcarcinoma papilar de tiroides, intratiroideos, de histología no agresiva, sin adenopatías y de bajo riesgo de invasión traqueal y de nervio laríngeo recurrente ¿Se debe realizar vigilancia activa (no operar y control imagenológico y clínico cada 6 meses-12 meses) en comparación a realizar cirugía?
12. ¿Debería usarse la combinación de inhibidores específicos BRAF V600E más inhibidores MEK (Dabrafenib + Trametinib /vemurafenib + cobimetinib) versus no usar en pacientes con cáncer anaplásico de tiroides con mutación somática BRAF?
13. ¿Debería usarse radioyodo 100 mCi versus dosis mayor o igual a 150 mCi en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides de riesgo alto que reciben radioyodo?
14. ¿Debería usarse preoperatoriamente PAAF + lavado TG de la adenopatía cervical sospechosa versus biopsia rápida intraoperatoria en personas mayores de 15 años con cáncer de tiroides

diferenciado no medular con adenopatía cervical sospechosa a la ultrasonografía de etapificación?

15. ¿Debería usarse suplementación con levotiroxina para mantener niveles de TSH entre 0,5 y 2,0 mUI versus suplementación con levotiroxina para mantener niveles de TSH < 0,1 en el seguimiento de personas con cáncer diferenciado de tiroides de bajo riesgo de recurrencia y respuesta excelente al tratamiento?

En el proceso de elaboración de recomendaciones, para una mejor comprensión o delimitación de la incertidumbre, se precisaron algunas preguntas por consenso del panel.

Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía de Práctica](#)

ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE) (8). Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de las personas respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación.
4. Impacto presupuestario de la intervención versus comparación cuando fue necesario.

Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

El grupo elaborador formuló las recomendaciones considerando su experiencia clínica, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de las personas, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica](#)

CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

Grado de la recomendación



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera

FUERTE: Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en TODAS o CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado. Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA DE LOS CASOS, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona.

Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia.

Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

CERTEZA DE LA EVIDENCIA

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia.

Certeza	Definición
Alta 	Tenemos alta confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.
Moderada 	Tenemos una confianza moderada en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.
Baja 	Tenemos poca confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.
Muy baja 	Tenemos muy poca confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral. Existe considerable incertidumbre respecto al efecto de la intervención

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.](#)

EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

Coordinación	Clínica: Hernán Tala Jury. Médico Cirujano, especialista en endocrinología. Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes. Universidad del Desarrollo/Clínica Alemana.
	Temática: Francisca Plaza Parrochia. Profesional, Departamento de Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores. División de prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud. Apoyo: Orietta Candia Pérez. Profesional, Departamento de Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores. División de prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Metodólogos	Coordinador: Eduardo Quiñelen Rojas. Profesional, Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
	Apoyo: Catalina Varas Astaburuaga. Profesional, Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

PANEL DE EXPERTOS

Hernán Tala Jury	Médico Cirujano, especialista en endocrinología. Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes. Universidad del Desarrollo/Clínica Alemana
Paola Ritter Arcos	Médico Cirujano, especialista en fisioterapia. Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Nacional del Cáncer

Angélica Silva Figueroa	Médico Cirujano, especialista en Cirugía Cabeza y Cuello. Sociedad Chilena Cirugía Cabeza y Cuello & Plástica Maxilofacial, Complejo Asistencial Barros Luco
Carlos Rojas García	Médico Cirujano, especialista en Medicina Interna y Oncología. Sociedad Chilena de Oncología Médica, Instituto Nacional del Tórax
René Eduardo Díaz Torres	Médico Cirujano, especialista en Endocrinología. Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes, Fundación Arturo López Pérez
Pedro Miguel Pineda Bravo	Médico Cirujano, especialista en endocrinología. Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes, Hospital Clínico Universidad de Chile
Daniela Gutiérrez Bórquez	Médico Cirujano, especialista en Medicina Nuclear. Sociedad Chilena de Medicina Nuclear. Instituto Nacional del Cáncer
José Miguel Domínguez Ruiz-Tagle	Médico Cirujano, especialista en Endocrinología. Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
Pablo Montero Miranda	Sociedad Chilena Cirugía Cabeza y Cuello & Plástica Maxilofacial. Complejo asistencial Dr. Sótero del Río
Rodrigo Jaimovich Fernández	Médico Cirujano, especialista en Medicina Nuclear. Sociedad Chilena de Medicina Nuclear. Clínica Las Condes
Patricia Arroyo Albala	Médico Cirujano, especialista en Imagenología. Hospital Clínico Universidad de Chile. Clínica Santa María
Pablo García Herrera	Médico Cirujano, especialista en Medicina Interna y Oncología. Hospital Guillermo Grant Benavente
Pamela Alarcón Cerda	Enfermera. Sociedad de Enfermería Oncológica, UC Christus Centro de Cáncer
Luis Marín de Amesti	Médico Cirujano, especialista en Cirugía Cabeza y Cuello, Fundación Arturo López Pérez. Representante de las fundaciones u organizaciones de pacientes
Jenny Carrillo Jiménez	Representante de las fundaciones u organizaciones de pacientes
Marcelo Veloso Olivares	Médico Cirujano, especialista en cirugía. Sociedad Chilena de Cirugía de Cabeza y Cuello & Plástica Maxilofacial. Instituto Nacional del Cáncer. Representante Comisión Nacional del Cáncer

Cristian Parra Becerra	Referente del Ministerio de Salud de DIGERA, representante de la Subsecretaría de Redes Asistenciales
Xenia Benavides Manzoni	Referente del Ministerio de Salud de DIVAP, representante de la Subsecretaría de Redes Asistenciales
Pablo Díaz Molina	Profesional. Representante del Instituto de Salud Pública (ISP)
Verónica Medina Urrutia	Profesional. Representante Fondo Nacional de Salud (FONASA).
Sandra de Lourdes Rojas Rivas	Profesional. Representante Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST)

RESPONSABLES DE LA BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Fundación Epistemonikos¹ Eduardo Quiñelén Rojas²	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos, beneficios y riesgos de las intervenciones.
Eduardo Quiñelén Rojas²	Valores y preferencias de las personas.
Victoria Hurtado Meneses²	Informes sobre evaluaciones económicas de las intervenciones.
Verónica Medina Urrutia³	Costos en Chile de las intervenciones.

¹ La búsqueda de evidencia fue externalizada por el Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

² Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

³ Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA).

DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB

Miguel Contreras Torrejón	Ingeniero en Informática. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
----------------------------------	---

DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Todos los integrantes del equipo elaborador realizaron declaraciones de potenciales conflictos de interés.

René Díaz declaró haber recibido honorarios por charlas de laboratorio Biotoscana y Roche.

Carlos Rojas es director ejecutivo del centro de investigación Bradford Hill. Declaró haber hecho consultorías para Biotoxina y Roche que tienen drogas indicadas en esta patología.

Marcelo Veloso, declaró haber recibido honorarios en eventos pagados por la industria farmacéutica en calidad de experto clínico.

REFERENCIAS

1. Seib CD, Sosa JA. Evolving Understanding of the Epidemiology of Thyroid Cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am.* marzo de 2019;48(1):23-35.
2. Prete A, Borges de Souza P, Censi S, Muzza M, Nucci N, Sponziello M. Update on Fundamental Mechanisms of Thyroid Cancer. *Front Endocrinol (Lausanne).* 13 de marzo de 2020;11:102.
3. Sierra MS, Soerjomataram I, Forman D. Thyroid cancer burden in Central and South America. *Cancer Epidemiology.* 1 de septiembre de 2016;44:S150-7.
4. EPI – Departamento de Epidemiología [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2023]. Mortalidad, Incidencia y Sobrevida de Cáncer. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/mortalidad-incidencia-y-sobrevida-de-cancer/>
5. Marco general del Plan Nacional de Cáncer 2022-2027, Reglamentos - Ley de Cáncer [Internet]. [citado 20 de julio de 2023]. Disponible en: <https://leydelcancer.minsal.cl/reglamentos.html>
6. Signos y síntomas del cáncer de tiroides [Internet]. [citado 20 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-tiroides/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html>
7. Tamayo-Alonso P, García-Talavera P, Martín-Gómez E, Cañadas-Salazar J, Díaz-González L, Tamayo-Alonso P, et al. Tratamiento con radioyodo de la patología tiroidea. *Revista ORL.* septiembre de 2020;11(3):305-27.
8. The GRADE working group [Internet]. [citado 20 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.gradeworkinggroup.org/>