

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de Hipotiroidismo Primario en Adultos

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro: IMSS-265-10

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

E03 Otro hipotiroidismo

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de Hipotiroidismo Primario en Adultos

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

El hipotiroidismo es un trastorno producido por una inadecuada acción de las hormonas tiroideas en el organismo, cuya principal causa es su falta de producción por la glándula tiroides.

FACTORES DE RIESGO

- Mujer de 50 años y más
- Hombre de 60 años y más
- Mujer después de la menopausia
- Antecedentes familiares de enfermedad tiroidea
- Ser familiar o residente de zonas bociógenas
- Presencia de otra enfermedad autoinmune: diabetes mellitus tipo 1, artritis reumatoide o lupus, vasculitis etc.
- Cirugía tiroidea
- Terapia con radiación previa o actual (particularmente con yodo radioactivo)
- Consumo de medicamentos que contengan: yodo, litio, amiodarona, carbimazole, metimazole, propiltiouracilo, interferon, talidomida, sunitinib, rifampicina

DIAGNÓSTICO

- Los síntomas más comunes del hipotiroidismo son:
 - Intolerancia al frío, astenia, anorexia, aumento de peso, somnolencia, pérdida de memoria, cambios en la personalidad, debilidad, dolor articular, calambres, náuseas, estreñimiento, disminución de tolerancia al ejercicio físico, reducción de la libido, disminución de la fertilidad, alteraciones menstruales, piel áspera y fría, cara hinchada y blanda, caída de vello y cabello
 - Los signos más comunes son: hipotermia, somnolencia, bradicardia, bradilalia, bradipsiquia, disminución en la audición y sentido del gusto, depresión, ataxia e hiporreflexia, rigidez articular, síndrome del túnel del carpo, macroglosia, voz grave, derrame pericárdico o pleural. Palidez de tegumentos, cabello reseco y quebradizo, alopecia de la ceja, edema periorbitario, cara y dorso de manos y tobillos, y disminución del cabello, uñas estriadas.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Hipromelosa 0.5%, solución oftálmica, una gota cada 4 horas de manera permanente.
- Fluorometalona, solución oftálmica, una gota cada 4 horas por 10 días.
- Sulfato de Prednisolona, solución oftálmica, una gota cada 4 horas por 10 días.
- Ciclosporina A, solución oftálmica, una gota cada 8 horas por 21 días.
- Nafazolina, solución oftálmica, una gota cada 8 horas por 5 días.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico de hipotiroidismo (primario, secundario o subclínico) requiere la determinación de ambas hormonas: hormona estimulante de tiroides (TSH) y tiroxina libre (T4L)

Pruebas de Función Tiroidea

TSH >10mUI/ml	T4L <0.9ng/dl	Hipotiroidismo primario
TSH < 1mUI/ml	T4L < 0.9ng/dl	Hipotiroidismo secundario
TSH entre 4.5-10mUI/ml	T4L normal 0.9-1.9ng/dl	Hipotiroidismo subclínico

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Iniciar sustitución de tiroxina 1.6-1.8 mcg/kg/día o dosis de 25mcg diarios por 2 semanas con reevaluación para incremento de dosis cada 2-4 semanas hasta llegar al eutiroidismo clínico y bioquímico. Repetir pruebas de función tiroidea 8-12 semanas después de inicio de tratamiento. La TSH debe de estar en concentraciones entre 0.5-4.5mUI/ml

En el adulto mayor sano iniciar con levotiroxina a dosis de 12.5 mcg/día e incrementar en forma paulatina cada 2 semanas. En adultos mayores con cardiopatía establecida se debe iniciar a dosis de 0.5mcg/kg/día e incrementar en forma gradual cada 4 semanas

Sigue siendo controversial el tratamiento del paciente con hipotiroidismo subclínico. Cuando los valores de TSH son > 8 mUI/ml se debe evaluar en forma conjunta médico-paciente la posibilidad de iniciar prueba terapéutica con levotiroxina a dosis estándar de 100-150 mcg/día por 3-6 meses y reevaluar la condición física.

En mujeres hipotiroideas con embarazo se debe hacer ajuste de tratamiento con incremento del 30% al inicio y cada 6-8 semanas, o una vez por trimestre del embarazo y posparto después de 2 meses.

REFERENCIA

Se recomienda valoración por el endocrinólogo de segundo nivel en los siguientes casos:

- Pacientes en que se diagnóstica hipotiroidismo de primera vez en el primer nivel
- Pacientes con diagnóstico establecido de hipotiroidismo y con tratamiento sustitutivo ante las siguientes condiciones: embarazo, falla al tratamiento (clínico o bioquímico), enfermedades concomitantes descompensadas, hipotiroidismo subclínico

Se recomienda valoración por endocrinólogo del tercer nivel en los siguientes casos:

- hipotiroidismo sustituido con crecimiento abrupto de la glándula tiroidea
- presencia de adenomegalias duras sugestivas de neoplasia

CONTRARREFERENCIA

Deben ser enviados a primer nivel de atención para control y vigilancia a los pacientes hipotiroideos sustituidos en control. Se deberá realizar en tiempo y forma

SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA

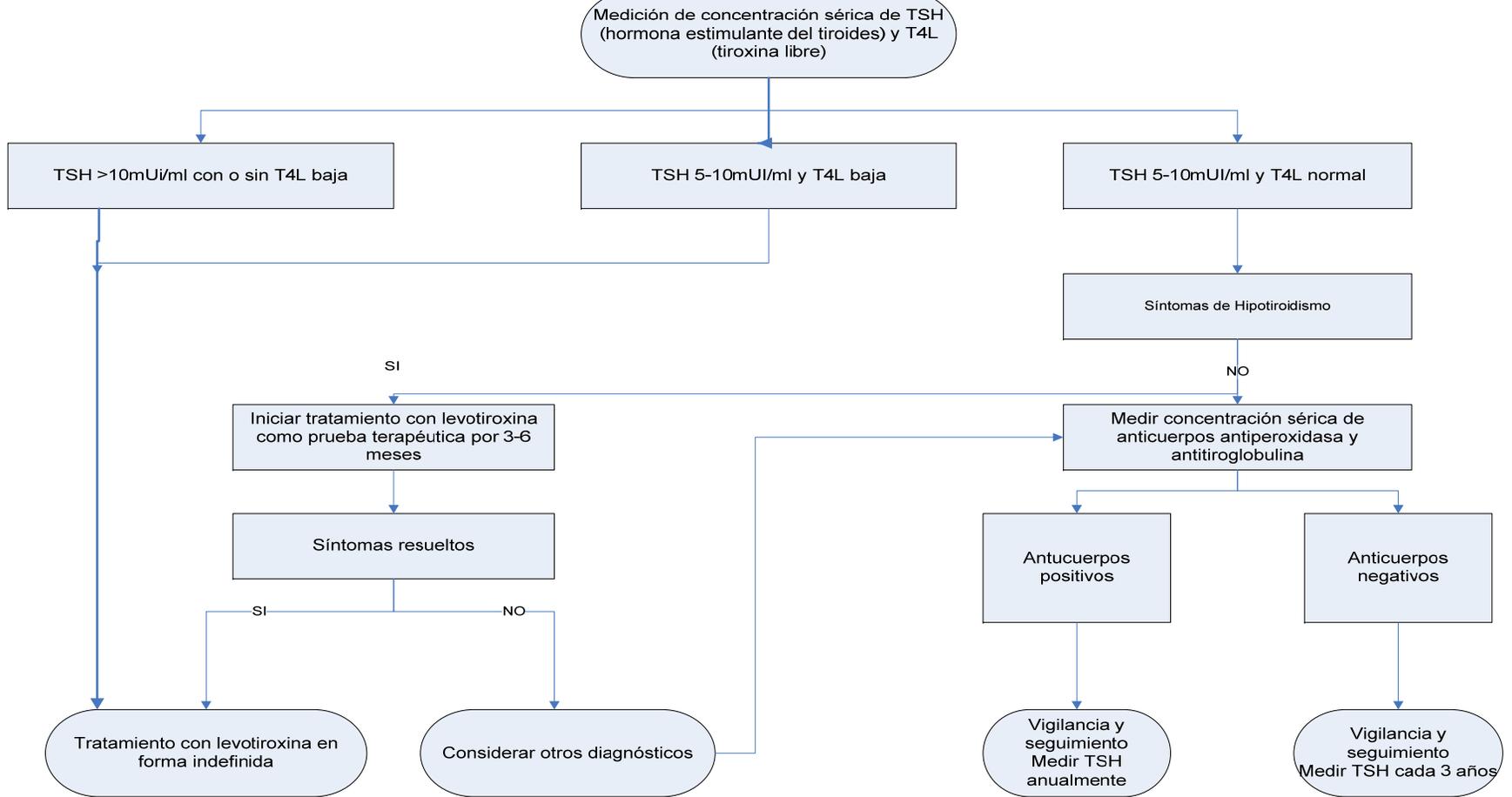
- En el primer nivel se recomienda valoración clínica cada 3 meses y solicitud de perfil tiroideo (TSH y T4L) anual
- Pacientes hipotiroideos controlados deben ser vistos para evaluación cada 6 a 12 meses. En caso de hipotiroidismo clínico o bioquímico ajustar la dosis de levotiroxina para mantener los niveles de TSH entre 0.5-4.5 mUI/ml.
- Se recomienda que el paciente con hipotiroidismo subclínico se evalúe con pruebas de función tiroidea cada 6 a 12 meses, si la TSH es mayor a 10 mUI/ml iniciar tratamiento sustitutivo; en caso de elevación de TSH a pesar de tener tratamiento sustitutivo realizar ajuste de la dosis

INCAPACIDAD

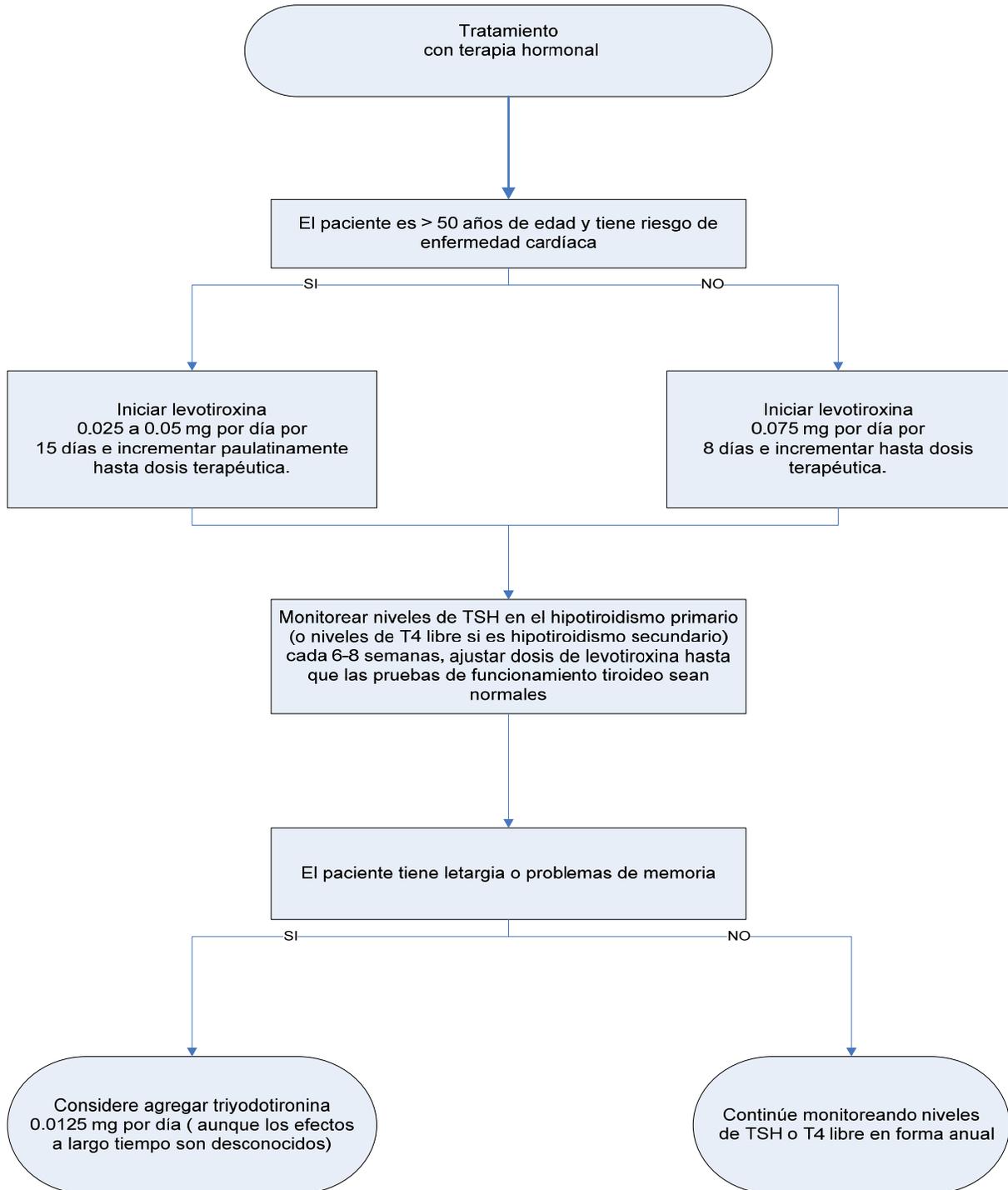
Las personas con hipotiroidismo leve no necesitan restricciones o adaptaciones en el trabajo. La expedición de incapacidad dependerá del tipo e intensidad de los síntomas

ALGORITMOS

Algoritmo 1. Diagnóstico de Hipotiroidismo Primario



Algoritmo 2. Tratamiento hormonal en Hipotiroidismo Primario



TSH: Hormona Estimulante del Tiroides

T4L: Tiroxina Libre.