

Anexo 2. Preguntas y resultados del consenso colombiano para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del hipotiroidismo en población adulta

Afirmación	Promedio	Mediana	% de respuestas	Resultado
1. En el paciente con hipotiroidismo la sospecha diagnóstica de la enfermedad es mayor en mujeres	8,82	9	97,98	Consenso
2. En el paciente con hipotiroidismo la edad de diagnóstico más frecuente de la enfermedad está entre los 30 y los 40 años	6,36	5	70,71	Consenso
3. De acuerdo con su experiencia local, el hipotiroidismo primario (producido por alteraciones propias de la glándula tiroidea) representa más del 95% de todos los casos de hipotiroidismo diagnosticados	8,45	9	93,94	Consenso
4. En el paciente con hipotiroidismo, entre la identificación de los síntomas y la confirmación del diagnóstico, suele transcurrir un promedio de tres años (rango de uno a cinco años); este tiempo suele variar dependiendo de las condiciones sociodemográficas del paciente	7,00	9	77,78	Consenso
5. La progresión en el tiempo para que un paciente con hipotiroidismo subclínico progrese a hipotiroidismo clínico o manifiesto es de 2% a 5% por año	7,91	8	87,88	Consenso
6. La identificación y el diagnóstico del hipotiroidismo debe ser realizado a nivel de atención primaria en salud (médico general o de familia)	8,00	8	88,89	Consenso
7. La sospecha clínica del hipotiroidismo debe incluir manifestaciones clínicas típicas y atípicas de la enfermedad	7,09	9	78,79	Consenso
8a. En el paciente con hipotiroidismo, los síntomas por los cuales este suele consultar con el médico de atención primaria o especialista corresponden a manifestaciones inespecíficas que podrían incluir: [aumento de peso]	7,09	8	78,79	Consenso
8b. En el paciente con hipotiroidismo, los síntomas por los cuales este suele consultar con el médico de atención primaria o especialista corresponden a manifestaciones inespecíficas que podrían incluir: [fatiga/debilidad]	7,00	7	77,78	Consenso

8c. En el paciente con hipotiroidismo, los síntomas por las cuales este suele consultar con el médico de atención primaria o especialista corresponden a manifestaciones inespecíficas que podrían incluir: [caída del cabello]	6,36	7	70,71	Consenso
8d. En el paciente con hipotiroidismo, los síntomas por las cuales este suele consultar con el médico de atención primaria o especialista corresponden a manifestaciones inespecíficas que podrían incluir: [alteraciones del sueño]	6,45	6	71,72	Consenso
8e. En el paciente colombiano con hipotiroidismo, los síntomas por las cuales este suele consultar con el médico de atención primaria o especialista corresponden a manifestaciones inespecíficas que podrían incluir: [piel seca]	6,45	7	71,72	Consenso
8f. En el paciente colombiano con hipotiroidismo, los síntomas por las cuales este suele consultar con el médico de atención primaria o especialista corresponden a manifestaciones inespecíficas que podrían incluir: [alteraciones del estado afectivo (labilidad emocional)]	6,45	7	71,72	Consenso
8g. En el paciente colombiano con hipotiroidismo, los síntomas por las cuales este suele consultar con el médico de atención primaria o especialista corresponden a manifestaciones inespecíficas que podrían incluir: [estreñimiento]	6,36	6	70,71	Consenso
8h. En el paciente colombiano con hipotiroidismo, los síntomas por las cuales este suele consultar con el médico de atención primaria o especialista corresponden a manifestaciones inespecíficas que podrían incluir: [rigidez muscular/articular]	3,82	4	42,42	Disenso
9a. Las manifestaciones clínicas más frecuentes que se suelen detectar en el paciente con sospecha diagnóstica de hipotiroidismo podrían incluir: [astenia/adinamia]	7,27	8	80,81	Consenso
9b. Las manifestaciones clínicas más frecuentes que se suelen detectar en el paciente con sospecha diagnóstica de hipotiroidismo podrían incluir: [labilidad emocional]	6,36	8	70,71	Consenso
9c. Las manifestaciones clínicas más frecuentes que se suelen detectar en el paciente con sospecha diagnóstica de hipotiroidismo podrían incluir: [reflejo tendinoso distal retardado]	5,64	5	62,63	Disenso
9d. Las manifestaciones clínicas más frecuentes que se suelen detectar en el paciente con sospecha diagnóstica de hipotiroidismo podrían incluir: [bradipsiquia (enlentecimiento mental)]	5,09	5	56,57	Disenso

9e. Las manifestaciones clínicas más frecuentes que se suelen detectar en el paciente con sospecha diagnóstica de hipotiroidismo podrían incluir: [alteración del ciclo menstrual]	7,00	8	77,78	Consenso
9f. Las manifestaciones clínicas más frecuentes que se suelen detectar en el paciente con sospecha diagnóstica de hipotiroidismo podrían incluir: [hipercolesterolemia]	6,36	6	70,71	Consenso
9g. Las manifestaciones clínicas más frecuentes que se suelen detectar en el paciente con sospecha diagnóstica de hipotiroidismo podrían incluir: [obesidad]	6,00	7	66,67	Disenso
9h. Las manifestaciones clínicas más frecuentes que se suelen detectar en el paciente con sospecha diagnóstica de hipotiroidismo podrían incluir: [patologías dermatológicas]	6,18	7	68,69	Disenso
9i. Las manifestaciones clínicas más frecuentes que se suelen detectar en el paciente con sospecha diagnóstica de hipotiroidismo podrían incluir: [caída del cabello]	7,00	8	77,78	Consenso
9j. Las manifestaciones clínicas más frecuentes que se suelen detectar en el paciente con sospecha diagnóstica de hipotiroidismo podrían incluir: [uñas frágiles]	6,36	8	70,71	Consenso
9k. Las manifestaciones clínicas más frecuentes que se suelen detectar en el paciente con sospecha diagnóstica de hipotiroidismo podrían incluir: [piel seca]	7,09	8	78,79	Consenso
10a. Las manifestaciones atípicas del hipotiroidismo podrían incluir: [ascitis]	5,36	5	59,60	Disenso
10b. Las manifestaciones atípicas del hipotiroidismo podrían incluir: [derrame pleural o pericárdico]	7,00	9	77,78	Consenso
10c. Las manifestaciones atípicas del hipotiroidismo podrían incluir: [disnea]	5,82	6	64,65	Disenso
10d. Las manifestaciones atípicas del hipotiroidismo podrían incluir: [apnea del sueño]	7,09	9	78,79	Consenso
10e. Las manifestaciones atípicas del hipotiroidismo podrían incluir: [alteraciones visuales (visión borrosa, diplopía)]	5,45	5	60,61	Disenso
10f. Las manifestaciones atípicas del hipotiroidismo podrían incluir: [pérdida de la audición]	4,64	4	51,52	Disenso

10g. Las manifestaciones atípicas del hipotiroidismo podrían incluir: [demencia]	6,36	6	70,71	Consenso
11a. En relación con el impacto en los niveles de yodo sobre la función tiroidea [el impacto del yodo sobre la función de la glándula tiroidea se asocia tanto a niveles deficitarios como al exceso de este]	8,87	9	98,61	Consenso
11b. En relación con el impacto en los niveles de yodo sobre la función tiroidea [la deficiencia de yodo se asocia con hipotiroidismo, bocio, enfermedad nodular, cretinismo, incremento de la sensibilidad de la glándula a radiación nuclear, desenlaces obstétricos adversos (aumento de la tasa de abortos, mortalidad fetal, perinatal e infantil), disminución de la capacidad intelectual y laboral]	8,87	9	98,61	Consenso
11c. En relación con el impacto en los niveles de yodo sobre la función tiroidea [el exceso de yodo puede contribuir al hipotiroidismo, incrementando el riesgo de autoinmunidad tiroidea]	8,87	9	98,61	Consenso
12a. Se recomienda realizar tamizaje para hipotiroidismo en los siguientes casos [neonatos]. Nota: esta es una recomendación universal y no hace parte de la discusión final de este consenso	8,87	9	98,61	Consenso
12b. Se recomienda realizar tamizaje para hipotiroidismo en los siguientes casos [tamizaje pregestacional]	8,87	9	98,61	Consenso
12c. Se recomienda realizar tamizaje para hipotiroidismo en los siguientes casos [mujeres con antecedentes de infertilidad]	8,87	9	98,61	Consenso
12d. Se recomienda realizar tamizaje para hipotiroidismo en los siguientes casos [mayores de 60 años]	8,87	9	98,61	Consenso
12e. Se recomienda realizar tamizaje para hipotiroidismo en los siguientes casos [enfermedades de origen autoinmune (LES, AR, síndrome de Sjögren, diabetes mellitus tipo 1, insuficiencia suprarrenal, vitiligo, psoriasis, anemia perniciosa, enfermedad celíaca) hiperlipidermia; especialmente hipercolesterolemia]	8,87	9	98,61	Consenso
12f. Se recomienda realizar tamizaje para hipotiroidismo en los siguientes casos [pacientes con antecedentes de radioterapia de cabeza o cuello, o en aquellos que han recibido tratamiento con yodo radioactivo]	8,87	9	98,61	Consenso

12g. Se recomienda realizar tamizaje para hipotiroidismo en los siguientes casos [pacientes con antecedentes quirúrgicos en la tiroides]	8,87	9	98,61	Consenso
12h. Se recomienda realizar tamizaje para hipotiroidismo en los siguientes casos [pacientes con sobrepeso u obesidad]	8,87	9	98,61	Consenso
12i. Se recomienda realizar tamizaje para hipotiroidismo en los siguientes casos [síndrome de Down]	8,87	9	98,61	Consenso
12j. Se recomienda realizar tamizaje para hipotiroidismo en los siguientes casos [personas expuestas a radiación ionizante]	8,87	9	98,61	Consenso
13a. Para orientar la anamnesis del diagnóstico de hipotiroidismo se recomienda [indagar sobre antecedentes familiares de disfunción tiroidea]	8,87	9	98,61	Consenso
13b. Para orientar la anamnesis del diagnóstico de hipotiroidismo se recomienda [evaluar el antecedente de fármacos que alteran la función tiroidea (por ejemplo: amiodarona, litio, interferón alfa, glucocorticoides, heparinas, estrógenos, salicilatos, inhibidores de la tirosina quinasa, biotina, metformina, suplementos yodados, entre otros)]	8,87	9	98,61	Consenso
14a. Durante el examen físico del paciente con sospecha de hipotiroidismo se recomienda: [examen físico general focalizándose en las características de la facies, piel (pálida, fría, reseca, infiltrada, vitíligo), faneras/anexos (por ejemplo: caída del cabello), temperatura, frecuencia cardíaca, presión arterial]	8,87	9	98,61	Consenso
14b. Durante el examen físico del paciente con sospecha de hipotiroidismo se recomienda: [examen segmentario, siendo fundamental la palpación tiroidea (tamaño, consistencia, nodularidad), la detección de signos de infiltración por mixedema, galactorrea y las alteraciones neurológicas]	8,87	9	98,61	Consenso
14c. Durante el examen físico del paciente con sospecha de hipotiroidismo se recomienda: [a pesar de una adecuada exploración, el examen físico puede ser completamente normal en algunos pacientes]	8,87	9	98,61	Consenso
15a. Para determinar la etiología del hipotiroidismo se recomienda realizar [anticuerpos antiperoxidasa tiroidea (TPOAbs)]	8,87	9	98,61	Consenso

15b. Para determinar la etiología del hipotiroidismo se recomienda realizar: [tirotropina u hormona estimulante del tiroides (TSH)]	8,87	9	98,61	Consenso
15c. Para determinar la etiología del hipotiroidismo se recomienda realizar: [tiroxina libre (T4L)]	8,87	9	98,61	Consenso
15d. Para determinar la etiología del hipotiroidismo se recomienda realizar: [ecografía Doppler de tiroides (en casos o situaciones específicas)]	8,87	9	98,61	Consenso
16a. Se considerará para el diagnóstico de hipotiroidismo mediante pruebas bioquímicas lo siguiente [TSH como examen inicial para confirmar el diagnóstico; si los valores son elevados pero ≤ 10 mUI/l, se deberán solicitar los valores de T4L]	8,87	9	98,61	Consenso
16b. Se considerará para el diagnóstico de hipotiroidismo mediante pruebas bioquímicas [dado el ritmo circadiano de la TSH, se recomienda que la muestra de este parámetro debe tomarse temprano en la mañana]	8,87	9	98,61	Consenso
16c. Se considerará para el diagnóstico de hipotiroidismo mediante pruebas bioquímicas [que pacientes con valores de TSH elevados y con valores de T4L bajos, corresponden a un diagnóstico de hipotiroidismo primario o manifiesto]	8,87	9	98,61	Consenso
16d. Se considerará para el diagnóstico de hipotiroidismo mediante pruebas bioquímicas [que pacientes con una TSH elevada, con una T4L normal, cursan con un hipotiroidismo subclínico]	8,87	9	98,61	Consenso
16e. Se considerará para el diagnóstico de hipotiroidismo mediante pruebas bioquímicas [en pacientes con niveles de TSH bajos o 'inapropiadamente normales', junto a valores bajos de T4L, se debe considerar el diagnóstico de hipotiroidismo central]	8,87	9	98,61	Consenso
16f. Se considerará para el diagnóstico de hipotiroidismo mediante pruebas bioquímicas [que pacientes con diagnóstico bioquímico de hipotiroidismo y positividad de los TPOAbs o TgAbs, la etiología más probable es el de una tiroiditis de Hashimoto]	8,87	9	98,61	Consenso

16g. Para el diagnóstico de hipotiroidismo mediante pruebas bioquímicas [se recomienda la medición de T3 total en el paciente con hipotiroidismo refractario al tratamiento, no para confirmación inicial del diagnóstico]	8,87	9	98,61	Consenso
17a. Sobre los estudios imagenológicos para el diagnóstico del hipotiroidismo se recomienda: [realizar ecografía y Doppler de tiroides al momento del diagnóstico, principalmente en pacientes con asimetría glandular o sospecha de nódulos tiroideos tras la exploración física]	8,87	9	98,61	Consenso
17b. Sobre los estudios imagenológicos para el diagnóstico del hipotiroidismo se recomienda: [realizar TAC de cuello o tórax solo en casos donde se requiera evaluar la presencia de bocio con extensión retroesternal/cérvico-torácico o en presencia de síntomas compresivos (disfagia, disfonía, sialorrea, entre otros)]	8,87	9	98,61	Consenso
17c. Sobre los estudios imagenológicos para el diagnóstico del hipotiroidismo se recomienda: [la gammagrafía y no se recomienda como estudio rutinario de hipotiroidismo]	8,87	9	98,61	Consenso
18a. Entre las situaciones clínicas en donde debe considerarse la evaluación de hipotiroidismo se podrían incluir [síndrome de Turner]	8,87	9	98,61	Consenso
18b. Entre las situaciones clínicas en donde debe considerarse la evaluación de hipotiroidismo se podrían incluir [anemia]	8,87	9	98,61	Consenso
18c. Entre las situaciones clínicas en donde debe considerarse la evaluación de hipotiroidismo se podrían incluir [hiperprolactinemia]	8,87	9	98,61	Consenso
18d. Entre las situaciones clínicas en donde debe considerarse la evaluación de hipotiroidismo se podrían incluir [depresión y trastornos afectivos bipolares]	8,87	9	98,61	Consenso
18e. Entre las situaciones clínicas en donde debe considerarse la evaluación de hipotiroidismo se podrían incluir [insuficiencia cardíaca (ICC)]	8,87	9	98,61	Consenso
19a. Debido a la naturaleza no patognomónica de los síntomas de hipotiroidismo, existen diferentes patologías endocrinas y no endocrinas que deberán considerarse como diagnósticos diferenciales, entre estas se incluyen [patologías endocrinas como: enfermedad de Addison, obesidad, menopausia, hipopituitarismo, hipercalcemia]	8,87	9	98,61	Consenso

19b. Debido a la naturaleza no patognomónica de los síntomas de hipotiroidismo, existen diferentes patologías endocrinas y no endocrinas que deberán considerarse como diagnósticos diferenciales entre estas se incluyen [patologías no endocrinas como anemia, artritis reumatoide, enfermedad celiaca, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, ICC, mieloma múltiple, deficiencias de B12, folatos o vitamina D, depresión, ansiedad, alteraciones del patrón del sueño, síndrome de fatiga crónica y fibromialgia]	8,87	9	98,61	Consenso
20a. Se recomienda en pacientes diagnosticados con hipotiroidismo remitir al especialista ante la presencia de alguna de las siguientes condiciones [gestantes]	8,87	9	98,61	Consenso
20b. Se recomienda en pacientes diagnosticados con hipotiroidismo remitir al especialista ante la presencia de alguna de las siguientes condiciones [antecedentes de cáncer de tiroides]	8,87	9	98,61	Consenso
20c. Se recomienda en pacientes diagnosticados con hipotiroidismo remitir al especialista ante la presencia de alguna de las siguientes condiciones [adulto mayor con alto riesgo cardiovascular]	8,87	9	98,61	Consenso
20d. Se recomienda en pacientes diagnosticados con hipotiroidismo remitir al especialista ante la presencia de alguna de las siguientes condiciones [cardiopatía coronaria conocida asociada]	8,87	9	98,61	Consenso
20e. Se recomienda en pacientes diagnosticados con hipotiroidismo remitir al especialista ante la presencia de alguna de las siguientes condiciones [ICC]	8,87	9	98,61	Consenso
20f. Se recomienda en pacientes diagnosticados con hipotiroidismo remitir al especialista ante la presencia de alguna de las siguientes condiciones [sospecha de hipotiroidismo central]	8,87	9	98,61	Consenso
20g. Se recomienda en pacientes diagnosticados con hipotiroidismo remitir al especialista ante la presencia de alguna de las siguientes condiciones [presencia de nódulo palpable]	8,87	9	98,61	Consenso
21a. En relación con la utilidad del uso de selenio en hipotiroidismo [logra la normalización de la TSH luego de suplementación por un periodo de 3 a 6 meses]	3,75	3	41,67	Disenso

21b. En relación con la utilidad del uso de selenio en hipotiroidismo [su uso se relaciona con la disminución de los anticuerpos y la mejoría de la ecogenidad del tejido tiroideo en pacientes con tiroiditis autoinmune, sin embargo, no existe evidencia concluyente para su recomendación universal]	7,13	7,5	79,17	Consenso
22a. Deben darse algunas recomendaciones nutricionales en hipotiroidismo [no hay recomendaciones nutricionales especiales para el hipotiroidismo manifiesto, excepto para aquellos pacientes que cursen con déficit de hierro, con anemia concomitante o déficit de vitamina B12]	7,38	8,5	81,94	Consenso
22b. Deben darse algunas recomendaciones nutricionales en hipotiroidismo [el uso de suplementos nutricionales que contienen yodo o biotina debe tenerse en cuenta cuando se vayan a medir los niveles de TSH y T4L]	8,63	9	95,83	Consenso
23a. Para el inicio del tratamiento farmacológico con levotiroxina (LT4) se recomienda [en hipotiroidismo subclínico iniciar con dosis de 25 a 50 mcg/día, con control de TSH a las 6–8 semanas]	8,38	9	93,06	Consenso
23b. Para el inicio del tratamiento farmacológico con LT4 se recomienda [en hipotiroidismo primario o manifiesto, iniciar con dosis de 1,4 a 1,6 mcg/kg/día]	7,75	8,5	86,11	Consenso
23c. Para el inicio del tratamiento farmacológico con LT4 se recomienda [pacientes con tiroidectomía total, por ejemplo: por cáncer de tiroides y que requieran supresión de la TSH, iniciar con dosis de 2 a 2,2 mcg/kg/día]	6,63	7,5	73,61	Consenso
23d. Para el inicio del tratamiento farmacológico con LT4 se recomienda [en presencia de arritmias o enfermedad coronaria activa, iniciar con dosis de 0,2 mcg/kg/día]	7,38	8,5	81,94	Consenso
24a. Se recomienda sobre la administración de la dosis de LT4 [esta deberá realizarse durante el estado de ayuno, idealmente con un tiempo de espera de al menos una hora antes de la primera comida del día]	8,88	9	98,61	Consenso
24b. Se recomienda sobre la administración de la dosis de LT4 [en caso de no administrarse en la mañana, podrá realizarse en la noche luego de tres a cuatro horas de la última ingesta alimentaria (cena)]	8,88	9	98,61	Consenso

25a. Sobre la utilidad del uso de la LT3, LT3/LT4 o extractos tiroideos en hipotiroidismo [se recomienda en pacientes que no han logrado control bioquímico o a pesar de que se encuentren en normalidad bioquímica persisten con síntomas]	6,25	7	69,44	Disenso
25b. Sobre la utilidad del uso de la LT3, LT3/LT4 o extractos tiroideos en hipotiroidismo [se recomienda iniciar T3 en dosis de 25 mcg/día, dividiendo la dosis total entre dos y tres administraciones diarias]	3,00	1,5	33,33	Disenso
25c. Sobre la utilidad del uso de la LT3, LT3/LT4 o extractos tiroideos en hipotiroidismo [si al cabo de tres a cuatro meses no se obtiene mejoría clínica, se debe suspender y continuar solo con LT4]	7,38	8,5	81,94	Consenso
26a. Para el tratamiento del hipotiroidismo en condiciones especiales se recomienda [en falla cardíaca, la dosis de LT4 debe escalonarse y titularse, iniciando con 12,5–25 mcg/día, realizando los ajustes hasta llevar a la dosis que logre el control individualizado de la TSH]	7,13	8,5	79,17	Consenso
26b. Para el tratamiento del hipotiroidismo en condiciones especiales se recomienda [en pacientes con depresión puede iniciarse la LT4 en dosis de 1,4–1,6 mcg/kg/día]	6,75	7,5	75,00	Consenso
26c. Para el tratamiento del hipotiroidismo en condiciones especiales se recomienda [en obesidad pueden requerirse dosis mayores de LT4]	6,38	7,5	70,83	Consenso
27a. Respecto a las alternativas terapéuticas de LT4 disponibles en el país y su bioequivalencia se considera que [existen diferencias en la bioequivalencia de las diferentes presentaciones comerciales de LT4, por lo tanto, se recomienda mantener la misma presentación a lo largo del tiempo]	9,00	9	100,00	Consenso
27b. Respecto a las alternativas terapéuticas de LT4 disponibles en el país y su bioequivalencia se considera que [las presentaciones comerciales disponibles en el mercado son similares en bioequivalencia, por ende, se deberá individualizar cada caso para seleccionar el tratamiento]	8,50	9	94,44	Consenso
28. Sobre la intercambiabilidad del tratamiento con una marca de LT4 a otra, no se recomienda esta práctica, ya que al tratarse de un fármaco con estrecho margen terapéutico, esto puede conducir a alteraciones en el perfil tiroideo	8,75	9	97,22	Consenso

29. Se recomienda considerar remitir a aquellos pacientes al endocrinólogo cuando la dosis de LT4 sea > 1,9 mcg/kg/día, ya que es sugestivo de un estado de hipotiroidismo refractario, por lo tanto, deberá considerarse un test supervisado de absorción de LT4	6,75	8,5	75,00	Consenso
30a. Se recomienda en pacientes con persistencia de síntomas, a pesar del manejo y controles adecuados [evaluar diagnósticos diferenciales que produzcan un cuadro clínico semejante]	8,88	9	98,61	Consenso
30b. Se recomienda en pacientes con persistencia de síntomas, a pesar del manejo y los controles adecuados [realizar evaluación completa del perfil tiroideo]	8,25	9	91,67	Consenso
31. Se recomienda para el monitoreo del paciente tratado con LT4, monitorizar la TSH cada 6–8 semanas, hasta lograr la meta-objetivo de la TSH; posteriormente, la medición puede hacerse a los tres meses y luego entre cada 6 y 12 meses. Esto deberá individualizarse de acuerdo con cada caso específico y según consideración del médico tratante	7,38	8	81,94	Consenso
32. El seguimiento de los pacientes que reciben LT4 se realiza mediante la valoración clínica y la medición de la TSH	7,57	9	73,61	Consenso
33. El seguimiento puede ser efectuado en centros de atención primaria por parte del médico general o de familia. En el caso de no lograr un control adecuado, se recomienda su remisión al endocrinólogo	7,57	9	73,61	Consenso
34. El tratamiento generalmente es permanente y si el paciente se mantiene con niveles normales de TSH y su condición fisiológica estable, sus controles pueden llevarse a cabo cada año	7,57	9	73,61	Consenso
35. Ante algunas situaciones o cambios fisiológicos en pacientes tratados con LT4 (embarazo, aumento o baja de peso importante, uso de estrógenos orales, anticonvulsivantes, rifampicina u otros fármacos que interfieran con la farmacocinética de la LT4), se recomienda medir los niveles de TSH para ajustar la dosis y remitir al endocrinólogo	7,57	9	73,61	Consenso
36. Ante un hipotiroidismo bajo tratamiento con LT4, se deberá ajustar la dosis para mantener los niveles de TSH entre 0,5 y 4,5 mUI/l	7,57	9	73,61	Consenso

37. En pacientes con hipotiroidismo subclínico sin tratamiento farmacológico se recomienda que deben ser evaluados (al menos) anualmente con pruebas de función tiroidea (TSH y T4L)	7,57	9	73,61	Consenso
38. Se recomienda la evaluación de la TSH en gestantes y en aquellas personas con antecedentes familiares de enfermedad tiroidea, enfermedades autoinmunes y en las que tienen bocio, anticuerpos antitiroideos, síntomas de disfunción tiroidea, diabetes mellitus tipo 1, historia de aborto o parto prematuro, infertilidad, historia de radioterapia en cabeza o cuello, al igual que en mujeres tratadas con amiodarona, interferón o litio, o en personas provenientes de áreas deficitarias de yodo y en mayores de 30 años	7,57	9	73,61	Consenso
39. En gestantes, se considera que el límite de corte superior para la TSH no sea mayor de 0,5 mUI/l del valor presente antes de la concepción o se debe establecer un valor de 4,0 mUI/l cuando el rango de referencia específico de la población local no está disponible	7,57	9	73,61	Consenso
40. En gestantes con hipotiroidismo primario, se recomienda el tratamiento exclusivo con LT4	7,57	9	73,61	Consenso
41. En gestantes con TSH entre 2,5–4,0 mUI/l y TPOAbs positivos, se recomienda el tratamiento con LT4 (ver discusión número 39 y recomendaciones del panel de expertos respecto a este ítem)	7,57	9	73,61	Consenso
42. En gestantes bajo terapia con LT4, se recomienda ajustar la dosis, aumentando entre un 30–50% de la dosis habitual, debido a los mayores requerimientos de hormona tiroidea en esta condición	7,57	9	73,61	Consenso
43. El seguimiento se efectúa con determinaciones de TSH en cada trimestre de la gestación	7,57	9	73,61	Consenso
44. La dosis de inicio de LT4 en el adulto mayor debe ser más baja, esta dosis deberá instaurarse y ajustarse gradualmente	7,57	9	73,61	Consenso
45. En el adulto mayor se deberá iniciar la LT4 en dosis de 12,5–25 mcg/día, incrementando la misma de forma paulatina, hasta lograr la meta individual de TSH	7,57	9	73,61	Consenso

46. Se recomienda que el rango de TSH debe ser ajustado en el adulto mayor (bajo tratamiento con LT4) a valores entre 3–6 mUI/l, con el fin de evitar la sobredosificación de la LT4 y disminuir el riesgo potencial de complicaciones como fibrilación auricular y osteoporosis	7,57	9	73,61	Consenso
47. Los pacientes que superan la dosis de LT4 > 1,9 mcg/kg/día y que no logran el control bioquímico, aún con buena adherencia al tratamiento, se considera que presentan hipotiroidismo refractario. En estos casos, se recomienda la remisión al endocrinólogo	7,57	9	73,61	Consenso

Fuente: elaboración propia.