



Protocol clinic instituțional „Hipotiroidia”, Ungheni 2024

Aprobat

șef IMSP CS Ungheni



Instituția Medico-Sanitară Publică CS Ungheni

HIPOTIROIDIA

Protocol clinic instituțional
(ediția II)

PCI-34

Ungheni, 2024



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

21 decembrie 2023

ORDIN
mun. Chișinău

Nr. 1163

**Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național
„Hipotiroidia”, ediția II**

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Hipotiroidia”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Hipotiroidia”, ediția II.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Hipotiroidia”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Hipotiroidia”, ediția II, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza evaluarea:
 - 1) aplicării Protocolului clinic național „Hipotiroidia”, ediția II, în cadrul evaluării și acreditării prestatorilor de servicii medicale;
 - 2) respectării cerințelor Protocolului clinic național „Hipotiroidia”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
6. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Hipotiroidia”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
7. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza implementarea Protocolului clinic național „Hipotiroidia”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
8. Protocolul clinic național „Hipotiroidia”, ediția II, va fi plasat pe pagina oficială a Ministerului Sănătății, la rubrica Legislație/Ghiduri, protocoale, standarde.
9. Se abrogă:
 - Ordinul Ministerului Sănătății nr.508 din 29.12.2008 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Hipotiroidia”;
 - Poziția 2 din punctul nr.1 al Ordinului Ministerului Sănătății nr.724 din 28.09.2011 Cu privire la actualizarea unor protocoale clinice naționale.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO



INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE UNGHENI

ORDIN

Nr. 99

„22” 12 2023

*Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.1163 din 21.12.23
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
”Hipotiroidia”, ediția II, în cadrul IMSP CS Ungheni.*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 1163 din 21.12.2023 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național ”Hipotiroidia”, ediția II**”, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Ungheni,

ORDON:

1. De implementat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Ungheni Protocolul Clinic Național **”Hipotiroidia”, ediția II**.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național **”Hipotiroidia”, ediția II**, în cadrul IMSP CS Ungheni de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național **”Hipotiroidia”, ediția II**.
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN **”Hipotiroidia”, ediția II** în cadrul IMSP CS Ungheni.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Natalia Bargan.

Șef IMSP CS Ungheni

Oleg BELBAS

CUPRINS

| | |
|---|-----------|
| ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT | 3 |
| SUMARUL RECOMANDĂRILOR..... | 4 |
| PREFAȚĂ..... | 5 |
| A.PARTEA INTRODUCȚIVĂ | 5 |
| A.1. Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic..... | 5 |
| A.2. Codul bolii (CIM 10)..... | 5 |
| A.3. Utilizatorii:..... | 6 |
| A.4. Scopurile protocolului:..... | 6 |
| A.5. Data elaborării protocolului..... | 6 |
| A.7. Data următoarei revizuirii: 2028..... | 6 |
| A.9. Informația epidemiologică..... | 7 |
| B.PARTEA GENERALĂ..... | 8 |
| Nivel de asistență medicală primară (medic de familie)..... | 8 |
| C.1. ALGORITMI DE CONDIUTA..... | 9 |
| C.1.1 Algoritmul de evaluare a funcției tiroidiene..... | 9 |
| C.1.2. Algoritmul de screening al hipotiroidiei în sarcină..... | 10 |
| C.1.3. Algoritmul de screening neonatal a hipotiroidiei congenitale..... | 11 |
| C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI 12 | |
| C.2.1. Profilaxia (primară, secundară, terțiară)..... | 12 |
| C.2.3. Conduita pacientului cu hipotiroidie..... | 14 |
| D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU ÎNDEPLINIREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI | 21 |
| E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PCI | 22 |
| F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE..... | 24 |
| ANEXE | 26 |
| Anexa 1. Evaluarea clinică a funcției tiroidiene..... | 26 |
| Anexa 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru Hipotiroidie – ambulator..... | 27 |

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

| | |
|-----------------|--|
| AMP | Asistența medicală primară |
| Anti-TG | Anticorpi antitireoglobulină |
| Anti-TPO | Anticorpi antiperoxidază tiroidiană |
| CF | Clasă funcțională |
| ECG | Electrocardiograma |
| FCC | Frecvența contracțiilor cardiace |
| freeT4 | Fracția liberă de T4 (<i>free T4</i>) |
| HTA | Hipertensiune arterială |
| IC | Insuficiență cardiacă |
| IDD | Afecțiuni produse de deficitul iodat (<i>Iodine Deficiency Disorders</i>) |
| LT4 | Levothyroxinum |
| N | Normal (valoare normală) |
| O | Obligativ |
| PCN | Protocol clinic național |
| PCI | Protocol clinic instituțional |
| R | Recomandat |
| T3 | Triiodtironina |
| T4 | Tiroxina sau Tetraiodtironina |
| TA | Tensiunea arterială |
| Tg | Tireoglobulină |
| TRH | Hormon eliberator de tireotropină (<i>Thyrotropin - releasing hormone</i>) |
| TSH | Hormon tireotrop, tireostimulator (<i>Thyroid-stimulating hormone</i>) |
| USG | Ultrasonografia |
| VSH | Viteza de sedimentare a hematiilor |
| IMSP | Instituție Medico-Sanitară Publică |
| CS | Centru de Sănătate |
| SR | Spital Raional |

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

1. Screening-ul hipotiroidiei trebuie efectuat la toți nou-născuții.
2. Screening-ul hipotiroidiei congenitale la nou-născuți permite diagnosticul precoce și tratamentul acesteia cu evitarea retardului intelectual și fizic.
3. Identificarea persoanelor cu factori de risc și semne clinice evocatoare permite depistarea precoce și tratamentul hipotiroidiei.
4. Profilaxia deficitului de iod previne apariția gușii și hipotiroidiei la copii, adulți, femei însărcinate.
5. Dozarea TSH plasmatic este o apreciere exactă, sigură și accesibilă pentru aprecierea funcției tiroidiene.
6. Tratamentul de elecție pentru hipotiroidie este Levothyroxinum.
7. Doza inițială de Levothyroxinum depinde de greutatea pacientului, masa musculară, prezența sarcinii, etiologia hipotiroidiei, nivelul TSH, vârsta și contextul clinic general, inclusiv prezența bolii cardiace.
8. Asigurarea stării de eutiroidie permite prevenirea complicațiilor și optimizarea calității vieții pacientului.
9. Supravegherea în dinamică este necesară pentru a aprecia eficacitatea tratamentului și ajustarea dozelor de Levothyroxinum la necesitate.
10. Femeile însărcinate cu TSH > 2.5 mU/L trebuie evaluate pentru nivelul antiTPO.
11. **La persoanele cu eutiroidie și Anti-TPO crescut, se recomandă monitorizarea TSH 1x/an.**
12. La bolnavii cu disfuncție corticosuprarenală asociată tratamentul cu hormoni tiroidieni poate agrava insuficiența corticosuprarenală și induce insuficiența corticosuprarenală acută.
13. Substituția tiroidiană se va institui după compensarea insuficienței corticosuprarenale prin terapie de substituție cu glucocorticosteroizi.

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: PCN-34, „Hipotiroidia” ediția II, și Ordinul nr. 429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Belbas Oleg - șef IMSP CS Ungheni;

Bargan Natalia -șef adjunct pe probleme clinice;

Andrieș Ana – farmacist diriginte;

Mămăligă Maria - medic de familie;

Morari Tatiana – medic de familie;

Chirinciuc Iulia - medic de familie;

Marcu Elena – pediatru;

Mămăliga Constantin –audit medical intern

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: decembrie (Aprobat prin Ordinul directorului 99 din 22.12.2023) în baza:

- PCN-34 „Hipotiroidia” editia II, Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al RM nr.1163 din 21.12.2023, Cu privire la aprobarea protocolului clinic național „Hipotiroidia”, ediția II.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

- Tiroidită autoimună forma atrofică. Hipotiroidie decompensată. Mixedem. Cardiopatie ischemică. Angor pectoral de efort. CF II. IC III NYHA. Hidropericard. Revărsat pleural pe dreapta
- Tiroidită autoimună forma hipertrofică. Hipotiroidie subclinică.
- Hipotiroidie primară compensată (după tiroidectomie subtotală – adenom folicular, 2006).
- Hipotiroidie primară compensată (după tiroidectomie totală – cancer papilar 1990).
- Adenom hipofizar (Somatotropinom). Acromegalie. Hipotiroidie secundară, decompensată.
- Hipotiroidie congenitală. Deficit în dezvoltare psihomotorie, hipogonadism.

Notă: Diagnosticul este sindromal, nosologia tiroidiană fiind parte componentă a diagnosticului.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

E00 Sindrom de deficit iodat congenital

E01 Tulburări tiroidiene și afecțiuni înrudite legate de deficiența de iod

E02 Hipotiroidie subclinică prin deficit iodat

E03 Alte forme de hipotiroidie

E03.0 Hipotiroidie congenitală cu gușă difuză

E03.1 Hipotiroidie congenitală fără gușă

E03.2 Hipotiroidie iatrogenă (medicamente și alte substanțe exogene)

E03.3 Hipotiroidie postinfecțioasă

E03.4 Atrofia glandei tiroide (dobândită)

E03.5 Coma mixedematoasă

E03.8 Alte hipotiroidii precizate

E03.9 Alte hipotiroidii neprecizate

E06.1 Tiroidita subacută.

E06.3 Tiroidita autoimună Hashimoto

E06.4 Tiroidita indusă medicamentos

E06.5 Alte tiroidite cronice

- Tiroidita fibroasă

E07.8 Alte afecțiuni specificate ale tiroidei

- Rezistența periferică la hormoni tiroidieni

E23.0 Hipopituitarism

E89.0 Hipotiroidie postprocedurală

- Hipotiroidie postoperatorie
- Hipotiroidie postiradiere

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor medicale de AMP;

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

1. A spori diagnosticul precoce a pacienților cu hipotiroidie.
2. A crește calitatea examinării clinice și paraclinice a pacienților cu hipotiroidie.
3. A optimiza managementul terapeutic a pacienților cu hipotiroidie
4. A reduce numărul pacienților care dezvoltă complicații asociate hipotiroidiei.
5. A reduce numărul de pacienți care necesită spitalizare.
6. A furniza informații profesioniștilor din domeniul sănătății, medicilor, pacienților și aparținătorilor referitor la diagnosticul, tratamentul și profilaxia hipotiroidiei.

A.5. Data elaborării protocolului: 2008

A.6. Data actualizării: 2011, 2024

A.7. Data următoarei revizuirii: 2028

A.8. Definițiile folosite în document

Coma hipotiroidiană – hipotiroidie severă care duce la diminuarea statutului mental, hipotermie și alte simptome legate de încetinirea funcției mai multor organe.

Cretinism – formă foarte gravă de dizabilitate fizică și intelectuală permanentă, cauzată de hipotiroidie în perioadele critice de dezvoltare a tiroidei intrapartum și hipotiroidia care continuă după dezvoltarea tiroidei fetale, în contextul deficitului de iod matern.

Eutiroidie - funcția normală a glandei tiroide (nivelul plasmatic al hormonilor tiroidieni și TSH în limitele normei).

Guşă endemică – disfuncția glandei tiroide ce se întâlnește în zonele geografice cu deficit de iod.

Hipotiroidie manifestă – disfuncția glandei tiroide caracterizată prin TSH majorat și nivel scăzut de freeT4.

Hipotiroidie subclinică – disfuncția glandei tiroide caracterizată prin nivel normal de freeT4 concomitent cu TSH majorat.

Hipotiroidie secundară (hipofizară) – afectarea hipofizei cu deficit de TSH.

Hipotiroidie terțiară – afectare hipotalamică cu deficit de TRH.

Hipotiroidie congenitală – hipotiroidia de etiologie diversă cu pierdere parțială sau completă a funcției glandei tiroide, prezentă de la naștere.

Hipotiroidie congenitală tranzitorie – deficit temporar de hormoni tiroidieni, prezent de la naștere.

Mixedem – o formă avansată de deficit al rezervei funcționale tiroidiene.

Sindromul rezistenței la hormonii tiroidieni – afecțiuni rare autosomal-dominante sau recesive, caracterizate prin rezistența țesuturilor țintă la hormoni tiroidieni.

Sindrom Sheehan – hipopituitarism cauzat de necroza ischemică a adenohipofizei provocat de hemoragie masivă în timpul sau după travaliu, sau post-avort.

Tiroidita autoimună (Hashimoto) – este o afecțiune autoimună cronică cu evoluție spre hipotiroidie, în care organismul produce anticorpi specifici împotriva unor structuri din glandă tiroidă.

A.9. Informația epidemiologică

Hipotiroidia este o problemă endocrină frecventă. Prevalența hipotiroidiei primare variază considerabil la nivelul populației generale de la 0,1 la 12,5%, prevalența totală calculată fiind de 10,36%, iar cea a hipotiroidiei subclinice de aproximativ 3-15%, în funcție de populația studiată. Studiile demonstrează o incidență mai mare a hipotiroidiei subclinice la femei și persoanele cu vârsta ≥ 65 ani (subclinică – 5,12%, manifestă – 1,10%), în comparație cu adulții mai tineri (subclinică – 3,58%, manifestă – 0,54%).

Prevalența hipotiroidiei subclinice nediate diagnosticate este de 4,11%, comparative cu prevalența hipotiroidiei primare nediate diagnosticate - 0,65%.

Concentrația de TSH se normalizează de obicei în decurs de 2 ani pentru 46% dintre pacienții cu hipotiroidie subclinică dacă nivelul TSH ≤ 7 mIU/L. Riscul de progresie a hipotiroidiei subclinice la hipotiroidie manifestă este de 2 – 6 % pe an. Riscul este mai mare la femeile cu TSH > 10 mUI/ml și anti-TPO pozitiv.

Tiroidita autoimună este cea mai frecventă afecțiune autoimună a glandei tiroidei, care duce la hipotiroidie în aproximativ 20–30% cazuri.

Există o mare variație în manifestările clinice ale hipotiroidiei, variind de la absența semnelor la afecțiuni care pun viața în pericol, cum ar fi coma mixedematoasă. Cele mai frecvente simptome sunt nespecifice și variază în funcție de diferiți factori individuali, cum ar fi vârsta sau sexul pacienților. În plus, hipotiroidia autoimună este asimptomatică sau asociată cu un singur simptom la circa 15% dintre pacienți, în timp ce 70% dintre persoanele cu eutiroidie au cel puțin un simptom care este de obicei asociat cu hipotiroidie.

Hipotiroidia centrală, spre deosebire de hipotiroidia primară (care rămâne una dintre cele mai frecvente patologii endocrine în practica clinică), se întâlnește relativ rar, având o prevalență de 1 la 16.000 la 1 la 100.000.

Hipotiroidia congenitală este cea mai frecventă tulburare endocrină la nou-născuți, care apare la 1 din 3000-4000 de nou-născuți.

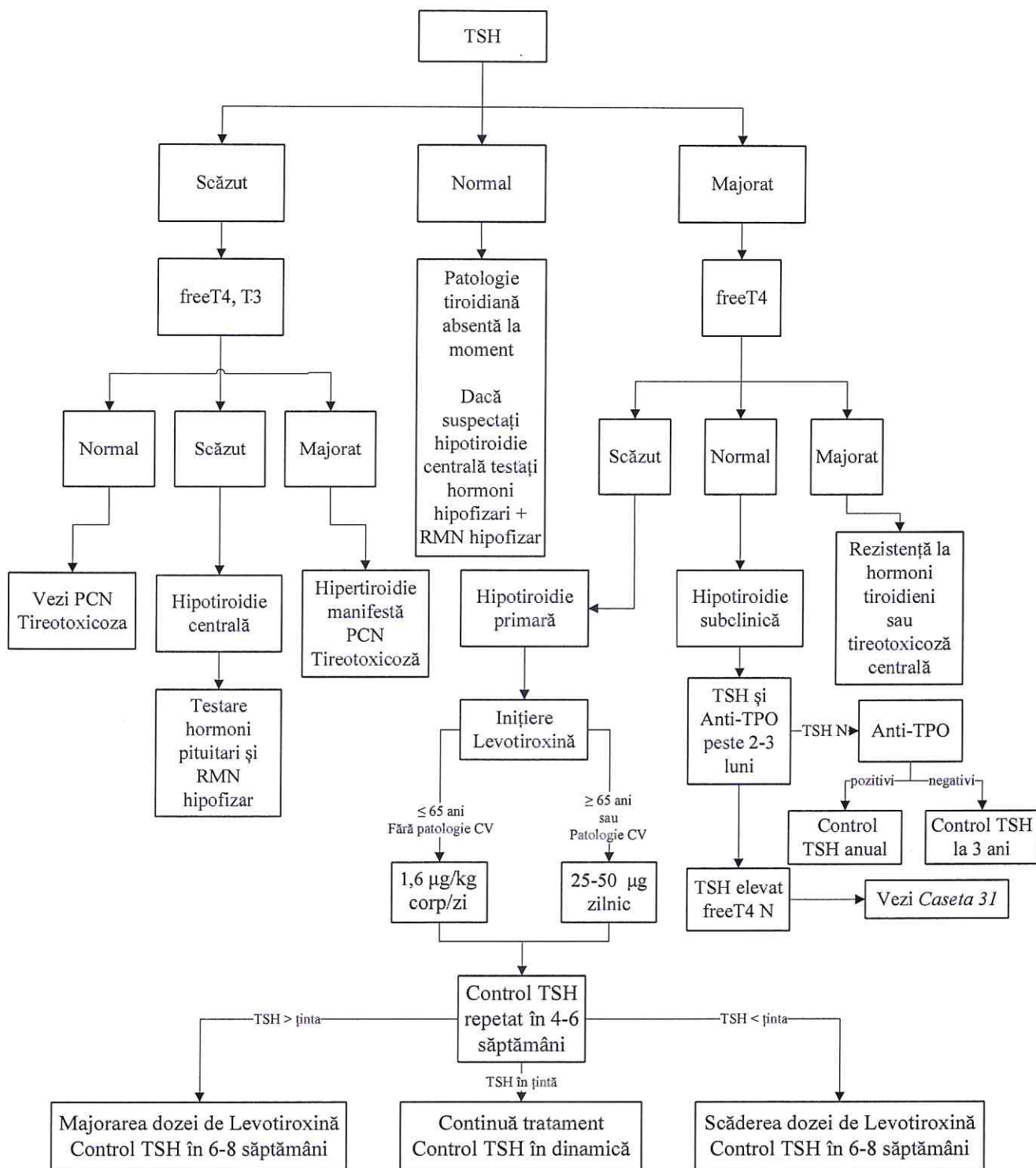
Sindromul rezistenței la hormonii tiroidieni (RTH) este o boală genetică autosomal dominantă sau recesivă cauzată de mutația fie a genei receptorului hormonal tiroidian β (THR- β), fie a genei receptorului hormonal tiroidian α (THR- α). RTH datorat mutațiilor genei THR- β (RTH- β) se caracterizează printr-un răspuns scăzut al țesutului țintă la hormonul tiroidian, cu niveluri serice crescute de triiodotironină liberă (FREET43) și/sau tiroxină liberă (FREET4) și secreție inadecvată a hormonului de stimulare a tiroidei (TSH normal sau crescut). Manifestările clinice ale RTH- β variază de la hipertiroidie la hipotiroidie sau gușă simplă. Sindromul de rezistență la hormoni tiroidieni este rar, cu o incidență de aproximativ 1:40.000–1:50.000, iar aproximativ 85% din cazurile de RTH au o mutație a genei THR- β .

B. PARTEA GENERALĂ.

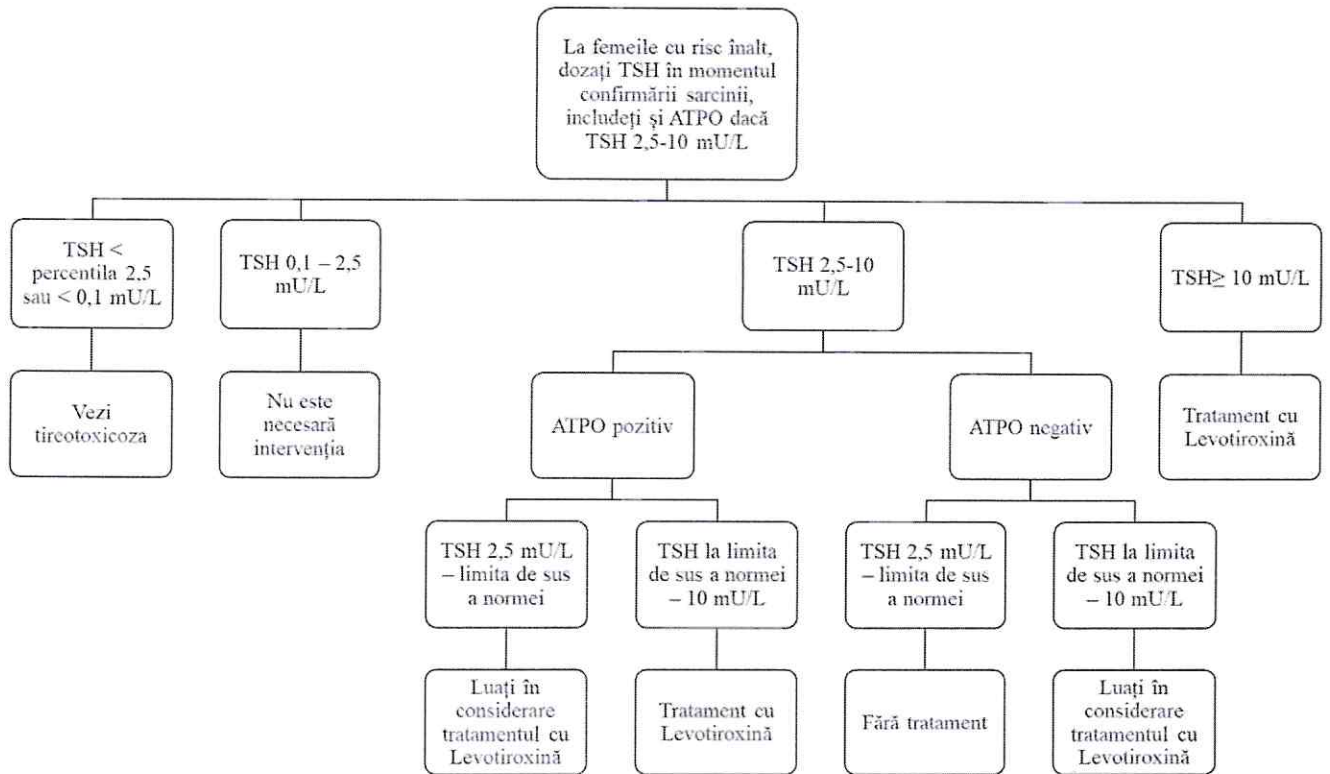
| Nivel de asistență medicală primară (medic de familie) | | |
|--|--|---|
| Descrierea măsurilor | Motivele | Pașii |
| I | II | III |
| 1. Profilaxia primară | Profilaxia deficitului iodat previne apariția hipotiroidiei, cretinismului la copii, gușii endemice. <i>Nivel de evidență 1</i> | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Informarea populației despre importanța utilizării iodului prin consum de sare iodată cu asigurarea aportului fiziologic de iod. • Administrarea preparatelor de iod persoanelor din grupe de risc pentru dezvoltarea IDD (copii, adolescenți, femei în sarcină și alăptare). • Folosirea judicioasă a medicamentelor (Amiodarona, preparatele de iod, Interferon-α, litiu, inhibitori de tirozin-kinază) care interferează în biosinteza hormonilor tiroidieni. Grad de recomandare A |
| 2. Screening-ul | Identificarea persoanelor cu factori de risc permite depistarea și tratamentul precoce a hipotiroidiei. <i>Nivel de evidență 2</i> Screening-ul hipotiroidiei congenitale la nou-născuți permite tratamentul acesteia și evitarea retardului intelectual, fizic. <i>Nivel de evidență 1</i> | Obligatoriu dozarea TSH: <ul style="list-style-type: none"> • Copii în primele zile de la naștere (în maternitate) (<i>caseta 4</i>). Grad de recomandare A Recomandabil: Dozarea TSH la: <ul style="list-style-type: none"> • Persoane cu factori de risc pentru hipotiroidie (<i>caseta 1,2</i>) • Femei însărcinate cu factori de risc (<i>caseta 3</i>). • Femei cu infertilitate Grad de recomandare B |
| 3. Examenul clinic al pacientului | Identificarea semnelor clinice care sugerează prezența hipotiroidiei. | Obligat: Evidențierea semnelor clinice la persoanele suspecte de hipotiroidie (<i>tabelul 1, tabelul 2, caseta 5, anexa 1</i>) |
| 4. Examenul paraclinic al pacientului | Acumularea rezultatelor care confirmă prezența și tipul hipotiroidiei. <i>Nivel de evidență 1</i> | Obligat: Dozarea TSH (<i>tabelul 3, tabelul 4</i>) Grad de recomandare A |
| 5. Tratamentul | Asigurarea stării de eutiroidie, prevenirea complicațiilor și optimizarea calității vieții pacientului. <i>Nivel de evidență 1</i> | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul va fi efectuat de către medicul endocrinolog. • Tratamentul este permanent (<i>caseta 6, tabelul 5, tabelul 6, caseta 7,8</i>). Grad de recomandare B |
| 6. Supravegherea | Menținerea stării compensate <i>Nivel de evidență 1</i> | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • În comun cu medicul endocrinolog prin dozări periodice ale TSH, freeT4 (<i>caseta 7,8, 9</i>). Grad de recomandare B |

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

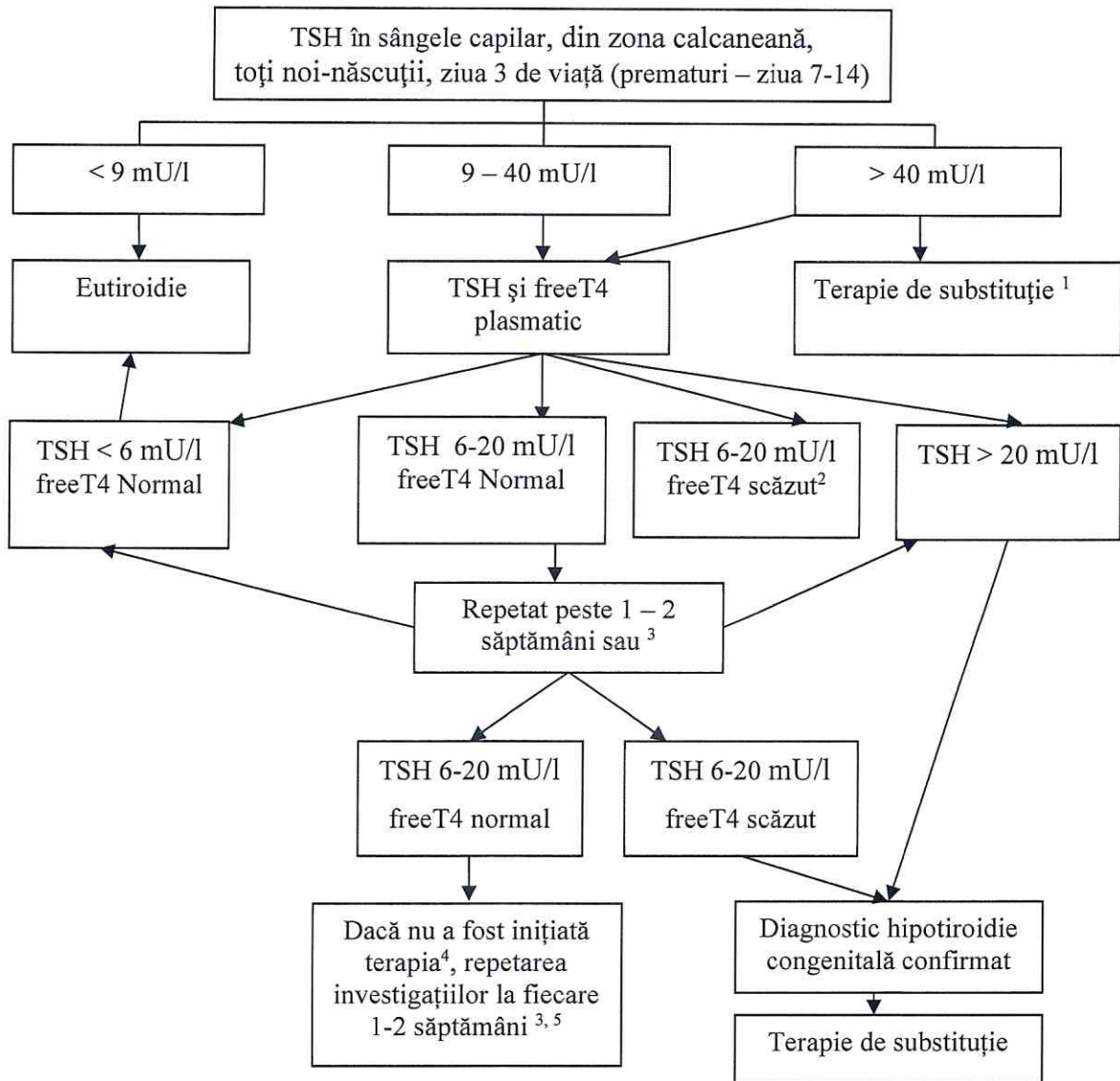
C.1.1 Algoritmul de evaluare a funcției tiroidiene



C.1.2. Algoritmul de screening al hipotiroidiei în sarcină



C.1.3. Algoritmul de screening neonatal a hipotiroidiei congenitale



1 Obținerea valorilor normale a TSH și T4, din sângele colectat până la inițierea tratamentului, presupune întreruperea tratamentului și control în dinamică.

2 Tratamentul trebuie inițiat

3 Tratamentul poate fi inițiat în context clinic

4 Dacă a fost inițiată terapia de substituție, continuarea tratamentului; valorile de referință a TSH și freeT4 vor corespunde normelor de vârstă

5 valorile de referință a TSH și freeT4 vor corespunde normelor de vârstă

C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Profilaxia (primară, secundară, terțiară)

C.2.1.1. Factori de risc asociați hipotiroidiei

Caseta 1. Factori de risc pentru dezvoltarea hipotiroidiei

- deficit iodat;
- tiroidita autoimună;
- istoric personal și familial de boli autoimune: diabet zaharat, anemie pernicioasă, vitiligo, boala celiacă, insuficiență corticosuprarenală primară ș.a.;
- femei peste 60 ani;
- antecedente personale de tiroidită tranzitorie;
- antecedente familiale de afecțiuni tiroidiene: tiroidita autoimună;
- intervenții anterioare tiroidiene: tiroidectomie, terapie cu iod radioactiv, radioterapia regiunii cervicale;
- status postpartum;
- medicamente: Amiodarona, Litiu, substanțe ce conțin iod, Interferon- α , inhibitori de tirozin-kinază

C.2.1.2. Screening-ul hipotiroidiei

Caseta 2. Informații generale privind screening-ul hipotiroidiei

- Dozarea TSH plasmatic este o apreciere exactă, sigură și accesibilă pentru aprecierea funcției tiroidiene. Aprecierea TSH plasmatic are sensibilitate și specificitate înaltă care identifică pacienții cu disfuncție tiroidiană anterior apariției tabloului clinic. În prezent nu există un consensus privind screening-ul hipotiroidiei la persoane asimptomatice.
- Necesitatea screening-ului populațional (***la persoanele asimptomatice și fără factori de risc***) pentru depistarea hipotiroidiei încă nu este unanim acceptată.
- Cu toate că nu există un consensus referitor la screeningul populațional, există suficiente dovezi pentru căutarea activă a cazurilor de hipotiroidie la persoanele cu:
 - Patologii autoimune, cum ar fi diabet zaharat de tip1, insuficiență corticosuprarenală, anemie pernicioasă, vitiligo, alopecie.
 - Rude de gradul întâi cu patologie tiroidiană autoimună
 - Istoric de iradiere în regiunea gâtului, inclusiv tratament cu iod-radioactiv.
 - Istoric de intervenție la nivelul tiroidei sau schimbări depistate la examenul glandei tiroide
 - Depresie
 - Tratament cu amiodaronă sau litiu
 - Hiperlipidemie
- **La persoanele cu eutiroidie și Anti-TPO crescut, se recomandă monitorizarea TSH 1x/an.**

C.2.1.2.1. Screening-ul hipotiroidiei la femei în sarcină

Caseta 3. Indicațiile screening-ului pentru hipotiroidie la femei în sarcină

- femei cu istoric de hipertiroidie sau hipotiroidie, tiroidită postpartum, lobectomie tiroidiană și femei care anterior concepției au administrat LT4
- femei cu antecedente heredo-colaterale de boli tiroidiene
- femei cu gușă
- femei cu anticorpi tiroidieni pozitivi
- femei cu simptome și semne clinice sugestive de hiperfuncție sau hipofuncție tiroidiană.

- femei cu diabet zaharat tip 1, sau alte boli autoimune
- femei cu antecedente de iradiere a regiunii cervicale, craniene
- femei cu avorturi sau nașteri premature în antecedente
- vârsta peste 30 ani
- mai mult de 2 sarcini în antecedente
- obezitate morbidă (IMC > 40)

C.2.1.2.2. Screening-ul hipotiroidiei congenitale

Caseta 4. Screening-ul hipotiroidiei congenitale

- Scopul screening-ului hipotiroidiei congenitale este depistarea precoce a nou-născuților cu TSH plasmatic majorat.
- Nou-născuții cu TSH crescut necesită investigații suplimentare pentru stabilirea corectă a diagnosticului și inițierea terapiei de substituție (optimală fiind în primele 3 săptămâni de viață).
- Metoda optimală de screening este determinarea TSH și T4.
- Screening-ul hipotiroidiei la nou-născuți se va efectua în 2 etape:
 - ✓ La toți noi-născuții în ziua 3 de viață (la prematuri a 7 – 14 zi) se recoltează sânge (mai frecvent din zona calcaneană) și sub formă de picături (6-8 picături) se aplică pe spoturi speciale din hârtie-filtru, care se usucă și se transportă în laborator special.
 - ✓ Nivelul prag al valorilor TSH variază la fiecare laborator, în funcție de metoda folosită. Valoarea prag a TSH din sânge capilar este 9 mU/l. Astfel nivelul TSH < 9 mU/l este variantă a normei. Toate analizele cu TSH peste 9 mU/l trebuie confirmate prin dozarea TSH și freeT4 din ser.
 - TSH seric < 6 mU/l, freeT4 în limitele normei – copil sănătos.
 - TSH seric 6-20 mU/l, freeT4 în limitele normei – investigarea USG a glandei tiroide și consult endocrinolog – pediatru pentru aprecierea managementului ulterior.
 - TSH seric 6-20 mU/l, freeT4 scăzut – substituție hormonală.
 - TSH seric > 20 mU/l – substituție hormonală; chiar dacă freeT4 este în limitele normei.
 - ✓ TSH capilar > 40 mU/l – se recomandă dozarea TSH și freeT4 din ser și substituție hormonală.

Tabelul 1. Semne clinice sugestive pentru hipotiroidie la nou-născuți

| Semne clinice | Punctaj |
|-------------------------------------|---------|
| • Hernie ombilicală | 2 |
| • Edem facial | 2 |
| • Constipație | 2 |
| • Fetiță | 2 |
| • Paloare (piele marmorată) | 1 |
| • Macroglosie | 1 |
| • Hipotonie musculară | 1 |
| • Icter peste 3 săptămâni | 1 |
| • Tegumente uscate, descumate | 1 |
| • Fontanela posterioară deschisă | 1 |
| • Sarcina peste 40 săptămâni | 1 |
| • Greutatea la naștere peste 3500 g | 1 |

Notă: Suma de 5 puncte - suspjecție de hipotiroidie congenitală.

C.2.3. Conduita pacientului cu hipotiroidie

C.2.3.1. Examenul fizic

Tabelul 2. Acuzele și manifestările clinice ale hipotiroidiei

| | |
|---|--|
| <p>Acuzele:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • intoleranță la frig • somnolență, scăderea memoriei, cefalee • artralгии, parestezii • edem facial, a membrelor, uneori generalizat, creșterea masei corporale • constipație, scăderea poftei de mâncare • dispnee la efort, astenie musculară, oboseală; • tegumente uscate, căderea părului • îngroșarea vocii, hipoacuzie • disfuncții sexuale, ciclul menstrual neregulat, infertilitate. |
| <p>INSPECȚIA GENERALĂ</p> | |
| <p>Manifestări cutanate și ale fanerelor</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Facies: inexpressiv, tegumente uscate, infiltrate, palide (<i>pergament-like</i>), edem palpebral, privire inexpressivă, alopecia jumătății externe a sprâncenelor (semnul Herthoge), buze groase, șanțuri nazo-labiale șterse, pavilionul urechii îngroșat • Tegumente uscate, reci, pal-gălbui (tentă galbenă, de ceară), reci, groase; carotenodermie mai intensă palmo-plantar, tentă cărămizie a pomeților și mentonului. • Descuamare generalizată, cu hipercheratoză în regiunea cubitală, genunchi, calcaneu. • Pot fi prezente tulburări trofice, dermatite, dermatoze, micoze. • Edeme ale membrelor superioare și inferioare ce nu lasă godeu; în formele grave edemele pot fi generalizate • Întârzierea cicatrizării plăgilor și ulceratiilor. • Păr aspru, rar, uscat, lipsit de luciu, fragil, cu creștere lentă, zone de alopecie, căderea părului de pe membre, pilozitatea pubiană și axilară poate fi rărită. • Unghii subțiri, fragile, striate, casante, cresc încet • Hiposudorație • Hiposalie cu uscarea mucoasei cavității bucale, cu detritus lingual |
| <p>Manifestări respiratorii</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Toracele: fosele supraclaviculare dispar și chiar pot fi reliefate; • Modificarea timbrului vocii (voce îngroșată, nazonată). • Respirație nazală îngreuiată, sforăit nocturn, apnee de somn. • Predispoziție la bronșite, pneumonii frecvente; |
| <p>Manifestări cardio-vasculare</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Dispnee, cardialgii, scăderea toleranței la efort fizic • În hipotiroidia primară cordul este mărit (prin lichid pericardic) • Bradicardie, extrasistolie • Hipertensiune arterială diastolică • Zgomote cardiace asurzite • Agravarea angorului pectoral • Hipotiroidia poate duce la insuficiență cardiacă |
| <p>Manifestări digestive</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Tulburări dispeptice cu anorexie, meteorism, constipație • Cavitatea bucală: macroglosie cu amprente dentare, gingii palide, infiltrate, dentiția cariată, paradontoze frecvent |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Abdomen flasc (abdomen de batracian) cu hipotonie musculară cu apariția herniilor ombilicale, inghinale • Semne de gastrită cronică, greutate în epigastru • Sindrom ascitic cu hepatomegalie, în contextul mixedemului |
| Manifestări renale | <ul style="list-style-type: none"> • Scăderea diurezei până la oligurie • Predispoziție la infecții de tract urinar. |
| Manifestări musculo-scheletale | <ul style="list-style-type: none"> • Mialgii, slăbiciune musculară proximală, rigiditate musculară, crampe, astenie, agravate de expunerea la rece. • Pseudohipertrofie musculară în contextul mixedemului • Contractia și relaxarea musculară este întârziată • Manifestări articulare cu artralгии, redoare articulară, sindrom de tunel carpian |
| Manifestări neuro-psihiice | <ul style="list-style-type: none"> • Bradipsihie • Somnolență • Manifestări psihiice: depresie, anxietate, rareori psihoză hipotiroidiană • Bradilalie, vocea este cavernoasă, cu articulare defectuoasă • Tulburări de memorie • Bradikinezie • Parestezii localizate în special la nivelul membrelor superioare • ROT încetinite • Manifestări vestibulare (tinitus, vertij) |
| Tulburări senzoriale | <ul style="list-style-type: none"> • Scăderea acuității vizuale • Hipoacuzie, acufene. • Hipo- sau anosmie • Frilozitate |
| Modificări a sistemului reproductiv | <ul style="list-style-type: none"> • Anomalii ale ciclului menstrual cu amenoree sau spaniomenoree, menoragii, anovulație, infertilitate, diminuarea dinamicii sexuale. • La bărbați - tulburări ale dinamicii sexuale. Testiculele hipotrofice. |
| Tulburări endocrine | <ul style="list-style-type: none"> • Adenom hipofizar secundar cu apariția semnelor clinice ale sindromului tumoral. • Hiperprolactinemie rareori asociată cu galactoree • Retard în dezvoltarea fizică la copiii cu hipotiroidie netratată • Prezența tabloului clinic de insuficiență corticosuprarenală primară sau diabet zaharat tip1, insuficiență ovariană prematură în cadrul sindroamelor autoimune poliglandulare • Hipoparatiroidie de origine autoimună sau după tratament chirurgical |

Caseta 5. Manifestări clinice ale hipotiroidiei secundare și terțiare la adult

Hipotiroidia secundară și terțiară are anumite particularități clinice:

- ✓ Tablou clinic estompat.
- ✓ Infiltrația cutaneomucoasă este mai puțin marcată (prezența edemelor indică patologie asociată).
- ✓ Tegumentele sunt mai palide, subțiri, fine.
- ✓ Gușa absentă.
- Concomitent se pot manifesta semne ale deficitului altor axe:

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suprarenaliană cu astenie, anorexie, scădere în greutate, simptome gastro-intestinale, hipotensiune arterială. ✓ Gonadică cu amenoree secundară, atrofie vulvo-vaginală, involuția glandelor mamare la femei, iar la bărbați cu disfuncție sexuală, rarifierea bărbii, reducerea volumului testicular. ✓ Somatotropă cu atrofie musculară și tendință la hipoglicemie. • Manifestări centrale de tip sindrom tumoral hipofizar (dacă etiologia hipotiroidiei centrale este un adenom hipofizar) cu cefalee, modificări ale câmpului vizual. |
|--|

C.2.3.2. Investigații paraclinice

Tabelul 3. Investigații paraclinice în hipotiroidie

| Investigațiile | | Semnele sugestive pentru hipotiroidie | Nivelul acordării asistenței medicale | | |
|--------------------------------------|--|--|---------------------------------------|------|-----|
| | | | AMP | AMSA | AMS |
| I | | II | III | IV | V |
| Hemoleucograma | | Anemie | O | O | O |
| Sumarul urinei | | Este posibilă proteinuria, scăderea diurezei | O | O | O |
| Analiza biochimică a sîngelui | ✓ Glicemia | Tendință spre hipoglicemie | O | O | O |
| | ✓ Colesterolul total | Crește | R | R | O |
| | ✓ Trigliceridele | Crește | | | |
| | ✓ HDL-colesterol | Scade | | | |
| | ✓ LDL-colesterol | Crește | | | |
| | ✓ Enzimele hepatice | N sau crescute | | | |
| | ✓ Creatininfosfokinaza | Poate crește | | | |
| | ✓ Lactatdehidrogenaza | Poate crește | | | |
| ✓ Creatinina | N sau crescută | | | | |
| ✓ Ionograma (K, Na, Ca) | Hiponatremie | | | | |
| Examenul hormonal | ✓ Hormonii serici: | Hipotiroidia primară: TSH majorat, freeT4 scăzut. | O | O | O |
| | ✓ TSH | Hipotiroidia secundară, terțiară: TSH scăzut, freeT4, freeT3 scăzuți. | - | O | O |
| | ✓ freeT4 | | - | - | R |
| | ✓ freeT3 | | - | O | O |
| | ✓ Marcherii proceselor autoimune tiroidiene (Anti-TPO, Anti-TG) | | | | |
| | Selectiv: cortizolul, prolactina, hormonul adrenocorticotrop, foliculostimulant, luteinizant, estrogenul, progesteronul, testosteronul, somatotropina, IGF-1, testele de stimulare | Pentru excluderea altor patologii asociate | - | R | R |
| Ecografia glandei tiroide | | * | - | O | O |
| ECG | | De regulă bradicardie, microvoltaj a QRS, segment ST mai jos de izolinie | O | O | O |

| | | | | |
|---|--|-------------|-------------|-------------|
| Ecocardiografia | Dilatarea camerelor cordului, prelungirea indicilor de timp sistolic, prezența hidropericardului | - | R | R |
| Examen radiologic: ✓ Radiografia toracelui ✓ Tomografia mediastinului ✓ Radiografia mâinii (zone de creștere) | Revărsat pleural Guşă retrosternală * | - - - | R R R | R R R |
| RMN/TC zonei hipotalamo-hipofizare | Suspiciune afectare hipofizară | - | R | R |
| Puncție-aspirație cu ac subțire, ecoghidată și examen citologic | În prezența nodulilor tiroidieni | - | R | R |
| Examen ecografic al organelor interne | * | - | R | R |
| Consultație cardiolog, neurolog, ginecolog | * | - | R | R |

Notă: O – obligatoriu; R – recomandabil, * Rezultatele pot fi diferite;

Dozarea hormonilor serici – Se apreciază nivelul TSH și hormonilor tiroidieni liberi. Hormonii totali în ser nu reflectă întotdeauna status-ul metabolic. Concentrațiile proteinei de legare pot fi alterate în diverse situații și atunci fidele sunt fracțiunile libere: *free T3* și *free T4*. Totuși, mulți experți consideră că măsurarea T3 total este mai fiabilă decât *free T3*.

Aprecierea nivelului hormonilor serici pe parcursul tratamentului cu preparate tiroidiene (LT4) nu necesită întreruperea acestora (doar în ziua colectării sângelui, pentru aprecierea nivelului hormonilor tiroidieni liberi, preparatele tiroidiene se vor administra după colectarea sângelui).

Marcherii autoimunității tiroidiene – Antigenii specifici ai tiroidei implicați în procesul autoimun sunt: Tg, tireoperoxidaza, care realizează iodarea Tg și cuplarea iodtirozinelor, receptorul TSH. Anticorpii antitireoglobulină (Anti-TG) și antiperoxidază (Anti-TPO) prezenți în patologia tiroidiană autoimună: tiroidita autoimună Hashimoto și în boala Graves-Basedow. După stabilirea diagnosticului, nu se recomandă dozarea repetată a Anti-TPO și Anti-Tg pentru evaluarea în dinamică a evoluției patologiei autoimune.

Examenul scheletului. Este efectuat cu scop de apreciere a prezenței sau absenței nucleelor de osificare.

C.2.3.3. Tratamentul hipotiroidiei

Caseta 6. Tratamentul de substituție a hipotiroidiei – principii generale

- Tratamentul hipotiroidiei, indiferent de forma sa clinică, este substitutiv.
- Terapia de substituție durează toată viața, cu excepția formelor tranzitorii.
- Levothyroxinum este standardul de tratament în hipotiroidie. Nu sunt dovezi consistente puternice pentru superioritatea preparatelor alternative (de exemplu, terapia combinată levotiroxină-liotironină sau terapia cu extract tiroidian sau altele) față de monoterapia cu Levothyroxinum, în îmbunătățirea sănătății.

Levothyroxinum este recomandată ca preparat de elecție pentru tratamentul hipotiroidiei datorită eficacității sale în rezolvarea simptomelor, experienței de lungă durată a beneficiilor sale, profilului favorabil al efectelor secundare, ușurința în administrare, absorbție intestinală bună, timp de înjumătățire plasmatică lung și costuri reduse. (*Clasă de recomandare B, nivel de evidență 1*).

- Doza inițială de Levothyroxinum depinde de: greutatea pacientului, masa musculară, sarcină, etiologia hipotiroidiei, gradul de creștere a tirotropinei, vârsta și contextul clinic general,

inclusiv prezența bolii cardiace. În plus, trebuie luat în considerare și obiectivul de tirotrpină serică adecvată pentru situația clinică (*Clasă de recomandare B, nivel de evidență 1*).

- Pacienții cu hipotiroidie necesită doze de LT4 de 1,6–1,8 μg/kg corp, deși unele studii estimează doze mai mari de 2,0–2,1 μg/kg pentru unii pacienți.
- La pacienții tineri și de vârstă mijlocie fără patologii concomitente, terapia cu hormoni tiroidieni poate fi inițiată în doză completă.
- Doze mai mici (de exemplu, 25–50 μg) sunt necesare dacă TSH seric este ≤10 mUI/L sau pacientul are hipotiroidie subclinică.
- Pacienții vârstnici și cei cu boli cardiovasculare trebuie să înceapă cu doze mici 12.5-25 μg și să crească doza treptat, în baza simptomelor și TSH seric, pentru a evita precipitarea evenimentelor cardiace. Doza se mărește treptat la 14-30-60 zile cu 12,5-25 μg. Pe fondal de tratament cu LT4 se poate agrava angorul pectoral, infarctul miocardic, tulburările de ritm, HTA, poate apărea tahicardie. Tratamentul se va realiza sub controlul ECG, FCC, TA.
- Dozele de LT4 la pacienții cu cancer tiroidian care necesită suprimarea TSH sunt în general mai mari - 2,1–2,7 μg/kg (*Clasă de recomandare B, nivel de evidență 1*).
- Deoarece administrarea concomitentă de alimente și Levothyroxinum poate afecta absorbția levotiroxinei, recomandăm ca Levothyroxinum să fie luată în mod constant fie cu 60 de minute înainte de micul dejun, fie la culcare (3 sau mai multe ore după masa de seară) pentru o absorbție optimă și constantă (*Clasă de recomandare B, nivel de evidență 2*).

Alte preparate disponibile pentru tratamentul hipotiroidiei includ:

- Triiodothyroninum*
- combinația Levothyroxinum + Liothyroninum*
- combinația Levothyroxinum + Kalii iodidum*
- Pacienții diagnosticați cu deficit de deiodinază pot beneficia și de tratament Triiodothyroninum*

De reținut!

- ✓ La bolnavii cu disfuncție asociată corticosuprarenaliană tratamentul cu hormoni tiroidieni poate agrava insuficiența suprarenaliană și induce criza acută.
- ✓ Substituția tiroidiană se va institui după echilibrarea adrenală prin terapie de substituție cu glucocorticosteroizi.
- ✓ Intervențiile chirurgicale la persoanele cu hipotiroidie, dacă este posibil, se vor amâna până la asigurarea eutiroidiei.

Tabelul 5. Preparate, doze echivalente și doze medii

| Medicament | Componența unui comprimat |
|--|--|
| <i>Levothyroxinum</i> | T4 (12,5, 25, 50, 75, 100, 112,5, 125, 150 μg) |
| <i>Liothyroninum*</i> | T3 (20, 50 μg) |
| <i>Levothyroxinum + Liothyroninum*</i> | T4 100 μg + T3 20 μg |
| <i>Levothyroxinum + Liothyroninum + Kalii iodidum*</i> | T4 70 μg + T3 10 μg + Iodură de potasiu 150 μg |
| <i>Levothyroxinum + Kalii iodidum*</i> | T4 100 μg + Potassium iodide 130,8 |
| <i>Levothyroxinum</i> | 25 mcg per 5 ml |

**Medicamentul nu este înregistrat în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor, dar recomandat de ghidurile internaționale bazate pe dovezi*

Tabelul 6. Modificarea dozei de Levothyroxinum

| Necesitatea creșterii dozei |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sarcină • Gastrită cu <i>Helicobacter pylori</i> • Gastrită atrofică • Malabsorbție, boala celiacă • Obezitate severă (IMC>40 kg/m², din cauza absorbției scăzute) |

Caseta 7. Aprecierea eficacității tratamentului

- Eficacitatea terapiei hipotiroidiei primare se apreciază după starea clinică, normalizarea statusului hormonal.

Terapia de substituție cu levotiroxină are trei obiective principale. Acestea sunt (i) dispariția simptomelor și semnelor de hipotiroidie, (ii) normalizarea tirotropinei serice cu îmbunătățirea concentrației de hormoni tiroidieni și (iii) evitarea supratratamentului (tireotxicoză iatrogenă), în special la vârstnici. (*Clasă de recomandare A, nivel de evidență 2*).

- Parametrul de control a compensării hipotiroidiei primare este nivelul TSH. Nivelul optim al TSH este *0,5 – 4 mU/L*.
- Evaluarea TSH se face la 4-6 săptămâni după orice modificare a dozei și până la obținerea valorii țintă a TSH. Ulterior, TSH trebuie măsurat la 4-6 luni și apoi anual.
- Compensarea hipotiroidiei primare în funcție de vârstă:
 - ✓ Adulți fără patologie cardiovasculară – până la eutiroidie.
 - ✓ Vârstnici sau persoane cu patologie cardiacă asociată - până la TSH la limita de sus a valorilor normale.
- Parametrul de compensare a hipotiroidiei secundare este nivelul de *freeT4*.

Caseta 8. Interacțiuni medicamentoase.

Creșterea metabolismului LT4 este determinată de:

- Fenitoină
- Rifampicină
- Carbamazepină
- Fenobarbital
- Sertralină
- Inhibitori ai tirozin kinazei (imatinib, motesanib, sorafenib, sunitinib, vandetanib)
- Amiodaronă
- Terapie de substituție cu hormon de creștere
- Estrogeni, androgeni

Vă recomandăm ca, acolo unde este posibil, administrarea levotiroxinum să fie separată de alte medicamente și suplimente care pot interfera (de exemplu, carbonat de calciu și sulfat de fier). Este recomandată un interval de 4-6 ore între administrări.

- Calciu carbonat, citrat, acetat.
- Sulfat de fier
- Colestiramina
- Colesevelam
- Selevamer
- Sucralfat
- Raloxifen
- Antiacide cu hidroxid de aluminiu

C.2.3.5. Supravegherea

Caseta 9. Supravegherea pacienților cu hipotiroidie

- Supravegherea și dispensarizarea pacienților cu hipotiroidie este realizată de endocrinolog până la obținerea eutiroidiei, ulterior de către medicul de familie.
- **În hipotiroidia primară:**
 - ✓ După inițierea tratamentului de substituție dozarea TSH se va efectua la 6 – 8 săptămâni.
 - ✓ După ajustarea dozelor terapeutice de LT4 un control repetat a TSH se va efectua la minim 8 – 12 săptămâni.
 - ✓ La pacienții cu hipotiroidie cu terapie de substituție corect echilibrată, controlul biologic prin determinarea TSH este justificată la fiecare 6 – 12 luni.
- **În hipotiroidia secundară și terțiară:**
 - ✓ Dozarea TSH este inutilă.
 - ✓ Supravegherea biologică presupune dozarea freeT4 și/sau freeT3.

RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU ÎNDEPLINIREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

| D.1. Instituțiile de asistență medicală primară | | |
|--|---|--|
| Personal: | Aparataj, utilaj: | Medicamente: |
| <ul style="list-style-type: none">• medic de familie certificat• asistentă medicală | <ul style="list-style-type: none">• Sfigmomanometru• Fonendoscop• Electrocardiograf portabil• Taliometru• Panglica–centimetru• Cântar copii/adulți• Glucometru• Ciocănaș neurologic• Laborator clinic | <ul style="list-style-type: none">• Tab. Levothyroxinum 50 µg, 75 µg, 100 µg• Sol. Hydrocortisonum hemisuccinat 100 mg• Tab. Hydrocortisonum 10 mg, 20 mg sau tab. Cortisonum 25 mg• Sol. Glucosae 5%, 40%• Sol. Natrii chloridum 0,9% |

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PCI

| No | Obiectivul | Indicatorul | Metoda de calcul a indicatorului | |
|----|--|--|--|---|
| | | | Numărător | Numitor |
| 1. | A spori proporția persoanelor din grupul de risc, cărora li s-a efectuat <i>screening</i> -ul patologiei tiroidiene | 1.1. Proporția persoanelor cu factori de risc cărora pe parcursul unui an, li s-a efectuat <i>screening</i> -ul patologiei tiroidiene de către medicul de familie | Numărul persoanelor cu factori de risc cărora li s-a efectuat <i>screening</i> -ul patologiei tiroidiene de către medicul de familie pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total de persoane cu factori de risc de pe lista medicului de familie pe parcursul ultimului an. |
| | | 1.2. Proporția persoanelor cu factori de risc cărora pe parcursul unui an, li s-a efectuat <i>screening</i> -ul patologiei tiroidiene de către medicul endocrinolog | Numărul persoanelor cu factori de risc cărora li s-a efectuat <i>screening</i> -ul patologiei tiroidiene de către medicul endocrinolog pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total de persoane cu factori de risc care au fost consultați de către medicul endocrinolog pe parcursul ultimului an (la adresare pasivă) |
| 2. | A spori proporția pacienților depistați cu disfuncție tiroidiană cărora li s-a confirmat diagnosticul nosologic (hipotiroidie) | 2.1. Proporția pacienților depistați cu disfuncție tiroidiană cărora li s-a confirmat diagnosticul nosologic (hipotiroidie) pe parcursul unui an | Numărul pacienților confirmați cu hipotiroidie pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total de pacienți depistați cu disfuncție tiroidiană de pe lista medicului de familie pe parcursul ultimului an |
| 3. | A spori calitatea examinării clinice și paraclinice a pacienților cu hipotiroidie | 3.1. Proporția pacienților diagnosticați cu hipotiroidie care au fost examinați clinic și paraclinic conform recomandărilor „PCN Hipotiroidia” în condiții de ambulator pe parcursul unui an | Numărul pacienților diagnosticați cu hipotiroidie care au fost examinați clinic și paraclinic conform recomandărilor PCN Hipotiroidia în condiții de ambulator pe parcursul ultimului an X 100 | Numărul total de pacienți cu diagnosticul confirmat de hipotiroidie de pe lista medicului endocrinolog pe parcursul ultimului an |
| | | 3.2. Proporția pacienților diagnosticați cu hipotiroidie care au fost examinați clinic și paraclinic conform recomandărilor „PCN Hipotiroidia” în condiții de staționar pe parcursul unui an | Numărul pacienților diagnosticați cu hipotiroidie care au fost examinați clinic și paraclinic conform recomandărilor PCN Hipotiroidia în condiții de staționar pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total de pacienți cu diagnosticul confirmat de hipotiroidie, spitalizați în secția de profil (endocrinologie) pe parcursul ultimului an |

| No | Obiectivul | Indicatorul | Metoda de calcul a indicatorului | |
|----|---|---|---|---|
| | | | Numărător | Numitor |
| 4. | A spori proporția pacienților cu diagnosticul stabilit de hipotiroidie, la care s-a obținut nivelul de compensare clinică și paraclinică (eutiroidie) | 4.1. Proporția pacienților cu diagnosticul stabilit de hipotiroidie, la care s-a obținut nivelul de compensare clinică și paraclinică (eutiroidie) pe parcursul unui an | Numărul pacienților cu diagnosticul stabilit de hipotiroidie, la care s-a obținut nivelul de compensare clinică și paraclinică (eutiroidie) pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total de pacienți cu diagnosticul de hipotiroidie, care se află la supravegherea medicului endocrinolog pe parcursul ultimului an |

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostic-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

| Investigația | Instituția unde se efectuează | Persoanele de contact |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Consultația endocrinolog | IMSP SR Ungheni | Cab 518, 610 |
| Ivestigații de laborator | IMSP CS Ungheni | cab 319, 320, 112 |
| Ivestigații de laborator (TSH) | IMSP CRDM, | cab 319 (marți) |
| Ivestigații de laborator (TSH) | MedExpert, IMSP SR Ungheni | cab 319 |
| ECG | IMSP CS Ungheni | Cab 318, 320, 324 |

Procedura de pregătire diagnostic-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (formular 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.

Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientului.

1. Pentru efectuarea investigațiilor, consultației la medicul specialist în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul de familie, îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul clinic complet, rezultatele investigațiilor realizate la nivel de AMP și argumentarea necesității procedurii, consultației medicului specialist (formular 027e). Pacientul va prezenta formular 027e în instituția medicală vizată.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin contactarea telefonică a registraturii instituției medicale solicitate sau SIRSM. Biletul de trimitere formular 027e va fi întregit în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterii) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică.

ANEXE

Anexa 1. Evaluarea clinică a funcției tiroidiene

Indexul BILLEWICZ pentru diagnosticul clinic al hipotiroidiei

| Simptomul sau semnul | Gradul | Scorul |
|---|-------------------------|--------|
| Diminuarea transpirației | prezent | + 6 |
| | absent | - 2 |
| Piele uscată | prezent | + 3 |
| | absent | - 6 |
| Intoleranță la frig | prezent | + 4 |
| | absent | - 5 |
| Creștere în greutate | prezent | + 1 |
| | absent | - 1 |
| Constipație | prezent | + 2 |
| | absent | - 1 |
| Disfonie (schimbarea timbrului vocii) | prezent | + 5 |
| | absent | - 6 |
| Parestezii | prezent | + 5 |
| | absent | - 4 |
| Surditate (diminuarea acuității auditive) | prezent | + 2 |
| | absent | 0 |
| Lentoare | prezent | + 11 |
| | absent | - 3 |
| Piele aspră | prezent | + 7 |
| | absent | - 7 |
| Piele rece | prezent | + 3 |
| | absent | - 2 |
| Edem periorbital | prezent | + 4 |
| | absent | - 6 |
| Puls | < 75/min. | + 4 |
| | > 60/min. | - 4 |
| Reflexul achilian | reflex lent sau absent | + 15 |
| | reflex normal sau rapid | - 6 |

Scor:

- ✓ sub - 30 = eutiroidie
- ✓ 29 până la + 19 = zonă nesigură
- ✓ peste + 20 = hipotiroidie

Notă! Persoanele cu scor cuprins între - 29 și + 19 necesită explorare paraclinică.

Anexa 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru Hipotiroidie – ambulator

| Nr | Domeniu | Definiții și note |
|-----|--|---|
| 1. | Denumirea IMSP evaluată prin audit | |
| 2. | Persoana responsabilă de completarea fișei | Nume, prenume, telefon de contact |
| 3. | Perioada de audit | dd/ll/aaaa |
| 4. | Mediul de reședință a pacientului | 0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște |
| 5. | Data nașterii pacientului | dd/ll/aaaa sau 9 = necunoscută |
| 6. | Sexul pacientului | 0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat |
| 7. | Numele medicului curant | nume, prenume, telefon de contact |
| | EVIDENȚA DISPANSERICĂ | |
| 8. | Data stabilirii diagnosticului | data (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9 |
| 9. | Data luării la evidență dispanserică | data (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9 |
| 10. | Hipotiroidie | primară = 1; centrală = 2; rezistența la hormoni tiroidieni = 3; subclinică = 4, necunoscut = 9 |
| 11. | Hipotiroidie | Compensată = 1; decompensată = 2; necunoscut = 9 |
| | Diagnosticul | |
| 12. | Investigații obligatorii | nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; AGS = 2; AGU = 3; Glicemia = 4; TSH = 5; freeT4 = 6; Anti-TPO = 7; Anti-Tg = 8; USG tiroidă = 10; ECG = 11; |
| 13. | Investigații recomandate | nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; profil lipidic = 3; enzime hepatice = 4; creatinfosfokinaza = 5; LDH = 6; creatinina = 7; ionograma = 8; |
| 14. | Puncție-aspirație cu ac subțire sub ecoghidare(doar în prezența nodulilor) | nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; nu a fost necesar = 5; |
| 15. | Referire la specialiști | nu = 0; da = 1; rezultatul nu se cunoaște = 9; nu a fost necesar = 5; cardiolog = 3; neurolog = 4; ginecolog = 6; alți specialiști = 8 |
| 16. | Investigații paraclinice indicate de specialiști | nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; nu a fost necesar = 5; |
| | Tratamentul | |
| 17. | Tratament de substituție cu Levothyroxinum | Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9 |
| 18. | Control TSH după inițierea tratamentului | Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9 |
| 19. | Data scoaterii de la evidență dispanserică sau decesului | Data scoaterii de la evidență dispanserică (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9 Data decesului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9 |