

PROTOCOLO DA ENDOCRINOLOGIA – ADULTO

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta:

- Diabetes mellitus;
- Bócio multinodular;
- Hipertireoidismo;
- Hipotireoidismo;
- Nódulos de tireóide;
- Câncer de tireóide;
- Obesidade;
- Dislipidemia;
- Alterações no metabolismo ósseo;
- Doenças gonadais;
- Ginecomastia;
- Doenças neuroendócrinas;
- Doença adrenal;
- Hiperandrogenismo.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas ub's:

- Hipotireoidismo compensado;
- Nódulos de tireóide sem indicação de punção aspirativa por agulha fina (PAAF);
- Diabetes mellitus compensado;
- Dislipidemia leve-moderada;
- Obesidade com IMC < 35.

Encaminhar imediatamente a uma upa ou emergência hospitalar:

- Crise tireotóxica;
- Coma mixedematoso;
- Cetoacidose diabética;
- Estado hiperosmolar não-cetótico.

Encaminhar para cirurgia de cabeça e pescoço:

- Nódulos e massas cervicais não tireoidianas;
- Nódulos de tireoide com indicação cirúrgica: suspeita de malignidade, hipertireoidismo de difícil controle clínico, exoftalmia maligna, bócio mergulhante ou com desvio em estruturas nobres como traqueia, bócio inestético.

1.1 Diabetes Mellitus (DM)

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- DM tipo 1 (uso de insulina como medicação principal antes dos 40 anos): todos os casos;
- DM tipo 2: casos tratados e não responsivos à insulinoterapia plena, hiperglicemia, hemoglobina glicosilada aumentada;
- Pacientes em uso de insulina em dose otimizada (mais de uma unidade por quilograma de peso);
- Co-morbidades: nefropatia, neuropatia, retinopatia, cardiopatia, dislipidemia, HAS;
- Insuficiência renal crônica (IRC) com creatinina > 1.5mg/dL;
- Diabetes pós-transplante;
- Diabetes gestacional.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, tempo de diagnóstico e a presença ou não de co-morbidades: HAS, DM, risco cardiovascular, apnéia do sono, doenças articulares degenerativas;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemoglobina glicosilada, creatinina, glicemia, colesterol, triglicerídeos;
- Descrever insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia;
- Outras medicações em uso;
- Peso do paciente.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

1.1.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Cetoacidose diabética; estado hiperosmolar não-cetótico; diabetes gestacional ou pós transplante.
AMARELO	Presença de complicações crônicas (nefropatia, retinopatia, cardiopatia).
VERDE	DM descompensado.
AZUL	Demais casos.

1.2 Bócio Uni ou Multinodular

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente);
- Nódulo com indicação de PAAF: nódulo hipoecóico > 1cm ou iso/hipoecóico > 1,5 cm ou nódulos menores que 1 cm com alguma característica suspeita de malignidade (microcalcificações, margem irregular, vascularização predominante central, linfonodomegalia);
- Sintomas compressivos atribuíveis ao bócio ou suspeita de malignidade;
- Indicação de tratamento cirúrgico ou iodo radioativo (bócio grande ou que está crescendo).

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e sinais e sintomas;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TSH, ultrassom de tireóide. Descrever laudo de PAAF se já realizou;
- História familiar de câncer de tireóide.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

1.2.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Nódulos com PAAF Bethesda IV a VI; sintomas compressivos; TSH diminuído; suspeita de malignidade.
VERDE	Nódulos com PAAF Bethesda I, III.
AZUL	Nódulos com PAAF Bethesda II ou sem indicação de PAAF.

1.3 Hipertireoidismo

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os pacientes com TSH suprimido (abaixo do valor de referência) após repetição do exame.

OBS: Paciente com características sugestivas de doença de Graves (bócio difuso ou oftalmopatia) não é necessário a repetição do exame antes do encaminhamento.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sinais e sintomas, tratamentos realizados, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TSH, T4 livre, T3, TRAB.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

1.3.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Crise tireotóxica após tratamento de emergência.
AMARELO	Hipertireoidismo clínico; gestantes.
VERDE	Hipertireoidismo subclínico em idosos; cardiopatas.
AZUL	Hipertireoidismo subclínico.

1.4 Hipotireoidismo

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo, T4 livre ou total baixo);
- Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5mcg/kg de Levotiroxina, quando já avaliada a adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração do metabolismo/absorção de T4;
- Gestante com hipotireoidismo;
- Pós tireoidectomia por Câncer.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sinais e sintomas, tratamentos realizados, medicações em uso, dose da Levotiroxina em uso, peso do paciente;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TSH, T4 livre.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

1.4.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Coma mixedematoso após tratamento de emergência.
AMARELO	Gestante; pós tireoidectomia por câncer; hipotireoidismo central.
VERDE	Uso mais de 2,5mcg/kg/dia de Levotiroxina; hipotireoidismo descompensado.
AZUL	Demais casos.

1.5 Nódulo de Tireóide

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente);
- Nódulo com indicação de PAAF: nódulo hipoecóico > 1cm ou iso/hiperecóico > 1,5 cm ou nódulos menores que 1 cm com alguma característica suspeita de malignidade (microcalcificações, margem irregular, vascularização predominante central, linfonodomegalia);
- História clínica, exame físico ou características do nódulo suspeito para malignidade;
- Sinais e sintomas compressivos ou com suspeita para malignidade (dispnéia, rouquidão, tosse, disfagia, adenomegalias patológicas).

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sinais e sintomas, tratamentos realizados, co-morbidades, medicações em uso, história familiar de câncer de tireóide;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TSH, T4 livre ou T4 total, ultrassom de tireóide;
- Encaminhar o paciente com o resultado da PAAF quando estiver indicada.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

1.5.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	TSH diminuído; sintomas compressivos; nódulos com PAAF Bethesda IV a VI.
VERDE	Nódulos indeterminados (Bethesda I e III).
AZUL	Nódulos com PAAF Bethesda II.

1.6 Câncer de Tireóide

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os pacientes com diagnóstico histológico.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sinais e sintomas, tratamentos realizados, co-morbidades, medicações em uso, história familiar de câncer de tireóide;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TSH, T4 livre ou T4 total, ultrassom de tireóide;
- Encaminhar o paciente com o resultado da PAAF e pesquisa de corpo inteiro se já realizou.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

1.6.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Carcinoma anaplásico.
AMARELO	Demais tipos histológicos com metástase.
VERDE	Demais casos.
AZUL	

1.7 Obesidade

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com suspeita de obesidade secundária (provocada por problema endocrinológico: HAS refratária e/ou fácies cushingóide, estrias violáceas, fraqueza proximal importante);
- IMC >35 com co-morbidades: HAS, DM, risco cardiovascular, apnéia do sono, doenças articulares degenerativas, doença hepática gordurosa não alcoólica.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, peso, IMC, co-morbidades: HAS, DM, risco cardiovascular, apnéia do sono, doenças articulares degenerativas e medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): glicemia, colesterol, triglicerídeos, TSH, hemoglobina glicada.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

1.7.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Suspeita de obesidade secundária.
VERDE	IMC > 35 com co-morbidades ou > 40 sem co-morbidades.
AZUL	

1.8 Dislipidemia

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Casos não responsivos à mudança de estilo de vida (atividade física e orientação alimentar) e à terapêutica com estatinas: colesterol >240 mg/dL e/ou triglicerídeos > 200mg/dL.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de manifestações de alarme assim como o tempo de evolução, co-morbidades, medicações em uso;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

1.8.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Hipertrigliceridemia acima de 500 mg/dL;
VERDE	Casos não responsivos à mudança de estilo de vida e à terapêutica com estatinas: colesterol >240 mg/dL e/ou triglicerídeos > 200mg/dL.
AZUL	

1.9 Alterações no Metabolismo Ósseo

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Hiperparatireoidismo primário;
- Hipoparatireoidismo sintomático (parestesias, câimbras, tetania);
- Pós tireoidectomia/ cirurgia cervical;
- Osteoporose grave: densitometria mineral óssea (DMO) com escore T <2,5 DP com uma fratura por fragilidade óssea ou duas ou mais fraturas por fragilidade óssea independente da DMO.
- Suspeita de osteoporose secundária (hipogonadismo, uso crônico de corticóide, hiperparatireoidismo).

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, co-morbidades, medicações em uso;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame: PTH, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, albumina, densitometria óssea.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

1.9.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Crise hipocalcêmica após tratamento de emergência.
AMARELO	Hiper/hipoparatireoidismo sintomático; osteoporose grave.
VERDE	Demais casos.
AZUL	

1.10 Doenças Gonadais

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Ginecomastia no homem acima de 18 anos;
- Hipogonadismo masculino acima de 18 anos com distúrbio no desenvolvimento puberal;
- Hipogonadismo feminino acima de 18 anos com distúrbio no desenvolvimento puberal e amenorréia, hiperandrogenismo, hirsutismo, virilização.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, co-morbidades, medicações em uso.
- Descrever laudo de exames realizados com data do exame: hemograma, testosterona, b-HCG, TSH, T4 livre, FSH, LH, 17-OH progesterona, prolactina, DHEA, SDHEA, androstenediona, cortisol, estradiol, TC, USG.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

1.10.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Hipogonadismo masculino acima de 18 anos com distúrbio no desenvolvimento puberal.
VERDE	Amenorréia primária.
AZUL	Hipogonadismo masculino com exame laboratorial compatível; amenorréia secundária.

1.11 Ginecomastia

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Aumento do tecido glandular (maior que 2cm de diâmetro), localizado centralmente na sua forma, geralmente bilateral;
- Diferenciar de lipomastia (acumulo de gordura);
- Afastar uso de medicamentos, drogas ilícitas, cirrose, desnutrição, IRC (geralmente associadas a ginecomastia);
- Atentar para sinais de malignidade: lesões unilaterais, massas endurecidas e/ou fixas, descarga mamilar, adenomegalias regionais, massa palpável testicular, suspeita de tumor adrenal.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, co-morbidades, medicações em uso;
- Descrever laudo de exames realizados com data do exame: testosterona, b-HCG, TSH, T4 livre, LH, prolactina, estradiol, HCG, creatinina, cariótipo, USA mamas e mamografia bilateral.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

1.11.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Suspeita de malignidade.
AMARELO	Ginecomastia assimétrica ou progressiva.
VERDE	Ginecomastia em adolescentes com mais de 6 meses de evolução ou suspeita de outra doença associada.
AZUL	Demais casos.

1.12 Doenças Neuroendócrinas/ Hipofisárias

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pan-hipopituitarismo (pacientes submetidos a cirurgia hipofisária, pós-trauma cranio-encefálico ou com histórico de irradiação do sistema nervoso central);
- Lesões na topografia da sela túrcica a esclarecer;
- Acromegalia: GH elevado;
- Prolactinoma: galactorréia, amenorréia, prolactina elevada;
- Síndrome de Sheehan: agalactia e amenorréia pós-parto;
- Diabetes insipidus;
- Hipocortisolismo: hipotensão arterial;
- Insuficiência adrenal (doença de Addison): hipotensão, hiperpigmentação, perda de peso;
- Feocromocitoma: hipertensão paroxística com tríade clássica: cefaléia, sudorese, palpitação;
- Hiperaldosteronismo primário;
- Síndrome de Cushing: hipertensão, DM, fraqueza muscular, obesidade.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, tempo de evolução, co-morbidades, medicações em uso;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame: RM ou TC crânio, T4livre, TSH, prolactina, IGF-1, cortisol pós dexametasona, testosterona, LH, FSH.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

1.12.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Apoplexia hipofisária.
AMARELO	Tumor hipofisário invasivo; compressão de quiasma; suspeita de hipopituitarismo.
VERDE	Hipopituitarismo; tumor secretor.
AZUL	Incidentaloma e tumores não secretores sem sintomas compressivos.

1.13 Doença Adrenal

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Incidentaloma adrenal: lesão expansiva adrenal em exame de imagem;
- Lesões em topografia de adrenal a esclarecer.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, tempo de evolução, co-morbidades, medicações em uso;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame: RM ou TC com protocolo para adrenal, cortisol pós dexametasona, cortisol urinário 24 horas, catecolaminas plasmáticas e urinárias 24 horas, metanefrinas urinárias 24 horas;
- Se hipertensão: aldosterona e atividade plasmática de renina.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

1.13.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Suspeita de carcinoma adrenal (lesão > 4cm e/ou com efeito de massa, dor abdominal).
AMARELO	Hipersecreção de cortisol (Cushing); hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, amenorréia); excesso de estrogênio (ginecomastia) ou aldosterona (hiperaldosteronismo).
VERDE	Incidentaloma adrenal sem quadro clínico sugestivo de adenoma secretor.
AZUL	Demais casos.

1.14 Hiperandrogenismo

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com sinais clínicos de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, irregularidade menstrual ou alopecia androgenética).

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, tempo de evolução, co-morbidades, medicações em uso;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame: 17(OH) progesterona, testosterona total, S-DHEA, LH, FSH, TSH, prolactina, ultrassonografia transvaginal.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

1.14.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Início abrupto de quadro clínico.
VERDE	
AZUL	Demais casos.

CRITÉRIOS RESUMIDOS DE REGULAÇÃO:

VERMELHO	Cetoacidose diabética; estado hiperosmolar não-cetótico; DM gestacional ou pós transplante; crise tireotóxica, coma mixedematoso ou crise hipocalcêmica após tratamento de emergência; carcinoma anaplásico de tireóide; ginecomastia com suspeita de malignidade; apoplexia hipofisária; suspeita de carcinoma adrenal
AMARELO	DM com complicações crônicas (nefropatia, retinopatia, cardiopatia); Nódulos de tireóide com PAAF Bethesda IV a VI, sintomas compressivos, TSH diminuído ou suspeita de malignidade; hipertireoidismo clínico e em gestantes; hipotireoidismo em gestante, pós tireoidectomia por câncer ou hipotireoidismo central; câncer de tireóide; obesidade secundária; hipertrigliceridemia acima de 500 mg/dl; hiper/hipoparatireoidismo sintomático; osteoporose grave; hipogonadismo masculino acima de 18 anos com distúrbio no desenvolvimento puberal; ginecomastia assimétrica ou progressiva; tumor hipofisário invasivo ou com compressão de quiasma; suspeita de hipopituitarismo; hipersecreção de cortisol (Cushing); Hiperandrogenismo; excesso de estrogênio (ginecomastia); hiperaldosteronismo;
VERDE	DM descompensado; Nódulos de tireóide com PAAF Bethesda I, III; hipertireoidismo subclínico em idosos e cardiopatas; hipotireoidismo descompensado; obesidade com IMC >35 com co-morbidades ou > 40 sem co-morbidades; dislipidemia não responsiva à mudança de estilo de vida e à terapêutica com estatinas: colesterol >240 mg/dl e/ou triglicérides > 200mg/dl; amenorréia primária; ginecomastia em adolescentes com mais de 6 meses de evolução ou suspeita de outra doença associada; hipopituitarismo; tumor secretor hipofisário; incidentaloma adrenal sem quadro clínico sugestivo de adenoma secretor
AZUL	Nódulos de tireóide com PAAF Bethesda II ou sem indicação de PAAF; hipertireoidismo subclínico; hipogonadismo masculino com exame laboratorial compatível; amenorreia secundária