

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA ENDOCRINOLOGIA

Diabetes Mellitus (DM1 / DM 2)

Os casos de Diabetes com insulinoização devem ser conduzidos na Atenção Básica até que o paciente, já tendo critérios para encaminhamento, inicie o seguimento com o especialista. Após estabilização da dose terapêutica de controle, o paciente deverá ter seu tratamento compartilhado com Rede Básica.

PATOLOGIA	CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO	INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS
DM1	TODOS OS CASOS DM-1 DEVEM SER REFERENCIADOS AO ENDOCRINOLOGISTA (INCLUIR COMO PRIORIDADE)	<ul style="list-style-type: none"> - Esquema terapêutico utilizado (tipos de insulina e doses); - Presença ou ausência de complicações crônicas associadas ao DM e medicações em uso; - Hemoglobina glicada, Glicemia e Creatinina.
DM2	<ul style="list-style-type: none"> - DM2 em insulinoterapia plena com descompensação; - DM2 com nefropatia diabética; - DM2 com retinopatia diabética; - DM2 em tratamento com ADO (antidiabético oral) e/ou insulinoterapiabed-time e/ou insulinoterapia plena associado à comorbidades graves não relacionadas ao DM (ex.: câncer, cirrose, cardiopatia grave, hipertireoidismo, obesidade grau 3); - DM2 com evidências ou presença de macroangiopatia (ex.: placas ateromatosas, teste ergométrico e ou cintilografia miocárdica positiva para isquemia); - DM2 e gestação, DM Gestacional ou mulheres descompensadas querendo engravidar (INCLUIR COMO PRIORIDADE); - Internação recente por hiperglicemia grave (estado hiperosmolar ou acidose) ou Hipoglicemia grave (INCLUIR COMO PRIORIDADE). 	<ul style="list-style-type: none"> - Esquema terapêutico utilizado (medicações, tipos de insulina e doses); - Hemoglobina Glicada, Glicemia e Creatinina; - Presença ou ausência de complicações crônicas associadas ao DM e medicações em uso.

Obs: Casos de DM que NÃO devem ser ENCAMINHADOS PARA O ESPECIALISTA:

- Pré-diabetes (GJ alterada- 100-125 mg/dl ou intolerância à glicose- tempo 120 min após TOTG 75g de 140-199 mg/dl);
- DM2 recém diagnóstico ainda **sem tratamento**;
- DM2 em uso de ADO, **sem complicações**;
- DM2 em uso de ADO e insulina bed-time, **sem complicações**;
- **DM 2 descompensado, mas sem tratamento otimizado conforme orientação do matriciador em endocrinologia.**

PATOLOGIA	CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO	INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS
Hipotireoidismo	<ul style="list-style-type: none"> - TSH e T4 livre aumentado (patologia central) – INCLUIR COMO PRIORIDADE; - Paciente com Hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina, quando já avaliada a adesão e uso de medicação ou condições que cursam com a alteração do metabolismo/absorção de T4; - Crianças com menos de 6 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dois últimos valores de: TSH e T4 livre; - Dose de Levotiroxina e uso (sim ou não).
Hipertireoidismo	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertireodismo descompensado, mesmo fazendo uso de >40mg de Tapazol ou >600mg de Propiltiouracil diário; - TSH e T4 livre baixos (patologia central) – INCLUIR COMO PRIORIDADE; - Bócio Tóxico com volume maior que 40cm³; - Presença de Oftalmopatia Graves (INCLUIR COMOPRIORIDADE); - TSH suprimido com T4 livre≥4 (INCLUIR COMO PRIORIDADE); - Menores de 18 anos; - Gestante com T4L > 2 (INCLUIR COMO PRIORIDADE). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dois últimos valores de TSH e T4 livre; - Uso do medicamento antitireoidiano (sim ou não).
Nódulo de Tireóide	<ul style="list-style-type: none"> - Nódulo sólido ou cístico ≥ 1 cm ou cisto > 3cm, com citologia insuficiente ou baixa celularidade ou Bethesda 1 em 2 exames PAAF seguidos; ou Bethesda 3. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exame de TSH; - Ultrassom de Tireóide; - Dois resultados de PAAF.

Obs: Casos de Nódulo de Tireóide que devem ser ENCAMINHADOS PARA CIRURGIA CABEÇA-PESCOÇO:

Critérios de Encaminhamento:

- Nódulo com citologia Bethesda 4, 5 ou 6 (suspeito de maligno ou maligno);
- Nódulo ou Bócio multinodular com sintomas compressivos.

Informações Obrigatórias:

- Exame de TSH;
- Ultrassom de Tireóide;
- Resultados de PAAF (fica desobrigado PAAF se condição de encaminhamento for por sintomas compressivos);
- Bethesda 4,5 ou 6 (**INCLUIR COMOPRIORIDADE**).

PATOLOGIA	CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO	INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS
Obesidade	<ul style="list-style-type: none"> - Suspeita de obesidade secundária; - Síndrome de Cushing (INCLUIR COMO PRIORIDADE). 	<ul style="list-style-type: none"> - Duas medidas de cortisol urinário de 24hrs com valor acima do valor máximo da referência; - Peso; - Altura; - IMC.
	<ul style="list-style-type: none"> - Acromegalia (INCLUIR COMO PRIORIDADE). 	<ul style="list-style-type: none"> - Duas medidas de GH e IGF-1 com valor acima do valor máximo da referência; - Peso; - Altura; - IMC.

Obs: Casos de Obesidade que devem ser ENCAMINHADOS PARA CIRURGIA BARIÁTRICA:

Só poderão ser encaminhados pacientes para cirurgia bariátrica após primeiramente ser encaminhados para AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO OBESIDADE GRAVE.

Critérios de Encaminhamento:

- Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ associada a pelo menos uma comorbidade (HAS, DM, DCP, Artropatias, esteatose hepática, apnéia do sono);
- IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$.

Informações Obrigatórias:

- Peso/Altura;
- IMC.

PATOLOGIA	CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO	INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS
Dislipidemia	<ul style="list-style-type: none"> - Condição obrigatória: Já estar fazendo uso de hipolipemiante oral; - Paciente que ainda apresente seus níveis de lípidis fora da meta; - Pacientes diabéticos LDL ≥ 100 mg/dl; - Pacientes com IAM e/ou AVC e/ou DAP com LDL ≥ 70 mg/dl; - Triglicérides ≥ 400 mg/dl ou LDL ≥ 200 mg/dl (INCLUIR COMO PRIORIDADE). 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 últimos Lipidogramas; - Qual hipolipemiante e dose da medicação.
Hiperprolactinemia	<ul style="list-style-type: none"> - Prolactina 2 medidas \geq limite superior. 	<ul style="list-style-type: none"> - Duas últimas dosagens de prolactina; - Obs: Se PRL ≥ 100 obrigatório encaminhar com ressonância nuclear magnética de hipófise (INCLUIR COMO PRIORIDADE).
Incidentaloma hipofisário ou Adenoma hipofisário		<ul style="list-style-type: none"> - Ressonância Nuclear Magnética com laudo (INCLUIR COMO PRIORIDADE).
Incidentaloma de adrenal ou Tumor de adrenal		<ul style="list-style-type: none"> - TC adrenal com contraste (INCLUIR COMO PRIORIDADE).

PATOLOGIA	CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO	INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS
<p>Puberdade Precoce</p>	<p>- <u>Aparecimento</u> de caracteres sexuais secundários antes dos 7 anos em meninas e 9 anos em meninos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagens de LH, FSH, SDHEA, Estradiol (meninas) ou Testosterona (meninos); - RX de mão e punho esquerdo (idade óssea); - US pélvico (para meninas); - Peso/Altura; - Altura do pai e mãe para cálculo da estatura alvo; - Avaliar caracteres sexuais secundários (Tanner). <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>♀ : $\frac{\text{Altura da mãe} + (\text{altura do pai} - 13 \text{ cm})}{2} \pm 9$</p> <p>♂ : $\frac{\text{Altura do pai} + (\text{altura da mãe} + 13 \text{ cm})}{2} \pm 10$</p> </div>
<p>Baixa Estatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Crianças com altura com desvio padrão (DP) ≥ -2 para idade e sexo; - Criança com velocidade de crescimento anual com DP ≥ -1 para idade e sexo (observar a criança por um período mínimo 6 meses); - Criança com mudança do canal de crescimento (percentil de altura ou velocidade de crescimento). 	<ul style="list-style-type: none"> - Peso/Altura; - Altura do pai e mãe para cálculo da estatura alvo; - Avaliar caracteres sexuais secundários (Tanner); - HMG, creatinina, glicemia de jejum, albumina, TGP, cálcio/fósforo, urina 1, PPF 3 amostras, TSH, GH, IGF1.