

AMBULATÓRIO DE ENDOCRINOLOGIA OBSTÉTRICA – ENDOB

1- Hipóteses diagnósticas que devem ser encaminhadas para este ambulatório

1a) Diabetes *Mellitus*

- Tipo 1,
- Tipo 2,
- Gestacional (DMG): com indicação de administração de insulina
- Outros tipos específicos de diabetes,

1b) Disfunção tireoidiana (apenas os casos de difícil controle / repercussões materno-fetais)

- Hipertireoidismo (Doença de Graves e outros)
- Hipotireoidismo (Hashimoto)

1c) Outras patologias endócrinas após contato telefônico com a equipe para discussão da necessidade de encaminhamento

2- Procedimentos realizados no ambulatório:

- Consultas com equipe multiprofissional: obstetra, ultrassonografista, endocrinologista, psicóloga, nutricionista, assistente social e equipe de enfermagem.
- Medidas de glicemia (em jejum e pós prandiais) com oferecimento de dieta balanceada.
- Realização de cardiocografia, ultrassonografia obstétrica e morfológica, perfil biofísico fetal e ultrassonografia com Doppler.
- Grupo de apoio multidisciplinar.

3- Diagnóstico de Diabetes *Mellitus* na gestação

3a) Diagnóstico de Diabetes *Mellitus* previamente à gestação:

- Diagnóstico e seguimento clínico prévios à gestação

3b) Diagnóstico de **Diabetes Mellitus durante a gestação**

- Glicemia de jejum ≥ 126 mg %; **OU**
 - Avaliar se o jejum foi realizado de maneira adequada: Em caso de dúvida, reorientar a paciente da necessidade do jejum e de como o fazer e repetir a glicemia em outra amostra de sangue em jejum, se persistir glicemia ≥ 126 mg % está confirmado o diagnóstico de *Diabetes Mellitus*)
- Glicemia ao acaso ≥ 200 mg% associado a sintomas sugestivos de Diabetes Mellitus (confirmado por glicemia de jejum ou hemoglobina glicosilada alteradas); **OU**
- Glicemia ≥ 200 mg% após duas horas de sobrecarga de 75g de glicose durante o TOTG 75g (2ª hora do TOTG ≥ 200 mg%); **OU**
- Hemoglobina glicosilada $\geq 6,5\%$.

3c) Diagnóstico de **Diabetes mellitus gestacional (DMG)**:

- Glicemia de jejum ≥ 92 mg % (mesmo que seja na glicemia de jejum realizada em idade gestacional inferior a 24 semanas)
- TOTG 75g: será realizado entre 24 e 28 semanas de idade gestacional com dosagem da glicemia em TRÊS MOMENTOS (**critérios gestacionais**):
 - Jejum: ≥ 92 mg%
 - Uma hora após sobrecarga de 75g de glicose: ≥ 180 mg%
 - Duas horas após sobrecarga de 75g de glicose: ≥ 153 mg%Para fechar o diagnóstico de DMG são necessários UM OU MAIS VALORES ALTERADOS.

4- Pré-requisitos para encaminhamento de **Diabetes Mellitus na Gravidez**

4a) Seguimento de pacientes com diagnóstico de **Diabetes mellitus gestacional** em serviço de origem:

- As pacientes deverão receber, **em serviço de origem**, orientação de dieta balanceada, com total de calorias variando entre 1800 kcal a 3000 Kcal, definido pela seguinte fórmula: Total de calorias = Peso* x 30 (*considerar peso atual no momento da prescrição);

- A composição ideal da dieta deverá respeitar as seguintes proporções:
 - 40% a 45% de carboidratos;
 - 15% a 20% de proteínas (no mínimo 1,1 g/kg/dia);
 - 30% a 40% de gorduras (10% saturadas)
- Prescrever a dieta em seis refeições: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche noturno (22 horas).
- Após uma a duas semanas da prescrição dietética, realizar a avaliação de perfil glicêmico (dosagem glicêmica em horários pré-determinados em relação à dieta).
- Controle glicêmico é considerado adequado se :
 - Glicemia de jejum < 95 mg/dl;
 - Glicemia uma hora pós-prandial < 140 mg/dl;
 - Glicemia duas horas pós-prandial < 120 mg/dl.
- Avaliação fetal é considerada adequada se:
 - Peso fetal estimado abaixo do percentil 70 para idade gestacional
 - Líquido amniótico em valores normais para idade gestacional
- Pacientes com controle glicêmico e avaliação fetal adequadas: **manterão seguimento em unidade secundária de atenção à saúde e/ou no serviço de origem.**

4b) Critérios de encaminhamento

- Gestantes com diagnóstico de **Diabetes Mellitus pré-gestacional**:
 - As pacientes devem ser encaminhadas ao diagnosticar gravidez.
 - Realizar avaliação clínica e encaminhamento descrevendo o tempo de diagnóstico e tratamento vigente
- Gestantes com diagnóstico de **Diabetes mellitus gestacional**: encaminhar apenas as pacientes que apresentam **necessidade de insulinoterapia ou complicações materno-fetais** (definida segundo critérios a seguir):

- Se os níveis glicêmicos permanecerem elevados após orientação dietética e de atividade física (mais que 30% de valores alterados):
 - Glicemia de jejum ≥ 95 mg/dl;
 - Glicemia uma hora pós-prandial ≥ 140 mg/dl;
 - Glicemia duas horas pós-prandial ≥ 120 mg/dl.
- Crescimento fetal excessivo: medida da circunferência abdominal fetal ou peso fetal estimado maior ou igual ao percentil 70 para idade gestacional (ecografia entre a 29^a e a 33^a semana)
- Polihidrânio

4c) Exames necessários para o encaminhamento:

- Gestantes com Diabetes *Mellitus* diagnosticado antes da gestação: não há necessidade de outros exames para encaminhamento (encaminhar resultados de exames do momento de diagnóstico ou relatório médico). Encaminhar os exames de rotina de pré-natal já realizados e o cartão próprio.
- Gestantes com Diabetes Mellitus diagnosticado na gravidez: encaminhar os resultados das medidas de glicemias (jejum e/ou TOTG 75g). Encaminhar os exames de rotina de pré-natal já realizados e o cartão próprio.

5- Pré-requisitos para encaminhamento de Tireoideopatias na Gravidez

5a) Exames necessários para o encaminhamento:

- As pacientes com suspeita clínica de hipotireoidismo ou hipertireoidismo (descompensado e de difícil controle) deverão realizar dosagens hormonais (TSH ultrasensível e T4 livre) para o diagnóstico e depois serem encaminhadas com os resultados obtidos, além dos exames próprios do pré-natal.
- As pacientes com diagnóstico prévio de hipertireoidismo e em uso de medicamentos deverão ser encaminhadas com os exames disponíveis no momento, além dos exames próprios do pré-natal.

5b) Situações especiais:

- Pacientes com **hipotireoidismo ou hipertireoidismo** em tratamento com controle adequado: **manterão seguimento no serviço de origem.**
- Pacientes com **hipotireoidismo subclínico** (TSH ultrasensível aumentado e T4 livre normal): **manterão seguimento no serviço de origem.**
- Pacientes **sem história prévia à gestação de hipertireoidismo**, assintomática, com TSH ultrasensível diminuído (coleta entre 9 e 13 semanas) e T4 livre normal: repetir TSH ultrasensível e T4 livre após a 18^a semana de idade gestacional para confirmar diagnóstico, devido à possibilidade de atuação do hormônio gonodotrofina coriônica humana sobre o receptor de TSH na tireoide.

14/02/2017