

Protocolo de encaminhamento para andrologia

O protocolo de Andrologia será publicado *ad referendum* conforme resolução CIB/RS 764/2014.

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Andrologia. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso.

Pacientes com espermograma alterado que estejam tentando engravidar ou com história definida de infertilidade do casal devem ter preferência no encaminhamento ao andrologista quando comparados com outras condições clínicas previstas neste protocolo.

Condições de saúde que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência não são contempladas nestes protocolos. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado em situações de maior gravidade, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Publicado em 21 de maio de 2018.

Supervisão Geral:

Francisco Paz

Coordenação:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Roberto Nunes Umpierre

Organização e Edição:

Milena Rodrigues Agostinho Rech

Rudi Roman

Autores:

Guilherme Behrend Silva Ribeiro

Elise Botteselle de Oliveira

Milena Rodrigues Agostinho Rech

Natan Katz

Rudi Roman

Josué Basso

Dimitris Rucks Varvaki Rados.

Normalização:

Rosely de Andrade Vargas

Diagramação:

Lorenzo Costa Kupstaitis

TelessaúdeRS-UFRGS 2018

Porto Alegre – RS.

Protocolo 1 – Disfunção sexual masculina

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para andrologia ou urologia:

- disfunção erétil refratária ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por 6 meses (quadro 1); **ou**
- disfunção erétil e contraindicação (hipersensibilidade ao fármaco ou uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5; **ou**
- doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual; **ou**
- ejaculação precoce refratária ao tratamento conservador por 3 meses (uso de inibidor seletivo de recaptação de serotonina e terapia comportamental por 3 meses); **ou**
- disfunção sexual associada a suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo¹.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. tratamento em uso ou já realizado para disfunção erétil (medicamentos utilizados com dose e posologia);
3. outros medicamentos em uso com posologia;
4. se paciente com doença de Peyronie, apresenta incapacidade para manter relação sexual (sim ou não);
5. se suspeita de hipogonadismo descreva, com data, o resultado de dois exames de testosterona total coletados em dias diferentes;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Na possibilidade de investigar hipogonadismo, solicitar com a segunda amostra de testosterona total os seguintes exames: LH, FSH, prolactina, TSH e T4-livre.

Protocolo 2 – Varicocele

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para andrologia ou urologia:

- varicocele associada a:
 - testículo ipsilateral diminuído; **ou**
 - espermograma com parâmetros alterados (quadro 2 – desde que tenha varicocele clínica e que pretenda ter filhos)¹; **ou**
 - sintomas (dor ou desconforto).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir tempo de evolução, frequência, alteração em volume testicular, varicocele unilateral ou bilateral);
2. descrição da ecografia escrotal, com data (se realizado);
3. descrição de ecografia ou tomografia de abdômen total (se realizada para pacientes com varicocele unilateral direita), com data;
4. descrição do espermograma, com data (se realizado);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

1 – Define-se varicocele clínica quando é possível identificá-la, visualmente ou na palpação de bolsa escrotal, quando o paciente for examinado em posição ortostática (em pé). Também pode ser definida por parâmetros ultrassonográficos: diâmetro venoso > 2,45 mm em repouso ou 2,95 mm durante manobra de Valsava.

Protocolo 3– Infertilidade Masculina

Avaliação e tratamento completo de casais com infertilidade pode necessitar de encaminhamento adicional da mulher para a especialidade Ginecologia-Infertilidade – consultar protocolo específico.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Andrologia:

- homem com varicocele clínica¹ associada à oligospermia; **ou**
- homem com azoospermia ou outras alterações em espermograma (quadro 2) que deseja realizar investigação etiológica para infertilidade; **ou**
- homem que deseja reversão de vasectomia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. casal está tentando gestar (sim ou não). Se sim, descreva a quanto tempo;
2. história de filhos prévios, distúrbios de ereção ou ejaculação, presença de varicocele clinicamente identificada ou realização de vasectomia prévia;
3. resultado de espermograma, com data (se realizado);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

1 – Define-se varicocele clínica quando é possível identificá-la, visualmente ou na palpação de bolsa escrotal, quando o paciente for examinado em posição ortostática (em pé). Também pode ser definida por parâmetros ultrassonográficos: diâmetro venoso > 2,45 mm em repouso ou 2,95 mm durante manobra de Valsava.

Referências

- ANAWALT, B. D.; PAGE, S. T. **Treatments for male infertility** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatments-for-male-infertility>>. Acesso em: 19 abr. 2018.
- ANDRADE, E.; PARANHOS, M.; CLARO, J. A. Disfunções ejaculatórias e do orgasmo. In: RHODEN, E. L., et al. **Urologia**: série no consultório. Porto Alegre: Artmed, 2009. v.1, p. 360-373.
- BASARIA, S. Male reproductive and sexual disorders. In: BARKER; L. R. et al. **Principles of ambulatory medicine**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. p. 1962.
- BHASIN, S. Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes: an Endocrine Society clinical practice guideline. **Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, Springfield, v. 95, n. 6, p. 2536-2559, 2010. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jcem/article/95/6/2536/2597900>>. Acesso em: 19 abr. 2018.
- CUNNINGHAM, G. R.; ROSEN, R. C. **Overview of male sexual dysfunction** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2018. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction>>. Acesso em: 19 abr. 2018.
- CUNNINGHAM, G. R.; KHERA, M. **Treatment of male sexual dysfunction** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-male-sexual-dysfunction>>. Acesso em: 19 abr. 2018.
- DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- DYNAMED PLUS. **Record n. 902812, Infertility in men** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível mediante login e senha em: <<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T902812/Infertility-in-men>>. Acesso em: 19 abr. 2018.
- EVERS, J. H.; COLLINS, J.; CLARKE, J. **Surgery or embolisation for varicoceles in subfertile men**. Oxford: Cochrane Database Syst Rev., 2009. doi: 10.1002/14651858.CD000479.pub4.
- EYRE, R. C. **Evaluation of nonacute scrotal conditions in adults** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-nonacute-scrotal-conditions-in-adults>>. Acesso em: 19 abr. 2018.
- FLANNERY, M. T., ABEL, E. **Hiperplasia prostática benigna** [Internet]. Best Practice. Londres: BMJ Publishing Group Limited, 2017. Disponível em: <<http://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/208>>. Acesso em: 19 abr. 2018.
- GOROLL, A. H., MULLEY, A. G. **Primary care medicine**: office evaluation and management of the adult patient. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Fertility problems: assessment and treatment. **NICE Clinical Guideline**, London, v. 156, 2013 [atualizado em set. 2017]. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/CG156>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

PARSONS, J. K.; HSIEH, T. C. Integrated men's health: androgen deficiency, cardiovascular risk, and metabolic syndrome. In: WEIN, A. J. **Campbell-Walsh Urology**. 11th ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. p. 538-555.

PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE; SOCIETY FOR MALE REPRODUCTION AND UROLOGY. Report on varicocele and infertility: a committee opinion. **Fertility and Sterility**, New York, v. 102, n. 6, p. 1556-1560, 2014. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.10.007.

RHODEN, E. L., et al. **Urologia**: série no consultório. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SHAFER, L. C. Approach to the patient with sexual dysfunction. In: GOROLL, A. H.; MULLEY JR, A. G. **Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014. p. 1501-1508.

SNYDER, P. J. **Clinical features and diagnosis of male hypogonadism** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-male-hypogonadism>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

SNYDER, P. J. **Approach to older men with low testosterone** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-older-men-with-low-testosterone>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

WANG, C. et al. Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males - ISA, ISSAM, EAU, EAA and ASA recommendations. **European Journal of Endocrinology**, Oslo, v. 159, n. 5, 507-514, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research. **WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen**. 5th ed. Geneva:

WHO, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44261/1/9789241547789_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 mar. 2017.

Anexos

Quadro 1 – Tratamento para disfunção erétil com inibidor de fosfodiesterase-5

Sildenafil (comprimidos de 25, 50 e 100 mg): <ul style="list-style-type: none">• iniciar com dose de 50 mg (iniciar com 25 mg em pessoas com mais de 65 anos).• tomar a medicação 1 hora antes do ato sexual.• utilizar a medicação somente 1 vez ao dia e se necessário.• se efeito adverso, reduzir para 25 mg.• dose máxima de 100 mg/dia.
Contraindicação: hipersensibilidade ao medicamento ou uso concomitante (regular ou intermitente) de nitratos (nitroglicerina, mononitrato de isossorbida, dinitrato de isossorbida).
Efeitos adversos comuns: cefaleia, rubor facial, epigastralgia, congestão nasal, distúrbios visuais.
Pacientes com doença cardiovascular de baixo risco podem ser tratados para disfunção erétil com inibidores da fosfodiesterase-5 desde que não estejam em uso de nitratos. Nesses pacientes iniciar com doses mais baixas.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

Quadro 2. Valores normais de espermograma segundo a Organização Mundial da Saúde, 2010

Parâmetros	Valor de Normalidade
Volume	≥ 1.5 mL
pH	≥ 7,2
Concentração	≥ 15 milhões de espermatozoides/mL
Número de espermatozoides	≥ 39 milhões por ejaculação
Motilidade total (PR + NP)	≥ 40%
Motilidade progressiva (PR)	≥ 32%;
Morfologia estrita (KRUGER)	≥ 4%
Vitalidade	≥ 58%

Gradação de Motilidade:

- Motilidade progressiva (PR): espermatozoides movimentam-se ativamente com trajetórias e velocidades diversas.
- Motilidade não progressiva (NP): todos os tipos de motilidade com ausência de progressão.
- Imóvel (IM): espermatozoides sem movimento (cabeça e cauda imóveis).

Orientar coleta no período de 2 a 7 dias de abstinência sexual. Se houver azoospermia ou oligospermia grave (abaixo de 5 milhões de espermatozoides/ml), repetir espermograma em 2 semanas. Para outros achados anormais, repetir espermograma em 3 meses.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010) e NICE (2013).