

**COMUNICADO CIRCULAR Nº 039/2013-CR/AM**

Manaus, 26 de dezembro de 2013.

**DA:** COORDENAÇÃO ESTADUAL DE REGULAÇÃO

**AOS:** DIRETORES DOS EAS SOLICITANTES

**ASSUNTO: CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA - PEDIATRIA**

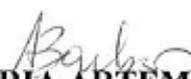
Prezados Senhores,

Informamos, está disponível na carteira do SISREG (Módulo Ambulatorial) o procedimento **CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA – PEDIATRIA**, objetivando atender a usuários crianças e infantis de 0 a 17 anos.

A consulta será **REGULADA** devendo, para autorizar, obedecer aos critérios do PROTOCOLO (ANEXO), também disponível no endereço eletrônico: [www.saude.am.gov.br/regulacao](http://www.saude.am.gov.br/regulacao) aba *Download* - Protocolo de Acesso às Consultas e Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade,

Dessa forma, pedimos a vossa senhoria que reforce a orientação a todos os profissionais e nos colocamos a disposição no atendimento on-line.

Atenciosamente,

  
**MARIA ARTEMISA BARBOSA**  
Coordenadora Estadual de Regulação



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

ANEXO

**CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA – PEDIATRIA**

CÓDIGO SAI/SUS 0301010072

**Motivos para Encaminhamento:**

1. Tireopatias
2. Diabetes
3. Crescimento Anormal
4. Distúrbios da Diferenciação Sexual
5. Distúrbios da Puberdade (Puberdade Precoce e Puberdade Atrasada)
6. Doenças do Metabolismo Ósseo (Hipoparatiroidismo, Hiperparatiroidismo, Raquitismo)
7. Distúrbios da Adrenal (Hiperplasia Congênita das Supra-Renais, Síndrome de Cushing, Insuficiência Adrenal)
8. Tumores Neuro-Endócrinos
9. Dislipidemias
10. Obesidade com Comorbidades

**Pré-Requisitos:**

Ter idade de 0 a 17 anos

**1. Tireopatias**

**HDA – Hipotireoidismo:** icterícia prolongada, fontanela posterior alargada, hipotermia, palidez, macroglossia, dificuldade de sucção, ressecamento da pele e cabelos, protusão umbilical, letargia, constipação intestinal, baixa velocidade de crescimento, elevado ganho de peso não compatível com a pouca ingestão alimentar.

**Hipertireoidismo:** ansiedade, taquicardia, perda de peso associada a apetite aumentado, irritabilidade.

**Exame Complementar Necessário** – TSH, T4 livre e USG da tireóide (caso houver)

**Exame Físico** – conforme indicado na HDA e/ou bócio

**2. Diabetes**

**HDA** – poliúria, polidipsia, perda de peso com aumento de apetite associada à glicemia de jejum a partir de 126 ou glicemia ao acaso a partir de 200.

**Exame Complementar Necessário** – glicemia de jejum (duas determinações no intervalo de 2 a 3 semanas), teste de tolerância a glicose nos casos suspeitos de DM2, hemoglobina glicada, anti-GAD.

**Exame Físico** – associados à HDA.

**3. Crescimento Anormal**

**HDA** – Estatura desviada em 2 desvios-padrões nas curvas de crescimento (abaixo do percentil 5 ou acima do percentil 95).

Velocidade de crescimento elevada ou diminuída para a faixa etária da criança, evidenciada por período de observação da velocidade de crescimento de no mínimo 3 meses. Canal de crescimento em desacordo com seu alvo genético.

Devem ser descartadas as seguintes causas para a alteração de crescimento: anemia, desnutrição crônica, doenças respiratórias, doenças gastrointestinais, infecções crônicas, doenças cardíacas, doenças renais crônicas.

**Exame Complementar Necessário** – Relatório pediátrico descartando causas não endócrinas de crescimento anormal, com demonstrativo da velocidade de crescimento. Deve ser referido estatura dos pais biológicos, RX de mãos e punhos para avaliação de idade óssea, hemograma completo, eletrólitos, provas de função renal e hepática, glicemia, basais tireoideanos, IGF1.

**Exame Físico** – Além do referido na HDA, desproporção de segmentos corporais. Devem ser encaminhados para avaliação do crescimento todos os pacientes que estão no protocolo de liberação de Hormônio do Crescimento do Ministério da Saúde, que são os pacientes que possuem diagnóstico de: Síndrome de Prader Willi, Síndrome de Turner, Insuficiência Renal Crônica, além dos casos de retardo de crescimento intra-uterino (RCIU) sem recuperação do crescimento até os 2 anos de idade e síndromes genéticas que cursam com baixa estatura.

**4. Distúrbios da Diferenciação Sexual**

**HDA** – Aspecto ambíguo da genitália (indefinição ou dúvidas em relação ao aspecto masculino ou feminino da genitália) do recém nascido ou criança.

**Exame Complementar Necessário** – Para genitália ambígua: sódio, potássio, função adrenal, cariótipo, ultrassonografia e tomografia abdominal e pélvica.

**Exame Físico** – Hipospádia/Criptorquidia/Micropenis (comprimento peniano inferior a 2,5 desvio-padrão para a idade)

**5. Distúrbios da Puberdade (Puberdade Precoce e Puberdade Atrasada)**

**HDA** – Na puberdade precoce: meninas com aparecimento de caracteres sexuais secundárias (presença de mamas ou presença de pêlos ou sangramento vaginal) antes dos 8 anos de idade e meninos com aparecimento de caracteres sexuais secundárias (aumento do volume testicular uni ou bilateral ou aumento do tamanho peniano ou presença de pêlos) antes dos 9 anos de idade .

Na puberdade atrasada: meninas com ausência do desenvolvimento de mamas após 13 anos de idade e meninos com ausência do aumento do volume testicular após 14 anos de idade mantendo < 4 ml.

**Exame Complementar Necessário** – Na puberdade precoce: US pélvico, LH/FSH, Estradiol nas meninas e Testosterona nos meninos, Rx de mãos e punhos (idade óssea). Na puberdade atrasada: US pélvico, LH/FSH, Estradiol nas meninas e testosterona nos meninos, Rx de mãos e punhos (idade óssea).

**Exame Físico** – citar os achados significativos.

**6. Doenças do Metabolismo Ósseo (Hipoparatiroidismo, Hiperparatiroidismo, Raquitismo)**

**HDA** – No Hipoparatiroidismo: presença de hipocalcemia e sinais/sintomas como formigamento nas mãos e pés, parestesias e câimbras.

No Hiperparatiroidismo: presença de hipercalcemia e sinais/sintomas como anorexia, náuseas, dor abdominal, fadiga e cefaleia.



## GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

No **Raquitismo**: alterações esqueléticas (craniotabes, tórax em sino, fronte olímpica, alargamento metafisário, deformidades de membros inferiores, dores ósseas).

**Exame Complementar Necessário** – No hipoparatiroidismo: dosagem de cálcio total (que deve estar diminuída), dosagem de fósforo, creatinina, PTH (se houver). No hiperparatiroidismo: dosagem de cálcio total (que deve estar aumentada), dosagem de fósforo, creatinina, PTH (se houver). No raquitismo: dosagem de cálcio, fósforo e fosfatase alcalina, Rx de punhos.

**Exame Físico** – citar os achados significativos.

### 7. Distúrbios da Adrenal (Hiperplasia Congênita das Supra-Renais, Síndrome de Cushing, Insuficiência Adrenal)

**HDA** – Na *hiperplasia de supra-renal*: sinais de virilização em meninas (clitoromegalia em genitália aparentemente feminina, genitália aparentemente masculina sem gônada palpável), em meninos sinais de virilização com aparecimento precoce dos caracteres sexuais (pêlos, aumento da região peniana, engrossamento da voz, acne). Aceleração da velocidade de crescimento e avanço de idade óssea.

Síndrome de Cushing: crianças obesas com diminuição da velocidade de crescimento e baixa estatura. **Insuficiência supra-renal**: deficiência no crescimento, fadiga, fraqueza, náuseas, vômitos, dor abdominal, hiperpigmentação cutânea.

**Tumor de adrenal**: virilização em meninas ou meninos (pubarca precoce, aumento do clitóris ou pênis, voz grave, acnes), massa abdominal palpável. Aceleração da velocidade de crescimento e avanço de idade óssea.

**Exame Complementar Necessário** – Na hiperplasia de supra-renal: dosagem de 17OHP (que deve estar aumentada), androstenediona, testosterona, sódio/potássio. Rx de mãos e punhos (idade óssea). Síndrome de Cushing: hipercortisolismo confirmado com dosagem de cortisol sérico e urinário, Rx de mãos e punhos (idade óssea). Insuficiência supra-renal: Na, K, Glicemia, Cortisol sérico e urinário, ACTH e aldosterona. Tumor de adrenal: dosagem de testosterona, SDHEA, 17OHP, androstenediona, cortisol livre urinário. TC de abdome.

**Exame Físico** – citar os achados significativos.

### 8. Tumores Neuro-Endócrinos

**HDA** – Tumores hipofisários e não-hipofisários da região selar e supra-selar com comprometimento de função hormonal (insuficiência ou hiperfunção hipofisária). História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa, doenças associadas.

**Exame Complementar Necessário** – Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética de crânio. Dosagem das trofinas associada à hiperfunção ou insuficiência da patologia.

**Exame Físico** – citar os achados significativos.

### 9. Dislipidemias

**HDA** – Colesterol Total >170 e LDL >130; Triglicérides >130 (dosados em 2 amostras)

**Exame Complementar Necessário** – Glicemia, Colesterol Total e Frações, Triglicérides, TGO, TGP.

**Exame Físico** – citar os achados significativos.

### 10. Obesidade com Comorbidades

**HDA** – IMC > p95 com Comorbidades confirmadas (hipertensão, diabetes, resistência insulínica, esteatose hepática, dislipidemia)

**Exame Complementar Necessário** – Colesterol Total e Frações, Triglicérides, Glicemia de Jejum, Insulina de Jejum, TGO/TGP, US de Abdome.

OBS: Não encaminhar pacientes com obesidade sem alterações hormonais.

**Exame Físico** – citar os achados significativos.

### Profissionais Solicitantes

- PEDIATRA
- GINECOLOGISTA
- ORTOPEDISTA
- GENETICISTA
- NEFROLOGISTA
- CARDIOLOGISTA
- NEUROLOGISTA
- NEUROCIRURGIÃO
- ONCOLOGISTA
- CIRURGIÃO PEDIÁTRICO

### Prioridade para a Regulação:

- Recém-nascidos com suspeita de Hipotireoidismo
- Distúrbios da diferenciação sexual

### Contra-Referência:

Permanecer no nível secundário ou encaminhar a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.