

# Contribuições da Consulta Pública - PCDT - Imunossupressão Transplante Hepático - CONITEC

| Dt. contrib. | Contribuiu como       | O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz? | Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)   | Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?   | Referência |
|--------------|-----------------------|---|--|---|------------|
| 18/08/2016   | Profissional de saúde | Boa   | Sim, De acordo com a Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde, o transplante hepático apresenta um crescimento anual desde 2008 e, em 2014, teve um aumento de 1,9%, sendo 1,1% com doador falecido e de 10,3% com doador vivo, totalizando em 1.769 transplantes, 1.615 com doadores falecidos e 154 com doadores vivos. A sobrevivência dos receptores de transplante hepático é 69% em 5 anos[3] e tem melhorado devido ao surgimento de novos imunossuppressores, aprimoramento de técnicas cirúrgicas e logística de alocação dos órgãos ofertados. | A Secretaria de Atenção à Saúde do MS conta com um departamento (DAET) que abriga uma Coordenação própria só para a área de transplantes. Os dados oficiais são os do MS, portanto, não entendo como o próprio MS não utiliza os próprios dados, necessitando se socorrer de dados de uma ONG que embora respeitável e reconhecida, não congrega os dados de todos os transplantes, assim como o faz a área técnica que gere todas as listas de espera. |            |
| 19/08/2016   | Profissional de saúde | Boa   | Não  |   |            |
| 25/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Não  | Não   |            |
| 25/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Não  | Não.  |            |
| 25/08/2016   | Profissional de saúde | Boa   | Não  | Pedir que fosse revisto a logística de inclusão de novos pacientes no programa de dispensa de medição pois na Bahia temos atrasos no recebimento. Outra sugestão é oferta um estoque regulatório para os Estados.   |            |
| 25/08/2016   | Profissional de saúde | Boa   | Não  | não.  |            |
| 25/08/2016   | Profissional de saúde | Boa   | Não  | Não.  |            |

| Dt. contrib. | Contribuiu como       | O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz? | Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)  | Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?  | Referência                  |
|--------------|-----------------------|---|---|--|-----------------------------|
| 26/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Sim, Está relatado na proposta a presença de alterações bucais como hiperplasia gengival e infecções gengivais relacionados tanto à ciclosporina quanto ao micofenolato mofetil. Estas alterações podem comprometer a saúde geral dos pacientes transplantados e até comprometer o sucesso do transplante por risco de infecções secundárias. Sugiro incluir no grupo de cuidados no pós-transplante o acompanhamento odontológico. | Nos critérios de inclusão podem ser incluídos a avaliação odontológica e o preparo bucal destes pacientes antes do transplante para reduzir as possibilidades de infecção durante e pós- imediato ao transplante. Este grupo de pacientes historicamente tem condições bucais precárias, portanto necessitam do suporte odontológico | <a href="#">Clique aqui</a> |
| 26/08/2016   | Profissional de saúde | Boa   | Sim, Cirurgões dentistas são parte fundamental no processo de cuidados em pacientes em estágio de pré e pós transplante. Condições bucais desfavoráveis podem retardar o transplante. Medicamentos suplementares podem causar alterações severas na mucosa oral, debilitando o paciente e trazendo consequências severas ao quadro de saúde.  | Nao  |                             |
| 26/08/2016   | Profissional de saúde | Boa   | Sim, Suporte profissional de cirurgião dentista no pré e pós transplante.   | Não  |                             |
| 26/08/2016   | Profissional de saúde | Boa   | Sim, Suporte odontológico no Pre e pos transplante  | Não  |                             |
| 26/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Não   | Não.   |                             |
| 26/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Não   | Nao  |                             |
| 26/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Não   | Não  |                             |
| 26/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Sim, Inserção consulta odontológica antes e após transplante  | Nao  |                             |
| 26/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Não   | É de suma importância ter um acompanhamento no pré e pós transplante.  |                             |
| 27/08/2016   | Profissional de saúde | Boa   | Sim, Avaliação e suporte odontológico aos pacientes tanto pré como pós transplante hepático.  | Não  |                             |
| 29/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Não   | A inclusão do Everolimo é muito importante, principalmente para reduzir as doses do inibidor de calcineurina e consequente redução da nefrotoxicidade  |                             |

| Dt. contrib. | Contribuiu como       | O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz? | Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)   | Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?   | Referência |
|--------------|-----------------------|---|--|---|------------|
| 29/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Não  | Gostaria de ver incluído nas opções de tratamento com inibidores da calcineurina o tacrolimus de liberação retardada - dose única diária. Muitas pacientes transplantados na infância, ao atingir a adolescência perdem o enxerto por não aderência do tratamento. Pelo menos para este grupo de pacientes poderíamos ter o tacrolimus dose única diária. |            |
| 29/08/2016   | Interessado no tema   | Muito boa   | Não  | A medicação vai ajudar muitos pacientes transplantados  |            |
| 29/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Sim, Caso a Lamivudina em solução oral seja excluída do protocolo, qual medicação estará indicada para as crianças?? Considerando a disponibilidade do Tenofovir e a resposta favorável no tratamento dos ptes AgHBe na prática clínica e na nossa realidade (Genótipo D), porque ainda insistir com Interferon?? O que será feito com os ptes com resistência ao Entecavir que têm contra-indicações ao uso do Tenofovir? O Tenofovir Alafenamide (TAF) estará disponível?? No capítulo 11. SITUAÇÕES CLÍNICAS, INDICAÇÃO DE TRATAMENTO E RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS; b. Critérios de inclusão para o tratamento independentemente dos resultados de HbeAg, HBV-DNA e ALT para hepatite B sem agente Delta (p. 31) Todos os paciente > 30 anos, terão direito ao tratamento?? | Não   |            |
| 29/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Sim, Incluir o uso de everolimo para os transplantados hepáticos   | Melhoras da função renal no transplantado de fígado   |            |
| 30/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Não  | Não. O texto está adequado.   |            |
| 30/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Não  | Nao   |            |
| 30/08/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Não  | Precisamos desta droga para o manejo de grupos específicos de pacientes transplantados de fígado. Essencial que esteja disponível na rede pública de saúde.   |            |

| Dt. contrib. | Contribuiu como       | O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz? | Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is) | Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?  | Referência |
|--------------|-----------------------|---|--|--|------------|
| 01/09/2016   | Profissional de saúde | Muito boa   | Não  | O uso de Everolimus deve ser incorporado a pratica do transplante de fígado o mais rápido possível.  |            |
| 01/09/2016   | Profissional de saúde | Boa   | Não  | <p>O efeito da proteção da função renal a longo prazo precisa ser melhor explorado por mais estudos. Esse benefício a curto prazo está bem estabelecido. A menor ocorrência de intolerância com necessidade de redução de doses e mesmo suspensão da medicação parece ser uma vantagem do everolimo em comparação aos pré-fármacos do ácido micofenólico. Ainda no curto prazo, especialmente nos primeiros três meses após o transplante de fígado, a probabilidade de complicações infecciosas notadamente virais parece ser menor quando a droga adocicada ao FK é o everolimo em comparação ao regime com MMF/S e essa pode ser uma vantagem muito expressiva do Everolimo dentre os fármacos empregados com a finalidade de proteção da função renal. Vale destacar que em nossa população, que apresenta elevadíssima soroprevalencia para CMV, essa pode ser uma vantagem expressiva e que somente poderá ser medida com precisão em coortes de pacientes brasileiros. Dentre as alternativas disponíveis, especialmente no primeiro trimestre pós-transplante, eu estaria mais seguro em indicar o Everolimo em comparação ao MMF/S para associação com iCa.</p> |            |

| Dt. contrib. | Contribuiu como       | O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz? | Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is) | Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?  | Referência |
|--------------|-----------------------|---|--|--|------------|
| 01/09/2016   | Profissional de saúde | Boa   | Não  | <p>O efeito da proteção da função renal a longo prazo precisa ser melhor explorado por mais estudos. Esse benefício a curto prazo está bem estabelecido. A menor ocorrência de intolerância com necessidade de redução de doses e mesmo suspensão da medicação parece ser uma vantagem do everolimo em comparação aos pré-fármacos do ácido micofenólico. Ainda no curto prazo, especialmente nos primeiros três meses após o transplante de fígado, a probabilidade de complicações infecciosas notadamente virais parece ser menor quando a droga adocicada ao FK é o everolimo em comparação ao regime com MMF/S e essa pode ser uma vantagem muito expressiva do Everolimo dentre os fármacos empregados com a finalidade de proteção da função renal. Vale destacar que em nossa população, que apresenta elevadíssima soroprevalência para CMV, essa pode ser uma vantagem expressiva e que somente poderá ser medida com precisão em coortes de pacientes brasileiros. Dentre as alternativas disponíveis, especialmente no primeiro trimestre pós-transplante, eu estaria mais seguro em indicar o Everolimo em comparação ao MMF/S para associação com iCa.</p> |            |

| Dt. contrib. | Contribuiu como                           | O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz? | Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is) | Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?  | Referência                  |
|--------------|---|---|--|--|-----------------------------|
| 02/09/2016   | Profissional de saúde                     | Boa   | Não  | Sou coordenador do Programa de Transplantes de Fígado, Pâncreas e Rins do Hospital bandeirantes em SP, com experiência em mais de 2000 transplantes destes órgãos. Além dos dados da literatura, nossa experiência pessoal confirma a importância do uso clínico do everolimus nos transplantes de fígado, assim como já é autorizado para os transplantes renais em nosso país. Particularmente em pacientes com diagnóstico de carcinoma hepatocelular minimizando a recidiva tumoral e nos transplantados hepáticos com disfunção renal onde a associação do everolimus com baixas doses de inibidores de calcineurina podem evitar a necessidade de diálise e até de transplante renal pós-fígado. Assim, creio que a inclusão do everolimus no armamentário da imunossupressão dos transplantes hepáticos em muito corroborará para preservação da saúde de nossos pacientes transplantados e até economia de recursos do sistema por minimizar complicações e procedimentos complexos no pós-transplante hepático. |                             |
| 03/09/2016   | Profissional de saúde                     | Muito boa   | Não  | Não  |                             |
| 04/09/2016   | Profissional de saúde                     | Boa   | Não  | Imprescindível a liberação para o transplante hepático tamebm  |                             |
| 05/09/2016   | Profissional de saúde                     | Muito boa   | Não  | Não  |                             |
| 05/09/2016   | Empresa fabricante da tecnologia avaliada | Muito boa   | Não  | Seguem anexados arquivos com importantes informações sobre o tema  | <a href="#">Clique aqui</a> |

| Dt. contrib. | Contribuiu como  | O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz? | Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)  | Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?  | Referência |
|--------------|------------------|---|---|--|------------|
| 05/09/2016   | Sociedade médica | Muito boa   | <p>Sim, Como Presidente da SOBRICE( Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular) Quero ressaltar a importância da inclusão de procedimentos de radiologia intervencionista que são utilizados no PREPARO dos pacientes para o transplante auxiliando a reduzir o tamanho dos tumores hepáticos TORNANDO OS PACIENTES, ANTES NÃO ELEGÍVEIS, EM ELEGÍVEIS PARA O TRANSPLANTE , através da QUIMIOEMBOLIZAÇÃO DO TUMOR HEPÁTICO (hcc). Estes pacientes são na sua grande maioria portadores de hepatites B e C razão primária do desenvolvimento da hepatopatia crônica levando a cirrose hepática e posterior surgimento dos tumores malignos do fígado que desfecham na necessidade do transplante de fígado</p> <p><a href="http://www.bclc.cat/thumbnaill/630x0/Li4vcmVwb3NpdG9yaW8vYmNsYy0yMDE2LTAwMS5qcGc=NatureReviewsClinicalOncology11,525-535(2014)doi:10.1038/nrclinonc.2014.122">http://www.bclc.cat/thumbnaill/630x0/Li4vcmVwb3NpdG9yaW8vYmNsYy0yMDE2LTAwMS5qcGc=NatureReviewsClinicalOncology11,525-535(2014)doi:10.1038/nrclinonc.2014.122</a><a href="https://www.aasld.org/sites/.../guideline.../HCCUpdate2010.pdf">https://www.aasld.org/sites/.../guideline.../HCCUpdate2010.pdf</a><a href="http://radiopaedia.org/.../barcelona-clinic-liver-cancer-bclc-staging-clas">radiopaedia.org/.../barcelona-clinic-liver-cancer-bclc-staging-clas</a> Investigaçã ClínicaCardiovascular e Radiologia Intervencionista fev 2010, Volume 33, Issue 1, pp 41-52</p> <p>Prospective Randomized Study of Doxorubicin-Eluting-Bead Embolization in the Treatment of Hepatocellular Carcinoma: Results of the PRECISION V Study</p> | <p>Quero enfatizar outro aspecto sobre complicações advindas do pós transplante nas anastomoses venosas e arteriais além das anastomoses bileodigestivas entre doadores e receptores comprometendo o resultado e NECESSITANDO de tratamento minimamente invasivos realizados por nós , RADILOGISTAS INTERVENCIONISTAS DA SOBRICE. A DRENAGEM PERCUTÂNEA DAS VIAS BILIARES É um procedimento imprescindível no auxílio dos pacientes pós transplantes e que apresentam complicações desta região podendo comprometer o resultado da cirurgia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Thethy S, Thomson bnj, Pleass H, Wigmore SJ, Madhavan K, Akyol M, Forsythe JL, James Garden O. Gestão de complicações do tracto biliar após o transplante hepático. Clin Transplant. 2004; 18 : 647-653. [ PubMed ]</li> <li>Hampe T, Dogan A, Encke J, Mehrabi A, Schemmer P, Schmidt J, Stiehl A, complicações Sauer P. biliares pós-transplante hepático. Clin Transplant. 2006; 20 Suppl 17 : 93-96 [ PubMed ]</li> <li>Davidson BR, Rai R, Kurzawinski TR, Selves L, Farouk M, Dooley JS, Burroughs AK, Rolles K. estudo prospectivo randomizado de end-to-end versus reconstrução biliar lado a lado após o transplante hepático. Br J Surg. 1999; 86 : 447-452 [ PubMed ]</li> <li>Pascher A, complicações Neuhaus P. biliares pós-transplante hepático falecido-doador. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006; 13 : 487-496 [ PubMed ]</li> <li>Scatton O, Meunier B, D Cherqui, Boillot O, Sauvanet A, Boudjema K, B Launois, Fagniez PL, Belghiti J, P Wolff, et ai. Estudo randomizado de anastomose coledococoledociana com ou sem um tubo T no transplante hepático. Ann Surg. 2001; 233 : 432-437 [ PMC artigo livre ] [ PubMed ]</li> <li>Sotiropoulos GC, Sgourakis G, Radtke A,</li> </ol> |            |

| Dt. contrib. | Contribuiu como | O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz? | Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is) | Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?  | Referência |
|--------------|-----------------|---|--|--|------------|
|              |                 |   |  | <p>Molmenti EP, Goumas K, Mylona S, Fouzas I, Karaliotas C, transplante de fígado Lang H. Ortotópico: T-tube ou não T-tube? Revisão sistemática e meta-análise dos resultados. Transplantation. 2009; 87 :. 1672-1680 [ PubMed ]7. Sharma S, Gurakar A, estenoses Jabbour N. biliares após transplante hepático: passado, apresentam estratégias e preventivas. Liver Transpl. 2008; 14 : 759-769. [ PubMed ]8. Kitazono MT, Qayyum A, Yeh BM, Chard PS, Ostroff JW, Coakley FV. Magnetic colangiografia por ressonância de estenose biliar após transplante hepático: um estudo prospectivo duplo-cego. J Magn Reson Imaging. 2007; 25 :. 1168-1173 [ PubMed ]9. Londoño MC, Balderramo D, Cárdenas A. Gestão das complicações biliares pós-transplante hepático: o papel da endoscopia. Mundo J Gastroenterol. 2008; 14 :. 493-497 [ PMC artigo livre ] [ PubMed ]10. Thuluvath PJ, Pfau PR, Kimmey MB, Ginsberg GG. Complicações biliares pós-transplante hepático: o papel da endoscopia. Endoscopy. 2005; 37 : 857-863. [ PubMed ]11. Stratta RJ, Madeira RP, Langnas AN, Hollins RR, Bruder KJ, Donovan JP, Burnett DA, Lieberman RP, Lund GB, Pillen TJ. Diagnóstico e tratamento das complicações biliares pós-transplante hepático. Cirurgia. 1989; 106 : 675-83; discussão 683-4. [ PubMed ]12. Greif F, Bronsther OL, Van Thiel DH, Casavilla A, Iwatsuki S, Tzakis A, Todo S, Fung JJ, Starzl TE. A incidência, oportunidade e tratamento de complicações do tracto biliar após o transplante hepático. Ann Surg. 1994; 219 :. 40-45 [ PMC artigo livre ] [ PubMed ]13. Scanga AE, Kowdley KV. Gestão de complicações biliares após o transplante hepático. Curr Gastroenterol Rep. 2007; 9 :. 31-38 [ PubMed ]14. Thuluvath PJ, Atassi T, Lee J. Uma abordagem endoscópica para</p> |            |

| Dt. contrib. | Contribuiu como | O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz? | Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is) | Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?  | Referência |
|--------------|-----------------|---|--|--|------------|
|              |                 |   |  | <p>complicações biliares após o transplante hepático. Liver Int. 2003; 23 :. 156-162 [ PubMed ]15. Morelli J, Mulcahy HE, Willner IR, Cunningham JT, os resultados Draganov P. longo prazo para pacientes com pós-hepáticas estenose da anastomose transplante biliares tratados pela colocação de stent endoscópica. Gastrointest Endosc. 2003; 58 :. 374-379 [ PubMed ]16. Verdonk RC, Buis CI, Porte RJ, van der Jagt EJ, Limburg AJ, van den Berg AP, Slooff MJ, Peeters PM, de Jong KP, Kleibeuker JH, et al. Estenose da anastomose biliar após transplante hepático: causas e consequências. Liver Transpl. 2006; 12 : 726-735. [ PubMed ]17. Parque JS, Kim MH, Lee SK, Seo DW, Lee SS, Han J, Min Yi, Hwang S, Parque KM, Lee YJ, et al. Eficácia do endoscópicos e percutânea tratamentos para complicações biliares pós-transplante hepático de doador cadáver e viver. Gastrointest Endosc. 2003; 57 :. 78-85 [ PubMed ]18. Tashiro H, Itamoto T, Sasaki T, Ohdan H, Fudaba Y, Amano H, Fukuda S, H Nakahara, K Ishiyama, Ohshita A, et al. Complicações biliares após ducto-ducto na reconstrução biliar no transplante hepático de doador vivo: causas e tratamento. Mundial J Surg. 2007; 31 : 2222-2229. [ PubMed ]19. Rerknimitr R, Sherman S, Fogel EL, Kalayci C, Lumeng L, Chalasani N, Kwo P, Lehman GA. Complicações biliares do tracto após o transplante hepático com anastomose anastomose coledococoledociana: achados endoscópicos e resultados da terapia. Gastrointest Endosc. 2002; 55 : 224-231. [ PubMed ]20. Pfau PR, Kochman ML, Lewis JD, Long WB, Lucey MR, Olthoff K, Shaked A, Ginsberg GG. Gestão endoscópico das complicações biliares pós-operatórias em transplante hepático. Gastrointest Endosc. 2000; 52 : 55-63. [ PubMed ]21. Koneru B,</p> |            |

| Dt. contrib. | Contribuiu como | O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz? | Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is) | Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?   | Referência |
|--------------|-----------------|---|--|---|------------|
|              |                 |   |  | <p>Sterling MJ, Bahramipour PF. Estenose do ducto biliar após transplante hepático: uma paisagem em mudança de calcanhar de Aquiles. <i>Liver Transpl.</i> 2006; 12 : 702-704. [ PubMed ]22. Moench C, Moench K, Lohse AW, Thies J, Otto G. Prevenção do tipo isquêmico lesões biliares por perfusão pressão arterial volta da mesa. <i>Liver Transpl.</i> 2003; 9 : 285-289. [ PubMed ]23. Tsujino t, Isayama H, Sugawara Y, Sasaki T, Kogure H, Nakai Y, Yamamoto N, Sasahira N, N Yamashiki, Tada, M. et al. Gestão endoscópico das complicações biliares pós-transplante hepático de doador adulto vivo. <i>Am J Gastroenterol.</i> 2006; 101 : 2230-2236 [ PubMed ]24. Sawyer RG, Punch JD. Incidência e tratamento das complicações biliares após transplantes de fígado 291 na sequência da introdução do stent transcística. <i>Transplantation.</i> 1998; 66 : 1201-1207 [ PubMed ]25. Kim ES, Lee BJ, Won JY, Choi JY, Lee DK. Percutânea drenagem biliar transhepatic pode servir como um procedimento de resgate bem sucedido em casos fracassadas de terapia endoscópica para um transplante hepático de doador estenose biliar pós-vivo. <i>Gastrointest Endosc.</i> 2009; 69 : 38-46 [ PubMed ]26. . Parsi MA, Stevens T, Dumot JA, terapia Zuccaro G. endoscópica de pancreatite aguda recorrente <i>Cleve Clin J Med.</i> 2009; 76 : 225-233 [ PubMed ]27. Parsi MA. Hemobilia:. Endoscópica, fluoroscopia, e diagnóstico colangioscópico . <i>Hepatology</i> 2010; 52 : 2237-2238. [ PubMed ]</p> |            |